ENVEJECIMIENTO ACTIVO

LIBRO BLANCO

NOVIEMBRE 2011

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

Dirección y coordinación:

- D.ª Purificación Causapié Lopesino. Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO
- D. Antonio Balbontín López-Cerón, Subdirección General de Planificación, Ordinación y Evaluación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO
- D. Manuel Porras Muñoz, Vocal Asesor, Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO
- D.ª Adela Mateo Echanagorría, Técnico Superior, Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO

1.ª edición, 2011

Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Secretaría General de Política Social y Consumo
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid
Tel. 91 7033935, Fax. 91 7033880
E-mail: publicaciones@imserso.es
http://www.imserso.es

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
http://www.060.es

Nipo Cdrom: 866-11-031-2
Nipo en Línea: 866-11-032-8
Nipo Papel: 866-11-033-3
Depósito Legal: M. 42249-2011

Fotografías: Premio IMSERSO «Infanta Cristina» 2011
Autor: José María Vicente López
Maquetación e impresión: Estugraf Impresores
© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 15
INTRODUCCIÓN 19
MARCO EUROPEO: 2012, AÑO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y DE LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL 19
PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y ELABORACIÓN 23

PARTE PRIMERA
LA POBLACIÓN MAYOR:
PRESENTE Y FUTURO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA
Capítulo 1
Tendencias demográficas actuales

A. SÍNTESIS DE TENDENCIAS 33
1. Tendencias en los motores del envejecimiento 35
a) Fecundidad 35
b) Esperanza de vida 36
c) Inmigración 36
d) Algunas consideraciones adicionales sobre el incremento de la esperanza de vida 38
2. La reestructuración de las edades 41
3. Nuevos desequilibrios territoriales 48
4. Flujos migratorios de personas mayores en busca de confort climático 52
5. Cambios en los patrones de enfermedad y muerte 53
a) Creciente importancia de las enfermedades degenerativas 54
b) Hacia un retraso de la discapacidad y la dependencia ... 55
c) Nuevo patrón de mortalidad 56
6. Transformaciones en las estructuras familiares 58
a) Reducción del tamaño medio familiar. La «verticalización» de la familia 59
b) Cambios en la estructura matrimonial 60
c) Viudez 61
d) Cambios en los tipos de convivencia 61
e) La emergencia de la soledad 63
f) Proximidad 64
g) Contactos 64
h) La «riqueza» familiar del cuidado frente a una creciente carga 65
7. La estrecha relación entre cuidados e inmigración. Una tendencia creciente 68
8. Incremento de la solidaridad pública para mantener la solidaridad familiar 69
9. Hacia la autonomía y la independencia como valores sociales 71

a) Vida cotidiana y usos del tiempo 71
b) Evolución de los modelos de convivencia 74
c) Las preferencias en el modo de vida 75

10. Patrones cambiantes de trabajo y jubilación 76

a) Descenso de la tasa de actividad entre los adultos mayores 78
b) Un ratio bruto de dependencia de personas mayores 79

B. MARCO Y CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO 80

a) El Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo 80
b) Definición y conceptos relacionados 80

APORTACIONES 81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 84

Capítulo 2
Ciudadanía y Personas Mayores

Artículo de Autor. EL RETO DE LA NUEVA CIUDADANÍA. NUEVOS RELATOS Y NUEVAS POLÍTICAS PARA DISTINTAS PERSONAS MAYORES
Dr. D. Joan Subirats Humet
Instituto de Gobierno y Políticas Públicas
Universidad Autónoma de Barcelona

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 102

Capítulo 3
Posibilidades y limitaciones de la edad

Artículo de Autor. LIMITACIONES Y POSIBILIDADES DE LA EDAD
Dra. D.ª Rocío Fernández-Ballesteros
Universidad Autónoma de Madrid

ANÁLISIS SOBRE POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD .. 113
A. LA BIOLOGÍA COMO BASE DEL DECLIVE INDIVIDUAL Y DEL DETERIORO PSICOSOCIAL 116
B. INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL: CAMBIO Y ESTABILIDAD A LO LARGO DE LA VIDA 119
C. EL INDIVIDUO COMO AGENTE DE SU PROPIO ENVEJECIMIENTO 131
D. LIMITACIONES DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ 136

1. Estereotipos y auto-estereotipos negativos sobre el envejecimiento 136
2. Estereotipos sobre los mayores en España 138
3. Efectos de los estereotipos 141

a) En el individuo 142
b) En el grupo de cuidadores 144
c) En amplio contexto social 144

SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES, FACTOR ESENCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ENVEJECIMIENTO 146
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 148

PARTE SEGUNDA
ASPECTOS MÁS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Capítulo 4
Economía y Personas Mayores

Artículo de Autor. ECONOMÍA DEL ENVEJECIMIENTO
Dr. D. Gregorio Rodríguez Cabrero
Universidad de Alcalá de Henares

ANÁLISIS DE LA ECONOMÍA DEL ENVEJECIMIENTO 171
A. RENTA Y CONSUMO 171
1. Las fuentes de ingresos de las personas mayores 173
2. Especial referencia al sistema de pensiones de la Seguridad Social 181
3. El consumo de las personas mayores 188
4. Las personas mayores y la distribución de la renta 193
5. El riesgo de pobreza de las personas mayores 197
B. LA ECONOMÍA RELACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES: TIEMPO DE CUIDADOS, VOLUNTARIADO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL 205
APORTACIONES 219
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 221

Capítulo 5
La salud y las Personas Mayores

Artículo de Autor. ENVEJECER CON BUENA SALUD
Dr. D. José Manuel Ribera Casado
Universidad Complutense Madrid - Hospital Clínico San Carlos

ANÁLISIS DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO 246
A. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE PREVENCIÓN (JMRC) 246
1. Actividad Física 246
Principales ventajas de la actividad física en edades avanzadas 248
2. Alimentación y nutrición: Creciente sobrepeso en la vejez ... 249
B. PROMOCIÓN DE LA SALUD. BÚSQUEDA DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO. PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y DE LA DEPENDENCIA (PR) 250
1. Lucha contra los hábitos tóxicos 251
a) El Tabaco 251
b) El Alcohol 251
2. Vacunaciones 252
a) Actividad Preventiva: Vacuna de la gripe 252
b) Actividad Preventiva: Vacuna del tétanos-difteria 253
c) Actividad Preventiva: Vacuna antineumocócica 253
3. Promoción de la salud y prevención de la dependencia 253
4. Promoción de la salud mental y su prevención 254
C. CRIBADO DE ENFERMEDADES Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS (PGG) 255
1. Prevención de la iatrogenia 257

2. Fármacos en prevención primaria y secundaria 258
D. USO DE LAS INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS POR LOS MAYORES 259
1. La atención primaria 260
2. Consumo de recursos hospitalarios 260
APORTACIONES 261
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 262

Capítulo 6
La actividad física

A. NECESIDAD DE ENVEJECER ACTIVA Y SALUDABLEMENTE 267
B. CRITERIOS QUE SE DEBEN CONTEMPLAR 272
1. Actividad física como educación y salud: 273
2. Actividad física y deporte como medio para incidir en la igualdad de género: 273
3. Actividad física y deporte como promotores de valores democráticos y de paz 274
4. Propuestas de programas de ejercicio físico 274
APORTACIONES 276
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 277

Capítulo 7
Educación a lo largo de la vida

A. APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA 281
1. Antecedentes 281
2. Definición y conceptos básicos sobre el aprendizaje a lo largo de la vida 283
3. El Aprendizaje a lo largo de la vida en la actualidad 285
4. El Aprendizaje a lo largo de la vida en el contexto gerontológico actual 286
a) El Paradigma del Envejecimiento Activo 286
b) La Calidad de Vida 288
c) Dimensiones de capacidad personal 288
5. Claves para la mejora de la calidad de las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida 289
a) El aprendizaje a lo largo de la vida como un aprendizaje de competencias para la vida 289
b) El aprendizaje a lo largo de la vida, el ocio y la recreación 291
c) Algunas aportaciones desde las Ciencias de la Educación al aprendizaje a lo largo de la vida 292
6. Propuestas metodológicas 295
B. ÁMBITOS O ENTORNOS PARA DESARROLLAR EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA 296
1. Oportunidades/escenarios del aprendizaje a lo largo de la vida para personas adultas 297
2. Oportunidades/escenarios de aprendizaje a lo largo de la vida específicos para adultos mayores 298
a) El circuito del Área de los Servicios Sociales y/o en colaboración con otras instituciones 298

b) El circuito de las universidades: los Programas Universitarios para Mayores (PUM) 299
c) El circuito del movimiento Asociativo de Personas Mayores 301
3. Las personas mayores que participan en actividades de aprendizaje a lo largo de la vida 302
a) Una aproximación cuantitativa 302
b) Una aproximación cualitativa 304
c) ¿Qué demandarán las personas mayores de mañana? 308
C. APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICs) 309
1. La importancia de las TICs en nuestra vida cotidiana: oportunidades y dificultades 309
2. Las TICs y las personas mayores 310
a) Beneficios de las TICs para los adultos mayores 310
b) Las personas mayores como usuarios de tecnología 311
c) Personas mayores y aprendizaje de las TICs 312
d) Las TICs como herramienta para la adquisición de otros aprendizajes contribuyen a buscar una mayor aplicabilidad 313
APORTACIONES 314
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 316

Capítulo 8
Diversidad y participación de las Personas Mayores

A. TRAYECTORIAS Y CICLOS VITALES: SEGURIDADES Y VULNERABILIDADES 321
B. DIVERSIDAD, TRABAJO Y PARTICIPACIÓN 325
1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de participación? 326
2. Diversas personas, diversas necesidades, diversas palancas de autonomía y participación 327
3. Distintas generaciones, distintas percepciones: pluralidad de trayectorias participativas 331
4. Construyendo nuevas oportunidades para las personas 336
C. EMPODERAMIENTO. A MODO DE CONCLUSIÓN 343
APORTACIONES 346
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 348

Capítulo 9
Imagen de las Personas Mayores y medios de comunicación

A. LA IMAGEN Y LOS ESTEREOTIPOS 353
B. LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL 356
1. Una imagen inadecuada 358
2. Qué dicen las personas mayores 360
3. Cómo pasar de las quejas al protagonismo 362
4. La Publicidad 365
APORTACIONES 366
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 369

Capítulo 10

Protección Jurídica de las personas mayores

A. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD ACTUAL Y A LAS NECESIDADES DE CAMBIO EN EL ÁMBITO JURÍDICO DE LAS PERSONAS MAYORES 373
B. PROTECCIÓN JURÍDICA DE LOS DERECHOS CIVILES MÁS ESPECÍFICOS 376
1. La Incapacitación y la tutela 377
2. La autotutela 382
3. Los Derechos en el caso de internamiento en un centro residencial 384
4. Derechos en el ámbito sociosanitario 387
a) Confidencialidad 387
b) Protección de datos de carácter personal 392
c) La información, el consentimiento informado y las instrucciones previas 393
5. Instrucciones previas o testamento vital 396
6. El patrimonio de la persona mayor como fuente de renta ágil y eficaz al final de la vida: La hipoteca inversa, la renta vitalicia y el contrato de alimentos 398
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 403

Capítulo 11

Los Servicios Sociales

A. SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA 407
B. PROGRAMAS SOCIALES ESPECÍFICOS PARA PERSONAS MAYORES 415
1. Programa de Vacaciones para personas mayores 417
2. Programa de Termalismo Social 419
3. Programa de Accesibilidad 421
4. Teleasistencia Domiciliaria 421
C. PROGRAMAS Y SERVICIOS DESTINADOS A INCREMENTAR LA ACCIÓN PÚBLICA PARA MANTENER LA SOLIDARIDAD FAMILIAR 423
D. INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN 427
E. SUBVENCIONES Y AYUDAS 428
1. Subvenciones sometidas al Régimen General del Imserso 428
2. Subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF 428
3. Subvenciones destinadas a los programas de actuación para la ciudadanía española en el exterior y los retornados 430
4. Subvenciones a Personas Mayores y a Entidades y Organizaciones no Gubernamentales dedicadas a la realización de programas y actividades a favor de dicho colectivo con residencia en Ceuta y Melilla 430
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 431

Capítulo 12

Vivienda

A. VIVIENDAS Y ENTORNOS ACCESIBLES 435

1. Marco legal 438
2. Código Técnico de Edificación 440
B. LA VIVIENDA ACCESIBLE 441
1. La adaptación de la vivienda y el mantenimiento de la autonomía en la vejez o discapacidad. Las mejoras de accesibilidad en la vivienda 442
2. La adaptación funcional de la vivienda 443
3. La integración de las tecnologías de la información y comunicación en el hogar 444
C. LAS TICs EN EL HOGAR Y EL FACTOR HUMANO 445
1. Seguridad: 448
2. Movilidad y confort: 448
3. Asistencia y salud 449
4. Ocio y entretenimiento: 449
D. INICIATIVAS SOBRE VIVIENDAS Y CIUDADES PARA TODAS LAS PERSONAS 450
1. Iniciativa «Cambios concretos: Todas las nuevas viviendas visitables» 450
2. Suecia: Buenas viviendas para personas con discapacidad y personas mayores. Una buena casa para toda tu vida 451
APORTACIONES 453
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 455

PARTE TERCERA
RETOS MÁS IMPORTANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Capítulo 13
Entorno, hábitat: Medio rural y medio urbano

Artículo de Autor. LAS PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RURAL Y URBANO
Dra. D.ª María-Ángeles Durán
Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC

ANÁLISIS DEL ENTORNO Y EL HÁBITAT 466
A. EL ENTORNO COMO ESCENARIO DE FENÓMENOS Y OPORTUNIDADES PERSONALES Y SOCIALES 463
B. HACIA UN DESARROLLO RURAL SOSTENIBLE 468
C. LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL MEDIO RURAL 470
1. Algunas cifras de la población rural 472
2. Personas mayores en el hábitat rural 473
D. DIFERENCIAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN EL MEDIO RURAL Y URBANO 475
1. Diferencias en los contextos de envejecimiento: medio rural y urbano 479
2. Diferencias en las relaciones de convivencia, familia y amistad 480
3. Participación y vida cotidiana 483
4. Participación social y tiempo de ocio 484
5. Salud 486
6. Seguridad: renta, vivienda, accesibilidad 488
7. Servicios de bienestar social 490

8. Programa de desarrollo rural sostenible 492

Artículo de Autor. UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES
Dr. D. Alexandre Kalache
Senior Avisor to the President on Global Aging
The New York Academy of Medicine

APORTACIONES 521
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 523

Capítulo 14
Formas de vida y convivencia

Artículo de Autor. LA INFLUENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA DE LOS MAYORES
Dra. D.ª Ramona Rubio Herrera
Catedrática. Universidad de Granada

A. ANÁLISIS DE FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA 534
B. HOGARES UNIPERSONALES DE PERSONAS MAYORES 540
1. Aspectos cuantitativos 540
2. Aspectos cualitativos 549
3. Sentimiento de Soledad y aislamiento social 558
APORTACIONES 564
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 565

Capítulo 15
Relaciones intergeneracionales

A. PRECISIONES EN CUANTO AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO 572
B. PLANTEAMIENTO DE LA INTERSECCIÓN ENTRE RELACIONES INTERGENERACIONALES Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO 576
C. NUEVA VISIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA GENERACIONAL . 579
D. RELACIONES INTERGENERACIONALES QUE AYUDAN A ENVEJECER MEJOR EN ESPAÑA 587
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 596

Capítulo 16
Género y envejecimiento

A. UN PUNTO DE PARTIDA 601
1. La salud 601
2. Educación 604
3. Vivienda 607
4. Economía de las mujeres mayores 608
5. Seguridad 615
6. La socialización 617
7. Relaciones intergeneracionales 622
B. LA INCIDENCIA DE LOS VALORES 622
1. La inseguridad canalizada negativamente 623
2. Valores e imagen 623
3. La participación social y la participación política 624

APORTACIONES 626
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 630

Capítulo 17

El valor y el ejercicio del cuidado

Artículo de Autor. EL VALOR DEL CUIDADO
Dra. D.ª Victoria Camps
Universidad Autónoma de Barcelona
Centro Superior de Investigaciones Científicas
Fundación Alternativas

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS 640
A. CUIDADOS Y CUIDADORES 640
1. Cuidados en el hogar 641
2. Cuidados Profesionales 648
B. LA ÉTICA DEL CUIDADO: BIOÉTICA, HUMANIZACIÓN Y PERSONAS MAYORES 651
1. Bioética 651
2. Bioética, acción social y personas mayores 653
3. La deliberación moral 654
4. Comités de Ética en programas para personas mayores 655
C. HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN 659
1. Desarrollo tecnológico y deshumanización 660
2. Deshumanización y despersonalización 663
3. En el fondo de la deshumanización 665
D. QUÉ ES HUMANIZAR 667
1. Humanizar desde diferentes ámbitos 668
2. Humanizar es cuidar desde los valores 670
3. Humanizar la intervención social 670
4. El valor de la vida humana 672
5. Dignidad humana y calidad de vida 673
E. ARTESANOS DEL CUIDADO 674
1. Profesionales y cuidadores 675
2. Artesanos de la relación 676
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 677

BIBLIOGRAFÍA 679
ACRÓNIMOS Y SIGLAS 713
ÍNDICE DE GRÁFICOS 717
ÍNDICE DE CUADROS 723
AUTORES Y COLABORADORES DEL LIBRO BLANCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO 725

PRESENTACIÓN

Las sociedades desarrolladas se enfrentan a una realidad demográfica que requiere actuaciones importantes en el ámbito de la convivencia, la integración y el bienestar.

Nuestro país no es ajeno a este fenómeno. El número de personas mayores crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida y sus opiniones, convicciones y objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este mismo grupo de población hace tan sólo unas décadas. La dinámica del cambio es siempre vitalista frente al mantenimiento del statu quo y las novedades en el grupo de población de las personas mayores responden a los cambios globales de nuestra propia sociedad.

España es actualmente uno de los países pioneros en materia de envejecimiento, que ha colaborado activamente con Naciones Unidas en la organización de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002 y en la organización de la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento, celebrada en León en el año 2007. De esta última conferencia se deriva la Declaración Ministerial de León, que recoge una serie de compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE, para avanzar en materia de envejecimiento. Entre otras actuaciones, esta Declaración Ministerial promueve las destinadas a la prevención y atención de la salud, a fomentar el envejecimiento activo, la vida independiente, la participación social y la educación a lo largo de la vida.

Así mismo, en España, gracias a los avances científicos, al alto nivel de nuestra sanidad pública y al desarrollo de las políticas sociales se vive más tiempo y en mejores condiciones de vida. Es cada vez más frecuente encontrar familias con más generaciones viviendo a la vez y, por tanto, que las generaciones más jóvenes coincidan con sus abuelos y abuelas. Más aún, ser bisabuelo o bisabuela está dejando de ser novedoso.

Ello da lugar a que las personas mayores sean numéricamente más; tengan mejor salud; sean más participativas y, por tanto, tengan que jugar un papel relevante en nuestra sociedad, por derecho y por deber, como parte de la ciudadanía.

Este hecho exige también una adaptación del resto de los grupos sociales, que tienen que desembarazarse de estereotipos trasnochados para ver, sin lastres antiguos, la auténtica realidad de las personas mayores hoy y sus enormes potencialidades.

Durante los años pasados, los científicos sociales han seguido el rastro del envejecimiento de la población; lo han constatado científicamente y han alertado acerca de él. Ahora es ya el momento de abordarlo dando respuesta a los retos que conlleva.

Las personas mayores actuales son, en buena parte, activas, sanas; se cuidan para ser independientes y autónomas el mayor tiempo posible y demandan espacio y voz social. Tienen el deseo decidido de seguir ejerciendo sus derechos de ciudadanía y de participar en todo lo que nos incumbe y atañe como sociedad. Y este hecho exige al tejido social en su conjunto responder a estas legítimas aspiraciones y a enriquecerse con ellas.

La Organización Mundial de la Salud definió el envejecimiento activo como «*el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*». En las políticas de *«envejecimiento activo»*, se trata de potenciar las capacidades de la persona cuando envejece, de llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. El término «activo» se refiere a la participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no sólo a estar activos física o económicamente.

No obstante, en estos últimos años se están dando importantes pasos desde el marco político propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 2002 y por la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid ese mismo año.

También se está revisando la amplitud y las nociones relacionadas con la propia idea de envejecimiento activo, sobre las que se sigue avanzando y matizando. Cabe hablar en este sentido de la trascendencia del concepto de ciudadanía, de la vivencia satisfactoria del propio proceso, de la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida, de las relaciones intergeneracionales, de la capacidad de imaginación e innovación en su tratamiento, así como de la importancia de la perspectiva de género.

Por nuestra parte, en la elaboración del Libro Blanco Envejecimiento Activo, se han tenido muy presentes las conclusiones y recomendaciones de todos los organismos internacionales y estos avances y desafíos. También hemos considerado de manera muy especial las conclusiones del III Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores, celebrado en mayo de 2009.

Este documento es el resultado de un gran esfuerzo común y compartido de muchas personas expertas, de todas las administraciones públicas y de gran parte de organizaciones, entidades y asociaciones implicadas en las inquietudes y aspiraciones de las personas mayores de hoy y de mañana. El Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo es un documento de trabajo cuyo fin es diagnosticar la situación real de las personas mayores de nuestro país, y avanzar en las ideas y posibilidades para encarar con éxito este fenómeno. A partir de él, se podrán implementar políticas y dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural aprovechando el caudal de experiencia, buen hacer e ilusión que aportan las personas mayores.

Este Libro Blanco no termina con el punto final a lo escrito. Con él se entrega a cada institución, organismo y asociación la posibilidad de seguir escribiendo y avanzando en sus propias reflexiones y aportaciones después de leer e interpretar directamente su contenido. El debate y la reflexión son los mejores cimientos para llevar a cabo un proyecto común, y este documento sólo pretende ser un instrumento de análisis en un momento concreto que debe dar lugar a nuevos avances e innovadoras ideas.

Con las aportaciones de todas y de todos, tenemos que ir siendo capaces de articular proyectos que nos hagan avanzar en nuevos modelos de políticas igualitarias, con perspectiva de género, que promuevan los valores y reconozcan el importante papel social de las personas mayores.

En definitiva, con este trabajo, y con las políticas sociales para personas mayores que se puedan generar a partir de él, no estamos haciendo otra cosa que corroborar lo que la Constitución Española afirma y nuestro entorno jurídico y social propugnan: la promoción de los derechos de igualdad y solidaridad, junto a la protección del bienestar de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Con este Libro Blanco el Gobierno quiere responder a los nuevos requerimientos de las personas mayores diseñando un modelo innovador para la actuación en materia de políticas públicas dirigidas a ellas, consciente de representar el sentir de la inmensa mayoría de la población española, que observa cómo las personas de edad son un grupo de población que está cambiando aceleradamente, desean ser protagonistas de las políticas que afectan a sus vidas y quieren tener recursos para mantener su autonomía e independencia el mayor tiempo posible. Éste es el giro que resume el cambio de mentalidad que se está produciendo en la mayoría de las personas mayores y que ponen en práctica cuando, como veremos en los distintos capítulos de este libro, un

buen número de ellas reconoce sentirse feliz, cuidar su alimentación, hacer ejercicio físico y participar en actividades de la comunidad, introduciendo la perspectiva de la participación y solidaridad intergeneracional.

Por eso debemos y queremos trabajar intensamente en la promoción de políticas que favorezcan el envejecimiento activo y la prevención de la enfermedad y de la discapacidad. Vivimos en una sociedad moderna y progresista, hablamos por lo tanto de derechos de ciudadanía y de actuaciones que promuevan la autonomía personal como un valor apreciado por las propias personas mayores y por el resto de los grupos sociales; un valor emergente y positivo que cambia totalmente la óptica social sobre las personas de edad como grupo pasivo, demandante permanente de prestaciones y servicios y generador de gasto público.

Leire Pajín Iraola

Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad

MARCO EUROPEO: 2012, AÑO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y DE LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

Europa envejece de forma progresiva y rápida. Estamos en el inicio de un fenómeno nuevo, que está trastocando nuestras estructuras demográficas y que tiene amplias repercusiones sociales, económicas y culturales. Se trata de una revolución silenciosa que avanzará a lo largo del siglo XXI y que demanda cambios inmediatos e importantes en nuestra sociedad e incluso en nuestro modelo de convivencia. Podemos decir con orgullo que hemos logrado ser el primer país de Europa en esperanza de vida, un objetivo alcanzado gracias a las mejoras sanitarias y sociales que en España hemos desarrollado en las últimas décadas, como indica el *Tercer Informe sobre Demografía* publicado el pasado mes de abril por la Comisión Europea y la Oficina Europea de Estadísticas (Eurostat). En él se demuestra que los habitantes de Europa viven más tiempo y lo hacen de forma más saludable que nunca.

Este cambio demográfico derivado del envejecimiento supone como digo un reto para el conjunto de la sociedad, que exige una renovada solidaridad entre las generaciones y dentro de las familias, así como fortalecer el modelo social europeo y adaptar muchas de nuestras políticas del estado del bienestar. El envejecimiento es un proceso lento, en el que transcurre ya más de un tercio de nuestra vida y durante el que se que debe garantizar a las personas mayores el derecho a gozar de oportunidades de formación y empleo, el de participación activa en la vida familiar y social a través de actividades de voluntariado, el aprendizaje permanente, la expresión cultural y el deporte.

En el documento *«Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador»*– EUROPA 2020, la Comisión Europea pone de manifiesto la importancia del envejecimiento activo como elemento clave para el porvenir. Así, respalda la idea de garantizar el acceso a todo tipo de actividades y la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, independientemente de su edad. También alude a la necesidad que tiene Europa de utilizar plenamente su potencial laboral con el fin de hacer frente a la necesidad del incremento de la competencia mundial.

España es actualmente uno de los países con un ritmo de envejecimiento más rápido, pero también somos pioneros en materia de envejecimiento activo. Participamos activamente con la ONU en la organización de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en

Madrid en el año 2002, así como en la organización de la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento, celebrada en León en el año 2007.

De esta última conferencia se deriva la Declaración Ministerial de León, que recoge una serie de compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE para avanzar en materia de envejecimiento. Entre otras actuaciones, esta Declaración Ministerial promueve las destinadas a la prevención y atención de la salud, a fomentar el envejecimiento activo, la vida independiente, la participación social y la educación a lo largo de la vida.

Por otra parte, las Presidencias de los países de la Unión Europea de los últimos años han venido organizando una serie de conferencias en materia de envejecimiento. España continuó con esta iniciativa organizando durante su Presidencia Europea, en abril de 2010, en Logroño, la *Conferencia Europea sobre Envejecimiento Activo y Saludable*. Los objetivos prioritarios de este evento giraron en torno a:

- Destacar la importancia de la salud como base para desarrollar un envejecimiento activo
- Identificar las claves para conseguir que las personas mayores disfruten de un envejecimiento activo y una vida independiente
- Presentar buenas prácticas sobre envejecimiento activo a nivel europeo
- Elaborar propuestas sobre actuaciones para avanzar en materia de envejecimiento activo y saludable en los países miembros.

En el documento de conclusiones (Conclusions to the EPSSCO Council – 12 mayo 2010) a que dio lugar dicho evento, destacan muchas que tienen una enorme sintonía con los distintos capítulos de este Libro Blanco, tales como:

- La igualdad de oportunidades
- La necesidad de aprovechar al máximo el potencial de las personas que envejecen y la movilización de todo el potencial de las personas mayores
- La solidaridad entre generaciones
- La eficiencia y la calidad de la atención y los servicios
- La preservación de la autonomía y la dignidad
- La cooperación con los agentes sociales y el apoyo del sector privado
- La necesidad de intercambiar puntos de vista, experiencias y buenas prácticas

España había demostrado así un enorme interés en que se declarara un año especial sobre este tema. Por ello, aprovechando esta misma

conferencia, se anunció y se instó a avanzar en la celebración del *Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional* en 2012, durante el cual se deberán subrayar los beneficios del envejecimiento activo y su contribución a la solidaridad entre generaciones, y se podrán publicitar iniciativas prometedoras para apoyar el envejecimiento activo.

Como dice la Comisión Europea en su propuesta, el Año Europeo del Envejecimiento Activo fomentará y apoyará los esfuerzos de los Estados miembros y sus autoridades regionales y locales, de los interlocutores sociales y de la sociedad civil para promover el envejecimiento activo.

El Año Europeo 2012 debe considerarse un elemento destacado del importante esfuerzo previsto para el período 2011-2014, durante el cual la UE debería orientar muchos de sus programas y políticas al envejecimiento activo y establecer un marco que permita fomentar y promocionar nuevas iniciativas y colaboraciones que apoyen el envejecimiento activo a todos niveles: Estados miembros, interlocutores regionales, locales y sociales y sociedad civil.

En 2012, las actividades del Año Europeo se centrarían en la puesta en práctica de la sensibilización del público en general, la promoción de estas iniciativas a través de actividades en los medios de comunicación y la implicación de otros agentes multiplicadores.

Se pretende dar a los Estados miembros y a las partes interesadas la oportunidad de desarrollar políticas mediante actividades específicas y el compromiso de alcanzar objetivos concretos. Será necesario un amplio apoyo por parte de numerosas partes interesadas y a todos los niveles de la sociedad. El objetivo fundamental consistirá en movilizar todas las instancias posibles, de manera que se genere una actividad significativa a nivel nacional, regional, local y empresarial en toda la UE. Un impulso político más firme y una mayor visibilidad de las políticas sobre envejecimiento activo animarán a los responsables políticos a adoptar iniciativas más ambiciosas.

Desde el gobierno de España llevamos ya algunos años orientando todas las políticas de mayores hacia ese envejecimiento activo y ampliando prestaciones sociales para que los mayores cuenten con mayor renta e ingresos. Hemos aumentado así las pensiones, desde el año 2004, de 549 euros a 806 euros la pensión media y las pensiones mínimas las hemos incrementado en más de un 30%. Además hemos seguido fomentando y creciendo programas imprescindibles para el envejecimiento activo, como el programa de balnearios o el de viajes del Imserso y hemos puesto en marcha la ley de autonomía personal y ayuda a las personas en situación de dependencia, que garantiza

prestaciones y servicios a quienes necesitan de la ayuda de otros para vivir con dignidad.

Un Año Europeo con actividades coordinadas a nivel de la UE permitirá a la Comisión garantizar la coherencia de las actividades específicas del mencionado Año con otras iniciativas y otros programas de la UE. Y nos debe ayudar a poner en marcha nuevas políticas alejadas de los recortes y los ajustes que supongan retrocesos en el largo camino ganado a la vida.

Este Libro Blanco sobre Envejecimiento activo puede ser un excelente pórtico por parte de España como país miembro de la Unión Europea, y constituye además una especial aportación a ese evento, mediante el que el conjunto de la ciudadanía europea se ocupará más a fondo de esta cuestión crucial para nuestro futuro.

Isabel Martínez Lozano

Secretaria General de Política Social y Consumo

PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y ELABORACIÓN

La elaboración del Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo ha sido una de las tareas más importantes del Imserso en los últimos tiempos, un trabajo que la institución ha acogido con entusiasmo. Ha supuesto un esfuerzo arduo y sin embargo apasionante en el que hemos creído todas las personas que, de una u otra forma, hemos participado en él.
Llevar a buen puerto un proyecto tan ambicioso y tan importante para la sociedad española es, al mismo tiempo, una gran responsabilidad. Por eso, tengo que afirmar que, desde el principio, teníamos muy claro que el Libro tenía que responder a un escrupuloso rigor científico con el fin de que los datos reflejaran la situación actual de las personas mayores, sus deseos y sus necesidades. Queríamos también que la interpretación de esos datos fuera clara y objetiva para que toda la sociedad española pudiera acceder a ellos y entenderlos, dado que el Libro Blanco habría de completarse y enriquecerse con las conclusiones del debate que las personas mayores, sus organizaciones y los agentes sociales aportarían a la vista de tales datos.
Desde este enfoque de rigor científico y servicio a toda la sociedad, puesto que se trataba de elaborar un documento técnico en que el se encontraran las claves demográficas y sociológicas para articular políticas sociales dirigidas a personas mayores, abordamos la elección y selección de temas a incluir en el documento.
Se constató el hecho de que, en su condición de ciudadanos y ciudadanas, a las personas mayores les afectan todos los temas. No obstante deberían priorizarse, e incluso aislarse, aquellos aspectos de la vida que tuvieran más relación con el envejecimiento activo. Incluso entendiendo que éste no es una alternativa a la situación de dependencia, puesto que cualquier persona en esa situación puede vivir de forma activa su propio envejecimiento en la medida de sus posibilidades, el tratamiento de la dependencia, como situación especial, ya había sido y seguirá siendo tratada de manera monográfica. Tampoco parecía procedente abordar de manera central y extensa los temas relacionados con el trabajo, la jubilación o las pensiones, puesto que son objeto de otros debates y otros foros donde se tratan con una mayor profundidad en sus contenidos y en sus complejas implicaciones. Por último, se pretendía dar una visión fundamentalmente positiva de la persona mayor y, por tanto, se han querido evitar aquellos aspectos que pudieran

abundar en los estereotipos más negativos vinculados al envejecimiento, que no fueran necesarios para contribuir de manera decisiva a la orientación hacia las líneas de acción que pudieran mejorarlo.

Nuestra propuesta final se ha centrado en avanzar en aquellos aspectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, en poner en valor su importante aportación a la sociedad en el pasado y, muy especialmente, en el presente, así como en el fomento de unas relaciones intergeneracionales generadoras de bienestar.

Una vez que se llegó al consenso sobre un esquema y un proyecto inicial, se contactó con un importante grupo de expertos y expertas, a los que se les pidieron sus reflexiones y aportaciones.

Además de la inestimable colaboración y aportaciones de más de treinta personas expertas, se encargaron puntualmente algunos trabajos e investigaciones cuyos resultados se han incorporado al documento:

- Un *barómetro* sobre las principales opiniones de la población española sobre los mayores, realizado en 2009 por el Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Una *encuesta a la población mayor* española, para obtener datos actualizados sobre su situación y la percepción de la misma, que ya han sido presentados por el Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Otros trabajos puntuales sobre participación, cuidados y actualización en temas más concretos: participación social, cuidados profesionales, cuidados informales, soledad y medio rural, etc.

Simultáneamente se han realizado, reuniones, cursos y sesiones de trabajo relacionados con estos temas.

- En 2009 destacan de manera especial los referidos a la soledad, la cuestión de género en el envejecimiento y los celebrados por la Universidad Complutense de Madrid en los Cursos de Verano de El Escorial sobre «Envejecimiento, Servicios Sociales y Desarrollo Rural» y el celebrado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en los cursos de verano de Santander sobre «Género, envejecimiento y autonomía personal», «Relaciones intergeneracionales» celebrado en el Ceadac de Madrid y «viviendas accesibles para todas las edades: diseño para todos en el hogar».
- En 2010 son especialmente relevantes los cursos sobre salud mental y exclusión social en personas mayores; formación en el uso de las TICs para favorecer la vida independiente; las personas mayores y los medios de comunicación; las relaciones intergeneracionales para promover la autonomía personal; las promesas del envejecimiento activo, investigación, desarrollo e innovación en Europa (Universidad Complutense, cursos de verano de El Escorial); las bue-

nas prácticas en la coordinación sociosanitaria (Cursos de verano de la UIMP de Santander) y cursos sobre malos tratos, vivienda y entornos urbanos del siglo XXI y tecnologías de apoyo aplicadas a la comunicación.

- Se han tenido en cuenta de manera muy especial las ponencias y las conclusiones del *III Congreso Estatal de Personas Mayores celebrado en Madrid en mayo de 2009*

En definitiva, un programa de trabajo muy intenso que se ha completado con el debate social al que han sido sometidos sus contenidos. Para ello se elabora un *resumen* de todos aquellos, que es presentado como «temas para el debate» por la ministra de Sanidad y Política Social al Consejo Estatal de Personas Mayores el 14 de octubre de 2010.

A partir de ese momento se difunden los contenidos a través de un documento técnico que se cuelga en la página web de Imserso, se reparte para su discusión entre las organizaciones y entidades más relacionadas, y se divulga como documento de referencia en todos los eventos, jornadas y debates en materia de envejecimiento activo, muy especialmente en los órganos más destacados de participación del Imserso: Consejo Estatal de Personas Mayores y Consejo General. Esta fase ha sido fundamental en la elaboración del Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo, ya que siempre hemos querido que, junto al rigor científico, se pusiera en valor la voz de las partes implicadas, que es tanto como decir la voz de la propia sociedad que, ante un determinado reto como es el envejecimiento de su población, quiere articular respuestas consensuadas que conviertan este desafío en una nueva oportunidad de crecimiento de sus valores humanos y de su bienestar social.

Los principales pasos en el proceso de debate sobre los contenidos del Libro Blanco han sido los siguientes:

❖ Reuniones con ministerios, entidades y organismos relacionados con el envejecimiento activo:
  - Reuniones generales y bilaterales a distinto nivel con numerosos ministerios relacionados con los temas más relevantes del envejecimiento.
  - Reunión de la Directora General del Imserso con los Directores Generales de las Comunidades Autónomas, competentes en materia de Personas Mayores, con la finalidad de establecer cauces de participación de las Comunidades en la elaboración del Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo. En esta reunión estuvo igualmente presente la Federación Española de Municipios y Provincias.

- Reuniones con órganos de participación y movimiento asociativo
  - Reuniones con el *Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del Consejo Estatal de Mayores*, para elaborar sugerencias y aportaciones al documento, que han sido debatidas e incorporadas al documento.
  - Tratamiento y reflexión sobre el documento en el seno del *Consejo General del Imserso*, que igualmente ha aportado sus sugerencias y propuestas.
  - Contactos y reuniones con el *movimiento asociativo* relacionado con el envejecimiento.
- Celebración de una serie de reuniones, jornadas y encuentros, centrados ya en capítulos concretos previstos en el Libro Blanco, con el propósito de seguir generando debate y enriquecer el texto final con las aportaciones de todos los agentes implicados en este ámbito. En concreto se han celebrado los siguientes:
  - Jornada sobre *«Actividad Física y Envejecimiento Activo»,* que contó con importantes expertos tanto de la Administración como de la Universidad, entre ellos representantes del Consejo Superior de Deportes que presentaron el Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte.
  - *Congreso de Mujeres Mayores:* auspiciado y promovido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y bajo la dirección del Instituto de la Mujer y del Imserso.
  - Jornada sobre *«Aprendizaje a lo largo de la Vida y Envejecimiento Activo»,* en la que se dio a conocer el plan integral de Aprendizaje a lo largo de la vida, por parte del Ministerio de Educación, con especial referencia a la implicación que tiene para personas mayores.
  - Jornada sobre *«Participación, Voluntariado y Envejecimiento Activo»* que contó con destacados responsables y expertos, de las distintas administraciones y del movimiento asociativo.
  - Jornadas de *Desarrollo Rural, Urbanismo y Vivienda,* con la colaboración de los Ministerios de Medio Ambiente, Rural y Marino y de Fomento (Urbanismo y Vivienda), para reflexionar sobre los modos de vida, el hábitat, la vivienda y el desarrollo rural, y las buenas prácticas, en relación con el Envejecimiento Activo.
  - *Curso de verano en la UIMP sobre la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación social,* en el que se ha trabajado sobre este importante aspecto de las Personas mayores, y su proyección en los Medios de Comunicación.

Además se han recabado y recibido sugerencias y aportaciones desde otros muchos ámbitos y personas, que se han tenido en cuenta a la hora de hacer la redacción final del documento.

La conclusión es que nos sentimos enormemente satisfechos y satisfechas con el trabajo y su resultado, sintiendo el privilegio de haber participado en un debate que entendemos fundamental para el futuro de nuestra sociedad. Quiero aprovechar estas páginas para dar las gracias a todos los trabajadores y trabajadoras del Imserso que, desde el primer momento, acogieron con ilusión y entrega la elaboración de este Libro Blanco, especialmente, de quienes han sido sus coordinadores y más directos responsables.

Entre todos y todas hemos logrado que el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo sea básicamente un documento para la reflexión y el debate; que su contenido sea el referente para abrir vías de cambio en las políticas dirigidas a las personas mayores actuales. Con ello contribuimos a construir una sociedad capaz de afrontar el envejecimiento de la población como un reto, ante el que sólo es posible responder desde la convivencia intergeneracional rompiendo nuestra fragmentada visión de la población en función de la edad y cimentando una sociedad para todas las edades.

Este documento es pues una pista, una luz para ver la nueva realidad con la que afrontamos el siglo XXI. En él se escucha la voz de expertos y expertas, de especialistas en envejecimiento activo, de responsables de políticas y programas a favor de los mayores y, sobre todo, de muchas personas afectadas e implicadas directamente en el envejecimiento activo, que, con su trabajo de análisis, sus comentarios y sus indicaciones desbrozan las vías por las que podremos transitar en un próximo futuro.

Consecuentemente este Libro Blanco es, sobre todo, un punto de inflexión y un lugar de arranque para un nuevo rumbo, y un mayor impulso y coordinación en políticas que redunden en beneficio de una mejor calidad de vida de las personas mayores y, con ello, de toda la sociedad.

Purificación Causapié Lopesino

Directora General Imserso

PARTE PRIMERA

LA POBLACIÓN MAYOR: PRESENTE Y FUTURO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

CAPÍTULO 1

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS ACTUALES

El envejecimiento de la población difiere del envejecimiento de las personas. Las sociedades pueden envejecer (al aumentar la proporción de personas de edad) o pueden rejuvenecer, por lo que los problemas y desafíos en uno u otro caso son diferentes. En cambio, los individuos envejecen cada año que sobreviven; añaden un dígito a su edad cronológica. Las tendencias emergentes en el proceso de envejecimiento tienen que ver con los cambios históricos recientes y la previsión de los cambios futuros que afectan a la sociedad en su conjunto.

El proceso de envejecimiento es una reestructuración de las edades que modifica las relaciones entre generaciones; por tanto, supone un desafío a los esquemas de bienestar. Muchos de los cambios que se han producido y se producirán son positivos. El envejecimiento demográfico representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte.

Pero también implica importantes retos. Constituye una auténtica revolución pausada. La reestructuración de las edades es lenta, tiene sus raíces en causas del pasado, pero tendrá consecuencias revolucionarias en la vida de las personas, en la familia, en la economía, en las finanzas públicas e incluso en la geopolítica; tendrá impacto significativo sobre el potencial de crecimiento y una fuerte presión sobre el gasto público.

En este capítulo, se abordan las tendencias emergentes que presiden el actual proceso de envejecimiento y un esbozo de las posibles respuestas políticas a los desafíos demográficos.

A. SÍNTESIS DE TENDENCIAS

El envejecimiento de la población es el resultado de importantes cambios demográficos desarrollados en los últimos decenios en España. Desde finales de los años setenta del pasado siglo se ha producido una fuerte **caída de la fecundidad** que ha elevado el peso porcentual de las personas mayores.

El **incremento de la esperanza de vida** ha supuesto un aumento del número de supervivientes de cada cohorte a lo largo de todas las edades del curso de vida más allá de los 65 años. Lo que inicialmente provoca un rejuvenecimiento de la estructura poblacional, aumenta la proporción de personas mayores y provoca un sobreenvejecimiento sobre las cohortes de mayor edad. De forma paralela, los fuertes **movimientos migratorios** de los últimos años en edades laborales, han permitido ralentizar el proceso de envejecimiento, pero la tendencia al retorno de los inmigrantes, prevista en las nuevas proyecciones del INE, puede acelerarlo en la tercera década del siglo.

La principal consecuencia de estos cambios demográficos es la **reestructuración de las edades** hacia un proceso de envejecimiento. Por primera vez en la historia española se ha producido una inversión demográfica: más personas de edad (65 y más años) que niños (0-14 años). El grupo de personas muy mayores (80 y más años) se ha incrementado y se incrementará con ritmos más elevados que el resto de los grupos de edad. El proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones entre generaciones, y a un declive poblacional a mediados del siglo XXI.

Estos hitos contribuyen a que las diferentes dinámicas demográficas acentúen viejos **desequilibrios territoriales,** con un medio rural que intensifica su envejecimiento y unos municipios urbanos que concentran la mayor parte de las personas mayores. Las zonas costeras mediterráneas y las Islas Canarias ven aumentar notablemente el número de jubilados europeos que presionarán sobre los sistemas de atención sociosanitarios.

Un factor más del proceso de envejecimiento es el **cambio en los patrones de enfermedad y muerte**. Las enfermedades degenerativas avanzan, modificando el patrón global de enfermedad. Continuadas mejoras en la industria farmacéutica, la rehabilitación y los cuidados sanitarios han contribuido y continuarán la tendencia a una reducción de la discapacidad y a retrasar su entrada y, por tanto, la demanda de cuidados; pero dado el aumento de la cifra de personas mayores, hay que prever más personas con dependencia severa.

Todos estos cambios demográficos, junto con los sociales, modifican las **estructuras familiares.** De una parte, más generaciones de la misma familia coexisten al mismo tiempo, lo que aumenta el potencial de atención, cuidado y transferencias; por otra, la reducción del tamaño medio de la unidad familiar y una mayor longevidad, entre otras causas, extenderá la soledad residencial, con más riesgo al bienestar personal cuando se presentan situaciones de dependencia.

Una consecuencia de esta combinación de los cambios demográficos y de las estructuras familiares es la tendencia al **incremento de los servicios profesionales o formales** de atención que contribuirán a mantener el sólido sistema de apoyo familiar existente en la actualidad. La permanencia residencial en el entorno habitual y la provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas y en sus preferencias constituyen un desafío para el futuro próximo.

Se observa, todavía de forma incipiente y con rasgos contradictorios, que la vida autónoma **se convierte en un valor social** en alza frente a los patrones de conducta dependientes de las expectativas sociales y

familiares. El incremento de hogares unipersonales, además de constituir un riesgo en la vejez avanzada, se configura como indicador de competencia social y personal.

Una mejora del estado del bienestar de los últimos lustros se ha traducido en un **patrón de tiempos de trabajo limitados** y derechos adquiridos. El fuerte proceso de envejecimiento por una mayor esperanza de vida implica una ampliación del período vivido en jubilación, lo que sin duda obligará a nuevos cambios en el patrón de trabajo y jubilación. El debate permanente sobre el equilibrio de las cuentas de la Seguridad Social y el aseguramiento de las pensiones se acentuará en el año 2020 en el momento de convergencia de calendarios demográficos cuando la generación del baby-boom inicie su ingreso en la jubilación.

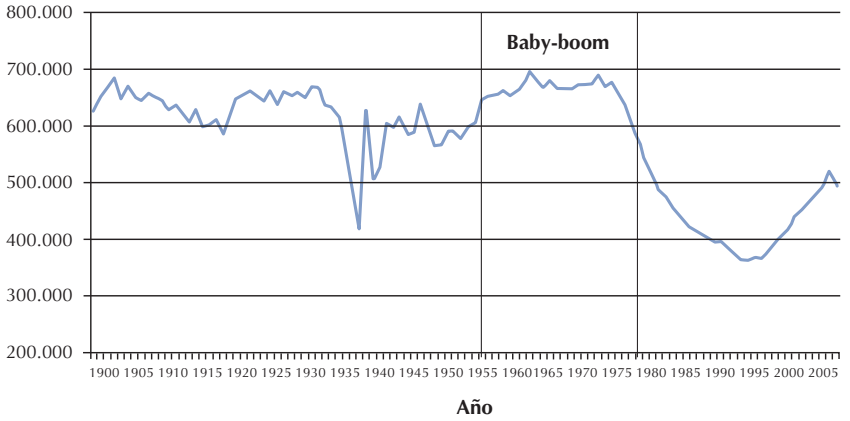
1. TENDENCIAS EN LOS MOTORES DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se produce por la caída de la fecundidad y por una mayor longevidad gracias al descenso de la mortalidad. El descenso del número de niños hace pesar más porcentualmente al conjunto de personas mayores, y un descenso de la mortalidad a todas las edades motiva que lleguen más supervivientes de cada cohorte al umbral de los 65 años, y además, los que llegan son más longevos pues se sigue ganando años a la muerte en las edades avanzadas. La inmigración, tercer motor en la reestructuración de las edades, puede tener un efecto ralentizador, pues los mayores contingentes están formados por personas en edad de trabajar, pero que con los años también envejecen y contabilizan como mayores, salvo que retornen a sus países de origen.

a) Fecundidad

España ha sufrido una fuerte caída de la fecundidad en las últimas décadas del siglo XX, concretamente desde el final de los años del baby-boom (que se extiende entre 1957 y 1977, aproximadamente). Esta caída ha sido generalizada en Europa. Todos los países se encuentran por debajo del nivel de reemplazo establecido en 2,1 hijos por mujer, aunque ha habido diferentes velocidades y calendarios. España se encuentra por debajo de 1,4 hijos por mujer, junto a países como Alemania, Grecia, Hungría, Italia o Polonia, aunque ha iniciado un repunte siguiendo el camino de Francia, Reino Unido o Suecia, países que muestran una tasa superior. El aumento de nacimientos se inició en los últimos años del siglo XX (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nacimientos en España 1900-2009.



Fuente: -1900-1945: Tabla 1.13. Estadísticas Básicas de España 1900-1970. Confederación Española de Cajas de Ahorros. Madrid, 1975.
-1946-2009: INE: INEBASE: Movimiento natural de la población. Nacimientos INE, consulta en mayo de 2011.

b) Esperanza de vida

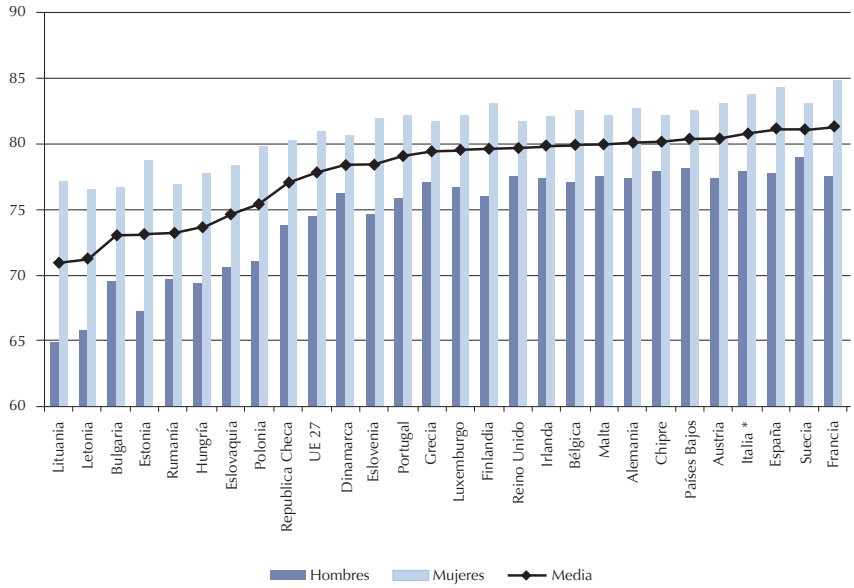
Desde 1960 todos los países europeos han incrementado notablemente su esperanza de vida, más pronunciada en la zona euro y muy destacada en España. Ese incremento ha acelerado la proporción de mayores, factor que se une al efecto producido por la caída del número de niños. No hay consenso sobre las tendencias a muy largo plazo, pues se desconoce el límite biológico de la longevidad, el impacto de futuros descubrimientos farmacológicos o la incidencia concreta de los programas sanitarios y de salud pública; hasta ahora se había subestimado la ganancia de años a la muerte en las tendencias pasadas. España se mantendrá previsiblemente con una de las esperanzas de vida a los 65 años más alta de Europa para hombres (detrás de Francia, Italia y Suecia) y para mujeres (tras Francia e Italia).

c) Inmigración

Europa ha sido tradicionalmente un lugar de destino para los migrantes. En los últimos años, España ha sido el país europeo que más inmigrantes ha recibido (más de un tercio de toda Europa-27), seguida de Italia, con lo que ambos cierran una vieja tendencia de países emisores; ha sustituido a los países tradicionalmente receptores (Alemania, Francia y Reino Unido). Ahora, los flujos tienden a ralentizarse y estabilizarse. Es muy difícil anticipar la tendencia migratoria futura, pues depende de factores económicos y sociales, desarrollos políticos y lazos familiares, y otros factores de la zona de origen (diferencias de renta, redes familiares establecidas). Recientemente (enero 2010) el INE ha modificado

a la baja su previsión de entrada de inmigrantes en España y destaca el retorno de muchos de ellos, con lo que deja un saldo positivo de unos 75.000 inmigrantes anuales desde la próxima década y en las sucesivas.

Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer. Europa de los 27.



Fuente: EUROSTAT. 2009.

La inmigración no puede contrarrestar el envejecimiento y el declive demográfico. Puede atenuar sus efectos junto con otras medidas para fomentar la fecundidad y la participación en la fuerza laboral especialmente de las mujeres. Aunque por sí sola la inmigración no puede mantener los ratios de dependencia de mayores en los mismos niveles actuales por la inmensa cifra de inmigrantes en edad laboral que se precisaría, su ausencia acentuará el envejecimiento y el declive demográfico.

La convergencia de calendarios en España

Los calendarios de los factores que han provocado el proceso del envejecimiento tienen una particular coincidencia en la próxima década.

El baby-boom español (cohortes nacidas entre 1957 y 1977) lleva un retraso de unos diez años respecto a otros países europeos o del mundo occidental, e iniciará su entrada en edades de jubilación a partir de 2020, aumentando la proporción de mayores y sus demandas.

En esa década, continuará la baja fecundidad en torno a 1,6 hijos por mujer (algo más elevada que en la actualidad) y que es una causa importante del proceso de envejecimiento.

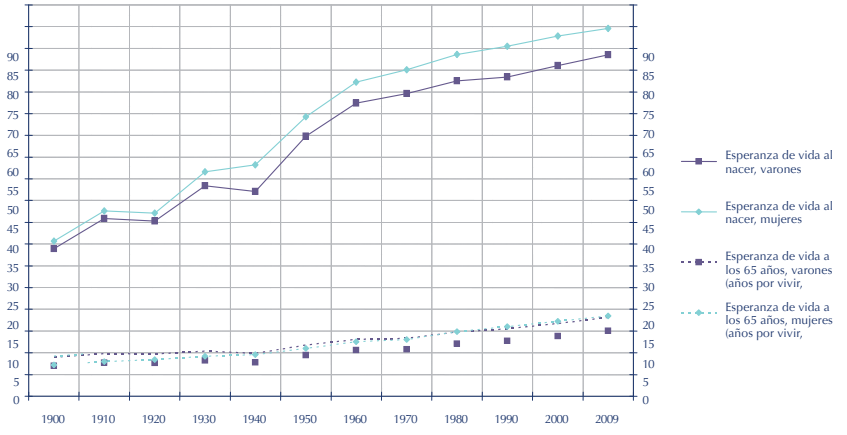
La esperanza de vida aumentará en esa década hasta dos años adicionales para las personas de 65 y más años (por caída de la mortalidad, especial-

mente entre los muy mayores), prolongando su vida hasta edades más elevadas.
La inmigración posiblemente se ralentice y pierda el efecto «rejuvenecedor» de la estructura demográfica que ha tenido en estos últimos lustros. Se situará en unos saldos positivos de 75.000 personas al año, una vez restado el importante retorno previsto.
Por ello, la actuación diferente de los tres motores del proceso (fecundidad, mortalidad, migración) confluye en un aumento de la proporción de personas mayores y convierte el proceso de envejecimiento en un auténtico desafío.

d) Algunas consideraciones adicionales sobre el incremento de la esperanza de vida

La esperanza de vida en España sigue incrementándose, y vidas más largas han de financiarse de alguna manera. La continuada **reducción de la mortalidad** durante el siglo XX ha llevado a un aumento de la supervivencia en todas las cohortes y a todas las edades, y al incremento notable de la esperanza de vida. Los 34,8 años de vida media o esperanza de vida al nacer en 1900 se han convertido en 81,6 años en 2009. Llegan más al umbral de la vejez y una vez sobrepasado viven más tiempo que hace una centuria; en 1900, se esperaba que una persona de 65 años viviese 9,1 años más, ahora se han convertido en 20,2 adicionales (Gráfico 3). A principios de siglo menos de tres nacidos de cada diez alcanzaban la vejez; ahora son casi nueve de cada diez.

Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer por sexo, 2000-2009.

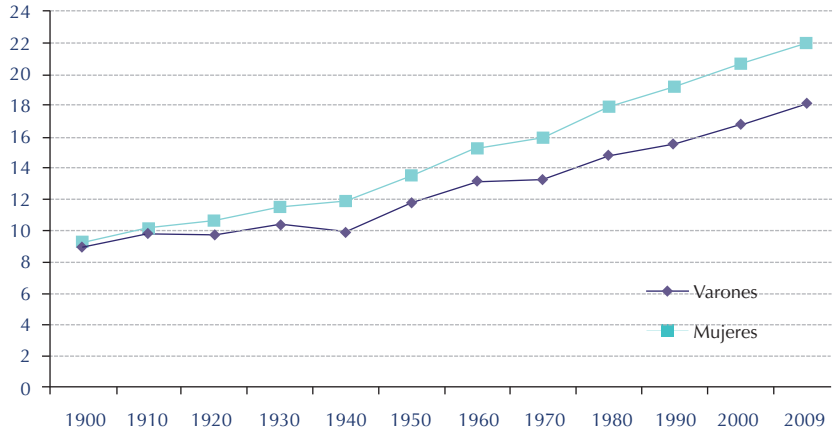


Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

Este significativo incremento en la esperanza de vida al nacer se acompaña con importantes cambios en la esperanza de vida a partir de los 65 años (Gráfico 3a). Entre 1900 y 1960 los varones ganaron 2,8 años y las mujeres 5,8; sin embargo, entre 1960 y 2009 las ganancias fueron de 5,0 y 6,7 años respectivamente, produciéndose un mayor descenso en las tasas de mortalidad entre los varones.

En el conjunto de la Unión Europea se espera que los varones ganen 5,5 años de esperanza de vida a los 65 años, y 5,2 las mujeres, estando las mujeres españolas entre las que más se benefician de este alargamiento de la vida. Actualmente, la esperanza de vida española se encuentra entre las más altas de Europa y el mundo.

Gráfico 3a. Esperanza de vida a los 65 años por sexo 1900-2009.



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

Las proyecciones señalan una ralentización de esas ganancias y un **acercamiento del diferencial** entre hombres y mujeres, por una mayor reducción de la mortalidad masculina, que aun así sigue siendo más alta que la femenina. La actual diferencia en la esperanza de vida de 6,1 años bajará a 5,6 en 2049. Sin embargo, la previsión sobre la diferencia de esperanza de vida a los 65 años pasa de 3,9 años actuales a 4,3 en 2049; es un proceso de ligero aumento del diferencial entre hombres y mujeres, que incidirá en un aumento del desequilibrio entre sexos en edades avanzadas.

La esperanza de vida femenina siempre ha sido más alta que la masculina a todas las edades. Esta diferencia puede ser atribuida a diferentes comportamientos, hábitos y estilos de vida, papeles sociales y laborales, en los que los varones están expuestos a mayores riesgos y a su vez tiene implicaciones en la forma de convivencia, bienestar económico

y relaciones sociales y familiares debido a la supervivencia de las mujeres sobre sus cónyuges.

Los años ganados a la muerte se consideran de forma mayoritaria como años obtenidos en la vejez, aunque sería más correcto plantear que esos años se han incrementado en todas las edades y que tiene implicaciones diversas en diferentes etapas de la vida: ampliación de la etapa formativa en la juventud y/o prolongación de la vida laboral en la edad adulta.

Pero además, uno de los efectos de la mayor esperanza de vida es que puede fortalecer las **redes de apoyo**, por una mayor supervivencia de todos los miembros de la familia, aunque al mismo tiempo pueda incrementar la demanda de cuidados por mayor tiempo en situación de dependencia.

La «democratización» de la supervivencia traslada a mayores contingentes de población hacia las edades altas de la pirámide y se acentúan las diferencias y desigualdades de estas personas, en sus estilos de vida, formas de convivencia, necesidad y demandas de cuidados, que **plantea varios desafíos:** el afrontamiento de un envejecimiento exitoso, la emergencia de la fragilidad y dependencia, la entrada en discapacidad (compresión-expansión) y la puesta en valor de una actividad antes limitada: el cuidado.

Al mismo tiempo, ha permitido extender el horizonte cronológico de las personas, concebir la muerte como evento alejado en el tiempo, lo que facilita la **planificación individual del curso de vida** y los proyectos a largo plazo. El tiempo libre constituye una verdadera revolución en la gestión del curso de vida, pues hasta hace pocos lustros, la jubilación era una antesala o preparación para la dependencia y la muerte. Tiempo libre y capital de vida avanzan ahora a la par, camino de la «era de la senectud», de la civilización de las distracciones (Touraine, 1992).

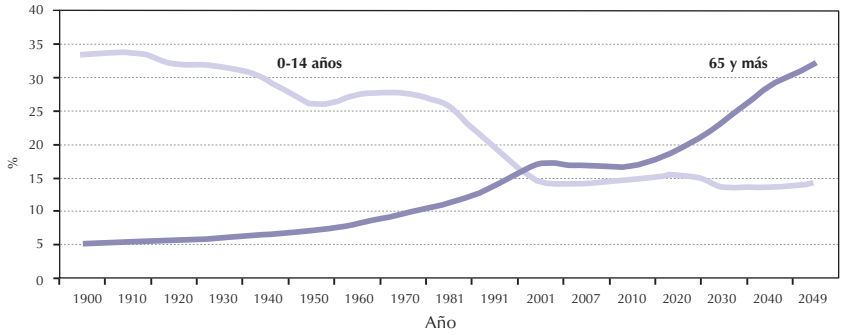
Todos estos cambios demográficos suscitan la incógnita de dónde se sitúan los límites de la longevidad humana y el estado de salud que resulta de su ampliación. Los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite de la vida. La discusión sobre si los años ganados a la muerte se viven en buenas o malas condiciones de salud continuará. La emergencia de una cuarta edad, etapa de declive, planteará el dilema sobre la calidad de vida, por los aspectos negativos de esta etapa final. Esa cuarta edad no es una mera continuación de la anterior, porque prevalece la fragilidad, las limitaciones funcionales y cognitivas, y otras características asociadas a la pérdida de identidad, de sentido de control y de autonomía personal, que algunos llaman de muerte psicológica (Baltes y Smith, 2003).

2. LA REESTRUCTURACIÓN DE LAS EDADES

La reestructuración de las edades, debido al proceso de envejecimiento, modifica las relaciones entre generaciones, las condiciones de cohabitación entre ellas (Loriaux, 1995). Y ése puede ser un desafío tan importante como el hecho biológico de ir superando edades elevadas. Se ha producido una inversión demográfica histórica con un aumento extraordinario de las personas mayores, con un ritmo acelerado y con implicaciones en diferentes ámbitos de la vida.

La primera tendencia emergente en España, al igual que en otros países europeos, es la **inversión demográfica**. Es decir, por primera vez en la historia las personas de 65 y más años superan a los niños de 0-14. El conjunto de la población está envejeciendo (Gráfico 4). El tamaño actual de la población de edad, su crecimiento reciente y la previsible evolución futura es un desafío para los responsables políticos, el sistema sanitario, el económico y social y para los propios individuos y las familias.

Gráfico 4. Inversión de la Tendencia Demográfica.

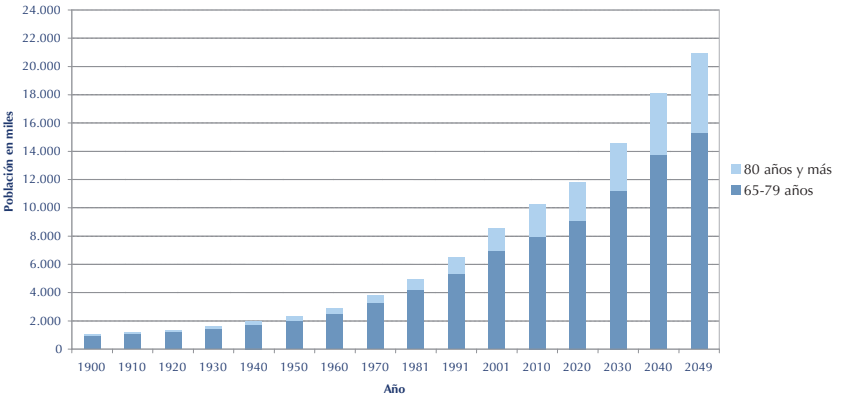


* De 1900 a 2007 los datos son reales; de 2010 a 2049 se trata de proyecciones.
Fuente: INE: INEBASE: 1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2007: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007.
2010-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049.

El incremento de la proporción de personas mayores es el indicador más común del envejecimiento de la población. La población española mayor de 65 años en enero de 2010 era de 7,9 millones de personas, lo que representa el 16,9% de toda la población. La tasa de crecimiento medio anual de este grupo de población ha sido superior al 3% en los últimos decenios y aún se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI. Este crecimiento está en relación directa con el incremento de la esperanza de vida por caída de la mortalidad y a su vez, con los avances sanitarios, de higiene y salud pública y ventajas de regularización de los ingresos y mejoras en la alimentación, factores

que seguirán actuando en los próximos años, por lo que es de esperar la continuación de este crecimiento poblacional (Gráfico 5).

Gráfico 5. Evolución de la población mayor, 1900-2049.

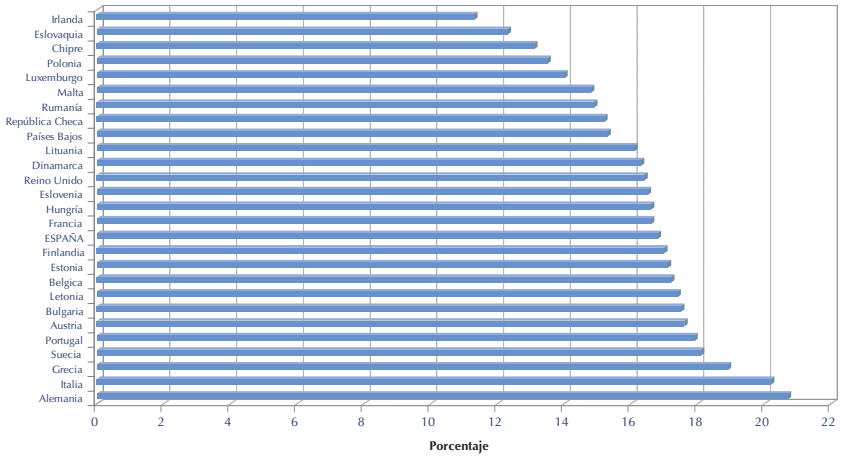


Fuente: 1900-2001 Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2020-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.
2010: INE: INEBASE: Avance del Padrón a 1 de enero de 2010.

Lo más notable en los próximos lustros es la llegada de las cohortes del baby-boom (los nacidos entre 1957-1977) a edades de jubilación en la tercera década del siglo XXI; están ahora en su edad madura, y sobrevivirán más que las cohortes que les preceden. Entonces se verán los mayores incrementos anuales hasta aproximadamente el año 2040. Hacia el 2050, las personas mayores supondrán el 32% de la población, más de 15 millones de personas.

En el contexto europeo son los países mediterráneos (Grecia, Italia, España, Portugal), junto a otros como Alemania, los que presentan porcentajes de envejecimiento más destacados con valores entre 16-20% de su población (Gráfico 6), aunque se adivinan dos tendencias: países con envejecimiento, pero con aumento total de la población (España, Francia, Portugal, Austria, Reino Unido y otros) y países con declive demográfico (Alemania, Italia, Hungría, Polonia, entre otros). Pero a partir de 2045, con las nuevas proyecciones del INE, España empezará a perder población. En esa fecha se habrá alcanzado una población de 48.016.537 habitantes, y se iniciará un declive demográfico: ni los nacimientos ni la inmigración compensarán las defunciones.

Gráfico 6. Población de 65 y más años en la Unión Europea 2010.



Fuente: EUROSTAT.

La otra manifestación dentro del envejecimiento de la población que se está produciendo es el crecimiento de los octogenarios a un ritmo mayor que el resto de grupos de población. Ya son 2,2 millones de personas mayores de 80 años y se han multiplicado por 19 desde principios del siglo XX. Se calcula que en 2049, ya serán 5,6 millones y habrán crecido aún más que el resto de las personas de edad.

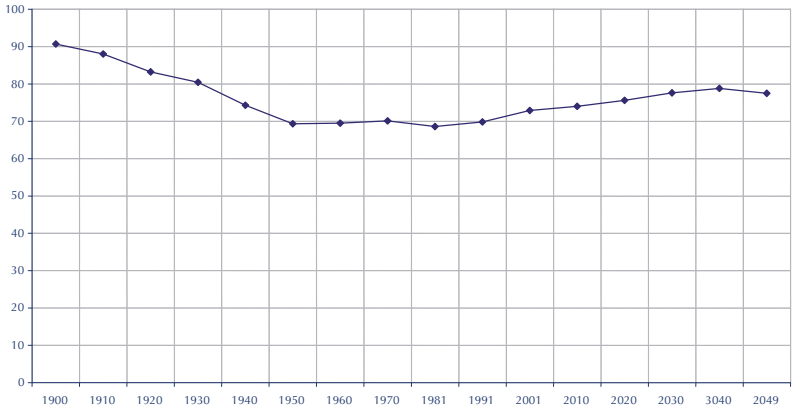
El crecimiento de los octogenarios tiene y tendrá importantes implicaciones en los sistemas de ayuda. Hoy por hoy, sus necesidades son diferentes, sobre todo en atención sanitaria, cuidados y tipo de convivencia; debido a las enfermedades crónicas, tienen un mayor riesgo de padecer discapacidad lo que requiere una mayor respuesta en forma de cuidados de larga duración. Son y serán, por tanto, grandes consumidores de prestaciones sociales y sanitarias tanto formales como informales.

Mientras siga creciendo la longevidad, el concepto de persona muy mayor se modificará; los octogenarios serán más habituales y los centenarios dejarán de ser una excepcionalidad. Éstos también aumentan rápidamente: mientras en el censo de 2001 alcanzaban los 4.000, se estima que en el año 2009 han rebasado los 7.000: tres de cada cuatro son mujeres.

La feminización de la vejez

La tendencia de la relación global entre sexos en la vejez a lo largo de la historia reciente ha sido la de un proceso de feminización, debido a una mortalidad diferencial, mayor entre los varones. Este proceso se ha caracterizado por una acentuación del desequilibrio entre sexos durante la pasada centuria, pero se observa un cambio de tendencia en la década final y en las primeras décadas del siglo XXI (Gráficos 7 y 8). Desde principios de siglo XX, con 93 varones por cada cien mujeres de edad, se observó un aumento de la diferencia entre sexos, siendo cada vez más numerosas las mujeres. Esta tendencia se acentuó en los años 40 y se mantuvo en 70 varones de edad por cada cien mujeres en las décadas de los cincuenta a los noventa, momento en que el descenso de la mortalidad masculina, mayor que la femenina, está conduciendo a una recuperación del equilibrio global entre sexos: 74 varones por cien mujeres en 2010, con estimaciones al alza a lo largo de todo el siglo XXI.

Gráfico 7. Sex ratio entre las personas mayores, 1900-2049.

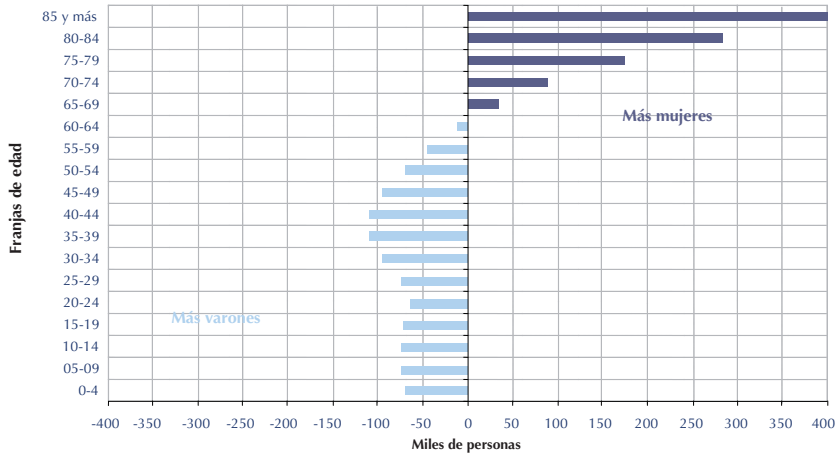


Fuente: 1900-2001 Fuente: INE: INEBASE: Censos de 1900 a 2001.
Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

Este cambio afectará también a la imagen tradicional de mujer mayor cuidando a su cónyuge, normalizándose una visión de cuidador varón prestando ayuda y apoyo a su mujer (Gráfico 8).

A estas características demográficas comunes con los países europeos, hay que sumar el diferencial de nuestro país: la velocidad con que se ha producido el incremento de la población mayor debido a la fuerte caída de la fecundidad, desde finales de los años setenta y sobre todo en los ochenta y noventa del siglo pasado.

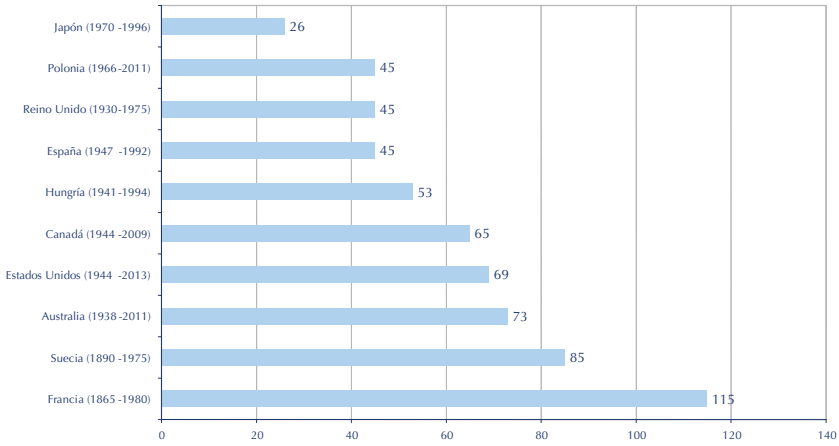
Gráfico 8. Diferencia entre la población de varones y mujeres por franja de edad, 2050.



Fuente: 2050. INE. INEBASE. Proyecciones de población Base Censo 2001. ESCENARIO 1.

Desde principios del siglo XX la población de personas mayores se ha multiplicado por ocho, mientras que el conjunto nacional se ha incrementado 2,5 veces. En 2049, si se cumplen las proyecciones demográficas actuales, se habrá doblado la actual población de personas mayores. España duplicó en 45 años el porcentaje de personas mayores (del 7% al 14%); Francia, el país que inició lo que se conocería como proceso de envejecimiento, tardó 115 años en cambiar esas magnitudes, Suecia 85, etc. (Gráfico 9).

Gráfico 9. Velocidad de envejecimiento de la población: años para pasar de 7%-14%



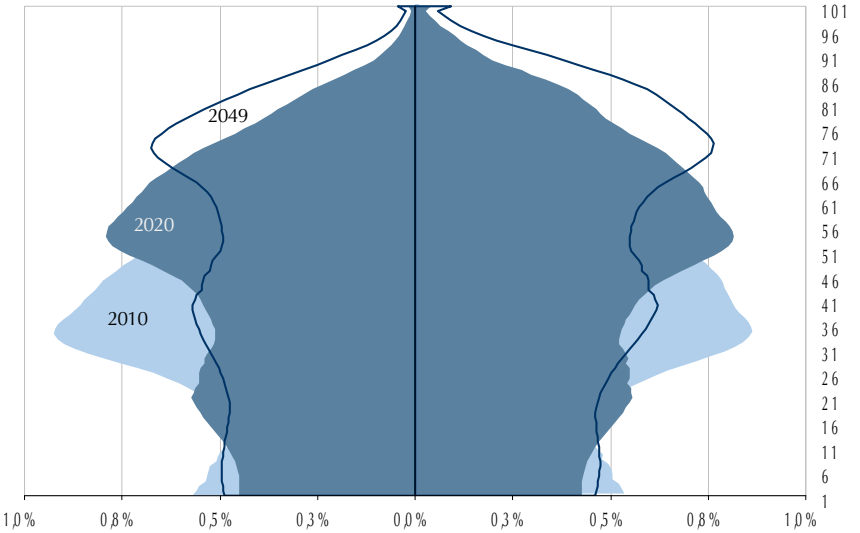
Fuente: Kinsella, K., Wan, H.: An Aging World: 2008. p.14.

Esta velocidad «de envejecimiento» se incrementará en la tercera y cuarta décadas del siglo XXI y se ralentizará posteriormente, pero ya con niveles de envejecimiento de 31,9% de la población. Los octogenarios crecerán más aún en la cuarta y quinta décadas, prolongando el envejecimiento de los ya mayores.

El envejecimiento de la población es patente y todavía se remarca más al comprobar la evolución desde el siglo XX de la edad mediana de la población, que ha marcado una tendencia ascendente: a principios del siglo XX la mitad de la población estaba por debajo de los 24 años, cifra que ha ido ascendiendo hasta los 39 en 2010; en 2020 será de 43 y en 2049 alcanzará los 47 años. En paralelo, la estructura por edad de la población española (Gráfico 10) al igual que sucede en la europea, empieza a ser dominada por la gente mayor.

La posición de las cohortes del baby-boom anuncia los desafíos que se presentarán en cada momento a los responsables de las políticas sociales y económicas. El impacto de esas cohortes será perdurable en el tiempo hasta pasada la segunda mitad de este siglo.

Gráfico 10. Población española 2010, 2020, 2049. Pirámides superpuestas.



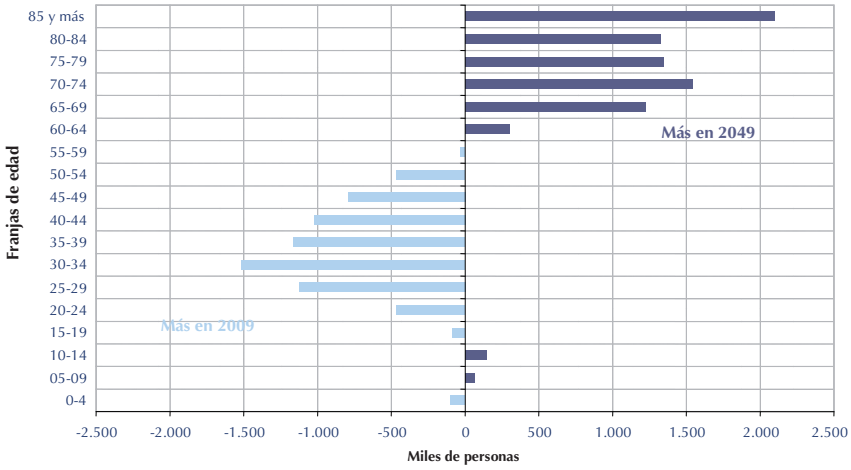
Fuente: INE Base. Proyecciones de población. Base censo 2001.

La evolución futura de la pirámide de población tiende hacia la forma de un pilar, con reducción de efectivos al nacer pero con el mantenimiento del tamaño de cohortes a lo largo de su vida que se estrecha rápidamente en las edades más altas, por la lógica mortalidad.

Una comparación actual y futura entre los grupos de edad nos permite destacar dos hechos. En primer lugar, la diferencia entre el número de

personas mayores entre 2009 y 2049 se concentra en las edades altas de la pirámide, es decir, habrá más españoles que ahora pero casi todos serán mayores o muy mayores (Gráfico 11) con una reducción de los jóvenes y de niños. Estas cifras plantean la cuestión de la sobrecarga de servicios sanitarios y sociales.

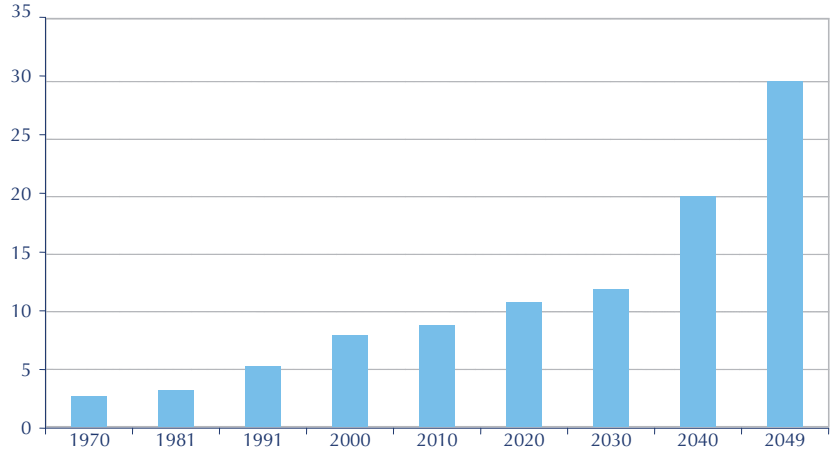
Gráfico 11. Diferencia entre la población en 2009 y en 2049. Grupos quinquenales de edad.



Fuente: 2009. INE: INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Consulta en octubre de 2009.
2049. INE. INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

En segundo lugar, relacionando los grupos de personas muy mayores con otros grupos puede calcularse un ratio de apoyo social y familiar (Gráfico 12).

Gráfico 12. Evolución del ratio de apoyo familiar.



Fuente: 1981 y 1991: INEBASE: Series históricas de población. Censos de 1981 y 1991.
2000 INEBASE: Revisión del Padrón Municipal 2000.
2010, 2020 y 2030 INEBASE: Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

Éste es un indicador simple de la necesidad de apoyo familiar (y social) a lo largo del tiempo (relación existente entre personas de 85 y más años y de 45 a 65 años). Desde 1991 este ratio de apoyo crece continuamente y en proporciones sin precedentes. El ratio actual de 8/100 se incrementará a 30/100 en el año 2049. Esta progresión puede incluso afectar a la carrera profesional y la productividad de esa generación de edad intermedia.

3. NUEVOS DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES

La localización residencial de las personas mayores es una cuestión importante para la organización y administración de las políticas sociales. En el medio urbano, la concentración es una ventaja de escala para la planificación de actividades, servicios y programas de atención. En el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios, dispersión que encarece sus costes.

Las regiones, las ciudades y en algunos casos los cascos históricos de las ciudades pueden ver modificado su anterior equilibrio demográfico y deberán hacer frente a dificultades en materia de oferta de bienes y servicios, salud, dependencia, transporte (Comisión Europea, 2006). Zonas rurales, urbanas, costeras y a otra escala, hogares, sufren y sufrirán estos profundos cambios.

El mundo rural envejece a un fuerte ritmo; en miles de municipios españoles la relación es de una persona mayor por cada tres. Sin embargo, el mayor número de personas de edad se encuentra en las ciudades. Un doble problema: cómo manejar esas proporciones en un mundo con poca población y recursos, y qué hacer con la creciente demanda de miles de mayores urbanos.

La industrialización y el paralelo proceso de urbanización iniciado en torno a los años sesenta del siglo XX son una de las tendencias más destacables en la historia económica y social recientes de España. Ha determinado la concentración de personas mayores en núcleos grandes por un proceso de envejecimiento in situ, por el mayor tamaño demográfico de éstos, y por el envejecimiento del contingente inmigratorio que recibieron las principales ciudades españolas en aquellos años.

Durante los años del éxodo rural, las diferentes generaciones de las familias estuvieron algo más separadas o disociadas, social y geográficamente. Ahora, en este período de rápido envejecimiento, con más longevidad y mayores demandas de relaciones intergeneracionales, las

generaciones se aproximan; los cuidados han acercado a padres e hijos, observándose reagrupaciones familiares cuando durante las décadas anteriores se vivió el proceso contrario.

Esta tendencia se manifiesta a escala inframunicipal en una mayor conciencia de la necesidad de recuperar los cascos históricos, en un proceso conocido como gentrificación o de regeneración de áreas previamente marginales, por un segmento de población adulta joven con alto poder adquisitivo, reacción que se produjo frente al declive de algunos cascos históricos de centros urbanos españoles que, desde finales de la década de los setenta, iniciaron un proceso demográfico negativo, un rápido envejecimiento y un deterioro residencial, con la salida de población joven. Pero a la vez, algunas partes de estos cascos han visto un movimiento contrapuesto; los procesos de declive demográfico son frenados por la inmigración. Se produce un rejuvenecimiento notable de áreas centrales a la vez que se desarrollan procesos de segregación socio-espacial y marginalidad (Puga y Abellán, 2006).

En la escala del hogar, destacan los cambios en los tipos de hogares en que viven los mayores. En uno de cada tres (34%) reside al menos una persona de 65 o más años; es decir, casi cinco millones de hogares albergan a alguna de los más de siete millones de personas de edad; a su vez, en un 35% de los mismos, reside alguna persona mayor dependiente. Buena parte de las personas mayores conviven con alguno de sus descendientes u otros familiares. Los hogares de los mayores son cada vez más pequeños (en tamaño medio) y con edad media creciente. Las personas mayores prolongan su autonomía residencial, lo que aumenta la proporción de solitarios. La vida en solitario suele ser no deseada, pues suele venir impuesta por la mortalidad de un cónyuge y la longevidad del otro.

La distribución del envejecimiento en el territorio

Las provincias y comunidades autónomas con la población de edad más numerosa no coinciden con las que tienen la mayor proporción de personas mayores. Castilla y León (22,4%), Galicia (21,9%) y Asturias (21,8%) son las comunidades más envejecidas. Son territorios con procesos de envejecimiento antiguos, debidos a la fuerte emigración rural y la caída de la fecundidad (Gráfico 13). Andalucía, Cataluña y Madrid, con un millón o más, son las comunidades con mayor número de personas mayores (Gráfico 14). Y dentro de ellas, son los núcleos urbanos los que acogen una cifra mayor.

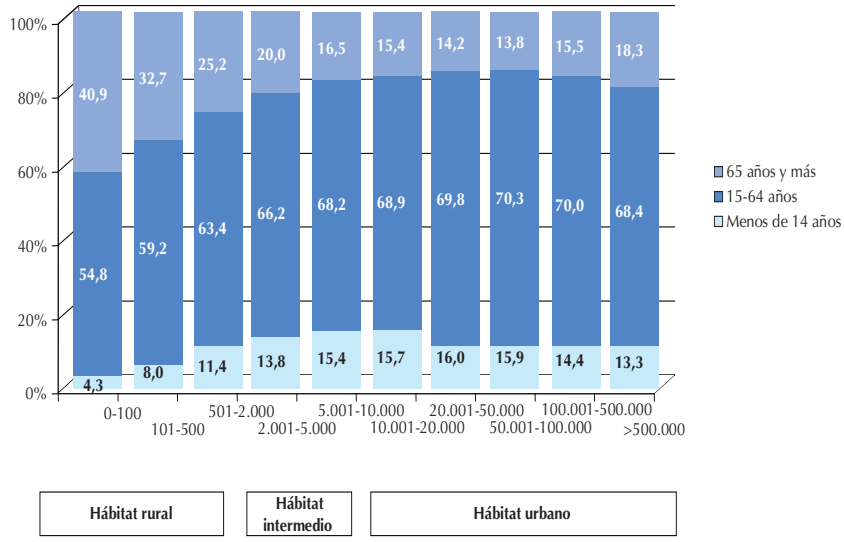
En este patrón de distribución general juega un papel más relevante la población urbana: ocho de cada diez españoles de todas las edades viven en núcleos urbanos, más de siete sobre diez entre los mayores. En el medio

rural en los municipios de menos de 2.000 habitantes viven unas 800.000 personas de edad, aunque la proporción es de 27,7%. En los municipios rurales de entre 2.000 y 10.000 habitantes viven 1,2 millones de personas mayores, un 18,2% de envejecimiento (Gráficos 15 y 16). En municipios de más de 10.000 habitantes viven 5,5 millones de mayores, una proporción del 15,5%. Ejemplo de esta disparidad es que en los seis municipios más grandes de España (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga) viven tantos mayores como en los 6.900 municipios de menos de 5.000 habitantes (en torno a 1.4 millones) (Puga y Abellán, 2006).

Gráfico 13

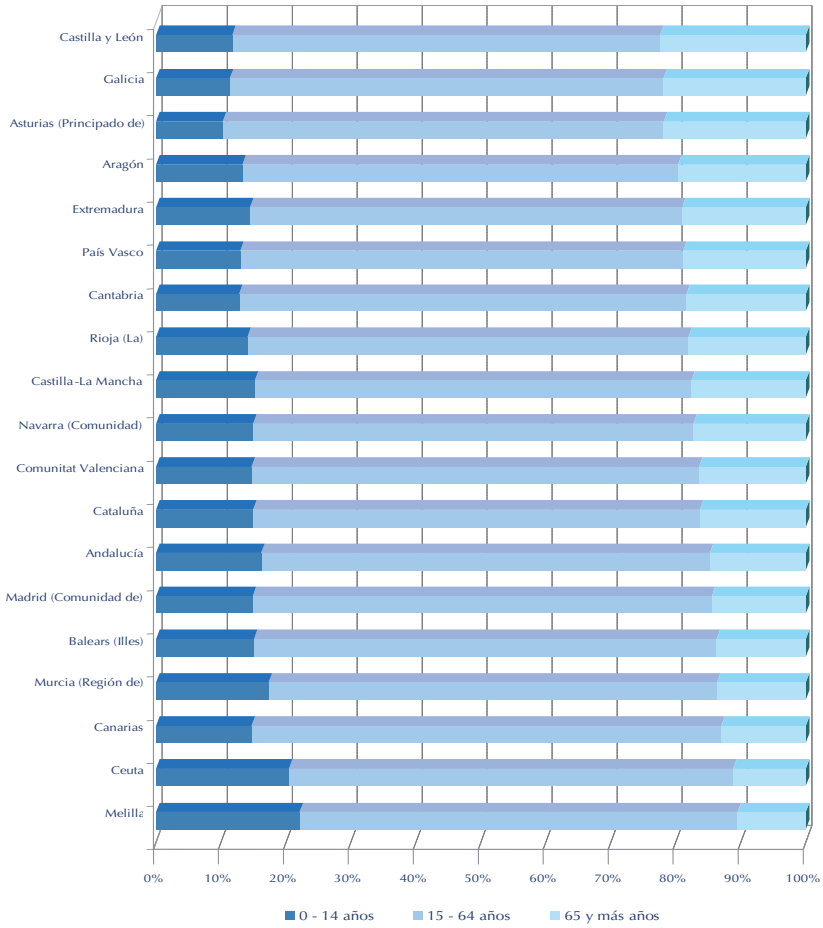
Gráfico 14

Gráficos 15. Población según tamaño municipal, 2009.



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2009. Datos por municipios. INE, consulta en mayo de 2011.

Gráficos 16. Población grandes grupos de edad. Comunidad Autónoma 2009.



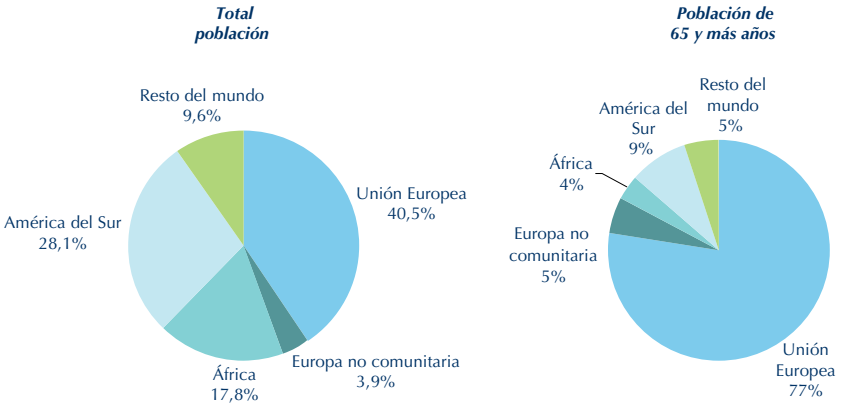
Fuente: INE: INEBASE: Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

4. FLUJOS MIGRATORIOS DE PERSONAS MAYORES EN BUSCA DE CONFORT CLIMÁTICO

Desde hace varios decenios, pero acentuándose en los últimos lustros, España ha visto surgir una **tendencia migratoria nueva**: el retiro de jubilados europeos hacia sus costas. Zonas litorales del Mediterráneo y de las Islas Canarias han recibido miles de extranjeros jubilados, gracias a su confort climático, coste de vida más bajo y disponibilidad de infraestructuras (de ocio y sanitarias), normalmente sin perder lazos con su país de origen para no perder derechos sociales.

En 2009, había en España 5,5 millones de extranjeros. De ellos, 280.000 eran personas mayores. Esta cifra es una referencia mínima pues es habitual en estos colectivos el subregistro administrativo. Los originarios de la Unión Europea son mayoría en ambos casos, aunque entre los inmigrantes de menos de 65 años, el contingente de procedentes de América del Sur es muy elevado (Gráficos 17 y 18). Las personas mayores extranjeras procedentes de la Unión Europea se concentran en un 90% en cinco comunidades autónomas: Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias, Cataluña, Baleares, concentrándose un 64% en las dos primeras (C. Valenciana 41,5% y 22,5% Andalucía). Los ciudadanos procedentes de la Unión Europea de los 15 alcanzaban el 93%, no llegando al 0,5% los ciudadanos extranjeros empadronados en España procedentes de los países incorporados a la Unión europea en las últimas ampliaciones (Imserso. Fernández, 2006). El 51% de los mayores extranjeros son británicos que suelen residir en provincias costeras mediterráneas (Alicante, Málaga, Baleares) y Canarias. Los alemanes, con el 29% de todos los extranjeros de edad, son el segundo grupo más numeroso seguido de los franceses.

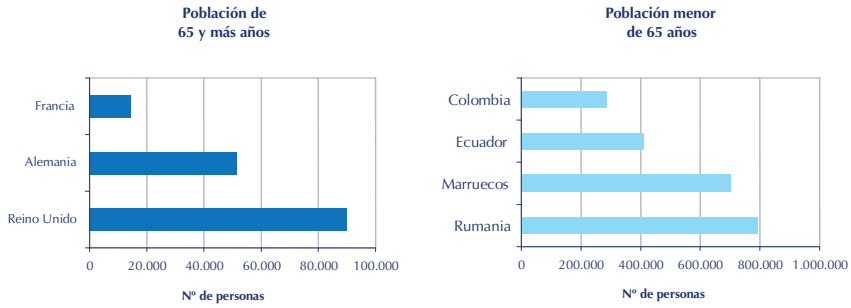
Gráfico 17. Población extranjera según continente de procedencia, 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

La principal **consecuencia del modelo de concentración** de esta población en lugares de la costa es la creación de espacios demográficos municipales sobre-envejecidos. Contribuyen al desarrollo local con una actividad económica en torno a este fenómeno (vivienda, consumo, etc.), pero existe una preocupación sobre el impacto que esta demanda puede tener sobre servicios sanitarios.

Gráfico 18. Población extranjera según nacionalidad, 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

Una tendencia al uso excesivo o a la saturación de éstos representa un desafío importante para los responsables de las políticas sanitarias, en particular de las comunidades autónomas donde se asientan de forma preferente, si bien hay que tener en cuenta, de un lado, que los grupos de edad entre 65 y 74 años alcanzan el 70% de estos mayores y que sólo un 15% sobrepasa los 80 años, el grupo, en principio, principal consumidor de recursos sociosanitarios, que muestra una preferencia a regresar a su país cuando llega a edades de sobreenvejecimiento. Por otra parte, la presión sobre los recursos se produce en particular en su estructura, ya que desde el punto de vista económico, las compensaciones están establecidas por la Unión Europea (Imserso. Fernández, 2006). Es difícil proyectar situaciones futuras, aunque lo más previsible es que la razón del peso de confort climático y otras ventajas económicas, sanitarias y sociales siga influyendo en la tendencia de retiro hacia España de muchos europeos.

5. CAMBIOS EN LOS PATRONES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

Una de las principales tendencias a lo largo del siglo XX ha sido el cambio radical en los patrones de enfermedad y muerte. Las enfermedades crónicas y degenerativas sustituyen a las infecciosas y parasitarias; es un cambio epidemiológico global, más acentuado entre los mayores,

donde las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos de enfermedades y de causas de muerte. Las mejoras en los medicamentos, rehabilitación y sistema sanitario están contribuyendo a una posposición de la discapacidad y de la muerte.

a) Creciente importancia de las enfermedades degenerativas

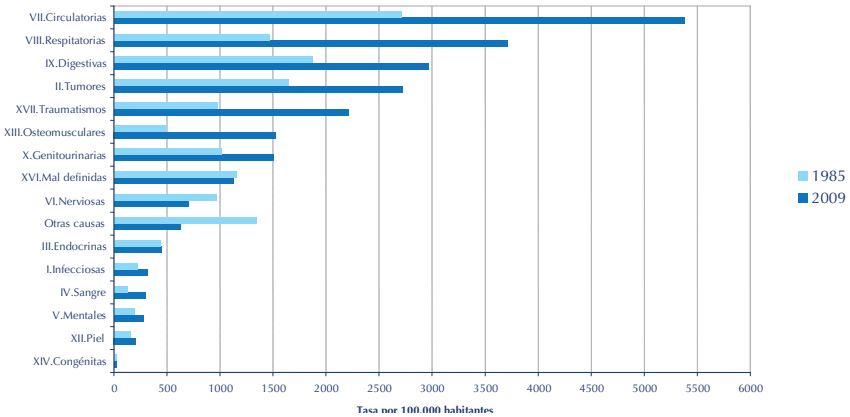
Las dolencias relacionadas con problemas osteomusculares son un factor fundamental en la aparición de las limitaciones funcionales; no son la principal causa de morbilidad hospitalaria (es la sexta), ni de muerte, pero el aumento de la edad y de la supervivencia de las actuales cohortes provoca su expansión. Un 94,9% de los mayores tienen alguna dolencia de tipo crónico diagnosticada por un médico (INE. Encuesta nacional de salud, 2006). Un 53,0% de los mayores tiene diagnosticado problemas que afectan a las articulaciones y tejidos adyacentes, como artrosis, artritis o reumatismo; estos problemas osteomusculares afectan sobre todo a las mujeres (57,2% de ellas) y aumenta con la edad. Además, más de un tercio de las mujeres declaran problemas de espalda (cervical o lumbar).

El incremento de demencias y alzhéimer comprometerá una buena parte de los cuidados de atención; son los problemas que crean mayor presión emocional y física sobre los cuidadores, además de un coste sanitario considerable. Las mujeres son el grupo más numeroso en éstas, pues también representan la mayor proporción de mayores y de muy mayores.

Una tendencia muy destacable en los últimos años ha sido la **masiva utilización de los servicios médicos y sanitarios** por parte de la población en general y los mayores en particular. El resultado es el importante incremento del gasto sanitario, no sólo atribuible al envejecimiento y al incremento de las situaciones de cronicidad, sino también a una mejora notable de los equipamientos y servicios sanitarios, al avance tecnológico, la universalización o maduración del sistema, al uso general con un cierto desentendimiento del usuario sobre los costes, y quizás a la gestión (Unespa, 2010).

Una forma de medir los cambios en las enfermedades y en la utilización de los servicios es a través de la encuesta de morbilidad hospitalaria (Gráfico 19) que registra que las personas mayores ya suponen el 38% de las altas del sistema.

Gráfico 19. Tasas (por 100.000 habitantes) de enfermos de 65 o más años dados de alta por diagnóstico y grandes grupos de edad (ambos sexos), 1985 y 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

Pero la cifra de **estancias** aún es más significativa dado que una estancia media es más prolongada entre mayores que en el resto de la población, en parte debido al cómputo de estancias en hospitales geriátricos y de larga duración.

La mitad de las estancias hospitalarias en España son causadas por personas de edad.

b) Hacia un retraso de la discapacidad y la dependencia

Una mayor supervivencia de las cohortes y una mayor longevidad plantean el debate de cómo se viven esos años ganados a la muerte, es decir, si se está cambiando mortalidad por discapacidad o bien si se viven en mejores condiciones de vida. Dicho de otra forma, si las mejores condiciones de vida están retrasando la aparición de la morbilidad y de la mortalidad (teoría de la compresión de la morbilidad), o si ahora se vive más gracias a los avances médicos y farmacéuticos, pero con enfermedades crónicas y discapacidad (expansión de la morbilidad). Hay una tercera interpretación: que se vive más años, con más enfermedades crónicas, pero éstas no son graves, por lo que la calidad de vida no se resiente seriamente, es decir, menos limitaciones graves pero mayores situaciones de cronicidad en la enfermedad y la discapacidad.

Numerosos estudios internacionales plantean abiertamente la **tendencia a un retraso de la entrada en discapacidad** y dependencia, aunque los datos son insuficientes y a veces contradictorios (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). Las comparaciones de las encuestas de

discapacidad españolas (1986 y 1999) permiten a algunos estudiosos plantear ese retraso (Sagardui et al., 2005). Pero sigue habiendo un amplio debate pues es difícil determinar un marco conceptual único y armonizar los instrumentos de medida y por tanto conocer la evolución de las tendencias.

- Las limitaciones funcionales aumentan con la edad y están muy presentes entre los mayores. Un 28,7% de las personas de edad tienen limitaciones para las actividades cotidianas básicas o de autocuidado (vestirse, levantarse, asearse, etc.) o instrumentales (comprar, tareas domésticas, etc.) (INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006), es decir, 2.034.369 personas. Estas cifras preconizan un serio problema de dependencia, pues la mayoría de esas personas precisan ayuda para esas actividades, o bien avanzan una mayor propensión a institucionalización.
- El primer rasgo de la discapacidad es que **afecta más a las mujeres:** un 23,7% de los varones y un 32,4% de las mujeres declaran limitaciones. Aumentan notablemente con la edad, y más de la mitad de los octogenarios tiene problemas funcionales.
- **Ingresos y nivel de instrucción** marcan diferencias, de modo que la proporción entre analfabetos o sin estudios casi triplica a la discapacidad de las personas con estudios superiores; es uno de los factores determinantes del bienestar, del estado de salud y de las situaciones de discapacidad. Un mayor nivel de instrucción ha sido garantía de mejores oportunidades en la vida y refleja disponer de más recursos (materiales e intelectuales) para afrontar problemas de salud o discapacidad.
- **Una proyección de la dependencia.** Con esos rasgos se puede intentar una proyección de la dependencia a 2020 con datos de partida en 2003 (Abellán y Esparza, 2006). En un escenario pesimista, con tasas de dependencia constantes similares a las actuales, se estima un incremento del 50% de dependencia hasta los 2,3 millones de personas de todos los grados (desde los 1,5 actuales); en un escenario optimista, con descenso de las tasas durante la mitad del período y una estabilización posterior, habría un incremento del número de personas con dependencia por el considerable aumento de la población de edad. En cualquiera de los escenarios, el número de personas dependientes crecerá considerablemente en los próximos años.

c) Nuevo patrón de mortalidad

Varias tendencias destacan en el nuevo patrón de mortalidad. En primer lugar, se ha producido un cambio en el **modelo global** en el que

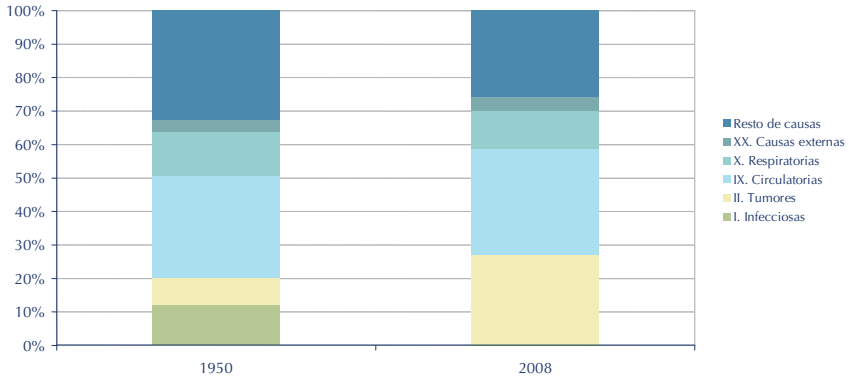
la mortalidad de las personas mayores ha pasado a ser la protagonista, sustituyendo la mayor proporción de fallecidos de corta edad que era la tónica desde principios del siglo XX hasta bien entrada la centuria. Ahora el 83% de los fallecidos en España son personas mayores, pero a principios de siglo no llegaban al 30%.

Por otra parte, se está produciendo una **homogeneización de las edades de muerte**, muy próximas ahora entre sí, más tardías y más concentradas en fecha, y en causas. También se ha observado un descenso de las tasas de mortalidad a todas las edades y especialmente entre las personas mayores; se sigue ganando vida a la muerte en las edades elevadas, lo que ocasiona mayor longevidad y un envejecimiento de los ya mayores. Esta tendencia es secular y se espera que continúe en los próximos lustros. La tasa de mortalidad del conjunto de la población española era de 8,4 por mil en 2008; la de personas de 65 y más años ascendía a 42,1 por mil, ocho puntos menos que en 1985.

Se observa una **mejora en las tasas de mortalidad masculina**, rompiendo una tendencia de mayor mortalidad que la de mujeres a lo largo de la vida. Las nuevas proyecciones de población del INE estiman un acercamiento en ese diferencial en edades jóvenes y adultas. En la vejez, se mantiene y aumenta ligeramente lo que implicaría una mayor cifra de mujeres y más desequilibrio en la relación entre sexos.

Otra tendencia destacable está referida a las causas de mortalidad: **se han modificado en el conjunto nacional** (Gráfico 20).

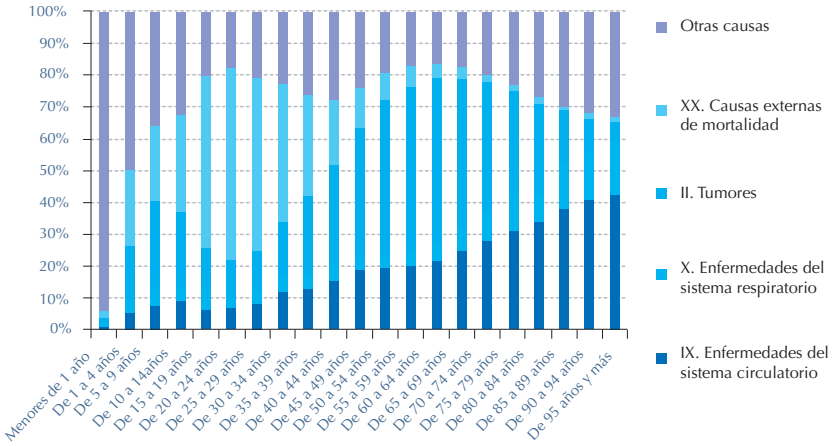
Gráfico 20. Defunciones según la causa, 1950 y 2008.



Fuente: 2008: INE. INEBASE: Defunciones según la Causa de Muerte 2008. Tablas Nacionales. Consulta en mayo de 2011.
1950: INE: Anuario estadístico de España.

Las enfermedades degenerativas sustituyen a otras históricamente más importantes como enfermedades agudas y contagiosas. El resultado es un patrón de mortalidad muy diferenciado por edad (Gráfico 21).

Gráfico 21. Defunciones según la causa y el grupo de edad, 2008.



Fuente: INE. INEBASE: Defunciones según la Causa de Muerte 2008. Tablas Nacionales. Consulta en mayo de 2011.

Las **enfermedades crónicas** degenerativas (circulatorias, y tumores, sobre todo) son la principal causa de muerte entre los mayores. Este patrón se ha consolidado en los últimos decenios. La distribución de la mortalidad entre los mayores determina el perfil general de la muerte en España, pues la mayoría de los fallecimientos corresponden a personas de edad.

Conviene destacar por su incremento continuo en los últimos años los fallecimientos producidos por enfermedades mentales (trastornos seniles) y nerviosas (alzhéimer). La mortalidad es mayor entre las mujeres en estrecha relación con una mayor longevidad y por tanto mayor riesgo de padecer estas enfermedades degenerativas.

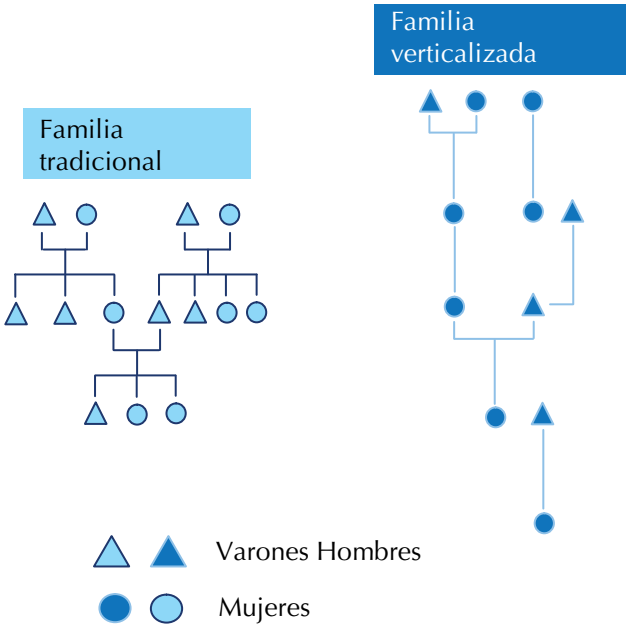
6. TRANSFORMACIONES EN LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES

En términos de estructura familiar, los individuos envejecen en la actualidad de forma muy diferente a como lo hacían sus ancestros, tanto en lo que atañe a las formas de convivencia, respecto a las cuales han protagonizado una verdadera emancipación, como a la coexistencia intergeneracional, a las relaciones familiares consecuentes, a su papel dentro de la familia y a la respuesta que ésta puede dar cuando aparecen las situaciones de dependencia, más frecuentes ahora que en generaciones anteriores (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

a) Reducción del tamaño medio familiar. La «verticalización» de la familia

Una mayor longevidad por un lado y una menor fecundidad por otro están cambiando las estructuras familiares; desarrollan familias con más generaciones viviendo a la vez y menos extensas, con menos parientes, menos generaciones colaterales, en las que el tamaño empieza a ser similar, es decir, a tener parecida cifra de personas (abuelos, hijos, nietos), en lo que algunos llaman un proceso de verticalización de la familia (Gráfico 22); en estas circunstancias, es posible que las personas establezcan más relaciones «verticales» que antes, y acaben desempeñando tareas de más responsabilidad, o transferencias desde abajo hacia arriba o viceversa en esta escala vertical familiar (Bengtson y Achenbaum, 1993).

Gráfico 22.



El descenso de la mortalidad implica también una mayor **disponibilidad de parientes.** Los miembros de una familia pasarán más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, ya que ha aumentado considerablemente el número de años en los que conviven padres, hijos y abuelos. A principios del siglo XX, padres e hijos podían vivir 20-30 años juntos a la vez, y abuelos y nietos en torno a 10; actualmente, los padres e hijos pueden convivir unos 50 años y los abuelos y nietos más de 20.

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

b) Cambios en la estructura matrimonial

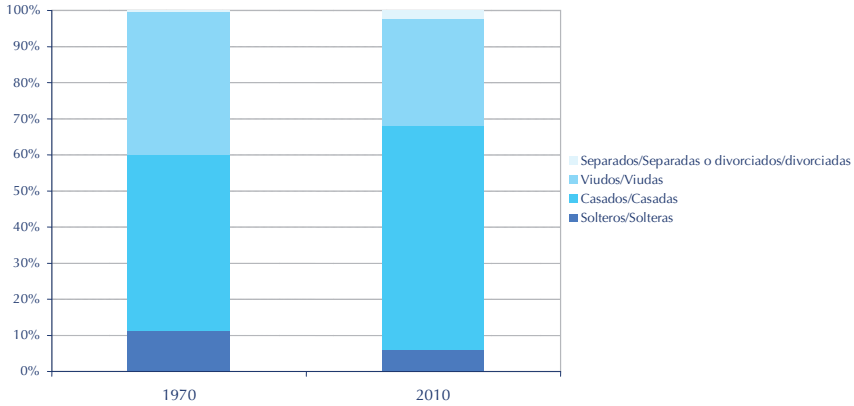
El estado matrimonial afecta al bienestar emocional y económico de los mayores, especialmente a los que sufren alguna enfermedad o discapacidad; la situación conyugal a menudo determina la forma de convivencia y la disponibilidad de cuidadores (Naciones Unidas, 2009). Las personas mayores casadas tienden a tener una mayor seguridad financiera, y menos probabilidad de institucionalizarse. Los cambios en el estado conyugal pueden afectar a los ingresos por pensión y a las redes sociales de apoyo; es más probable que los varones puedan perder contactos si la mujer fallece, mientras que la mujer tiende a mantener la red de apoyo tras la muerte de su esposo (Kinsella y Wan, 2005). Vivir con el cónyuge es un factor de primera magnitud que contribuye a la independencia funcional. La mayoría de los varones de edad están casados pero no sucede lo mismo entre las mujeres; por eso, es más probable que los varones vivan acompañados y reciban asistencia de su esposa en caso de discapacidad hasta su fallecimiento. La situación contraria es mucho menos frecuente. En España, el 79,3% de los varones están casados y sólo el 47,5% de las mujeres (INE. Encuesta de Población Activa, 2008).

La estructura matrimonial ha cambiado notablemente en los últimos 40 años; en 1970, había 49% de mayores casados y 39,4% de viudos, siendo inapreciable el conjunto de separados/divorciados. En 2010, el 62,0% de las personas mayores están casadas, 29,7 viudas, 6,0% solteras y 2,3% separadas o divorciadas, es decir, hay un declive en la viudez en estrecha relación con la ganancia de supervivencia entre varones de edad intermedia y en la vejez (Gráfico 23).

Los cambios en el estado civil también influyen en la tendencia de la mortalidad. Las personas casadas tienen tasas de mortalidad más bajas. Los varones viudos seguidos de los solteros y solteras tienen las tasas más altas; varones y mujeres casadas ostentan las tasas más bajas, junto con las mujeres separadas/divorciadas que tienen las más bajas

de todos. Quizá los viudos tienen edad más alta que su mujer, ya fallecida, lo que aumenta su riesgo de mortalidad, además de razones de cambio radical de estilo de vida; la mujeres viudas, con tasas de mortalidad bastante más bajas, pueden encontrar una red social más amplia, muchas veces constituida también por mujeres viudas, pues son más numerosas que los varones viudos.

Gráfico 23. Estado civil de las personas de 65 y más años, 1970 y 2010.



Fuente: 2010: INE:INEBASE. Encuesta de Población Activa, media de los cuatro trimestres del año 2010.
1970. INE: INEBASE. Fondo documental. Censo de población y viviendas 1970.

c) Viudez

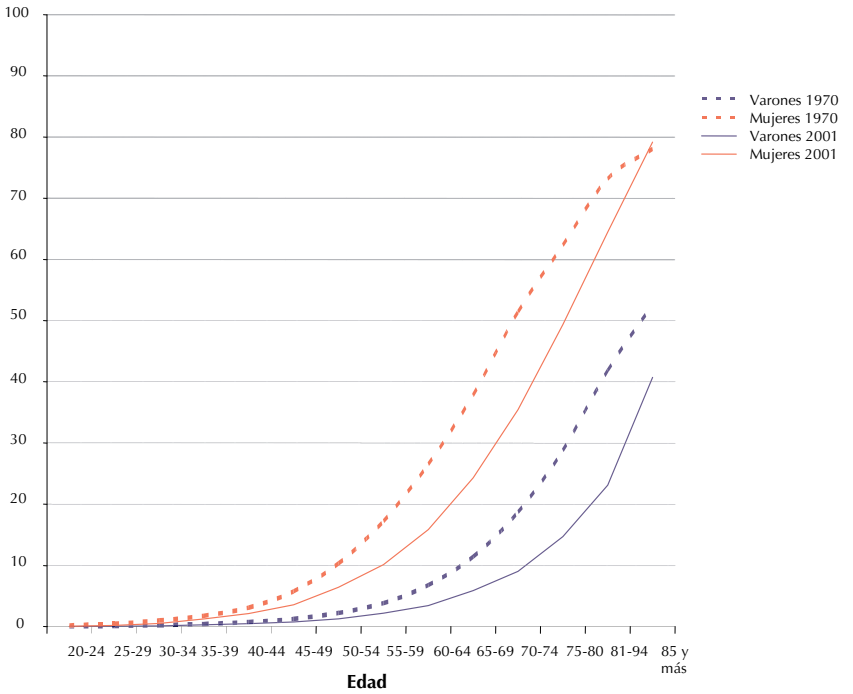
La mayor mortalidad masculina, unida al hecho de que la edad de los varones en el matrimonio es superior a la de las mujeres, deja a este colectivo con tasas de viudez considerables y mayor probabilidad de vivir solas. Aunque las cifras no son importantes, también hay menos viudos que viudas porque la tasa de nuevas nupcias es mayor entre los varones (en 2007, se casaron 997 viudos de 60 y más años y sólo 270 viudas, cuando hay cinco veces más viudas; también hay mayor tasa de re-nupcialidad entre divorciados que divorciadas) (Gráfico 24).
El descenso del número de viudos es una tendencia futura; evitará destrucciones de hogares y de un aumento considerable de la soledad, y asegurará más a menudo el cuidado del cónyuge con dependencia. Pero a la vez, es posible que este mantenimiento de varones en los hogares de edad avanzada presagie un aumento del recurso a la ayuda formal o profesional.

d) Cambios en los tipos de convivencia

Una de las formas de transferencia de recursos entre generaciones y miembros de una misma familia se apoya fundamentalmente en el tipo

de convivencia, la proximidad, la frecuencia de los contactos y los cuidados. Se trata de transferencias de espacio y tiempo.

Gráfico 24. Porcentaje de viudez según edad, 1970-2001.



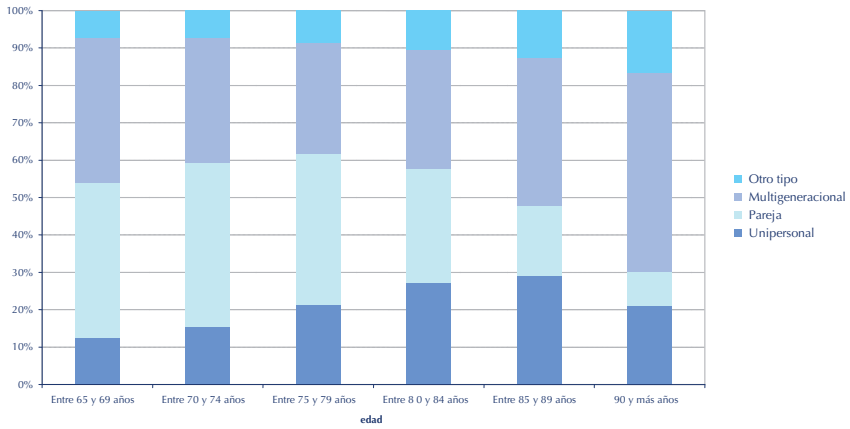
Fuente: 2001. INE. INEBASE. Censo de Población y Viviendas 2001.

La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia y uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar. Las formas de convivencia reflejan preferencias socioculturales, por ejemplo, a vivir con hijos o en familias grandes, o una creciente propensión a la autonomía residencial, pero también un mayor o menor valor del deseo de institucionalización.

En la vejez, el tipo de convivencia cambia debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares. No se vive de la misma forma durante toda la vejez, sino que la mayoría de las personas de edad pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares. El ciclo más frecuente del hogar familiar empieza con un hogar conformado por padres e hijos durante la edad adulta; se transforma en un nido vacío con las emancipaciones residenciales de los hijos; después se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges, dando paso a una etapa en soledad; por último, se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos o hacia el hogar de los hijos, la institucionalización o la desaparición del hogar.

Si bien este patrón de transformación de las formas de convivencia a lo largo de la vejez es bastante común, la coexistencia de distintas generaciones de mayores en diferentes etapas de la vejez dibuja en detalle el panorama de heterogeneidad de formas familiares. De este modo, en los primeros momentos, entre los 65 y los 69 años, en torno al 40% de las personas mayores vive con algún hijo. Esta forma de convivencia se va reduciendo progresivamente a medida que aumenta la edad, pero vuelve a aumentar al final de la vida (Gráfico 25).

Gráfico 25. Personas según tipo de hogar y edad.



e) La emergencia de la soledad

Este patrón ha venido modificándose y posiblemente continuará esta tendencia en los próximos lustros: mayor presencia de soledad y hogares en pareja (por menor mortalidad masculina) y menos hogares intergeneracionales.

El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud y de la independencia económica. Pero, esta situación puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda. Las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y deprivación económica. La mayor viudez entre las mujeres, debida a la mayor mortalidad masculina, es la causa de que sean ellas las que en mayor medida sufran la soledad, que hace que se encuentren solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda. En los últimos años desde inicios de los años noventa se observa una tendencia al aumento de hogares solitarios, que continúa en la actual década.

Las formas de convivencia reflejan la diferencia entre los modelos familiares europeos. Existe un gradiente norte-sur, que se manifiesta muy claramente en las personas de 80 y más años, quienes suelen vivir en mayor proporción con sus familias en los países mediterráneos (España e Italia) y menos en los nórdicos. En Suecia, Dinamarca y Holanda, viven con su familia entre un 3%-6%, mientras que en Italia y España alcanzan el 21,6% y el 36,8%, respectivamente (SHARE, 2004). Este mayor apoyo de la familia, de los hijos sobre todo, en el sur traduce costumbres, sentimientos asumidos de responsabilidad filial y, quizá también, la falta de otras alternativas para mantener la independencia residencial (escasos ingresos que no permiten ayuda formal ni institucionalización).

f) Proximidad

La proximidad es un instrumento muy útil en las transferencias intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares siguiendo la tradición cultural y crear una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia, pero con la certeza y seguridad de un apoyo material y emocional próximo.

España también destaca, respecto a la Europa central y nórdica, con un modelo propio en ese proceso de «modernización» y en la organización de las solidaridades, la de co-residencia y la de proximidad. Es el país europeo donde los hijos viven más cerca de sus padres mayores. Uno de cada tres europeos de 50 y más años declara que al menos un hijo vive en el mismo hogar. Sin embargo, la proporción es del 50% en España e Italia. A partir de los 65 años se repite el modelo, aunque con cifras algo más bajas (aumenta el número de hijos emancipados). Si se añade la categoría de residir en el mismo edificio, las proporciones siguen siendo significativas y diferencian el norte y el área meridional. A los 80 años se mantienen todavía estos patrones, muy distintos de los del resto de Europa. Por ejemplo, a esa edad, la cifra de los mayores que viven en casa de un hijo o en el mismo edificio es inferior al 6% en Suecia, Holanda o Dinamarca; en España alcanza el 40,8% (SHARE, 2004).

g) Contactos

Los lazos intergeneracionales dentro de la estructura familiar vertical no se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso pueden ser más prolongados, pues hay más tiempo compartido o co-biografía entre padres mayores e hijos, y aun entre miembros de otras generaciones.

El contacto con la familia (principalmente con hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen con sus familiares es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen.

La frecuencia de contactos entre padres e hijos repite el patrón de proximidad de residencia: es mayor en los países meridionales que en los del centro y norte de Europa. Por ejemplo, ocho de cada diez españoles de 80 y más años contactan diariamente con un hijo o hija, frente al 29,1% en Holanda, el 33,1% en Suecia y el 59,4% de media en los países analizados (SHARE, 2004). Las personas mayores españolas de 65 años lo hacen en un 67,5 % (Imserso, 2010).

La mitad de las personas mayores españolas (49,7%) suele ver presencialmente todos o casi todos los días a algún familiar (Imserso. ECV 2006). Las mujeres declaran ver más a menudo a miembros de su familia y hablar con ellos a diario que los hombres (40,2% y 23,6%, respectivamente). Sin embargo, los hombres afirman tener un mayor contacto presencial con los amigos que las mujeres, incluso más que con los familiares: el 53,7% ve a diario o casi a diario a sus amigos y sólo el 46,1% contacta todos o casi todos los días con familiares. En cierto modo, se reproducen las redes previas a la edad de jubilación, los hombres más próximos a amigos y compañeros del trabajo, y las mujeres más cercanas al mantenimiento de los lazos familiares.

h) La «riqueza» familiar del cuidado frente a una creciente carga

Los cuidados y la ayuda provistos por la familia son el mejor ejemplo de solidaridad entre generaciones y la expresión más clara de lo que se entiende por familia vertical o vínculos familiares verticales, pues buena parte de esa solidaridad es de los hijos hacia los padres. Estos cuidados constituyen la solidaridad funcional por excelencia.

Los nuevos procesos demográficos dotan de más sentido al término reciprocidad familiar. Ahora se invierte más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, y eso es diferente para hombres y mujeres, pues ellas viven más y sobre todo, dedican mucho más tiempo a las tareas de cuidado.

El papel de la familia respecto al cuidado también se modifica al ritmo que lo hace la longevidad, pues la dependencia avanza en paralelo a la edad. Cuanto más crezca la población de personas mayores dependientes, más lo hará la población de cuidadores, que normalmente son

miembros de la familia. En este sentido, el cuidado debe ser visto como una respuesta a los cambios demográficos históricos y a los problemas planteados por el gran número de personas mayores que llegan a edades avanzadas.

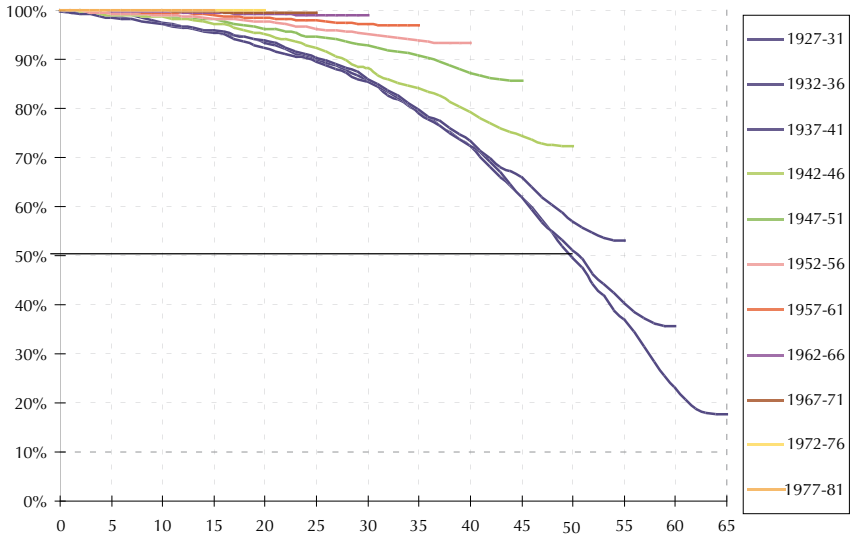
La tarea del cuidado en España sigue recayendo en la familia: un 71,4% de las personas dependientes reciben atención de un miembro de su familia, como cuidadores principales (un 76% considerando también los cuidadores secundarios) (INE, EDAD, 2008). Aunque se observa un cambio en la tendencia con una mayor presencia de la ayuda formal, a través de centros de día y ayuda a domicilio, y otros servicios (teleasistencia) y de una mayor oferta de institucionalización. También el cuidado provisto por el mercado ha adquirido mayor importancia.

En los **países europeos** donde los servicios formales están más extendidos, las personas mayores se inclinan por este tipo de cuidados (Gaymu, Festy, Poulain y Beets, 2008). Pero los cambios demográficos apuntan la tendencia hacia una convergencia con países europeos. Las tareas de cuidado siguen recayendo en las mujeres principalmente en todos los países europeos.

La mujer cuidadora de edad intermedia está sufriendo un cambio histórico. Nunca antes había habido mujeres en torno a los 50 años de edad con tanto progenitor vivo; antes, al cumplir esa edad, sólo un 50% de sus madres o abuelas tenían vivo algún progenitor; ahora ya superan el 75%, y las próximas cohortes alcanzarán los 50 años con un 90% de ellas teniendo un progenitor o ambos vivos (Abellán y Puga, 2001). Las actuales mujeres han sido «pilladas en medio» de varias situaciones: hijos en hogar aún sin emancipar, desarrollo profesional en el mercado laboral, tareas domésticas a menudo no compartidas, y una nueva responsabilidad, la del inicio de cuidados de sus padres ya mayores (Gráfico 26).

Una baja fecundidad les ha permitido «liberarse» en parte de compromisos en el hogar y de un menor trabajo reproductivo, y las ha dejado competir en el mercado laboral. Sin embargo, el proceso de envejecimiento (el aumento y longevidad de familiares mayores) las ha llevado a afrontar nuevas tareas y compromisos.

Gráfico 26. Generaciones de mujeres con algún progenitor vivo, por edad. (probabilidades anuales). España, 1991.



Fuente: INE: Encuesta Sociodemográfica 1991, datos primarios. Elaboración M.D. Puga (Abellán y Puga, 2001).

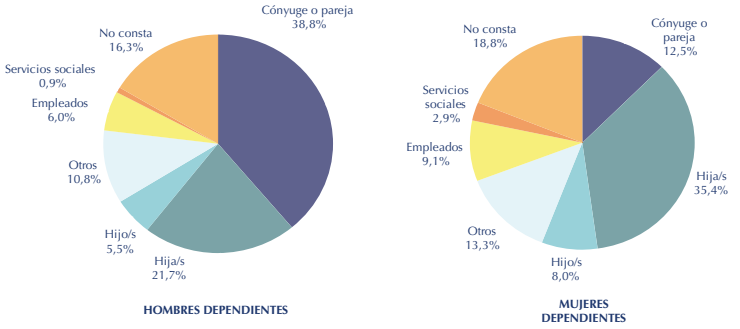
Las personas cuidadoras

Existe un patrón de cuidados de larga duración bien definido. Las mujeres dependientes son cuidadas por sus hijas, y si mantienen el estatus de casadas, por sus hijas y marido. Los hombres dependientes son cuidados, en primer lugar por su mujer, pues la mayoría están casados, y en segundo lugar por la hija (Gráfico 27).

Este patrón se matiza según el tipo de convivencia. En los hogares solitarios, la hija sigue siendo la cuidadora importante, y también tienen cierta relevancia los servicios sociales; suelen ser casos de menor severidad, pues de otra forma no podrían vivir solos. En los hogares en pareja la ayuda procede del cónyuge, aunque también la hija, desde fuera del hogar, tiene un papel destacado; los servicios sociales apenas tienen importancia (Gráfico 28).

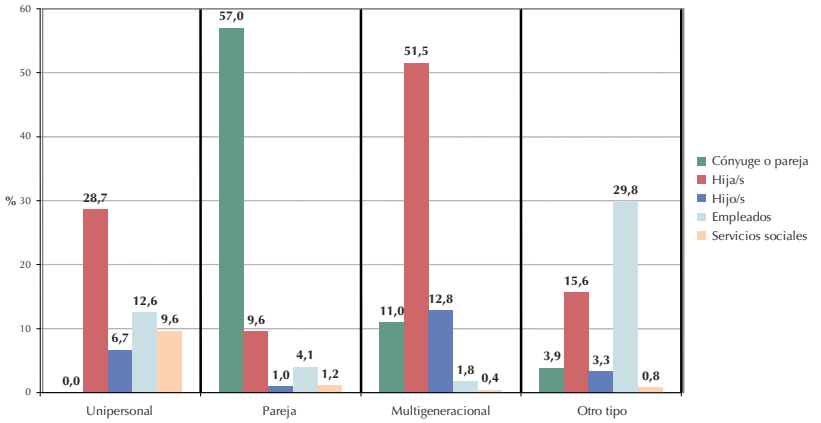
Como se ha dicho, aunque se retrase el inicio de la discapacidad y las ganancias en años a la muerte se vivan en mejor estado de salud, el número de personas dependientes (severas) aumentará; también el número de parejas que no pueden atenderse mutuamente por tener limitaciones funcionales ambos cónyuges. Todo ello incidirá en una mayor demanda de ayuda formal, bien en domicilio o en institución.

Gráfico 27. Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda, 2008.



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.

Gráfico 28. Cuidadores según tipo de hogar dónde vive la persona dependiente.

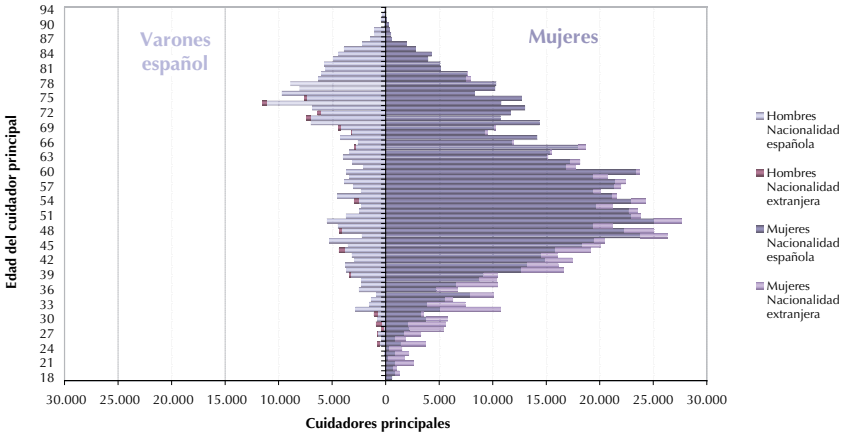


Nota: no se incluyen todas las categorías de cuidadores.
Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.

7. LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE CUIDADOS E INMIGRACIÓN. UNA TENDENCIA CRECIENTE

El aumento de la longevidad y de más tiempo en situación de necesitar cuidados de larga duración puede explicar en parte el incremento de la inmigración. Longevidad, dependencia, cuidados son eslabones en un proceso de globalización de las consecuencias del envejecimiento que afecta a más países que a los meramente envejecidos (Gráfico 29). Dos factores han coincidido en España: la demanda creciente de cuidados y un flujo inmigratorio donde ambos se retroalimentan. La mano de obra inmigrante relacionada con el proceso de envejecimiento es fundamentalmente femenina. Procede de países iberoamericanos (Ecuador, Colombia y otros) y alguno europeo (Rumanía) y Marruecos.

Gráfico 29. Pirámide de cuidadores principales de personas de 65 y más años distinguiendo por nacionalidad 2008.



Fuente: INE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Las familias buscan muchas veces una relación personal y fácil antes que un profesional de los cuidados; por eso la importancia del contingente iberoamericano, cuyas carencias formativas en cuidados se compensan con otras habilidades sociales y personales; aún no parece importar mucho a las familias españolas el asunto de la profesionalización del cuidado y por eso buscan esa conjunción de carácter humano, tareas domésticas y cuidados, verdaderos rasgos de los inmigrantes que realizan tareas de cuidado. El trabajo de cuidadora interna es muy importante y configura muchos de los hogares casi solitarios; es una forma de evitar la institucionalización, sobre todo cuando la reagrupación familiar es problemática.

Para algunos trabajadores, el trabajo doméstico que incluya el cuidado es el mecanismo para optar a futuros puestos de trabajo en otros sectores, aunque la crisis económica puede alterar esos planes de movilidad laboral.

8. INCREMENTO DE LA SOLIDARIDAD PÚBLICA PARA MANTENER LA SOLIDARIDAD FAMILIAR

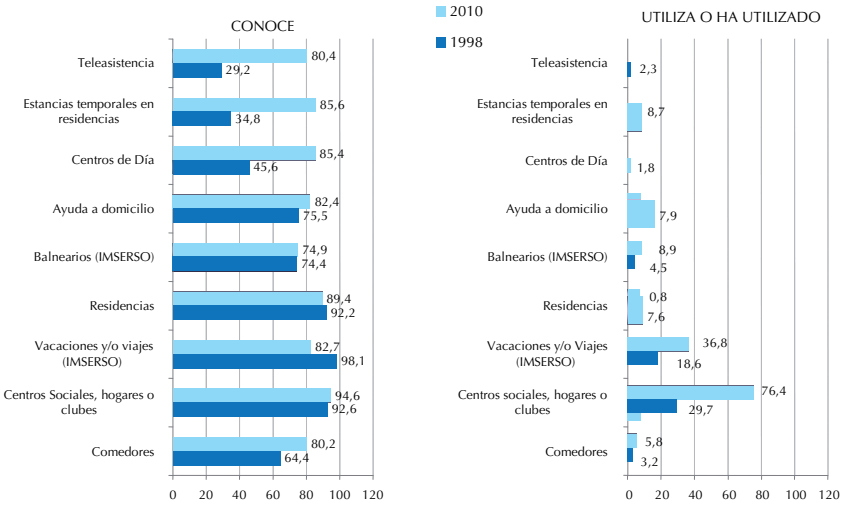
A pesar de que la responsabilidad sobre los cuidados de las personas en situación de dependencia sigue recayendo en la familia, y dentro de ella en las mujeres, en las dos últimas décadas el desarrollo de un sistema público de servicios sociales y socio-sanitarios, junto con la apuesta realizada por la iniciativa privada hacia el sector gerontológico, ha supuesto un cambio importante en la disponibilidad de servicios profesionales para hacer frente a estas situaciones. Buena muestra de

ello es que en un período de 10 años se observa un aumento muy significativo en el conocimiento y utilización que la población mayor hace de los diferentes recursos (Gráfico 30).

Durante años han proliferado los argumentos sobre los peligros que entrañaría el desarrollo de servicios profesionales para el mantenimiento de la reciprocidad familiar. Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que cuando la ayuda a las personas que se encuentran en situación de dependencia reposa exclusivamente en la familia, es cuando se observa un claro retroceso de ésta, que suele desembocar en ingreso en una institución, unas veces porque son incapaces de asumir esta tarea en exclusividad, otras porque se agotan ante la situación de sobrecarga que comporta (Attias-Donfut, 1999; Daatland y Herlofgson, 2003).

En definitiva, existe escasa evidencia de que el papel protector del Estado esté erosionando la responsabilidad familiar. Por el contrario, cada vez es más evidente que si se quiere mantener el elevado grado de solidaridad familiar que actualmente existe en España y, en menor medida en otros países, el abordaje de las situaciones de dependencia debe compartir la esfera estrictamente individual y la responsabilidad social y colectiva para dar respuesta a las nuevas demandas (Rodríguez y Sancho, 2002). La todavía reciente aprobación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia (2006) es una buena muestra de esta voluntad de complementar las responsabilidades públicas y familiares en este complejo proceso.

Gráfico 30. Conocimiento y utilización de recursos sociales, 1998-2010.



Fuente: CIS-Imserso: La soledad en las personas mayores, 1998 (Es. 2.279).
Imserso: EPM, 2010.

En todo caso, el desarrollo del sistema de servicios sociales en España es todavía reciente e insuficiente. Pero los históricos 20 años de distancia en relación a la mayoría de los países europeos empiezan a acortarse. (Los servicios sociales y su evolución se desarrollan en el capítulo undécimo)

9. HACIA LA AUTONOMÍA Y LA INDEPENDENCIA COMO VALORES SOCIALES

La constatación de cambios y tendencias emergentes en el ámbito de los valores presenta dificultades importantes cuando se pretenden objetivar a través de la evidencia de los datos. En este caso, el análisis de algunos de ellos y muy especialmente la observación y la información que ofrece la investigación de carácter cualitativo, permite afirmar que España empieza a abandonar los modelos de vida y conducta tendentes a la dependencia, sobre todo del núcleo familiar, pero también de los entornos sociales próximos, para asumir progresivamente modos de vida en los que la autonomía, entendida como capacidad de decisión sobre su propia vida empieza a tener un valor social e individual importante.

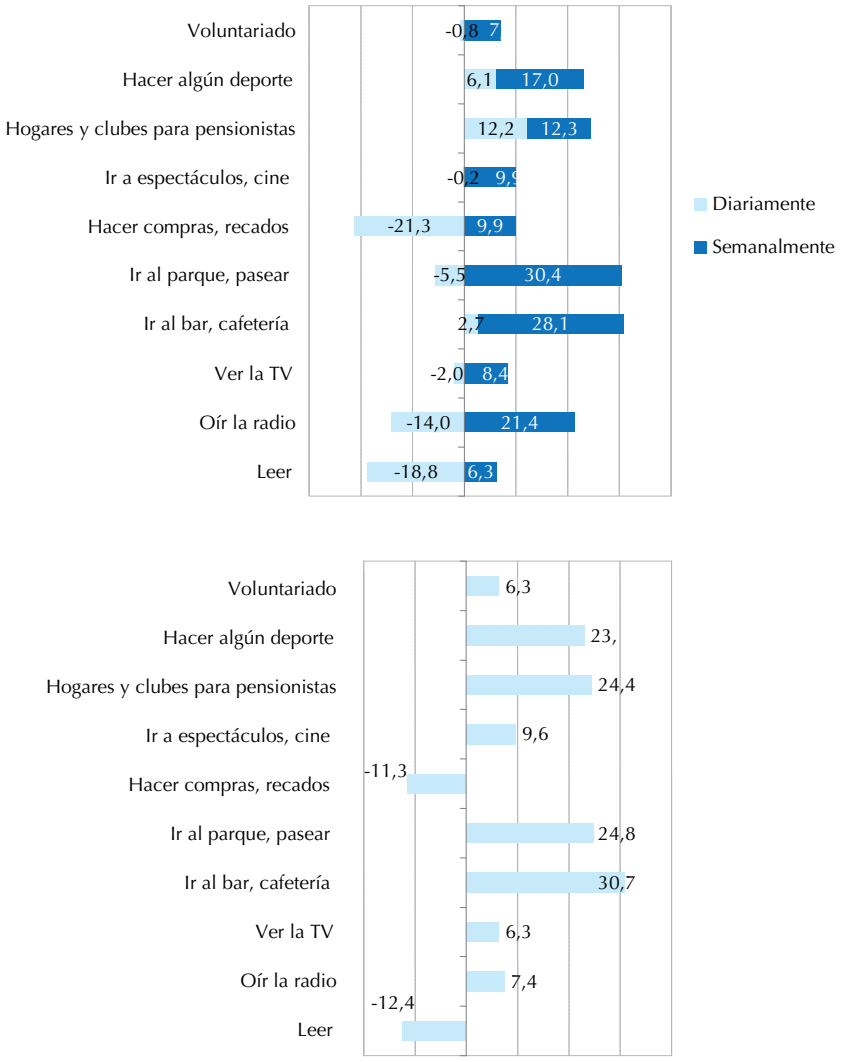
La entrada en la vejez, a través de la jubilación, empieza a reconocerse como un momento en el que es posible introducir cambios en la vida, comenzar a desarrollar nuevos proyectos, cuidar la salud física y mental, disfrutar de iniciativas que no habían podido ser exploradas en el itinerario de la vida adulta…, en definitiva, generar un proceso sólido de independencia que nos ayude a vivir de acuerdo a nuestras preferencias, sin depender de otros, especialmente de los hijos, preservando así la salud de los lazos afectivos a través del mantenimiento de la intimidad a distancia. Hasta hace muy pocos años, la vejez estaba asociada a la pérdida de iniciativa, a ese proceso de desvinculación social y personal (Cumming y Henry, 1961) que facilitaba el tránsito hacia el final del ciclo vital, al sometimiento a las decisiones de los hijos sobre la vida de sus padres y, sobre todos al cumplimiento de unos patrones de conducta personal y social asignados con rigidez a la vejez: vida tranquila, casi recluida en la casa, poca actividad social, es decir, vida cotidiana diferente a la del resto de las personas de otras edades, presidida por la inactividad y la dependencia de los hijos.

a) Vida cotidiana y usos del tiempo

Los datos disponibles sobre la evolución de las actividades que realizan cotidianamente las personas mayores ofrecen ya claros indicios

de la tendencia emergente enunciada. El paradigma sobre el envejecimiento activo empieza a hacerse realidad, estando en condiciones de afirmar que las personas mayores españolas cada día se reincorporan con más decisión a la vida social normalizada (Gráfico 31).

Gráfico 31. Incremento en la realización de actividades, 1993-2010.



Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

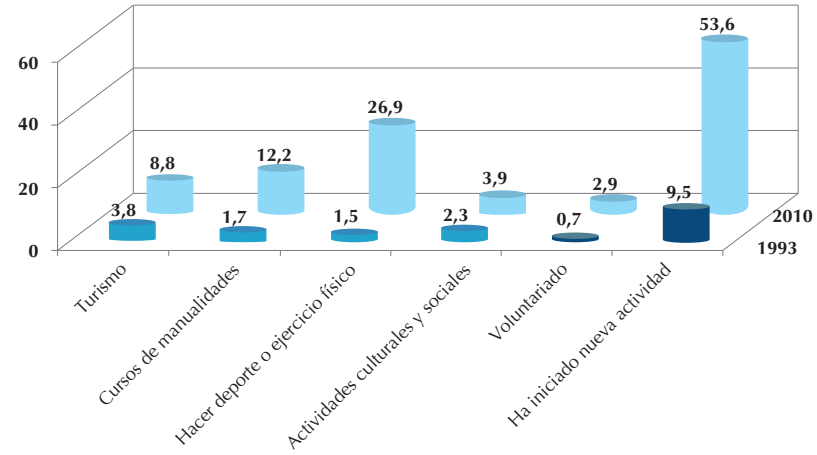
En un período de quince años, se observa un claro incremento de las actividades más «sociales» que implican salir y relacionarse (ir a centros de mayores, a espectáculos, acudir a cafeterías) o cuidar la salud a través de la realización de algún deporte o el paseo. Por otra parte, se observa un cambio importante en los hábitos de consumo doméstico

reduciendo mucho su realización cotidiana. El uso de grandes superficies, que permiten espaciar la frecuencia de las compras, está también generalizado entre las personas mayores. La lectura, hábito mucho más sedentario, aparece en claro retroceso.

Aunque los datos evolutivos sean todavía escasos, merece la pena destacar la ascendente tendencia en el uso de tecnologías entre las personas mayores. Son sobradamente conocidas las oportunidades que ofrecen a este grupo de población la incorporación al mundo de las tecnologías en cualquiera de sus múltiples variedades: evitando el aislamiento, generando nuevas redes sociales, ofreciendo seguridad y posibilitando nuevos aprendizajes.

Por último, es necesario destacar otro aspecto que ejemplifica muy bien esa tendencia emergente hacia la autonomía. En el año 1993 las iniciativas y proyectos nuevos asociados a la jubilación eran prácticamente inexistentes (Gráfico 32).

Gráfico 32. Actividades nuevas iniciadas después de la jubilación o a partir de los 65 años, 1993 y 2010.



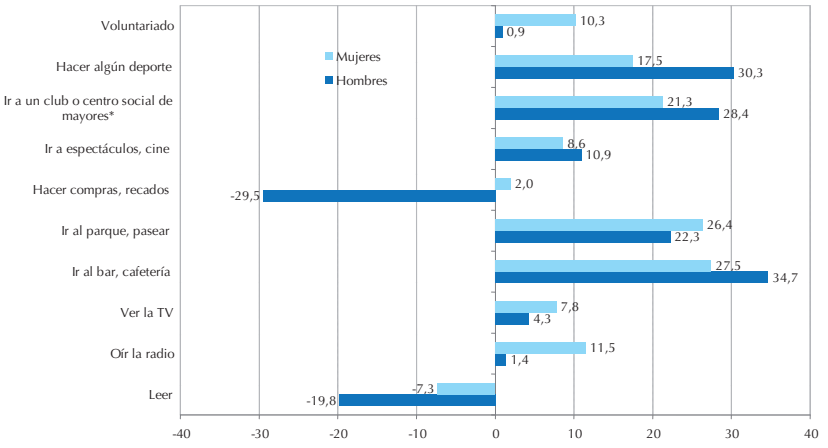
Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

Actualmente, un 53,6% de la población mayor ha iniciado alguna nueva actividad. Entre ellas, un 26.9% hace deporte como nueva iniciativa tras su jubilación. El cambio es importante. La observación de esta evolución en el período de tiempo señalado, 1993-2010, presenta diferencias de género significativas (Gráfico 33).

Las mujeres todavía son más sedentarias y frecuentan menos los bares y cafeterías, tradicionalmente asociados a usos masculinos. Sin embargo, son ellas las que se comprometen más en actividades de vo-

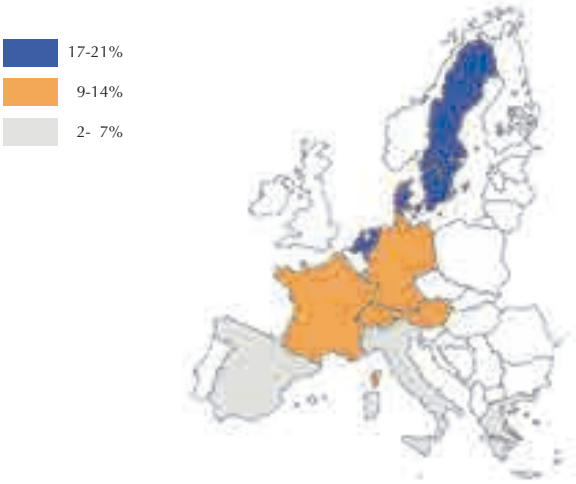
luntariado, a pesar de los bajos porcentajes en relación a Europa que todavía se alcanzan en este tipo de iniciativas altruistas (SHARE, 2004) (Gráfico 34).

Gráfico 33. Realización de actividades según sexo, 1993-2010 (actividades realizadas durante la semana).



Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

Gráfico 34. Modelo espacial de la participación en el trabajo de voluntariado en Europa, 2004.



b) Evolución de los modelos de convivencia

Como se ha dicho antes la tendencia de los últimos años es hacia un incremento de hogares unipersonales.

Junto con el incremento de las personas que viven solas, también aumentan las parejas por el efecto ya comentado de la mayor pervivencia masculina. Son principalmente mujeres las que viven solas. Las personas que conviven con sus hijos son aquellas que se han visto obligadas a abandonar su domicilio, generalmente por encontrarse en situación de dependencia, siendo mujeres en un porcentaje más elevado que los hombres (15,1% mujeres / 7,6% hombres) (Imserso. EPM, 2010).

Resulta relevante el elevado porcentaje de hogares de personas mayores en los que todavía reside algún hijo (27,9%). La tendencia a la autonomía residencial se retrasa cada día más en España, forzada por el elevado desempleo que padecen los jóvenes españoles y las dificultades de acceso a la vivienda, problemas casi endémicos. En este contexto, se debería avanzar un poco más en el análisis de las consecuencias que puede estar teniendo esta dilatada convivencia para la construcción y aplicación del principio de reciprocidad. Vivir con los padres hasta la edad adulta, sin duda, está generando lazos afectivos mucho más sólidos que si la convivencia se interrumpe en el comienzo de la juventud. Quizás en esta peculiaridad del modelo de convivencia resida una de las causas del mantenimiento de nuestra sólida red de apoyo. Mucho más cuando se sigue constatando la permanencia de los ya comentados hábitos de proximidad y contacto frecuente que configuran la fórmula «una familia, varios techos» (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

El protagonismo de la autonomía y la elección.
El ejercicio de la capacidad de elección y el desarrollo de nuevos proyectos después de la jubilación son **tendencias emergentes** que configurarán escenarios diferentes para los responsables de las políticas de atención a las personas mayores. Los modelos centrados en las personas y sus preferencias, el respeto de sus derechos y el acercamiento de los servicios al lugar donde viven y quieren seguir viviendo, generará un modelo de atención diferente, que intentará acercarse más al deseo de los ciudadanos de que los entornos y sus viviendas lo sean para toda la vida. El diseño de sistemas de alojamiento también asumirá este marco conceptual, acercando las intervenciones terapéuticas y el modelo residencial a la vida cotidiana. Las personas mayores formarán un grupo de población con fuerte capacidad de opinión y de presión política y social

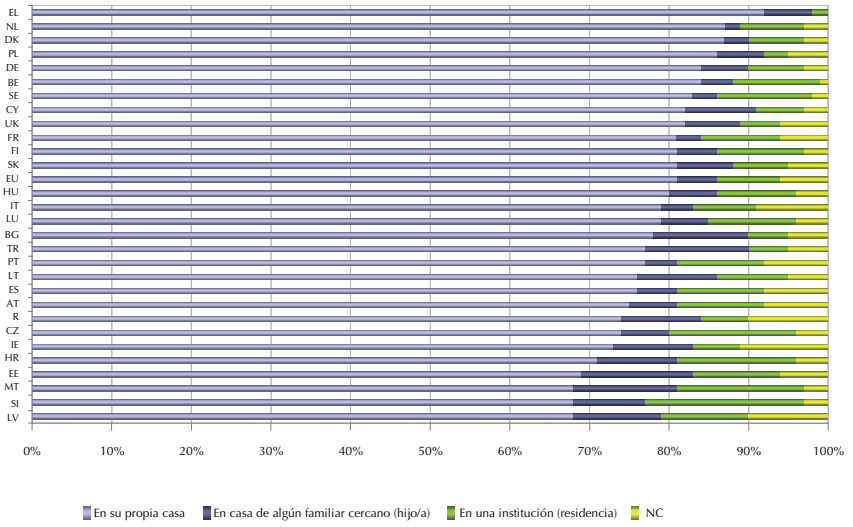
c) Las preferencias en el modo de vida

Se observa una tendencia en las preferencias de las personas mayores por permanecer en su hogar, aunque sea solas. El 87,3% así lo mani-

fiesta (Imserso, EPM 2010), mientras sólo un 5,5% prefiere trasladarse al domicilio de un hijo y un 3,8% se decanta por vivir en una residencia o urbanización para personas mayores. Esta preferencia se mantiene incluso cuando necesitan ayuda, el vivir en casa con atención y cuidados alcanza el 78%, mientras un 10,6% opta por trasladarse a vivir con algún hijo (Cis/Imserso, ECV, 2006).

Cada vez se armonizan más las preferencias de los europeos hacia su propia casa, aun cuando necesiten ayuda (Gráfico 35). Aumenta la aceptación de la alternativa institucional, aunque de forma muy débil, y disminuye claramente el deseo de trasladarse a la casa de los hijos.

Gráfico 35. Preferencia de dónde le gustaría vivir.



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

En los próximos años esta tendencia a vivir en el propio hogar, aunque en condiciones de soledad y/o incluso cuando se necesite ayuda, se irá haciendo todavía más sólida apoyada por una amplia oferta de servicios, tecnológicos y humanos en el entorno domiciliario. La aplicación de los principios de la LAAD garantizaría así el ejercicio de la capacidad de decidir y elegir entre las personas que necesitan ayuda. El valor de la autonomía cobra aquí especial importancia, dada la complejidad de su ejecución.

10. PATRONES CAMBIANTES DE TRABAJO Y JUBILACIÓN

La tendencia de la mano de obra en los últimos decenios muestra un importante cambio: la población activa en su conjunto ha aumentado, pero hay un descenso de actividad en los varones y un importante in-

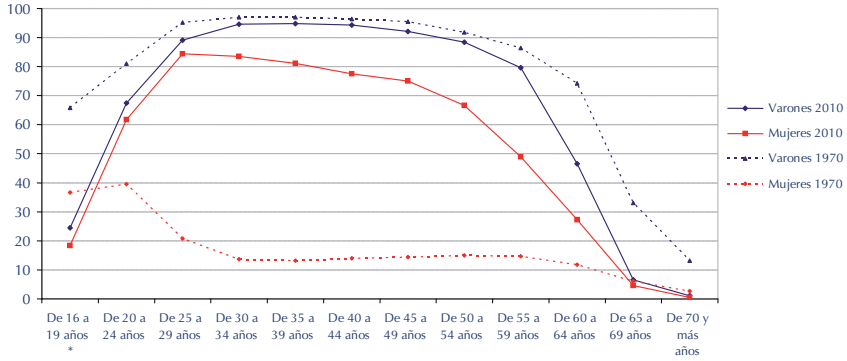
cremento en la actividad femenina, debido a una incorporación masiva de la mujer al mercado laboral. En el futuro, cuando la generación del baby-boom inicie la jubilación habrá una merma de contingentes de población activa, pues se irán incorporando cohortes más reducidas.

Curiosamente, es la llegada a la edad de jubilación de esas generaciones abultadas, conocidas como del baby-boom, más que el hecho de haber nacido en un determinado período histórico (1957-1977), lo que da una cierta coherencia o mejor consciencia de pertenecer a esa generación. Durante años han transitado por la vida sin apercibirse de esa pertenencia, aunque tuvo repercusiones importantes en dotaciones, equipamientos y gasto público; sin embargo, es la próxima edad de jubilación, o su posible elevación, hacia 2022-2024, lo que ha generado mayor sensibilización, pues empiezan a hacer balance de las ventajas e inconvenientes de haber participado en la expansión del estado del bienestar y a valorar los derechos que les quedarán tras la jubilación.

La población de 25-54 años permanece con tasas elevadas, por encima del 90% de la cohorte en varones, aunque con ligero descenso en los últimos decenios (Gráfico 36).

En contraste, la participación de los hombres de 55-64 años ha descendido notablemente, en un proceso similar el resto de países europeos. La participación de las mujeres se ha incrementado regularmente en los últimos treinta años; la participación de los trabajadores más jóvenes ha descendido en ese tiempo, debido a una ampliación del período escolar obligatorio y de la mejora de la carrera educativa.

Gráfico 36. Tasa de actividad de la población de 16 y más años por sexo y grupos de edad, 1970 y 2010.



*OBSERVACIÓN: Los datos correspondientes al año 1970 corresponden a la población entre 15 y 19 años.

Fuente: 2010: INE. INEBASE: Encuesta de Población Activa. Media de los cuatro trimestres del año 2010.
1970: INE. Censo de población de 1970. Tomo III.

a) Descenso de la tasa de actividad entre los adultos mayores

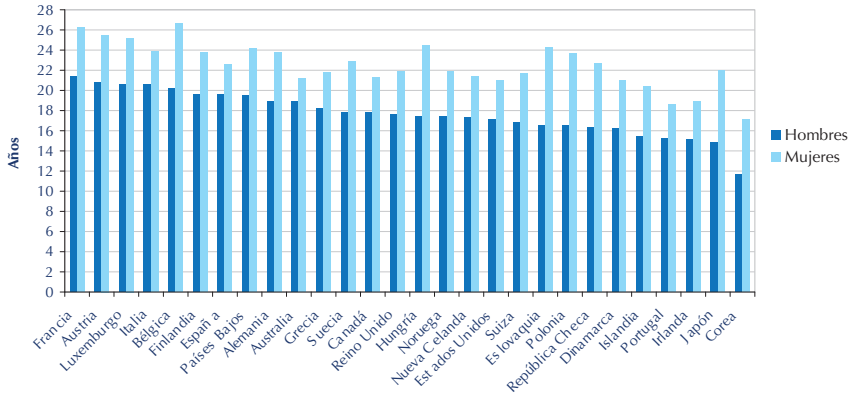
Esta tendencia viene confirmada por el descenso de la tasa de actividad en las edades próximas a la jubilación (trabajadores maduros), con una clara diferencia por sexo: las mujeres siguen incrementado sus tasas en esas edades mientras que entre los varones descienden notablemente, aunque parece observarse una detención de este proceso (Imserso, 2008).

El **patrón de actividad de las personas mayores** se repite pero en mucha menor proporción: la tasa de actividad actual es de 2,1% (2008) a donde ha caído desde el 11,1% de 1970. El descenso entre los varones ha sido muy notable, pues ha pasado de 21,4% a 2,9% en ese período, pero también ha sido importante en las edades previas entre 60-64 años, correspondiente a una edad real de jubilación dos años adelantada a la reglamentaria de 65 años; la tasa femenina ha descendido desde el 3,9% hasta el 1,5% actual.

¿Hasta qué extremo las normas y los beneficios del sistema de protección social juegan un papel importante a la hora de tomar decisiones sobre salida del mercado de trabajo? Hay una tendencia a la jubilación temprana. Algunos trabajadores pueden salir antes de lo que desearían, quizá «empujados» por la generosidad del sistema (Börsch-Supan, 2005). La salida anticipada de trabajadores de edad no contribuye a la integración de las generaciones y además puede favorecer una imagen de preenvejecidos a adultos que todavía no han cumplido los 60 años. Esta tendencia a la expulsión temprana del mercado laboral parece estar arraigada. Se observa una persistencia del intervalo entre las edades reales y oficiales o reglamentarias de jubilación; en España se sitúa la media en los 63 y 65 años, respectivamente. La crisis económica iniciada en 2009 está cambiando esos posicionamientos. En este sentido, mediante La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social (Boe, 2 de agosto de 2011) se ha alargado en dos años, hasta los 67, con carácter general la edad mínima de jubilación, objetivo a alcanzar en un período de quince años.

Una mayor longevidad y el adelanto de la edad real de jubilación, implican mayor número de años de vida tras la jubilación, que pasa a ser uno de los cuatro períodos importantes de la vida (antes de entrar en el mercado laboral, tiempo en el mercado laboral, tiempo fuera del mercado por enfermedad o desempleo, y tiempo de jubilación). En 1950, los españoles varones esperaban vivir doce años tras la jubilación y en 2007 ha subido a casi dieciocho años (Gráfico 37).

Gráfico 37. Años esperados de vida tras la jubilación en distintos países del mundo por sexo, 2004.



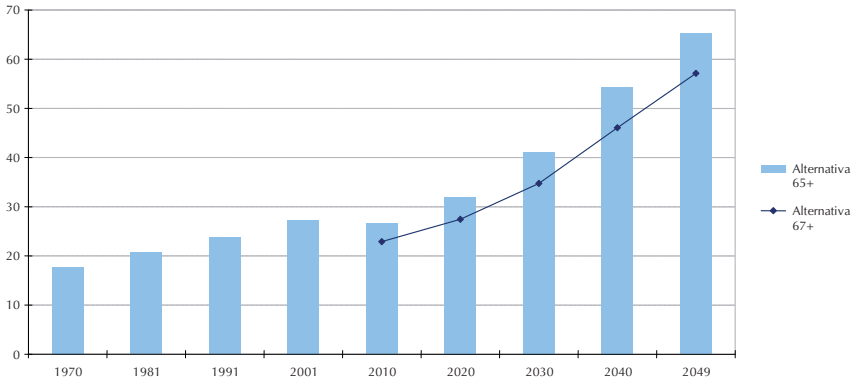
Fuente: OECD.

Este patrón de jubilación masiva a los 65 años refleja diversos factores como situaciones personales (salud, otros problemas familiares), políticas del gobierno que facilitan la jubilación, beneficios de Seguridad Social (sistema de pensiones, cálculo de la base reguladora), o tendencias macroeconómicas en el mercado de trabajo (contexto del empleo, del desarrollo de las tareas en el trabajo, renovación tecnológica, etc.). Se está creando una situación de capacidad laboral no utilizada pues el porcentaje de personas mayores con buena salud es elevado, la jubilación no se ha producido por problemas de salud en la mayoría de los casos y porque existen incentivos para una jubilación temprana, o incluso aunque sea a la edad reglamentaria. Muchos jubilados españoles desarrollan menos actividad económica que otros jubilados europeos (Börsch-Supan, 2005).
La masa laboral tiende a disminuir en las próximas décadas. Los grupos centrales de la pirámide, entre 20-50 años, tendrán menos efectivos en 2050 que ahora, sin embargo el número de personas mayores se incrementará notablemente. Como consecuencia de una población activa en declive en 15 años, cuando la generación del baby-boom empiece a salir de las edades laborales, y de un aumento del número de jubilados, más longevos, la relación entre mayores y población potencialmente activa se alterará notablemente.

b) Un ratio bruto de dependencia de mayores

La relación de población de 65 y más años por cada cien personas de 16-64 señala que actualmente hay unas 22 personas de edad por cada cien en edad potencialmente activa, pero en 2049 se habrá duplicado (53 por cada cien), es decir, dos personas en edad de trabajar por cada persona de edad (Gráfico 38).

Gráfico 38. Evolución del ratio de dependencia de mayores de la población española.



Nota: Ratio de dependencia de mayores (65+/20-64).
Fuente: 1970: INE: INEBASE: Series históricas de población.
1981-2001: INE: INEBASE: Censos de 1981, 1991 y 2001.
2010-2049: INE: INEBASE: Proyecciones de población a largo plazo.

Sólo un aumento de la participación femenina o la inmigración puede aumentar la masa laboral o evitar que su reducción sea tan acentuada. También puede pensarse que las tasas de desempleo a largo plazo se reducirán por ese descenso de masa laboral.

B. MARCO Y CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

a) El Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo

Si el envejecimiento ha de considerarse una experiencia positiva, una vida más larga debe verse acompañada por continuas oportunidades de salud, participación y seguridad. A finales de los años 90 la Organización Mundial de la Salud adoptó el término **«envejecimiento activo»** para expresar el proceso por el que se consigue esta idea, destinada a conferir un mensaje más inclusivo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer otros factores que afectan a la forma en que envejecen los individuos y las poblaciones además de la salud.

b) Definición y conceptos relacionados

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como ***«el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».***

El envejecimiento activo es aplicable tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico, social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades, a la vez que se les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia. Veremos mayores precisiones sobre sus determinantes en el artículo del Profesor Alexandre Kalache «Una sociedad para todas las edades» al final del Capítulo 13 sobre entorno y hábitat, y alusiones recurrentes a esta idea en muchos de los demás capítulos.

Otras experiencias realizadas tanto a nivel nacional como internacional son componentes relevantes para disponer de buenas prácticas que fundamenten políticas, proyectos, planes y programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El compendio de buenas prácticas realizado por el Imserso a nivel internacional para promoción de La autonomia personal tiene esta finalidad de conseguir que las políticas dirigidas al mantenimiento y promoción de la autonomía personal deben enmarcarse en una comprensión más amplia del concepto de envejecimiento activo que lo contemple como «un ciclo vital activo e implicado que permita la gestión y responsabilización de la propia vida y el establecimiento de proyectos personales» (EHSL, 2011).

APORTACIONES

A. Encuentro «Las promesas del envejecimiento activo: investigación, desarrollo e innovación en Europa». UCM. El Escorial, julio 2010

- *El envejecimiento activo debe basarse en la libertad de elegir dentro de una visión global e inclusiva: global, porque nos afecta a todos a lo largo de todo nuestro ciclo vital e inclusiva, por cuanto no excluye a nadie de las acciones de envejecimiento activo.*
- *El modelo OMS de envejecimiento activo abrió camino pero debería ser revisado si queremos que ese sendero nos lleve al destino que tenemos en mente: que cada vez más personas envejezcan mejor. La conceptualización del envejecimiento activo debe ahondar en la clave del envejecimiento satisfactorio.*
- *Un nuevo enfoque del envejecimiento activo debe incluir algunos principios fundamentales: considerar como actividad todo aquello que contribuya al bienestar de las personas; el envejecimiento activo tiene carácter preventivo y, por tanto, ha de introducirse a lo largo de toda la*

vida; se refiere a todas las personas mayores, sean cuales sean sus condiciones y capacidades; deber se intergeneracional; supone un conjunto de derechos y deberes; es participativo y «empoderador», y respeta la diversidad cultural.

- *Maximizar el potencial del envejecimiento activo requiere de una estrategia comprensiva que impulse la participación y el bienestar en todas las etapas del curso vital. Envejecer bien es cosa de todos, a todas las edades. Supone calidad de vida, participación e incremento de ciudadanía.*
- *Construir sociedades para todas las edades conlleva evitar la fragmentación en virtud de edades y generaciones.*
- *La participación activa en la vida política y social vincula a las personas mayores a la sociedad.*
- *En el ámbito familiar, la promoción de la solidaridad intergeneracional intenta que se reconozca la labor de cuidado, apoyo y educación que realizan tanto la generación intermedia como muchos abuelos y abuelas. Las relaciones familiares tradicionales están cambiando y por ello es importante prestar atención al tipo de solidaridad intergeneracional familiar que se va a ir necesitando en conexión con las nuevas formas que nuestros barrios y comunidades, más envejecidos, van a ir tomando.*
- *Se debe desterrar la indemostrada creencia de que la permanencia de las personas mayores por más tiempo en sus puestos de trabajo bloquea la entrada de jóvenes al empleo y buscar vías para compatibilizar actividad y jubilación. El envejecimiento activo debería ser a medida y las personas tener la posibilidad de elegir si continúan en el mercado laboral.*
- *Permanece en nuestra sociedad el problema de la transmisión intergeneracional de la pobreza, que convierte a muchos ciudadanos en parte involuntaria de un círculo vicioso que se reproduce.*
- *Los programas intergeneracionales, como los de mentorización escolar, donde participan personas mayores, disminuyen el riesgo de fracaso escolar contribuyendo a romper ese círculo y ofrecer un futuro más alentador a las distintas generaciones.*
- *Las personas mayores pueden colaborar en la educación de la sociedad y deben hacerlo. Transmitir el legado de conocimientos —ética de la transmisión— es fundamental y existe una responsabilidad en ello que hay que ejercer.*
- *Los sistemas educativos deben explicar a los más jóvenes en qué consiste el proceso de envejecimiento.*
- *Se ha avanzado en la mejora de la imagen de las personas mayores, pero predomina la perspectiva negativa de la inactividad y la carga.*

- *La investigación y la innovación deben producir propuestas concretas en los retos de la promoción del envejecimiento activo para este siglo donde los espacios públicos de ciudades y pueblos deben constituirse como lugares capaces de ser sostenibles y útiles para poblaciones cada vez más envejecidas.*
- *La imaginación, creatividad e innovación son herramientas esenciales para poner en marcha las políticas y programas de envejecimiento activo dentro de estrategias integradas donde el protagonismo radique en las personas y no en las instituciones.*

B. Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

✓ *La política de envejecimiento activo debe ser una política de estado con una planificación a largo plazo. Consejo Estatal de Personas Mayores.*

✓ *Las políticas de envejecimiento deben contemplar todo el proceso vital de la persona, poniéndose en práctica mucho antes de alcanzar la edad institucional considerada como inicio de la vejez. Consejo Estatal de Personas Mayores.*

✓ *Creación de espacios interculturales para personas mayores de diversas nacionalidades y culturas. Universidad de Valencia.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de políticas en respuesta a los desafíos demográficos.** Las tendencias demográficas en fecundidad, esperanza de vida y migraciones en España y Europa son un nuevo y complejo fenómeno que supone una reestructuración de las edades y un envejecimiento de la población. Este envejecimiento tiene impacto en el mercado de trabajo, en el crecimiento económico, en los sistemas de protección social y en las finanzas públicas. Los desafíos para España son similares al resto de la Unión Europea con variaciones de calendario. En consecuencia es necesario:

   a) Proceder a una revisión de las políticas de envejecimiento. La Unión Europea aconseja esta revisión (Comisión Europea, 2006, 2009a, 2009b). Las políticas de envejecimiento tienen consecuencias no sólo en los motores del proceso de envejecimiento, sino en cómo se afrontan los desafíos provocados por otras tendencias (desequilibrios territoriales, patrones de enfermedad, nuevos papeles familiares, trabajo y actividad).

   b) La inmigración ha jugado y desempeñará un papel importante como solución a las consecuencias del envejecimiento; aunque no evita el proceso de envejecimiento, pueden mejorar los impactos económicos.

   c) Promover políticas de apoyo a la familia puesto que es el peso que esta tiene en la atención a los mayores, por lo que se requiere un apoyo decidido para evitar que se perjudique a la familia como institución y de manera específica a las mujeres.

CAPÍTULO 2

CIUDADANÍA Y PERSONAS MAYORES

EL RETO DE LA NUEVA CIUDADANÍA. NUEVOS RELATOS Y NUEVAS POLÍTICAS PARA DISTINTAS PERSONAS MAYORES

(Artículo de Autor)

Dr. D. Joan Subirats Humet
Instituto de Gobierno y Políticas Públicas
Universidad Autónoma de Barcelona

Las personas mayores son personas que quieren participar activamente y de manera integral en la sociedad española. Una sociedad que encara este siglo con la preocupación de velar, de forma equilibrada y equitativa, por el conjunto de necesidades y expectativas de todas las personas sea cual sea su edad, género o condición. Es necesario estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han jugado y seguirán jugando en relación a la gente que les rodea, en relación a las comunidades donde viven y se relacionan, y en relación al conjunto del país y del mundo.

Estos valores y deseos contrastan con una realidad en la que más bien se considera a las personas mayores como objeto de atención, más que como sujetos dotados de autonomía, y mucho menos como personas capaces de desarrollar críticamente esa autonomía. En este artículo-ensayo se abordará este tema tratando de poner de relieve los elementos normativos (valores) que entendemos han de inspirar los aspectos sustantivos y operativos de las políticas que más afectan a ese gran colectivo de españoles. Queremos contribuir a construir nuevos relatos y, consiguientemente, nuevas políticas con y para las personas mayores.

A. INTRODUCCIÓN. NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS SITUACIONES

Existe una clara contradicción entre los cambios acelerados a los que estamos sometidos y la tenacidad con la que mantenemos una letanía de prejuicios sobre un conjunto de temas que ya no son, ni de lejos, lo que eran hace sólo unos años. Asimilamos, por ejemplo, fase adulta y ancianidad con decadencia física e intelectual. Y mantenemos horizontes temporales sobre este tema, que son día a día desmentidos por la tozudez de las cifras de esperanza de vida, de alargamiento de los ciclos vitales e intelectuales, o con la constante presencia de personas adultas y mayores activas en todo tipo de actividades y

procesos. Descubrimos cada día que las personas llegan a edades notablemente avanzadas manteniendo altas dosis de adaptación y de flexibilidad ante los cambios. Y tenemos crecientes dificultades para ubicar los hitos vitales que distinguen a niños de jóvenes, a jóvenes de adultos, o adultos de mayores, cuando además todo ello se complica según hablemos de hombres o de mujeres, de personas que viven en grandes ciudades o en zonas de baja densidad, o si se trata de personas con trayectoria laboral más o menos centrada en esfuerzos físicos y manuales.

Mantenemos asimismo estereotipos de especialización laboral-familiar que nos funcionan cada vez menos. Y seguimos especulando con continuidades y permanencias laborales que son más y más infrecuentes. Todo lo que rodea al tema de las edades, rápidamente se conecta con familia, trabajo, movilidad, cuidado, servicios…, y por tanto, «empapa» el conjunto de fases vitales de cualquier individuo. Y todo ello ha estado sometido a profundas transformaciones en los últimos tiempos. La resultante es una evidente heterogeneidad en las situaciones más básicas de trabajo, cuidado, aprendizaje y descanso.

Hemos venido funcionando desde hace tiempo con una concepción de la vida muy vinculada al trabajo. Un trabajo estructurador y estable. Un trabajo al que se consagraba la fase inicial de la formación y el aprendizaje, y del que uno salía ya casi al final de la existencia vital. Se ha usado la metáfora de las dos estaciones, verano e invierno, para caracterizar ese relato anterior de las trayectorias vitales que se configuraban desde y para el trabajo. En estos momentos, este relato resulta simple y empobrecedor en relación con trayectorias vitales mucho más complejas, heterogéneas y diversificadas. Manteniendo el símil de las estaciones, vemos cómo asume una importancia creciente la primavera como fase constitutiva del aprendizaje, anticipando adolescencia y expandiendo la juventud hacia fases que antes eran consideradas plenamente de adultos. Y necesitamos la expansión del otoño para poder encuadrar el significativo alargamiento de la vida, y la diversificación de espacios de trabajo, cuidado, aprendizaje y ocio que surgen y se multiplican en esa nueva madurez vital. Sabiendo, además, que las estaciones y sus transiciones nunca funcionan de manera automática ni maquinal, y que constantemente asistimos a mutaciones del tiempo y del clima que no dejan de sorprendernos.

Las carencias y estrecheces del relato hasta ahora hegemónico han situado a los mayores, en definitiva, como personas frágiles, necesitadas de atención, con problemas de comprensión y de movilidad,

muy limitadas en cuanto a sus posibilidades de ocio y de placer, básicamente improductivas y destinadas a acabar sus días en una institución especializada en este tipo de población dependiente. Con estos mimbres, no resulta extraño que las políticas públicas que se orientan a este gran colectivo de personas resulten esencialmente obsoletas y poco satisfactorias para sus destinatarios. Es asimismo cierto que ha ido surgiendo otro relato, no menos insatisfactorio por simplista, que sería el de la madurez dorada. Los adultos mayores, desde esa perspectiva, tendrían ante sí todo tipo de nuevas oportunidades, serían «los nuevos renacentistas» (La Vanguardia, septiembre 2009), que podrían empezar de nuevo en cuanto quisieran, dedicando tiempo y esfuerzo a nuevas inquietudes y a deseos no cumplidos. Es evidente que ése tampoco es un relato que refleje la realidad multiforme y muy desigual de las personas mayores en cuanto a recursos económicos, cognitivos o relacionales.

Necesitamos repensar con ellos y ellas estas percepciones, tratando de recomponer a las personas en su plenitud, superando la fragmentación de problemas y respuestas, y evitando tanto la infantilización (personas que padecen limitaciones significativas en su autonomía personal) como la ilusión de una etapa dorada (irreal y parcialmente sólo accesible a unos pocos). La manera de repensar esa realidad precisa partir de una concepción plena de ciudadanía, en la que podamos caber todos, sea cual sea nuestra edad, género u origen.

Necesitamos una perspectiva de ciudadanía en la que avancemos hacia una sociedad en la que podamos estar todos, cada uno desde su propia especificidad y dignidad. Y ello implica reconocer las especificidades que implican edades distintas, opciones afectivo-sexuales distintas, creencias y pautas culturales distintas, capacidades y genero diferenciados…Los valores que entendemos básicos para fundamentar esta visión de ciudadanía tienen que ver con la autonomía personal, la igualdad y la diversidad, entendiendo cada uno de esos conceptos desde una perspectiva integradora no exenta de tensiones y dificultades en su articulación. Y es desde esa concepción que desplegaremos esos valores relacionándolos con las especiales características que implica una nueva visión del papel de las personas mayores en nuestra sociedad.

Ciudadanía y valores básicos para una nueva configuración de políticas públicas

Fuente: elaboración propia.

B. EL VALOR DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Ser mayor no significa lo mismo que ser inútil. Las personas mayores quieren seguir siendo y sintiéndose personas útiles y autónomas el mayor tiempo posible. Y esto no tiene sólo que ver con las específicas condiciones de vida y de salud de cada uno, sino que tiene que ver también con el ser útiles socialmente, realizando tareas y funciones socialmente beneficiosas que ya ahora se desarrollan, pero que no se reconocen. Quiere asimismo decir que toda etapa vital es buena para aprender y para enseñar. Compartiendo saberes. Trabajo y jubilación se han convertido en términos irreconciliables. Y no tiene por qué seguir siendo así. Los grandes cambios que se han ido produciendo en el mercado de trabajo van en la línea de introducir más precariedad, menos continuidad, más inseguridad en las condiciones de trabajo. Y se ha ido asimilando juventud con flexibilidad laboral, y gente mayor con rigidez y mayores costes laborales. No puede ello aceptarse sin más. Es preocupante que a partir de los 50-55 años se entienda que una persona ha dejado de ser significativa desde el punto de vista productivo. En la estrategia adoptada en Lisboa por la Unión Europea en el año 2000, y en cualquiera de los muchos planes de desarrollo del país, se habla al mismo tiempo de ocupación y de cohesión social. Y ésa es

una perspectiva clave. Desde esa mirada no puede admitirse que sólo se hable de la gente mayor como una posible fuente de ocupación para otros, en una lógica estricta de reemplazo.

¿Puede uno seguir trabajando al mismo tiempo que se jubila? Entendemos que sí. Sobre todo si consideramos que trabajar quiere decir generar valor. Ser útiles socialmente. Trabajamos cuando participamos en actividades voluntarias. Lo hacemos cuando cuidamos de nuestros hijos y nietos. Trabajamos cuando damos consejos sobre cómo hacer mejor esto o aquello. Trabajamos cuando ayudamos, por ejemplo, a que no se pierdan oficios, maneras de cocinar o elementos de memoria histórica. Y sabemos que esta clase de ocupaciones no comportan contraprestación económica, no incluyen salario. Creemos que haría falta no sólo aceptar esto que ya se hace, sino asimismo darle un valor social. Aunque sea como prestación que podría implicar reducciones fiscales, por ejemplo. Y también valorando esta clase de tareas con un claro reconocimiento oficial de la clase que sea. No es absurdo imaginar el que puedan contemplarse encargos puntuales a profesionales, a artesanos, a personas que quieran seguir ejerciendo sus trabajos, y permitir que los mismos tengan algún tipo de contraprestación económica no regular, con las correcciones legales y económicas que deban realizarse para evitar abusos, solapamientos y problemas con otros colectivos.

Lo importante es conseguir que el capital humano, social e intelectual acumulado por los mayores, sus conocimientos y su experiencia no se pierdan ni se dejen de lado.

Ello está bastante claro en el campo de la formación. El papel de las personas mayores como alumnos y como profesores es evidente. A todos nos queda mucho por aprender. Y en ese sentido, conviene resaltar el gran atraso de nuestro país en el tema de la formación de adultos. Hablamos de «sociedad del conocimiento», pero todavía hay un buen puñado de ciudadanos y ciudadanas a los que les cuesta seguir la lectura de un libro o no saben por dónde empezar cuando están frente a un ordenador. Es evidente lo avanzado en estos años, pero es necesario aumentar ese esfuerzo. Haciendo realidad la idea de aprendizaje a lo largo de la vida. En una sociedad como la nuestra, la educación es central, determinante por el bienestar y el progreso de su gente. Y, cuando hablamos de educación no nos referimos a enseñanza. Hablamos de la fase vital 0-100 años. Aceptar ese reto implica construir y mejorar los espacios educativos para adultos y gente mayor. Y en esa tarea serán importantes las escuelas, los institutos y las universidades.

Es tan importante poder acceder a cursos ordinarios en itinerarios que ya existan, como poder organizar cursos específicos con itinerarios formativos propios. Y esto es especialmente relevante si nos referimos al acceso a las tecnologías de información y comunicación. No es necesario insistir en el hecho de que nuestra sociedad se caracteriza, cada día más, por el papel central que juegan las nuevas tecnologías en nuestras vidas.

Si vamos dejando fuera del acceso habitual a estos medios de comunicación, información y normalidad ciudadana, a personas, sea cual sea su edad y condición, de hecho estamos cercenando sus posibilidades de autonomía y de desarrollo personal. Las personas mayores parten generalmente de condiciones educativas, formativas y físicas que hacen este acceso más difícil. La denominada fractura digital multiplica su impacto y sus dimensiones en estos colectivos, y ello obliga a afrontarlo con tanta decisión y compromiso como cuando se habla de escuela e Internet.

Es evidente que se está avanzando en el tema, pero es necesario insistir, entendiendo que ciudadanía plena y acceso digital cada vez van a ir más unidos. Hace falta invertir en equipamientos, en aulas, pero también en formadores adecuados, en equipos aptos en su configuración por las dificultades de vista o de manipulación de los aparatos. Los adelantos ergonómicos deben ir acompasados con espacios y personas que se dediquen a enseñar de manera especializada a las personas mayores en el acceso a las tecnologías de información y comunicación. El objetivo, recordémoslo una vez más, es que todos seamos más autónomos. Que nos podamos valer por nosotros mismos. Que podamos aprovechar los recursos de conocimiento, de accesibilidad y de interacción que permiten estas tecnologías y que cada día lo permitirán más y más.

C. EL VALOR DE LA IGUALDAD Y LAS CONDICIONES DE VIDA

Sabemos que el país ha mejorado muy significativamente en lo concerniente a las condiciones de vida en los últimos treinta años. Y debe valorarse muy positivamente. Pero también sabemos que las desigualdades siguen existiendo y que estas desigualdades afectan especialmente a muchas personas mayores. Los datos que manejamos nos indican que las personas mayores cada vez se acercan más al 20% de la población del país. Casi el 60% son mujeres. Muchas de esas personas

viven solas. La mayoría mujeres. Y se aproximan al 30% las personas de más de 65 años que tienen alguna clase de discapacidad. En estudios recientes se certifica que el riesgo de pobreza es casi el doble entre las personas mayores que entre otros grupos de edad. Una de cada tres personas mayores está en esta situación. Y ello afecta más especialmente a las viudas o mujeres mayores que viven solas. También es cierto que hay personas mayores que mantienen buenas o aceptables condiciones económicas y de bienestar. Pero lo que nos debe preocupar son precisamente estas desigualdades. Y especialmente las situaciones de discriminación y exclusión que sufren muchas personas mayores, con condiciones de vida muy precarias.

Hemos de ser conscientes, además, de que habitualmente existe una coincidencia fatal entre personas con frágiles condiciones de vida y personas con poca capacidad para hacerse oír. Esas personas mayores, que viven con muchas precariedades tienen derecho a ser ciudadanos como nosotros, y casi siempre permanecen invisibles. Son personas que lo tienen muchas veces difícil para pagar los servicios considerados básicos hoy en día como son el teléfono, el agua, la calefacción, la luz... Gente que cuando se les estropea algo de la casa, tiene serias dificultades para poder afrontar el coste de su reparación o la necesaria sustitución. Es importante que los servicios públicos piensen más en estas personas. En sus pequeñas y grandes coyunturas de precariedad y exclusión. De manera más diferenciada. Entendiendo quiénes son, qué les pasa, cómo podríamos ayudarlos de manera más personalizada y eficiente. Y ello sin duda tiene que ver no sólo con las instituciones públicas, sino con las entidades financieras, las grandes compañías de servicios básicos, etc. Las administraciones, las grandes compañías de servicios, o las aparentemente indispensables entidades financieras, tratan muchas veces a estas personas de manera estandarizada, distante. Trabajan con categorías, y las personas mayores acuden a pedir ayuda o a plantear sus problemas, no piensan ni se manifiestan en forma de categorías, sino que lo hacen expresando problemas, casos, peripecias… Y es en ese, a veces, diálogo de sordos, en el que la equidad está en juego. Y es en esos instantes de cotidianeidad cuando deberíamos poner en práctica la responsabilidad social de la que alardean entidades, empresas e instituciones.

En este contexto no podemos dejar de hablar de seguridad, o mejor, de seguridades. Las incertidumbres aumentan cada día. Mucha gente se siente más frágil, más vulnerable ante cambios que se suceden con gran rapidez y que alteran profundamente las formas de vida y las relaciones interpersonales. Muchas veces las personas mayores se

ven afectadas de manera más intensa por estas sensaciones de riesgo. Sufren inseguridades en la calle, en sus pautas de consumo. Sufren presiones vinculadas a su condición de arrendatario, provocadas por el fuerte aumento de los precios de la vivienda. Pueden tener la sensación de que su aislamiento o soledad las puede dejar más indefensas ante la presencia de extraños. Y como sabemos, pueden sufrir incluso presiones y violencia de personas próximas por temas económicos o surgidos de la convivencia diaria.

Ante ello, lo importante es ser conscientes de estas vulnerabilidades. Evitando respuestas que tiendan simplemente a incrementar una seguridad extensiva y abusiva, y tratando más bien de prevenir y ayudar para que personal y colectivamente podamos sentirnos más seguros. Seguros en las condiciones de vida, en el mantenimiento de las viviendas, seguros con los recursos básicos que todos tenemos derecho a tener y seguros también en nuestra integridad física y material. Ello debe implicar no separar las inseguridades unas de otras. Viendo conjuntamente, administraciones y cuerpos de seguridad, cómo hemos de actuar entre todos para prevenir y responder mejor a estas fragilidades. No todo el mundo sufre igual estas vulnerabilidades. Como bien sabemos, tratar equitativamente a la gente no quiere decir tratar a todo el mundo igual. Implica tratar de manera diferente a aquellas gentes, aquellas situaciones que son diferentes, porfiando al mismo tiempo para que todo el mundo llegue a niveles de servicios y de calidad que sean similares.

Desde esta perspectiva, la salud es básica. Cuanto mayor es una persona, más dependiente es de sus condiciones de salud. Y en este sentido, una vez más, la clave es la autonomía personal. La autonomía personal es el punto clave de la dignidad individual de cada quien. Y esa autonomía ha de poder desplegarse para poder convertirse en autonomía crítica, es decir, para no tener que aceptar de manera incondicional lo que te dicen, lo que te aconsejan o lo que condicionan. Ésa es la clave de bóveda para que alguien pueda considerarse libre, el reconocimiento de su condición de sujeto, de ciudadano.

D. EL VALOR DE LA DIVERSIDAD: RECONOCIMIENTO Y DIGNIDAD

En el caso específico de las personas mayores, y de manera general, sabemos que para garantizar la autonomía individual de una persona que empieza o afronta la última parte de su vida, deberemos considerar de manera especial aspectos relativos a salud y movilidad, pero

también relativos a su formación, vivienda, y capacidad de plantearse autónoma y críticamente su propia realidad. Sabemos también que no todo el mundo llega a ciertas etapas vitales en las mismas condiciones económicas, culturales y de arraigo e inserción social. Tratar de manera diversificada las claras situaciones de desigualdad existentes entre las personas mayores es una garantía de que luchamos de forma adecuada para garantizar la igualdad de las personas mayores. Y por lo tanto, deberemos ir clarificando qué quiere decir ser ciudadano y persona mayor en un país que cada vez debería ser más capaz de reconocer y tratar con igual dignidad la diversidad de opciones vitales, sexuales, culturales y religiosas.

Ello exige un notable compromiso social en relación al futuro de las personas mayores en España. Tras muchos decenios de autoritarismo, de manipulación y de ocultamiento de la voluntad popular, disfrutamos desde hace ya treinta años de un sistema político que con todos sus defectos, sabemos que es el que mejor puede permitirnos expresarnos y que nuestra voluntad sea representada. Pero este compromiso con la democracia no debería hacernos perder de vista que esta democracia, aquí y ahora, haría falta mejorarla y hacerla más receptiva a la voz de los que no tienen voz. Hacerla más capaz de responder a las necesidades y demandas de los que menos capacidades y recursos tienen. Y es evidente que muchas personas mayores se sienten poco escuchadas y poco acompañadas en relación a sus necesidades y desazones. Deberíamos pues caminar hacia una mejora sustancial en las formas e instancias de participación de las personas mayores en España. Una participación que no sólo permita que se oiga su voz específica, que se expresen así sus demandas y puntos de vista, sino que asegure también que se puede avanzar en la transformación y mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Parece indudable que existe un gran potencial de participación de las personas mayores en España, pero es importante que entendamos que participar quiere decir no sólo hablar, discutir y debatir, por importante que sea todo ello. Participar tiene que implicar avanzar de manera concreta en la mejora y en la transformación de la realidad social de las personas mayores en España. Y para ello es necesario que los órganos de participación que ya existen, y que probablemente hace falta fortalecer y reforzar, no sólo sean informados de lo que se quiere hacer por parte de los poderes públicos, sino que las personas mayores, sus organizaciones y representantes, puedan compartir la definición de los problemas que les afectan y colaborar en la búsqueda de las soluciones u oportunidades de mejora.

Sería asimismo relevante que el mundo empresarial avanzara hacia una visión más flexible y responsable de lo que implica su arraigo al país. Las personas mayores, como ya hemos dicho de forma reiterada, no pueden considerarse como personas improductivas o superfluas. Sus actividades, su utilidad social alcanza, como bien sabemos, un valor que va mucho más allá de lo que el mercado por ahora considera como productivo o rentable. Las personas mayores, con toda su variedad de situaciones, recursos y capacidades, deberían poder exigir que se les reconozca su aportación pasada, presente y futura al bienestar colectivo. Aportación que se expresa ahora mediante múltiples formas: participación en procesos de aprendizaje; contribución en tareas de valor social y colectivo; funciones de cuidado y atención; servicios de mantenimiento de la convivencia urbana y rural; transmisión de conocimientos tácitos y explícitos; presencia activa en dinámicas mercantiles, sociales y económicas, etc.

Su utilidad es indudable. Lo son porque entendemos que toda persona lo es. Y lo son porque sabemos que saben. Sabemos que han ido acumulando experiencias, aprendizajes, capacidades y conocimientos que pueden ser útiles a los demás. Útiles a las empresas, útiles a los poderes públicos, útiles al lugar donde viven, útiles a sus vecinos, útiles a su familia. También sabemos que no lo saben todo. Y que por lo tanto, muchos de ellos están ansiosos por aprender. Conocer. Acercándose así a saberes y conocimientos a los que no han podido acceder antes. Y en ese sentido, la lógica de relación y de abordaje de este tipo de cuestiones no puede seguir siendo jerárquica. Las personas mayores quieren aprender y enseñar. Quieren enseñar y aprender. Quieren ayudar y que se les ayude. No desean ser vistas como personas que sólo son objeto de ayuda y atención dada su implícita situación de dependientes. De hecho, todos somos de alguna manera dependientes, o mejor dicho, interdependientes.

Los niños y jóvenes lo son también. Lo son los adultos. Y cada uno lo es de una manera propia y específica. Es evidente que cuando se llega a los últimos años de la vida, la autonomía funcional mengua y ello exige más ayuda, más apoyo. Y en este sentido celebramos que en España se haya avanzado en el reconocimiento del derecho a la promoción de la autonomía personal como un derecho de carácter universal. Pero es importante recordar que, como hemos dicho, en cada fase vital cada persona es de alguna manera dependiente de las otras. E incluso en los momentos finales de la vida de una persona, su familia sigue dependiendo de él o ella. Por ejemplo, tienen interés en saber lo que sabe el que se va, el que los va a dejar. Quisieran seguir contando con él o ella.

Todo ello nos obliga a repensar la manera como se presenta la vejez en los medios de comunicación. Muchas veces se les presenta como personas poco flexibles, rígidas, poco dispuestas a aceptar los cambios, y más bien decadentes y pasivas. Es preciso ser conscientes de que la realidad es una construcción social que se forma sobre todo en los medios de comunicación. Deberíamos pues esforzarnos en que las personas mayores cuenten con más y mejores canales de expresión, maneras más específicas y dignas de estar presentes. Interlocutores que reconozcan y conozcan esa realidad. Ello no tiene por qué implicar tener espacios específicos, aunque puedan ser necesarios en ciertos casos. Sino, sobre todo, estar presentes, de manera natural y no sesgada, en el día a día de los medios y también en los espacios de publicidad. No por debajo de otros colectivos que hoy son objeto de atención especial, como por ejemplo los temas vinculados al género o la diversidad étnica.

Reconocer esta diversidad, tratar con dignidad las especificidades de las personas mayores es pues importante. Pero también lo es, hablando de diversidad étnica, el entender y reconocer cómo ha ido cambiando nuestro país en los últimos años. España es cada vez más diversa. Y no podemos más que celebrarlo. Tenemos la suerte de vivir en un país que ha ido demostrando que es capaz de acoger y ayudar a seguir adelante a la gran mayoría de los que han llegado. Todo el mundo va acomodándose, encontrando su lugar. Debemos ser capaces de hacer un país acogedor para todos ellos. Un país que respete y sea respetado. Pero más allá de estos principios generales, la diversidad étnica y religiosa se expresa y se expresará también en la forma como abordar específicamente la relación y la atención a las personas mayores procedentes de otros horizontes físicos y culturales.

Deberíamos saber cómo reaccionar ante esta realidad. Las mujeres mayores se merecen ser reconocidas en sus especificidades. En sus valores propios. Las mujeres mayores acostumbran a dar de manera menos traumática el paso de la vida laboral activa a la fase de la jubilación. Venimos de una época en la que las mujeres trabajaban en casa y los hombres salían a ganar el pan fuera del hogar. Ahora sabemos que las cosas son cada vez menos así. Ya que tanto los hombres como las mujeres trabajan fuera de casa. Pero también sabemos que en casa siguen trabajando mucho más las mujeres que los hombres. Las mujeres mayores mantienen notables continuidades en la asunción de responsabilidades básicas para la convivencia familiar, para el bienestar y el cuidado de los suyos. Y es preciso tenerlo en cuenta y reconocerlo en el valor inmenso que tiene. Viven más años y viven más solas. Y esto también hace falta que se tenga en cuenta, tanto con las ayudas eco-

nómicas específicas como con recursos de apoyo y de atención para esas mujeres que lo han dado todo por los suyos y lo siguen haciendo mientras pueden.

Como decíamos, empezamos a tener inmigrantes que podemos incluir en la categoría de personas mayores. La mayoría nos llegan por reagrupamiento familiar. Pero, en unos cuantos años más, su número lógicamente aumentará. Y hemos de ser conscientes de lo que ello implica. Mucha de la gente que llega de lejos trae con ellos una consideración especial por la gente mayor y por su papel en las familias. Deberíamos saber aprovecharlo para ayudar a que, en conjunto, podamos entendernos mejor y que podamos aceptarnos cada uno desde su propia identidad y desde la identidad compartida. Ellos van conociendo nuestras costumbres, nuestra manera de hacer. Nosotros debemos reconocer su dignidad, su valor al dejar sus tierras y buscar un futuro mejor para ellos y sus familias. Todos sabemos que el tema no es simple. Cambiar de país quiere decir aceptar costumbres y maneras de hacer que no son exactamente las propias, pero también debería implicar encontrar comprensión y reconocimiento por lo que cada uno es. Nos hemos de ir acomodando unos a los otros. Integrarnos todos juntos en un mundo que cambia muy rápidamente. Ayudarnos unos a otros para hacerlo con los menores traumas posibles.

E. IMPLICACIÓN COLECTIVA Y COMPROMISO CIUDADANO

La plena inserción de las personas mayores en la sociedad española no pasa sólo por tener garantizadas unas condiciones de vida dignas, disfrutar de la autonomía individual y ver reconocida nuestra especificidad personal y colectiva. Cuando afirmamos que las personas mayores tienen el derecho a gozar de una ciudadanía plena y a participar activamente de manera integral en nuestra sociedad, ello implica que los mayores no pueden seguir siendo simples objetos de atención y de administración. Implica que han de estar presentes en las dinámicas sociales y políticas de cada ciudad y de cada comunidad. En muchas ciudades y pueblos se han ido constituyendo consejos de representación de la gente mayor. Hace tiempo que los mayores participan activamente en la dirección y gestión de muchos de sus centros y lugares de reunión. Pero detectamos también muchas barreras, muchas reticencias para que puedan ejercer plenamente su condición de ciudadanos responsables en el variado conjunto de las instituciones del país. Se-

guramente otros colectivos, otras personas de edades diferentes, tienen las mismas percepciones. Y por tanto, no queremos decir con ello que este tema de la participación y la implicación en los asuntos colectivos sea un tema que sólo afecta a los mayores. Pero, hecha esta salvedad, ello no implica que no existan especificidades propias del colectivo de mayores en el problema más general de mejorar la calidad de funcionamiento de nuestra democracia. Participar en la vida comunitaria es, desde nuestro punto de vista, tan importante como pueda ser tener buena salud y disponer de recursos suficientes por vivir dignamente. Una persona activa y sana es, al mismo tiempo, una persona implicada en lo que la rodea, en el bienestar individual y colectivo. Deberíamos pues aprovechar mejor nuestras potencialidades, fuerzas y capacidades. Y muchas veces vemos cómo a los mayores se les trata también, en este aspecto cívico y participativo, como personas que están ya de retirada. Hace falta impulsar el papel activo de las personas mayores en el deporte, en las relaciones afectivas, en el preocuparse por mejorar las capacidades educativas y tecnológicas, evidentemente. Pero también hace falta impulsar y canalizar el activismo, las ganas de hacer y de servir de las personas mayores en los espacios públicos, en la esfera del voluntariado, en la capacidad de hacer cosas por los demás. En temas como la sostenibilidad y la defensa del medio ambiente, donde muchas veces la gente mayor puede ayudar tanto o más que otras, a partir de su conocimiento del país, de sus paisajes, de sus recursos básicos, de una vida que de manera natural ha tendido a aprovechar y recuperar cosas y recursos, una manera de vivir que ha sido sostenible sin que muchas veces se haya sido consciente de ello, o simplemente denominándolo de otra forma.

¿Podríamos pues pensar en maneras de potenciar la presencia activa de la gente mayor en ámbitos de servicios necesarios para la comunidad sin que esto implique intrusismo laboral? ¿No deberíamos pensar en cómo aprovechar el potencial de experiencia y ganas de hacer cosas de tanta gente útil que dispone de tiempo, recursos y capacidades? Sabemos de experiencias muy positivas en que, de manera intergeneracional, jóvenes, adultos y mayores han trabajado conjuntamente para hacer avanzar iniciativas necesarias para sus comunidades. Haría falta poner en valor estas experiencias. Sistematizarlas y favorecer el aprendizaje cruzado entre grupos y entidades. Es evidente que cuando hablamos de actividades formativas o de ocio nos fijamos más bien en el contenido de estas experiencias, pero haría falta ver también la gran aportación que se hace de manera implícita al bienestar colectivo, a la cohesión social, cuando la gente se va a buscar para ir juntos a los

actos, cuando se preocupan del que no ha podido venir, cuando visitan al que está enfermo, cuando se hacen avanzar iniciativas para mejorar aquel o aquel otro aspecto.

Lo cierto es que muchas veces nos cuesta salir de la realidad generacional de cada quien, pero cada vez hay más gente dispuesta a ver de manera más amplia la acción colectiva y social de las personas mayores y hace falta aprovechar este impulso. Las iniciativas y las posibilidades de acción son múltiples y plurales. Los mayores disponen de organizaciones propias y de segundo nivel que agrupan a miles y miles de personas en España. Centros, aulas de gente mayor, sindicatos, federaciones, son espacios de representación que pueden aprovecharse. Y sin duda es decisivo el papel que pueden jugar los gobiernos locales aprovechando las oportunidades que les da la proximidad para incrementar su presencia activa, superando la necesaria pero insuficiente visión estrictamente representativa. Y esto puede querer decir, por ejemplo, que se puedan ir asumiendo de manera directa y autogestionaria sus propios centros y entidades.

Es preciso ir demostrando y asumiendo que las personas mayores no pueden ser sólo un objeto de gestión, sino que también pueden ser sujetos y protagonistas de esta gestión. Si queremos que el hecho de participar de las personas mayores tenga la dimensión que entendemos es necesaria, ello quiere decir relacionar más estrechamente representación y participación, participación y transformación de las condiciones de vida de su propio entorno y de la comunidad que las acoge. Muchas veces se dice cuando se habla de participación que siempre son los mismos los que concurren a las convocatorias. Y ello sucede al acostumbramos a entender el participar como ir a reuniones, el escuchar, hablar, debatir, llegar a acuerdos y volver a reunirnos. Mucha gente, y no sólo las personas mayores, por participar entiende hacer cosas. Entiende participar como hacer que las cosas que se hacen sirvan para algo. Y sobre todo que ellos y ellas puedan ser útiles, activos, y no sólo espectadores de un llamado proceso participativo. No se puede ir repitiendo un formato de participación que es accesible sólo para unos cuantos.

Deberemos pensar nuevas maneras de hacerlo. Formatos más ágiles, activos, limitados en el tiempo y donde todo el mundo sea potencial y realmente protagonista. Y ello quiere decir ampliar el sentido de la participación a las cosas del día a día. Ayudarse, cuidar unos de los otros, cuidar los espacios públicos comunes, colaborar con las escuelas, hacer de voluntarios por el civismo, estar presentes en los grandes debates globales relacionados con la paz, la cooperación internacional, la ayuda a los más desvalidos... La política institucional es tam-

bién importante pero no es el único escenario de participación de las personas mayores. En la política entendida en el sentido más estricto y convencional, también pueden estar los mayores. De hecho ya hay gente que se implica y eso está muy bien. Creemos que hace falta estimular que haya más personas mayores que sean activas en la política institucional. Muchas veces parecería que es mejor que los políticos sean jóvenes y se sigue manteniendo la confusión entre renovación de la política y la edad de los que la practican. Cambiar las cosas no es un atributo exclusivo de los jóvenes. Los mayores también quieren cambiar las cosas que no les gustan. No son conservadores por ser mayores. Quieren las cosas que funcionan, saben que los cambios repentinos muchas veces son poco duraderos, pero pueden ser tan entusiastas como cualquiera para ayudar a modificar aquello que no funciona. A las reuniones del Foro Social Mundial han asistido mayores españoles que reivindican que otro mundo es posible. Así lo entendemos. Y pensamos asimismo que también es posible otra manera de entender a las personas mayores.

J. Subirats

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Desarrollo de un nuevo concepto (o perfil) de la persona mayor en la sociedad más ajustado a los derechos que como ciudadano le corresponden.

a) Estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han jugado y seguirán jugando en relación a sus familias, a las comunidades donde viven, y al conjunto de la sociedad.

b) Recomponer, con la participación de ellos mismos, las percepciones que sobre la persona mayor existen en la actualidad, partiendo de una concepción plena de ciudadanía, en la que han de caber todos, sea cual sea nuestra edad, género u origen y evitando tanto la infantilización (personas que padecen limitaciones significativas en su autonomía personal) como la ilusión de una etapa dorada (irreal y parcialmente sólo accesible a unos pocos).

c) Reconocer la diversidad entre las propias personas mayores y tratar con dignidad sus especificidades y de manera diversificada las claras situaciones de desigualdad existentes, promoviendo el respeto a esta diversidad de opciones vitales, sexuales, culturales y religiosas, como en el resto de la sociedad.

d) Incorporar en el enfoque de las políticas sociales una perspectiva no sólo individual, sino también familiar y comunitaria, buscando lógicas más de acompañamiento y reorganizando los mecanismos de provisión de servicios para hacerlos más intersectoriales y más próximos a las personas mayores.

CAPÍTULO 3

POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD

LIMITACIONES Y POSIBILIDADES DE LA EDAD *(Artículo de Autor)*

Dra. D.ª Rocío Fernández-Ballesteros
Universidad Autónoma de Madrid
Catedrática Emérita

La edad es la variable explicativa, el *leitmotiv* de esta obra que trata sobre las personas mayores y el envejecimiento. La edad referida a un objeto, persona, contexto o circunstancia, implica el paso del tiempo físico y cuenta con una medida objetiva (365 días, de 24 horas, con 60 segundos, etc.); así, las personas mayores son un grupo de edad y el envejecimiento es el proceso a través del cual se envejece o, en otras palabras, implica el paso del tiempo por el individuo.

Sin embargo, para denominar este proceso, no existe en español una palabra derivada de la edad (como existe en portugués o en inglés), como lo sería *«edadmiento»*, sino que, a pesar de ser la edad la variable que es concurrente o explica la vejez y el envejecimiento (como proceso de envejecer) ambos términos no cuentan con una etimología relativa a la edad y, es más, la vejez hace referencia, según la Real Academia Española de la Lengua, «al período último de decadencia fisiológica en la vida de los organismos» de clara connotación negativa. Nótese que la RAE parece reducir la vejez a una condición exclusivamente biológica que implica «decadencia» y, en verdad, los autores sostienen que a lo largo de la edad, el envejecimiento biológico conlleva una pérdida de eficiencia de nuestros distintos sistemas biológicos (por ejemplo, ver Pankow y Solotorov, 2007). Pero, además, tanto el proceso de envejecer como la vejez, como estado o período, ha de ser considerada no sólo desde una perspectiva biológica sino *bio-psico-social*. En definitiva, cualquier consideración sobre el envejecimiento, la vejez o las personas mayores habrá de considerar los aspectos bio-psico-sociales de ese proceso, estado o grupo de edad y no sólo condiciones biológicas.

El mecanismo de generalización que ocurre, desde un componente semántico tan dramáticamente negativo como el que implica el término «vejez», lleva a extender el componente fisiológico (o biológico) ligado a la edad a las restantes condiciones del proceso humano de envejecer. Ese mecanismo no sólo impregna todos los derivados semánticos de vejez sino que determina que su antónimo «joven», «juventud» maximice valorativamente su positividad. En definitiva, «joven» y «viejo» son dos períodos, estadios o edades de la vida que son paralelamente equiparadas a dos polos de una misma dimensión evaluativa: respecti-

vamente, lo «bueno» y lo «malo». Estas categorías valorativas impregnan de significado los términos de edad de tal forma que una persona de 70 años puede decir «me siento joven» como forma de expresar, simplemente «me siento bien».

Este componente valorativo atribuido a la vejez es por lo que el término ha caído en desuso para denominar a un determinado grupo de edad y se ha tratado de utilizar términos con un menor componente valorativo. Así, en los años setenta y ochenta se utilizó el término «tercera edad» para denominar a las personas mayores de sesenta y cinco años y a partir de los noventa se pasó a una denominación comparativa de «personas mayores», que en otros países y lenguas ha pasado a «adultos mayores» o «personas de edad».

En todo caso, el período o estado de vejez, como más tarde veremos en este capítulo, tiene una muy larga duración y una enorme variabilidad y aunque considerásemos los 65 años (edad de jubilación más común en España) como la demarcación de la vejez (que no del envejecimiento que, como veremos, se inicia mucho antes) y se denomine «persona mayor» a la que pasa de esa edad, existen múltiples clasificaciones que tratan de agrupar, y a veces fusionar, distintas formas de envejecer (por ejemplo, «viejos-jóvenes», «viejos-viejos», vejez «patológica», «usual» o «con éxito», etc.) que, en una medida u otra, suelen coincidir con distintas edades.

En definitiva, teniendo en cuenta que la esperanza de vida está en torno a 80 años y que la máxima edad de nuestra especie se cifra en torno a los 115, desde los 65 años podríamos contar, aproximadamente, 50 años de potencial período de «vejez». Por tanto, tendríamos que convenir que la situación o período de edad, potencialmente, más prolongado sería el de vejez, en comparación con la infancia, la adolescencia y la vida adulta. En definitiva, la vida se alarga cada vez más pero, lamentablemente, no se modifican los marcadores sociales del acceso a la consideración de «mayor», «de edad», «viejo» (la edad de jubilación permanece constante aunque se haya doblado la esperanza de vida (Fernández-Ballesteros y Díez-Nicolás, 2008).

Por todo ello, teniendo en cuenta que la variabilidad interindividual se incrementa a lo largo de la vida, no tiene nada de particular que ese largo período conlleve una máxima diversidad al final de la vida. Ello se aprecia en lo que más tarde veremos sobre distintas formas de envejecer o distintos subgrupos de personas mayores.

En definitiva, el proceso del ciclo de la vida (el paso de la edad) conlleva, necesariamente, cambio. Así, una vez llegado al máximo nivel de desarrollo bio-psico-social —aun considerando que los procesos

bio-psico-sociales (en sus distintos subsistemas) llegan a su máximo desarrollo en distintos momentos de la vida y, por tanto, a edades distintas— cabría preguntarse: ¿cuál es el balance entre cambio y estabilidad a lo largo de la vida?, ¿en qué medida se producen cambios negativos?, o, incluso, ¿es posible, también, el cambio positivo entrada la vejez? O, en otros términos, cuáles serían las condiciones limitantes o negativas que conlleva la edad, así como si existen posibilidades de crecimiento o cambio positivo también.

Como se pondrá de relieve más adelante, puede afirmarse que las *limitaciones* que conlleva el envejecimiento humano emanan (de igual manera que sus potencialidades y recursos) del hecho de ser un organismo vivo que una vez alcanzado su máximo desarrollo biológico (hacia los veinte años de edad cronológica), poco a poco, se tornan menos eficientes sus subsistemas somatosensoriales produciéndose un declive progresivo de sus características físicas tales como su elasticidad cutánea, la fuerza muscular, la agudeza visual y auditiva, etc. Todas ellas, como señala Fries (1989), son características no modificables propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad por lo que forman parte de lo que los autores han considerado envejecimiento primario.

Pero el envejecimiento es un fenómeno multidimensional *bio-psico-social* y, por tanto, cabe preguntarse si el declive biológico ocurre paralelamente e isomórficamente a un declive en el funcionamiento psico-social del individuo. *En parte*, el envejecimiento biofísico es la base del envejecimiento psico-social y, por tanto, éste transcurre paralelamente a aquél; así el funcionamiento cognitivo fluido que evaluamos mediante pruebas de coordinación viso-motriz o memoria de trabajo cursa en estrecho paralelismo al funcionamiento neurobiológico, mientras que el funcionamiento de la personalidad, de la afectividad o de las relaciones interpersonales no presenta ese mismo perfil e, incluso, puede presentar tendencias de cambio positivo asociadas a la edad. En el gráfico 39 se presentan patrones de declive y estabilidad procedentes de un estudio transversal sobre envejecimiento realizado con europeos entre los 30 y los 85 años; así, mientras las medidas físicas de fuerza, rapidez, la capacidad pulmonar, la memoria de trabajo y la coordinación psicomotriz están asociadas a la edad en patrones de declive, las variables de personalidad, afectivas y las redes sociales familiares presentan un patrón de estabilidad notable (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., 2004).

Pero queda por saber si la edad ejerce efectos positivos sobre algunas de las características del individuo y su funcionamiento. Es ya clásico el es-

tudio realizado por Heckhausen y Schultz (1995, ver también, Heckhausen et al., 2005) en el que se indagaba sobre las características humanas que muestran crecimiento, estabilidad o declive desde los 20 (edad teórica de máximo desarrollo) a los 90 años. Estos autores encontraron que se produce ganancia, pérdida y estabilidad a todo lo largo de la vida con perfiles más acusados de crecimiento en los primeros años de la vida adulta, de estabilidad a lo largo de ésta y de más alto declive en las últimas décadas de la vida. En definitiva, como señalan Baltes, Freund y Li (2005) el estudio de la vejez y el envejecimiento ha ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento en términos de declive y deterioro a la consideración del envejecimiento como una dinámica entre desarrollo (ganancias), estabilidad y declive (pérdidas).

Pero ¿cuál es el peso de la genética y del ambiente en el proceso de envejecimiento? Según Kirkwood (2005), la longevidad y sus formas parecen estar explicadas en un 25% por factores genéticos mientras que el 75% lo están por las condiciones socio-comportamentales. De forma tal que aunque las limitaciones del envejecimiento y la vejez proceden de nuestra biología, existe un amplio margen para el cambio y la actuación ambiental y, éstas explican una importante parte de las formas de envejecer desde un envejecimiento activo y positivo a un envejecimiento con enfermedad, dependencia y sufrimiento.

Tres son las fuentes de conocimiento sobre la importancia de los factores socio-ambientales y comportamentales en el envejecimiento y la vejez. A) En primer lugar, sabemos que a lo largo del proceso de envejecimiento —tanto histórica como intraindividualmente— se producen millones de interacciones entre el organismo (en su sentido biológico) y el *ambiente,* de forma tal que el organismo es *troquelado* por él e, incluso, éste cobra cada vez mayor importancia a lo largo de la vida (Baltes et al., 2005). B. Ello no sólo ocurre en cada individuo sino que ocurre en la especie y tenemos pruebas de ello en la historia de la humanidad e, incluso, como señala Schaie (2005 a y b), tenemos constatación empírica de ello a lo largo del siglo XX, habiéndose constatado que las generaciones más jóvenes siempre han obtenido resultados comportamentales más altos que las más antiguas. C) Finalmente, como señala Bandura (1986), sabemos que el individuo no es un ente pasivo gobernado por una biología limitadora y un contexto sociocultural tiránico sino que es *agente de su propio proceso evolutivo y de envejecimiento*.

Hasta aquí hemos resaltado el balance entre limitaciones —que esencialmente imprime nuestra condición de organismos vivos— y posibilidades que parecen emerger de las miles de interacciones de los

organismos y contextos socio-culturales que —tanto a lo largo de la filogénesis como de la ontogénesis— parecen haber generado extraordinarios niveles de desarrollo en la especie (doblando la esperanza de vida en un siglo) y en el individuo (logrando que muchos individuos lleguen a edades avanzadas en buenas condiciones físicas, psicológicas y sociales). ¿Cuál sería el mecanismo explicativo del cambio descrito? Los autores parecen estar de acuerdo en que es la plasticidad (y la capacidad de adaptación que ella implica) la propiedad esencial del organismo humano en ese progreso esencial de adaptación.

No cabe duda de que la *plasticidad* es una propiedad biológica esencial del ser humano que en términos sencillos postula la capacidad de nuestros sistemas biológicos de regeneración. Pero la plasticidad biológica cuenta con un correlato comportamental, concretamente, la plasticidad cognitiva reside, isomórficamente, en nuestro sistema nervioso central y fue ya establecida por Cajal (para una revisión ver: Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga y Calero, 2007). En términos sencillos, la plasticidad cognitiva puede ser definida como la capacidad de modificabilidad del individuo o, en otros términos, su capacidad de aprendizaje, de beneficiarse de la experiencia. Desde un punto de vista metodológico, la investigación sobre la plasticidad y reserva cognitiva está basada en diseños experimentales que adoptan el formato test-entrenamiento-postest.

Más adelante, a lo largo del capítulo, se presentan distintas investigaciones al respecto; en resumen, múltiples equipos de investigación han trabajado con este paradigma obteniendo resultados muy consistentes entre sí (Baltes et al. 1988, 1989; Fernández-Ballesteros y Calero, 1996; para una revisión ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga y Calero, 2007). Como ejemplo de estos resultados, en el Gráfico 40 se presentan las curvas de aprendizaje procedentes de diversos proyectos de investigación sobre plasticidad cognitiva en los que han participado personas saludables con distintos rangos de edad: 55-64, 65-74, 75-89 y con más de 90 años. Podemos afirmar que las *posibilidades* de aprendizaje se dan a todo lo largo de la vida aunque esas posibilidades declinan como una *limitación* asociada a la edad, ésta explica una menor parte de la varianza que la patología al tratar de explicar las diferencias existentes entre personas normales y aquellas con enfermedad de Alzheimer.

Cabe preguntarse ¿existiría también «ganancia» o cambio positivo o aprendizaje en las áreas emocionales y motivacionales del funcionamiento humano? O, en otros términos, a lo largo de la vida, amén de la plasticidad cognitiva y física ¿existe prueba de una plasticidad emo-

cional-motivacional? La respuesta es sin duda afirmativa, la plasticidad comportamental no se ve agotada por la plasticidad cognitiva sino que abarca otras dimensiones afectivas, motivacionales y de la personalidad. Aunque la mayor parte de tratados sobre gerontología se han dedicado con más interés al funcionamiento cognitivo en la vejez, en las últimas décadas se han comenzado a precisar los cambios positivos que con la edad se producen también en el área emocional-motivacional (Carstensen, Mikeles y Mather, 2006), o en otras habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés o, incluso, algunos aspectos de personalidad, en el interjuego entre las condiciones cognitivas y emocionales.

Los resultados de este programa de investigación, que se presenta más adelante, ponen de relieve que a lo largo de la vida se produce una mayor regulación y control emocional. Incluso, algunos autores definen el *efecto de positividad* (Carstensen et al., 2005) como un patrón evolutivo por el cual la preferencia por un material negativo en la información procesada por los jóvenes va cambiando a lo largo de la vida adulta por una preferencia (¿excesiva y/o infundada?) por lo positivo en la vejez. Ello ha sido contrastado mediante múltiples tareas experimentales. ¿Cómo explicar esos recursos positivos que aparecen en la vejez?; como trataremos de especificar más adelante —y ha sido defendido desde distintos enfoques y teorías— a lo largo del ciclo de la vida el sistema emocional va cambiando facilitando *respuestas para una mejor adaptación* (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y el ajuste del individuo al medio y a sus propios cambios (Fredrickson, 2001; Magai et al., 2006), que se infieren como mecanismos de *afrontamiento*, en parte, adaptativos (Laboubie-Vief et al., 1987; 2005).

En resumen, las *limitaciones* del organismo humano a lo largo del proceso de envejecimiento proceden de su estructura biológica, que se torna con la edad menos eficiente; pero, al mismo tiempo, dado lo incompleto de estas mismas estructuras y de su plasticidad, las condiciones socio-culturales y ambientales, en el caso de ser optimizadoras o compensadoras de los recursos del individuo son, precisamente, las condiciones para el cambio positivo siendo la plasticidad el mecanismo bio-comportamental clave y la variabilidad en el funcionamiento psicológico en la vejez la expresión de ello.

Se ha dicho anteriormente (y es un postulado de esta obra) que el envejecimiento es un proceso que dura mientras dura la vida. Se ha dicho, también, que existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer; es decir, que los seres humanos envejecen de distintas maneras en función de sus interacciones con el contexto socio-cultural en el que viven. Pero, como se resaltará más adelante, esas formas de envejecer no

ocurren al azar, ni siquiera son exclusiva responsabilidad del organismo en su sentido biológico ni del ambiente y sus estímulos físicos y sociales sino de las transacciones que ocurren entre todos esos factores dado que el individuo es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento. En el Gráfico 45 se presenta un modelo de envejecimiento desde el que se trata de integrar distintas dimensiones y niveles relevantes a lo largo del proceso de envejecimiento y que, por tanto, trata de explicar distintas formas de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009). Así, desde este esquema temporal se trata de organizar los determinantes hipotéticos del envejecimiento a lo largo del ciclo de la vida que integran posibles factores determinantes, operadores de transacciones, que dan como resultado, en un momento concreto, la forma específica de envejecer de un individuo dado. De todos estos factores, más adelante, se ofrecen varios ejemplos con el objeto de ilustrar este complejo modelo en sus elementos constitutivos.

En definitiva, se trata de condensar en una figura los elementos interactivos que se suceden a lo largo de la vida entre el organismo, las condiciones socio-ambientales cambiantes, y la propia persona y sus repertorios comportamentales. Como señalaremos más adelante, dos derivaciones emergen de esta posición que podemos considerar como eminentemente transactiva entre las condiciones del ambiente y el individuo como agente de su propio proceso de envejecimiento.

No cabe duda (como así determina la OMS, 2002) que las condiciones físicas, de salud y sociales, culturales, socioeconómicas, determinan junto con aspectos bio-psico-sociales de los individuos, los procesos de envejecimiento (varios capítulos de esta obra versan sobre todos esos aspectos). Sin embargo, existe un escaso tratamiento de un conjunto de factores socio-culturales que suponen limitaciones para un envejecimiento activo: las imágenes sobre el envejecimiento y la vejez. El II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002), en su Dirección Prioritaria 3, en su Tema 4 señala que una visión positiva del envejecimiento es una parte esencial del Plan así como proclama la necesidad de combatir los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989, 2002) ha resaltado la importancia de estimular imágenes no-edadistas, entre los profesionales de la salud y cuidadores formales e informales de las personas mayores, asumiendo que estas imágenes mantienen un valor causal patogénico pudiéndose convertir en profecías que se autocumplen y atentando en forma sutil contra la calidad de vida de las personas mayores congregadas en servicios o centros (Fernández-Ballesteros, en prensa).

En la sección correspondiente de este capítulo se revisarán distintos estudios sobre estereotipos, actitudes y valoraciones sobre la edad. Los resultados con los que contamos permiten concluir que estas imágenes son esencialmente negativas ya que implican una sobregeneralización de condiciones negativas aplicables a la persona mayor al calificarla de «dependiente», «enferma», «triste» u «ociosa». Junto a ello, en otras condiciones aparecen, aunque en menor medida, calificaciones tales como con «experiencia» y «sabiduría» que implican una visión positiva de la vejez y el envejecimiento.

En resumen, cuando se utilizan distintos tipos de reactivos (positivos y negativos) con metodologías diferentes, los resultados sobre estereotipos y actitudes frente a las personas mayores pueden ser explicados desde dos perspectivas distintas; conceptualmente, y como ocurre en otros países, la imagen de las personas mayores produce sentimientos encontrados o, en otros términos, presenta dos caras (Cuddy, Norton y Fiske, 2005). Así, frente a una imagen de dependencia, enfermedad e incompetencia aparece otra de sabiduría, buen consejo, y experiencia. Esta visión dualista podría explicar comportamientos socialmente ambivalentes: mientras que una visión positivamente piadosa lleva al desarrollo de programas de atención y protección, otra llevaría a la exclusión social y la discriminación. También, esta visión polarizada, al menos en parte, podría depender del método utilizado: al emplear en la evaluación adjetivos bipolares aparece una visión más negativa (¿más en consonancia con lo que la gente siente?) que si se utilizan frases valorativas positivas de alta deseabilidad social.

En todo caso, los estereotipos negativos expresan la valoración cognitiva de las personas mayores que se manifestaría, también, en una condición prejuiciosa (emocional) de las personas mayores y, aún peor, podría manifestarse en comportamientos sociales discriminatorios. Más adelante, en el epígrafe correspondiente, ponemos de relieve que los estereotipos e imágenes negativas suponen una *amenaza* para el individuo porque se manifiestan en comportamientos *edadistas* en el propio individuo mayor, en sus allegados, cuidadores y en los profesionales que los atienden así como en el conjunto de la sociedad. Inevitablemente, la conclusión de este capítulo es que, en este punto, se requiere mucha mayor investigación que permita deslindar no sólo la imagen que la sociedad española tiene de las personas mayores sino, sobre todo, cuáles son sus efectos emocionales, comportamentales y de otra índole (legislativos, sanitarios, sociales, etc.).

R. Fernández-Ballesteros

ANÁLISIS SOBRE POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD

La vejez es considerada una edad de la vida mientras que por envejecimiento entendemos el proceso de envejecer que, como pondremos de relieve más adelante, ocurre muy tempranamente y (tras la infancia y la adolescencia) transcurre a lo largo de la vida. Los aspectos connotativos del término «vejez» y sus derivados explican por qué al tratar de clasificar mediante una etiqueta verbal las distintas edades de la vida —además de la infancia, la adolescencia y la edad adulta— se han venido utilizando distintos términos. Los términos «vejez» o «envejecimiento» son las etiquetas verbales para referirse a las personas mayores. La valoración de los distintos términos tales como «viejo», «anciano», «tercera edad», «mayores» puede ser diferente. Según distintos estudios realizados en España, «viejo» es un término peyorativo; «anciano» es denominador de una persona muy mayor frágil; «tercera edad» se refiere a personas en situación de atención o de ocio y esparcimiento y, finalmente, «persona mayor» parece ser el más neutro y forma parte del vocabulario «políticamente correcto», siguiendo las recomendaciones de Naciones Unidas, con motivo de la celebración del Año Internacional un Mundo para todas las Edades.

En todo caso, la opinión sobre si la edad es o no importante como marcador para denominar a las «personas mayores», evoluciona con el tiempo: en una encuesta realizada por el CIS (2009), cuando se pregunta a qué edad se puede decir que una persona es mayor, un 17,3% de la muestra (representativa de población española mayor de 18 años) manifiestan que *no depende* de la edad, mientras que un 13% afirma que se refiere a personas después de los 60, un 25,3% los 65; un 28,7 los 70; un 9,3% los 75; y un 4,8% los 80 años. Así que, una mayoría de la población considera que la edad es el marcador para considerar a una persona mayor o, que se encuentra en el más alto segmento de edad. Sin embargo, también existen otras condiciones de la persona para ser denominada «mayor», como es su apariencia física (por ejemplo, arrugas, falta de flexibilidad), su estado psicológico (por ejemplo, lentitud, introversión) o, incluso, sociales (por ejemplo, estar jubilado). Si nos atenemos a los datos científicos bio-psico-sociales, no existe ninguna característica definitoria de la entrada en la categoría «mayor» a no ser que adoptemos un criterio socio-laboral, como la edad de jubilación.

De todas formas, aunque tomásemos un año concreto como marcador para la asignación al grupo de mayores, existe una amplia diversidad de los distintos grupos de mayores aun en función de la edad. Así, teniendo en cuenta la franja de años que abarca a las personas mayores y que va desde los 60/65 años (momento considerado como corte para la asignación al grupo «mayor») y la edad media de longevidad (para hombres y mujeres) 78-83 años, transcurren más de dos décadas y si tenemos en cuenta la expectativa máxima de vida de la especie humana en 100-115 años podemos decir que dentro del grupo de personas mayores existen muchos subgrupos que comprenderían (al menos teóricamente) más de cincuenta años.

Los investigadores han tratado de agrupar distintos subgrupos de mayores; Neugarten (1975) establece dos categorías, la de los jóvenes-viejos que abarcaría desde, aproximadamente, los 55 años a los 75 y la de los viejos-viejos que se situaría a partir de los 75 años. Riley (1988) amplia estos rangos de edad con una tercera categoría, la de los «muy viejos» en la que estarían agrupadas las personas a partir de los 85 años. (Nótese que, históricamente, los autores requieren de mayor número de categorías de edad para abarcar el amplio fenómeno de la vejez). A pesar de que estas subclasificaciones están realizadas con base en la edad cronológica, todas ellas adolecen de tener un soporte cultural, puesto que las edades demarcadoras no expresan criterios científicos definitorios, salvo relación con la enfermedad o la dependencia.

Más allá de la edad cronológica, los gerontólogos han buscado una *edad funcional* a través de la cual poder trabajar debidamente el proceso de envejecimiento y evaluar a las personas mayores a través de *biomarcadores* de longevidad (Evans y Rosenberg, 1991). En este mismo sentido, se ha tratado de hallar marcadores de envejecimiento psicológico proponiéndose la capacidad de aprendizaje, los tiempos de reacción y la rapidez motora como indicadores de envejecimiento positivo. También se ha intentado establecer el riesgo de muerte a través del cambio brusco en el funcionamiento intelectual (el fenómeno «drop-out», ver Berg et al. 2007). No obstante, como señala McClearn (1996), por el momento, ningún marcador de envejecimiento ha logrado cumplir las exigencias establecidas por la simple razón, argumenta el autor, de que no se ha llegado a establecer qué son, realmente, la vejez y el envejecimiento («age» y «aging»).

Paralelamente a las clasificaciones en torno a la edad cronológica antes mencionadas, con base en la edad funcional, se ha veni-

do distinguiendo entre la *tercera* y la *cuarta edad* (Baltes y Smith, 2003). Tercera edad hace referencia a las personas mayores que mantienen una funcionalidad óptima, es decir, buena salud y autonomía funcional, mientras que la *cuarta edad* estaría referida a aquel grupo de personas mayores que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad. Sin embargo esta demarcación funcional es entendida como un solapamiento con la edad biológica, puesto que la probabilidad de mantener una buena salud y un buen funcionamiento físico es mayor entre los 65 y los 75 años, y la cuarta edad es más probable a partir de los 80. Este solapamiento o apareamiento entre edad y funcionalidad ha tratado de superarse separando conceptualmente la edad y la enfermedad y denominando al declive o déficit producidos por la edad *envejecimiento primario* y a las consecuencias o secuelas de la enfermedad *envejecimiento secundario* (Hayflick, 1994).

Pero, a pesar de todas estas clasificaciones, la variabilidad en las formas de envejecer es extraordinaria, por lo que cualquier clasificación dicotómica polarizaría excesivamente estas diversas formas de envejecer. Así, finalmente, la edad funcional está sirviendo para establecer una clasificación bio-psico-social muy al uso en nuestros días propuesta por Fries y Carpo (1981), Fries (1989) Rowe y Khan (1987), OMS (2002), Fernández-Ballesteros (1986). Esta clasificación distingue entre envejecimiento *patológico, normal* y *activo o positivo*. Lo más importante para nuestros fines —y, dado que existe un texto paralelo que versa sobre el envejecimiento patológico y la dependencia (Imserso, 2003)— es señalar que este capítulo focaliza la longevidad normal (usual) y activa y no abarca el envejecimiento que cursa con patología y dependencia.

En resumen, siguiendo los sabios consejos de Voltaire cuando recomendaba «definid los términos que empleáis», con este epígrafe se ha pretendido especificar el vocabulario que aquí se empleará así como resaltar que existen distintas formas de envejecimiento (primario y secundario), distintos subgrupos de personas mayores (con base en su edad cronológica o su edad funcional) lo cual expresa una amplia variabilidad interindividual por lo que resulta siempre difícil la posibilidad de generalización. En todo caso, a lo largo de este capítulo va a tratarse esencialmente del envejecimiento normal y activo y de los mayores con funcionalidad conservada.

A. LA BIOLOGÍA COMO BASE DEL DECLIVE INDIVIDUAL Y DEL DETERIORO PSICOSOCIAL

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es un proceso que ocurre a todo lo largo del ciclo de la vida (y no sólo en la última etapa de la edad adulta). Hayflick (1994) define el envejecimiento actuarial como «la suma de los cambios biológicos o pérdidas funcionales que incrementan la probabilidad de muerte» (p. 63). Está claro que desde el nacimiento nos acercamos —día a día, minuto a minuto— a nuestra propia muerte por lo que, como señalan algunos autores, el envejecimiento debería ser computado retrospectivamente existiendo cambios previos a la muerte que resaltaremos más adelante. Conviene precisar que la muerte, como el nacimiento y el envejecimiento, son fenómenos naturales y que la adaptación a la vida lleva consigo, también, la aceptación de la muerte a través de mecanismos de enfrentamiento adaptativos.

Lo más importante aquí es señalar que, necesariamente, el envejecimiento (como la vida) está ligado a la supervivencia y a la muerte, y, por tanto, a la enfermedad. En este sentido, como se ha señalado anteriormente, conviene precisar con Hayflick (1994) que debe distinguirse entre un *envejecimiento primario* (envejecimiento normal) y un *envejecimiento secundario* ligado a la enfermedad. Nos interesa destacar el primario, y es el envejecimiento secundario vinculado a la enfermedad el «enemigo público número uno» del envejecimiento primario por cuanto suelen confundirse ambos. En otras palabras, la edad lleva consigo una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y, por tanto, cualquier característica negativa a lo largo del proceso de envejecer puede ser entendida como una consecuencia de la edad cuando, en realidad, pudiera serlo de la enfermedad sobrevenida y ser producto del envejecimiento secundario (Pankow y Solotorov, 2007).

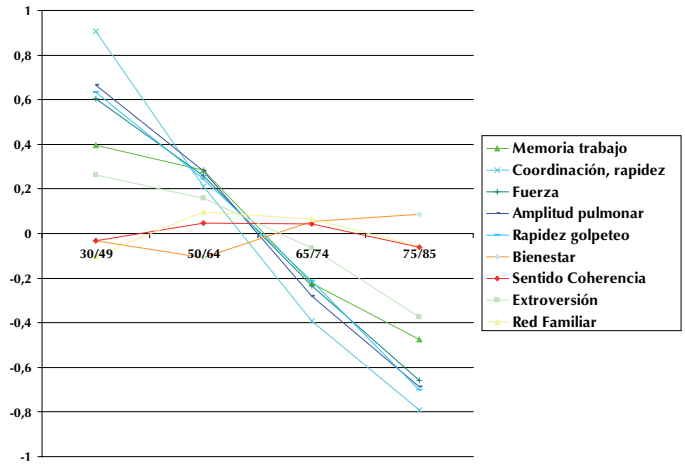
Desde una perspectiva biológica poblacional, Gompertz (1825), tras múltiples cálculos estadísticos, estableció hace casi dos siglos que la tasa de mortalidad se incrementa geométricamente a través del ciclo de la vida logrando demostrar, poblacionalmente, que la tasa de mortalidad se doblaba cada 8 años desde los 30 años. Se han establecido muy interesantes límites a las propuestas y aseveraciones de Gompertz, por ejemplo, Wickens (1998) demuestra que esos cálculos no se aplican a las personas mayores de 90 años tal vez por los procesos de selección que necesariamente ocurren en los muy mayores. No obstante, como es bien sabido, existen tablas actuariales, con intervalos probabilísti-

cos, que permiten precisar el porcentaje de supervivencia a través de un período de tiempo determinado ligado a indicadores demográficos. Como señalamos anteriormente, puede afirmarse que una de las *limitaciones* del envejecimiento está en una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad. Nuestros sistemas biológicos se tornan menos eficientes con la edad. De hecho, la enfermedad parece ser un elemento definitorio de la vejez para la población mayor española, como se pone de relieve en el Informe del Imserso de las personas mayores 2008, cerca del 40% de personas mayores de 65 años consideran que la entrada en la vejez es determinada por el deterioro de la salud. Por ello, cualquier política promotora de la salud y preventiva de la enfermedad a lo largo del ciclo de la vida sería una política positiva a favor del envejecimiento óptimo y activo y preventiva de la dependencia y, a la larga, positiva para las personas mayores de aquella generación diana de esas políticas.

Hay que resaltar que, una vez alcanzado el máximo desarrollo biológico (hacia los veinte años de edad cronológica) al mismo tiempo que nuestros sistemas biológicos se tornan menos eficientes, se produce un declive de nuestras características físicas —desde luego, a una tasa distinta dependiendo de cada función, de su ejercicio y del momento distinto del proceso de la edad— pero no son, necesariamente, debidas a la enfermedad. Así, por ejemplo, menor elasticidad cutánea, menor fuerza muscular, tiempos de reacción más prolongados, menor agudeza visual y auditiva son características propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad, por lo que forman parte del proceso de envejecimiento primario.

Pero hemos señalado que el envejecimiento es un fenómeno multidimensional *bio-psico-social* y, por tanto, cabe preguntarse si el envejecimiento biológico, al que nos hemos venido refiriendo como un lento proceso de declive en una serie de características físicas, ocurre paralelamente e isomórficamente a un declive en el funcionamiento psicosocial del individuo. En parte, el envejecimiento biofísico es la base del envejecimiento psico-social y, por tanto, éste transcurre paralelamente a aquél. Por ejemplo, el funcionamiento cognitivo fluido que evaluamos mediante pruebas de coordinación viso-motriz o memoria de trabajo, cursa en estrecho paralelismo al funcionamiento neurobiológico. Sin embargo, el funcionamiento de la personalidad, de la afectividad o de las relaciones interpersonales no presenta ese mismo perfil e, incluso, puede presentar tendencias de cambio positivo asociadas a la edad.

Gráfico 39. Estabilidad y declive en características físicas, psicológicas y sociales en función de la edad en puntuaciones z (Fernández-Ballesteros et al., 2004).



Un ejemplo de entre cientos son los resultados que presentamos de distintas variables físicas (Gráfico 39) (fuerza, rapidez y capacidad pulmonar), cognitivas (memoria de trabajo y coordinación psicomotriz), afectivas (bienestar), de la personalidad (extroversión y coherencia) y sociales (relaciones familiares), del estudio transversal Excelsa realizado en siete países europeos con muestras seleccionadas por edad, sexo, educación y contexto rural-urbano y en la que participaron 672 personas (96 por país) de entre 30 y 85 años. Como podemos apreciar, mientras las medidas (presentadas en puntuaciones «z» y, por tanto, comparables entre sí) sobre inteligencia fluida (como memoria de trabajo evaluada con dígitos y coordinación psicomotriz, evaluada mediante dígito símbolo) presentan un patrón de declive en la misma línea que las medidas físicas de fuerza, rapidez y capacidad pulmonar (evaluada mediante un pickflow), las variables de personalidad, afectivas y familiares presentan un patrón de estabilidad notable.

Esto mismo ocurre con otras características más ampliamente sociales, en tanto en cuanto éstas estén regidas por normas que dependan de los valores y estructuras sociales que puedan ser modificadas bajo el imperio de la razón, el conocimiento y la voluntad política. Sin embargo, la influencia del envejecimiento biológico en la concepción social sobre la vejez es tan fuerte que, como veremos más tarde, determina las imágenes sobre el envejecimiento y los mayores e, incluso, en estructuras sociales como la jubilación.

En resumen, los patrones de declive biológico suponen un hándicap para todas aquellas manifestaciones humanas que se apoyan en ese

soporte, pero ello no necesariamente ocurre así en otras características psicosociales que presentan una alta estabilidad a lo largo del ciclo de la vida (una vez llegada a la madurez donde se ha consolidado, probablemente, el máximo desarrollo) o que puedan optimizarse en forma continua (como ocurre con la experiencia) o compensarse en caso de declive.

B. INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL: CAMBIO Y ESTABILIDAD A LO LARGO DE LA VIDA

Durante los últimos años se han producido importantes avances en la comprensión de las bases del envejecimiento, así como de su expresión en el comportamiento de los individuos. Como señala Kirkwood (2005), conocemos en qué medida los factores genéticos influyen en la longevidad, qué mecanismos celulares subyacen en el proceso de envejecimiento y qué factores ambientales, sociales y comportamentales modulan (incluso, determinan) las distintas trayectorias del individuo humano, desde el nacimiento hasta edades avanzadas de la vida. Pero, además, como señala este autor, si bien un 25% de la longevidad está explicado por factores genéticos, ello mantiene un amplio margen a la actuación individual y social sobre las formas de envejecer estimada en un 75%. Notamos también que, a lo largo del proceso de envejecimiento, la interacción entre el organismo (en su sentido biológico) y el ambiente, éste va cobrando una mayor importancia. Y, finalmente, sabemos que el individuo no es un ente pasivo gobernado por una biología limitadora y un contexto socio-cultural tiránico sino que es un agente de su propio proceso evolutivo y de envejecimiento.

Avances metodológicos en diseños de investigación, de proyecciones en el tiempo, y de utilización multimetódica nos han llevado también a evidenciar que existen cambios relevantes en la mayoría de los patrones físicos (estatura, velocidad, marcha, carrera) y psicológicos (cociente intelectual, razonamiento, coordinación psicomotriz) de los individuos a lo largo de la historia con datos fehacientes, al menos, desde el pasado siglo. Percibimos igualmente que las generaciones más jóvenes obtienen mejores resultados que las generaciones mayores y que, por tanto, el desarrollo humano y social está influyendo necesariamente en cambios generacionales que a su vez repercuten en cambios interindividuales (Schaie, 2005 a, b).

En definitiva, conocemos que las condiciones socio-ambientales y personales modulan los procesos biológicos y el desarrollo humano y social ha llevado a un rejuvenecimiento de las cohortes más jóvenes, por lo que los procesos sociales de asignación de funciones o los prejuicios que desencadena la discriminación en función de la edad deberían ser actualizados a la luz de la constante investigación científica.

Todo ello justifica el aserto de que la ciencia del envejecimiento, de la vejez y de las personas mayores, debe ser abordada desde una perspectiva bio-psico-sociocultural e histórica y que cualquier enfoque monodisciplinar o transversal reduce la comprensión y el análisis del fenómeno objeto de estudio: el envejecimiento y el conjunto de personas mayores. Por tanto, tenemos que tener en cuenta que si consideramos a las personas mayores como el grupo de edad mayor de 65 años que vive a finales de la primera década del siglo XXI en España, tenemos que dibujar o delimitar su historia social: precisamente, todos ellos han vivido una guerra civil y un largo período de aislamiento y carencia, muchos de ellos han sufrido épocas de hambre y carestía y han sido educados en un contexto socio-cultural en el que —en dependencia del estatus socio-económico de la familia— se han visto limitadas las condiciones de alimentación, de educación, de expresión social y política al mismo tiempo que se han generado valores de esfuerzo, tenacidad y eficacia colectiva (ver, por ejemplo, Díez Nicolás, 1999; Montero, Zamarrón y Fernández-Ballesteros, en prensa). Así, lo que aquí se dice es aplicable a las personas mayores que viven actualmente en España (y que proceden de un contexto sociohistórico específico) y cualquier generalización resultaría arriesgada.

Como señalan Baltes, Freund y Li (2005), la visión del envejecimiento y la vejez ha ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento de declive y deterioro a la consideración del envejecimiento como una dinámica entre pérdidas y ganancias. En este sentido, es importante resaltar que la conocida arquitectura incompleta de la ontogénesis humana se incrementa con la edad dando paso al incremento en el peso de la cultura en la evolución del individuo, entendiendo por cultura «los recursos psicológicos, sociales, materiales y simbólicos (basados en conocimientos) que los seres humanos han desarrollado a través de los siglos y que son transmitidos de generación en generación y que hacen posible su desarrollo» (p. 50). Pero, además, a lo largo del proceso de desarrollo humano existe una localización de esos recursos en funciones distintas: mientras a lo largo de la vida adulta esos recursos se invierten en el mantenimiento y la optimización, durante la vejez se trata de regular y compensar las potenciales limitaciones y

cambios negativos tanto en las condiciones físicas y cognitivas como sociales.

La evaluación subjetiva actual, comparada con las expectativas del pasado sobre la vejez y otras personas mayores en la actualidad, entre la percepción de las limitaciones y las posibilidades que se perciben, produce que más de un 75% de las personas mayores se sientan «bastante o muy felices»: en una escala de 10 puntos, obtienen un 7,3 en satisfacción y aunque se habla de su nivel de satisfacción actual en comparación con la vida en general, obtengan una puntuación próxima a 7 (ver, Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros et al., 2009). Ello expresa que el individuo utiliza mecanismos de auto-regulación emocional, lo que lleva a un balance positivo en la vejez, lo cual se encuentra no sólo en España sino en prácticamente todos los países donde se examinan estos factores.

Resumiendo, gran parte de los autores aceptan que el envejecimiento (a lo largo del ciclo de la vida) es un proceso adaptativo a través del cual el individuo gestiona sus recursos personales y psicosociales y que, por tanto, depende de la interacción entre sus condiciones biológicas-psico-socio-culturales. Desde una perspectiva funcionalista, cualquier mecanismo socio-cultural que promueva la maximización de las posibilidades del individuo podrá ser considerado en el marco de una política laudable. En definitiva, la potenciación de esos recursos físicos, cognitivos, afectivos y sociales a lo largo del proceso de envejecimiento (es decir, a lo largo de la vida) será adaptativo para el individuo y para la especie.

Es ya clásico el estudio realizado por Heckhausen y colaboradores (2005, Heckhausen y Schultz, 1995) en el que se pedía a personas de distintas edades que indicaran qué características mostraban declive o crecimiento desde los 20 (edad teórica de máximo desarrollo) a los 90 años. En ese estudio se puso de relieve que, a lo largo de la vida, el cambio positivo, la ganancia o mejora, ocurre a todo lo largo de la vida pero que, asociado a la edad, puede esperarse un incremento en «pérdidas» junto a una reducción de las «ganancias». Así, por ejemplo, como hemos visto en el Gráfico 39, el funcionamiento intelectual fluido (aun en ausencia de enfermedad demencial) declina con la edad; sin embargo, al mismo tiempo, existe estabilidad en la mayor parte del funcionamiento de la personalidad, de la coherencia interna o de las relaciones sociales.

Heckhausen y colaboradores se interrogan sobre cuáles son los mecanismos para el cambio positivo y el desarrollo a lo largo de la vida (también en la vejez) así como dónde situar sus límites. La respuesta

procede de una línea de investigación extraordinariamente potente: la plasticidad. Como señalan los evolucionistas del desarrollo, y se ha puesto de relieve anteriormente, la extraordinaria plasticidad comportamental (no sólo cognitiva) emerge de lo incompleto del ser humano (como ocurre en otros mamíferos). Estudios comparativos ponen de relieve que una dilatada maduración produce la posibilidad de redefinir —a lo largo del ciclo de la vida— competencias físicas, cognitivas, socio-afectivas que permiten la supervivencia (Geary y Bjorklund, 2000). La plasticidad comportamental no se ve agotada por la plasticidad cognitiva sino que abarca otras dimensiones afectivas, motivacionales y de la personalidad. En realidad, la mayor parte de tratados sobre gerontología se han dedicado con más interés a la plasticidad cognitiva en la vejez que a otros aspectos del funcionamiento psicosocial del individuo. Es en las últimas décadas cuando se ha comenzado con mayor interés a precisar los cambios que se producen también en el área emocional-motivacional (ver, por ejemplo, Carstensen, Mikeles y Mather, 2006), o en otras habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés o, incluso, algunos aspectos de personalidad —en el interjuego entre las condiciones cognitivas y emocionales— que parece se incrementan a lo largo de la vida y, concretamente en la vejez. Así, el programa de investigación de mayores repercusiones sobre lo que es el cambio positivo a lo largo del envejecimiento versa sobre plasticidad cognitiva y sobre otras formas de plasticidad del funcionamiento socio-afectivo.

Por *plasticidad cognitiva* (también denominada *potencial de aprendizaje* y *modificabilidad cognitiva*) se entiende la capacidad del individuo de beneficiarse de una situación de aprendizaje o, en otras palabras, de modificar su funcionamiento cognitivo tras un entrenamiento. La plasticidad cognitiva comprende como una de las expresiones de dos constructos neuropsicológicos: la *plasticidad neuronal* y la *reserva cerebral*. La neuroplasticidad es el principio básico de la capacidad de reserva cerebral y de la plasticidad cognitiva. La plasticidad cerebral o neuroplasticidad es considerada como una propiedad general del sistema nervioso central (SNC), y es definida como la capacidad a lo largo de la vida de cambio neurobiológico en respuesta a la experiencia o a la estimulación sensorial. La estimulación social y física, la escolarización, la carrera profesional, el entrenamiento a lo largo de la vida, y demás condiciones ambientales, son determinantes de esta capacidad de reserva (tanto de la reserva cognitiva como neural); como veremos en el epígrafe siguiente, la plasticidad a lo largo de la vida depende de factores meso y macro-contextuales. Además, la reserva cerebral

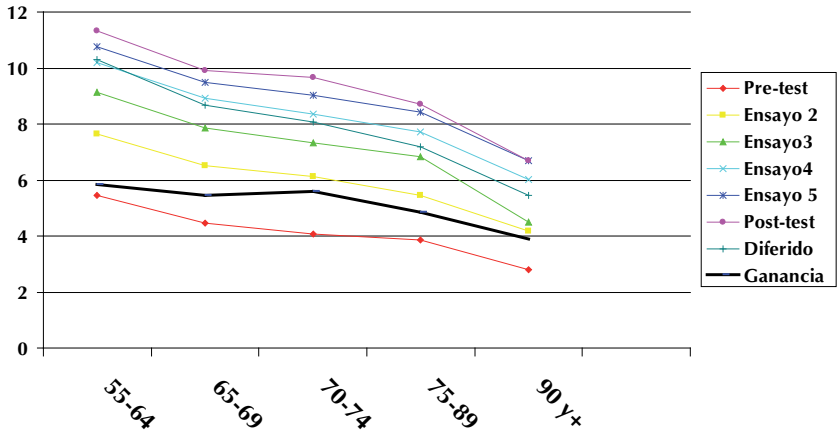
y cognitiva son, ambas, productos de las transacciones del individuo con las condiciones socio-ambientales y al mismo tiempo *fuentes* de los efectos positivos del funcionamiento cognitivo producidos mediante programas de intervención durante la vejez. En otras palabras, una amplia escolaridad y estimulación cultural intensa y prolongada determinarán en el individuo una amplia reserva cerebral y, también, a largo plazo, su capacidad de beneficiarse de programas de optimización o compensación cognitiva en edades avanzadas de la vida.

Desde un punto de vista metodológico, la investigación sobre la plasticidad y reserva cognitiva está basada en diseños experimentales que adoptan el formato test-entrenamiento-postest.

Como ejemplo de esta metodología, presentamos en el Gráfico 40 las curvas de aprendizaje procedentes de diversos proyectos de investigación (Estudio Elea, Imserso, I+D+I, 2006) sobre plasticidad cognitiva, en los que han participado personas saludables con distintos rangos de edad: 55-64, 65-74, 75-89 y con más de 90 años. En todos ellos se ha utilizado una prueba de potencial de aprendizaje de recuerdo de palabras procedente de la prueba *Batería de Evaluación de Potencial de Aprendizaje en Demencias* (*Bepad*, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga, Moya e Íñiguez 2003).

Como podemos apreciar, existe aprendizaje a todo lo largo de la vejez o, en otros términos, existe una amplia capacidad de modificación cognitiva, a través del entrenamiento.

Gráfico 40. Curvas de aprendizaje (plasticidad cognitiva a través de una tarea de aprendizaje de palabras) a distintas edades (Fernández-Ballesteros et al., en prensa).



Las personas mayores son capaces de aprender, durante los 4 ensayos de entrenamiento, en puntuación promedio, de entre aproximadamente 6 (el grupo de entre 55 y 64 años) a 4 palabras (en el grupo de 90 y más años). Un hallazgo notable es que la puntuación de ganancia (postest-pretest) no declina en los tres primeros grupos de edad (desde 55 años a 74). A partir de los 75 años esta puntuación disminuye significativamente, lo cual habla de limitaciones debidas a la edad aun en personas sanas.

También, hay que resaltar que existen diferencias individuales significativas en todos los pretest de plasticidad (oscilan entre un promedio de 5,46 en el grupo más joven a un 2,79 el grupo de mayores de 90) lo que confirma que a más edad existe una menor capacidad de aprendizaje verbal o, en otros términos, las personas de menor edad (55-64 años) parten de un recuerdo mayor que las personas mayores de 75. Sin embargo, a pesar de que los resultados procedentes del estudio Base (realizado con mayores de 70 años; Lindenberger et al., 1997; Lindenberger et al., 1999; Yang, Krampe y Baltes, 2006) establecen importantes declives en plasticidad en los muy mayores. Según nuestros datos, incluso los mayores de 90 años son capaces de aprender en un alto porcentaje tras el entrenamiento. Finalmente, hay que resaltar que existen amplias diferencias en plasticidad cognitiva entre las personas mayores sanas desde los 55 a los 100 y aquellas con la Enfermedad de Alzheimer o las diagnosticadas con Deterioro Cognitivo Leve (MCI). Esas diferencias también existen entre las mayores de 90 años sanas y las personas con patologías demenciales, esencialmente por lo que se refiere a la puntuación diferida que expresa un fenómeno de interferencia.

En conclusión, podemos afirmar que las *posibilidades* de aprendizaje se dan a todo lo largo de la vida aunque declinan como una *limitación* asociada a la edad. No obstante, conviene insistir en que un porcentaje alto de las personas muy mayores sigue pudiendo aprender. Ello es importante por cuanto estrategias de compensación del declive deben seguir administrándose a todo lo largo de la vida y, especialmente, en los muy mayores.

Sin embargo, parece también una conclusión con un amplio consenso, la capacidad de aprender no lleva consigo una nueva capacidad de emergencia tardía como, por ejemplo, se supone que ocurre con la *sabiduría*. Decimos esto porque en ocasiones se considera que las personas mayores son necesariamente sabias, lo cual no esta contrastado con datos empíricos. En efecto, se suele razonar que si uno de los componentes de la sabiduría es la experiencia (lo cual es cierto) y la

experiencia está asociada a la edad, la persona con más experiencia/ edad será, necesariamente, más sabia. Esa afirmación es incierta dado que, además de la experiencia, se requiere un recurso intermedio: el aprender de ella y estar motivado para transmitir ese conocimiento.

La sabiduría ha comenzado a ser un constructo científico en las últimas dos décadas del siglo XX, lo cual quiere decir que tenemos un conocimiento incompleto pero, lo que sí sabemos es que la edad no explica la sabiduría (ya lo decía Epicuro cuando se atrevió a señalar «podrá ser sabio tanto el joven como el viejo…») como así han puesto de relieve Baltes y asociados (Baltes y Schaie, 1976; Baltes y Kuzmann, 2003; Staudinger, 1999; para una revisión ver Kunzman, 2007).

La capacidad de aprender de la experiencia y/o bajo instrucción es una condición que dura mientras dura la vida. Ello es importante por cuanto la plasticidad del ser humano es la base de la modificabilidad y, por tanto, de cualquier forma de intervención e, incluso, está presente, aunque limitadamente, en presencia de la enfermedad demencial ,lo cual debe colaborar a erradicar posiciones nihilistas respecto a las personas mayores que presentan deterioro cognitivo (M. Baltes, et al., 1992, 1995, 1996; Fernández-Ballesteros et al., 2003; Lindenberger y Reischies, 1999).

Pero ¿existe plasticidad comportamental más allá de la plasticidad cognitiva? Sabemos que la vida es un largo proceso de aprendizaje en el que, además de repertorios cognitivos-lingüísticos (nuestra capacidad de abstracción y síntesis, la capacidad de cálculo) y físicos y senso-motrices (nuestras destrezas motoras, desde montar en bicicleta a hacer encaje de bolillos o tocar el piano), se aprenden repertorios emocionales-motivacionales (nuestros afectos, valoraciones, nuestras preferencias, etc.). Esos procesos de aprendizaje no se interrumpen cuando se llega a un punto de óptimo desarrollo, sino que continúan en la medida en que exista motivación para ello e incentivos en el ambiente. Así, el afecto y la motivación son aspectos esenciales del funcionamiento humano a lo largo de la vida. Es más, hoy día se considera que la enseñanza-aprendizaje es *un proceso de larga duración* y estudios universitarios formales se han re-denominado como *«long-life learning»* y el Plan Madrid (II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (2002) en su Dirección Prioritaria I así lo sanciona y promociona.

Cabe preguntarse ¿existiría también «ganancia» o cambio positivo o aprendizaje en las áreas emocionales y motivacionales del funcionamiento humano? O, en otros términos, a lo largo de la vida, amén de la plasticidad cognitiva y física, ¿existe prueba de una plasticidad emo-

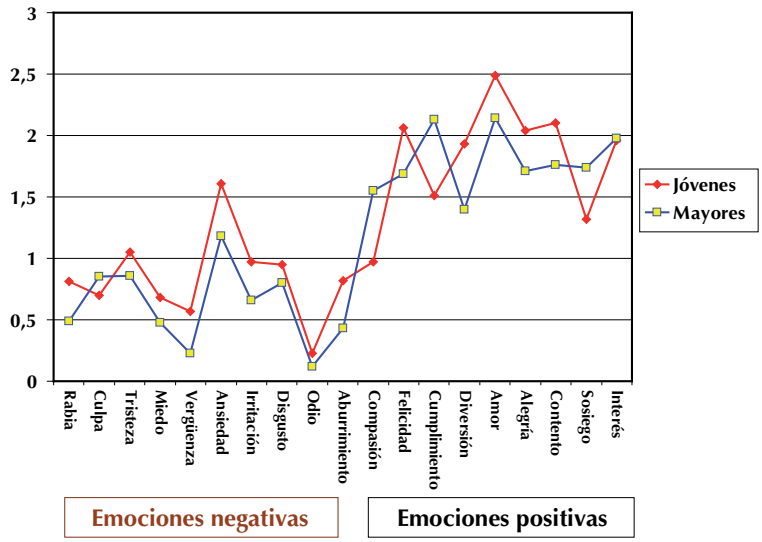
cional-motivacional? La respuesta es sin duda afirmativa porque ¿cómo explicar si no los resultados procedentes del estudio «90+» (Estudio Enreve. Imserso, I+D+I, 2006) de alta apreciación subjetiva relativa a su ajuste físico y a su satisfacción, a pesar de que declinan todas las condiciones objetivas (fuerza, capacidad pulmonar o rapidez)? Parecen existir mecanismos adaptativos que van depurándose, integrándose a lo largo de la vida, especialmente en la vejez, por lo que se refiere al funcionamiento emocional y las habilidades para afrontar situaciones conflictivas de la vida y las situaciones de estrés. Pero, aún hay más, sabemos que los repertorios básicos comportamentales no actúan con independencia los unos de los otros sino que interactúan fuertemente, por lo cual el afecto está fuertemente ligado al funcionamiento cognitivo.

A pesar del interés por el desarrollo de la afectividad y la emoción en el ámbito de la psicología (por ejemplo, Izard, 1991; Ackerman, Abe, Izard, 1998), a lo largo de la historia de la gerontología ha existido una atención predominante por las emociones negativas; es decir, por los sentimientos de tristeza, soledad y por la depresión como cuadro clínico. Como señalan múltiples autores (para una revisión ver Yanguas, 2008), debemos esperar a las últimas décadas para encontrar amplia literatura sobre el funcionamiento emocional y motivacional a lo largo de la vida y, particularmente durante la vejez y qué relaciones existen entre el funcionamiento afectivo y cognitivo (por ejemplo, Labouvie-Vief, 1996), cómo se desarrolla, qué cambios se producen en la emoción y la personalidad (por ej.: Magai, 1996, 2001), cuáles son sus relaciones con el control primario y secundario (por ejemplo, Schulz y Heckhausen, 1998) o, como señalan Carstensen et al. (2005), qué ocurre en la intersección entre la cognición, el afecto, la motivación y el comportamiento manifiesto y la salud.

Aunque metaanálisis realizados por Pinquart (2001) sobre el particular arrojan resultados inconsistentes entre sí, la mayor parte de los autores son coincidentes en que en el envejecimiento usual no se producen cambios en cuanto a la frecuencia del afecto positivo y, más aún, aparece una disminución durante la vida adulta del afecto negativo y que se incrementa la autorregulación emocional. Así, por ejemplo, por lo que se refiere al funcionamiento emocional, tras extensas revisiones sobre el tema, Carstensen et al. (2000) concluyen que las personas mayores informan sobre emociones positivas con la misma frecuencia que los jóvenes mientras que expresan en menor frecuencia e intensidad que los jóvenes, emociones negativas. Esos mismos resultados se refrendan en la investigación realizada en 2009: el grupo de personas mayores expresa con mayor frecuencia sentimientos negativos que el grupo de

jóvenes, mientras que no difiere en la mayor parte de afectos positivos (Gráfico 41) (Fernández-Ballesteros, Fernández, Cobo, Caprara y Botella, 2009). Además, los grupos de mayores son más estables que los de jóvenes, esencialmente, en las emociones positivas, mientras que son menos estables en las emociones negativas y las personas mayores presentan una mayor complejidad y mayor diferenciación emocional que los jóvenes. En resumen, el funcionamiento emocional mejora a lo largo de la vida, al menos en el envejecimiento usual y óptimo.

Gráfico 41. Frecuencia de emociones positivas y negativas en jóvenes y mayores (Fernández-Ballesteros et al., 2009).



Los resultados que implican una mayor regulación emocional asociada a la edad han sido examinados a la luz de la investigación sobre los efectos de la preferencia de condiciones positivas en el funcionamiento del individuo mayor. Así, Carstensen et al. (2005) definen el *efecto de positividad* como un patrón evolutivo por el cual la preferencia por un material negativo en la información procesada por los jóvenes va cambiando a lo largo de la vida adulta por una preferencia (¿excesiva y/o infundada?) por lo positivo en la vejez, evaluando este efecto mediante el balance entre el material positivo y negativo. Este efecto de positividad se ha contrastado en el recuerdo y reconocimiento de imágenes, en tareas de memoria de trabajo (utilizando materiales positivos y negativos), en la discriminación de material visual positivo y negativo o en el rendimiento en tareas de memoria que enfatizan aspectos positivos o negativos.

Hay varias teorías que tratan de explicar estas relaciones entre el afecto y la cognición. De un lado, pudiera entenderse que la edad repercute en la utilización de mayor proporción de recursos cognitivos en todo tipo de información emocional relevante. Por otra parte, la autorregulación emocional afectiva llevaría consigo la selección de elementos positivos con el fin de mejorar el estado emocional. En todo caso, parece mucho más probable que estos cambios asociados a la edad estén regidos por mecanismos adaptativos de autorregulación emocional que llevan, en la vida cotidiana, a procesos de autovaloración positiva de sí mismo y de otros, y en la comparación positiva establecida consigo mismo a través de la edad y con los otros envejecientes. Por supuesto, esta positividad no es aplicable a aquellas personas que experimentan sufrimiento y dependencia ligada a la enfermedad y la discapacidad.

La cuestión es mucho más compleja de lo que aquí se presenta y requiere mucha más investigación empírica y formulación teórica. Lo que aquí se ha pretendido es presentar algunos aspectos del envejecimiento humano positivos como *recursos y posibilidades* que aún requieren de una mayor profundización.

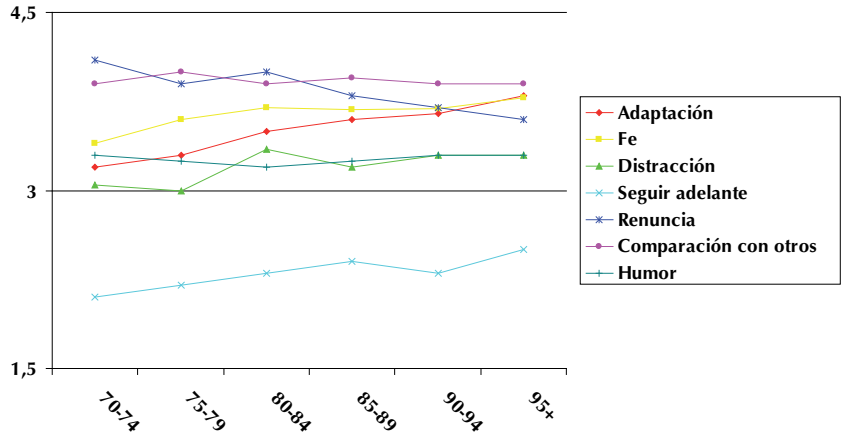
Las *estrategias para manejar las dificultades* constituyen un conjunto de repertorios comportamentales (motores, emocionales-motivacionales y/o cognitivo-lingüísticos) que se ponen en juego y que son entendidos como mecanismos adaptativos de autorregulación cuyo objetivo es superar situaciones biológicas, ambientales y sociales complejas y amenazantes que pudieran exceder los recursos del individuo. Como afirma Moos (1986), el afrontamiento de los problemas (*«coping»*) puede situarse en la interrelación entre las circunstancias ambientales y los recursos personales, y su impacto en el modo en que los individuos afrontan las transiciones y las crisis de la vida. Las habilidades para afrontar situaciones negativas de estrés es una nueva línea de investigación que es examinada como el resultado del aprendizaje a lo largo de la vida.

Distintos autores han puesto de relieve que existen mecanismos para afrontar el estrés que cambian a lo largo de la vejez, siendo el estudio más completo el realizado por Baltes y colaboradores en Berlín (BASE) sobre envejecimiento realizado con personas mayores entre 70 y 102 años. Con base en este estudio, Staudinger et al. (1999) describen 13 formas de afrontamiento: «comparación con el pasado», «deseo de información», «compararse con otros», «seguir adelante», «adaptarse a la situación», «tener altibajos», «fe», «humor», «distracción», «apoyo social», «otro se hará cargo», «la vida como pérdida» y «renuncia»). Los resultados, presentados en el Gráfico 42, muestran que 6 formas de

afrontamiento (como, por ejemplo, «humor», «deseo de información», «seguir adelante») son positivas en relación con la resiliencia evaluada por la puntuación de satisfacción con el propio envejecimiento, mientras que 7 formas de afrontamiento (como, por ejemplo, «la vida como pérdida» u «otra persona que se haga cargo») son negativas; también existen formas positivas que permanecen estables (como por ejemplo «compararse con otros», «el humor», «comparación con el pasado», «apoyo social» e, incluso, existen estilos de afrontamiento positivos que se incrementan desde los 70 a los 100 años, como, por ejemplo, «la fe», «la adaptación a lo dado», «la distracción» o el «seguir adelante» aumentan y otros negativos, como por ejemplo, la «renuncia» disminuyen. En definitiva, estos resultados parecen apoyar la existencia de *posibilidades de adaptación* y de un cambio positivo o de un mejor ajuste ante la adversidad durante la vejez.

En este mismo sentido, por lo que respecta a las estrategias utilizadas en la *autorregulación de las emociones* y las habilidades de afrontamiento, Lavouvie-Vief (2005) distingue entre la experiencia afectiva y la complejidad afectivo-cognitiva: la primera tendría que ver con la experiencia emocional y la segunda con la comprensión de esa experiencia. Ambos aspectos serían separables y esta distinción permitiría discriminar lo que ocurre a lo largo del proceso de envejecimiento. Así, esta autora y sus colaboradores postulan dos formas de autorregulación emocional; optimización y diferenciación del afecto. Los altos optimizadores minimizan los sentimientos negativos y no se implicarían en su exploración, ignorando los hechos displacenteros. Los grandes diferenciadores tenderían a analizar sus emociones siendo altos en tolerancia a la ambigüedad y bajos en represión afectiva.

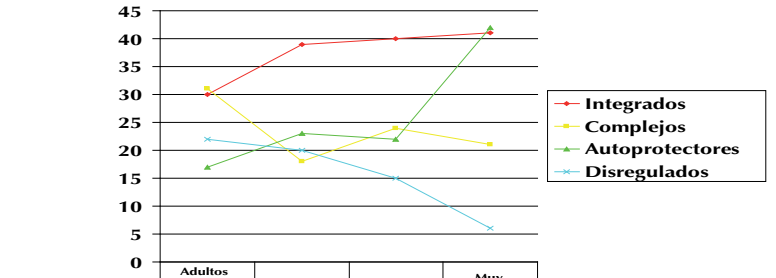
Gráfico 42. Habilidades de afrontamiento del estrés (Staudinger et al., 1999)



En el interjuego de ambos mecanismos estos autores proponen cuatro tipos de estilo emocional: 1) aquellos altos optimizadores y diferenciadores a los que denomina *integrados,* dado que presentan el más positivo desarrollo emocional y puntúan alto en afecto positivo y bajo en afecto negativo, puntuando también alto en bienestar, empatía, y en el autoinforme de salud; 2) aquellos bajos en ambas variables a los que considera *disregulados* que puntuarían alto en afecto negativo; 3) los *autoprotectores* serían bajos en diferenciación y altos en optimización y también presentarían bajo afecto negativo, pero serían altos en afecto positivo y no estarían tan interesados en crecimiento personal sino en el control del ambiente y, finalmente, 4) los *complejos* serían altos en diferenciación y bajos en optimización y presentan patrones cruzados coherentes.

Como podemos apreciar en el Gráfico 43, comparando los distintos tipos de estilos entre cuatro grupos de edad, se pone de relieve que con el incremento de los años disminuye el estilo de afrontamiento emocional desregulado mientras que aumenta el estilo integrado y auto-protector. Existirían dos trayectorias, una altamente positiva (integrada) y una relativamente negativa (autoprotectora) que procede de aquellas personas que tienden al optimismo irracional y cuyos mecanismos adaptativos no le permiten examinar situaciones estresantes o acontecimientos (internos y externos) desagradables. En definitiva, existe una amplia gama de perfiles diferenciales que expresan la diversidad de mecanismos adaptativos frente a la adversidad e, incluso, Forstmeier y Maercker (2008) han desarrollado el concepto de «reserva de motivación» que implica un conjunto de habilidades de ánimo que actúan frente a daños neuropatológicos preservando el funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico.

Gráfico 43. Distribución de estilos de regulación emocional en función de la edad (Labouvie-Vief, 2005).



	Adultos jóvenes (N=155)	Adultos	Mayores	Muy mayores
Integrados	30	39	40	41
Complejos	31	18	24	21
Auto-protectores	17	23	22	42
Disregulados	22	20	15	6

¿Cómo explicar esos recursos positivos que aparecen en la vejez? Como ya se ha dicho, diversas teorías asumen como puntos clave en el envejecimiento que el sistema emocional contiene un conjunto de recursos que facilitan *respuestas para una mejor adaptación* (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y el ajuste del individuo al medio (por ejemplo: Fredrickson, 2001; Magai et al., 2006), que determinan una serie de juicios *valorativos* positivos y mecanismos de *afrontamiento*, en parte, adaptativos (Laboubie-Vief et al., 1987; 2005).

En resumen, las *limitaciones* del ser humano proceden de su estructura biológica que, como sabemos, pierde eficacia a lo largo del proceso del ciclo vital pero, al mismo tiempo, dado lo incompleto de estas mismas estructuras y de su plasticidad, las condiciones socioculturales y ambientales son, precisamente, herramientas potentes para el cambio positivo, la optimización y el desarrollo del individuo (a no ser que las condiciones ambientales perviertan esa posibilidad y se tornen en nuevas limitaciones para su máximo desarrollo); más adelante veremos cómo los estereotipos y prejuicios sociales sobre el envejecimiento pueden ser condiciones limitativas para una óptima evolución humana. En definitiva, todo ello repercute en que exista declive y crecimiento a todo lo largo del proceso, siendo la plasticidad el mecanismo biocomportamental clave y la variabilidad en el funcionamiento psicológico en la vejez la expresión de ello.

C. EL INDIVIDUO COMO AGENTE DE SU PROPIO ENVEJECIMIENTO

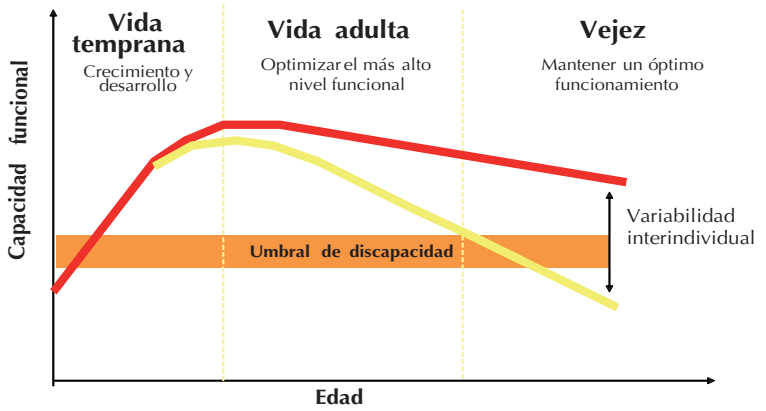
Se ha dicho anteriormente (y es un postulado de esta obra) que el envejecimiento es un proceso que dura mientras dura la vida. También, que existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer; es decir, que los seres humanos envejecen de distintas maneras en función de sus interacciones con el contexto sociocultural en el que viven. Pero, llegado este punto, tenemos que resaltar que esas formas de envejecer no ocurren al azar, ni siquiera son exclusiva responsabilidad ni del organismo en su sentido biológico ni del ambiente y sus estímulos físicos y sociales, sino de las transacciones que ocurren entre todos esos factores, dado que el individuo es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento.

A lo largo del curso de la vida, como señalan las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1986; Staats, 1975) ocurren millones de transac-

ciones entre el contexto, el individuo en su sentido biológico y psicológico y su propio comportamiento. Con otras palabras, a lo largo de la vida los seres humanos desarrollan repertorios adaptativos (cognitivo-lingüísticos, emocional-motivacionales, sensorio-motores), que influyen y determinan la selección y creación de entornos y situaciones. El funcionamiento intelectual, emocional y social, la salud y aun su longevidad, a lo largo de la vejez, va a depender, en buena medida, de lo que el individuo haga y de cómo se comporte.

Como señalan Kalache y Kickbush (1997), y ha sido recogido por la Organización Mundial de la Salud (2002) en su documento de envejecimiento activo (Gráfico 44), las formas de envejecer y la extraordinaria variabilidad interindividual dependen del largo proceso de envejecimiento: de la optimización de los recursos del individuo durante la infancia y adolescencia; de maximizar esos recursos a lo largo de la vida adulta y, finalmente, de mantener un óptimo funcionamiento en la vejez y, añadiríamos, compensando potenciales declives. Si llegamos al máximo de nuestros recursos a lo largo de la vida, el declive probable durante la vejez no traspasaría el umbral de la discapacidad.

Gráfico 44. Enfoque del ciclo de la vida sobre envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002; Kalache y Kickbusch, 1997).



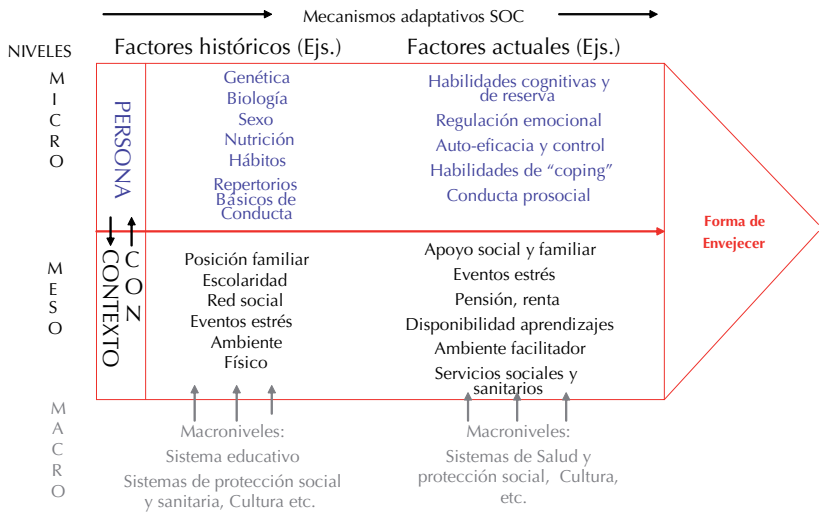
Desde esta perspectiva, Baltes y Baltes (1990) conceptualizan el envejecimiento positivo mediante un metamodelo que considera tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento adaptativo: Selección, Optimización y Compensación (SOC). Estos tres mecanismos se entienden como condiciones universales de regulación del desarrollo que pueden variar en su expresión dependiendo de las circunstancias socio-históricas y personales del individuo, el ámbito implicado y la unidad examinada. La *Selección* es aquel mecanismo universal pre-

sente a lo largo de todo el ciclo vital, exigido por la gran cantidad de estímulos del contexto y la limitación de los recursos de la persona el cual podría considerarse como un requisito para la especialización del individuo y sus manifestaciones. Por eso, cuando los recursos individuales disminuyen la selección tiene una importancia especial como mecanismo adaptativo. La mayor parte del esfuerzo realizado durante el crecimiento y el desarrollo individual, así como a lo largo de la vida adulta, se refiere a la *Optimización* de los recursos de conocimiento, de las habilidades y competencias y de todas las demás características positivas humanas. La optimización de nuestras potencialidades en la vejez es uno de los motivos para invertir tiempo y energía en programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida, y es por tanto un requisito para envejecer con éxito, activamente. Por último, la *Compensación* es un mecanismo para contrarrestar pérdidas y deterioros y, a pesar de ellos, mantener un buen funcionamiento. Tanto la compensación como la optimización requieren del esfuerzo individual y conllevan un cuidadoso proceso selectivo antes de decidir qué debe optimizarse y qué debe compensarse. Este complejo proceso requiere la toma de decisiones y la resolución de problemas, y puede considerarse también como una estrategia básica para el envejecimiento con éxito. El modelo Selección, Optimización, Compensación (SOC) ha sido considerado un sistema para la motivación dentro de la perspectiva del curso vital que procura al individuo el nivel más alto de funcionamiento. La Selección, la Optimización y la Compensación pueden considerarse también como mecanismos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida, como funciones protectoras y, por consiguiente, como determinantes del envejecimiento activo y el bienestar. Estos tres mecanismos pueden considerarse como fuente de diferencias individuales en el modo de envejecer en diferentes momentos de la vida. Al mismo tiempo, los programas de intervención pueden ser entendidos como herramientas de promoción de la selección del individuo, de la optimización de sus recursos y de la compensación de sus déficits.

Pero eso no es todo: esos comportamientos del individuo son, también, dependientes de las condiciones contextuales a niveles «micro» (la familia, la escuela, los amigos), «meso» (la comunidad en la que viva) y «macro» sociales (las condiciones socioeconómicas, socioeducativas y socioculturales de su región y/o país). En otras palabras, existen condiciones socioculturales que potencian la elección, la optimización de los recursos del individuo y que, cuando ello se requiere, promueven la compensación de las habilidades deficitarias.

En el Gráfico 45 se presenta un modelo de envejecimiento que trata de integrar distintas dimensiones y niveles relevantes a lo largo del proceso de envejecimiento y que, por tanto, permiten explicar distintas formas de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009).

Gráfico 45. Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009; con modificaciones).



Así, tratando de organizar los determinantes hipotéticos del envejecimiento a lo largo del ciclo de la vida que integra posibles factores decisorios y operadores de transacciones, darían como resultado, en un momento concreto, la forma precisa de envejecer de un individuo dado. Hay que subrayar además que todos los factores teóricos relevantes propuestos han sido contrastados empíricamente. Veamos brevemente varios ejemplos de estos factores.

En el nivel micro, encontramos aquellas dimensiones que la persona ha generado a lo largo de su historia de aprendizaje y que dependen, en alguna medida, de sus condiciones biológicas y genéticas, su sexo y que se componen de todos aquellos repertorios básicos cognitivo-lingüísticos, emoción-motivación, sensorio-motores, que se expresan en hábitos comportamentales saludables o insanos. Esos factores individuales han sido generados históricamente como producto de miles de interacciones del individuo (en su sentido biológico) con los factores que proceden del nivel meso-contextual como, por ejemplo, las normas de socialización familiares y grupales, la escuela, la atención sanitaria recibida, la posición social familiar, apoyo social, acontecimientos estresantes, entorno físico familiar y comunitario, factores ambientales, etc. Todos estos fac-

tores históricos se apoyan en otros factores contextuales macroscópicos, como son, por ejemplo, el sistema educativo, sanitario y social del país, los valores religiosos y culturales existentes, etc.

Por otro lado, en la situación actual de la persona, encontramos sus condiciones internas (por ejemplo: sus habilidades cognitivas y la capacidad de reserva, el control y las creencias de autoeficacia, el balance emocional, las estrategias de afrontamiento, el comportamiento prosocial, etc.) que siguen interactuando con las condiciones contextuales inmediatas (por ejemplo: el apoyo familiar y social, los eventos estresantes o potenciadores, las condiciones económicas, la disponibilidad del aprendizaje continuo que se facilita, los entornos favorables, los servicios sanitarios y sociales existentes, etc.). Son también importantes, en el nivel macroscópico, los factores ambientales, sociales, económicos y culturales (como los sistemas de protección existentes, sanitarios, sociales, educativos y su expresión en el PIB invertidos, las políticas y programas sobre envejecimiento, un sistema de formación continua, los valores culturales y religiosos, etc.) que conforman el soporte que promoverá o inhibirá las condiciones personales conducentes a la forma de envejecer de cada individuo.

Los mecanismos adaptativos SOC, definidos por Baltes y Baltes, actúan tanto a lo largo de la historia del individuo como en la situación actual y, lógicamente, se basan en las condiciones *meso* y *macro* contextuales. En otras palabras, un ambiente que oferta múltiples oportunidades promueve la selección del individuo que podrá adoptar cauces que optimizan sus capacidades a todo lo largo de la vida. Así mismo, las políticas educativas que permiten la entrada de las personas mayores en programas universitarios promoverán repertorios básicos cognitivo-lingüísticos, emocionales-motivacionales y sensorio-motrices y, al mismo tiempo, la interacción y participación social. Los programas de prevención del deterioro cognitivo estarán proveyendo acciones de compensación ante déficits mnésicos, cognitivos o sensorio-motrices. Así, también, los parques con medios de recreación y actividad física están optimizando repertorios sensorio-motrices y compensando algunos déficits. Los resultados en datos poblacionales son evidentes. Por ejemplo, los países con alta renta per cápita, alta inversión en PIB en sistemas de protección social, sanitarios y educativos tienen una más alta esperanza de vida, y menores tasas de dependencia. Vemos cómo, a todo lo largo de la vida, a través de la interacción entre el individuo y el contexto existen miles de posibilidades de promoción de mecanismos de adaptación del individuo a los procesos de envejecimiento. Como resultado de todo ello, después de innumerables transacciones entre la persona, su conducta y sus entornos multinivel históricos (o

distales) y actuales (o proximales), la persona llega a un cierto estado en la vejez que podría describirse por medio de cuatro ámbitos multidimensionales: una buena salud y forma física, un óptimo funcionamiento cognitivo y emocional-motivacional y un alto nivel de funcionamiento y participación social (Fernández-Ballesteros, 2009; OMS, 2002).

A pesar de que se ha tratado de justificar que el individuo es un agente esencial de su propio envejecimiento es algo que se olvida con gran facilidad. De hecho, pocas personas mayores consideran que la vejez es una época de oportunidades y desarrollo y por ello, no se consideran agentes de su propio proceso de envejecimiento. Sin embargo, sabemos que el ejercicio del control es un aspecto esencial para un buen envejecimiento, amén de que resulta un predictor de salud y longevidad (Rodin, 1980; Rodin y Langer, 1977). En la misma línea, investigaciones propias reafirman que la experiencia de control es un factor explicativo de la competencia cognitiva y física de la vejez.

Cuando se pregunta a las personas mayores cómo se comporta la sociedad con ellas, dos tercios contestan que regular o mal (Imserso, 2008) y cuando se indaga sobre quién debe ocuparse de las personas mayores y se ofrecen alternativas de respuesta («el Estado», «la familia», «los individuos») un alto porcentaje señala «el Estado» en mayor medida que a «la familia» o que «al individuo» (Díez Nicolás, 1997). Dos derivaciones emergen de esta posición que podemos considerar pasiva: 1) la necesidad de una mayor concienciación del individuo, a lo largo del ciclo de la vida, de la importancia de sus actos para su futuro, lo cual conlleva la elección de determinados cauces de acción que desembocan en el envejecimiento activo y 2) una mayor beligerancia contra percepciones sociales de una persona mayor pasiva en brazos de un estado excesivamente protector y paternalista, todo lo cual está asociado a la discriminación, que impide que el individuo sea un agente activo (en la medida de sus capacidades optimizadas) y, en buena parte, responsable a lo largo del ciclo de la vida.

D. LIMITACIONES DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ

1. ESTEREOTIPOS Y AUTOESTEREOTIPOS NEGATIVOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El estudio de los estereotipos o imágenes en torno a la vejez y el envejecimiento, así como los prejuicios y la discriminación en función

de la edad han recibido en España escasa atención en comparación con otros países y contextos científicos (al menos, comparativamente a otros tipos de imágenes negativas y prejuicios como los relacionados con la raza o el sexo). Sólo decir que en la base de datos Lilly (www.fundacionlilly.com/Nitro/foundation/templates/medes-earch.jsp?page=30100), de «estereotipos, vejez» sólo aparecen 39 referencias, de las cuales sólo 3 parecen tratar el envejecimiento, mientras que, por el contrario, si buscamos bases de datos internacionales nos encontramos con 26.000 referencias en Google Scholar (2.499 en Psychlit y 1.386 en PubMed).

Este escaso interés por el tema en nuestro país se torna más evidente porque el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) establece en su Dirección Prioritaria 3 la lucha contra los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez y el envejecimiento como un objetivo para promocionar ambientes propicios durante la vejez y, así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989, 2002) resalta la importancia de estimular imágenes no-edadistas, entre los profesionales de la salud y cuidadores formales e informales de las personas mayores, asumiendo que estas imágenes mantienen un valor causal patogénico, pudiéndose convertir en profecías que se autocumplen y atentando en forma sutil contra la calidad de vida de las personas mayores congregadas en servicios o centros.

Los **estereotipos** son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del **prejuicio** y la **discriminación** hacia ese grupo. En trabajos recientes se vinculan los contenidos de los estereotipos hacia los diversos grupos sociales con las emociones prejuiciosas y con las tendencias a la acción, muchas de ellas de carácter discriminatorio. Por tanto, conocer los estereotipos hacia el grupo de personas mayores se hace necesario por cuanto éstos pueden servir de base para los prejuicios y la discriminación en función de la edad o «edadismo».

Aunque esas imágenes y percepciones sociales pueden contener condiciones positivas del grupo al que se refieren, en el estudio de los estereotipos —generalmente vinculado al del prejuicio y a las actitudes hacia grupos estigmatizados— se ha hecho hincapié en los aspectos negativos de éstos. En otras palabras, cuando se habla de estereotipos, se usan a menudo para hacer referencia a **imágenes negativas** que suponen creencias falsas en torno al grupo social al que se refieren y parecen comunes a distintos países y culturas (Cuddy, Norton y Fiske, 2005). No obstante, la investigación más reciente ha mostrado que en muchas ocasiones los estereotipos tienen un carácter ambivalente,

por lo que incluyen dimensiones positivas y negativas y se vinculan a prejuicios también ambivalentes. Éstos no dejan de ser perniciosos, e incluso pueden resultar más insidiosos al enmascarar bajo apariencias benévolas actitudes paternalistas, envidiosas o de desprecio, que a su vez están en la base de conductas discriminatorias y de exclusión más o menos sutiles.

Por su parte, el **prejuicio** se advierte tanto en la dimensión cognitiva del estereotipo como en la más afectiva de la actitud (siendo también ostentado por los individuos de una determinada cultura) y se expresaría a través de la discriminación que se realiza del determinado grupo social diana; en nuestro caso, todo ello implicaría «**edadismo**» por cuanto es la edad la base del estereotipo, el prejuicio y la discriminación. El edadismo consiste básicamente en las conductas que implican un trato no igualitario hacia los integrantes de un grupo de edad en virtud de su pertenencia a ese grupo y es entendido como un proceso de estereotipia y discriminación en contra de la gente mayor, en razón a su edad. En otras palabras, mientras el estereotipo tiene un componente cognitivo (distorsionado) y afectivo (negativo) el edadismo contiene elementos objetivos que existen en la sociedad y en sus ciudadanos. La discriminación puede ejercerse a distintos niveles: el nivel interpersonal se expresa a través de esas conductas no igualitarias hacia los miembros de los grupos en la interacción con ellos; el institucional se manifiesta a través de normas que relegan al individuo y al grupo a una posición de desventaja en una determinada sociedad y, finalmente, en el extremo de todo ello, a nivel social, nos encontramos con fenómenos de exclusión social, de maltrato y de explotación, todo ello tratado en otros apartados de este libro blanco.

2. ESTEREOTIPOS SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA

En distintos estudios realizados en España y en otros países se constata en forma evidente la existencia de estereotipos e imágenes negativas en torno a la vejez (para una revisión, ver, Nelson, 2004; Palmore, 1999; Fernández-Ballesteros, 1992). Estas imágenes parecen encontrarse no sólo en la población general o/y en la población joven sino en las propias personas mayores y, más específicamente, en sus cuidadores.

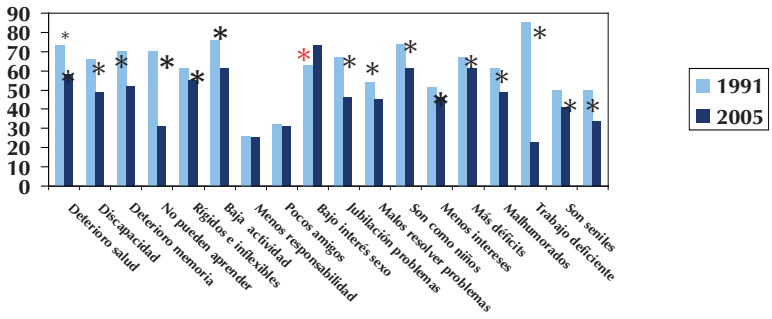
El estudio realizado sobre imágenes y valoración social de la vejez (Imserso/UAM, 1992) alumbró que más del 60% de la población española consideraba que «a partir de los 65 años ocurre un fuerte deterioro de la salud», que «la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen incapacidades que las hacen depender de los demás», que «tienen un deterioro de su memoria», que «son rígidas e inflexibles», «menos

activas», que «son como niños», que «los defectos se agudizan con la edad» y que «son irritables» y, para más de un 50% de la población, las personas mayores de 65 años «son seniles», «peores en el trabajo» y que «resuelven peor problemas que los más jóvenes».

Cuando se examinaron los resultados para tratar de encontrar diferencias interindividuales debidas a las condiciones socio económicas tales como edad, sexo y educación, los resultados pusieron de relieve que no existen diferencias significativas. No obstante, las personas con más educación presentan menos imágenes estereotipadas que las de educación más baja.

Como puede apreciarse en el Gráfico 46, esas imágenes negativas han disminuido en los últimos años, y aunque se siguen exteriorizando hablan a favor de que una visión más positiva de las personas mayores ha sido divulgada como una política que ha calado en la sociedad y que, por tanto, debe seguir produciéndose.

Gráfico 46. Estereotipos sobre la vejez en España en porcentajes de acuerdo (Fernández-Ballesteros, 1991, 2005)



*Diferencias significativas, p<.05

Tal vez lo más importante sea que el grupo de personas mayores no esté exento de esa visión negativa, y que son las propias personas mayores las que tienen imágenes negativas sobre el envejecimiento en general y sobre su propio grupo de mayores.

Desde una perspectiva cualitativa, la investigación sobre percepciones de las personas mayores (Imserso/CIMOP. 2002) resaltó la relevancia de la dimensión común activo/pasivo a la hora de describir a las personas mayores, constatando también que en este espacio se ha producido un «rejuvenecimiento» de los mayores. Incluso el uso de los términos envejecimiento y vejez, proyecta una imagen contrapuesta, mientras el primero es un proceso cargado de expectativas y vitalidad, la vejez

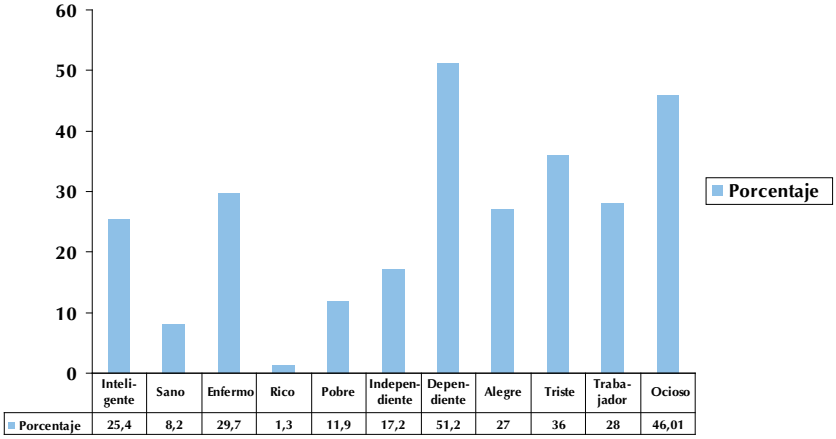
supone un estado irreversible y altamente negativo. La sustitución del concepto envejecimiento por el de vejez avanza un cambio hacia una imagen social y cultural más dinámica de las personas mayores.

Conviene resaltar que cualquier imagen sobre el envejecimiento y la vejez de un colectivo de personas mayores debe plantear suficiente diferenciación entre el estereotipo cultural (el que los individuos mayores perciben en la población), el estereotipo sobre el grupo (la imagen que el individuo mayor tiene del grupo de mayores) y la imagen que el individuo tiene de sí mismo, como persona mayor. Teniendo en cuenta estos aspectos parece evidenciarse que las personas mayores perciben este estereotipo cultural negativo y que tienen ellos mismos una imagen negativa de su propio grupo de mayores a la vez que valoran positivamente su propia imagen (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos et al., 2007). Ello es importante por cuanto la identificación con el propio grupo parece ser una condición necesaria para luchar contra la discriminación (en cualquier grupo social) lo cual debería ser tomado en cuenta a la hora de políticas activas anti edadismo.

Las propias prospectivas sociológicas utilizan adjetivos polares que implican una sobre generalización de condiciones negativas sobre la vejez como «dependiente», «enfermo» y «triste» añadiendo la condición de «ocioso» por cuanto el grupo de personas mayores está definido, precisamente, a través de su condición de jubilados. Estos adjetivos que mejor describen a las personas mayores parecen ser generalizaciones de condiciones que ocurren en la vejez, Gráfico 47, pero que no aparecen mayoritariamente entre las personas mayores. Como sabemos, alrededor del 33% de las personas mayores de 65 años están en situación de algún tipo de dependencia, sólo el 12,3% informa tener mala o muy mala salud, sólo el 15,6 % dice estar triste (Imserso, 2008, 2010). Y, tal vez porque los programas de ocio han sido divulgados ampliamente entre los mayores y en el más extenso contexto social, la imagen derivada es la de que éstos son «ociosos» sin tener en cuenta el trabajo «no remunerado» que realizan. En este sentido, diversos estudios, entre ellos Elea (Imserso, 2006), pone de relieve que el 100% de las mujeres mayores y el 99,8% de los hombres mayores realizan un trabajo productivo no remunerado con un promedio de 6,9 horas diarias (7,68 horas las mujeres y 4,7 horas los hombres). Si extrapolásemos esos datos al total de la población mayor no dependiente y asignásemos un valor monetario a esas horas nos encontraríamos con que su contribución al PIB sería de, aproximadamente, 106 mil millones de euros.

Si la metodología es esencial para toda investigación, el cuidado debe ser extremo cuando se dirige a indagar sobre imágenes.

Gráfico 47. Adjetivos que describen mejor a las personas mayores en 1ª,2ª y 3ª elección.



	Inteli-gente	Sano	Enfermo	Rico	Pobre	Indepen-diente	Depen-diente	Alegre	Triste	Traba-jador	Ocioso
Porcentaje	25,4	8,2	29,7	1,3	11,9	17,2	51,2	27	36	28	46,01

Los resultados sobre estereotipos y actitudes frente a las personas mayores pueden ser explicados desde dos perspectivas distintas; la imagen de las personas mayores produce sentimientos encontrados o, en otros términos, presenta dos caras (ver: Cuddy, Norton y Fiske (2005). Así, frente a una imagen de dependencia, enfermedad e incompetencia aparece otra de sabiduría, buen consejo, y experiencia. Esta visión dualista podría explicar comportamientos socialmente ambivalentes: mientras que una visión positivamente piadosa lleva al desarrollo de programas de atención y protección, otra lleva a la exclusión social y la discriminación. También, esta visión polarizada, al menos en parte, podría depender del método utilizado. Al usar adjetivos bi-polares en una escala valorativa parece tenerse una visión más negativa (¿más en consonancia con lo que la gente piensa?) que si se utilizan frases valorativas positivas de alta deseabilidad social.

En todo caso, una mayor investigación se requiere en orden a deslindar no sólo la imagen que la sociedad española tiene de las personas mayores sino sobretodo cuales son sus efectos comportamentales y de otra índole (legislativos, sanitarios, sociales, etc.).

3. EFECTOS DE LOS ESTEREOTIPOS

Los *efectos* de los estereotipos son de muy variado tipo, y tienen amplias repercusiones sobre el propio individuo envejeciente, sobre otros grupos sociales implicados y sobre la sociedad en su conjunto. Un resumen de sus potenciales efectos es el siguiente:

a) En el individuo

a) Un primer efecto alude a que el individuo se ajusta a las expectativas estereotípicas de forma que la imagen se convierte en una *«profecía que se cumple a sí misma»*. El supuesto teórico con verificación científica es que se produce en el individuo la interiorización de la imagen que impera en un determinado contexto social, y ello se torna en una *amenaza del estereotipo* por lo que en determinadas situaciones, los miembros del grupo presentan un comportamiento y rendimiento acorde con lo esperado. En el estudio Enreve (Imserso, 2006) se ha verificado que si a distintos grupos de mayores se les brindan distintas informaciones, tanto positivas como negativas relativas al rendimiento prototípico en un dominio determinado, éstas actúan en forma acorde con la información; es decir, si reciben una información positiva relativa al rendimiento ejecutan significativamente mejor la tarea que si la información recibida es negativa (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos, et al., 2008).

b) Los estereotipos sociales parecen actuar en el ámbito individual a largo plazo. Las imágenes recibidas a lo largo de la vida se convierten en *auto estereotipos* (percepción del propio envejecimiento). Esta forma de interiorización del estereotipo parece ser la base de las imágenes que los individuos tienen de su propio envejecimiento, como han puesto de relieve Levy et al. (2002), en su estudio longitudinal. Los «auto estereotipos» permiten predecir mortalidad y mala salud (en el caso de que sean negativos) o supervivencia y buena salud (en el caso de que sean positivos). Las personas con imágenes positivas de su envejecimiento viven 7 años más que aquellas cuyas imágenes del propio envejecimiento son negativas. A pesar de que estos resultados son extraordinariamente importantes, hay que tener en cuenta que los individuos no sólo responden de acuerdo con las imágenes sociales recibidas a lo largo de la vida sino que también son sensibles a su propia situación. De hecho, cuando las personas informan sobre su forma de envejecer se producen valoraciones que tienen en cuenta no sólo la imagen social sino también lo que observa en otras personas y, lo que percibe en sí mismo.

c) Las imágenes sociales negativas sobre las personas mayores ejercen un papel importante en la *desvalorización del propio grupo* y en la sobrevaloración de los demás. Como es fácilmente detectable, los propios mayores sobrevaloran a los «jóvenes» e intentan adoptar sus propias características como si fueran el compendio positivo de lo deseado; en definitiva, utilizan la categoría «joven»

para definirse con características que no son exclusivas de ella. Así, por ejemplo, cuando se dice «me siento joven» no sólo alude a la edad sino a características positivas como son ser «saludable», «activo», «feliz», etc.

d) También las imágenes negativas sobre la edad determinan una *reducción de la identificación con el propio grupo*, los «mayores» o los «viejos» son «los otros» (miembros del grupo). Ello es importante porque, al menos en otros grupos sociales objeto de discriminación (por ejemplo: las mujeres frente a los hombres, los negros frente a los blancos), la identificación con el propio grupo discriminado es una condición necesaria para asumir acciones colectivas en contra de la discriminación y el trato desigual.

En el Proyecto Enreve mencionado, se concluyó que:

1) La *independencia de los aspectos sociales del estereotipo de los mayores de la visión personal que se tiene del propio envejecimiento*. A pesar de que los propios mayores son conscientes de la negatividad con que se les valora por parte de la sociedad (ya que ellos indican un alto número de rasgos negativos), ello no parece afectar a la evaluación y a la ejecución en sus propias conductas cuando este estereotipo es activado. En contrapartida, una mayor identificación con el grupo se encuentra relacionada con un incremento en los estereotipos positivos del grupo y una percepción de envejecimiento más positiva.

2) El *vocabulario* que se utiliza para la denominación del grupo de personas «mayores» («viejo», «anciano», etc.) parece tener un papel decisivo tanto en personas mayores como en sus cuidadores. Por lo que se refiere a la activación automática del estereotipo, muestra efectos a nivel conductual, de manera que prepara la interacción con personas pertenecientes a este grupo de edad. Así, en la evaluación de una persona perteneciente a este grupo, se observa que tras la exposición a la palabra «viejo», los individuos con más prejuicios describen a la persona como más «torpe», «lenta» y menos «sabia» o «experimentada». Es decir, además de que el individuo mayor que recibe la etiqueta «viejo» realiza más lentamente la tarea, percibe al individuo perteneciente a la categoría como más lento y torpe. Por el contrario, la activación de la etiqueta más neutra «mayor» no actúa ni motora ni evaluativamente. Así, contrastamos tanto la importancia del vocabulario denominativo como la neutralidad del atributo actualmente utilizado para la denominación de este grupo social.

3) El efecto de la *amenaza del estereotipo* aparece claramente: cuando a las personas mayores se les da una información explícitamente negativa al realizar una tarea de memoria, éstas arrojan un peor rendimiento en esa tarea. Este efecto de activación del esquema previo es congruente

con la visión estereotípica de los mayores en España. Un resultado importante es el efecto protector de la percepción del propio envejecimiento y la identificación con el grupo que modere la amenaza del estereotipo y además, no influye sobre su rendimiento en memoria.

b) En el grupo de cuidadores

La investigación es consistente por lo que se refiere a que las actitudes y estereotipos que presentan los grupos de profesionales (médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) que trabajan con personas mayores son más negativas que los de la población general. Los autores señalan dos mecanismos como generadores de estereotipos y actitudes negativas en profesionales: 1) Un mecanismo *cognitivo* por el cual se produce una generalización de los individuos del grupo segregado en contacto con el profesional, al conjunto del grupo, debido al hecho de que existe muy escasa formación sobre procesos básicos de envejecimiento. 2) Un segundo mecanismo se refiere a la situación de estrés que supone la sobrecarga de trabajo que aqueja a profesionales y no profesionales en contacto con personas mayores con altos grados de deterioro físico y mental, y que tiene su fundamento en el principio de condicionamiento clásico, dado que la edad puede considerarse un estímulo condicionado-asociado a otro incondicionado como son el sufrimiento, el dolor y la muerte.

El citado proyecto Enreve halla algunas aportaciones a la hora de mejorar las evaluaciones e interacciones entre profesionales de la salud y personas mayores, permitiendo sugerencias de cómo ambas pueden verse afectadas. En primer lugar, a pesar de que el grupo de profesionales no mostraba niveles de prejuicio elevados hacia el colectivo de mayores, sí se observó que a medida que aumentaban las creencias negativas sobre el grupo de edad, la conducta automática y su evaluación del grupo se vieron ampliamente afectadas. Por otro lado, en relación con la utilización de etiquetas, encontramos que al activar la categoría «mayor» no se relaciona con una peor evaluación, ni con una modificación de la conducta automática. Consecuentemente, sería deseable el empleo de etiquetas «neutras» que describen al grupo y tratar de eliminar, en la medida de lo posible, el empleo de palabras relacionadas con el aspecto más negativo del estereotipo («viejo», «anciano», «abuelo»).

c) En amplio contexto social

Hasta aquí, se ha examinado cómo las imágenes sociales que pueden ser consideradas como una *limitación* social para un envejecimiento

satisfactorio y se han presentado éstas como potenciales *amenazas* para un envejecimiento activo. También se ha señalado que todo ello culmina en comportamientos prejuiciosos que desembocan en la discriminación en función de la edad que podemos encontrar en múltiples ámbitos de la vida social, laboral, sanitarios, incluso en determinados tratamientos médicos (tanto por lo que se refiere a la utilización reglada de tratamientos extraordinarios como a la forma de utilización de protocolos sanitarios o, incluso, a la realización de ensayos clínicos con fármacos para personas mayores). Un estudio pormenorizado de la legislación y su puesta en práctica, a distintos niveles administrativos y en distintos ámbitos de la vida cotidiana, se considera una necesidad.

Podemos concluir diciendo, a niveles descriptivos, que la visión de la población española sobre las personas mayores es esencialmente negativa —aunque ha mejorado significativamente en los últimos quince años— y, sobre todo, no se ajusta a la realidad de este grupo de edad. Así mismo, que las propias personas mayores perciben una visión negativa procedente de la sociedad e, incluso, existe una escasa identificación con ese mismo colectivo, lo cual pudiera impedir una mayor concienciación de esta discriminación social que comentamos. También, los estereotipos negativos actúan en el mismo sentido sobre el grupo de mayores (peor ejecución, mayor lentitud) y sobre el grupo de sus cuidadores que, en términos generales, ejercen una influencia negativa, precisamente, sobre aquellos grupos dependientes más vulnerables a esta limitación.

En el polo opuesto de las imágenes negativas en torno al envejecimiento, la vejez y las personas mayores, el edadismo y la discriminación en función de la edad, encontramos el énfasis que los organismos internacionales han puesto en superarlo. El II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) y el documento «Envejecimiento activo» (Organización Mundial de la Salud, 2002), no sólo ponen el acento sobre la lucha en contra de los estereotipos, sino además en la necesidad del *apoderamiento* de las personas mayores por su contribución inestimable a la sociedad. Ello pudiera ser considerado como una asignatura pendiente de las políticas sociales que habría que remediar.

Todo ello debería ser estudiado más pormenorizadamente a través de análisis rigurosos de la discriminación social en función de la edad (legislación, normativas diversas correspondientes a diversos ámbitos de actuación, etc.) si no incluso, por medio de un Observatorio Permanente que permita encauzar potenciales condiciones discriminatorias y su resolución.

SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES, FACTOR ESENCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ENVEJECIMIENTO

(Extraído del artículo «Sexualidad y envejecimiento» del Doctor Carlos Verdejo Bravo, recogido en «Nuevas miradas sobre el envejecimiento». Imserso, 2009).

El envejecimiento es una etapa del proceso vital donde se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales. La sexualidad función de comunicación fundamental de las personas tiene una importancia determinante en la calidad de vida de las personas mayores, tanto desde el plano biológico, como psicológico y social.

El estereotipo dominante en la sociedad actual respecto a la sexualidad de las personas mayores es el antagonismo entre sexualidad y envejecimiento.

Siguiendo al Doctor Verdejo Bravo, tenemos interiorizados una serie de mitos tradicionales sobre la sexualidad de las personas mayores, que afectan bien a una consideración social derivada de una discriminación por la edad (el sexo se acaba con la edad, es un hecho anormal, es pernicioso, vicioso y vergonzante), bien al hecho bio-psicológico de gozar (las personas de edad no disfrutan con el sexo, no tienen suficiente capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales, los cambios orgánicos conllevan la desaparición del deseo sexual).

Los determinantes culturales de conexionar sexualidad y capacidad reproductiva han influido en considerar la inadecuación de una actividad sexual, una vez que el tiempo biológico ha concluido con dicha función. Ahora bien, la necesidad del contacto físico, de la manifestación de emociones continúa más allá de la función reproductiva en cualquier edad. «La Sexualidad y la afectividad son connaturales a la persona y sólo finalizan con la muerte, por lo que ni el interés ni la actividad sexual desaparece en las personas mayores». Ciertamente, que de forma similar a otros procesos del envejecimiento dicha actividad se irá acomodando a los cambios producidos, de forma similar a cómo se ha ido acompasando en otras etapas vitales.

Las transformaciones anatómicas y funcionales en los órganos sexuales, las alteraciones del sistema hormonal, el desarrollo de patologías crónicas y/o los tratamientos farmacológicos, entre otros, pueden condicionar la actividad sexual tanto en su periodicidad como en sus manifestaciones. Ser hombre o mujer tiene un comportamiento diferenciado, porque también lo tienen los propios cambios anatómicos y funcionales, que pueden influir junto con otros factores unos, marcadamente de etiología física, como la pluripatología y el grado de incapacidad y otros de carácter social, como la viudedad y la falta de intimidad, en una disminución de la actividad sexual en la persona mayor.

La información adecuada de la influencia del proceso del envejecimiento en la actividad sexual que se proporcione a las personas mayores es esencial para eliminar los estereotipos y los tabúes de la función sexual, aspecto determinante en la calidad de vida de las personas mayores.

Para ello, debe proveerse una formación adecuada a los profesionales directamente implicados en este aspecto del proceso de envejecimiento, que puedan

dar las respuestas adecuadas a las necesidades sentidas, dentro del respeto a la opción personal de la persona mayor.

De forma paralela, es prioritaria una modificación de las actitudes de la sociedad española hacia la erradicación de los tabúes existentes sobre la sexualidad de las personas mayores. La metamorfosis sufrida en estos últimos años sobre los temas sexuales entre la población española de todas las edades ha aparcado la actividad sexual de las personas mayores, envolviéndola en un mayor tabú que en épocas anteriores. Esto, «requiere muchos esfuerzos para mejorar la educación sanitaria de la población en este tema y conseguir aumentar el respeto hacia el conjunto de personas mayores que deseen expresar su sexualidad».

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción del desarrollo individual y social a todo lo largo del ciclo de la vida** mediante acciones como:

   a) Ofertar y alentar para el desarrollo de comportamientos adaptativos estilos de vida saludables y optimizadores de las capacidades individuales y sociales.

   b) Promover medidas y programas para el desarrollo personal del individuo y sus capacidades cooperativas, grupales y comunitarias, así como el desarrollo bio-psico-social de la personalidad a través de los sistemas familiares, comunitarios, educativos y de formación.

   c) Reconocer y capitalizar la experiencia y los conocimientos de las personas mayores potenciando su bienestar y su calidad de vida, resaltando y difundiendo la productividad de las personas mayores en sus múltiples servicios y aportaciones «no remuneradas» (a la familia, la comunidad y la sociedad).

2. **Establecer procedimientos de seguimiento y control de las imágenes *edadistas* y de acciones de discriminación en contra de las personas mayores** especialmente en los ámbitos que más les afectan, salud y servicios sociales, así como en los medios de comunicación y publicidad por su trascendencia social.

   a) Promover acciones para el envejecimiento saludable sobre la base de que **el individuo, con su trayectoria vital y sus actitudes personales, es agente principal en el proceso de su propio envejecimiento, que es un proceso de toda la vida y se desarrolla desde la infancia.**

PARTE SEGUNDA

ASPECTOS MÁS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

CAPÍTULO 4

ECONOMÍA Y PERSONAS MAYORES

ECONOMÍA DEL ENVEJECIMIENTO *(Artículo de Autor)*

Dr. D. Gregorio Rodríguez Cabrero
Universidad de Alcalá de Henares

En este capítulo se analiza la relación entre envejecimiento y economía sin pretender agotar las múltiples facetas de la misma. En concreto, se considera, en primer lugar, el enfoque de análisis de las consecuencias económicas del envejecimiento desde la perspectiva de que éste no supone una carga económica insostenible para nuestra sociedad sino un input en términos de contribución a la demanda efectiva y al ahorro, así como en formas de activación de las personas mayores que se traducen en funciones socioeconómicas de cuidados informales, ocio y participación social. En segundo lugar, se analizan las condiciones de vida de las personas mayores a través de la renta y el consumo, destacando la necesidad de persistir en las políticas de solidaridad intergeneracional para reducir al mínimo las tasas de pobreza y exclusión económica. En tercer lugar, se destaca lo que consideramos la aportación más importante desde el punto de vista de la cohesión social y de la economía relacional desarrollada por parte de las personas mayores, señalando que esta economía, que no está en la contabilidad nacional, cumple funciones necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo y el desarrollo del capital social. Finalmente, este trabajo sintetiza los aspectos que aquí se analizan de la economía del envejecimiento y se esbozan algunas propuestas dirigidas a la mejora del bienestar y desarrollo social de las personas mayores en España.

LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL ENVEJECIMIENTO

En esta sección introductoria exponemos el enfoque desde el que analizamos el envejecimiento de la población y sus consecuencias sociales y económicas, es decir, el punto de vista de la ***economía política*** o consideración conjunta de los aspectos productivos, reproductivos y relacionales en los que están inmersas las personas mayores. Después, analizamos los rasgos de la economía política del ***envejecimiento en el contexto del modelo social europeo*** con el fin de destacar algunas de las tendencias en relación con la solidaridad intergeneracional, la activación y la contribución de las personas mayores al bienestar colectivo en los regímenes de bienestar europeos. Finalmente, a modo de sínte-

sis, señalamos los aspectos más relevantes de futuro en el desarrollo social del envejecimiento en el marco de la reforma social emergente.

1. LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población española en los tres últimos decenios, acompañado de una creciente esperanza de vida y mejoras notables en la calidad de vida del conjunto de las personas mayores, es uno de los retos de futuro de la sociedad española y de las instituciones de protección social. Pero también una oportunidad para el propio desarrollo social de las personas mayores, como señalaba hace tiempo Subirats (1992).

La problemática del envejecimiento supone abordar diferentes retos al mismo tiempo que se retroalimentan entre sí como son: los posibles escenarios de longevidad que afectan a los sistemas de protección social en términos de pensiones, atención sanitaria y cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia; también la longevidad condiciona la producción y el consumo de las personas mayores, es decir, la ocupación y las oportunidades de consumo y ocio; igualmente, la estructura de la protección social se está viendo afectada por el envejecimiento de la población, situando en el centro de la misma la garantía de ingresos para evitar situaciones de pobreza y vulnerabilidad; en el mismo sentido la estructura de relaciones sociales y familiares se ve afectada también en un contexto de incorporación de la mujer al mercado de trabajo y de feminización del envejecimiento; roles, identidades y participación social se están redefiniendo así como la posición y voz de las personas mayores. En suma, como señalan Bond, Peace, Dittman-Kohli y Westerhof (2007), el envejecimiento en la sociedad es un haz complejo de cambios, retos y oportunidades en las llamadas sociedades del bienestar. Transformaciones todas ellas en las que la existencia de un cierto patrón común de cambio en las sociedades del occidente desarrollado no puede ocultar una amplia diversidad de situaciones (Arber y Ginn, 2004) como consecuencia de estructuras sociales y económicas específicas, variedad institucional y de protección social y conglomerados culturales diferentes, ya puesto de manifiesto por autores de referencia en el análisis del envejecimiento en Europa (Walker, 1999; Guillemard, 1992).

Dentro de este amplio conjunto de variables o campos de conocimiento social que afectan al envejecimiento de la población, la perspectiva económica es una de las miradas de análisis. Dicha perspectiva supone revisar cómo las personas mayores están o han estado incardinadas en el proceso productivo formal y sus formas de retiro, así

como los niveles de renta, ahorro, consumo y ocio. Siendo ésta una perspectiva necesaria, cabe otra mirada más amplia, la de la economía política del envejecimiento, mediante la cual autores pioneros, como Walker (1981), Phillipson (1982) y Baars, J., Dannefer, D., y Phillipson, C, Walker, A. (2006), abordan el envejecimiento de la población como aquel proceso en el que los cambios demográficos se analizan y comprenden dentro de la trama institucional de la sociedad, bajo un enfoque omnicomprensivo en el que producción, consumo e integración social forman parte de un todo y en el cual el envejecimiento es al mismo tiempo el resultado de un largo ciclo vital y social desigual (Guillemard, 1992) y una forma específica de distribución de la riqueza de la sociedad (Etxezarreta y otros, 2009), al mismo tiempo que una parte fundamental de los procesos de reproducción social. Se trata de analizar el envejecimiento como una parte fundamental del desarrollo social más que su estricta contribución al crecimiento económico.

Un enfoque que se aproxima a esta perspectiva es el enfoque neoinstitucionalista en política social (Moreno, 2009), en el que ideas e ideologías se confrontan con los **intereses** a través o mediados por las **instituciones** públicas y privadas, si bien en dicho enfoque la dimensión económica ocupa un lugar subordinado respecto de la dimensión política. Dicho de otra manera, en este enfoque de la triada son los actores sociales el elemento central del análisis en marcos institucionales concretos, si bien la dimensión procedimental de las políticas predomina sobre el análisis de sus efectos o impactos sociales. Desde este punto de vista, este enfoque destaca la importancia de los agentes sociales, sus demandas, reivindicaciones y movilizaciones quizás con mayor énfasis que en los análisis tradicionales de la economía política.

Aun a riesgo de cierto esquematismo clasificatorio, puesto que los análisis sociales son más complejos y matizados, cabe plantear las políticas del envejecimiento desde dos perspectivas generales: la perspectiva convencional de la ecuación envejecimiento-sostenibilidad financiera y la perspectiva del círculo virtuoso entre envejecimiento y desarrollo social. Como decimos, tan tajante diferenciación teórica no se encuentra en puridad pero nos será de utilidad para comparar enfoques alternativos de análisis. En todo caso, esta polarización está teniendo lugar en el debate político sobre las consecuencias del envejecimiento de la población.

— La primera perspectiva, la que centra el análisis en la **ecuación envejecimiento-sostenibilidad financiera**, considera sobre todo, aunque no en exclusiva, las consecuencias estrictamente económi-

co-financieras del cambio demográfico. Para esta perspectiva el envejecimiento es un problema a medio y largo plazo que se traduce en un crecimiento de los costes que difícilmente puede asumir el Estado de Bienestar, tal como existe en la actualidad. El envejecimiento de la población se traducirá, sin reformas profundas, en una creciente insostenibilidad del sistema de protección social, sobre todo del sistema de pensiones y, también aunque en menor medida, del sistema sanitario. Desde esta perspectiva el envejecimiento es una carga social y económica que exige un cambio del statu quo del Estado de Bienestar y una redistribución de la carga de su financiación desde el Estado a los ciudadanos o, si se prefiere, se trata de incrementar la responsabilidad individual en los riesgos sociales e, incluso, haciendo que éstos sean riesgos estrictamente individuales a lo largo del ciclo vital, excepto para los casos de obligada intervención asistencial por razón de discapacidad para el trabajo por razones de origen o sobrevenidas.

Las reformas implícitas en dicho enfoque son de tres tipos: en primer lugar, se plantea la necesidad de promover cambios en las mentalidades e ideologías de los ciudadanos, de forma que asuman progresivamente la necesidad de que en el coste del envejecimiento la participación del ciudadano como individuo, sea creciente, transitando desde visiones de protección social colectiva a otras de tipo mixto en las que la responsabilidad individual ocupe un lugar creciente en las actitudes y comportamientos de los ciudadanos. Un segundo campo de reformas es el institucional, que supondría reducir el espacio de gestión del sector público a un nivel sostenible adaptado a un sistema fiscal y de cotizaciones ajustado más a la competitividad de una economía mundializada que a las exigencias de la cohesión social; en este sentido, la creación de segundos pilares en los sistemas de pensiones y sanidad forma parte de este proceso de cambio hacia sistemas mixtos cuyo impacto redistributivo puede alterar en los años venideros la estructura social de la desigualdad y cuyos indicios están empezando a aparecer, tal como veremos en la segunda parte de este apartado. Finalmente, reformas económicas que favorezcan, en pro de dicha sostenibilidad financiera, el desarrollo de una oferta financiera privada que gestione fondos de pensiones y programas sanitarios en los que las actuales economías financieras globales encuentran vías de expansión rentable que, en el contexto europeo, formarían parte de la creación de un sistema financiero europeo con capacidad de competencia en la economía global.

La ideología profunda que sostiene esta visión es que el crecimiento de la población de personas mayores es una carga y no una oportunidad. La idea de carga supone no sólo una reducción del envejecimiento al factor económico-financiero como la causa por antonomasia del futuro sombrío del sistema público de pensiones, descartando la importancia de las variables sociales y políticas en la conformación de las políticas públicas, sino que también sugiere un enfrentamiento intergeneracional entre activos y pasivos que hasta ahora no había existido en las sociedades con sistemas sólidos de protección social, como es el caso español. Desde esta perspectiva, el temor y desconfianza sobre el futuro del sistema de bienestar encuentra un caldo de cultivo en esta visión reduccionista del envejecimiento. Esta aseveración no supone en modo alguno minusvalorar los problemas reales que tiene que afrontar el desarrollo del Estado de Bienestar en el futuro y, dentro de él, el sistema público de pensiones, pero debe tenerse en cuenta el contexto material e ideológico de la importancia creciente del mercado en la sustitución progresiva de los derechos sociales anclados en el trabajo productivo por la renta generada en la propiedad, en la actualidad fundamentalmente inmobiliaria y financiera.

— La segunda visión del binomio **envejecimiento-desarrollo social** como una relación virtuosa, concibe el **envejecimiento como un éxito social y una oportunidad** desde la cual es necesario abordar nuevos retos para el bienestar de las personas mayores. Para esta perspectiva, el envejecimiento es un potencial social y económico que permite reconstruir la solidaridad intergeneracional sobre la base de que la aportación tradicional de las personas mayores a la demanda agregada, al ahorro y a los cuidados informales no remunerados se verá enriquecida en el futuro con políticas de envejecimiento activo de amplio impacto productivo y reproductivo. Bajo este enfoque las personas mayores han sido y son socialmente productivas. Primero lo fueron en la etapa de actividad y ocupación, en la que contribuyeron decisivamente a la creación de la riqueza social y a la constitución de la fuerza de trabajo futura, y ahora lo son en la etapa de jubilación mediante el desarrollo de una activa economía informal de cuidados y de cohesión social o economía relacional.

Hasta alcanzar una visión tal, la gerontología social y la economía política del envejecimiento han recorrido un largo camino teórico que ha transitado desde concepciones de las personas mayores como dependientes económicamente y socialmente descompro-

metidas (típicas del funcionalismo clásico), a construcciones sociohistóricas en las que la relación entre estructura social y vejez, entre desigualdad social y condiciones de vida de las personas mayores, es el eje de partida para el análisis de la realidad social del envejecimiento (Baars y otros, 2006). La interrelación entre la posición social y económica de las personas mayores y sus cursos vitales se ha completado en los últimos veinte años con los análisis de género en el envejecimiento y la condición subordinada de la mujer en el Estado de Bienestar, así como la sobrecarga de los cuidados informales que ésta asume. De este modo, el eje central del análisis social es el examen de las condiciones de vida concretas de las personas mayores y el impacto que las políticas de redistribución del Estado de Bienestar tienen en aquéllas.

La tercera fase de la revolución industrial y la extensión de la sociedad de la información bajo el predominio del capitalismo financiero global (Castells, 1998), viene a coincidir en el tiempo con la globalización del envejecimiento y con cambios profundos en la organización del trabajo. En el caso de los países de la UE, el envejecimiento de la población se traduce en notables crecimientos de la esperanza de vida, la expansión de la llamada cuarta edad y la retirada anticipada del mercado de trabajo de no escasos grupos de trabajadores. Si el envejecimiento de la población pone de manifiesto el éxito relativo de nuestro modelo social, aunque altamente diferenciado según la ocupación y clase social, lo cierto es que en el discurso político, en el análisis económico y en el debate mediático lo que va a predominar no es el éxito sino la alarma ante la posibilidad de que la relación entre, lo que se denomina incorrectamente, activos y pasivos, se traduzca en la imposibilidad de sostener el sistema de pensiones. Como consecuencia de esta visión se cuestiona el pacto intergeneracional que ha funcionado hasta el día de hoy y se abren camino soluciones mixtas en las que el principio de reparto se combine con el de capitalización cuando no la estricta propuesta de sustitución de aquél por éste a largo plazo, en las posiciones más radicalmente pro mercado.

Pero parece obligado, antes de considerar este diagnóstico social, que reseñemos algunas de las variables que definen el envejecimiento, de modo que hagamos de éste una relación social compleja no reducible únicamente a la dimensión económica de la carga e hipotética insostenibilidad financiera. Ello nos obliga a tener en cuenta tres aspectos que

en el análisis económico no suelen considerarse o lo son de manera secundaria:

a) Que el envejecimiento es una construcción social e ideológica en la que la estructura de la desigualdad existente condiciona las posiciones y visiones de los ciudadanos sobre la naturaleza e impactos de la vejez. No existe el envejecimiento como tal, excepto en su versión demográfica descarnada, lo que existe es una estructura social del envejecimiento, en la que la esperanza de vida, la pensión que se recibe y las oportunidades de una vida libre de discapacidad dependiente, son expresión de la posición socioeconómica de las personas mayores a lo largo de su ciclo vital. Dicho de otro modo, el envejecimiento se construye desde la primera edad y se consolida a partir de la entrada en el mercado de trabajo. Estas diferencias de posición social no sólo se mantienen después de la jubilación sino que se amplían y agravan y tienen, además, una dimensión de género notable, dada la tardía incorporación histórica de la mujer al mercado de trabajo. Ello quiere decir que medidas como la ampliación de la vida laboral y las expectativas de una vida saludable se distribuyen de manera desigual entre las personas mayores, por lo que cualquier esfuerzo en favor de la sostenibilidad financiera de la vejez no puede caer sobre el conjunto del colectivo de mayores sino de manera diferenciada sobre los grupos ocupacionales con mayores niveles de renta y esperanza de vida.

b) Como consecuencia de lo anterior va de suyo que el Estado de Bienestar tiene una función ineludible de corrección de las desigualdades que el mercado ni puede ni va a hacer. El mercado, en el sistema capitalista, se mueve por incentivos de rentabilidad pero no por el desarrollo de programas de igualdad. Dicho esto, la pregunta es hasta dónde y cómo debe intervenir el Estado para corregir las desigualdades de clase en la vejez. La respuesta es socio política, aunque no en exclusiva. En materia de envejecimiento el papel de las instituciones (el Diálogo Social o el Pacto de Toledo) es crucial, aunque no la panacea, en la medida en que son los acuerdos sociales los que se traducen en una u otra forma de economía política del envejecimiento dentro de condiciones o restricciones dadas no deterministas (como es el auge de la economía financiera global y el desarrollo de los mercados financieros en la UE). La tesis que aquí se mantiene es que, dada la actual estructura de ingresos de las personas mayores, las tasas de pobreza y vulnerabilidad aún existentes entre las personas mayores en España y la propia posición económica vulnerable de la mu-

jer mayor, como luego veremos en el segundo epígrafe, las políticas de redistribución de la renta en torno al sistema de reparto están justificadas e, incluso, deben sobrepasar dicho marco (de financiación vía cotizaciones) para adoptar modelos de redistribución basados en impuestos generales, sin menoscabo de la financiación tradicional de cotizaciones. Y ello se justifica en que la mejora indiscutible de los niveles de vida del conjunto de la población y, particularmente, de las personas mayores ha venido acompañada de procesos crecientes de desigualdad. Ante esta realidad la respuesta no puede situarse en el campo de la economía financiera sino en el de las opciones políticas que una sociedad se da bajo un equilibrio de fuerzas e intereses en un contexto determinado, en nuestro caso la globalización en el seno de la UE (ver en este sentido Muñoz del Bustillo, 2000; Ramos y Del Pino, 2009).

c) Finalmente, en el análisis del envejecimiento debe ponerse en primer plano no sólo el coste o carga sino el beneficio o aportaciones de las personas mayores a la sociedad y al sistema económico, la economía que no está en el PIB, la economía relacional, con sus elementos de activación social e individual. La participación de las personas mayores en la sociedad en un sentido amplio o la función no remunerada de cuidados por parte de la mujer mayor no ha entrado en la percepción y valoración de la economía convencional. Para ésta se trata de un dato sin consecuencias económico-financieras, ya que estas funciones pertenecen al ámbito de la vida civil y del mundo privado y no a la economía que tratan de resumir los grandes agregados macroeconómicos.

Ha sido recientemente cuando, debido a la adopción de políticas de atención a las personas en situación de dependencia, se ha empezado realmente a valorar e incorporar a las políticas públicas la consideración e importancia de los cuidados informales en la medida en que el sector público no puede llegar a satisfacer todas las necesidades de cuidados y la propia sociedad civil prefiere en muchos casos (por tradición, cultura o formas específicas de solidaridad familiar) ver reconocida institucionalmente la acción de cuidados informales mediante prestaciones monetarias y técnicas, siendo también cierto que esta política forma parte al mismo tiempo de la corriente general de desinstitucionalización demandada por la sociedad civil y de reducción/contención de costes por parte del sector público.

Si los cuidados informales son objeto de reconocimiento y compensación (Antonnen, 2010), no lo son o, en mucha menor medida, la

participación social y creación de redes sociales por parte de las personas mayores, sobre todo aquellas que contribuyen a la cohesión social como el movimiento asociativo (Rodríguez Cabrero, 1998). Se trata de aspectos que son objeto de consideración posterior en este capítulo mediante el análisis del uso del tiempo por parte de las personas mayores y que han generado varias aportaciones en este sentido, a las que luego haremos referencia.

En base a este triple eje de análisis de la economía política del envejecimiento se hace necesaria una doble reflexión sobre el pacto intergeneracional y el coste y sostenibilidad financiera del envejecimiento.

— En relación al pacto intergeneracional entre activos y pasivos, la tesis convencional que se sostiene es que los cambios demográficos conducen a una redefinición inevitable de la justicia intergeneracional o contrato entre la población mayor y la población activa, lo cual debe suponer un reparto del coste adicional del envejecimiento, de forma que no lesione las oportunidades de los futuros pensionistas, sobre todo la población más joven ocupada. De este modo, se trataría de evitar un supuesto inevitable «choque de generaciones». En síntesis, la tesis afirma que el coste del envejecimiento no debe ser cargado en exclusiva sobre los hombros de los futuros pensionistas. Y para ello la contención de la intensidad protectora actual combinada con fórmulas de ahorro privado puede contribuir a despejar el horizonte financiero del futuro. Esta tesis, que presupone que el envejecimiento es una carga para las futuras generaciones, plantea dos problemas: por una parte, no considera las aportaciones que la generación jubilada hizo en su día a la sociedad y a la formación del capital humano de la actual población trabajadora y, por otra parte, tiende a reducir el problema del envejecimiento a un problema financiero sin una consideración amplia de la actividad económica de las personas mayores.

  Entre las versiones matizadas de la misma (Esping-Andersen y Palier, 2010), se encuentran aquellas que rechazan tanto la opción neoliberal como la que defiende el statu quo actual del sistema de reparto sobre la base de que ni son realistas ni equitativas y, por ello, defienden un reparto equitativo del coste del envejecimiento entre jóvenes y personas mayores o nuevos arreglos entre las esferas de bienestar: Estado, familia, mercado y sociedad civil. En dicho reparto se apuesta por conceder un mayor papel al mercado y a la familia. No se trataría tanto de una privatización del coste del envejecimiento, que no por ello se modificaría, incluso podría aumentar,

sino de un nuevo equilibrio en el reparto del mismo. No se discute la posibilidad de la financiación del coste adicional en el futuro, confiando en los crecimientos de la productividad y del conjunto de la riqueza social, sino la distribución actual sobre la base de que la desigualdad que está generando la sociedad de la información en la estructura social agudizará dicha desigualdad en el reparto del coste. De ahí que la fórmula doble para estos expertos consista, por un lado, en invertir en la reducción de la desigualdad en la formación de niños y jóvenes para que sus carreras laborales y de seguro no partan de elevadas posiciones sociales de desigualdad que afecten a las pensiones del día de mañana y, por otra parte, que los futuros pensionistas se retiren del mercado laboral de manera flexible en función de sus capacidades, ingresos y esperanza de vida. Es decir, que los futuros pensionistas con mayores niveles de renta y salud sigan trabajando más años para poder financiar sus pensiones del día de mañana.

Bajo este modelo el mercado tendrá un mayor rol en la gestión del ahorro individual pero el Estado, más contenido en sus compromisos financieros con el gasto social, deberá intervenir para evitar la inseguridad y aplicar redistribuciones de la renta entre los pensionistas evitando formas de pobreza y exclusión. Dado que en este modelo no se entra a fondo en las implicaciones económicas y sociales de la gestión del ahorro o fondos de capitalización obligatoria, como segundo pilar del sistema de pensiones, cabe preguntarse por las mismas aunque sea sucintamente, primero desde una perspectiva concreta y, después, desde una general.

— En el debate actual sobre el sistema público de pensiones, programa de gasto por excelencia del Estado de Bienestar y fuente predominante de renta de las personas mayores en España (casi el 90 por cien de sus ingresos), la cuestión fundamental es cómo hacer sostenible el sistema a largo plazo. Muchas de las propuestas concitan un cierto acuerdo general, como son ampliar la flexibilidad en la jubilación, reducir las llamadas jubilaciones anticipadas, combinar cotizaciones e impuestos para garantizar pensiones dignas, ajustar cotizaciones y pensiones contributivas, reducir el campo de la economía sumergida, ampliar la ocupación de la mujer, entre otras, si bien la variable demográfica suele ser la determinante en el análisis, orillando otros aspectos críticos como son la productividad y la ampliación de la riqueza social que puede contribuir al bienestar colectivo (Conde-Ruiz y Galazo, 2010). Pero la pregunta realmente clave a medio-largo plazo es cuáles son los riesgos de la sustitución

parcial o total de la seguridad colectiva que supone el sistema de reparto por la obligatoriedad del riesgo individual o, de manera más concreta, *quién* y *cómo* gestionará el llamado segundo pilar de contribución obligatoria o de capitalización y *cuáles* son sus implicaciones. En el *quién* se plantea la pugna entre la gestión por entidades mercantiles o la Seguridad Social, claramente orientada en el imaginario colectivo mediático hacia el sector mercantil; en el *cómo* se plantean los riesgos financieros que asumen los fondos de pensiones en una economía mundializada y financiarizada sometida a profundos vaivenes y movimientos especulativos, en muchos casos al margen de la inversión productiva; en el *cuáles* la pregunta consiste en saber en qué medida una mayor privatización del sistema de pensiones, basado en una mayor capitalización, producirá distribuciones más injustas de la renta y la creación de segmentos sociales altamente diferenciados de personas mayores. En suma, si el sistema de protección social, y dentro de éste el sistema de pensiones, ha supuesto un avance histórico en la seguridad colectiva ante el riesgo en el caso español (Comín, 2008), la financiación del sistema de pensiones a medio-largo plazo plantea inevitables problemas de riesgo en la gestión y de impacto diferenciado en la distribución de la renta que deben estar presentes en todo debate democrático. De ahí la necesidad de que el debate político y social no se base en el predominio de partida del discurso de la insostenibilidad financiera del sistema de pensiones y, por el contrario, sea un debate abierto y completo cuyo objetivo sea garantizar un pacto intergeneracional solidario en el cual el sistema público de pensiones pueda ser un sistema objeto de reforma permanente como lo ha sido hasta la actualidad frente a la supuesta inexorabilidad y eficiencia de los sistemas privados. Y, sobre todo, que el pacto alcance el curso productivo y reproductivo de todas las edades.

Desde una perspectiva general, el debate actual sobre el impacto financiero del envejecimiento tiende a velar dos problemas centrales. El primero consiste en sustituir o minusvalorar las políticas de redistribución de la renta como eje del desarrollo del bienestar colectivo de las personas mayores y, de manera particular, la reducción de las desigualdades internas que por razón de la edad y el género tienen lugar en el colectivo de las personas mayores. Como recientemente se ha señalado «para el pensamiento dominante las cuestiones distributivas tienen una importancia secundaria o simplemente no la tienen» (Muñoz del Bustillo, 2008), son únicamente instrumentales o puntuales y no una dimensión central de la justicia económica.

En este sentido, el pensamiento convencional minusvalora la importancia de las políticas de redistribución como un medio, no exclusivamente para una mejora de distribución de la renta, sino para la mejora de las capacidades y el funcionamiento de la vida diaria de las personas mayores (en este punto nos remitimos a Sen, 2009). Es decir, la minusvaloración de las políticas redistributivas en favor de una mayor justicia económica pretende sustituir la racionalidad democrática, con sus inevitables conflictos redistributivos, por la lógica dominante del mercado y, por tanto, minusvalorando la dinámica del Diálogo Social y las expectativas de mejora del bienestar que no se ajusten al marco institucional del mercado.

Más allá de esta consideración, lo que subyace, como venimos diciendo, es una pugna entre dos concepciones de la actividad económica: por una parte, la economía que está en el PIB y se rige por las reglas del mercado y, por otra parte, aquella que sostiene una visión amplia de la actividad económica en la que producción y consumo de bienes relacionales (tiempo de cuidados y de actividad social), tienen un valor económico central en la sociedad (Esteve y Muñoz de Bustillo, 2005) y, en consecuencia, debe ser considerada en cualquier índice de bienestar que pretenda medir el desarrollo de una sociedad con un mínimo rigor.

2. EL ENVEJECIMIENTO EN EL MODELO SOCIAL EUROPEO. UNA PANORÁMICA GENERAL

Europa está en la vanguardia del envejecimiento, tal como señala acertadamente Zaidi (2008), ya que en ella concurren tres factores que alientan una estrategia de progreso social en las políticas de envejecimiento: un proceso social generalizado de envejecimiento que es considerado como un éxito social y un reto al mismo tiempo, la existencia de sistemas de protección social con capacidad, desigual ciertamente, para garantizar una renta y atención sanitaria y social y, finalmente, el compromiso de las sociedades europeas de hacer del envejecimiento una oportunidad de desarrollo social.

En efecto, en el conjunto del modelo europeo el envejecimiento de la población y sus efectos sociales y económicos se considera un éxito si bien cargado de incertidumbres en la medida en que la cohesión social debe ser compatible con la sostenibilidad financiera. Si la filosofía europea común del envejecimiento activo y solidario parece abrirse camino como visión de futuro no está tan clara su dimensión práctica o aplicación en términos de políticas públicas. En efecto, la filosofía europea del envejecimiento se basa en cuatro pilares: asunción de la

idea de que el envejecimiento generalizado forma parte de la construcción de nuevas formas de solidaridad intergeneracional a la vez que es elemento constitutivo de la estrategia general de crecimiento y **cohesión social**; la centralidad del **envejecimiento activo** en las políticas sociales de mayores; la **dimensión productiva,** en su sentido más amplio, de las personas mayores; finalmente, el envejecimiento como una política amplia en la que intervienen el **Estado, la sociedad civil y las personas mayores** como actores de primer orden. Tal formulación no está exenta de ambigüedades con el fin de dar cabida desigual a las distintas opciones ideológicas presentes en el espacio europeo. Pero, al mismo tiempo, las políticas de envejecimiento en la UE, y, en general, las políticas de cohesión, están fuertemente condicionadas por visiones ideológicas en las que la competitividad de las economías europeas (el llamado gobierno económico europeo) y la construcción de un sólido espacio financiero en Europa, son variables determinantes de las políticas de integración social y cohesión regional. Poner de manifiesto la ambivalencia de esta estrategia, es decir, su potencialidad y limitaciones, debe ser objeto de una profunda reflexión que en este texto no podemos hacer, pero sí destacar. Ambivalencia que se pone de manifiesto en los propios documentos de la Comisión Europea como, por ejemplo, la comunicación de 2007 «Promover la solidaridad entre generaciones» (Comisión Europea, 2007).

En efecto, las políticas de envejecimiento forman parte de la estrategia general de competitividad y cohesión social de Lisboa 2000, y en la nueva Estrategia 2020 de la UE se destaca la idea de que es necesario «desplegar completamente sus sistemas de Seguridad Social y de pensiones para asegurar un apoyo adecuado a las rentas y el acceso a la atención sanitaria», así como la reducción de la pobreza en un 25 por cien (cuyo impacto en las personas mayores es importante, sobre todo en la mujeres) (Comisión Europea, 2010). Estas políticas deben tener como centro la solidaridad entre generaciones cuya consideración no debe basarse únicamente en estrictos términos financieros. Tal como se pone de manifiesto en el Eurobarómetro nº 269 (European Commission, 2008), aunque jóvenes y personas mayores no coinciden fácilmente en lo que es mejor para la sociedad, los ciudadanos, sin embargo, consideran mayoritariamente que las personas mayores no son una carga para la sociedad, que el riesgo de conflicto entre generaciones es exagerado por los medios de comunicación y que hay que tener en cuenta el riesgo real de pobreza de las mujeres mayores. Una opinión mayoritaria que confirma algunos de los supuestos y afirmaciones que antes hemos hecho (ver Cuadro 1).

Ciertamente, la opinión pública europea está dividida sobre la sostenibilidad del coste de las pensiones y servicios para las personas mayores inclinándose hacia una visión pesimista (58% de los ciudadanos de la UE-27 están muy de acuerdo y de acuerdo con esta dificultad futura, mientras que en España lo está el 49%). Aunque no podemos valorar el impacto de los medios de comunicación y del marketing financiero en tal opinión sus consecuencias se traducen en que algo más la mitad de de los ciudadanos consultados creen que los jóvenes serán reticentes en el futuro a pagar más impuestos y cotizaciones para el sostenimiento de la llamada tercera edad, con la excepción de los países nórdicos, idea firmemente sostenida por seis de cada diez personas de 15 a 24 años (en España el 45% manifiesta esta reticencia financiera). Con lo cual parece que se está abriendo paso la idea de la responsabilidad individual y, en todo caso, intrageneracional, frente a la tradicional solidaridad intergeneracional.

Como contraste con esta resistencia a la financiación del coste del envejecimiento los ciudadanos de la UE reconocen de manera mayoritaria la aportación de las personas mayores en el orden financiero a sus familiares más jóvenes (87%), en los cuidados informales (77%) y en la creación de capital social (78%; 67% en el caso de España) e, incluso, en el hecho de que el envejecimiento abre nuevas vías de desarrollo económico (64%). También existe una muy amplia opinión pública que afirma que los cuidados informales a cargo de las personas mayores no son valorados suficientemente por la sociedad (77% en la UE-27, mismo porcentaje en España).

Esta doble mirada de reticencia ante la financiación del coste futuro del envejecimiento en Europa y, a la vez, de valoración muy positiva de la aportación de las personas mayores a las familias y al conjunto de la sociedad civil, no impide el reconocimiento por parte de los ciudadanos europeos de la debilidad de las políticas europeas en la provisión de servicios sociales a las personas mayores frágiles o dependientes. Así, en el mencionado Eurobarómetro de marzo de 2009 sólo el 15% de los europeos de la UE-27 que cuidan a familiares afirman recibir una adecuada ayuda por parte de los servicios sociales (13% en España, igualmente en Italia) y sostienen la necesidad de desarrollar políticas de autonomía que podrían redundar en una mayor contribución de las personas mayores a la sociedad, tales como la adaptación de viviendas.

De este flash se deduce no tanto una quiebra de la solidaridad intergeneracional (el apoyo a las políticas de autonomía y atención a la dependencia de las personas mayores tiene un amplio apoyo ciudadano),

sino la tensión social y política que genera un proceso de transición sociodemográfica en el que vienen a coincidir la preocupación por el coste del envejecimiento con la elevada valoración de la activación y productividad de las personas mayores en Europa. Doble mirada que es reflejo a la vez del impacto en las sociedades europeas de las propias políticas públicas y estrategias de financiación del envejecimiento y de la propia conciencia colectiva europea en un momento de transición hacia una nueva sociedad del trabajo y nuevas formas de protección social, con amplias diferencias entre países según la combinación específica de las cuatro esferas del bienestar: empleo, protección social, capital social y responsabilidad familiar.

De esta doble mirada se pueden deducir muy diferentes políticas, pero cabe pensar que las alternativas concretas a largo plazo serán un entreverado de políticas sociales y económicas en las que estará presente por mucho tiempo la tensión entre las variadas visiones de la sostenibilidad financiera y de la solidaridad intergeneracional. En todo caso, hay algunos aspectos a tener en cuenta de cara al futuro de la reforma social del envejecimiento, entre los que cabe destacar dos: la **activación** de las personas mayores y su contribución a la creación de **capital social** y a la reproducción solidaria de la sociedad.

En lo referente a la activación dos son, a su vez, las dimensiones a destacar en el debate: a) En primer lugar, el desarrollo de políticas de flexibilidad en el retiro y de formas flexibles de combinación de empleo y percepción de una pensión, desincentivo de las jubilaciones anticipadas, prolongación de la vida laboral bajo el enfoque de ciclo vital, en suma una amplia flexibilidad en el último tramo de la vida laboral que dependerá de la ocupación y trayectoria vital, más que de una norma rígida. De este modo se podría desarmar (A. Fernández, 2008) el falso dilema de jóvenes-mayores en relación con el mercado laboral y con la financiación del envejecimiento y contribuir a la creación de una sociedad para todas las edades (Comisión Europea, 2004); b) en segundo lugar, la activación se está traduciendo ya en el reconocimiento de la actividad de cuidados por parte de las personas mayores. Si bien en el caso español la elección mayoritaria en favor de las prestaciones económicas frente a los servicios ha provocado un fuerte debate al no poder cumplirse las previsiones de la ley de autonomía y dependencia, en cuyo análisis no podemos entrar, es preciso destacar tanto la activación que está suponiendo el envejecimiento en las personas mayores cuidadoras, que ven reconocida formalmente su informal trabajo de cuidados (Antonnen, 2010), como la propia contribución a la creación de empleo directo que está suponiendo la demanda de cuidados per-

sonales (en el caso español 72 mil empleos en los años 2007, 2008 y 2009).

La contribución de las personas mayores a la construcción de capital social, en su más amplio sentido, es una de las dimensiones más importantes del envejecimiento activo y, como hemos visto, muy altamente valorada por los ciudadanos europeos. En este sentido el trabajo de Sanz y Corrochano (2010) viene a confirmar esta aseveración. Si el gasto social es en conjunto dinamizador, nos dicen estos autores, en la medida en que contribuye a la creación de capital humano (educación) o a su reproducción eficiente (sanidad y cuidados de larga duración) o a la cohesión social (gastos en actividades de tipo comunitario), demuestran también que la interrelación entre gastos de Seguridad Social con capacidad para cubrir las necesidades sociales de manera suficiente y un elevado nivel de capital social (medido a través de indicadores como la participación asociativa) permite multiplicar o establecer círculos virtuosos en la creación de bienestar. No son muchos los países de la UE capaces de establecer este círculo virtuoso, como señalan los mencionados autores. Lo que queda de manifiesto es que si bien el desarrollo del capital social tiene su propia lógica y autonomía y el Estado puede promoverla, que no creerla, la seguridad económica favorece su desarrollo a la vez que el capital social multiplica los efectos sociales y económicos de la seguridad retornando a la sociedad un mayor nivel de cohesión y estabilidad social.

A modo de conclusión

El futuro del envejecimiento en general, y en el caso español también, en muchos sentidos está abierto, sin estar predeterminado demográficamente (Puyol y Abellán, 2006). Si bien la estructura social del mismo depende de la naturaleza y evolución del conjunto del sistema económico y social, la forma concreta que adopta en cada sociedad no es uniforme; por el contrario, hay varios *futuros abiertos* que comparten rasgos comunes de orden generacional y cultural y se diferencian por razones de clase social y también generacional (Vicent, Phillipson, Downs, 2006).

El futuro del envejecimiento depende tanto de factores económicos, como es el empleo y la productividad, como de los compromisos de la sociedad en la cobertura de riesgos, es decir, de las políticas de redistribución de la renta y el riesgo. Escaso empleo, retiro anticipado del mercado de trabajo y carreras cortas de seguro, son factores no determinantes pero sí condicionantes del bienestar futuro de las personas mayores. Igualmente, compromisos institucionales sólidos en favor de

la satisfacción de las necesidades de las personas, bajo la forma de derechos sociales irrenunciables, abren un vasto horizonte de solidaridad en la sociedad. En este sentido lo expresaba con claridad Anisi (1995): «si el empleo es el corazón del Estado de Bienestar, la existencia de derechos económicos no vinculados a ningún tipo de propiedad es su espíritu».

De ahí que la economía del envejecimiento sea en realidad una economía política en cuanto que la diversidad de carreras vitales y la desigualdad social obligan a tomar opciones bien en favor de su mantenimiento y consolidación vía mercado (lo que supone a largo plazo la existencia de mundos de desigualdad), bien en favor de su gestión o, incluso, corrección en profundidad con el fin de modificar la estructura de la desigualdad. En cualquier caso, se trata de opciones políticas que en la realidad suelen ser combinaciones y arreglos en función del equilibro político. Lo que en el día de hoy está claro es que las opciones pro mercado, si bien matizadas por sus consecuencias electorales (el miedo al poder gris, Gil Calvo, 2003), son preferibles en el debate mediático y político, mientras que el conjunto de la sociedad y, sobre todo, las personas mayores, no acaban de ver los aspectos positivos para sus vidas de las propuestas de los intereses financieros sobre la modificación del actual statu quo. Las sociedades cambian y en la situación actual el tránsito de la sociedad española a nuevas formas de producción, consumo y organización colectiva bajo el llamado capitalismo global cognitivo están acelerando dicho cambio. Pero los cambios no son neutros sino frutos de inercias históricas e institucionales, intereses económicos, conflictos sociales y pugnas políticas. Si el statu quo no es posible a largo plazo en el entorno de la UE, ni opción preferible ante la magnitud del cambio social, tampoco lo tienen que ser inevitablemente opciones en las que la financiarización del envejecimiento sea la respuesta dominante sino nuevas formas de desarrollo social y de solidaridad intergeneracional que profundicen en los derechos sociales. Una opinión pública informada desde el miedo al futuro, sobre todo si son personas mayores, no puede responder de otro modo que defendiendo lo que consideran conquistas históricas como son la cobertura sanitaria universal y el sistema de pensiones. De ahí que sea necesario un debate en profundidad, claro y transparente, que los ciudadanos puedan comprender, así como un diálogo social, no agotado en modo alguno, que sea capaz de articular las necesidades de los ciudadanos con el cambio desde una óptica de respuesta colectiva a los riesgos sociales, ya que sólo ésta es capaz a largo plazo de desarrollar los de-

rechos sociales y frenar las tendencias de vulnerabilidad y exclusión social existentes en nuestra sociedad.

Cuadro 1. Indicadores de solidaridad intergeneracional en la Unión Europea (%).

A) Sostenibilidad del gasto social en vejez	Muy de acuerdo	De acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
En los próximos años los gobiernos no serán capaces de financiar las pensiones y el gasto en cuidados de las personas mayores					
UE-27	25	33	19	15	7
España	18	31	27	17	7
La gente que trabaja será cada vez más reticente a pagar impuestos y cotizaciones para financiar el gasto de la gente mayor					
UE-27	19	33	26	16	7
España	12	33	33	17	5
B) Valoración de la aportación de los mayores a la sociedad					
La aportación de las personas mayores a las familias o parientes en general no es apreciada de manera suficiente				6	
UE-27	44	33	13	7	5
España	45	32	12		3
Las personas mayores hacen importantes aportaciones a la sociedad a través del voluntariado y de organizaciones comunitarias					
EU-27	44	34	10	5	7
España	25	42	16	6	11
Las personas que cuidan a personas mayores en el domicilio reciben apoyo por parte de los servicios sociales					
UE-27	8	17	30	35	10
España	6	17	30	42	6

FUENTE: Eurobarómetro nº 269 (2009 sobre Solidaridad Intergeneracional).

ANÁLISIS DE LE ECONOMÍA DEL ENVEJECIMIENTO

A. RENTA Y CONSUMO

Entre los diferentes elementos que conforman la situación económica de las personas mayores destacan, sin duda, los cambios a largo plazo de sus niveles de renta y consumo. Aunque son varias las dimensiones que determinan el bienestar de cualquier colectivo y, más específicamente, el de las personas mayores de 65 años, donde tienen una influencia determinante las condiciones relacionadas con el estado de salud y la calidad de vida, caben pocas dudas de que la mejora en las rentas relativas y una mayor capacidad de consumo son factores relevantes en el bienestar social de este grupo. Desconocemos, sin embargo, con suficiente detalle, si las notables transformaciones sociales registradas en las últimas décadas han dado origen o no a mejoras sustanciales en las condiciones económicas de las personas mayores. La ausencia de fuentes de datos homogéneos en el tiempo, común a cualquier intento de aproximación a la medida del bienestar de los hogares españoles, limita las valoraciones de las posibles mejoras registradas. A pesar de la aparición de nuevas bases de datos, las rupturas metodológicas en las encuestas tradicionales y la limitada posibilidad de enlace entre las distintas fuentes restringen considerablemente la posibilidad de realizar un retrato socioeconómico y analizar los cambios temporales del mismo con suficiente precisión.

Tales límites contrastan con la magnitud de los cambios registrados en los principales factores determinantes de la situación económica de las personas mayores. Si se toma como punto de partida el inicio de los años setenta, destaca, sobre todo, el desarrollo tardío del sistema de protección social en España y, muy especialmente, el aumento de la cobertura ofrecida por las pensiones de la Seguridad Social. La entrada en el sistema de personas con períodos mínimos de cotización, las políticas de revalorización y el desarrollo de la protección no contributiva han ido tejiendo una red protectora en la etapa de retiro mucho más sólida que la que pudieron disfrutar las personas mayores en períodos anteriores. Destacan también los cambios en la relación con la actividad económica, con una mayor cualificación media de las personas mayores y una productividad en la última fase de la vida activa también mayor que la de las generaciones anteriores.

El aumento de las rentas de las personas mayores y su creciente peso demográfico se han traducido en una notable capacidad de consu-

mo[1]. Según los datos de la última Encuesta de Presupuestos Familiares (2008), del total del gasto en consumo realizado en España prácticamente una quinta parte (19%) correspondía a las personas mayores. La capacidad de demanda de este colectivo ha contribuido decisivamente a la expansión de determinadas actividades económicas, a la vez que la mejora general de la calidad de vida en la etapa de retiro, unida al aumento de su capacidad adquisitiva, ha permitido la puesta en marcha de nuevos servicios económicos.

Todas estas luces no deben ocultar, sin embargo, la presencia de importantes sombras. Si bien los indicadores generales de los cambios en la situación económica de las personas mayores parecen mostrar un signo positivo, hay otras señales que alertan sobre las generalizaciones respecto a la mejora de su posición en la sociedad española. Los datos disponibles parecen mostrar un alejamiento progresivo de las rentas de las personas mayores de la media en la etapa anterior de bonanza económica, mientras que los indicadores más específicos de inseguridad económica apuntan a una inversión en el patrón de riesgo, con tasas de pobreza de los mayores de 65 años superiores a las del resto de la población.

Para tratar de ofrecer un retrato lo más ajustado posible de los cambios en la situación económica de las personas mayores en el largo plazo, en este apartado se exploran las diferentes fuentes disponibles sobre los ingresos y gastos de los hogares españoles desde comienzos de los años setenta hasta el cierre de la primera década del siglo XXI. En estas cuatro décadas, como se ha señalado, han sido varios los cambios que han podido afectar a la economía de las personas mayores.

Para valorar sus posibles efectos, resulta necesario ordenar la información disponible, procedente, sobre todo, de las Encuestas de Presupuestos Familiares[2], que cubren la mayor parte del período de análisis,

[1] La renta media anual de las personas mayores (ajustada según la escala de la OCDE modificada) según la Encuesta de Presupuestos Familiares 1980/81 era de 272.925 pesetas, cantidad que ascendía a 833.447 pesetas una década después (valores nominales). Las EPFs más recientes no ofrecen información sobre ingresos anuales sino mensuales. El ingreso mensual neto del hogar ajustado de los mayores era de 988 euros en la EPF 2008, mientras que los datos de las Encuestas de Condiciones de Vida mostraban una renta anual ajustada de los mayores de 11.139 euros en el año 2007.

[2] La Encuesta de Presupuestos Familiares, elaborada por el INE, se viene realizando desde los años sesenta, si bien la frecuencia en su elaboración no ha sido constante y ha sufrido, además, distintos cambios metodológicos. Se trata de una encuesta a hogares, similar a la de otros países, en la que se realiza un recuento exhaustivo de los gastos de los hogares, además de ofrecer información sobre las condiciones de vida y sus ingresos. Desde el año 2006 se dispone de una encuesta de periodicidad anual con un tamaño en torno a los 24.000 hogares, que nos permite reconstruir en el tiempo los cambios en los ingresos y gastos de los hogares españoles.

aunque con grandes intervalos temporales en sus fechas de realización, y de la Encuesta de Condiciones de Vida[3], que es la fuente que nos permite describir con más detalle la situación más reciente.

A través del estudio de ambas fuentes se examinan, primero, los cambios en la renta relativa de las personas mayores y en sus principales fuentes de ingresos. En segundo lugar, se analizan los niveles de gasto y el patrón de consumo de las personas mayores, con el doble objetivo de examinar tanto las diferencias o similitudes respecto al conjunto de la población española como los cambios en el tiempo de la estructura de gastos. En tercer lugar, se analizan las desigualdades dentro de las personas mayores y su contribución a los cambios en la distribución personal de la renta en España. En último lugar, se evalúan los cambios en el riesgo de inseguridad económica o pobreza monetaria, teniendo en cuenta no sólo la renta de los hogares sino también otras dimensiones, como el valor imputado de la vivienda.

1. LAS FUENTES DE INGRESOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Un primer rasgo diferenciador de las condiciones económicas de las personas mayores es la singular estructura de sus fuentes de renta. Convencionalmente, se establece de forma lineal una relación entre la situación económica de las personas mayores y el nivel y la cobertura de las prestaciones recibidas. Puede ser interesante añadir a este retrato otros rasgos, resultantes del análisis del acceso a otras fuentes de renta. Éstas pueden proceder del mantenimiento, aunque lógicamente limitado, de cierta relación laboral, de la rentabilidad del ahorro privado o de otro tipo de ingresos. El abandono del mercado de trabajo a los 65 años de un segmento muy notable de personas mayores —aunque ello no significa que la participación laboral sea nula en el colectivo— supone, en cualquier caso, la dependencia inevitable de las prestaciones sociales o el ahorro privado. En todos los países de la OCDE, son las pensiones la principal fuente de renta de las personas mayores, si bien las especificidades de cada país hacen que el peso relativo de cada fuente no sea uniforme entre países y en el tiempo. En España, las rentas de la propiedad —que se suelen recoger con muchas deficiencias en las encuestas a hogares— han tenido tradicionalmente un peso muy reducido en el conjunto de rentas de las personas mayores.

[3] La Encuesta de Condiciones de Vida es una encuesta armonizada para los países de la Unión Europea, elaborada por el INE, que se realiza anualmente desde 2003 y que proporciona información muy detallada, transversal y longitudinal, sobre los ingresos y condiciones de vida de los hogares, con una muestra de 16.000 hogares aproximadamente.

Las Encuestas de Presupuestos Familiares permiten confirmar que esa estructura de rentas sólo se ha modificado muy levemente en el tiempo (Cuadro 2). Los datos más recientes confirman que para casi el 90% de las personas mayores la principal fuente de ingresos son las pensiones, mientras que las rentas de la propiedad tienen un peso casi desdeñable en términos porcentuales. Destaca, en comparación con décadas anteriores, el peso creciente de las rentas relacionadas con la actividad económica, especialmente en el estrato con edades inmediatamente anteriores a los setenta años.

Cuadro 2. Fuente principal de renta según la edad del sustentador principal

Año 2008	Cuenta propia	Cuenta ajena	Rentas de la propiedad	Prestaciones sociales	Otros
65-70	5,1	8,8	1,9	84,0	0,3
71-75	2,8	5,2	1,4	90,4	0,2
76-80	1,3	3,8	1,3	93,5	0,1
>80	2,0	3,1	1,7	93,0	0,1
>65 años	3,2	5,9	1,6	89,1	0,2
Total hogares	17,3	61,7	0,4	20,2	0,3
Año 1990	Cuenta propia	Cuenta ajena	Rentas de la propiedad	Prestaciones sociales	Otros
65-70	2,1	3,2	3,4	90,2	1,1
71-75	0,3	0,3	2,4	96,2	0,8
76-80	0,1	0,2	1,4	97,7	0,5
>80	0,1	0,0	1,0	98,6	0,3
>65 años	0,9	1,3	2,3	94,7	0,7
Total hogares	11,5	53,1	3,3	27,9	4,1
Año 1980	Cuenta propia	Cuenta ajena	Rentas de la propiedad	Prestaciones sociales	Otros
65-70	5,1	7,2	1,3	86,1	0,4
71-75	2,2	1,9	1,4	94,1	0,4
76-80	1,6	1,7	2,0	94,5	0,1
>80	0,8	1,3	1,4	96,1	0,4
>65 años	2,9	3,8	1,4	91,5	0,3
Total hogares	15,6	59,0	0,6	24,5	0,4

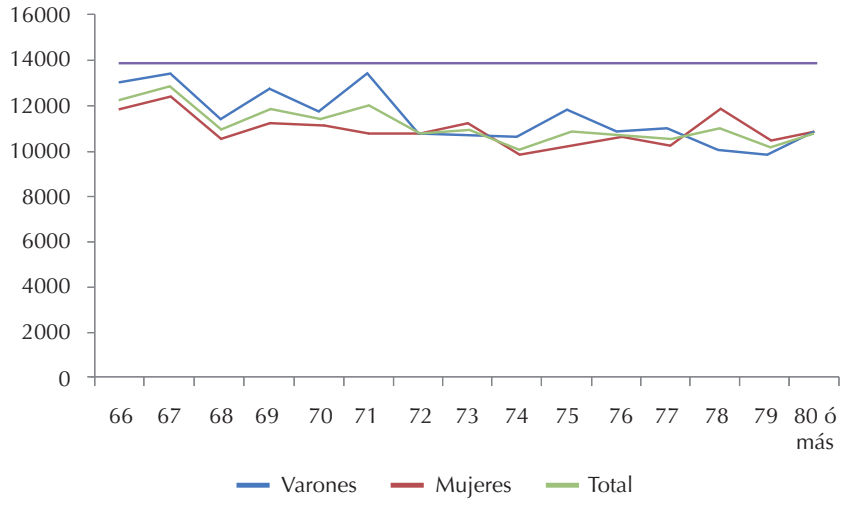
Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Los diferentes trabajos que han tratado de analizar los cambios en el tiempo de la situación económica de las personas mayores coinciden en señalar una serie de rasgos o hechos estilizados respecto a sus niveles medios de renta. El primero es que la mayoría de los estudios realizados con datos anteriores a mediados de los años noventa muestran una mejora

progresiva de la situación económica de las personas mayores hasta esa fecha. El segundo es que las estimaciones realizadas para los años posteriores parecen arrojar un cuadro menos positivo. Este empeoramiento de la posición relativa de las personas mayores, en un contexto de intenso crecimiento económico, suscita varios interrogantes, especialmente ante el nuevo marco de crisis intensa y prolongada. Entre otros, la pérdida de posiciones obliga a examinar con detalle la evolución de sus ingresos relativos y el modo en que los cambios en su estructura de rentas han podido introducir algún elemento de vulnerabilidad.

Si la atención se fija en los niveles relativos de ingresos de las personas mayores, una cuestión preliminar es la definición del propio concepto de renta. La heterogeneidad de las situaciones de convivencia en el hogar de las personas mayores puede dar lugar a diferentes aproximaciones. Resulta distinta, lógicamente, la situación económica de una persona mayor con una pensión de reducida cuantía pero que vive en un hogar donde hay otros adultos con mayores ingresos que la de otra persona también con edad superior a los 65 años y una renta similar que vive sola o es la sustentadora principal de su hogar[4].

Gráfico 48. Ingresos medios de las personas mayores, 2007 (euros corrientes).



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Condiciones de Vida.

[4] Existe cierta discrepancia en los datos de la ECV-08 y la EPF-08 sobre el porcentaje de personas que viven en hogares sustentados por personas mayores. Mientras que el porcentaje de hogares en los que el sustentador principal es una persona mayor es ligeramente superior en la EPF (un 26,1% frente al 24,1% de la ECV) la diferencia se invierte cuando se considera el número de individuos que viven en hogares de esas características (un 11,6% en la EPF frente al 16,4% de la ECV).

Tal como es habitual en el análisis distributivo, en este trabajo tomamos como referencia la renta ajustada del hogar donde viven las personas mayores, imputando a cada miembro la cantidad equivalente. Se consideran, por tanto, los ingresos totales del hogar, que se ajustan por una escala de equivalencia, que permite tener en cuenta las economías de escala que se producen dentro del hogar[5]. Para tener una idea más precisa de la situación económica general de las personas mayores, tales datos deben completarse con aquellos que muestran los niveles de renta, también ajustada, de los hogares donde el sustentador principal es una persona mayor de 65 años. Los datos más actualizados en el momento de realización de este trabajo —la Encuesta de Condiciones de Vida de 2008[6]— revelan que la renta ajustada de las personas mayores es casi un 20% más baja que la del conjunto de la población española. Tal dato se refiere a las personas mayores en general, sin diferenciar si se trata o no de hogares sustentados por personas mayores. Cuando ese dato se cualifica teniendo en cuenta únicamente a las personas mayores que son sustentadoras de sus hogares, la diferencia se amplía hasta casi un 25%. Se observa, además, el rasgo bien conocido de una situación más desfavorable para las mujeres mayores de 65 años (un 79% de la renta media frente al 83% de los varones según la ECV). Ese diferencial es especialmente acusado hasta sobrepasar los setenta años de edad, reduciéndose la brecha en las edades más avanzadas (Gráfico 48).

Una cuestión clave en el análisis de las condiciones económicas de las personas mayores es si ese diferencial se mantiene relativamente constante en el tiempo o si la brecha se ha ampliado. La única vía para reconstruir las tendencias en el largo plazo es comparar los indicadores actuales con los que para décadas anteriores proporcionaban otras encuestas con información sobre la renta de los hogares. Con objeto de disponer de una serie lo más homogénea posible, se pueden utilizar, para ello, tanto los datos ya citados de la Encuesta de Condiciones de Vida, como los de la Encuesta de Presupuestos Familiares. El enlace de las diferentes fuentes ofrece un retrato revelador: las diferencias de renta entre las personas mayores

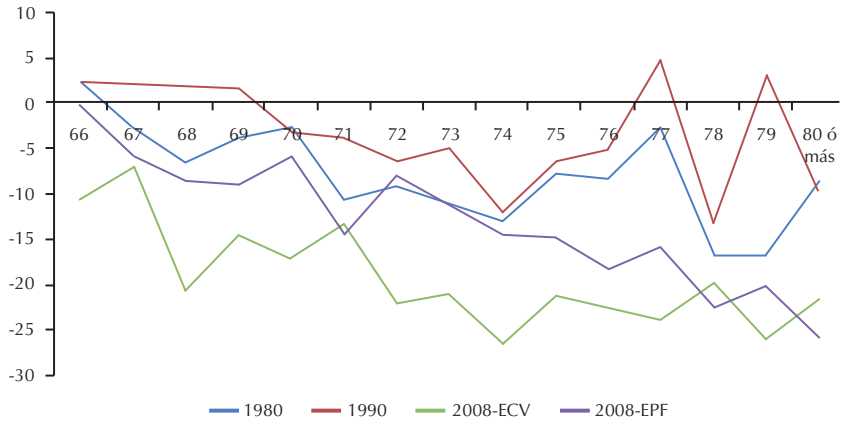
[5] Se ha utilizado la escala de equivalencia de la OCDE modificada, recomendada por Eurostat, que asigna el valor de 1 al sustentador principal del hogar, 0,5 al resto de adultos y 0,3 a los menores de edad.

[6] Como es habitual en la mayoría de las encuestas a los hogares, los datos de renta se refieren al año anterior al de realización de la encuesta.

y la media de la población española son más amplias en la actualidad que hace tres décadas.

Si se toman, por ejemplo, los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares —considerando la renta ajustada del hogar donde viven las personas mayores— esa brecha se limitaba a cerca de cinco puntos porcentuales a comienzos de los años ochenta.

Gráfico 49. Diferencias respecto a la renta media de la población española por tramos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida y Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Ese diferencial se fue cerrando, además, durante dicha década, hasta alcanzar su valor más bajo en 1990 (sólo dos puntos por debajo de la media). La expansión cobrada por el sistema de pensiones y, en general, por los mecanismos de garantía de rentas, permitió ese acercamiento de las personas mayores a la media, incluso en un contexto de crecimiento económico muy intenso. Tal como puede apreciarse en el Gráfico 49, se trata del único intervalo temporal en los últimos treinta años en el que algunos de los colectivos en edades superiores a los 65 años presentaban rentas superiores a la media española. Los datos disponibles para el período posterior —desde 1990 hasta la actualidad— ofrecen un panorama menos positivo. Un tercer rasgo que emerge de la observación de las rentas relativas de las personas mayores por tramos de edad es la existencia de una cierta linealidad entre mayor envejecimiento y menor renta relativa. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Ingresos relativos de las personas mayores respecto a la media de la población española.

	1980			1990			2008[a]		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
<18 años	0,94	0,94	0,94	0,90	0,92	0,91	0,92 (0,97)	0,92 (0,94)	0,92 (0,95)
Adultos	1,06	1,05	1,05	1,05	1,04	1,05	1,06 (1,08)	1,03 (1,05)	1,03 (1,06)
>65 años	0,92	0,95	0,94	0,97	0,98	0,98	0,90 (0,83)	0,87 (0,79)	0,87 (0,80)
65-70	0,98	0,94	0,96	1,01	1,00	1,01	0,96 (0,91)	0,89 (0,82)	0,93 (0,87)
71-75	0,85	0,94	0,90	0,94	0,92	0,93	0,89 (0,79)	0,85 (0,76)	0,87 (0,77)
76-80	0,87	0,90	0,89	0,98	0,97	0,97	0,80 (0,77)	0,78 (0,78)	0,79 (0,78)
>80	0,90	1,04	0,99	0,92	1,01	0,98	0,86 (0,78)	0,92 (0,78)	0,80 (0,78)

[a] Los datos entre paréntesis corresponden a la ECV.
Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida* y *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

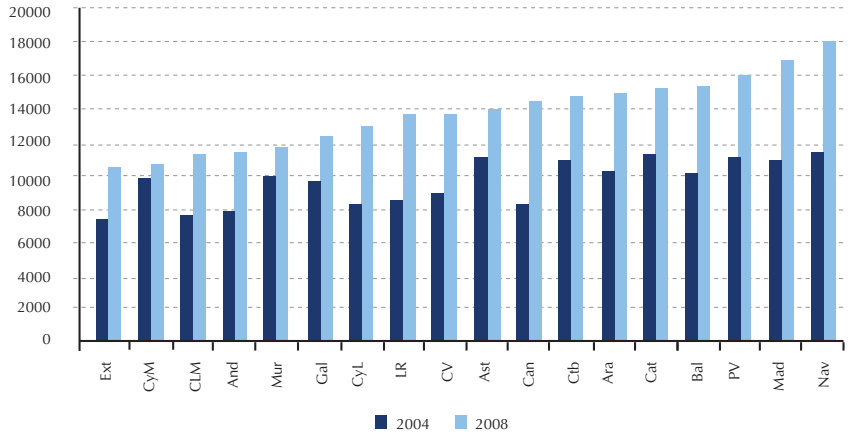
Un último elemento relevante en el perfil de ingresos de las personas mayores es la posible diferenciación territorial de sus rentas relativas. La dependencia de las pensiones debería originar, a priori, que las rentas de las personas mayores fueran relativamente homogéneas por Comunidades Autónomas. La legislación no establece ningún tipo de determinación territorial de las cuantías, por lo que su rango de variación debería ser reducido o, al menos, considerablemente inferior al de otras prestaciones o servicios. La información territorial disponible revela, sin embargo, que la dispersión territorial en el nivel medio de las pensiones es considerable. Las cuantías de las pensiones en algunas regiones son superiores en más de veinte (Madrid y Asturias) o veinticinco puntos (País Vasco) a la media nacional. En otras regiones, por el contrario, la diferencia negativa respecto a la media nacional es cercana a los quince puntos (Extremadura, Galicia y Murcia). El seguimiento de la evolución en el tiempo de las diferencias parece indicar, incluso, que han sido las Comunidades con pensiones que a mediados de los años ochenta ya eran superiores a la media las que han registrado un crecimiento mayor. Se trata también de regiones con una renta media superior al promedio nacional. Parece claro, por tanto, que, aun en ausencia de descentralización territorial, la diferenciación de las cuantías de las pensiones por Comunidades Autónomas es un hecho consolidado.

Las explicaciones de esta forma de desigualdad remiten a dos razones fundamentales: una de carácter económico y otra de carácter institucio-

nal. La primera surge, fundamentalmente, por la marcada heterogeneidad en las pautas de especialización productiva en las diferentes zonas del territorio nacional. La diversidad de estructuras productivas, y, con ello, de los niveles de precios y salarios, impone bases de cotización y cuantías distintas a lo largo del territorio. Aunque de forma matizada por la existencia de límites correctores mínimos y máximos, en las regiones con mayor crecimiento de la actividad económica y mayor renta media, con salarios más elevados, las pensiones presentan valores superiores a los de otras zonas con menor dinamismo. La evidencia empírica disponible, sin embargo, no parece ser suficiente para validar completamente la hipótesis de una relación lineal entre las cuantías de las pensiones y la renta media de cada región. Hay algunas especificidades del sistema de pensiones que contribuyen a esta dispersión, independientemente del nivel de salarios. Las diferencias en el tejido productivo en cada Comunidad Autónoma no sólo tienen su reflejo en el valor final de las pensiones a través de bases de cotización diferentes. El sistema español de Seguridad Social destaca por su alto nivel de fragmentación, que se manifiesta en el mantenimiento durante varias décadas de un sistema de regímenes especiales, ligado a esas singularidades productivas, que acompañan al régimen general. Si bien la mayoría de los pensionistas de todas las Comunidades Autónomas participan del régimen general, puede hablarse de algunas particularidades en regiones concretas.

Bajo tales premisas, no es extraño que las diferencias observadas en los niveles de renta de las personas mayores se caractericen por presentar un alto rango de variación (Gráfico 50).

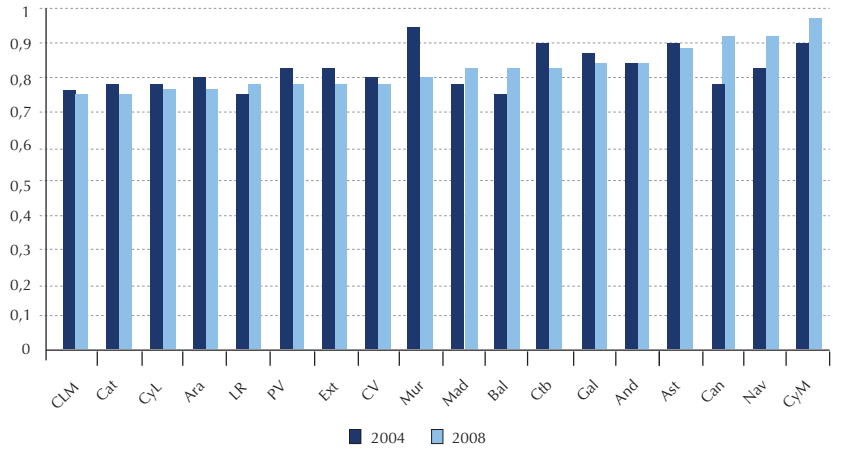
Gráfico 50. Los ingresos de las personas mayores por CC.AA. (euros corrientes).



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida*.

En Comunidades Autónomas como Navarra o Madrid la renta de las personas mayores —renta ajustada del hogar en que viven las personas mayores— es muy superior a la que ciudadanos con las mismas edades tienen en Extremadura, Castilla-La Mancha, Andalucía, regiones agrícolas o Ceuta y Melilla. Los ingresos medios de las personas mayores en la Comunidad con valores más bajos (Extremadura) son algo más de la mitad de los de la región en la que las personas mayores presentan rentas más altas (Navarra). Se observa, como se adelantó, una clara relación entre el nivel medio de renta de cada territorio y el nivel de ingresos de sus mayores. Cabría citar también, aunque se trate de un factor menos relevante, la mayor participación laboral de las personas mayores en las CC.AA. de mayor renta, que también contribuiría a los mayores ingresos comparados.

Gráfico 51. Ingresos medios relativos de las personas mayores por CC.AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida*.

La comparación de los valores absolutos de ingresos ofrece, sin embargo, sólo un cuadro parcial de las diferencias territoriales en las condiciones económicas de las personas mayores. Otra posible perspectiva, complementaria de la anterior, remite no tanto a las diferencias de renta entre Comunidades Autónomas sino a la pregunta más general de cuál es la situación de las personas mayores respecto al nivel medio de renta en su territorio. El panorama es muy diferente del que se desprendía del análisis anterior, al difuminarse la relación con el nivel medio de riqueza de cada territorio (Gráfico 51). Sólo Navarra, entre las CC.AA. con mayores niveles de renta de las personas mayores, destaca también en cuanto a mejor posición relativa del colectivo. Otras regio-

nes, como Andalucía, Canarias y Ceuta y Melilla, donde las rentas de las personas mayores son bajas en el contexto comparado, se incluyen, sin embargo, en el grupo donde su renta relativa es más alta. Destaca, en términos generales, que en todas las regiones españolas las personas mayores tienen una renta más baja que la media de la población, si bien hay un amplio abanico de experiencias, con indicadores cercanos al 75% en Castilla-La Mancha y Cataluña, que contrastan con el valor próximo al 95% de Navarra.

2. ESPECIAL REFERENCIA AL SISTEMA DE PENSIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A. Las pensiones como principal fuente de ingresos de las personas mayores

La llegada de la democracia en España racionalizó la seguridad social, a través de los diversos gobiernos democráticos, superando el «sistema» de seguros sociales heredado de la dictadura. La creación y desarrollo del Estado de Bienestar se produjo en nuestro país con un ostensible retraso respecto a la Europa democrática. Las demandas sociales hicieron que los gastos sociales se incrementaran, lo que condujo a la reforma, elaboración y desarrollo de distintas leyes sociales, necesarias para una mejor redistribución de la riqueza a través de, entre otras, las pensiones de la Seguridad Social. La universalización de las pensiones del sistema, la aprobación de leyes que condujeron al reconocimiento de pensiones para aquellos que por una u otra causa no pudieron acceder a las pensiones contributivas, sentaron las bases normativas de un Estado moderno, eficaz y mucho más justo. El aumento del gasto social, aunque aún alejado de los Estados europeos más avanzados, en la etapa democrática ha sido considerable.

Todo ello, unido a otras importantísimas leyes sociales, ha contribuido a una estabilidad económica de los pensionistas del sistema de la Seguridad Social española, estabilidad no conocida en el pasado, y que ha venido garantizada por ley así como la actualización anual de las respectivas pensiones. En nuestro país, las pensiones constituyen un montante cercano al 90 por ciento de los recursos financieros de las personas mayores. De ahí, la importancia de nuestro sistema de Seguridad Social, garantía de subsistencia y futuro de nuestros pensionistas.

B. Revalorización y mejora de las pensiones de la Seguridad Social

La década de los noventa supuso una serie de cambios sociales que afectaron a cuestiones muy variadas y que condicionaron la adecua-

ción del sistema de Seguridad Social a las nuevas necesidades derivadas de: cambios en el mercado de trabajo, mayor movilidad en el mismo, incorporación de la mujer al mundo laboral etc.

Como hito más destacable de esta etapa, se resalta la firma del Pacto de Toledo, con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales, que tuvo como consecuencia importantes cambios y el establecimiento de una hoja de ruta para asegurar la estabilidad financiera y las prestaciones futuras de la Seguridad Social.

La implantación de las prestaciones no contributivas, la racionalización de la legislación de la Seguridad Social (llevada a cabo a través del nuevo Texto Refundido de 1994), la mayor adecuación entre las prestaciones recibidas y la exención de cotización previamente realizada, la creación del Fondo de Reserva de la Seguridad Social, la introducción de los mecanismos de jubilación flexible y de incentivación de la prolongación de la vida laboral, o las medidas de mejora de la protección, en los supuestos de menor cuantía de pensiones, son manifestaciones de los cambios introducidos desde 1990 hasta la fecha, en el ámbito de la Seguridad Social.

La evolución de los últimos años en el sistema de pensiones español, en lo que adecuación se refiere, ha continuado la senda iniciada hace unos años, con la mejora de algunos aspectos relacionados con la garantía de ingresos mínimos, con el reconocimiento como períodos cotizados de los períodos de reducción de jornada o de la excedencia por cuidado de hijos, que ha contribuido al beneficio relativo de la situación de las mujeres en los niveles de pensión. Estos avances se corresponden en parte con las normas que se han introducido a partir de enero de 2008 por la ley 40/2007 y con la perspectiva de abordar la adecuación del sistema de Seguridad Social con nuevas medidas que se plantearon en el marco de los trabajos de la comisión del Pacto de Toledo, y que concluyeron con la formulación de las propuestas para establecer las bases que permitieran a los poderes públicos tomar las decisiones correspondientes.

La materialización de este proceso ha culminado con la elaboración, aprobación y publicación de la *Ley 27/ 2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social,* que viene a dar respuesta a las necesarias reformas del sistema de pensiones para garantizar su sostenibilidad, como consecuencia, entre otros factores, de las tendencias de evolución demográfica pero también, para dar respuesta a la necesidad de establecer un equilibrio entre la contributividad del sistema estableciendo una relación más

adecuada entre el esfuerzo realizado en cotizaciones a lo largo de la vida laboral y las prestaciones contributivas a percibir.

El contenido de esta ley es una de las reformas más amplias y de mayor calado de las realizadas en el sistema público de pensiones y avanza en la dirección marcada por las recomendaciones del Pacto de Toledo. Las cuestiones de mayor relevancia se refieren a: edad de jubilación, cuantía de las pensiones, mejora de las pensiones mínimas para personas solas, separación de fuentes, trabajadores agrarios, trabajadores autónomos, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y factores de sostenibilidad del sistema.

En relación con las políticas específicas dirigidas a mejorar la situación de los pensionistas con menores ingresos, los esfuerzos se han dirigido fundamentalmente al *incremento adicional anual de las pensiones mínimas y de las pensiones no contributivas,* en relación con la revalorización general que se efectúa en función de la variación del Índice de Precios al Consumo.

En la política de pensiones mínimas el objetivo previsto por el Gobierno era conseguir un incremento del 26 por ciento en sus cuantías. La política real llevada a cabo en estos años ha permitido superar dichos porcentajes en todas las pensiones mínimas, pero con distinta intensidad en función de las cargas familiares, lo que ha tenido efectos muy positivos en términos de reducción de la pobreza en España. (Las cuantías de pensiones en el sistema español de pensiones se aplican en función de las distintas clases de pensión, edad del pensionista y su situación familiar según tengan o no cónyuge a cargo).

Para *todas las pensiones de jubilación e invalidez que tienen cónyuge a cargo,* el incremento de la pensión mínima ha sido del 53,02 por ciento en el período 2004-2011, y para las pensiones que no tienen cónyuge a cargo el aumento ha sido del 46,06 por ciento.

En las pensiones de viudedad, las cuantías mínimas dependen de distintas situaciones en las que se puede encontrar el titular de la pensión, y que se relacionan con la edad, la discapacidad del titular y la existencia o no de cargas familiares. Para esta clase de pensión el incremento que han experimentado las cuantías, según cada situación particular, oscilan entre un 38,53 por ciento para pensionistas menores de 60 años sin cargas familiares y un 53,46 por ciento para titulares con cargas familiares.

Los tipos de pensión y el incremento que han experimentado desde 2004 pueden apreciarse en la información que se detalla a continuación:

Clase de pensión	% incremento 2004-2011
Jubilación e Invalidez	
- Con cónyuge a cargo => 65 años	53,02
- Con cónyuge a cargo < 65 años	53,46
- Con cónyuge no a cargo=> 65 años	38,53
- Con cónyuge no a cargo < 65 años	38,53
- Sin cónyuge=> 65 años	46,06
- Sin cónyuge< 65 años	46,61
Viudedad	
- Mayor = 65 años o discapacitado	46,06
- Edad 60 a 64 años	416,61
- Menor 60 sin cargas	48,72
- Con cargas familiares	81,25
Orfandad	
-Favor familiares	47,60
Otras pensiones	
-Orfandad <18 años y minusvalía>=65 años	28,31
-S.O.V.I.	27,01

La comparación de estos incrementos a efectos de valorar la ganancia de poder adquisitivo, hay que hacerlo con el incremento del Índice de Precios al Consumo en el mismo período, que ha sido en torno al 17,50 por ciento.

En el período considerado existen además grupos de perceptores de *pensiones mínimas a los que se han reconocido nuevos derechos* que previamente no tenían, tales como los pensionistas de incapacidad permanente total con edades entre 60 y 64 años a partir de 2006, y las viudas/os con cargas familiares desde el año 2007, que se equiparan a la de los jubilados de menos de 65 años sin cónyuge a cargo.

C. Evolución de la pensión media de jubilación

La mejora en el nivel medio de pensiones en el tiempo puede observarse mediante la comparación de la pensión media de los pensionistas en vigor con la pensión media de las nuevas altas. A efecto de esta comparación, la pensión más representativa es la pensión de jubilación que presenta las siguientes cuantías:

Pensión media de jubilación (*euros mes*)

	1995	2000	2007	2010	2011
Pensiones en vigor	443,96	539,18	688,68	883,68	916,19
Nuevas pensiones	535,58	644,86	828,13	994,34	1.189,47

A medida que se va produciendo la renovación del colectivo al extinguirse pensiones antiguas de cuantía más baja por nuevas pensiones de cuantía más alta, se va elevando paulatinamente en el tiempo el nivel de la pensión media.

Si se observa *la cuantía media de las pensiones de jubilación en vigor,* la distribución es la siguiente:

Pensión media de jubilación pensiones en vigor (*euros mes*)

1995	2000	2005	2007	2010	2011
443,96	539,18	688,68	770,62	883,68	916,19

Pensión media de jubilación de nuevas altas (*euros mes*)

2002	2005	2007	2010	2011
712,47	828,13	994,34	1.128,83	1.189,47

La pensión media del Sistema, que engloba las distintas clases de pensión (jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y en favor de familiares), se sitúa en torno a los 805,77 euros en el año 2011, lo que supone un incremento interanual del 3,3%.

En el mes de julio de 2011, el número de pensiones contributivas en vigor alcanzó la cifra de 8.812.560 pensiones, lo que representa un crecimiento interanual del 1,6%, con la siguiente distribución: pensiones de jubilación, 5.250.797; de viudedad, 2.310.329; 940.096, por incapacidad permanente; 273.317, por orfandad y 38.021, en favor de familiares.

D. Un siglo de protección social en España

«La protección social en España se ha afianzado firmemente durante cien años sobre conceptos como la cohesión, la distribución de la renta o el progreso económico, pero ha sido la estabilidad política de la democracia la que ha cristalizado en un modelo público de asistencia y prestaciones de carácter universal que nos ha permitido consolidar un Estado de Bienestar similar al de los países de nuestro entorno» (Celestino Corbacho. Ex Ministro de Trabajo e Inmigración).

El sistema de Seguridad Social constituye un pilar central de la sociedad española a través del cual se ha consolidado y desarrollado un sistema eficaz de bienestar para los ciudadanos. A lo largo de los años, ha ido ampliando su cobertura a más beneficiarios y ha ido, también,

mejorando su intensidad protectora, garantizando la asistencia y prestaciones suficientes ante estados de necesidad.

Con el compromiso firme y duradero de todos los agentes políticos y sociales de velar para que los derechos de protección social no se vean reducidos por decisiones a corto plazo y se sitúen en el ámbito del diálogo permanente y del mayor consenso posible, se institucionalizó el Pacto de Toledo, que se fundamenta en la mutua colaboración de los partidos políticos para asegurar los derechos que dimanan de la formulación social del Estado. La Comisión del Pacto de Toledo ha venido realizando sus trabajos y ha formulado sus recomendaciones con el objetivo de establecer las bases para que los poderes públicos tomen sus decisiones en materia de pensiones.

El sistema de Seguridad Social tiene que seguir haciendo frente a importantes desafíos, afrontando a largo plazo las exigencias derivadas, entre otras, de las tendencias de evolución demográfica, a fin de garantizar su sostenibilidad financiera. El hecho incuestionablemente positivo de que la esperanza de vida aumente progresivamente en España, hasta haberse convertido en el segundo país del mundo con mayor pervivencia de la población, enfrenta también el reto de que, en el futuro, será necesario asumir el pago de más pensiones durante más tiempo a causa de dicho envejecimiento de la población.

E. La nueva reforma de las pensiones: Ley 27/ 2011, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social

El contenido de esta ley ya se expresa en el artículo 1: *refuerza el principio de suficiencia y la garantía de solidaridad mediante una adecuada coordinación de las esferas contributiva y no contributiva de protección*.

Los aspectos más relevantes de esta reforma que más relación pueden tener con el envejecimiento activo hacen referencia a:

- La **edad de jubilación** se incrementa progresivamente hasta los 67 años en un período transitorio de 15 años, que comienza en 2013 y culmina en 2027. Se mantiene la jubilación a los 65 años con el 100% acreditando un período de cotización, que se aumentará gradualmente hasta los 38 años y seis meses. Se tiene en cuenta a efectos de cómputo la interrupción de la vida laboral de las madres y padres para cuidados de hijos menores de 6 años, tendrá consideración de período de cotización efectiva la excedencia por cuidado de cada hijo o menor y se contempla la jubilación antes de la edad

ordinaria para trabajadores que realicen trabajos de especial peligrosidad o penosidad.

- El **período de cómputo** se amplia, para dar respuesta a la necesidad de reforzar la contributividad del sistema de pensiones, ampliando gradualmente los 15 años actuales a los 25 años. Se aborda un tratamiento favorable para los trabajadores de más edad expulsados prematuramente del mercado de trabajo, respecto a la aplicación del período de cálculo. Por último se establecen nuevas reglas para tener en cuenta los esfuerzos de cotización realizados.
- La **escala** que se utiliza **para la determinación de la pensión** en función del esfuerzo de cotización evolucionará progresivamente hasta convertirse en totalmente proporcional.
- Se aborda la **prolongación de la vida laboral**, incrementando los incentivos para las personas que alarguen su vida laboral después de la edad legal de jubilación, pudiendo aumentar por encima del cien por cien de la base reguladora entre un 2 y un 4 por 100 de cada año completo transcurrido entre la fecha en que cumplió dicha edad y la del hecho causante de la pensión, en función del número de años cotizados que se acrediten.
- Se establece el acceso a la **jubilación anticipada** siempre que se acredite un mínimo de cotización de 33 años, aplicando coeficientes reductores y con dos modalidades: por causa no imputable al trabajador (requisitos, 61 años, estar inscrito como demandante de empleo en las oficinas de empleo, despido como consecuencia de crisis o cierre de la empresa y extinción de la relación laboral de la mujer a consecuencia de ser víctima de la violencia de género) y por cese voluntario (requisitos: 63 años, la pensión resultante ha de ser superior al importe de la pensión mínima que le hubiera correspondido al cumplir los 65 años), también se mantienen, tanto la posiblidad de jubilación anticipada para los que tuvieran la condición de mutualista a 1 de enero de 1967 con coeficiente reductor del 8% anual, como la jubilación parcial a los 61 años.
- Los **complementos de mínimos** de las pensiones contributivas no podrán superar la cuantía de las pensiones de invalidez y jubilación en su modalidad no contributiva (no afecta a las pensiones de gran invalidez).
- Se mandata al Gobierno a reforzar, desde la vertiente no contributiva, **las pensiones de los mayores** que viven en **unidades económicas unipersonales**, sin hacer distinciones por razón de la contingencia protegida.

- Se recoge la recomendación del pacto de Toledo sobre mejora de la **pensión de viudedad para mayores de 65 años**, que tengan en esta prestación su principal fuente de ingresos.

3. EL CONSUMO DE LAS PERSONAS MAYORES

Un segundo elemento que permite caracterizar las condiciones económicas de las personas mayores lo constituye el nivel y la estructura del consumo que realizan. El análisis de las pautas y niveles de consumo de las personas mayores ha producido, tradicionalmente, resultados distintos de los que pueden observarse cuando la atención se centra en la vertiente de los ingresos.

La mayor diferencia entre ingresos y gastos sugiere, a priori, un mayor ahorro relativo de las personas mayores. Carecemos, sin embargo, de una descripción precisa de los cambios en el tiempo de su comportamiento de ahorro. La mayoría de las encuestas que se han utilizado en los últimos años para examinar las condiciones económicas de las personas mayores sólo recogen los ingresos de los hogares, careciendo, por tanto, de información suficiente sobre las diferencias en los niveles de ahorro por grupos de edad. La única fuente que incluye datos de ingresos y gastos de los hogares son las Encuestas de Presupuestos Familiares. El análisis de la diferencia entre ambas variables puede facilitar, aunque sea parcialmente, la consideración del ahorro en el análisis de la situación económica de las personas mayores.

Cuadro 4. Gasto relativo de las personas mayores respecto a la media de la población española.

	1980			1990			2008		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
<18 años	0,98	0,98	0,98	0,95	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97
Adultos	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,05	1,05
>64 años	0,83	0,84	0,83	0,85	0,85	0,85	0,83	0,79	0,80
65-70	0,87	0,83	0,85	0,90	0,88	0,89	0,92	0,86	0,89
71-75	0,80	0,84	0,82	0,82	0,82	0,82	0,83	0,78	0,80
76-80	0,76	0,83	0,80	0,84	0,80	0,81	0,76	0,72	0,74
>80	0,85	0,84	0,84	0,75	0,86	0,82	0,71	0,76	0,74

Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Presupuestos Familiares.*

La información más actualizada sobre el gasto de consumo realizado por los hogares donde residen las personas mayores —gasto monetario por adulto equivalente— ratifica la idea de niveles de gasto sensiblemente in-

feriores a los del resto de la población (Cuadro 4). Según la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2008, el gasto ajustado de las personas mayores representa un 20% menos que el del conjunto de la población española. Tal como sucedía en el caso de los ingresos, la distancia es especialmente amplia en el caso de las mujeres. Esta brecha de género se ha ido ampliando, además, en el tiempo, dado que los datos disponibles para comienzos de los años ochenta mostraban niveles ligeramente más altos de consumo para las mujeres mayores de 65 años que los de los varones de la misma edad. Un segundo rasgo destacado en la evolución del consumo de las personas mayores es la consolidación en el tiempo de un perfil claramente decreciente con la edad (Gráfico 52). El «envejecimiento dentro del envejecimiento» significa, como se ha constatado anteriormente, tanto un menor nivel relativo de ingresos como un consumo más reducido.

Un aspecto relevante, sin duda, en la valoración de los niveles de consumo de las personas mayores es la relación con los diferenciales de ingresos anteriormente mencionados. Así, una cuestión clave en la valoración de la posición económica de las personas mayores y en consideraciones más amplias de bienestar es si la posible existencia de mayores niveles de ahorro que en otros grupos de edad podría compensar los diferenciales observados en los ingresos medios[7].

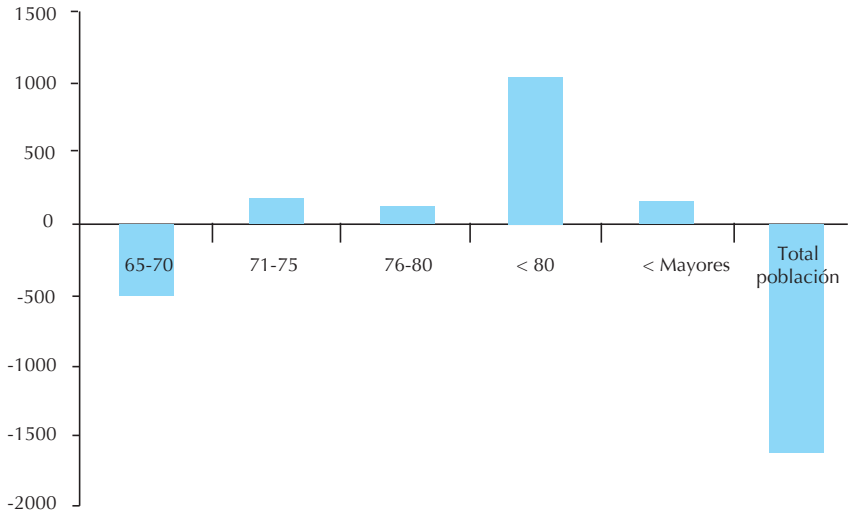
Gráfico 52. Diferencias respecto al gasto medio de la población española por tramos de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta Presupuestos Familiares*.

[7] La teoría del ahorro en el ciclo vital predice que en la etapa de retiro de la actividad económica los individuos desahorran los fondos acumulados durante la etapa activa. Los supuestos de estos modelos son, sin embargo, restrictivos, al asumir que las personas adoptan sus decisiones de consumo y ahorro teniendo en cuenta toda su vida (activa e inactiva), que en la etapa activa se ahorra una parte de la renta para acumular riqueza que permita el consumo en la etapa inactiva y que el ahorro acumulado en la vida activa es igual al consumo en la jubilación.

Con las cautelas ya mencionadas sobre las dificultades para disponer de una correcta medición de los ingresos en las EPFs y utilizando un procedimiento muy rudimentario de medición del ahorro —la diferencia entre los gastos y los ingresos monetarios de los hogares donde residen las personas mayores ajustados por una escala de equivalencia—, es posible una aproximación general a la diferencia de ahorro de las personas mayores respecto al resto de la población. De los datos de ingresos y gastos de la Encuesta de Presupuestos Familiares se deducen niveles de ahorro de las personas mayores muy superiores a los del resto de la población, donde, a diferencia de lo que se observa para las personas mayores, el saldo neto es negativo (Gráfico 53).

Gráfico 53. Diferencia entre ingresos y gastos, año 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Presupuestos Familiares.*

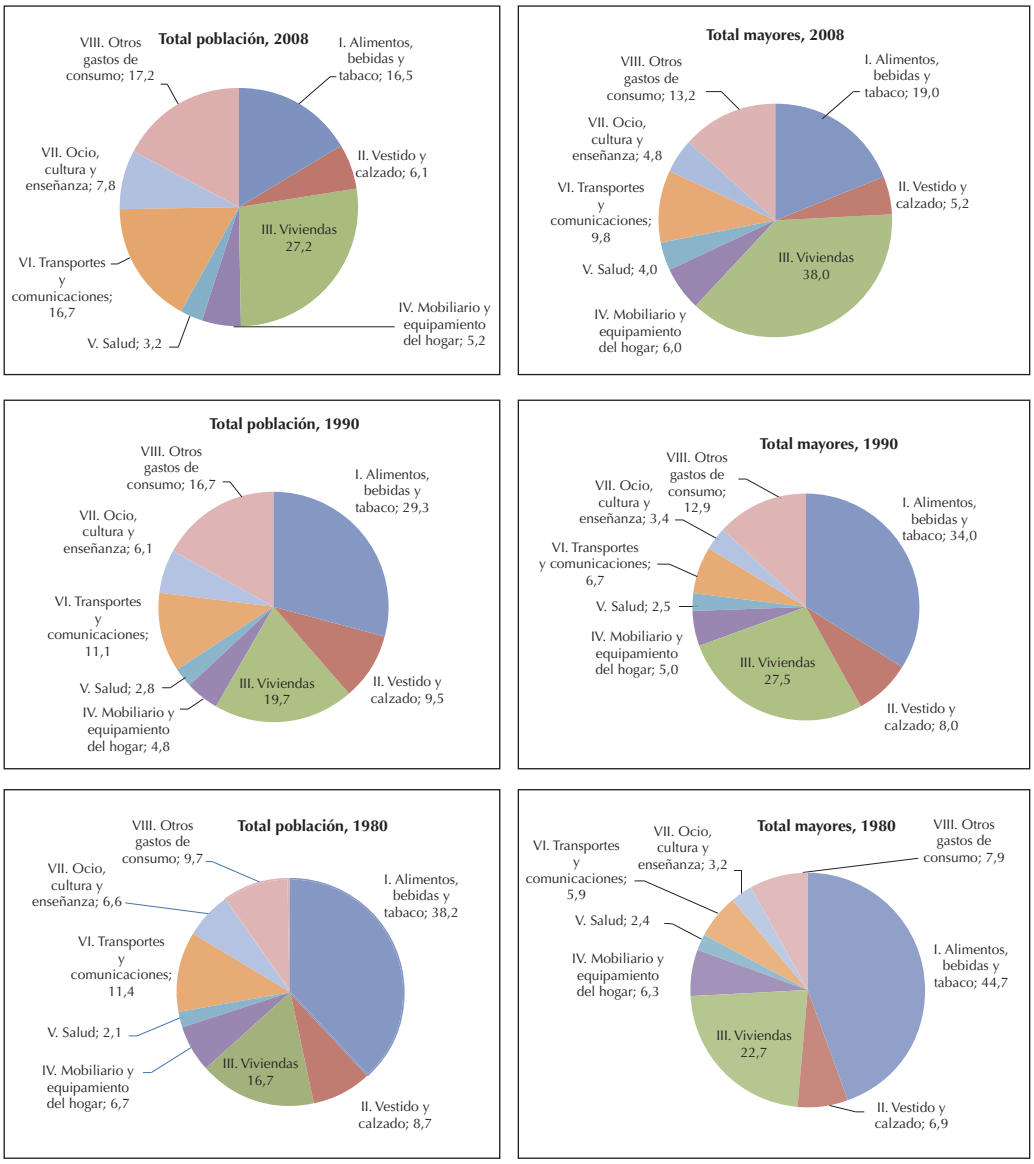
El diferencial positivo aumenta, además, con la edad —el saldo positivo más alto corresponde a los mayores de ochenta años— y parece agudizarse con el paso del tiempo, con una marcada ampliación de la brecha al aumentar el ahorro de las personas mayores y tender el resto de la población a presentar un saldo negativo. Este panorama lo corroboran los datos de la Contabilidad Nacional y está relacionado con el notable endeudamiento de la sociedad española durante la etapa anterior a la crisis económica, ligado al abaratamiento de la financiación y a la necesidad creciente de recurrir a créditos para acceder a bienes duraderos y, muy especialmente, a la adquisición de viviendas.

Para completar el análisis de las pautas de gasto de las personas mayores resulta necesario añadir al estudio de los niveles relativos de consumo y ahorro el examen de su estructura de gasto y su evolución temporal. Las pautas de consumo de cualquier grupo demográfico están determinadas por factores muy variados, entre los que destacan el nivel de renta, los precios de los diferentes bienes y servicios que componen su cesta de la compra y, lógicamente, la diversidad de preferencias. Desde los años sesenta, el consumo de los hogares españoles, en consonancia con el aumento medio de renta, ha ido acercándose al patrón relativamente estándar de los países de la OCDE. Han ido perdiendo peso los consumos más tradicionales o ligados a la cobertura más inmediata de las necesidades básicas, como alimentación, vestido y calzado, mientras que han ido ganando presencia otras funciones de gasto, asociadas a un mayor nivel de renta y a mayores posibilidades de elección, como el gasto en ocio y cultura.

La única fuente que permite contar tanto con una descripción detallada de los cambios en el largo plazo de las pautas de consumo de la población española como de las especificidades de los gastos de las personas mayores es la Encuesta de Presupuestos Familiares. Aunque la clasificación por capítulos de gasto ha ido cambiando en el tiempo, es posible una reconstrucción homogénea de los grandes agregados desde comienzos de la década de los ochenta hasta el momento presente.

Los datos para el conjunto de la población revelan la profundización en el tiempo del proceso anteriormente descrito (Gráfico 54). Los gastos más básicos —alimentación y vestido— han pasado de representar casi la mitad del consumo de los hogares a comienzos de los años ochenta a suponer sólo una cuarta parte del total en la actualidad. Destaca, en el lado contrario, la ganancia de peso de las actividades más ligadas a la mejora de los niveles de ingresos, como el gasto en ocio, salud, transportes y comunicaciones y, sobre todo, el aumento de la importancia relativa de los consumos relacionados con la vivienda. Esta partida no recoge la adquisición de vivienda, considerada inversión, pero incluye alquileres, gastos corrientes de mantenimiento y reparación de la vivienda, y otros servicios relacionados con la vivienda, como la distribución de agua, recogida de basuras o alcantarillado, así como los gastos corrientes correspondientes a electricidad, gas y otros combustibles. El encarecimiento de los primeros, sobre todo, ha contribuido a que los hogares dediquen una mayor parte de su presupuesto a esta partida.

Gráfico 54. Distribución del gasto en consumo de los hogares españoles (hogares con sustentador principal mayor de 65 años y población total)



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Los cambios en el patrón de consumo de los hogares encabezados por personas mayores no difieren drásticamente de los mencionados para el conjunto de la población española.

La cesta de la compra de estos hogares en la actualidad es muy diferente de la que había hace tres décadas. Han perdido considerablemente peso los gastos dedicados a alimentación y vestido, que en 1980 eran más del 51% y hoy menos del 25%, mientras que lo han ganado transportes y comunicaciones, ocio, salud y, sobre todo, vivienda. Esa similitud en la recomposición del consumo no significa, sin embargo, que las pautas de gasto se hayan equiparado por completo. En correspondencia con su

menor nivel de renta, los gastos básicos siguen siendo proporcionalmente más elevados en el caso de las personas mayores. Algo similar sucede con el gasto en vivienda, dado el carácter fijo de determinados consumos, que, ante ingresos más reducidos que la media de la población, elevan el porcentaje sobre el total de esta partida. Destaca también el mayor peso del gasto en salud, dada la mayor propensión al consumo de servicios sanitarios y, sobre todo, la demanda de servicios sanitarios asociada al mayor deterioro del estado de salud en edades más avanzadas.

4. LAS PERSONAS MAYORES Y LA DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA

Un tercer ámbito relevante en el análisis de las condiciones económicas de las personas mayores es el relacionado con las desigualdades dentro del colectivo y con su contribución a la desigualdad en la distribución de la renta en España. El estudio de tales relaciones remite, obligatoriamente, al análisis preliminar de las tendencias de la desigualdad para el conjunto de la población española. A diferencia de lo que sucedía en los análisis anteriores, donde las distintas variables se podían expresar en términos relativos, la disponibilidad de indicadores homogéneos en el tiempo está restringida por las dificultades de enlace entre las nuevas encuestas de presupuestos familiares y las que dejaron de realizarse a finales de los años noventa. Con objeto de poder disponer de un cuadro más robusto de resultados se ofrecen también datos de la Encuesta de Condiciones de Vida.

Cuadro 5. Indicadores de desigualdad en la distribución de la renta en españa.

	1980-EPF	1990-EPF	2008-EPF	2008-ECV
p90/p10	4,24	3,83	3,81	4,32
p90/p50	2,03	1,96	1,86	1,96
p50/p10	2,08	1,95	2,05	2,20
Gini	0,318	0,304	0,290	0,313
Theil (c=0)	0,176	0,161	0,145	0,182
Theil (c=1)	0,178	0,171	0,145	0,165
Theil (c=2)	0,247	0,312	0,183	0,191
Atkinson (e=0,5)	0,084	0,078	0,070	0,082
Atkinson (e=1)	0,162	0,149	0,135	0,167
Atkinson (e=2)	0,324	0,310	0,261	0,667

Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida* y *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Las diferencias según se opte por una u otra fuente, como puede apreciarse en el Cuadro 5, son notables. Cuando se comparan las diferentes EPFs, el panorama resultante no es inequívoco: mientras que los indicadores más básicos de distancia de rentas —comparación de percenti-

les— parecen indicar la ausencia de grandes cambios en los indicadores de desigualdad, no sucede lo mismo con otras familias de indicadores habitualmente utilizadas en el análisis de las diferencias de renta entre los hogares, que apuntan, en general, a una cierta reducción de la desigualdad. Los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida parecen dibujar un retrato muy diferente: la desigualdad sería mayor a finales de la primera década del siglo XXI que al comienzo de los años noventa.

Este último resultado está más en línea con la evidencia conocida hasta ahora. La mayoría de los estudios que han tratado de examinar los cambios en la desigualdad desde mediados de los años noventa coinciden en apuntar tres grandes rasgos característicos en dicha evolución. En primer lugar, las distintas fuentes disponibles coinciden en señalar un posible cambio estructural en el modelo distributivo en España. Después de varias décadas de reducción continuada de la desigualdad en la distribución de la renta entre los hogares españoles, tal proceso se frenó a partir del primer tercio de los años noventa. La sociedad española habría pasado de un modelo de reducción continuada de la desigualdad a otro caracterizado por mayores dificultades para rebajar los niveles de ésta. En segundo lugar, esa contención tuvo lugar en un contexto de notable dinamismo de la actividad económica y de intensa creación de empleo. En tercer lugar, otro cambio respecto al modelo distributivo anterior fue que después de un largo período de mejora en términos de convergencia en los indicadores de desigualdad con la Unión Europea se habría quebrado esa tendencia.

Este freno en la reducción de la desigualdad procedió de factores muy diversos, algunos de ellos relacionados con las principales fuentes de renta de las personas mayores. Por un lado, el tipo de empleo creado, aumentando la incidencia del trabajo de bajos salarios, y, sobre todo, un incremento de las rentas salariales notablemente inferior al de las cifras de empleo, dificultaron que el crecimiento económico se tradujera en menores desigualdades. Por otro lado, los principales instrumentos redistributivos han pasado a tener una incidencia menor sobre la desigualdad que en etapas anteriores. En lo que se refiere a los instrumentos específicos de protección de las personas mayores, cabe citar tanto un progresivo distanciamiento de las cuantías de las prestaciones sociales respecto al nivel medio de renta de la población como un crecimiento más pausado de las pensiones de la Seguridad Social. Si bien el aumento en el número de pensiones de jubilación ha sido continuo, el crecimiento de los últimos años ha sido bastante más moderado que en los años ochenta. En dicho período, la reducción de la edad de jubilación obligatoria, la inclusión entre los beneficiarios de personas con períodos mínimos de jubilación o las jubilaciones anticipadas en los procesos de ajuste productivo, impulsaron al alza las cifras.

Cuadro 6. Descomposición de la desigualdad por grupos de edad.

	EPF-80 población (%)	EPF-90 población (%)	EPF-08 población (%)	EPF-80 renta (%)	EPF-90 renta (%)	EPF-08 renta (%)	EPF-80 media relativa	EPF-90 media relativa	EPF-08 media relativa	EPF-80 Theil c=1	EPF-90 Theil c=1	EPF-08 Theil c=1
Niños	32,0%	25,0%	22,0%	31,0%	23,0%	20,0%	0,95	0,93	0,92	0,176	0,180	0,149
Adultos	56,0%	61,0%	66,0%	59,0%	64,0%	70,0%	1,06	1,05	1,05	0,175	0,171	0,139
Mayores	12,0%	14,0%	12,0%	10,0%	13,0%	10,0%	0,88	0,92	0,89	0,182	0,141	0,162
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	1,00	1,00	1,00	0,179	0,171	0,145
						EPF-80	EPF-90	EPF-08				
Desigualdad intra-grupos						0,17625	0,16882	0,14315				
Contribución a la desigualdad (%)						98,7%	98,9%	98,5%				
Desigualdad inter-grupos						0,00225	0,00185	0,00213				
Contribución a la desigualdad (%)						1,3%	1,1%	1,5%				

	ECV-04 población (%)	ECV-08 población (%)	ECV-04 renta (%)	ECV-08 renta (%)	ECV-04 media relativa	ECV-08 media relativa	ECV-04 Theil c=1	ECV-08 Theil c=1
Niños	19,0%	19,0%	18,0	18,0%	0,95	0,96	0,179	0,19
Adultos	63,0%	63,5%	67,0	67,0%	1,06	1,06	0,16	0,152
Mayores	18,0%	18,0%	14,0	15,0%	0,83	0,83	0,138	0,143
Total	100,0%	100,0%	100,0	100,0%	1,00	1,00	0,165	0,162
						ECV-04	ECV-08	
Desigualdad intra-grupos						0,16085	0,15759	
Contribución a la desigualdad (%)						97,5%	97,5%	
Desigualdad inter-grupos						0,00419	0,00403	
Contribución a la desigualdad (%)						2,5%	2,5%	

Los cambios tanto en las cuantías de las prestaciones como en el ritmo de crecimiento de sus beneficiarios han debido repercutir, a la fuerza, en la contribución a la desigualdad de las personas mayores. La ganancia de peso demográfico habría supuesto una reducción de la desigualdad si, sobre todo, las desigualdades internas dentro de las personas mayores se hubieran reducido. La descomposición de la desigualdad en distintos momentos del tiempo muestra, sin embargo, que la desigualdad dentro de los mayores de 65 años ha tendido a aumentar desde los años noventa, después de una intensa reducción en etapas anteriores (Cuadro 6). Tal proceso se verifica tanto cuando se enlazan las diferentes encuestas de presupuestos familiares como cuando se comparan las encuestas de condiciones de vida que cubren del primer al último tercio de la primera década del siglo XXI.

El incremento de la desigualdad dentro de las personas mayores obedece a razones muy diversas. Por un lado, han entrado en el sistema de pensiones personas con niveles salariales y cotizaciones más altas que los de las generaciones anteriores, a la vez que ha crecido notablemente el número de beneficiarios de prestaciones asistenciales, de cuantía muy reducida. Por otro lado, tal como se vio en apartados anteriores, el aumento del número de personas mayores de 65 años que trabajan posibilita una mejora de la posición económica de los más jóvenes dentro del estrato de mayor edad, que contrasta con las bajas cuantías de las pensiones de generaciones anteriores.

5. EL RIESGO DE POBREZA DE LAS PERSONAS MAYORES

Un último aspecto que permite completar el retrato de la situación económica de las personas mayores es el estudio de los cambios en su riesgo de pobreza monetaria. Se trata, sin duda, de un aspecto controvertido, tanto en lo que se refiere a los procedimientos de medición como al propio signo de las tendencias. A mediados de los años noventa, cuando se comenzó a disponer de información referida al comienzo de dicha década, proporcionada tanto por la Encuesta de Presupuestos Familiares como por el Panel de Hogares de la Unión Europea, se pudo constatar por primera vez —al menos desde que se disponía de datos individuales de hogares— la inversión del riesgo de pobreza de las personas mayores. Hasta ese momento, la caracterización tradicional de la pobreza en España había situado sistemáticamente a las personas mayores de 65 años dentro de los colectivos con mayor riesgo que la media. La pobreza «tradicional» afectaba, sobre todo, a las familias más numerosas, a los trabajadores con menor formación, al ámbito rural y, dentro de la estratificación por edades, a las personas mayores.

Las encuestas citadas para comienzos de los años noventa alteraban este retrato y parecían traducir los notables avances en el sistema de prestaciones y servicios sociales en mejoras tangibles en los indicadores de bienestar social específicos de este colectivo. Recientemente, sin embargo, la mayoría de los estudios que han examinado el riesgo específico de pobreza de las personas mayores, aproximado fundamentalmente como un problema de inseguridad económica o insuficiencia de ingresos, coinciden en señalar un repunte de su vulnerabilidad y una posición de nuevo más desfavorable que la media de la población española.

Si, efectivamente, las personas mayores volvieran a constituirse como especial grupo de riesgo serían varias las implicaciones sociales, abarcando desde una posible revisión de algunos de los instrumentos que tratan de ofrecer una mejor seguridad económica hasta la propia forma de determinación de sus rentas a través del sistema de prestaciones sociales, dada la notable incapacidad para seguir el ritmo de crecimiento de la renta media de la población. Tales conclusiones exigen, sin embargo, que los procedimientos de medición recojan adecuadamente las diferentes dimensiones que podrían condicionar específicamente el riesgo de pobreza de las personas mayores. A menudo se argumenta que cualquier valoración del riesgo de pobreza debería tener en cuenta tanto el diferencial positivo en términos de ahorro anteriormente constatado como el valor imputado de la vivienda, dado el alto porcentaje de personas mayores que residen en viviendas que son de su propiedad.

Para esbozar, primero, las principales tendencias de la pobreza en el largo plazo resulta necesario disponer de una amplia batería de indicadores, que permitan la reconstrucción en el tiempo de los cambios en el riesgo de pobreza monetaria o insuficiencia de ingresos. Siguiendo los procedimientos habituales, éste se puede interpretar como el disfrute de un nivel de ingresos inferior a un determinado umbral, estimado como un porcentaje de alguno de los valores centrales de la distribución de la renta. Concretamente, tomamos como umbral el 60% de la renta mediana por adulto equivalente, considerando para las personas mayores la renta ajustada del hogar donde residen, identificando también, para establecer un marco amplio de comparación, el riesgo de pobreza de las personas mayores que son sustentadores principales de sus hogares.

Un primer resultado relevante es la constatación de que cualquiera que sea la fuente —Encuesta de Presupuestos Familiares o Encuesta de Condiciones de Vida— o la variable utilizada —ingresos o gas-

tos— las personas mayores presentan en la actualidad un riesgo de pobreza sensiblemente superior a la media (Cuadro 7). Según la ECV, casi el 30% de las personas mayores, sean o no sustentadores principales, están en situación de pobreza, medida ésta en términos monetarios. Repitiéndose un patrón presente en cualquier evaluación conjunta de la pobreza de las personas mayores en términos de renta y gasto, el riesgo es todavía mayor cuando la variable seleccionada para representar la situación económica es el consumo en lugar de la renta de los hogares. Destaca también la mayor incidencia de la pobreza cuando las personas mayores son sustentadores de sus hogares. El importante salto que se produce en las tasas, sobre todo en la ECV —las personas mayores que son sustentadores principales duplican el riesgo de pobreza de la población total— indica la relevancia que pueden tener para las personas mayores las rentas de otros miembros del hogar.

Cuadro 7. Tasas de pobreza de las personas mayores, 2008 (umbral de pobreza: 60% de la renta o gasto por adulto equivalente).

	60% mediana			30% mediana		
	2008-EPF Renta	2008-ECV Renta	2008-EPF Gasto	2008-EPF Renta	2008-ECV Renta	2008-EPF Gasto
Total	17,9	19,2	16,7	2,3	3,4	1,9
Mayores	23,4	29,4	32,2	1,7	2,2	6,0
Hogares con SP mayor	26,3	38,0	34,6	2,0	3,0	6,1

Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida* y *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Este carácter desfavorable de los indicadores básicos de pobreza estaría reflejando, por tanto, las notables carencias de los mecanismos básicos de aseguramiento de rentas en la vejez[8]. El sistema, sin embargo, sí parece aliviar algunas de las formas más severas de pobreza. Cuando ésta se estima con umbrales más restrictivos —30% de la renta mediana— los indicadores de incidencia muestran niveles más bajos

[8] Hay que tener en cuenta que el procedimiento de medición puede hacer que se eleven las tasas de pobreza de las personas mayores en períodos de crecimiento económico. El carácter relativo de los umbrales utilizados impone que cuando crecen las rentas de los hogares activos se eleve la media y resulte más difícil para los hogares con rentas fijas mejorar su posición. Lo contrario sucede en las fases recesivas, en las que las rentas de las personas mayores no bajan y sí lo hacen las de los trabajadores que pasan al desempleo o las de aquellos que registran reducciones salariales. En esta dirección parecen apuntar los datos provisionales de la ECV-2009, avanzados por el INE en marzo de 2010, que ofrecen una visible reducción de las tasas de pobreza de las personas mayores desde el inicio de la crisis.

que los de la media de la población, ya sea para todas las personas mayores o aquellas que son sustentadoras principales de sus hogares. La extensión de la red de protección habría servido para solucionar las situaciones de pobreza más intensa —sin eliminarlas por completo—, aunque se muestra insuficiente para rebajar los altos niveles de vulnerabilidad de las personas mayores. Un último aspecto destacado del retrato actual de la pobreza de las personas mayores es la presencia de tasas de pobreza severa muy elevadas cuando se utilizan datos de gasto de los hogares. La magnitud de los indicadores estimados —por encima del 6%— estaría reflejando la presencia de niveles de consumo muy bajos en un segmento no desdeñable de personas mayores.

Cuadro 8. Tasas de pobreza de las personas mayores, 1980-2008 (umbral de pobreza: 60% de la renta por adulto equivalente).

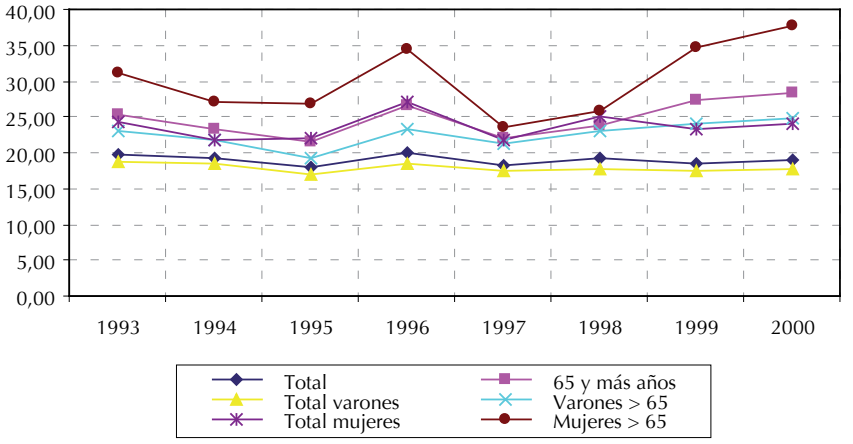
	60% mediana			30% mediana		
	1980	1990	2008	1980	1990	2008
Total población	19,0	16,9	17,9	3,5	2,7	2,3
Mayores 65	22,0	14,5	23,4	3,2	0,9	1,7
Hogares con SP mayor 65 años	27,9	18,6	26,3	4,2	1,1	2,0

Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Presupuestos Familiares*.

Constatado el riesgo diferencial de pobreza de las personas mayores en el momento presente, una cuestión básica es tratar de identificar, como se señaló, si esa mayor vulnerabilidad tiende a crecer en el tiempo o, por el contrario, si siendo más altas las tasas se está consiguiendo, al menos, ir rebajando la incidencia de la pobreza en las personas mayores. La única fuente, como en los apartados anteriores, que permite contar con una información mínimamente homogénea sobre la evolución de la pobreza en el largo plazo es la Encuesta de Presupuestos Familiares. De su explotación se deducen varios hechos destacables (Cuadro 8). El primero es la propia ruptura de las tendencias de la pobreza en España. Frente a la evidencia conocida de reducción de la pobreza en el período de consolidación de la democracia y de los principales instrumentos de la protección social, la información disponible para el último período muestra un incremento de la incidencia de la pobreza desde comienzos de los años noventa. Este incremento se explicaría por los factores ya citados de un crecimiento más lento del gasto social y por la limitada traducción del crecimiento del empleo en reducciones de la desigualdad.

La información más relevante, en cualquier caso, es la que se refiere a los cambios en el riesgo de pobreza de las personas mayores, que registraron un importante descenso en la década de los ochenta, debido, sobre todo, a la expansión del sistema de pensiones y de prestaciones monetarias en general, para alterarse esta tendencia a partir de los años noventa. En ello influyó, lógicamente, tanto el crecimiento más lento del número de beneficiarios de prestaciones sociales como el citado distanciamiento de las cuantías de éstas de los niveles medios de renta.

Gráfico 55. Evolución de las tasas de pobreza en los años noventa.



Fuente: Elaboración propia a partir de *Panel de Hogares de la Unión Europea.*

Destaca también que aunque las formas más severas de pobreza siguen manifestándose más contenidas en el caso de las personas mayores, su incidencia aumentó en el citado período. Este repunte —duplicándose las tasas respecto a las que se observaban a comienzos de los años noventa— vuelve a poner de manifiesto el enquistamiento de un núcleo de pobreza muy severa entre las personas mayores, aunque de dimensión reducida, con rentas que se han quedado muy bajas.

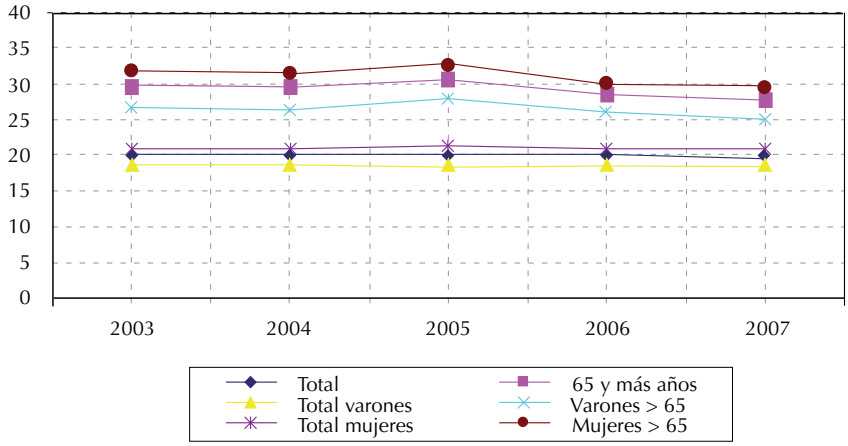
Las conclusiones que se pueden extraer de los indicadores estimados con las distintas encuestas de presupuestos familiares deben someterse a las cautelas que imponen tanto los cambios en la propia fuente como la consideración de intervalos temporales excesivamente amplios. Existen otras fuentes que, sin cubrir todo el período de análisis, ofrecen información detallada para los años intermedios. El Panel de Hogares de la Unión Europea, que cubre casi todos los años noventa, permite identificar esta década como aquella en la que vuelve a cambiar al alza el riesgo de pobreza de las personas mayores (Gráfico 55). El paso del ecuador de dicha década se convirtió en el momento de inflexión, con

un crecimiento notable de la incidencia de la pobreza en las personas mayores, especialmente las mujeres. Los datos revelan también una cierta conexión con el cambio de ciclo económico, al aguantar mejor las personas mayores el trienio recesivo entre 1992 y 1994, y al repuntar también las tasas cuando la economía volvió a recuperar un alto ritmo de crecimiento en la segunda mitad de dicha década.

Los datos para el período más reciente —Encuesta de Condiciones de Vida, 2004-2008— muestran una evolución más estable de la pobreza en las personas mayores, manteniéndose las tasas en niveles cercanos al 30% hasta el momento en que la crisis económica se desata (Gráfico 56). Cabe hablar, incluso, de cierta mejora en los últimos años para los que se dispone de información.

La mejora de las pensiones, especialmente las mínimas y las de determinados colectivos, como las de viudedad, habría servido para suavizar, aunque moderadamente, ese riesgo diferencial.

Gráfico 56. Evolución de las tasas de pobreza, 2003-2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de *Encuesta de Condiciones de Vida*.

Este retrato de la pobreza, en el momento presente y en su evolución temporal, puede esconder algunas diferencias relevantes dentro del estrato de personas mayores. Tal como se ha podido apreciar en apartados anteriores, lejos de formar un grupo homogéneo, son varios los elementos de diferenciación del riesgo de las personas mayores, relacionados tanto con determinadas características socioeconómicas como con el tipo de hogar en el que se reside. En el Cuadro 9 se recogen algunas de las variables diferenciadoras del riesgo de pobreza en

las personas mayores. De la evolución en el tiempo de la pobreza relativa se deduce un empeoramiento más acusado en el caso de las mujeres. En esta evolución influyó el alejamiento progresivo de las cuantías de las pensiones de viudedad de la renta media de la población —tendencia que se ha tratado de corregir en los últimos años—, dada la importancia de esta fuente de renta para muchas mujeres mayores. No se debe olvidar, en cualquier caso, que el diferencial observado entre las rentas de varones y mujeres con edad superior a los 65 años se explica también por los historiales laborales más cortos de las mujeres y por las bases de cotización tradicionalmente más bajas, especialmente por el alto índice de pensiones de viudedad.

Cuadro 9. El patrón de pobreza en las personas mayores.

	60% mediana			30% mediana		
	1980	1990	2008	1980	1990	2008
Total población	19,0	16,9	17,9	3,5	2,7	2,3
Mayores	22,0	14,5	23,4	3,2	0,9	1,7
Hogares con SP mayor	27,9	18,6	26,3	4,2	1,1	2,0
Varón >65	23,5	15,4	23,5	3,0	0,9	1,6
Mujer>65	20,9	13,8	25,6	3,3	0,9	1,8
65-70	20,2	14,6	21,2	2,9	1,2	1,4
71-75	22,7	15,4	25,7	2,9	0,9	1,6
76-80	24,0	13,6	25,3	3,6	0,4	1,8
>80	23,0	14,0	22,7	3,7	0,7	2,0
Hogares unipersonales	30,2	19,1	26,9	11,3	1,8	1,2
Pareja	32,7	24,7	29,3	4,1	0,9	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de las *Encuestas de Presupuestos Familiares*.

Del cuadro de características destacan también las diferencias entre las tasas de pobreza de cada segmento de edad por encima de 65 años. Como se ha citado, el primer estrato —entre 65 y 70 años— todavía recoge a un sector de población activo, con mayores rentas del trabajo y de la propiedad, que explicarían la brecha existente respecto a los demás grupos. Destaca también que la tendencia al alza parece truncarse en el grupo de personas de mayor edad. Tal resultado debe contemplarse con las cautelas que impone cualquier intento de desagregación de las muestras disponibles teniendo en cuenta información tan detallada. Por otro lado, este resultado podría estar determinado por la notable heterogeneidad existente dentro de este grupo, en el que conviven personas con muchos recursos e individuos con pensiones muy bajas. Estos últi-

mos son los que hacen que cuando la pobreza se mide con umbrales más restrictivos su incidencia sea más alta en los mayores de 80 años.

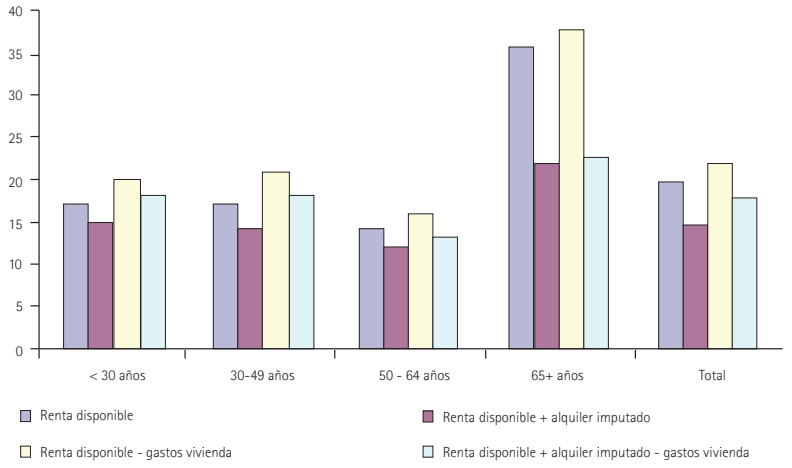
Un tercer aspecto destacado es la diferencia existente entre las personas mayores que viven con otros adultos y las que viven solas o con otra persona mayor de 65 años. Las tasas de pobreza son considerablemente superiores en el segundo grupo, con un crecimiento desde los años noventa especialmente acusado en el caso de las personas que viven solas. Constituye éste, sin duda, un dato relevante para la adecuada articulación de servicios y prestaciones sociales dirigidas a reducir la pobreza de las personas mayores.

Una última cuestión relevante en la caracterización de la pobreza de las personas mayores es la necesidad de cualificar los datos de pobreza monetaria con otros elementos de análisis que pueden condicionar la valoración de la pobreza en este colectivo. Como antes se señaló, el mayor riesgo de pobreza observado en las personas mayores podría reinterpretarse teniendo en cuenta el valor imputado de la vivienda. El razonamiento intuitivo sería que, dado el alto porcentaje de personas mayores —más del 90%— que residen en viviendas que son de su propiedad, una hipotética transformación de este bien de capital en renta corriente elevaría, sin duda, sus ingresos y reduciría sustancialmente su riesgo de pobreza. Cabe recordar la creación en los últimos años de nuevos instrumentos de generación de rentas para las personas mayores a partir de la cesión parcial o total a entidades financieras o a particulares de su vivienda en propiedad, como las diferentes fórmulas de renta vitalicia o de hipoteca inversa.

Inferir directamente, sin embargo, de esos altos porcentajes de vivienda en propiedad una mejor situación económica de las personas mayores no parece razonable ante la realidad conocida de las dificultades frecuentes en las personas mayores para mantener las viviendas y su equipamiento en condiciones adecuadas. Su menor nivel de ingresos, dada la baja cuantía de muchas pensiones y las barreras físicas y relacionales pueden suponer serios obstáculos para que la vivienda en propiedad se traduzca en mejor nivel de vida. Una medida precisa de la verdadera situación económica de las personas mayores y de su riesgo de pobreza debería tener en cuenta no sólo la imputación monetaria del valor de la vivienda sino también los costes de mantenimiento.

La consideración de que el uso de una vivienda en propiedad genera una renta en especie que debería añadirse a la renta monetaria percibida está sujeta, además, a notables dificultades empíricas y teóricas. La forma más habitual de evaluar dicha renta es a través del coste que supondría arrendar una vivienda equivalente en el mercado de alquiler.

Gráfico 57. Tasas de pobreza con alquiler imputado, ECV 2007.



Fuente: Martínez, R. y Navarro, C. (2009): «Pobreza y condiciones de vida», en Ayala, L. (coord.): *Desigualdad, pobreza y privación*. Madrid: Fundación FOESSA.

La inclusión de este componente en el concepto de renta mejora automáticamente la posición relativa de los hogares que tienen una vivienda en propiedad frente a aquellos que pagan un alquiler. La estrategia del alquiler imputado tiene, sin embargo, algunas limitaciones. En primer lugar, resulta difícil estimar dicho alquiler imputado de forma fiable. En segundo lugar, el alquiler imputado es una renta invisible que no sirve para hacer frente a los gastos corrientes del hogar, y cuya forma correcta de combinación con la renta monetaria está sujeta a debate. En tercer lugar, como señalan Martínez y Navarro (2009), la suma de un alquiler imputado a los hogares propietarios permite, en el mejor de los casos, medir mejor la renta total recibida por los hogares, pero no tiene en cuenta los diferentes gastos que para las familias puede suponer la posesión de esa vivienda, ni tampoco la dispar situación de quienes disponen de una vivienda ya pagada y de aquellos que han contraído una deuda considerable para financiarla.

Con todos esos límites, la información de la Encuesta de Condiciones de Vida permite añadir a la renta el alquiler imputado y restarle los gastos de vivienda (alquiler, intereses de la hipoteca y restantes gastos asociados, como comunidad, agua, electricidad, gas, etc.). Como se ha observado en secciones anteriores, el peso relativo de estos gastos es especialmente elevado en los hogares sustentados por personas mayores. Tal como puede apreciarse en el Gráfico 57, añadir el alquiler imputado a la renta monetaria reduce las tasas de pobreza, y lo hace en una magnitud significativa, mientras que restar a la renta disponible los gastos de vivienda produce el efecto contrario. El primer resultado

se debe al notable efecto igualador de la renta imputada por el uso de la propia vivienda, mucho más importante, en términos relativos, para las familias de menor renta, encontrándose, entre ellas, una proporción mayor de personas mayores que la correspondiente a su peso en el conjunto de la sociedad. No es extraño, por tanto, que la estructura por edades de la población pobre se vea notablemente afectada por el cambio en la definición del concepto de renta, debido, sobre todo, a la imputación de un mayor nivel de renta por la vivienda en propiedad. Si se asignara a los hogares el valor de alquiler de la vivienda en propiedad, la tasa de pobreza de las personas mayores pasaría del 36% al 22%, lo que supone, sin duda, una notable disminución del riesgo de inseguridad económica o pobreza. Tal efecto positivo disminuye cuando se consideran conjuntamente el alquiler imputado y los gastos de vivienda, pero el efecto combinado de ambos ajustes es una apreciable reducción del indicador de pobreza de los hogares encabezados por una persona mayor. No obstante, aunque se reduce la distancia respecto a la incidencia de la pobreza en la media de los hogares españoles, las personas mayores siguen siendo el grupo de edad más vulnerable de la sociedad.

B. LA ECONOMÍA RELACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES: TIEMPO DE CUIDADOS, VOLUNTARIADO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Como se señaló en el primer apartado, además de las cuestiones ya revisadas otra dimensión clave en la economía política del envejecimiento es el análisis de la economía relacional. Hace ya tiempo que en la evaluación de las políticas públicas sobre el envejecimiento se ha incorporado una visión omnicomprensiva de las condiciones de vida de las personas mayores de forma que empleo, consumo, ocio y tiempo libre, así como actividades sociales y culturales, son objeto de análisis y reflexión (Castells y Pérez, 1992). En el análisis de las actividades de las personas mayores el uso del tiempo ha sido objeto de análisis detallado como una dimensión social y económica relevante. Así, los trabajos pioneros de Durán (1988) y Ramos (1990) abordaban la división social del tiempo de ocio, cuidados y de actividades sociales en general. La organización Secot (Seniors Españoles para la Cooperación Técnica) incluía dentro de las actividades económicas de las personas mayores las referentes al tiempo libre, participación social y voluntariado social y económico (Secot, 1995). En el mismo sentido, el Imserso ha analizado el impacto

económico de programas de vacaciones y termalismo social a lo largo de los años como modo de demostrar el impacto económico del gasto público en ocio y rehabilitación de las personas mayores (Imserso, 1990, 1997 y 1998). Sin entrar en un análisis detallado de las distintas aportaciones en este campo es necesario destacar no sólo la importancia del tiempo social de ocio, cuidados y participación social de las personas mayores, sino también el uso del tiempo y su valoración teniendo en cuenta la variable género.

Así, en relación con el primer aspecto, y situándonos en los trabajos más recientes, cabe destacar las aportaciones basadas en la explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores de 2006 del CIS-Imserso y de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 del INE, como son las de Barrio Truchado (2007) y las de Dizy Menéndez, Fernández Moreno y Ruiz Cañete (2008).

La perspectiva de género es crucial en el tiempo de cuidados, ya que es la mujer la que históricamente ha asumido la carga más importante del mismo tal como han señalado expertas en la materia (Durán, 2007; Bazo, 2001; L. Pérez, Barrio Truchado, 2007) o se destaca en los informes del Imserso sobre personas mayores en España desde hace varios años (M. Sancho, coord.).

En este epígrafe utilizaremos particularmente la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 del INE (EET)[9] para abordar algunos de los aspectos de la llamada economía relacional con algunas referencias puntuales a las encuestas de personas mayores 2006 y 2010. Si bien el análisis económico permite traducir monetariamente el tiempo relacional y de cuidados mediante precios sombra, salario mínimo o salario-hora, para dar una idea del peso económico no contemplado en la Contabilidad Nacional, en nuestro caso nos limitamos a poner de manifiesto los indicadores de uso del tiempo en forma de horas y actividades mensuales de acuerdo con los indicadores de la propia encuesta. En efecto, el tiempo, bien limitado, proporciona una idea ajustada de las actividades de reproducción (cuidados informales) e integración (asociacionismo, ocio y relaciones sociales) de una sociedad.

La EET da por supuesto que los ciudadanos mayores de 65 años tienen tiempo libre que pueden dedicar a actividades de ayuda a otros hogares (como cuidados de niños y adultos) y que pueden dedicar tiempo a actividades de voluntariado, estar asociados y participar en actividades de ocio, cultura y deportes. Pero una primera pregunta obligada es so-

[9] A mediados de julio, el INE presentó un avance de resultados de la nueva Encuesta de Usos del Tiempo 2009-2010.

bre la percepción del tiempo libre por parte de las personas mayores. La respuesta, como cabría esperar, es muy diversa, según la Encuesta de Personas Mayores (2010), que sigue la tendencia de las Encuestas de Condiciones de Vida de Imserso, 2004 y 2006, ya que una parte de este colectivo dice tener bastantes obligaciones y falta de tiempo (30 por cien), otra parte tiene su tiempo ocupado con pocas obligaciones (la mayoría, 51,5 por cien) y otro grupo (15 por cien) no tiene nada que hacer. La disponibilidad de tiempo de la gran mayoría de las personas mayores permite el uso social del tiempo social o economía relacional de las personas mayores con tres niveles de desarrollo:

a) Una economía relacional familiar o doméstica en la que los cuidados de niños y adultos conforman el núcleo fundamental de la misma. En este caso se trata de un tiempo mayoritariamente femenino que reproduce los roles sociales de cuidados con una cierta incorporación del varón jubilado a actividades de cuidados, sobre todo de los niños.

b) Una economía relacional cívica y solidaria en la que la participación asociativa y tiempo de voluntariado constituye su esencia y es un elemento central de la contribución de las personas mayores a la creación de capital social. En este terreno el predominio general coincide con una división social entre el campo asistencial, más femenino, y el campo asociativo, con una mayor presencia de los hombres. Al mismo tiempo la intensidad horaria de las actividades de los hombres es superior en todas las actividades con la excepción de la participación en asociaciones de arte y recreativas.

c) Finalmente, existe una economía relacional de carácter social que crea las condiciones para el desarrollo de la economía cívica y solidaria que la encuesta del INE considera en las actividades de tipo cultural, ocio, deportivo y de vida social. En este campo del tiempo relacional la mujer tiene una presencia superior al hombre si bien la intensidad participativa es en general algo menor que en éste.

En las líneas que siguen ofrecemos una visión general de este triple uso del tiempo para, posteriormente, entrar con algún detalle en el tiempo de cuidados y en el tiempo asociativo y voluntario.

Una visión global de los tres tipos de economía que cabe diferenciar en el uso del tiempo se sintetiza en el Cuadro 10. En dicho cuadro recogemos algunos de los variables de la economía relacional doméstica, todos los indicadores de la economía relacional cívica y solidaridad y, finalmente, algunos de los indicadores de la economía relacional

personal (deportiva, recreativa y vida social), renunciando a la exhaustividad para exponer los aspectos más relevantes de la economía relacional de las personas mayores en España.

Cuadro 10. El tiempo de la economía relacional (% total población de personas mayores 65 años).

	Hombres	Mujeres	Total	Socios con cuota de asociaciones
Economía relacional doméstica[1]				
Cuidado de niños	4,5	7,4	11,9	2,8
Cuidado de adultos	0,7	1,6	2,3	0,6
Economía relacional cívica[1]				
Asociaciones deportivas	0,3	0,1	0,4	0,3
Confesiones religiosas	1,0	2,0	3,0	1,7
Organizaciones políticas, empresariales, profesionales y sindicatos	0,3	0,1	0,4	0,3
Organizaciones de cooperación para el desarrollo	0,1	0,1	0,2	0,2
Organizaciones de asistencia social	0,7	1,0	1,7	1,1
Organizaciones medioambientales	-	-	-	-
Organizaciones pro derechos humanos, de justicia y derechos sociales	0,1	0,2	0,3	0,2
Asociaciones de ciudadanos/vecinos	1,0	0,9	1,9	1,6
Asociaciones de arte y recreativas	0,6	0,2	0,8	0,6
Organizaciones para la educación	0,1	0,1	0,2	0,1
Economía relacional personal recreativa y de vida social[2]				
Ir a centros comerciales	7,9	10,6	18,5	4,1
Excursiones al campo, playa, parques	7,2	7,1	14,3	3,7
Visitas culturales a monumentos	2,0	2,6	4,6	1,5
Asistir a tertulias, conferencias, foros de debate	1,4	1,5	2,9	1,3
Visitar y recibir visitas	33,1	45,9	79,0	13,6
Charlas y tertulias fuera del domicilio	14,2	16,1	30,3	6,8
Comer o cenar fuera (con familiares o amigos)	12,7	16,0	28,7	7,2
Reunirse para juegos	9,0	5,8	14,8	3,6
Ir de tapas, vinos, café	15,7	10,0	25,7	6,7
Pasear	24,3	31,6	55,9	10,6
Conversar por teléfono	29,6	45,4	75,0	14,0
Asistencia a clubes sociales, peñas, hogares del jubilado	7,2	4,7	11.9	4,3
Correspondencia electrónica	0,2	0,1	0,3	0,3

Fuente: Elaboración en base a Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, INE. [1]Medida en horas semanales. [2]Medida en número de veces al mes.

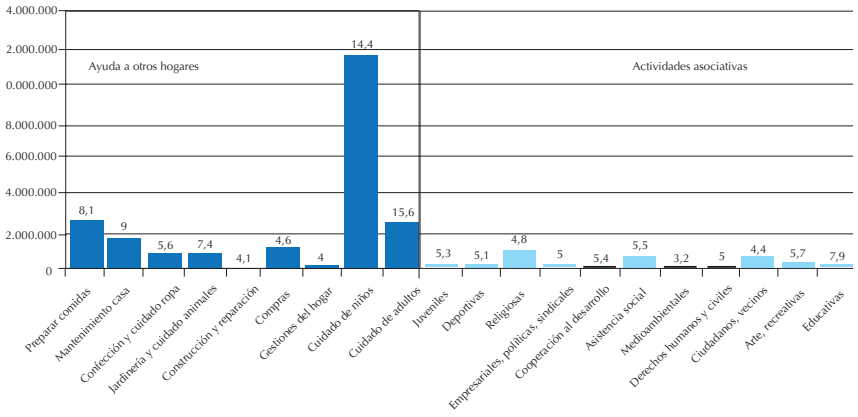
De este cuadro se deducen algunos hechos de interés: a) Por una parte, y con carácter general, cabe destacar la importancia de la economía de los cuidados a niños, también la importancia de la economía relacional o protoparticipativa y, finalmente, la baja densidad asociativa de las personas mayores. Es un modelo de economía relacional en proceso de cambio, de naturaleza familística y comunitaria y, en menor medida, se proyecta hacia formas de asociacionismo activo; b) en segundo lugar, se constata la existencia de un modelo de ocio activo en ascenso y subordinado al tiempo de la vida social o estrictamente relacional; c) se puede observar la división social por género de cada una de las actividades de forma que en la economía relacional doméstica de cuidados, así como en la recreativa y social, el peso de las mujeres es mucho mayor, mientras que los hombres tienen un peso relativo y absoluto superior en las actividades relacionadas con la economía cívica —asociaciones de vecinos, políticas, sindicales y recreativas con la excepción de las que se refieren a actividades religiosas, asistenciales y educativas que tienen un mayor peso por parte de la mujer; d) finalmente, hemos reflejado para cada variable de actividad la tasa de asociacionismo en la que los socios pagan una cuota con el fin de comparar la participación o tiempo social de las personas mayores con la actividad asociativa medida mediante el pago de cuotas.

Si el porcentaje de personas mayores que realiza actividades relacionales nos proporciona un primer indicador aproximado de la economía relacional, es la intensidad horaria o el número de veces que se realiza por mes una actividad lo que nos da una medida más precisa del uso social del tiempo.

En el Gráfico 58 se puede ver el número de horas semanales de cada actividad de manera comparada tanto en la economía relacional doméstica (ayuda a otros hogares), como en la economía relacional cívica (actividades asociativas). Así, la economía de los cuidados de niños es la predominante, con una media de casi 15 horas a la semana (casi 12 millones de horas de trabajo informal de cuidados a la semana), que es realizada en su gran mayoría por las mujeres mayores, seguramente en su inmensa mayoría abuelas, que son el 62 por cien de todas las personas mayores que cuidan de niños. A gran distancia está el tiempo semanal de cuidado de adultos, 15,6 horas, pero de menor dimensión cuantitativa (2,5 millones de horas semanales). En esta actividad, el peso de la mujer no sólo destaca por su participación mayoritaria sino, sobre todo, por la intensidad semanal en el cuidado de los niños en comparación con la intensidad de los cuidados aportados por los hombres (Gráfico 59). El cuidado complementario de los niños por abuelas

y abuelos, aunque con diferente intensidad, hace posible el trabajo de la mujer (hija, nuera), si bien implica una carga de trabajo elevada para las personas mayores (para la mujer en concreto), más allá de cualquier satisfacción que pueda producir entre el colectivo de cuidadores/as (C. Tobío, J. A. Fernández Cordón y M. S. Agulló, 1998).

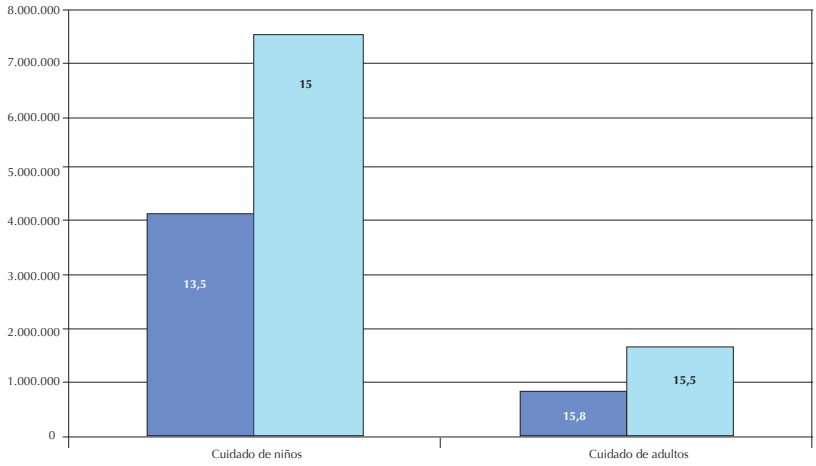
Gráfico 58. Distribución de horas semanales dedicadas a ayuda a otros hogares y actividades asociativas y horas semanales dedicadas en promedio a cada actividad.



En cuanto a las actividades cívicas o de voluntariado en asociaciones es la actividad educativa la que supone una mayor intensidad del tiempo, con 7,9 horas a la semana (con una clara diferencia entre el hombre, casi 11 horas, y la mujer, 6 horas) seguida de las actividades recreativas con 5,7 horas semanales, las de tipo asistencial, con 5,5 horas a la semana y, finalmente, las actividades de cooperación al desarrollo (5,4 horas). El mayor o menor peso relativo de la participación de hombres y mujeres no se corresponde con la intensidad horaria de forma que, por ejemplo, las mujeres participan en mayor medida que los hombres en las actividades de tipo asistencial pero entre ambos existe una notable diferencia horaria de dedicación semanal (6,8 horas en los hombres frente a 4,4 horas en las mujeres). Resulta razonable pensar que la menor intensidad de las mujeres respecto de los hombres se debe al menor tiempo disponible de las mujeres, que siguen asumiendo el peso principal de las tareas del hogar y del cuidado personal de los miembros del hogar.

En todo caso hay actividades de participación cívica, como la participación en asociaciones de tipo político, empresarial y sindical, o las actividades en asociaciones de arte, recreativas y folclóricas, en las que la división de género es muy marcada, con tasas de participación en los hombres tres veces superiores a las mujeres y una intensidad horaria de casi el doble en los hombres.

Gráfico 59. Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por sexo. Personas de 65 y más años.

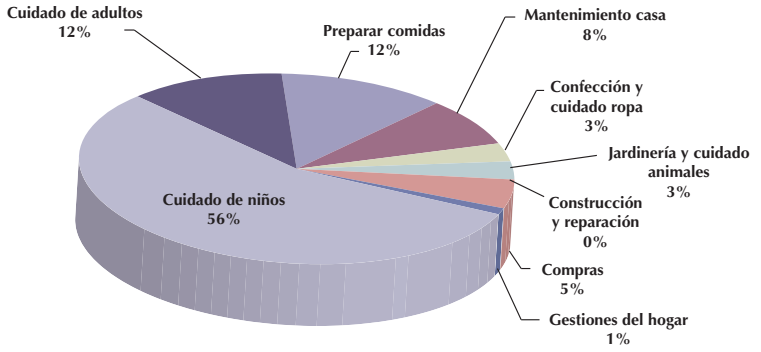


Las actividades culturales y de ocio son en general de baja intensidad, en torno a dos veces en un mes, con la excepción de excursiones (entre 5 y 6 veces al mes). Por el contrario las actividades de tipo deportivo suelen tener una mayor intensidad de uso mensual variando en función del tipo de actividad realizada. Por su parte, las actividades de la vida social son intensivas en número de veces por mes, caso de las visitas (12 veces), tertulias (13,5 veces), paseo (15,2 veces), conversaciones telefónicas (18,7 veces por semana). La utilización del correo electrónico por parte de las personas mayores ofrece un dato de interés, ya que es utilizado en el año de referencia por el 0,7 por cien de los hombres (que lo utilizan 20 veces al mes) y por el 0,3 por cien de las mujeres (que lo utilizan algo más de 15 veces por mes). La comunicación por ordenador (chat, teléfono por Internet) ofrece también un diferencial por género (0,2 por cien de los hombres frente al 0,1 por cien de las mujeres) y uso (13 veces al mes en los hombres frente a 8 veces en las mujeres). La importancia del uso del tiempo bajo la forma de vida social es crucial, pues es precondición de la acción cívica altruista. En todo caso, el modelo dominante de uso del tiempo por parte de las personas mayores es una combinación de tiempo de cuidados con tiempo relacional o protoasociativo, con un menor peso del tiempo asociativo de tipo cultural y altruista. Seguramente, en los años venideros irá cambiando progresivamente este perfil por otro, en el cual el asociacionismo cultural, solidario y sociopolítico ganará peso a medida que las nuevas generaciones de personas mayores, sobre todo mujeres, liberen tiempo familiar, repartido más equitativamente, para

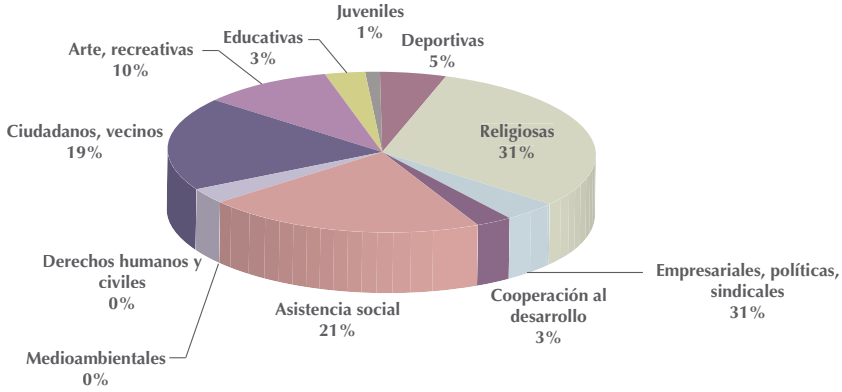
destinarlo a la promoción personal y social y a las actividades generadoras de capital social.

La distribución porcentual de las horas totales semanales dedicadas por las personas de 65 y más años a los distintos tipos de economía relacional nos da como resultado que el cuidado de los niños supone más de la mitad de las horas en la economía relacional doméstica; que las actividades de tipo religioso y de asistencia social también suponen algo más de la mitad de las horas semanales en la economía cívica; hacer excursiones e ir a los centros comerciales supone el 62 por cien de todas las actividades realizadas por mes en la economía recreativa; y conversar por teléfono y hacer y recibir visitas también supone algo más de la mitad de las veces que por mes se realizan en actividades de la vida social (Gráfico 60). De este modo, el grueso del tiempo semanal en horas o medido en número de veces al mes de la economía relacional se puede decir que está dirigido al cuidado de niños, a la actividad asistencial y religiosa, al ocio relacional y de consumo y a prácticas de vida social en las que la comunicación personal y grupal es central. Es decir, y como antes señalábamos, estamos ante un modelo de participación de las personas mayores de tipo comunitario y protoasociativo, que se corresponde con un amplio y diverso colectivo en el que la familia y la vida social son centrales y en el que ocupa un lugar subordinado, aunque creciente, la actividad asociativa cívica. En este modelo, la división social por género supone que la participación cívica de las mujeres esté lastrada por la carga de cuidados y el predominio de actividades más de relación social que cívica. Modelo que se encuentra en fase de cambio como los propios datos nos confirman.

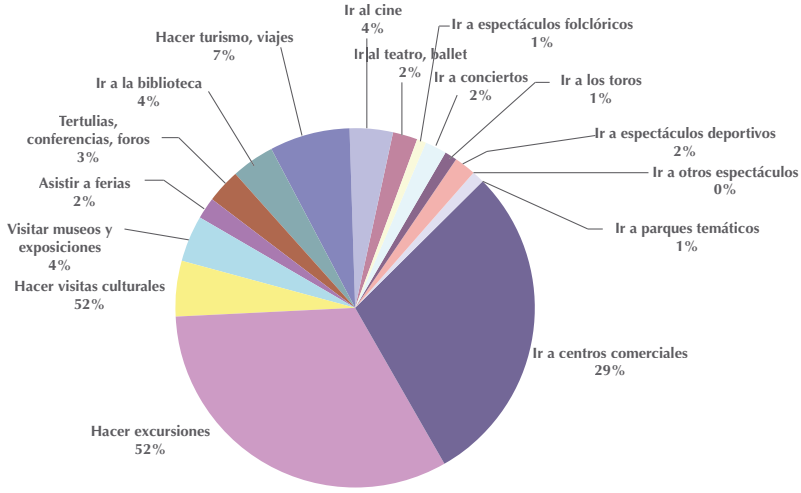
Gráfico 60. Distribución porcentual de las horas totales semanales dedicadas a ayuda a otros hogares. Personas de 65 y más años.



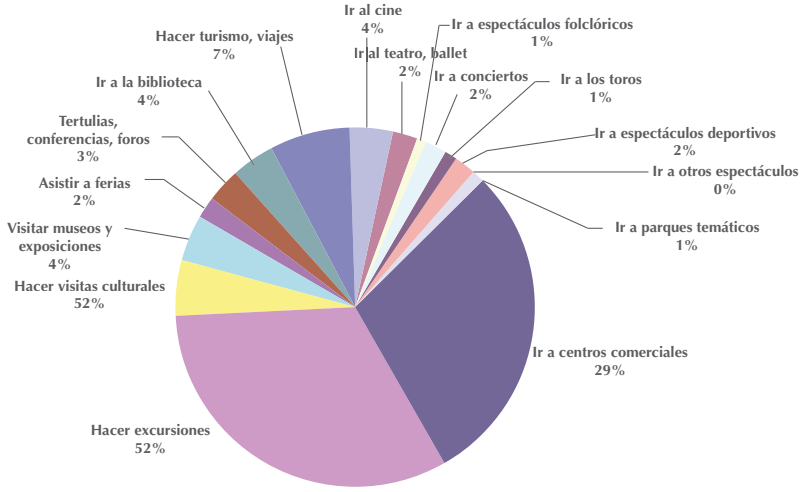
Distribución porcentual de las horas totales semanales dedicadas a actividades asociativas. Personas de 65 y más años.



Distribución porcentual de las veces totales que al mes se realizan actividades recreativas Personas de 65 y más años.



Distribución del total de veces al mes que se realizan actividades sociales Personas de 65 y más años.



Como no podía ser de otro modo, la edad es un condicionante fundamental del uso del tiempo en las personas mayores, lo que se traduce en proporciones diferentes de personas de cada grupo de edad que se implican en actividades relacionadas con la economía relacional. En general, puede afirmarse que es en el tramo de 65 a 74 años en el que se concentran las tasas más elevadas de participación para reducirse de manera importante en el tramo entre 75 a 79 años y más aún entre los 80 y los 85 años, para pasar a ser marginales a partir de esta última edad, por el doble efecto del impacto de la edad en la capacidad de cuidados y de participación, y por efecto de la morbilidad y la mortalidad. Como puede verse en el Cuadro 11 y el Gráfico 61, la mitad de los cuidadores y algo más de las horas de cuidados de los niños se concentran en el tramo de edad de 65 a 69 años, las personas mayores «más jóvenes». A partir de los 75 años se inicia una notable reducción de efectivos así como de las horas destinadas al cuidado de niños.

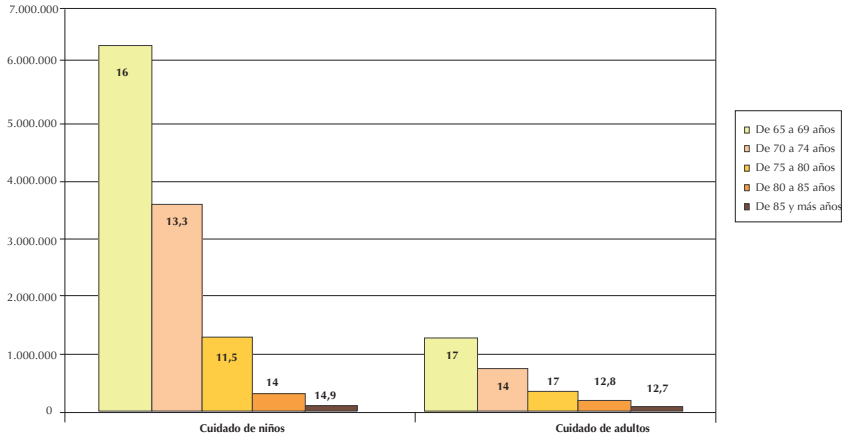
Cuadro 11. Distribución de cuidadores y horas de cuidados por edades.

Tramos de edad	% cuidadores de niños	% horas de cuidados niños	% cuidadores de adultos	% horas de cuidados de adultos
65-69	49,0	54,6	46,8	50,4
70-74	33,6	31,1	33,1	39,3
75-79	14,2	11,3	9,8	10,5
80-85	2,4	2,3	8,7	7,5
85 +	0,7	0,7	1,6	1,3
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración en base a Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003. INE.

Sin embargo, la intensidad de la participación, medida en horas, apenas se reduce, como puede verse en el Gráfico 61. Así, en el cuidado de niños la reducción es de 16 horas a casi 15 entre el tramo más bajo y más alto de edad, siendo significativo el cambio de intensidad en el cuidado de adultos. Seguramente, el cuidado de niños requiere mucho tiempo de vigilancia y atención básica, lo que es compatible relativamente con las diferentes edades, mientras que el tiempo de cuidado de adultos, máxime si son personas dependientes, demanda una atención que una persona mayor de elevada edad no puede prestar por sí sola, necesitando ayudas complementarias de carácter informal y/o profesional.

Gráfico 61. Horas semanales totales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por edad. Personas de 65 y más años.



Lo mismo sucede en la actividad relacionada con la economía cívica y altruista, que se concentra en los primeros tramos de edad en efectivos y tiempo, tal como puede verse, a modo de ejemplo, para las actividades de tipo asistencial y asociativo-vecinal en el Cuadro 12.

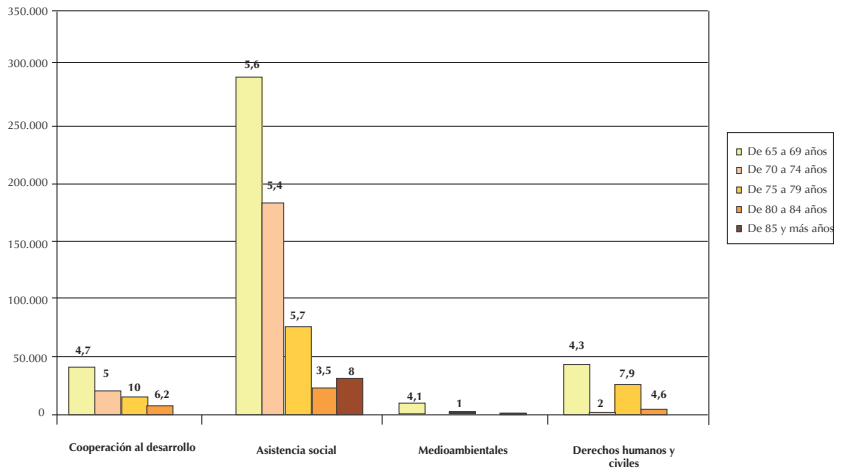
Cuadro 12. Distribución de cuidadores y horas de cuidados por edades y actividad.

Tramos de edad	% personas en actividades asistenciales	% horas dedicadas	% personas en actividades de tipo asociativo-vecinal	% horas dedicadas
65-69	47,2	48,1	48,6	37,0
70-74	31,0	30,5	27,9	31,0
75-79	12,4	12,9	17,1	27,7
80-85	6,3	3,9	5,4	3,9
85 +	3,1	4,6	1,0	0,3
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración en base a Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003. INE.

A diferencia del tiempo de cuidados personales, con la edad aumenta relativamente la intensidad horaria de la actividad cívica, tal sucede en el caso de la actividad de cooperación al desarrollo y la actividad asistencial (ver Gráfico 62).

Gráfico 62. Horas semanales totales y promedio semanal de horas dedicadas al voluntariado por edad. Personas de 65 y más años.



Un análisis más detallado de la economía cívica y altruista nos revela que variables como los estudios, la ocupación, la relación con la actividad y los ingresos tienen una incidencia diferencial en las tasas de participación y en la intensidad horaria. Así, en lo referente a los estudios (Cuadro 13) observamos que las tasas asociativas asistenciales son superiores en las personas con menos estudios pero con menor intensidad horaria de dedicación que los que tienen estudios superiores. La participación en asociaciones vecinales cuenta con mayor tasa de intensidad horaria en las personas mayores con estudios más elementales. Finalmente, en las asociaciones recreativas, con información deficiente en cuanto a tasas, se observa una relativa mayor intensidad participativa de las personas con estudios superiores.

Cuadro 13. Economía cívica y solidaria según nivel de estudios.

	Asociaciones asistenciales		Asociaciones vecinales y de ciudadanos		Asociaciones recreativas	
	% Participación	Horas por semana	% Participación	Horas por semana	% Participación	Horas por semana
Menos de 5 años de estudios	0,3	5,4	0,6	4,2	0,3	4,4
Más de 5 años de estudios	0,6	3,6	0,7	5,3	0,1	6,4
Bachillerato elemental	0,4	7,2	0,4	3,7	-	5,1
Bachillerato superior	0,1	7,6	-	3,1	-	6,2
Diplomados	0,2	5,3	0,1	2,7	-	9,7
Licenciados	-	14,7	0,1	3,3	-	5,8

Fuente: Elaboración en base a Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003. INE.

Las personas mayores que están jubiladas tienen tasas de participación (1,20) superiores a las de quienes se dedican a las labores del hogar (0,2) o tienen la condición de viudedad (0,2). Pero es en relación con los ingresos del hogar donde se perciben comportamientos participativos diferenciales con mayor claridad. Así (Gráficos 63 y 64), en el cuidado de niños los hogares con menos ingresos aportan un mayor número de horas, al ser los mayoritarios, pero existe una tendencia de mayor intensidad horaria semanal en los tramos altos de renta, lo que no sucede en el cuidado de adultos. En el mismo sentido sucede en la participación en actividades de asistencia social, cooperación al desarrollo y medioambiental.

A modo de resumen, podemos afirmar que el modelo de economía relacional de las personas mayores se encuentra en un momento de cambio. Se trata de un modelo en el que la actividad de reproducción, de cuidados, tiene una función de apoyo directo al empleo de las mujeres. Es una actividad que recae sobre todo en las mujeres mayores que prolongan hasta edades avanzadas las actividades de reproducción acumulando tareas previas de la edad adulta. Por esta actividad no reciben remuneración ni las mujeres ni los hombres cuidadores (no cobran por el tiempo de cuidados el 98,5 por cien de los hombres ni el 99,6 por cien de las mujeres, es decir, tiempo no remunerado de solidaridad familiar). Es un cambio significativo la incorporación de los hombres al cuidado de niños (38 por cien del total de cuidadores) y de personas adultas (32 por cien del total). Un cierto reparto de las actividades entre mujeres y hombres está teniendo lugar, facilitado por la vuelta al hogar de los hombres a partir de la jubilación.

El tiempo de los mayores es, en gran medida, un tiempo de apoyo y solidaridad familiar. Junto a éste aparece el tiempo de relaciones sociales, esencialmente lúdico y comunitario, cada vez más viajero —excursiones, con tasas del 7 por cien de las personas mayores tanto en hombres como en mujeres—, y cultural —con tasas superiores al 2 por cien—, así como ligado a la sociedad de consumo —visitas a los centros comerciales— y crecientemente turístico —tasas en torno al 5 por cien, superiores en las mujeres. Las relaciones grupales a través de clubes y peñas, tertulias y otros modos de reunión comunitaria predominan en este modelo relacional comunitario intensivo.

Gráfico 63. Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por nivel de ingresos del hogar. Personas de 65 y más años.

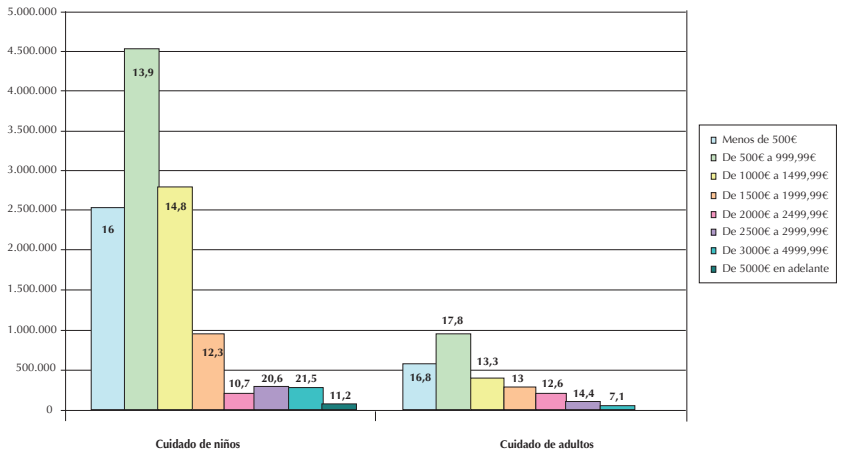
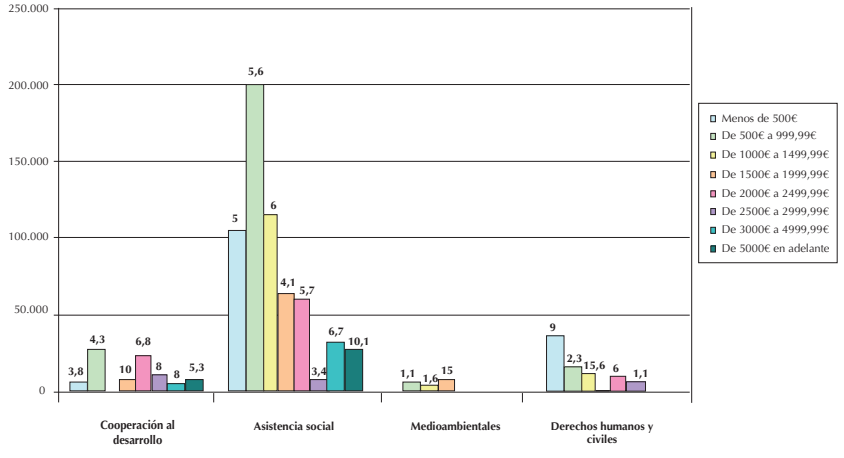


Gráfico 64. Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas a actividades de voluntariado por nivel de ingresos del hogar. Personas de 65 y más años.



Finalmente, tenemos el tiempo cívico y solidario, que en los últimos años ha ganado espacio con las nuevas generaciones de jubilados y, sobre todo, prejubilados. La función de cohesión de este tiempo es fundamental para complementar la acción del Estado en el ámbito asistencial, para el desarrollo de la sociedad civil cívico-política y, en general, para la promoción del asociacionismo altruista. En este tiempo, la división de género es muy visible: las mujeres están en el asociacionismo asistencial y religioso en mayor medida que los hombres y con supe-

rior presencia que éstos en el asociacionismo de los derechos civiles, mientras que los hombres predominan en el asociacionismo político y recreativo. Sin embargo, hombres y mujeres están presentes con cierto equilibrio en asociaciones de vecinos y en las de tipo educativo. Por tanto, el tiempo de la economía relacional cívica tiene un doble perfil de tipo tradicional pero también claramente abierto al cambio que se consolidará con seguridad en los años venideros.

De tales conclusiones se puede extraer consecuencias en términos de políticas públicas dirigidas a potenciar una participación social de las personas mayores que sea al mismo tiempo satisfactoria para las necesidades del amplio y diverso colectivo, cívicamente útil y equitativa desde el punto de vista del género. Entre ellas, las políticas de guarderías que liberen y apoyen el papel de las abuelas cuidadoras, el apoyo a la promoción educativa de la mujer mayor y un impulso al asociacionismo cívico y altruista, además del lúdico. Obviamente, la trayectoria vital y la posición social y ocupacional a lo largo de la vida son factores condicionantes de la participación de las personas mayores.

APORTACIONES

A: Empresa y Envejecimiento. Un reto sin explorar

Las prioridades de las empresas están alejadas del proceso del envejecimiento de la población, fenómeno del que comenzarán a ocuparse cada vez más, debido, entre otros imperativos, a que la tasa de dependencia en España (relación entre las personas que no están en edad de trabajar, menores de 16 y mayores de 65 años) será de 1/1 en el año 2050, según estimaciones del INE.

El envejecimiento de la población ofrece a las empresas una doble oportunidad: desarrollar nuevos productos y servicios y fomentar una nueva cultura ciudadana que incorpore la preparación para un envejecimiento activo y saludable, que requiere alianzas y trabajo conjunto entre los principales agentes sociales.

Crear una cultura empresarial para el envejecimiento activo implica contemplar el envejecimiento como un proceso complejo y multidimensional, que afecta a distintas áreas de la empresa e incorpora una visión dinámica relacionada con la evolución vital que se perciba de forma integral desde diferentes ángulos: recursos humanos, producción, marketing, responsabilidad social corporativa, acción social, alianzas, estrategias, I+D+I

y desarrollo de cultura organizativa donde predominen estilos, hábitos, conocimientos y habilidades comprensivas de este proceso.

El reto es contestar a la pregunta ¿Qué crea simultáneamente mayor bienestar social y mayor competitividad empresarial a medio plazo?

Hasta ahora el volumen de la actividad y el propio interés general no han demandado una profundización en el estudio de este desafío.

Una política empresa-envejecimiento podría asentarse sobre las siguientes líneas de actuación:

- *Consideración de las empresas por parte de las políticas de envejecimiento, promoviendo su participación activa en grupos interdisciplinares que tengan más cercanía a su actividad y mayor efecto multiplicador.*
- *Promoción de la participación y la gestión empresariales de servicios sociales y económicos que lo permitan.*
- *Desarrollo de políticas orientadas a la sensibilización empresarial en temas clave comprensivos de las condiciones de vida.*
- *Promoción en las empresas de nuevos contenidos en el ámbito de la Gestión de las Personas, que contemplen el desarrollo profesional a lo largo de toda la vida laboral hasta la jubilación, la diversidad por edad, la conciliación de la vida familiar.*
- *Promoción de nuevos contenidos en el ámbito de la Gestión de Productos y Servicios, que contemplen el envejecimiento de forma transversal a sus diversas áreas de negocio y corporativas y fomenten nuevas alianzas estratégicas.*

(Extractado de la aportación de Abest, Innovación social)

B: Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones

- *Prolongar la vida laboral de forma voluntaria, en particular para aquellas profesiones y trabajos de contenido intelectual. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- *Establecer procedimientos de aprovechamiento del capital social de las personas mayores en el servicio a la comunidad. Fatec.*
- *Introducir en las Universidades las figuras del mentor para el emprendimiento y para el empleo que apoye a los jóvenes egresados en los inicios de la actividad empresarial y en la búsqueda de su primer empleo, aprovechando el valor de la experiencia y del conocimiento de las personas mayores en estos ámbitos. Universidad de Valencia.*
- *Intensificar la colaboración del sector público-privado. CEOE-CEPYME.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. ***El acercamiento a la economía y seguridad de las personas mayores ha de realizarse sobre las bases de una política económica en la que se contemple todo el ciclo vital y se incluya la economía relacional, la economía del tiempo de cuidados, la solidaridad y las relaciones sociales.*** Esta concepción de la política económica conlleva:

   a) Considerar el fenómeno del envejecimiento como una oportunidad de continuidad para una nueva etapa de la vida, a la vez que de adaptación de la solidaridad intergeneracional a las pautas del cambio demográfico y a las nuevas formas de trabajo, consumo y vida social que se están generando en la nueva sociedad de la información.

   b) Promover una imagen positiva de las personas mayores como un capital social y fuente de nuevas formas de desarrollo social y económico, no como carga y coste, es una conclusión necesaria. Dicha imagen, basada en la realidad del peso de la economía relacional de las personas mayores, debe transmitirse al conjunto de la sociedad y particularmente a los jóvenes y adultos con el fin de contribuir a formas positivas y activas de solidaridad intergeneracional.

   c) ***La formulación de las políticas sociales y económicas para los mayores deben hacer posibles formas activas de solidaridad intergeneracional***, ofreciendo una visión completa de las trayectorias vitales de las personas bajo los condicionantes institucionales, económicos y sociales existentes en toda sociedad, su estructura desigual y sus consecuencias en términos de renta, consumo y formas de vida social.

   d) ***Las políticas públicas deben poner en valor la economía relacional, destacando la importancia que ha tenido y sigue teniendo la aportación de las personas mayores en los cuidados de niños y dependientes para facilitar la incorporación de las mujeres al trabajo.*** Sin embargo, estas aportaciones no deberían ser obstáculo para el desarrollo de infraestructuras de atención profesionalizada para personas en situación de dependencia, puesto que no es lo mismo la colaboración familiar en los cuidados que responsabilizarse de ellos. La economía relacional requiere:

      a. Reforzar las políticas de igualdad, conciliación de la vida familiar y el trabajo e infraestructuras que liberen una parte

importante del tiempo de cuidados de la mujer mayor para destinarlo a funciones de apoyo educativo de los niños y de desarrollo personal y social.

b. Hacer visible en la sociedad y en la economía convencional la función de la economía relacional.

CAPÍTULO 5

LA SALUD Y LAS PERSONAS MAYORES

ENVEJECER CON BUENA SALUD *(Artículo de Autor)*

Dr. D. José Manuel Ribera Casado
Universidad Complutense Madrid - Hospital Clínico San Carlos
Catedrático Emérito

Los problemas de salud —sus pérdidas— aparecen siempre muy ligados al fenómeno del envejecimiento hasta el punto de que una idea muy repetida es la que considera la vejez como una enfermedad en sentido estricto. Se trata de un mensaje absolutamente falso pero muy introducido en el contexto de la sociedad, incluso dentro del colectivo de más edad. Erradicar este concepto, no sólo falso, sino que en sí mismo conlleva un elemento de discriminación y una llamada a la resignación, supone un reto para quienes trabajamos en este campo. *«Age is not a disease»* es un eslogan inscrito en las insignias de solapa que, año tras año, son distribuidas entre los congresistas que asisten a las sesiones de la Sociedad Americana de Geriatría. En esta presentación voy a distinguir tres partes. La primera dedicada a resumir algunos conceptos sobre la salud de las personas mayores, así como a recordar cuáles son los problemas que aparecen con mayor frecuencia en este campo. En la segunda, más acorde con el título que se me ha propuesto, me centraré en las cuestiones relativas a las posibilidades de que disponemos para mantener una buena salud en el curso del envejecimiento. En la tercera expongo algunos comentarios sobre un tema de moda, muy vinculado con la salud, como es el relativo a las llamadas terapias antienvejecimiento.

A. LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

La Conferencia de Alma Ata, en 1978, estableció una definición de salud en la que se habla de situación óptima de bienestar físico, psíquico y social. Poco después la Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Viena en 1982 bajo los auspicios de Naciones Unidas hablaba de la necesidad de «...tener en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y **ambientales**». A estos elementos definitorios se debe añadir, como otra característica esencial, el concepto de «**protección de la salud»,** algo que en las sociedades desarrolladas representa un derecho fundamental, tal como, por ejemplo, reconoce la Constitución Española en sus artículos 43 y 50. Todo ello

tiene validez con independencia de la edad de la población a la que se apliquen estas definiciones.

Cuando el tema «salud» se aborda desde la perspectiva de la población de más edad hay que establecer algunas matizaciones. La primera es que, de acuerdo con todas las encuestas al respecto, estamos ante el parámetro más valorado por parte de este sector etario, tanto cuando se plantea en términos de calidad de vida, como cuando se hace como preocupación o con cualquier otra manera de formularlo. Así se repite en proporciones variables pero siempre evidentes en todo tipo de encuestas al respecto llevadas a cabo en España o en otros países de características similares al nuestro. Los problemas vinculados a la economía y los afectivos, especialmente las situaciones de soledad, suelen ocupar el segundo y el tercer lugar en la escala de preocupaciones, aunque no siempre aparezcan en este orden.

Otro matiz de interés referido específicamente a la salud de la población mayor es el que establece la diferencia entre la salud subjetiva y la salud objetiva propiamente dicha. No es lo mismo el cómo me encuentro que el cómo estoy. Conocer la respuesta a cómo me encuentro —la salud subjetiva— es fácil, basta con preguntar a los interesados. Así lo hace en España el Instituto Nacional de Estadística (INE) cada pocos años a través de las llamadas Encuestas Nacionales de Salud (ENS). Los datos que esta fuente nos proporciona son siempre similares. Nuestra población de más edad responde de forma mayoritaria que su estado de salud es bueno o muy bueno en contraposición a malo o muy malo cuando es interrogada al respecto. Con dos matizaciones. A mayor edad menos respuestas positivas, aunque éstas sigan dominando sobre las negativas. En segundo lugar que, a igualdad de edad, las mujeres siempre dan respuestas menos positivas que los hombres, quizás porque presentan en mayor medida enfermedades que, aun con una baja tasa de mortalidad, son generadoras de molestias, como pueden ser las referidas al aparato locomotor.

La salud objetiva es otra cuestión. Resulta muy difícil tener una información precisa en torno a ella, ya que hay grandes problemas metodológicos para poder medirla de forma segura. Aquí no vale la pregunta directa, puesto que muchos procesos o son desconocidos por sus portadores o no son valorados como alteración de la salud. Ejemplos típicos, aunque no únicos, en este sentido serían los correspondientes a las pérdidas de vista y oído, las alteraciones de cualquier tipo en la dentadura, en la boca en general o en la piel. Apenas hay personas mayores que se quejen de ello. Les hemos educado en la idea de que determinadas alteraciones muy frecuentes y que interfieren con la ca-

lidad de vida no son sino producto de la edad, y, por lo mismo, inevitables, y a partir de esa idea, la persona mayor estima que no debieran ser englobadas como patológicas.

Para poder obtener una información válida y representativa sobre la salud real de la población mayor se hace necesario recurrir a fuentes múltiples, algunas de las cuales serían indirectas. Estas fuentes van desde los informes de alta hospitalaria hasta los datos procedentes de autopsias y de los certificados de defunción, pasando por las encuestas a los médicos que trabajan en los centros de atención primaria, por las propias respuestas de las personas mayores a este respecto, e, incluso, por el tipo y cuantía de los fármacos consumidos.

Manejando toda esta información el panorama con respecto a la salud objetiva de nuestros mayores es bastante más sombrío. Presentan problemas cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, el 70-80% de la población sobre los 65 años. Problemas osteoarticulares entre el 50 y el 60%. Sensoriales más del 90%. Diabetes mellitus o enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre el 20 y el 25%, deterioro cognitivo alrededor del 10%. Proporciones igualmente elevadas de ciudadanos viven en situación de insuficiencia renal crónica o con patología digestiva. Además los cambios asociados al proceso de envejecer hacen que tanto la patología infecciosa como la tumoral eleven su prevalencia en paralelo con la edad. Todo ello aleja bastante la idea de una «buena salud» en este colectivo que cabría deducir de las respuestas obtenidas a través de la ENS. (Encuesta Nacional de Salud).

Simplificando mucho la cuestión cabe considerar de una manera muy esquemática que las principales quejas que presenta la población de más edad vienen derivadas de aquello que genera molestias físicas o limitaciones funcionales, así como de lo que obliga a un control periódico. No suelen quejarse de lo que no molesta, de lo que atribuyen «a la edad» o de lo que consideran irremediable. La principal causa de mortalidad en ambos sexos es la referida a la patología cardiovascular, seguida por la oncológica. Muy lejos queda la patología respiratoria, los accidentes u otras causas de muerte menos habituales.

Los primeros diagnósticos en cuanto a motivos de ingreso hospitalario son la insuficiencia cardiaca, las infecciones respiratorias y los problemas neurológicos. A las consultas ambulatorias acuden, sobre todo, por patología osteoarticular («reumas»), manifestaciones derivadas de las propias enfermedades cardiovasculares, o para control metabólico o de seguimiento de un proceso crónico. Las principales razones para acudir a un servicio de urgencia hospitalaria son de nuevo la patología

cardiovascular, las infecciones y, en tercer lugar, un fenómeno tan específicamente geriátrico como son las caídas.

En todo caso, resulta evidente que las personas mayores son grandes consumidores de recursos sanitarios. Son quienes más ingresos y reingresos hospitalarios originan, los que tienen estancias más prolongadas con mayores problemas a la hora de ser dados de alta, los máximos frecuentadores de las consultas de atención primaria y los mayores consumidores de fármacos. Son datos que conocen bien las diferentes administraciones sanitarias y que obligan no solamente a la práctica de una buena medicina lo más profesional posible, sino, sobre todo, a esmerarse en cualquier aspecto relacionado con la educación para la salud de esta población.

A todo lo anterior hay que añadir el problema de la dependencia, que guarda una relación muy estrecha tanto con la salud como con la edad y que puede afectar de acuerdo con las previsiones de la Ley al respecto hasta a un tercio de los españoles mayores de 65 años. A este respecto importa tener en cuenta que la norma es que las personas no nazcan dependientes, sino que esta situación se vaya adquiriendo a lo largo de la vida, sobre todo en sus fases más tardías, como consecuencia de limitaciones funcionales derivadas de una o más enfermedades o accidentes.

Los principales procesos generadores de dependencia tienen que ver con enfermedades crónicas tales como las deficiencias sensoriales, la patología cardiovascular, incluyendo en ella las secuelas de los ictus y las derivadas de enfermedades arteriales o venosas de los miembros, los trastornos del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis y sus consecuencias), las enfermedades neurodegenerativas (demencias, parkinsonismos, etc.) o las situaciones relacionadas con los grandes síndromes geriátricos (caídas, inmovilidad e incontinencia, urinaria o fecal, principalmente).

B. LA CUESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

En cualquier caso hablar de salud en la persona mayor obliga a hacerlo de prevención. Sin embargo, se trata de una cuestión a la que no se ha prestado hasta hace muy pocos años la importancia que realmente tiene. Rowe, en 1999, estimaba en un editorial de New England Journal of Medicine que la prevención podía ser considerada como la asignatura pendiente dentro de la Geriatría. En un contexto más amplio, W. Hazzard habla de **gerontología preventiva** en las sucesivas ediciones

de su clásico texto de la especialidad, incluida la última de 2009, y la define como «el estudio y la puesta en práctica de aquellos elementos relacionados con el estilo de vida, con el control del medio ambiente, y con el cuidado de la salud que pueden maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible a nivel tanto individual como colectivo». En términos similares la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizó en 2002 la expresión **«envejecimiento activo»**, como reto para los próximos años basado, sobre todo, en la adopción de medidas de carácter preventivo. Lo define como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

En relación con la prevención contemplada desde la geriatría conviene dejar sentados desde el primer momento dos mensajes básicos. El primero, que las medidas preventivas deben tomarse cuanto antes mejor, a ser posible en la infancia. Todo el mundo lo entiende y no es preciso insistir en ello. El segundo, menos asumido por la sociedad e incluso por los propios profesionales de la salud, es que ninguna edad es mala para iniciar estas medidas.

Los objetivos generales de la prevención geriátrica son equivalentes a los planteados en otras edades: a) reducir la mortalidad prematura originada por enfermedades agudas y crónicas, b) mantener la independencia funcional de la persona tanto como nos sea posible, c) aumentar la esperanza de vida activa (independiente), y d) mejorar la calidad de vida.

Para profundizar en este terreno conviene recordar que los cambios que tienen lugar en el curso del proceso de envejecer se establecen a través de tres vías fundamentales. Parece evidente que sobre ellas deberemos centrar nuestros esfuerzos a la hora de las políticas de prevención y de promoción de la salud.

1. La primera vía se corresponde con lo que conocemos como **«envejecimiento primario»**. Hablamos de los cambios que vienen predeterminados por nuestra carga genética individual y por el uso de nuestro organismo a lo largo de la vida. Algunos hablan de «cambios fisiológicos» cuando se refieren a este tipo de modificaciones. Tienen como peculiaridad su carácter universal en la medida en la que afectan a todos los individuos de la especie y a todos los componentes de cada individuo. Las alteraciones y pérdidas derivadas de este tipo de cambios, hoy por hoy, son poco susceptibles de prevención. Es posible que en el futuro el eventual acceso a técnicas que permitan la manipulación genética y, con ello, la corrección de

determinadas anomalías que predisponen para algunas enfermedades crónicas permitan algún margen de actuación en este campo.

2. El llamado **«envejecimiento secundario»** puede desdoblarse a su vez en dos tipos de mecanismos de actuación. El primero estaría vinculado a las pérdidas que se producen como consecuencia de enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas acumuladas a lo largo de la vida. Hablaríamos de **«envejecimiento patológico»**. Una infección juvenil como la tuberculosis puede no matar, pero sí dejar secuelas que limiten las posibilidades del aparato respiratorio y condicionar cómo va a envejecer el protagonista. Lo mismo cabe decir de un infarto agudo de miocardio, de la pérdida accidental de un miembro o de la pérdida quirúrgica de un riñón. Los ejemplos pueden ser infinitos.

   En este campo sí que son posibles medidas preventivas eficaces por diferentes caminos. Un buen ejemplo de prevención primaria podrían ser las vacunas que, al evitar la enfermedad correspondiente, van a limitar igualmente las eventuales secuelas nocivas de las mismas. Hoy resulta excepcional ver personas adultas o muy mayores con secuelas de una poliomielitis o de la viruela. En otro apartado de este capítulo se exponen de forma específica las recomendaciones en este terreno.

   Existen numerosos ejemplos de prevención secundaria a través de fármacos o de otros procedimientos terapéuticos. La **utilización de fármacos** en geriatría reviste connotaciones especiales que obligan a conocer sus cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos, sobre todo en lo referido a la eliminación. Los ancianos son grandes consumidores de fármacos y, además, la evidencia muestra que prácticamente el cien por cien de ellos se automedican con mayor o menor frecuencia. Desde la perspectiva de la prevención el tema de los fármacos en la persona mayor ofrece una dualidad importante. Son necesarios como vía eficaz para la prevención de diferentes enfermedades o trastornos metabólicos. Pero, al mismo tiempo, el riesgo aumentado de iatrogenia obliga a ejercer una vigilancia continuada. Deberemos saber siempre cuáles, cuántos y cómo consume y proceder a una supresión racional de los que carezcan de una indicación precisa. También este epígrafe es tratado en detalle más adelante.

   Procede insistir en el riesgo aumentado de **iatrogenia** farmacológica a que está sometido este grupo de población y eliminar todo fármaco que no sea estrictamente necesario. Se sabe que, más que por la edad, la aparición de reacciones adversas viene condicionada por

el número de fármacos y, en este sentido, la media de los consumidos por persona mayor «sana» se sitúa entre los tres y cuatro al día. El control adecuado y precoz de determinadas enfermedades crónicas cuya evolución espontánea tiende a generar complicaciones severas es otra forma eficaz de actuación en este terreno. Me estoy refiriendo a procesos como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la hipertensión arterial (HTA) o las alteraciones funcionales del tiroides. Quedarían aún numerosas vías de actuación preventiva en este campo. Entre ellas las referidas a las **medidas de despistaje o cribado** ante determinados procesos que, bien por su severidad, por su carácter invalidante o por su alta prevalencia en este segmento de población constituyen un problema de primer orden dentro de la geriatría. Estas medidas son una forma de prevención secundaria y pueden tomarse en relación con numerosos procesos crónicos, como las ya mencionadas DM-2 o la HTA, pero también con respecto a la osteoporosis y otras muchas situaciones patológicas de elevada prevalencia en geriatría.

Desde la perspectiva del cáncer conviene recordar que hablamos de la segunda causa de mortalidad entre la población mayor. Su prevención ideal habría que establecerla a nivel primario actuando sobre los agentes carcinogenéticos. Es algo poco operativo a corto plazo en la medida en la que nuestros conocimientos son aún escasos y que implicaría actuar en edades mucho más precoces. En todo caso sabemos que algunas medidas como evitar el tabaco, modificar determinadas dietas o huir de exposiciones excesivas al sol pueden ser eficaces en este sentido.

Los únicos tumores malignos para los que existe un nivel de evidencia alto en cuanto a la efectividad de las revisiones periódicas en esta edad son el de mama (autoexploración y mamografías periódicas), el de próstata (tacto rectal y PSA) y el de intestino grueso (recto-sigmoidoscopia periódica de sujetos en riesgo, especialmente en aquellos con antecedentes familiares). Algunos tumores como el de cérvix requieren esfuerzos a edades más precoces, mientras que en casos como el de pulmón, estómago u otros no existe aún evidencia suficiente acerca de las ventajas de establecer programas reglados de cribado.

Importa insistir en las pérdidas referidas a los **órganos de los sentidos** y a la **boca.** Son problemas que, sobre incrementar la morbimortalidad de quien los sufre, dan lugar a limitaciones funcionales e inciden muy negativamente sobre la calidad de vida del individuo. La prevención específica referida a la patología sensorial pasa

por asumir que sus pérdidas, aun siendo inherentes en gran medida a los cambios condicionados por la edad, no deben constituirse nunca en una especie de fatalismo al que haya que resignarse por obligación. Son pérdidas que en muchos casos pueden prevenirse mediante revisiones periódicas precoces que detecten y corrijan en origen y de acuerdo con su etiología las eventuales pérdidas que puedan irse produciendo. Pero, en todo caso, siempre existe la posibilidad de prevención secundaria y terciaria sin que la edad sea una contraindicación para ello.

Con la piel y la boca de la persona mayor ha existido también un desinterés histórico, cargado de llamadas a la resignación. Valga como ejemplo el dato de que la proporción de ancianos total o parcialmente edéntulos en nuestro país es enorme. Es más la norma que la excepción. Carecer de dientes, además de influir muy negativamente en la calidad de vida, se convierte en factor de riesgo autónomo para otros muchos procesos relacionados con la nutrición o la patología local de carácter infeccioso o tumoral. Existe evidencia clara de los beneficios derivados de una política de prevención activa en forma de recomendaciones higiénicas y de revisiones periódicas.

Desde un punto de vista conceptual podríamos aún incluir dentro de este apartado las medidas preventivas orientadas a reducir el riesgo de sufrir alguno de los llamados **«síndromes geriátricos»**: caídas, incontinencia, inmovilidad, trastornos del sueño, etc. Cada uno de ellos tiene sus propios factores de riesgo, bien conocidos a día de hoy, y sobre los que es perfectamente posible una intervención activa y eficaz.

3. Donde las medidas preventivas pueden alcanzar su eficacia máxima es en el tercero de los mecanismos responsable de las pérdidas que tienen lugar durante el envejecimiento. Hablamos del **«envejecimiento secundario»** vinculado a los **factores ambientales y a los hábitos de vida previos del individuo,** a sus costumbres, y, en general, a los factores de riesgo de todo tipo a que ha estado sometido a lo largo de su vida.

El mayor énfasis debe ponerse en todo lo relativo a la prevención primaria. Llevar unos **«hábitos de vida saludables»** constituye la mejor forma de prevención a cualquier edad. Los tres campos de actuación más importantes al respecto son: a) los relativos a la actividad física, b) los que tienen que ver con la alimentación, y c) la supresión de hábitos tóxicos, especialmente del tabaco. También las medidas que llamamos «higiénicas» en su contexto más amplio.

Los detalles con respecto a todos estos puntos, clave para la promoción de la salud, son comentados en otro lugar.

A los **factores de riesgo (FR),** tanto de carácter general como a los específicos para determinadas patologías —por ejemplo, a los factores de riesgo cardiovascular— se les ha dado poca importancia en geriatría. Hoy se sabe que también en la patología del mayor tienen una gran importancia. El concepto de factor de riesgo es aplicable a cualquier tipo de proceso y, al menos en el caso concreto de la persona mayor, va más allá de lo puramente médico para entrar en la esfera de los problemas sociales. Los FR que afectan a las personas mayores y menos mayores no son siempre los mismos, ni cuando lo son actúan siempre con la misma intensidad en los distintos grupos de población. Sin embargo, se debe tener claro que su papel en geriatría, facilitando diversa patología médica y social, mantiene una altísima importancia.

El campo de los factores de riesgo abarca toda suerte de situaciones clínicas y sociales. Por ello se precisa una visión amplia que analice los referidos a las distintas enfermedades y problemas que afectan a la persona mayor para poder afrontarlos con garantías desde la óptica de la prevención.

La base principal de todas las medidas de intervención se fundamenta en una buena educación sanitaria tanto del protagonista, la persona mayor, como de su entorno familiar y de la sociedad en general. En este sentido es fundamental el papel tanto de los profesionales de la salud, como el de los educadores a cualquier nivel (desde la infancia, a los animadores sociales de las residencias de mayores) y el de los responsables de los medios de comunicación.

Dentro de las medidas preventivas en relación con la calidad de vida y la salud de las personas mayores deben incorporarse, también, aquellas que van dirigidas a mejorar el **entorno social**. Las situaciones de deterioro progresivo son muy comunes, pasan con frecuencia desapercibidas hasta fases muy avanzadas y es muy habitual que sólo se busquen soluciones tras un episodio agudo que no siempre es reversible.

Unos comentarios sobre cuestiones de carácter general. Entre ellas insistir en la no aceptación de ninguna forma de **discriminación** basada en la edad. Se trata de un mal hábito muy introducido en la sociedad en general y en la práctica clínica diaria. Un mal hábito al que con frecuencia se suma la familia. La edad en sí misma nunca debe figurar en ningún listado de contraindicaciones, por más que el individuo mayor vaya a ser sujeto frecuente de esas contraindi-

caciones en base a los criterios generales que se aplican al común de las personas. En la misma línea habrá que insistir para que se respete el principio bioético de la autonomía.

Muchas de las medidas necesarias en este terreno —quizás las más importantes— van a ser de carácter social y educacional. Tienen que ver con un cambio de mentalidad que afecta a los estilos de vida y cuyo inicio debe establecerse en edades muy precoces. Si en todos los tiempos y sea cual sea la edad del individuo el hombre siempre ha considerado la salud como su don más preciado, habrá que priorizar este tema y arbitrar los recursos necesarios para que ese logro, que hoy ya ha dejado de ser utópico para convertirse en una posibilidad real, se consolide como la forma habitual de envejecer.

Otro apartado relacionado con la prevención en materia de salud es el referido a los **abusos, negligencias y malos tratos** a las personas mayores. Desde los años ochenta la literatura médica, y en menor medida la jurídica, ofrecen testimonio creciente de hasta qué punto estamos ante un problema real que afecta a entre el 5 y el 20% de la población mayor. Es una forma de violencia doméstica como la ejercida sobre la mujer o sobre el niño. Sin embargo, en la práctica resulta ignorada hasta el punto de dar la impresión de parecer ajena a las preocupaciones del conjunto de la sociedad.

Hoy conocemos los principales factores de riesgo para convertirse en víctima de estas lacras. También el perfil preferente tanto del agresor como de las víctimas, el porqué de los silencios, y otra mucha información del máximo interés. Conocemos también, y éste es mi segundo comentario, las posibilidades que tiene el médico a nivel preventivo —no sólo preventivo— en este campo. Todas pasan por no ser indiferente ante el problema, por estar sensibilizado ante él, y por intervenir de oficio si llega el caso, aunque sea con la mayor discreción posible, ante la menor sospecha al respecto.

C. SALUD Y «ANTIENVEJECIMIENTO»

El término *«antiaging»* o su traducción española constituye un «eslogan» al alza. Las ventas de los productos dirigidos a este fin alcanzaron en el año 2006 en los Estados Unidos alrededor de los 37.000 millones de euros y cantidades equivalentes pueden encontrarse en los diferentes países europeos. Como afirmaba *The New York Times* comentando este tema, nuestra sociedad «busca el nuevo elixir de la vida a través de

fármacos de riesgo» (*The New York Times*, 26 abril 2007). La expresión está de moda y la podemos encontrar en cualquier parte. Hay sociedades científicas con este nombre, pero también existen clubes, dietas, campañas, clínicas y un etc. muy largo. Las motivaciones y objetivos que subyacen en cada caso son muy variados y van desde lo que podríamos considerar estrictamente riguroso y serio, hasta lo puramente comercial aplicando a esta palabra su sentido más peyorativo.

En sentido literal cabe decir que la única forma de no envejecer —el único posible antienvejecimiento— es la muerte. Podemos interpretar que quienes han acuñado y promovido este término lo que nos intentan transmitir es la idea de alcanzar el mejor envejecimiento posible, ralentizar la velocidad del proceso de envejecer, o, en su caso, intentar hacer reversibles algunos de los cambios más negativos que dicho proceso lleva consigo. Todo ello constituye una aspiración legítima pero que requiere algunas matizaciones.

Para conseguir esos objetivos, en la práctica, las herramientas de que disponemos proceden esencialmente del campo de la prevención y se ajustan en su totalidad, con muy escasas excepciones, a los criterios y recomendaciones ya expuestos. Fuera de ello, a día de hoy, apenas queda margen de actuación. Sin embargo, mayoritariamente los propagandistas del *«antiaging»* no es eso lo que venden, sino unas armas de actuación mucho más sofisticadas y complejas, que, además de ser ineficaces en la mayor parte de los casos, no está exentas de riesgos, y se prestan al abuso por parte de grupos poco escrupulosos que tienden a jugar con la credulidad, la ignorancia, los deseos y, sobre todo, la economía del ciudadano.

A la hora de intentar retrasar el proceso de envejecer y minimizar sus consecuencias deberemos volver a mirar las vías a través de las cuales se produce este fenómeno, ya expuestas en el apartado anterior, y ver de nuevo en qué medida son susceptibles de intervención. Si somos capaces de interferir en esos procesos dispondremos de sistemas antienvejecimiento.

Buena parte de los esfuerzos se han dirigido a interferir en los mecanismos responsables del proceso de envejecer. A actuar sobre los **mecanismos involucrados en el «envejecimiento primario».** Sobre lo que llamamos «teorías del envejecimiento». Quizás el ejemplo más típico en este campo lo constituye el intento de controlar los efectos nocivos de los llamados radicales libres, sobre la base de administrar sustancias antioxidantes que dificulten la formación de estos radicales y minimicen sus efectos deletéreos. Controlar la formación de radicales libres, además de prolongar la vida y ralentizar el envejecimiento, ten-

dría otros efectos favorables sobre la patología tumoral y cardiovascular, así como sobre un elevado número de procesos crónicos. Estudios con diversos agentes antioxidantes (superóxido dismutasa, a-tocoferol, vitaminas C o E, etc.) en modelos animales muy elementales, han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de vida máxima conocida de la especie correspondiente. Este tipo de respuesta no se ha conseguido a día de hoy en la especie humana.

Tampoco son mayores los éxitos en cuanto a nuestras posibilidades de actuación sobre otras teorías del envejecimiento como pueden ser la de los «enlaces cruzados», la del «acortamiento del telómero», sobre la llamada del «error catastrófico», sobre las «teorías inmunológica» o «neuroendocrina», sobre la de la «acumulación de los productos de desecho», o sobre cualquiera de las que tienen su base en los componentes genéticos del individuo. Nuestras posibilidades de intervención en este terreno a día de hoy en orden a prolongar la expectativa de vida máxima o a conseguir un envejecimiento saludable son nulas. Sin embargo, como ya se apuntó, es posible que en un futuro, a partir del conocimiento ya disponible del genoma humano, pueda llegarse a actuar en algunos casos, especialmente en aquellos relacionados con enfermedades para las que el sujeto pueda estar genéticamente predispuesto.

Un segundo apartado de **medidas antienvejecimiento** sería el relacionado con aquellas que se orientan a **suplir las pérdidas** asociadas al mismo. Son pérdidas que se producen a todos los niveles, pero que de manera muy especial afectan a componentes esenciales para el metabolismo humano. Pérdidas de vitaminas, minerales, principios inmediatos, hormonas, etc. En este sentido como, punto de partida cabría hacer una diferenciación básica entre las que podríamos llamar pérdidas evitables, que estarían en gran medida vinculadas a determinadas enfermedades o a una limitación en el aporte de la sustancia deficitaria, mientras que, por otro lado, estarían las pérdidas relacionadas directamente con el envejecimiento primario.

Al primer grupo corresponden muchas de las deficiencias más habituales encontradas entre la población anciana. Son déficits en absoluto inocentes que determinan con frecuencia formas de envejecimiento insatisfactorio y que inciden negativamente en la calidad de vida del individuo, a veces contribuyendo de manera directa en la aparición de trastornos crónicos y de complicaciones a corto y largo plazo perfectamente evitables. La ventaja es que siempre va a existir la posibilidad de actuar. De corregir desde fuera la deficiencia. Incluso, en muchos casos, se trata de situaciones perfectamente prevenibles a través de

protocolos y de programas específicos para la población en riesgo que están claramente establecidos en los libros de medicina.

La posibilidad de encontrar este tipo de limitaciones es muy alta. Se trata de situaciones de alta prevalencia entre la población de edad avanzada, relacionadas, sobre todo, con el contenido en minerales y vitaminas. Estaríamos hablando, por ejemplo, de sujetos con unos niveles inadecuados de calcio y de vitamina D, algo muy frecuente en la población mayor femenina, que va a favorecer la aparición de osteoporosis. O en el caso, también frecuente, de deficiencias de ácido fólico o de otras vitaminas del complejo B, de hierro, o, incluso, de las situaciones de malnutrición calórico-proteica, un problema que puede llegar a alcanzar hasta a un 20% de la población anciana en un país como el nuestro. Suplir estas deficiencias cuando existen, intentar prevenir su aparición y detectarlas de forma precoz forma parte del sentido común, debe entenderse como una obligación médica y aunque su existencia va a interferir directamente en el logro de un envejecimiento satisfactorio, su corrección difícilmente puede encuadrarse entre las llamadas «terapias antienvejecimiento».

Pero al lado de ello existen otras formas de compensación mucho más controvertidas. Un buen ejemplo es el de la llamada **terapia hormonal sustitutiva** en el caso de la mujer postmenopáusica. La teoría es clara. Si los estrógenos ejercen en las mujeres un efecto protector en cuestiones tan importantes como el metabolismo óseo o el aparato cardiovascular, además de mejorar su estética e intervenir favorablemente en la esfera sexual, por qué vamos a dejar que la naturaleza interrumpa estos efectos positivos. Con ese fundamento y, siendo perfectamente posible administrar preparados farmacológicos que suplan su deprivación menopáusica se introdujo hace unos años el principio de la hormonoterapia sustitutiva, que, además, de acuerdo con sus defensores, debería ser mantenida de por vida. Los problemas surgieron cuando empezaron a observarse reacciones adversas no deseadas, principalmente de tipo tumoral. La idea de añadir progestágenas a la terapia estrogénica no ha demostrado ser suficientemente efectiva y, a día de hoy, aunque se mantiene la polémica, el entusiasmo inicial ha decaído enormemente y la doctrina más extendida es que esta forma de terapia sustitutiva debe reservarse para casos muy especiales, siempre negociados abierta y extensamente con la protagonista.

Mucho más cuestionables todavía son otras formas de **reemplazamiento hormonal** que, con mayores o menores limitaciones según los países, también están en el mercado, como pueden ser la administración

de hormona de crecimiento o de hormonas masculinas tales como la testosterona o la epidihidroandrosterona.

La hormona de crecimiento es una hormona anabolizante que se produce en la hipófisis anterior y que ejerce una serie de acciones positivas en varios campos relacionados con la síntesis biológica. Se libera profusamente durante los primeros años de vida y su producción se va reduciendo considerablemente en el curso del envejecimiento. Su administración a la persona mayor en forma de GH recombinante a corto plazo ha demostrado mejorar el balance nitrogenado, aumentar la masa magra y reducir la cuantía de grasa corporal. Ello se traduce en efectos positivos sobre el hueso, el músculo, probablemente sobre el sistema nervioso central y en una mejor distribución del tejido graso, todo lo cual ha determinado que se plantee su utilización en edades avanzadas, en orden a convertirla en uno de los prototipos de terapia antienvejecimiento.

Sin embargo, también aquí los inconvenientes han superado a las ventajas. Además del precio, excesivamente alto, existen problemas médicos derivados de su uso. Entre ellos, un aumento en la incidencia de diabetes mellitus, así como en la de patología tumoral, o la aparición de problemas de tipo articular (síndrome del túnel carpiano y otros) o cardiaco (insuficiencia cardiaca). Todo lo anterior hace que, salvo casos muy excepcionales, se desaconseje su utilización y en ningún caso pueda protocolizarse su empleo de manera generalizada.

Con las hormonas sexuales masculinas, a las que también han recurrido algunos de los defensores del «antienvejecimiento», pasa algo parecido. La dihidroepiandrosterona promete algo así como poner a cero el «reloj biológico», devolviendo la sensación de juventud y mejorando la capacidad física, mental y sexual del anciano. Mejora la respuesta muscular y tiene una acción positiva sobre el metabolismo óseo, sobre la redistribución grasa y sobre el metabolismo lipídico. El inconveniente principal es que, como en el caso anterior, se asocia a un aumento considerable de la patología tumoral, sobre todo prostática y mamaria, y, en muchos casos, genera daño hepático, hirsutismo, acné y aumenta el riesgo cardiovascular. Consideraciones similares pueden hacerse acerca del empleo regular de **testosterona** que ha demostrado ser un factor de riesgo altísimo para la aparición de cáncer de próstata.

Hay también procedimientos *«antiaging»* basados en la **reconstrucción** o reparación quirúrgica. Por lo general se trata de medidas que entran de lleno en el campo de la cirugía estética y reparadora. Alcanzan a todo el componente externo del organismo. Su objetivo es más de forma que de fondo. Mejorar la imagen deteriorada por la edad y ofrecer

una sensación subjetiva de rejuvenecimiento. Cubren un abanico de posibilidades muy amplio. Se pueden hacer implantes de pelo, modificar el aspecto exterior de la cabeza y de la cara, del abdomen, de las mamas y de los miembros. Se pueden introducir prótesis en diferentes localizaciones; extraer o modificar la ubicación de la grasa; conseguir la desaparición de cicatrices, pliegues o arrugas cutáneas, e incluso, limitar la capacidad de absorción del tubo digestivo a través de la llamada cirugía bariátrica para combatir la obesidad.

Todo ello va a estar orientado casi siempre y con pocas excepciones a mejorar la imagen, pero en ningún caso va a representar influencia alguna sobre el proceso de envejecimiento propiamente dicho, a no ser una influencia negativa derivada de las eventuales complicaciones quirúrgicas que, inevitablemente, van a surgir en un número variable de sujetos. En todo caso se trata de decisiones individuales para las que existe toda la libertad del mundo. Aquí, la llamada de precaución va dirigida hacia los riesgos inherentes al procedimiento y hacia la selección de quién y dónde los aplique.

Todavía cabría hablar de una extensa gama de procedimientos y formas de actuación que, básicamente, desde perspectivas muy distintas, andan buscando el mismo fin, como la crionización, la nanotecnología o la utilización de melatonina. Ninguno de estos procederes determina tampoco mejoras significativas en la salud de las personas mayores ni un retraso en cualquiera de los mecanismos que nos hacen envejecer.

La conclusión es inequívoca. La mejor manera de conseguir un envejecimiento saludable y de incidir favorablemente en eso que se viene llamando antienvejecimiento pasa por la prevención. Una prevención iniciada en las épocas más precoces de la vida, mantenida de manera ininterrumpida durante toda ella y que sigue conservando su valor en las edades avanzadas. Una prevención cuyo eje central debe basarse en lo que llamamos hábitos de vida, y que a nivel colectivo exige, fundamentalmente, esfuerzos por conseguir una buena educación sanitaria de la sociedad en su conjunto. Un objetivo que abarca un horizonte muy amplio en el que se incluyen junto a las medidas estrictamente sanitarias otras de carácter ambiental, económico y social.

D. DEMOGRAFÍA SANITARIA E INQUIETUDES DE LA POBLACIÓN EN CUANTO A SU SALUD

Los datos sobre **la esperanza de vida al nacer** en España sitúan a las mujeres de nuestro país en los primeros lugares de la Unión Europea.

Las mujeres tienen una esperanza de vida de 84,9 años, frente a los 78,9 años de los hombres en la misma situación (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos Provisionales. Julio 2011) Las cifras publicadas por Eurostat muestran que la esperanza de vida de la población española en ese mismo año se encuadra entre las más altas de la Unión Europea (UE); la femenina en segundo lugar, con 84,1 años y los hombres con 77,8 años, en el quinto lugar por detrás de Suecia, Italia, Chipre y Holanda (la diferencia de fuente justifica la diferencia en las cifras con respecto a las del INE).

El indicador de probabilidad de muerte también ha evolucionado. Aparte del notable descenso de la probabilidad de morir entre los cero años y el primer año de vida, existe un retroceso en torno a los 75-80 años: la probabilidad de morir a esas edades ha descendido más que en otros grupos de edad. Se está ganando vida a edades avanzadas, más que en otros tramos.

El patrón epidemiológico de mortalidad en función del sexo muestra una profunda desigualdad entre hombres y mujeres.

Los datos reflejan que las mujeres españolas viven 6 años más que los hombres. Pero, como veremos más adelante, esto que puede parecer una gran ventaja para las mujeres se convierte en un gran inconveniente teniendo en cuenta el indicador de esperanza de vida libre de incapacidad, que muestra que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud.

A partir de los sesenta y cinco años (eliminado el cómputo de mortalidad producida en edades anteriores), se espera que una persona viva 20,3 años adicionales, que serían 18,4 si es hombre y 22,3 si es mujer (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos Provisionales. Julio 2011). También en este indicador España se sitúa con una de las expectativas de vida femenina y masculina más altas de la UE y del mundo.

1. ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD

En la mayoría de los países desarrollados la esperanza de vida presenta una evolución temporal ascendente, sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud.

Se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como la restricción de actividad o incapacidad. En este sentido, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como **la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI),** basada en la mortalidad y la incapacidad, permite sintetizar en una sola medida no

sólo la duración sino también la calidad de la vida. En España la EVLI (esperanza de vida en buena salud) al nacer en el año 2007 era de 63,2 años en hombres y 62,9 años en mujeres, presentando importantes diferencias con la esperanza de vida. Con el aumento de la edad la esperanza de vida libre de incapacidad disminuye y las diferencias de género también.

La esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años es para los hombres de 10,3 y para las mujeres de 10; es decir, para las personas de 65 años, ya sean hombres o mujeres, el buen estado de salud se incrementará sólo 10 años más, por lo que los hombres tendrían una expectativa de vivir siete años incapacitados, mientras que las mujeres vivirían 11 en la misma situación. Las mujeres viven más años, pero este superávit de años lo viven con alguna discapacidad. (INE. Mujeres y hombres en España 2010).

2. MORTALIDAD

Las defunciones en España en el año 2010 alcanzaron la cifra de 378.667, de los cuales 318.732 eran personas mayores de 65 años (INE. Movimiento Natural de la Población 2010. Datos provisionales Julio 2011). Cada vez se muere más tarde, por lo que la mortalidad se concentra en las edades más elevadas.

El patrón de mortalidad por edad y sexo presenta una distribución algo asimétrica. Los hombres empiezan a morir antes y las mujeres más tarde. La tasa de mortalidad (INE Base, 2008) entre los hombres fue de 8,8 por mil en ese año superando a la de mujeres que fue de 8 por mil. Al analizar los datos por grupos de edad, vemos que los comprendidos entre 65-69 años muestran las siguientes cifras de fallecidos en ese año 2008: 14.531 hombres y 6.451 mujeres. Entre los 85-89 años, fallecieron 28.462 hombres y 42.255 mujeres y por último entre los de 95 y más años fallecen en ese mismo año 5180 hombres y 15.627 mujeres. Ese descenso de la mortalidad en los hombres se refleja en todas las edades a partir de los 69 años, especialmente en torno a los 80 años, que es donde más vida se está ganando a la muerte en los últimos años, y fundamentalmente por el sexo femenino.

a) Causas de mortalidad

Según la información del INE, las Defunciones por todas las Causas de la población española durante el año 2008, se observa que el mayor número de fallecimientos se producen por los siguientes tres grupos de causas: Causas Externas o Accidentes, Enfermedades Cardiovasculares y Tumores.

Una de las principales causas de muerte de las personas mayores de 65 años son las enfermedades del aparato circulatorio, siendo la tasa de mortalidad por este motivo mayor en las personas mayores de 80 años. En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad por este grupo de enfermedades es mayor en los hombres, en los grupos de edad de 80 a 84 años y de 85 a 89 años, y en cambio en las mujeres es más elevada en las de edad mayor de 90 años. En el año 2008 fallecieron entre la población española 122.793 personas por enfermedades cardiovasculares, de las que 111.261 tenían 65 o más años (INE. Defunciones y Tasas de Mortalidad por causas, sexo y edad, 2008).

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en España para la población general y también para las personas de edades mayores de 65 años. Sin embargo, las tasas de mortalidad por esta causa experimentan un incremento en las personas mayores, a edades más tempranas que en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio.

Entre los 75 y 79 años, las tasas de mortalidad por Tumores casi se igualan a las observadas para mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, pero de ese grupo de edad en adelante su aumento es mucho menor en comparación con Enfermedades Cardiovasculares como causa de muerte.

Destacan por su especial importancia entre la población mayor las defunciones por causa de Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso. En el grupo de enfermedades mentales se incluyen trastornos seniles y preseniles, y en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la enfermedad de Alzheimer. Ambas causas son las más importantes en sus respectivos grupos. Los principales tipos de demencias no sólo son causa de mortalidad sino una de las más importantes causas de discapacidad entre los mayores, con una progresión muy destacada.

Las caídas, incluidas en grupo de la CIE, Causas Externas de Mortalidad son un importante factor de salud pública y representan el tipo de accidente más frecuente y letal entre las personas mayores. La mayor tasa de mortalidad por caídas accidentales se concentra en edades comprendidas entre los 80 y los 84 años y entre los 85 y 90 años (INE Tasas de mortalidad por Causas, 2008).

b) Mortalidad evitable

Tras décadas de descensos generalizados de la mortalidad en la población española, hasta niveles de ocho fallecidos por mil habitantes (7,7 por mil en 1980, la más baja de la historia), la mortalidad se mueve en los últimos años en torno a 9 fallecidos por cada mil habitantes (8,47

por mil, INE, 2008). Es difícil encontrar unas tasas tan bajas en el mundo en forma continuada; por ello, España se sitúa entre los países con mayor esperanza de vida.

Aun así, existe una **mortalidad evitable**. La definición de Mortalidad evitable es: causa de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención, y que podrían haberse evitado. Estas enfermedades o causas externas tienen a su disposición medidas de prevención, detección temprana y tratamiento INE del año 2009, adecuado pudiendo los servicios sanitarios y las políticas intersectoriales contribuir de forma sustancial a reducir la mortalidad (La Mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. R. Gispert y Grupo de Consenso de la Mortalidad Evitable. Gaceta Sanitaria, 2006). En esta investigación se consensuaron 34 causas de mortalidad evitable, así como el tipo de intervenciones que podrían evitar la muerte. Entre las causas de mortalidad evitable nombradas en este artículo, figuran los Tumores, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares, las Enfermedades vacunables, los Accidentes y los Suicidios, dentro de las más relevantes.

La distribución geográfica de la mortalidad evitable en ambos sexos es heterogénea. Se observan áreas de mayor riesgo de mortalidad en el sur y el noroeste de España. Esta distribución se presenta también claramente diferenciada en hombres, existiendo mayor riesgo de mortalidad evitable para las causas de hipertensión, enfermedades cerebrales vasculares y enfermedad isquémica del corazón. (La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001), M. Vergara Duarte et al., Gaceta Sanitaria. 2009).

Como consecuencia de este indicador (Mortalidad evitable) surge el concepto de **años potenciales de vida perdidos por estas muertes evitables o prematuras**, es decir, las ocurridas antes de los 70 años. Sin embargo cada vez estas pérdidas son menores, pues se ha retrasado la mortalidad de la población hacia los escalones altos de la pirámide de edades.

c) Inquietud respecto a la salud

Como queda expuesto en la primera parte de este capítulo, la principal preocupación de las personas mayores es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. De hecho, un 49% de las personas mayores dice que le preocupa perder su salud, el deterioro físico a un 37%, la pérdida de autonomía a un 27% y la pérdida de me-

moria a un 9%. Más atrás se sitúan los temores relacionados con pérdidas de apoyos afectivos y relacionales: un 27% dice temer la soledad y un 18% perder amigos y familia. (Imserso, EPM 2010). Es decir, lo que más preocupa es hacerse dependiente por cualquier causa, perder la autonomía y no valerse por sí mismo.

d) La autopercepción del estado de salud

Es un indicador simple pero efectivo del estado de salud global y una herramienta útil para predecir las necesidades asistenciales y para la organización de programas de prevención. El hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria. Existe una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace.

En España la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente. En 1993 un 37% de la población se consideraba en buen estado de salud, y en 2010 el 45%. El 55% de los hombres decía tener buena salud, frente al 37% de las mujeres. La edad aparece como una de las principales variables asociadas a una peor percepción de la salud por los españoles. Aun así, sólo un 15% de la población mayor española declara su estado de salud como malo o muy malo, con una ligera tendencia descendente. (Imserso, EPM 2010)

3. MORBILIDAD

Según la misma encuesta (Imserso, EPM 2010) el 21% de la población española declaró haber padecido alguna enfermedad (o dolencia o impedimento) en los últimos doce meses, que limitó su actividad habitual durante más de diez días: en proporción 17,1% los hombres y 24,8% las mujeres. De nuevo el análisis por edad y sexo marca diferencias. Según aumenta la edad, el porcentaje de personas que padecieron enfermedades limitadoras de su actividad habitual se hace mayor. A partir de los setenta y cinco años la tasa aumenta, declarando las personas de 75 o más años haber padecido alguna enfermedad (el 42,5% de las mismas). Las cifras varían de 34,4% en hombres mayores de 75 años a 48,4% en mujeres.

Como ya se ha reflejado al principio de este capítulo, con la edad aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales. El tipo de dolencia predominante padecida (autodeclarada) por los mayores es la que afecta al sistema osteomuscular. Para más de la mitad, la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba en la categoría «artrosis y reumatismo»

(54,3%), seguida de «dolor de espalda» (31,5%), que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres refieren estos tipos de dolencias en proporciones muy superiores a los hombres (artrosis en las mujeres en un 66,5% y en los hombres en un 38%, y dolor de espalda en un 39,3% en las mujeres y un 20,9% en los hombres).

La enfermedad, dolencia o síntoma, no sólo más declarada por las personas mayores, sino también la más diagnosticada entre la población mayor es la *artrosis* y los *problemas reumáticos*. Afectan a más de la mitad de los que han cumplido 65 años. Siguen la *hipertensión arterial* (51,9%), y con porcentajes menores, el *dolor de espalda crónico* (30,2%) y el *colesterol elevado* (30,0%). Las mujeres presentan porcentajes más altos en la mayoría de los casos.

La edad, también, conlleva ciertos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar, como la perdida del apoyo social, de la familia y los amigos, y la emergencia de enfermedades físicas o neurodegenerativas, como el alzhéimer y otros tipos de demencia.

Los trastornos depresivos y los de ansiedad son los trastornos mentales que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida (INE, Encuesta Nacional de Salud, 2006). La prevalencia global de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales entre la población española mayor de 16 años es del 14,7%. Esta cifra se eleva a 20,9% en las personas de 65 años y más, y teniendo en cuenta el sexo, se observa que en los hombres de 65 o más años alcanza en un 10,9%, mientras que a las mujeres les afecta en un 28,3%.

J. M. Ribera

A. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE PREVENCIÓN (JMRC)

Cuando hablamos de prevención en geriatría en el terreno de las evidencias científicas debemos destacar dos puntos. El primero es que esta evidencia existe y es comparable en términos relativos a la que podemos encontrar en las personas más jóvenes. Existe en el terreno de la prevención primaria y en el de la secundaria. Además es extensible a la mayor parte de los problemas clínicos que podemos detectar en esta población.

El segundo punto que cabe destacar tiene que ver con la necesidad de hacer llegar a todo el mundo, personas mayores, cuidadores, profesionales, administraciones y sociedad en general que la prevención es posible a cualquier edad y que poner en marcha las medidas adecuadas en este terreno va a contribuir a mejorar, no sólo la calidad de vida de las personas mayores, sino que también va a ser rentable en términos económicos al reducir gastos derivados de la morbilidad prevenida.

1. ACTIVIDAD FÍSICA

Probablemente la recomendación más importante que se puede hacer a una persona de edad avanzada en orden a mantener en el mejor estado posible el conjunto de sus órganos y sistemas es la de que se mantenga físicamente activa. Las ventajas de una **actividad física** mantenida son múltiples y actúan en diferentes campos. Constituyen una realidad en todo lo referente a prevención primaria, pero también, en muchos casos, en el terreno de la prevención secundaria y terciaria. Las ventajas de mantenerse físicamente activo son abrumadoras en la literatura médica y conocidas desde muy antiguo. Inciden tanto en la calidad de vida como en su cantidad.

Algunos estudios demuestran que las personas mayores que hacen ejercicio se caen menos, y que cuando lo hacen el daño que se originan es menor. Sobre todo, existe un amplio grado de evidencia en cuanto al papel importante que juega la actividad física mantenida en la prevención de toda suerte de incapacidades. Otro ejemplo lo constituye el estudio de carácter poblacional conocido como Interheart, donde se muestra que a cualquier edad una actividad física regular y mantenida ejerce un efecto protector contra el infarto agudo de miocardio, hasta el punto de asignar a la inactividad un 12,2% del riesgo total atribuible a esta patología.

Los mecanismos a través de los cuales se consiguen estos efectos beneficiosos son, probablemente, múltiples. Algunos de ellos inciden de manera directa en la neutralización o, mejor, en el control de numerosos factores de riesgo tanto cardiovasculares como a otros niveles. En otros casos el efecto positivo se consigue a través de mecanismos más directos, relacionados con una mejor conservación funcional a cualquier nivel, especialmente en lo que respecta a los aparatos cardiovascular, respiratorio y osteoarticular. Recordemos que en estos tres campos se centra de manera mayoritaria tanto la morbilidad como la mortalidad del anciano.

La edad nunca va a ser una contraindicación para practicar ejercicio físico de la forma más adecuada para cada persona. Esta actividad incluye desde el simple paseo hasta la práctica no competitiva de algunos deportes como la natación, la marcha, el ciclismo, la gimnasia o el golf, entre otros. Las principales dudas para el profesional de la salud se pueden presentar cuando la persona mayor plantea el deseo de hacer deporte. Salvo que existan contraindicaciones evidentes ligadas a patologías específicas y conocidas, cardiacas, neurológicas, respiratorias o referidas al sistema osteoarticular, la recomendación debe ser positiva. Incluso en algunas de estas situaciones la práctica deportiva razonablemente programada puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, así como su situación funcional.

En todo caso, cuando se trate de hacer deporte, siempre habrá que tomar en consideración algunos aspectos. Entre ellos evaluar cuál es el tipo concreto de deporte que se desea practicar y la experiencia previa en relación con el mismo. En paralelo, evaluar el grado de intensidad del ejercicio que se pretende llevar a cabo, las circunstancias ambientales del marco en que se va a efectuar (época del año, espacio físico, equipamiento, duración, hora, etc.). Junto a ello en la persona mayor, más que en el joven, es básica y primordial la realización de una **Evaluación Médica**. Posteriormente habrá que considerar otros factores como respetar las fases de calentamiento y de recuperación, así como tomar en consideración cualquier otra circunstancia individual que pudiera constituir un riesgo.

Entre las recomendaciones más sencillas que podemos hacer está la de caminar. Por ejemplo, hacerlo durante 60-90 minutos seguidos al día con una cadencia en torno a los 3-4 Km/hora, constituye una forma espléndida de mantenerse físicamente activo. Tanto los tiempos de paseo como la cadencia del mismo no deben establecerse de forma muy rígida y deben ajustarse a las necesidades individuales de cada persona. La recomendación es que en ningún caso debiera bajar de 40-45

minutos al menos tres días a la semana. El baile de salón puede ser una alternativa adecuada. También la práctica del Tai-Chi está demostrando ser una actividad física especialmente útil para mantener la flexibilidad en las personas mayores.

En sentido contrario, la inactividad física supone un importante factor de riesgo bien demostrado, tanto para la enfermedad cardiovascular como para otros procesos como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la depresión, la osteoporosis, la demencia o el ritmo de recuperación tras una cirugía o un proceso médico agudo *intercurrente*.

A nivel colectivo, los profesionales interesados en las personas mayores y también a nivel de organismos y administraciones públicas se deben realizar campañas pro-actividad física en este grupo de edad, contribuyendo así a informar a la sociedad en su conjunto y a las personas mayores en particular sobre las ventajas de la actividad física y de las formas más adecuadas para practicarla. Sobre todo se habrá de luchar por modificar las actitudes y los comportamientos sociales en este campo.

Quizás, para terminar este apartado pueda ser oportuno intentar generalizar como mensaje final aquel aforismo clásico que nos recuerda que «cualquier momento es el momento más adecuado para que una persona de cualquier edad comience a hacer ejercicio».

Principales ventajas de la actividad física en edades avanzadas

I. Ayuda a mantener una buena masa muscular y estabiliza la densidad mineral ósea, previniendo la aparición y desarrollo de osteoporosis.
II. Mejora la capacidad aeróbica.
III. Reduce el riesgo de la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial) y otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo o la hipercolesterolemia.
IV. Modifica favorablemente la homeostasis hidrocarbonada ayudando a prevenir enfermedades como la diabetes mellitus y la obesidad.
V. Reduce las tasas de ansiedad, depresión y ayuda a mantener mejor actividad mental.
VI. Favorece la rehabilitación articular, respiratoria, traumatológica, vascular, post quirúrgica, etc.
VII. Mejora la calidad de vida.

2. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: CRECIENTE SOBREPESO EN LA VEJEZ

Existen unos principios generales referidos a la alimentación de las personas mayores, aunque es difícil proponer unas normas de carácter general que valgan para todo el mundo, ya que las circunstancias individuales van a ser muy diferentes de unas personas a otras en función de la propia edad, del sexo, de su estado de salud, la historia dietética anterior, los fármacos consumidos y un largo etcétera de variables.

Por cuestiones de edad en casi todas las personas mayores existen problemas de movilidad del tracto digestivo, problemas de disminución de las secreciones gástricas, problemas de dentición y de disminución de la salivación, y como consecuencia puede verse afectada la alimentación en mayor o menor medida.

También por problemas de salud pueden producirse desequilibrios alimentarios, como es el caso de las personas mayores con diabetes, hipertensión, enfermedades cardiacas, alteraciones hepáticas e incluso patologías más graves como el cáncer. Y tampoco puede olvidarse que los medicamentos utilizados para estas enfermedades pueden interferir en la absorción de los alimentos, además de producir problemas gástricos o intestinales.

Por tanto la alimentación de las personas debe tener un contenido calórico suficiente y guardar un equilibrio entre los nutrientes habituales: proteínas, grasas e hidratos de carbono. También es importante controlar adecuadamente la ingesta de micronutrientes, es decir los minerales y vitaminas, sobre todo el calcio y la vitamina D, que actuarían de forma preventiva frente a la osteoporosis. Por último y muy importante en los ancianos es la vigilancia de la ingesta de agua, ya que en ellos existe una mayor tendencia a la deshidratación y su sensación subjetiva de sed es menor, lo cual favorecería esa tendencia.

La valoración nutricional debería ser una preocupación dentro de la política sanitaria y una rutina en el estudio sistemático del sujeto de edad avanzada, y principalmente cobra especial interés en determinadas situaciones como pueden ser las correspondientes a pacientes con problemas con la propia nutrición, en aquellos con enfermedades crónicas de cualquier tipo, y sobre todo en el caso de personas mayores con demencia o Enfermedad de Alzheimer, o en los que han tenido intervenciones quirúrgicas en su tubo digestivo o que toman un número elevado de fármacos.

No hay que perder de vista el creciente **aumento del sobrepeso** en la vejez que se está observando en nuestra sociedad. Algunos autores han

encontrado una relación entre obesidad y mayor riesgo de discapacidad. Un incremento de la obesidad en edades tempranas (jóvenes y adultos) puede conducir a un aumento de las tasas de discapacidad en edades más elevadas (Lafortune et al., 2007). Como ya se ha manifestado, el tipo de alimentación es uno de los factores que influyen en el estado de salud de las personas. Una mala dieta sumada a la falta de ejercicio físico puede conducir a enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes, y también a la obesidad.

Se está observando una tendencia general al sobrepeso en las personas mayores. Casi la mitad de las personas mayores tienen sobrepeso (en mayor porcentaje los hombres que las mujeres), entendido éste cuando el índice de masa corporal se sitúa entre el 25 y 29,9 Kg/m^2. En forma correlativa el porcentaje de obesos (cuando el índice de masa corporal supera los 30 kg/m2) entre la población mayor de 65 años ha aumentado en 11 puntos porcentuales entre 1987 y 2009 hasta situarse en 24,1% (21,49% los varones y 26,2% las mujeres). (INE. Encuesta Europea de Salud, 2009).

B. PROMOCIÓN DE LA SALUD. BÚSQUEDA DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO. PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y DE LA DEPENDENCIA (PR)

Ya se ha dicho que entre un 40-70% del total de enfermedades son parcial o totalmente prevenibles a través de la modificación en los estilos de vida, manejo y control de los factores de riesgo, y prevención primaria y secundaria.

Debe rechazarse la idea de que la aplicación de medidas preventivas es poco efectiva cuando se establece en personas mayores. Por el contrario, hay que aprovechar al máximo el gran potencial que tienen de cambio de hábitos y comportamientos, y de adherencia a las recomendaciones. Asimismo, debería ser habitual y sistemática la aplicación de las recomendaciones de intervención preventiva en la consulta de atención primaria. La intensidad y selectividad de muchas actividades preventivas para personas mayores puede estar condicionada por factores más importantes que la propia edad, como el estado de salud y, sobre todo, el estado funcional de la persona, así como la expectativa de vida.

Las recomendaciones más importantes de prevención de la salud en las personas mayores, se basan en las directrices de sociedades y organismos de primer nivel: Programa de Actividades de Prevención y

Promoción de la Salud (PAPPS) de la SemFYC, United States Preventive Service Task Force (USPSTF), Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTFPHC), American Heart Association, American Academy of Family Physicians, American Medical Association, American Geriatrics Society, American College of Physicians, American Diabetes Association American Cancer Society, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y otros organismos que periódicamente emiten sus recomendaciones respecto a las actividades preventivas con un determinado grado de evidencia.

1. LUCHA CONTRA LOS HÁBITOS TÓXICOS

a) El Tabaco

El tabaquismo era hace unos años un hábito fundamentalmente masculino. Según la Encuesta Nacional de Salud (INE 2006), el 49,97% de la población nunca ha fumado. El 76,6% de mujeres de 55 a 64 años no ha fumado nunca. En esta situación se encuentra el 24,28% de hombres en ese grupo de edad. Por esto, entre las personas mayores las diferencias por sexo son muy acusadas: el 18,64% de los hombres de entre 65 y 74 años fuma diariamente, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje de fumadoras diarias es de 3,86%. También es muy elevado el número de varones de edad que han dejado de fumar. El porcentaje de hombres de 65 a 74 años que ha dejado de fumar (INE 2006) es de 51,55%, y de 75 años y más es de 57,46%, mientras que los porcentajes de mujeres que han dejado de fumar es de 5,92% (65 a 74 años) y de 2,89% (75 años y más). Probablemente tenga esto que ver con restricciones por razón de enfermedad (consejo médico).

Actividad Preventiva: Lucha contra el Tabaquismo

Edad Recomendada: Todas las edades

Recomendación: Preguntar, ofertar consejo y ayuda cada 2 años si es persona fumadora. Si no fuma o lleva mucho tiempo de ex fumador no es necesario.

Intervención sobre los que quieren dejar de fumar. Han demostrado eficacia: consejo médico y de enfermería, terapia intensiva individual o grupal.

Grado de recomendación: A

b) El Alcohol

Existen diferencias en el consumo de alcohol atendiendo a la edad de la población. Según muestra la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2006) el consumo a edades tempranas es alto (un 72,64% de las personas de

16 a 24 años declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses); va en aumento hasta los 44 años y a partir de entonces comienza a descender, aunque la ingesta de bebidas alcohólicas es importante incluso a los 75 y más años (46,3%).

Las diferencias más significativas las encontramos en relación con el sexo. El porcentaje de mujeres que consumieron alcohol no llega al 70% en ningún tramo de edad; en cambio en los varones siempre se supera esta cifra excepto en el tramo de mayor edad (75 años y más). El 42,16% de las mujeres de 65 a 74 años, y el 31,15% de las de 75 años y más, habían consumido alcohol en los últimos 12 meses. Entre los varones de 65 a 74 el porcentaje se eleva a 78,56% y en los de 75 años y más a 66,78%.

El consumo de vino a diario (probablemente en las comidas) está más generalizado entre las personas mayores; un 56,4% de las personas de 65 a 74 años que declararon consumir alcohol bebe vino cuatro o más días a la semana, y un 60,2% de los de 75 y más. Entre las personas mayores que consumen alcohol el vino es la bebida más popular; la población más joven suele beber también otros productos alcohólicos, como la cerveza.

Actividad Preventiva: Consumo de Alcohol

Edad Recomendada: Todas las edades

Recomendación: Investigar el consumo, cuantificación y consejo de cese periódico. Búsqueda de casos, o estar alerta ante síntomas o signos de abuso.

Grado de recomendación: B

2. VACUNACIONES

El interés de las personas mayores por la propia salud se manifiesta en algunos servicios o consultas especializadas. La Encuesta Nacional de Salud 2006 calcula que en la campaña de vacunación contra la gripe 2005 participaron 4.851.000 personas mayores de 65 años, el 66,8% de este segmento etario. Entre las personas de menos edad sólo se vacunó un 10,8%.

En esta campaña se vacunaron el 62,33% de los hombres de 65 a 74 años y el 77,18% de los de 75 años y más. En cuanto al porcentaje de mujeres fue de 59% y 72,9% respectivamente en esos grupos de edad.

a) Actividad Preventiva: Vacuna de la gripe

Edad Recomendada: > 65 años

Recomendación: Vacunación anual sistemática. Vacunación a grupos con enfermedades crónicas o de riesgo de cualquier edad.

Grado de recomendación: A

b) Actividad Preventiva: Vacuna del tétanos-difteria

Edad Recomendada: Todas las edades
Recomendación: Primovacunación si no se ha vacunado previamente. Dosis de recuerdo cada 10 años
Grado de recomendación: A

c) Actividad Preventiva: Vacuna antineumocócica

Edad Recomendada > 65 años
Recomendación: Vacunación al menos una vez
Grado de recomendación: A
Recomendación: Si pertenece a un grupo de riesgo (enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, metabólicas, institucionalizados) revacunar cada 6 años.
Grado de recomendación: C

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Para prevenir la dependencia, según la OMS, es necesario fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y especializada, y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud deben comenzar en la infancia, lo que contribuye al envejecimiento saludable. El objetivo de estas actividades en los mayores es aumentar la expectativa de vida activa libre de incapacidad, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo para que la persona mayor pueda permanecer en su domicilio con el máximo de independencia posible.

La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales. Dado lo heterogéneo de esta población, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo, sino por la expectativa de vida. Por lo tanto, es necesario incidir en la realización de actividades preventivas en la población mayor sin discriminación por razones de edad.

La prevención de la dependencia en las personas mayores, siguiendo el patrón habitual de prevención de la enfermedad (promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria), resultaría de:

- Promoción de la salud. Medidas sanitarias, sociales, económicas, legislativas y políticas dirigidas a individuos y comunidades, destinadas a incrementar el control sobre los determinantes de salud, para mejorarla, actuando sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyen a preservarla.
- Prevención primaria de la dependencia. Medidas dirigidas a disminuir su incidencia, por lo tanto establecidas sobre individuos no dependientes, sin afectación de las AVD, para evitar la aparición de la dependencia. Incluye tanto actividades clásicas de prevención primaria (vacunaciones, evitar accidentes o el tabaquismo, etc.), como el correcto manejo de factores de riesgo y de situaciones más específicas de personas mayores relacionados con la aparición de dependencia (síndromes geriátricos, medicación, hospitalización, deficiente soporte social, etc.) en personas que aún mantienen la funcionalidad íntegra.

  Incide también sobre personas mayores sanas, pero sobre todo en las personas mayores de riesgo determinado a partir de la existencia de esos factores predictores, y a las personas mayores con enfermedades crónicas, pero que aún no tienen afectación funcional establecida.
- Prevención secundaria de la dependencia. Consiste en la intervención sobre la situación de pérdida de funcionalidad precoz, cuando todavía existen posibilidades de reversión o de modificación de su curso, y por lo tanto, de mejorar su pronóstico. Es un concepto ligado a la persona mayor de riesgo, considerado según el deterioro funcional precoz, incipiente, leve, o antes incluso de que se manifieste clínicamente. Son limitaciones para realizar el cribado: no disponer de los instrumentos precisos para identificar a estas personas mayores, así como el déficit de recursos para el abordaje de los casos detectados.
- Prevención terciaria de la dependencia. Medidas dirigidas a la persona mayor dependiente, con el fin de abordar sus problemas, aminorar sus consecuencias o actuar sobre su progresión. Por ejemplo, las medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte a cuidadores, correcto tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, etc.

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SU PREVENCIÓN

Las personas mayores y sus familias y también los profesionales perciben los problemas de salud mental como una consecuencia inevitable

del envejecimiento, y no como problemas de salud que pueden mejorar si se utiliza el tratamiento adecuado.

En la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (junio 2007), se concluyó que la promoción de la salud mental requiere, entre otras medidas, políticas sociales globales y promoción de la investigación comunitaria participativa junto con asociaciones ciudadanas y entidades cívicas no limitadas a las personas mayores: actividades transversales orientadas al mantenimiento de la actividad mental, el interés por el entorno y la ocupación.

En el «Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar» (UE, junio 2008) en relación con las personas mayores se recomienda impulsar un envejecimiento saludable y activo, como uno de los objetivos clave de prevención de los trastornos mentales. Y se insta a que se tomen las siguientes medidas:

- Facilitar la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad fomentando la actividad física y las oportunidades educacionales.
- Desarrollar esquemas de jubilación flexibles que permitan a las personas mayores seguir en su puesto de trabajo durante más tiempo, ya sea a jornada completa o tiempo parcial.
- Desarrollar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que reciben cuidados (médicos y/o sociales) en el ámbito comunitario e institucional.
- Establecer medidas de apoyo a los cuidadores.

C. CRIBADO DE ENFERMEDADES Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS (PGG)

La eficacia de las medidas de despistaje de determinadas patologías muy severas y de alta prevalencia entre la población mayor sigue siendo un tema controvertido. La mayor efectividad de estas medidas de prevención secundaria debe esperarse cuando:

1.—Existe una probabilidad alta de que permitir el progreso de la enfermedad no detectada acorte la vida y/o reduzca su calidad.

2.—Una intervención en la fase asintomática vaya a reducir la morbimortalidad de forma más eficaz que tratar la propia enfermedad una vez aparecidos los síntomas.

3.—Existen posibilidades reales de aplicar medidas terapéuticas eficaces.

Cuando planteamos la necesidad de revisiones periódicas y sistemáticas, en orden a detectar y corregir problemas no conocidos, debemos asegurar previamente la posibilidad real de llevarlas a efecto. También su inocuidad, su carácter no agresivo para la salud del paciente e, incluso, en algunos casos para su economía. Debemos contar con su consentimiento, y, muy importante, estar seguros de poder tomar medidas adecuadas en el caso de que la revisión ponga de manifiesto la existencia de enfermedades, riesgos o problemas no conocidos con anterioridad.

Medidas de cribado en población de edad y grado de evidencia.

Tipo de medida	Recomendación	Evidencia
Tensión arterial	Al menos una vez al año	A
Examen de mama	Anual > 40 años	A
Mamografía cada 1-2 años: 50-69 años		
Cada1-3 años:	70-85 años	A
Colesterol	Cada 5 años	C
Vista y oído	Anual > 65 años	C
Boca	Anual > 65 años	C
Sigmoidoscopia	Cada 3-5 años en > 65 años	B
Glaucoma	Periódico en > 65 años	C
Densitometría	En población en riesgo	C
Pulmón, corazón	Anual	C
Próstata	PSA/examen físico anual	C-D
Ansiedad y Depresión: Detección de casos, Tratamiento y derivación si procede		B

El nivel de evidencia se clasifica en los siguientes niveles:

A: Buena evidencia para mantener la recomendación de que la condición sea considerada para su inclusión en un examen periódico de salud.

B: Evidencia real pero escasa en el mismo sentido.

C: Evidencia pobre en el mismo sentido, pero recomendación basada en otras fuentes.

D: Evidencia insuficiente para excluir la posibilidad de que la condición analizada pueda ser incluida en el examen periódico de salud.

E: Evidencia suficiente para excluir la recomendación de incorporar la recomendación al examen básico de salud.

1. PREVENCIÓN DE LA IATROGENIA

La iatrogenia se considera la reacción adversa a medicamentos o cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales o que haga que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente elevado; ello obligaría a la suspensión del mismo.
El paciente mayor suele presentar varias enfermedades para las cuales toma distintos fármacos, de esta manera se incrementa el potencial de presentar una respuesta inadecuada y no deseada. En consecuencia, de forma preventiva antes de iniciar cualquier tratamiento es importante tener presente una serie de principios generales y básicos:

a) Necesidad de utilizar el fármaco. En muchas ocasiones no es imprescindible el tratamiento farmacológico. Es un hecho constatado la mejora de algunos pacientes al suspender medicamentos que estaban tomando. Un fármaco no debe ser utilizado por más tiempo del necesario y es básico revisar de forma periódica la medicación prescrita.

b) El margen entre el efecto terapéutico de un fármaco y su potencial toxicidad es tan estrecho para alguno de ellos que su indicación puede ser correcta en un joven y estar contraindicada en una persona mayor.

c) La polifarmacia aumenta de forma exponencial la posibilidad de experimentar un efecto adverso. A esta situación debemos añadir el aumento en la probabilidad de cometer errores cuando el paciente no toma la medicación bien por omisión de la misma, disminuyendo su eficacia, o por tomar varias dosis, incrementando su toxicidad.

d) Se debe elegir la presentación más adecuada. Las presentaciones como cápsulas, comprimidos o tabletas pueden ser mal toleradas o presentar dificultades para su deglución. Una buena alternativa es la utilización de jarabes, soluciones, formas dispersables o comprimidos efervescentes. Cuando se emplean varios fármacos en un mismo paciente se debe considerar la posibilidad de administrar presentaciones con distintos colores y formas con el fin de evitar equívocos. Si son fármacos de difícil o compleja aplicación se debe explicar de forma clara y concisa el modo correcto de utilización.

e) Como norma general las dosis a utilizar en las personas de edad son menores que en los adultos. Sin embargo, este dato sólo está claramente contrastado para algunos medicamentos. El ajuste posológi-

co debe ser cuidadoso, comenzando con dosis pequeñas para posteriormente ir aumentándolas según la respuesta observada «start low and go slow».

f) Suele ser de gran utilidad hacer coincidir su administración con alguna actividad que refuerce la memoria del paciente. Al mismo tiempo, es preferible la administración de una única dosis al día, ya que la comodidad mejora el cumplimento.

g) Se debe emplear todo el tiempo que sea necesario para informar a las personas mayores en cuanto a la utilización de los medicamentos. A veces puede ser necesaria la colaboración de un responsable, familiar, vecino o amigo que pueda ayudarle. En general, ante un paciente mayor siempre hay que intentar que se tome el menor número de medicamentos, utilizar formas bien toleradas y con pautas simples, ajustar la dosis y/o educar al paciente y/o familiares sobre el uso correcto y sobre la importancia de la no automedicación.

2. FÁRMACOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Desde la perspectiva de la prevención, el tema de los fármacos en la persona mayor ofrece una dualidad importante. Por una parte, es necesario recurrir a ellos como vía eficaz para la prevención de diferentes enfermedades o trastornos metabólicos. Por otra parte, el riesgo aumentado de iatrogenia obliga a ejercer una vigilancia continua.
Algunos ejemplos de prevención primaria y secundaria son los siguientes:

— La *aspirina* ha demostrado su eficacia en la prevención secundaria de ictus en pacientes con accidente isquémico transitorio y en prevención de infarto de miocardio no fatal y mortalidad cardiovascular en personas con infarto de miocardio o angina inestable previa.

Sin embargo existen controversias entre las diferentes sociedades científicas. La Canadian Task Force concluía que no había suficiente evidencia para recomendar la aspirina en prevención primaria de enfermedad cardiaca. La Sociedad Europea de Cardiología recomendaba dosis bajas de aspirina (75 mg) para pacientes con hipertensión bien controlada y hombres con particular alto riesgo para cardiopatía isquémica pero no para todos los pacientes con alto riesgo. La USPSTF no recomienda aspirina para prevención primaria de infarto de miocardio asintomático en mujeres y hombres. Pero sí la recomienda en pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiaca y valorar con el paciente potenciales riesgos y beneficios.

— El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha sido también motivo de controversia sobre todo en edades superiores a los 85 años. El principal motivo es la carencia de evidencia científica, a pesar de la relevante información epidemiológica existente sobre hipertensión arterial y población anciana. En los últimos años se han puesto en marcha importantes estudios que están empezando a confirmar la necesidad y los beneficios del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en este grupo etario.
Desde un punto de vista práctico, se podría establecer:

Prevención primaria: mantener el LDL-colesterol por debajo de 130 mg/dl. Esto se conseguirá con cambios en los hábitos de vida y únicamente se aplicaría tratamiento farmacológico si coexisten dos o más factores de riesgo adicionales.
Prevención secundaria: dirigida a personas con eventos cardiovasculares previos, a diabéticos independientemente del estado vascular y a personas mayores con equivalentes de riesgo. El objetivo es mantener el LDL colesterol por debajo de 100 mg/dl con cambios en los hábitos de vida y utilización de fármacos, estatinas como fármacos de primera elección, cuando los niveles de LDL son superiores a 130 mg/dl.

— La fibrilación auricular no valvular es una arritmia muy frecuente en el anciano y que aumenta con la edad. Cada año el 4% de pacientes con fibrilación auricular tienen un accidente cerebrovascular. Se estima que el tratamiento anticoagulante oral con *dicumarinicos* reduce el riesgo en dos tercios.

— La patología osteoarticular constituye una de las principales causas de discapacidad, el 37% de los discapacitados presentan deficiencia ósea y/o articular. La osteoporosis se ha demostrado que puede tratarse eficazmente y sobre todo prevenir las consecuencias más incapacitantes como las fracturas. El *suplemento de calcio* (dosis de 500 mg/día) y *vitamina D* (dosis de 700-800 UI/día) y los bifosfonatos han demostrado que pueden aumentar la densidad ósea y prevenir fracturas.

D. USO DE LAS INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS POR LOS MAYORES

Los mayores son grandes usuarios de los servicios sanitarios y suelen estar bastante satisfechos con ellos.

1. LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ocupa un lugar preferente tanto en la prevención como en la asistencia de las personas mayores. El 97% de la población mayor de 65 años es atendida por los equipos de atención primaria. Un total de 37,2% de las personas de la población española ha *consultado* con algún médico de atención primaria en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad. En el grupo de personas de 65 años y más esta cifra alcanza el 58,3%. Un 42,6% de las personas de la población española ha sido *diagnosticada de una enfermedad* en las cuatro últimas semanas. Del grupo de personas de 65 y más años lo han sido un 28,5%. Las diferencias entre uno y otro grupo de edad se manifiestan en que los mayores van en mayor medida sólo a recoger recetas y a hacerse revisiones pero acuden menos para evaluar el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud. (Imserso, Las Personas Mayores en España, 2008)

2. CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS

La morbilidad hospitalaria es un indicador útil para conocer y comparar el nivel de salud de las personas y la distribución de las enfermedades. La tasa de utilización hospitalaria se sitúa en torno al 8,9% de la población (INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006). En cuanto a la hospitalización por parte de las personas mayores, las tasas aumentan a medida que aumenta la edad, siendo la tasa del 13,5% en los mayores de entre 65-74 años y del 17% en los de 75 años y más. En cuanto al sexo, en este caso se observa que han sido hospitalizados en un mayor número los hombres (18,6% con 75 años y más) que las mujeres (15,8%). Los motivos de ingreso según el orden de importancia en cuanto a estancias hospitalarias entre los enfermos de 65 y más años son en primer lugar las enfermedades circulatorias (22,6%); en segundo puesto las respiratorias (13,7%), y el tercero los tumores (12,9%). Las estancias por problemas circulatorios y tumorales suelen ser más largas con una estancia media de 9,3 días y de 11 días respectivamente. Los indicadores sobre la duración de las estancias muestran de nuevo un mayor uso por parte de las personas mayores.

El uso de los servicios de urgencias hospitalarias presenta un patrón diferente, ya que son las personas de 34 y menos años las que más utilizan este servicio.

Contabilizando todas las estancias, casi tres de cada cuatro (74,6%) del total de ingresos por enfermedades circulatorias son atribuibles a

personas mayores. En el resto de especialidades hospitalarias, los mayores ocupan en torno al 50% de todas las estancias provocadas por cualquier causa.

Aproximadamente el 10% de los mayores de 65 años ingresan al menos una vez al año en un hospital general. La hospitalización es un desencadenante reconocido en la aparición o progreso de deterioro funcional en el paciente mayor. Es conocido que de los mayores de 70 años que desarrollan discapacidad a lo largo de un año, en el 50% existe el antecedente de hospitalización en ese período de tiempo, antecedente que se eleva hasta el 75% de aquellos que desarrollan dependencia. (INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006).

APORTACIONES

Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

— *Establecer políticas y programas educativos y preventivos que promuevan el autocuidado en su entorno. Consejo Estatal de Personas Mayores. CCOO.*
— *Estructurar la coordinación socio sanitaria rentabilizando los recursos existentes. Consejo Estatal de Personas Mayores. CCOO. CEOE-CEPYME.*
— *Reforzamiento en el sistema de prevención terciaria a personas mayores con procesos agudos, potenciando modelos y recursos que permitan a las personas mayores en fase sub aguda o rehabilitadora, recuperar una situación de autonomía personal. CEOE-CEPYME.*
— *Profundizar en la cooperación público-privada de las políticas públicas destinadas a la atención de las personas mayores. CEOE-CEPYME.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Políticas orientadas a la educación ciudadana y a los profesionales sanitarios.**
   Para ello se considera necesario:

   a) Desarrollar modelos de intervención de eficacia contrastada, priorizando aquellas propuestas sobre las que existe evidencia clara en la literatura geriátrica.
   - i. Actuaciones sobre aspectos relacionados con los estilos de vida.
   - ii. Actuaciones orientadas hacia la detección precoz de procesos con un alto grado de prevalencia y con un elevado riesgo, bien de morbimortalidad inmediata, bien de generar complicaciones a medio o largo plazo que puedan comprometer el pronóstico vital y la propia calidad de vida

   b) Concienciar a los profesionales de la salud, de la educación y de los Servicios Sociales, junto con los profesionales de la información por la propia especificidad de su trabajo, de su responsabilidad y competencia en plantear y desarrollar estas medidas de intervención educativa.

   c) Implicar en el desarrollo de estas políticas a todas las Administraciones y a todos los colectivos, desde sociedades científicas, asociaciones profesionales o sindicatos, hasta redes civiles y asociaciones ciudadanas de muy distinto signo.

   d) Desarrollar programas de sensibilización y formación hacia los profesionales sanitarios.

2. **Políticas orientadas a la organización de dispositivos asistenciales en atención primaria y especializada.**
   Ello supone:

   a) Avanzar en establecer el contenido y la estrategia de aplicación de la valoración geriátrica integral (VGI) o global (VGG) en el primer nivel asistencial.

   b) Actuar de forma preferente sobre aquellas personas mayores frágiles con deterioro físico-funcional reciente o incipiente, ya que en ellos hay mayores posibilidades de modificar el rumbo hacia un mayor deterioro y eventos negativos.

   c) Promover que los hospitales cuenten con una asistencia geriátrica especializada, adaptada a las necesidades de cada individuo, familias y cuidadores.

d) Promover los conocimientos geriátricos en Atención Primaria, en los servicios sociales, así como la enfermería geriátrica para posibilitar el mayor nivel de independencia posible y que la persona mayor pueda continuar viviendo en su domicilio habitual.

e) Fomentar el trabajo interdisciplinar.

3. Promover la coordinación sociosanitaria sobre los siguientes principios

a) La coordinación entre servicios sanitarios y sociales es un objetivo permanente. Figura como prioridad política y asistencial en la mayoría de los documentos publicados en las últimas décadas en relación con las medidas a tomar para afrontar el hecho del envejecimiento de la población.

b) La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de las competencias atribuidas a cada una de las administraciones, sanitaria y social, autonómica y general del Estado. El principio de equidad debe presidir todas sus actuaciones.

c) Se han de promover experiencias y buenas prácticas de gestión sociosanitaria, pilotando diferentes modelos de gestión de casos que actualmente se realizan en otros países.

CAPÍTULO 6

LA ACTIVIDAD FÍSICA

A. NECESIDAD DE ENVEJECER ACTIVA Y SALUDABLEMENTE

Teniendo en cuenta que en los próximos cuarenta años la población española conseguirá situarse como el segundo país más envejecido del mundo, y que **en el 2050 el 30% de los españoles serán mayores de 65 años**, debemos pensar que todos deseamos llegar a la vejez con una buena salud, con bajo riesgo de enfermar y con excelente estado funcional tanto físico como mental; es decir, disfrutar de una **«vejez exitosa»**. Ahora bien, si a ésta le añadimos la consecución de una actitud positiva ante el propio proceso de envejecimiento y una vinculación y participación social activa, conseguiremos el **«envejecimiento activo»**.

Como ya se ha reflejado en otros capítulos de este libro, la OMS (2002), en su documento «Envejecimiento activo: un marco político», define el envejecimiento activo como: *«el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados»,* indicando cinco pautas necesarias para potenciar este envejecimiento activo (explicitaremos con más detenimiento aquella que nos concierne directamente):

1. Tener una buena salud: prevención y promoción de la salud.
2. Tener un buen funcionamiento físico: **mantener la actividad física y realizar ejercicio físico**. Los efectos beneficiosos del ejercicio regular hacen que constituya la acción con mayor soporte de evidencia para promover el envejecimiento activo saludable. El mero consejo ha demostrado no ser suficiente. Deberíamos ser capaces de controlar su aplicación y cumplimiento, conocer las estrategias más efectivas y viables.
3. Tener un buen funcionamiento mental: mantenimiento de la capacidad mental y de aprendizaje.
4. Ser independiente y autónomo: prevención específica de la discapacidad y la dependencia.

5. Vinculación y participación social: promover y mantener la actividad y la participación social.

Para ello es necesario impulsar políticas sociales y proyectos interdisciplinares que, por lo que a la práctica de ejercicio físico se refiere, se implementen mediante programas preventivo-educativos y recreativos y que estos programas estén liderados convenientemente y tengan un seguimiento y evaluación pormenorizados. Estos programas deben atender a todas las personas mayores, en función de sus necesidades.

Por lo tanto, los esfuerzos deben centrarse en atrasar al máximo la edad de aparición de las enfermedades de tipo crónico, para que el período entre la muerte de la persona y la aparición de este tipo de enfermedades sea el menor posible (lo que se ha llamado **rectangularización de la curva de supervivencia**). Ello implicaría una mejor calidad de vida de las personas.

Las diferentes generaciones de personas mayores son producto de sus peculiares circunstancias sociales, económicas, educativas y políticas así como sus condicionamientos psicobiogenéticos.

Se deben potenciar políticas saludables a partir de la primera infancia, educar a toda la población sobre los valores que comporta el mantener una vida activa a lo largo de todas las etapas de la vida para avanzar en años de forma progresiva y activa.

La persona mayor seguirá así manteniendo sus hábitos saludables, no sólo con la realización de las actividades de la vida diaria, sino también con la colaboración activa en la vida colectiva, participando en programas de salud: actividad física y actividad cognitiva.

Cuando la mayoría de ciudadanos: niños, adolescentes, adultos y mayores, consigan que la práctica de actividad física o deporte pase a formar parte de sus hábitos diarios y se preocupen por mantener una vida saludable y activa, no solamente con la realización de ejercicio físico sino también con una alimentación equilibrada, la sociedad habrá conseguido superar un reto importante y, en correlación, disminuirán los gastos en sanidad y servicios sociales.

Para lograrlo es imprescindible que los organismos responsables del Estado y de las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país, incidiendo desde la prevención y la educación, ofrezcan programas de ejercicio físico para todas las edades. Y específicamente para la población mayor, deben promover la suficiente variedad de programas de actividad física y deporte para atender a las diferentes realidades, expectativas, necesidades y motivaciones de este colectivo.

Por otro lado, los profesionales de la actividad física y de la salud tienen la obligación de mostrar a la población en general que deben ser capaces de aprender a «vivir» el ejercicio como una actividad gratificante, reconfortante y placentera. Se debe, por tanto, transmitir a todos los grupos sociales y en especial a las personas mayores una filosofía de vida donde la práctica regular de ejercicio físico y/o deporte sea el eje o soporte de la vida diaria.

Es necesario que la población en general adopte una actitud positiva frente a aquellas prácticas que puedan favorecer y potenciar los hábitos saludables: ejercicio físico, ejercicio cognitivo, alimentación, higiene, relación con los demás, enseñar a querer y cuidar el propio cuerpo y saber escuchar y entender el cuerpo, facilitando las herramientas necesarias para ello. Sólo si se consigue podremos hablar de una sociedad implicada en la práctica de la actividad física, en definitiva, una sociedad saludable.

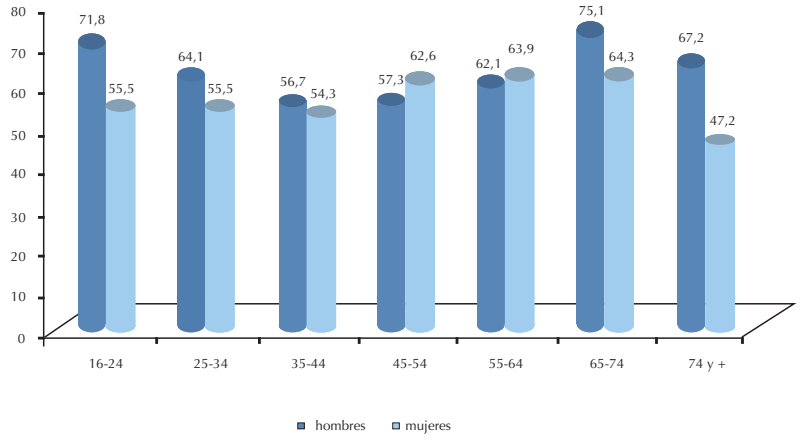
Hasta hace pocos años, eran los especialistas en educación física y deporte quienes recomendaban los beneficios (a todos los niveles) físicos, psicológicos, sociales y afectivos que podían aportar a la población con la práctica regular de ejercicio físico.

Hoy en día, la recomendación de práctica deportiva y la implementación de programas socio-recreativos y deportivos, se está imponiendo de forma muy rápida y con el apoyo de toda la comunidad científica, gracias a un cambio sustancial del concepto de ejercicio físico y del variado tipo de prácticas y, también, por los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en ámbitos muy variados: desde la propia actividad física, la geriatría y gerontología, la sociología, la política o la educación.

Estudios realizados demuestran que el sedentarismo es el séptimo factor de riesgo en los países desarrollados (OMS, 2002) y que España es uno de los países con uno de los indicadores más altos de sedentarismo de Europa.

La **falta de actividad física** se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud pública en los países europeos, tendencia que sigue nuestro país (Gráfico 65), por cuanto aumenta el riesgo de padecer: **sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes**, entre otras, como se ha analizado en el capítulo quinto. También puede reducir la expectativa de vida e incidir en los presupuestos sanitarios.

Gráfico 65. Prevalencia del sedentarismo por grupos de edad.



Fuente: INE/M. Sanidad y Consumo. ENS. 2006.

Sin embargo, los beneficios que la práctica habitual de ejercicio físico puede aportar a las personas mayores, según el informe «Physical Activity Guidelines for Americans» (2008), son importantes y diversos:

Fuerte evidencia

- ✓ Menor riesgo de muerte temprana
- ✓ Menor riesgo de enfermedad coronaria
- ✓ Menor riesgo de ictus
- ✓ Menor riesgo de hipertensión arterial
- ✓ Menor riesgo de dislipemias diversas
- ✓ Menor riesgo de diabetes tipo 2
- ✓ Menor riesgo de síndrome metabólico
- ✓ Menor riesgo de cáncer de colon
- ✓ Menor riesgo de cáncer de mama
- ✓ Prevención del aumento de peso
- ✓ Mejor condición muscular
- ✓ Prevención de caídas
- ✓ Mejor función cognitiva (ancianos)

Evidencia Moderada a fuerte

- ✓ Mejor salud funcional
- ✓ Menor obesidad abdominal

Evidencia Moderada

- ✓ Menor riesgo de fractura de cadera
- ✓ Menor riesgo de cáncer de pulmón
- ✓ Menor riesgo de cáncer endometrial
- ✓ Mantenimiento del peso después del adelgazamiento
- ✓ Mejor densidad ósea
- ✓ Mejor calidad del sueño

Fuente: Physical Activity Guidelines for Americans (Gobierno USA), 2008

En base a estos resultados que también se perciben a nivel cognitivo y social, remarcados en el estudio sobre Promoción del ejercicio físico elaborado por Semfyc, que corrobora que las personas activas viven tres años más de media, con mayor calidad de vida y autonomía personal que las inactivas, sería de interés establecer una serie de líneas de actuación.

Líneas de actuación

Actualmente podemos comprobar cómo el modelo de salud y de envejecimiento saludable va avanzando hacia un modelo en que la actividad física sea una filosofía de vida complementada por los diferentes ámbitos de la sociedad.

En este progreso hay que situar los programas organizados de actividad física que se han ido implementando por las diferentes administraciones e instituciones. Sin embargo, para lograr la correcta atención deportiva para las personas mayores, se requiere un modelo de desarrollo de políticas sociales, en el que la salud sea un factor y un resultado clave a tener en cuenta. El programa «Salud para todos» establece dicho marco político.

Atendiendo a los postulados del programa «Salud para todos en el siglo XXI» (OMS, 1998), se especifican concretamente dos consideraciones básicas:

- La primera de ellas hace referencia a la necesidad de impulsar un modelo de políticas sociales en el que se vean implicados todos aquellos técnicos responsables de la salud, en especial, de las personas mayores.
- La segunda insta a promocionar programas saludables a partir de políticas multidisciplinares, formadas por especialistas de las diferentes áreas:
  - — Sanitaria: Médicos, geriatras, biólogos, fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales.
  - — Deporte y actividad física: Licenciados en Educación física, técnicos deportivos, especialistas en técnicas corporales, especialistas en personas mayores y gestores deportivos.
  - — Social: Sociólogos, economistas, educadores y trabajadores sociales.

Existen medidas europeas de finales del siglo XX que permiten a todos los ciudadanos europeos la posibilidad de practicar deporte con fines recreativos, de contribución a la salud o de mejora de resultados, y

si fuese necesario, introducir medidas suplementarias que beneficien a los grupos desfavorecidos. En concreto, para orientar las políticas nacionales en relación a la actividad física para personas mayores, la Unión Europea estableció unas Recomendaciones a los Estados Miembros en los que a raíz de la definición del objetivo de promoción físico-deportiva entre las personas de edad, se insta a cada país a analizar sus necesidades, a fomentar el deporte entre las personas mayores, a elaborar un abanico de programas para mejorar la salud y las relaciones sociales, y a favorecer que los deportistas maduros sigan practicando deporte.

Dentro de las propuestas políticas más recientes, la actividad física se recoge como determinante de la salud vinculada al modo de vida, dándosele prioridad para la creación de actividades a escala europea orientadas hacia cuestiones sanitarias.

En este sentido se deberán poner a punto estrategias que permitan integrar mejor la promoción de la actividad física en futuras medidas de planificación y en la elaboración de políticas concernientes a la educación, al mundo productivo, al desarrollo urbanístico y al ocio. Además, será necesario enfocar las diferentes necesidades sentidas, en función de factores como la edad, donde las personas de edad avanzada requieren de acciones específicas de promoción de salud que se traduzcan en una vejez sana y activa.

En base a este planteamiento, será necesario diseñar proyectos interdisciplinares formados por diferentes especialistas; entre ellos, en actividad física y deporte que diseñen y pongan en marcha un proyecto a nivel nacional y autonómico que, respetando los distintos puntos de partida y experiencias propias, persiga finalidades y objetivos comunes.

B. CRITERIOS QUE SE DEBEN CONTEMPLAR

Se deben tener en cuenta, en primer lugar, unos **Principios gerontológicos**, en los cuales debe garantizarse:

- el **acceso a programas educativos y de formación**
- la **integración social**
- la **atención a la salud**
- el **acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos**

Se deben definir unos **principios deportivos,** que recojan las directrices de numerosos códigos éticos: Carta Europea del Deporte para Todos, Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte de la Unesco, Carta Europea del Deporte del Consejo de Europa y acuerdos de la Asamblea del comité para el Desarrollo del Deporte del Consejo de Europa, destacando como aspectos clave:

1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO EDUCACIÓN Y SALUD

Este principio responde a dos objetivos esenciales a tener en cuenta en este colectivo, si abordamos la educación como un valor permanente, es decir educar a lo largo de toda la vida, la actividad física es una herramienta indispensable para ello, ya que lleva implícitos una serie de valores como el respeto, la autonomía, la participación, etc. Por otro lado, prevenir la dependencia y fomentar actividades y prácticas que fomenten la vida saludable. En este sentido, el ejercicio físico y el cuidado del cuerpo ocupan un papel destacado en la sociedad.

2. ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE COMO MEDIO PARA INCIDIR EN LA IGUALDAD DE GÉNERO

Los programas de actividad física para personas mayores tienen un papel esencial en la igualdad de género, dado que están abiertos a todo el colectivo, género, nivel sociocultural, nivel económico y tienen la capacidad de adaptarse a las particularidades de cada individuo.

Los programas de actividad física para personas mayores se marcan como uno de sus objetivos primordiales ofrecer la posibilidad de practicar ejercicio físico a todas aquellas personas que han superado los 60 años, sea hombre o mujer, sin exigencias de género ni de resultados.

La inclusión de este tipo de programas sociomotrices ha roto los estereotipos sociales que hacia la practica deportiva existían hasta hace pocos años, o que incluso actualmente, en determinados deportes todavía perduran.

La heterogeneidad que identifica o caracteriza a los grupos de personas mayores obliga a plantear programas de actividades físicas que sean adaptables a las diferentes posibilidades de comprensión y de movimiento en que nos encontramos en este colectivo.

3. ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE COMO PROMOTORES DE VALORES DEMOCRÁTICOS Y DE PAZ

A través del ejercicio físico y del deporte, planteado como un programa abierto y no competitivo, se pueden transmitir los valores democráticos y de paz que toda sociedad debe tener como prioridades en sus políticas públicas.

Dar la posibilidad a toda la población de un país, independientemente del género, edad, nivel social, de participar en programas de actividad física, generará una actitud de diálogo y de colaboración, potenciando aquellos valores positivos entre los sujetos participantes. La posibilidad de conocer y aceptar los cambios que se producen en el cuerpo a lo largo del envejecimiento ayudará a los individuos a llevar una vida más placentera, y una de la herramientas que tenemos a nuestro alcance es la práctica sistemática de ejercicio físico.

4. PROPUESTAS DE PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO

La multiplicidad de iniciativas para realizar **programas de ejercicio físico y de salud** dirigidos a personas mayores los podemos condensar en:

a) Por lo general, los programas que se han ido desarrollando a lo largo de estos años en las diferentes autonomías corresponden al tipo de programa conocido como **«socio-motriz».** El objetivo que se quiere conseguir con la práctica responde a un mantenimiento y/o mejora de la condición física general de la persona mayor, juntamente con el mantenimiento de las cualidades cognitivas, entre las que cabe destacar la memoria, la atención, la orientación espacio temporal, entre otras. A la vez, estos programas inciden en gran manera en la relación y comunicación de las personas mayores participantes, fomentando la socialización.

   Son programas que estarían en la línea de la educación para un envejecimiento saludable, la prevención de la dependencia y/o del mantenimiento de la forma física.

   Este tipo de programas de carácter social se dirigen, sobre todo, a que la persona mayor se mueva, mantenga su autonomía el máximo tiempo posible y se relacione.

b) Se puede apuntar la tendencia que en los últimos años se presenta de **programas de fitness**, que hacen más hincapié en la mejora de la condición física y que se llevan a cabo en los gimnasios y/o pabellones deportivos.

c) Cabe destacar también, que en los últimos años se están poniendo en marcha programas más específicos, **desarrollados al aire libre** y

para los que no se necesita ninguna instalación específica para su práctica. Se aprovechan o adaptan los caminos al aire libre disponibles en las diferentes Comunidades Autónomas, y gracias a nuestra geografía y a nuestro clima se pueden implantar con facilidad en muchas áreas geográficas.

d) Otro tipo de propuestas de ejercicio físico para personas mayores que se están imponiendo en los últimos años, y que se realizan al aire libre, son los **circuitos o aparatos de salud** que se instalan en espacios públicos como plazas, parques, playas; y en los que las personas mayores, para su práctica, no tienen necesidad de un monitor o dinamizador que las oriente. La idea es que las personas mayores puedan practicar de forma autónoma en estos parques. Para ello, se colocan en los plafones una serie de consejos en cuanto a ejercicios, número de repeticiones y posibilidades de práctica. Por lo general, se considera que este tipo de circuitos no son del todo rentables, ya que por el momento, la persona mayor necesita tener a su lado la figura del dinamizador y pocas son las personas mayores que se organizan por sí mismas para practicar en estos aparatos.

e) Dentro de las actividades físicas impulsadas en los últimos años, cabe destacar los programas que se están desarrollando en los últimos años, con el objetivo de **prevenir la dependencia** (físico-cognitiva). Se trata de programas integrales, que contemplan propuestas de ejercicio físico combinadas con propuestas de trabajo cognitivo.

f) Esta preocupación por incrementar la actividad física de las personas mayores ha tenido su plasmación en el programa de turismo social del Imserso, que en los últimos años ha ido ampliando las ofertas hacia la línea de actividades saludables, como el programa Turismo de Naturaleza donde se combinan las actividades culturales con actividades de salud como las caminatas.

g) Atendiendo la actividad física desde la óptica deportiva, encontramos los clubes deportivos y sus respectivas federaciones, tanto autonómicas como nacionales, que organizan y promueven el deporte para los *seniors*. En este aspecto cabe destacar que son los deportes practicados de forma individual los que, por lo general, potencian más la práctica deportiva de la persona mayor, destacando entre ellos: el atletismo, la natación, el tenis, el ciclismo; mientras que entre los deportes de equipo no es tan usual la práctica entre *seniors*.

APORTACIONES

Jornada de Actividad Física y Enevejecimiento Activo. Imserso, Febrero 2011.

- *La práctica de una actividad física debe promoverse como un derecho de ciudadanía.*
- *La actividad física tiene que ser percibida por las personas mayores como productora de bienestar personal, físico y psíquico.*
- *La actividad física debe actualizarse permanentemente para dar respuestas adecuadas al heterogéneo colectivo de las personas mayores en constante cambio y evolución.*
- *Las Administraciones Públicas deben contemplar la práctica de la actividad física en sus planes de envejecimiento activo de forma integrada con los recursos y servicios disponibles.*
- *La actividad física abre oportunidades sociales al incrementar las relaciones interpersonales y puede y debe fomentar las relaciones intergeneracionales, la igualdad entre géneros y evitar otras formas de discriminación.*
- *Las personas mayores deben compartir en el desarrollo de su actividad física equipamientos y horarios que eviten cualquier discriminación.*
- *La salida del mercado laboral debe considerarse con especial atención para fomentar la práctica de la actividad física.*
- *La actividad física para las personas mayores frágiles y vulnerables debe ser adaptada a sus posibilidades y limitaciones, mediante programas y estructuras que tengan en cuenta el punto de vista clínico.*
- *Es necesaria una coordinación armónica y eficaz de los recursos públicos y privados para facilitar la práctica de la actividad física entre las personas mayores.*
- *Los costes de la «buena salud» y los derivados de la actividad física, entre ellos, de las personas mayores deben ser considerados como una inversión a nivel personal y en términos económicos. Deben ser tratados como inputs, tanto sus retornos económicos, como la obtención de creación de empleo en el desarrollo de políticas y actuaciones dirigidas al ejercicio de la actividad física.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción y extensión del ejercicio físico a las personas mayores** como elemento importante de las políticas para un envejecimiento saludable Para ello se requiere
   - **a)** Promover estilos de vida saludables y comportamientos optimizadores de las capacidades individuales mediante la actividad física y el deporte, una adecuada nutrición, eliminación del uso de tabaco y otras drogas, moderar el uso de alcohol, desarrollar la actividad cognitiva y sociocultural.
   - **b)** Facilitar el acceso de las personas a programas de ejercicio físico independientemente de su condición física, psicológica, social y económica, promoviendo la organización de programas de ejercicio físico para todas las edades.
   - **c)** Sensibilizar a todos los grupos sociales y en especial a las personas mayores de una filosofía de vida donde la práctica regular de ejercicio físico y/o deporte sea un eje de la vida diaria, aprendiendo a «vivir» el ejercicio como una actividad gratificante, reconfortante y placentera.
   - **d)** Promover campañas de divulgación e información en los medios de comunicación, en los centros de salud y en los centros sociales, especialmente coordinadas y lideradas por los equipos multidisciplinares de atención a las personas mayores (médico de atención primaria, enfermería, trabajador social, animador sociocultural, entre otros).
   - **e)** Adecuar nuevos espacios que permitan la práctica del ejercicio físico y que motiven a ello, ya sean espacios naturales al aire libre, tales como parques, senderos, playas, o bien, la adecuación de espacios cerrados que permitan la práctica.
   - **f)** Promover planes de formación específicos para los profesionales de manera que todos los técnicos que tengan a su cargo colectivos de personas mayores hayan seguido una formación básica necesaria para transmitir los valores y los conocimientos adecuados.
   - **g)** Promover la celebración de encuentros para *consolidar grupos* y dar a conocer los diferentes programas a la población mayor para integrar la demanda latente y para informar al adulto que envejece de la necesidad de seguir practicando a todas las edades.

CAPÍTULO 7

EDUCACIÓN A LO LARGO DE LA VIDA

A. APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

1. ANTECEDENTES

Los antecedentes de **aprender a lo largo de la vida** se encuentran en la educación permanente, cuyos orígenes se remontan a Comenio (en el siglo XVI), aunque su verdadero promotor fue el danés Grundtvig (1783-1832). Sin embargo, consolidar la idea del derecho a aprender a lo largo de la vida ha requerido varias décadas, en las que, los organismos internacionales han ocupado un papel esencial (empezando por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 donde se reconoció, por primera vez, la educación como un derecho fundamental de todas las personas).

En los años sesenta se empezó a hablar de la necesitad de una educación **a lo largo de la vida,** y también **a lo ancho (**Conferencia Internacional sobre la Crisis Mundial de Educación, 1967, Virginia), es decir, se plantea que la escuela no podía proporcionar toda la formación que requerían los ciudadanos. Y es por ello que refieren, por primera vez, la necesidad de desarrollar otras modalidades de formación —las denominadas **no formal e informal**—. Éstos serán los mimbres de la educación permanente, de la que, posteriormente se nutrirá el **aprender a lo largo de la vida**. Fruto de esta corriente, se creó la primera Universidad de la Tercera Edad en Francia (Toulouse) en 1973 que constituyó ***la primera generación de programas socioeducativos para personas mayores.***

En el ámbito de la gerontología también se produjeron aportaciones positivas en esta línea, pues en la I Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena 1982) se reconoció la dimensión educativa en la vejez y la importancia de la educación en diversas dimensiones que afectan directamente a la calidad de vida de la persona, como la salud o el ocio. De este modo, fue consolidándose la idea de que la educación de las personas adultas no debía entenderse como una segunda oportunidad educativa, sino como una verdadera formación integral (Unesco, 1985). Así se explica que, en la segunda mitad de los años setenta cristalizara la **segunda generación de programas socioeducativos para personas mayores**. Las conferencias sobre salud o higiene dan paso a formatos educativos más extensos (jornadas, cursos). Es la expansión de las Universidades de la Tercera Edad cuyos contenidos se abren a otros campos, y serán profesionales de cada disciplina —la mayoría sin conocimientos pedagógicos específicos— quienes los impartan.

En España, este proceso es mucho más reciente, pues habrá que esperar a que la democracia genere una explosión de la vida político-social capaz de propiciar el desarrollo de políticas gerontológicas que ofrecen, poco a poco, multitud de programas sociales, sanitarios, socio sanitarios, de ocio, cultura o de participación social.

En los años ochenta, los Centros de Educación de Personas Adultas (EPA) se desarrollaron enormemente, se dotaron de espacios propios y ampliaron extraordinariamente sus contenidos y horarios. Aumentaron los adultos mayores que participaban en actividades educativas y se generaron nuevas ofertas de actividades en estos ámbitos. Surgieron programas todavía vigentes hoy, como **las Aulas de la Tercera Edad**, entidades y programas de voluntariado, iniciativas intergeneracionales, multitud de propuestas en Centros Sociales, Cívicos y Casas de Cultura, y los **Programas Universitarios para Mayores (PUM).** También se expandieron extraordinariamente las Universidades Populares (UUPP) —que habían nacido a principios del siglo pasado (Oviedo, 1901)— relacionados con la mejora de la calidad de vida de las personas y la comunidad, basando su intervención en propuestas de Educación Permanente y Aprendizaje a lo largo de la vida. Así, las Universidades Populares desempeñaron un papel clave en la formación permanente y la animación sociocultural de los adultos desde una perspectiva en la que la participación es tanto un método (un medio) como un objetivo fundamental para el cambio individual y social (http://www.feup.org).

En la década de los años noventa el *Informe Hamburgo* (Unesco, 1997), aporta algunas ideas básicas sobre el *aprender a lo largo de la vida* que resultaron esenciales. Por ejemplo, que la educación puede contribuir al fomento de una imagen más positiva de las personas mayores, que la capacidad de aprendizaje no disminuye hasta edades muy avanzadas y que hay que poner en marcha programas específicos contando con la participación activa de los propios mayores.

En este contexto, se consolida en Europa la **tercera generación de programas socioeducativos para personas mayores** y no sólo se amplían temas y programaciones, sino que generen conocimiento, lo difundan y que participen en aprendizajes autodirigidos y en proyectos de investigación. El impulso que supuso el Programa Educativo Europeo Sócrates (y en concreto, la Acción Grundtvig) es indudable.

En estos años la LOGSE (1990) supuso un gran impulso para la educación de personas adultas en España. Y, desde los Servicios Sociales (con el Plan Gerontológico), se abordaron el ocio, la cultura y la educación de las personas mayores.

A mediados de la década de los años noventa, ya están funcionando muchos programas universitarios para mayores y a raíz de ello es destacable la constitución en 2004 de la Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores —AEPUM—. Muchos datos confirman el aumento progresivo de estos programas. Se estima que actualmente existen 53 universidades asociadas a la AEPUM (y existen más no asociadas). Como ejemplo de esa evolución se puede apuntar que los alumnos del Curso 2004-05 fueron 15.378 y en el curso 2006-07 ya habían ascendido a 21.581. A ello hay que añadir que su impacto es mayor puesto que muchas actividades son de carácter abierto. (http://www.aepumayores.org/)

Los efectos de los programas *piloto* europeos iniciados en la década de los años ochenta se dejan sentir en España y han supuesto un interesante impulso a **aprender a lo largo de la vida.** El programa Sócrates y la Acción Grundtvig contribuyen a mejorar la calidad y la dimensión europea de la educación de adultos, incluyendo la enseñanza formal, la no formal y la informal (cuyas diferencias se explican posteriormente), y fomentando el autoaprendizaje. Los *Seminarios Grundtvig*, por ejemplo, ofrecen actividades formativas sobre gran diversidad de temas a personas que, como único requisito, deben conocer el idioma en el que se imparte el curso. Otro ejemplo: el *«Proyecto de Voluntariado para Personas Mayores»,* permite, a entidades de dos países interesados por el voluntariado en un ámbito concreto, intercambiar experiencias y realizar estancias de sus miembros en el otro país (http://www.oapee.es/oapee/inicio/pap/grundtvig.html).

Actualmente el Programa de Aprendizaje Permanente (PAP) de la Unión Europea que abarca el período 2007-2013 sustituye a otros programas (entre ellos al Sócrates). El Programa de Aprendizaje Permanente va a continuar promoviendo intercambios, cooperación y movilidad para la mejora de los sistemas de educación, siguiendo la estrategia de Lisboa: entre sus objetivos figuran la realización de un espacio europeo del aprendizaje permanente, la mejora de la calidad y la accesibilidad de las oportunidades de formación, la promoción de una mayor participación de personas de todas las edades y el apoyo al desarrollo de las TICs.

El Programa Grundtvig, referido a la educación de personas adultas —y que ahora cumple 10 años— continúa adelante formando parte del programa de aprendizaje permanente.

2. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

«El aprendizaje a lo largo de la vida es el desarrollo del potencial humano a través de un proceso sustentador continuo que estimula y faculta a

los individuos para adquirir todos los conocimientos, valores, destrezas y comprensión que requieran a lo largo de toda su vida y aplicarlos con confianza, creatividad y gozo en todos los roles, circunstancias y entornos»

(Comisión Europea, 1995).

Esto significa que en el **aprendizaje a lo largo de la vida,** como sucede en la propia **sociedad,** se diversifica en diversos escenarios:

- **Formales:** aprendizajes ofrecidos normalmente por un centro de educación o formación con carácter estructurado y que concluye con una certificación.
- **No formales:** aprendizajes ofrecidos normalmente por un centro de educación o formación, no estructurado —aunque tenga objetivos didácticos— y normalmente sin certificación
- **Informales:** aprendizaje que se obtiene de actividades de la vida cotidiana y de la interacción con el ambiente.

Todos ellos conviven en nuestra sociedad y las personas participamos en ellos, alternativa o simultáneamente. Y aunque la edad no debería considerarse un criterio diferenciador para determinar qué tipo de educación corresponde a cada momento vital, la realidad demuestra que las personas de más edad apenas participan en el sistema formal y que son las oportunidades no formales e informales las vías más empleadas para seguir aprendiendo.

Aspectos que definen el aprendizaje a lo largo de la vida son:

- Su carácter **longitudinal,** en el sentido temporal, es un proceso continuo, hasta el final de la vida.
- Su carácter **vertical**, pues abarca todas las dimensiones y contextos de la persona, conectando necesidades e intereses ocupacionales, personales, familiares o sociales. Es pues, un aprendizaje *funcional* que ayuda a desarrollar competencias y dimensiones relacionadas con la calidad de vida de las personas.
- Su visión **multidimensional** requiere de la complementariedad de oportunidades de corte formal, no formal e informal y permite acrecentar el desarrollo de las competencias de las personas.
- Requiere **flexibilidad y diversidad** en los contenidos, instrumentos y técnicas de aprendizaje, de materiales y medios educativos.

- Debe ser **significativo, conectado** con las experiencias, intereses y aprendizajes previos del individuo.

3. EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA EN LA ACTUALIDAD

Puede parecer innecesario o redundante hablar de los enormes y continuos cambios que está viviendo esta sociedad, pero es cierto que los marcos sociales donde operan las políticas, los servicios y las relaciones no son los mismos y tampoco se parecerán a los que tendremos en pocos años.

Nunca antes el conocimiento se había convertido tan pronto en tecnología y tampoco nunca la tecnología había servido para elaborar no sólo cosas, sino más conocimiento. Esta aceleración de producción de conocimiento y de tecnologías afecta a la vida cotidiana de las personas, a sus hábitos culturales pero también a sus relaciones interpersonales. Tras las nociones **sociedad de la información y del conocimiento** se esconde una realidad que supone más que un cambio una transformación, por lo profundo del cambio y por su velocidad.

Envejecer en este escenario implica afrontar cambios personales en una sociedad muy diferente en la que se formaron y en la que los cambios acelerados e inesperados se suceden, y que además, van a continuar produciéndose. Algunas enseñanzas tienen un período de vigencia más breve, los adultos necesitan disponer de posibilidades de aprendizaje para facilitar el logro de sus exigencias personales y sociales. Disponer de opciones para *aprender a lo largo de la vida* es poder participar en procesos de interacción en los que intercambiar significados, conocimientos, estrategias o experiencia, sobre aquello que interesa a las personas y gracias a lo cual puedan desarrollar sus habilidades y saberes para mejorar su vida.

La globalización actual, sin ahondar en definiciones complejas, implica transformaciones en cuyos ejes se entremezclan aspectos individuales y sociales. En esta globalización se encuentra inmerso lo cultural y lo educativo. La necesaria conexión y conocimiento ***de los demás*** **(*lo global*)** convive con lo más personal e identidad **del yo propio (lo local)**; entendiendo lo local como un aspecto de lo global. El **aprender a lo largo de la vida** nos permite tomar conciencia de **lo local** (lo personal) en **lo social** (lo global) y, por ello se convierte en un poderoso recurso para lograr tanto el desarrollo individual como una mejor convivencia social. Para ello el aprendizaje a lo largo de la vida debe validar las formas de pensamiento y acción de las personas, a la vez que ayuda a que se integren en una sociedad plural y global. De este modo también favorece que las personas mayores puedan continuar

construyendo una identidad personal positiva, algo imprescindible para sentirse reconocidas como valiosas.

Muchas personas mayores de hoy, y más aún las de mañana, gozan de una buena salud, están plenas de capacidades, poseen cierta seguridad económica y multitud de oportunidades de ocio. Un porcentaje, cada vez mayor, busca lograr su «envejecimiento activo». Ya no se trata de ocupar el «tiempo libre» sino de desarrollar sus capacidades, de sentirse bien en su vida presente, de encontrarle sentido a ésta. Sí, hemos logrado dar más años a la vida. Ahora, cada persona debe buscar «dar más vida a esos años». En este contexto de búsqueda y diseño de proyecto personal, el **aprender a lo largo de la vida** ofrece oportunidades apreciables y significativas a la vez que es un derecho, consecuencia de un modelo de ciudadanía democrática que anhela la participación plena de todos en la sociedad.

Pero esta nueva sociedad de tecnología, información y comunicación conlleva peligros para aquellas personas y colectivos incapaces de adaptarse a ella. El riesgo de los **nuevos analfabetismos** (informático, tecnológico, técnico, científico, etc.) constituye un verdadero obstáculo para estas sociedades, ya que si no generan suficientes y adecuadas oportunidades para su erradicación aumenta la desigualdad, inequidad y exclusión entre sus miembros y colectivos. Una de las funciones de **aprender a lo largo de la vida** es minimizar este peligro y lograr que la sociedad de la información no pierda su **dimensión humana**.

Entre los ciudadanos de más edad este riesgo es mayor por lo que es imprescindible darles oportunidades de **aprender a lo largo de la vida** en igualdad de condiciones y de manera apropiada, siendo sus capacidades reconocidas, valoradas y utilizadas.

4. EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA EN EL CONTEXTO GERONTOLÓGICO ACTUAL

En este nuevo escenario social, la gerontología ofrece una nueva visión del envejecimiento que favorece no sólo a las personas de más edad sino a toda la sociedad. Tres aspectos son especialmente relevantes:

a) El Paradigma del Envejecimiento Activo

Tras décadas de preocupación en una atención más centrada en lo que podríamos considerar la satisfacción de las necesidades básicas —con objetivos de carácter asistencial—, es ahora el momento de, sin dejar de mejorar ésta, complementarla con propuestas que ofrezcan más y mejores oportunidades de desarrollo y bienestar

personal. Desde la aparición a inicios de los años cincuenta de la teoría de la actividad hasta la actualidad el significado de «activo» vinculado al envejecimiento se ha ido enriqueciendo, gracias también al desarrollo de otras conceptualizaciones con matices propios (envejecimiento **saludable, productivo, satisfactorio**). Sin embargo, el Envejecimiento Activo logra superar todas las anteriores y ofrecer a la sociedad y a los profesionales un verdadero paradigma en el que orientarnos. Lo más importante es el significado que ofrece del término «**activo**». Éste:

I. Expresa la idea de la **participación** continua de las personas en las cuestiones sociales, cívicas, económicas, culturales, educativas o espirituales, independientemente de la necesidad de apoyos que necesiten para lograrlo.
II. Busca un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un **quehacer pro-activo** y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
III. Toma cuerpo de modo diferente en cada persona, atendiendo a los significados propios; **se puede ser «activo» de muy diferentes maneras**.
IV. Implica un **enfoque comunitario**, en el que los ciudadanos mayores deben tener la oportunidad de participar en todo lo que les es propio, tanto de su esfera privada como de la comunitaria.
V. Requiere que se garantice que los ciudadanos más mayores puedan continuar mejorando o manteniendo sus competencias y controlando su vida (garantizando todos sus **derechos**).
VI. Desafía la perspectiva tradicional de que la educación es cuestión de los más jóvenes y ofrece oportunidades de **desarrollo y aprendizaje** a lo largo de todo el ciclo vital.

El Envejecimiento Activo posee muchos aspectos de corte educativo pues en todo comportamiento, actitud o intención existe un gran componente aprendido, que puede también cambiar, re-aprenderse de nuevo. Las personas pueden cambiar, mejorar sus formas de relacionarse y desempeñar unos roles más activos y autodeterminados. Las personas pueden modificar su percepción y opinión sobre sí mismas. Las experiencias educativas favorecen el Envejecimiento Activo.

b) La Calidad de Vida

Desde hace años la meta de la calidad de vida está en el punto de mira de los servicios y programas para mayores. Pero ha sido en estos últimos años cuando el avance en la conceptualización del modelo de calidad de vida y en el de las propuestas para lograrla cuando más se ha avanzado en esta perspectiva. La propuesta de Schalock y Verdugo (2003) permite ahondar en aquellos otros aspectos esenciales para la calidad de vida de las personas pero que tradicionalmente han estado apartados de la literatura gerontológica. Algunas de estas dimensiones se ven necesariamente afectadas cuando el individuo participa en procesos de **aprender a lo largo de la vida**: el desarrollo personal, el bienestar emocional, las relaciones personales, la autodeterminación, la inclusión social y la defensa de los derechos se ven fortalecidos gracias a experiencias de aprendizaje.

c) Dimensiones de capacidad personal

Pero también el Envejecimiento Activo está íntimamente ligado a dos conceptos centrales en gerontología, nos referimos a **autonomía e independencia** [1]**.** Cada vez va confirmándose más la necesidad de no confundir ambos conceptos y de establecer líneas de actuación diferenciada y coordinada que permitan orientar nuestra praxis profesional hacia el logro de dos metas: la promoción de la autonomía (prevención de la heteronomía) y la promoción de la independencia (prevención de la dependencia). Aprender a lo largo de la vida es, indudablemente, una herramienta muy poderosa para favorecer que las personas mantengan estas dos dimensiones de capacidad y para que continúen aplicándolas en su proyecto de vida. Y, en la medida en que es capaz de estimular procesos mentales, ofrecer ambientes estimulantes y significativos de interacción y oportunidades para el ejercicio de roles activos y motivadores, permite **ralentizar** el proceso de envejecimiento.

Así, las políticas o recursos basados en el envejecimiento activo deberán promocionar mejores **condiciones de salud** (previniendo la dependencia y promoviendo la independencia) y generar **nuevas oportunidades de participación** (en todos los planos de la vida) y de **ejercicio de**

[1] **AUTONOMÍA** como la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Su antónimo, la heteronomía, se refiere al hecho de ser gobernado por los otros es cuando los demás deciden por uno. La **INDEPENDENCIA** se refiere, sin embargo, a la capacidad de la persona para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria (capacidad de vivir en la comunidad, recibiendo poca o ninguna ayuda); su opuesto, la dependencia, indica la necesidad de ayuda que requieren las personas para estas actividades cotidianas.

los derechos (previniendo la heteronomía y favoreciendo la autonomía moral) de las personas mayores. Ello supone ofrecer situaciones de las que aprender y posibilidades para ejercer sus capacidades —en sus espacios, actividades y relaciones—. El **aprender a lo largo de la vida** debe ser una oportunidad de crecimiento para todas las personas, independientemente de sus dimensiones de capacidad personal y de su lugar de residencia. El derecho a continuar *mejorándose* como persona sólo debe tener el límite que establezca la propia persona, no su entorno. (Como dijo Heidegger, «**El hombre nunca acaba su proceso de construcción»).**

Aunque todavía en nuestro país algunas personas de edad carecen hoy del nivel educativo y de las capacidades suficientes para hacer valer sus derechos y para reivindicar su propio concepto de calidad de vida, previsiblemente esto sucederá en menor medida en el futuro. Entonces, estos ciudadanos no presentarán un diferencial tan grande con quienes los cuidan o diseñan los servicios para ellos. Una vez se haya reducido esa brecha viviremos un auténtico avance, algo que ya sucede en otros países de nuestro entorno. Reivindicar la capacidad de elección y la autonomía en la toma de decisiones será algo natural y aceptado. (Como escribió Herbert Spencer, *«El objeto de la educación es formar seres aptos para gobernarse a sí mismos, y no para ser gobernados por los demás»*).

El *aprender a lo largo de la vida* permite avanzar en el ejercicio de los derechos de la persona de edad (libertad de pensamiento, de creencia y de acción) —independientemente de sus dificultades o limitaciones— y, por tanto, acercará las generaciones de jóvenes y adultos a las de los más mayores.

5. CLAVES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

a) El aprendizaje a lo largo de la vida como un aprendizaje de competencias para la vida

El **aprendizaje a lo largo de la vida,** como sucede a la educación de otros grupos de edad, se está viendo afectado por el concepto de competencia. De hecho, la idea de competencia ha ganado en perspectiva a medida que se va introduciendo. No obstante cuando se habla de aprendizajes, se referirá a **saber, a saber hacer y saber ser.**

Al hablar de competencia nos referimos al conjunto interrelacionado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que hace posible desempeños y que impulsa el mejoramiento continuo del ser, del saber

y del hacer. Las competencias nos permiten superar una visión de la educación basada en el conocimiento teórico y orientarnos hacia *desempeños significativo*s para la persona y útiles para la sociedad.

El **aprendizaje a lo largo de la vida** se dirige hacia el desarrollo de las **competencias para la vida**, por ejemplo con capacidades para el autoconocimiento y la autovaloración, la creatividad personal, la relación y la participación en contextos sociales, la búsqueda y el examen crítico de información, observación y análisis del entorno —desde el más próximo al más lejano—, la adquisición de conocimientos y habilidades científicas y culturales, la participación en la propia identidad cultural y social, la aceptación de las diferencias y discrepancias, saber cómo aprender, la comprensión de los cambios sociales e individuales, la utilización las nuevas tecnologías, el mantenimiento de autonomía personal y la autoestima a pesar de la pérdida de independencia, etc.

También resulta importante distinguir entre la *competencia* de una persona —su potencial o capacidad— y su desempeño —el uso real de ese potencial en entornos y relaciones concretas—. La complementariedad de estas dos perspectivas —que ya aparece en la definición actual de competencia— es asumida por el aprendizaje a lo largo de la vida al ser su meta optimizar las competencias de la persona pero también favorecer oportunidades para su desempeño significativo.

Otro aporte del aprendizaje vinculado a la competencia es que nos ayuda a conocer y a abordar las diversas causas —de carácter interno o externo— que facilitan o dificultan la implicación y rendimiento del individuo en sus procesos de aprendizaje.

- Por una parte existen unas **causas internas** que influyen en el ejercicio de sus capacidades personales. Entre ellas se encuentran **los factores emocionales y motivacionales (actitudes)**, que juegan un importante papel para que el potencial de la persona se utilice en la práctica; para que la competencia se manifieste en el desempeño. También **la metacognición**, el conocimiento de lo que se conoce y de cómo lo conoce para que pueda mejorar sus aprendizajes y competencias, así como responsabilizarse de su desarrollo personal.
- Las **causas externas** se refieren a otros factores: estereotipos, mitos y todo tipo de representaciones mentales de los otros, las características de la situación de Enseñanza-Aprendizaje, el contexto familiar y sociocultural, así como otros rasgos propios de cada iniciativa.

Desde esta perspectiva, el carácter **no formal** de algunos contextos y circuitos de aprendizaje a lo largo de la vida de las personas mayores,

así como sus situaciones habituales (no formales) en las que también aprenden (como en actividades recreativas o de ocio) resultan muy valiosas, pues gracias a ellas, muchas personas de edad logran mejorar sus **competencias para la vida**.

b) El aprendizaje a lo largo de la vida, el ocio y la recreación

El ocio y las actividades de carácter recreativo han tenido, históricamente, una valoración negativa como herencia de una sociedad industrial en la que todo tiempo que no era productivo (útil) era improductivo (inútil). Y, desde esta lógica, las actividades del aprendizaje a lo largo de la vida constituirían en sí mismas una actividad inútil por cuanto su objetivo no es una formación orientada a la producción económica. Resulta imprescindible, dada su importancia y su valor en las personas, profundizar en la idea del ocio y que seamos capaces de desterrar la connotación negativa que hemos heredado con el fin de poder aprovechar el ocio como una potente fuente de aprendizaje y desarrollo personal.

Sabemos que el ocio tiene gran valor para todas las personas, al proporcionar satisfacción y bienestar, estimula áreas de capacidad (físicas, cognitivas y emocionales) y permite la promoción de la independencia y de la autonomía. Tal vez lo que frecuentemente olvidamos es que en las actividades de ocio lo importante no es la actividad, **no es lo que las personas hacen, sino lo que piensan y sienten mientras las realizan.** La actividad no es un fin en sí misma sino un medio por el cual la persona puede desarrollarse y satisfacer sus deseos y necesidades. Es un **motor de bienestar** porque:

- Alivia el estrés al movilizar la dimensión socio emocional, favorece el establecer y disfrutar de nuevas relaciones, amistad y compañerismo.
- Permite sentirse libres, competentes, capaces de controlar su tiempo, su vida.
- Ofrece *defensas* contra el aburrimiento, que en sí mismo es estresante y genera malestar.

Lo significativo de **la experiencia** de ocio, así como la del aprendizaje a lo largo de la vida es la percepción de libertad y la motivación intrínseca por el simple placer de hacerlas. Que las personas logren esta vivencia es esencial, pues el aprendizaje en este tramo de la vida ha de resultar necesariamente gratificante. De no ser así, las personas dejan de participar, ya que no hay objetivos funcionales que lograr como en otros momentos vitales (mejora de **empleabilidad**, promoción socioeconómica, etc.).

El ocio permite avanzar hacia el desarrollo y la autorrealización personal. Y más aún si nos referimos al denominado **«ocio educativo»** *que* cumple con algunas condiciones que comparte con el aprendizaje a lo largo de la vida:

- Es una ocupación basada en un **esfuerzo personal significativo** que implica la necesidad de perseverar en que la persona debe emplear todo su repertorio de competencias (conocimientos, habilidades, actitudes).
- Favorece la *re* creación, **el re encuentro de la persona con su pasado**. Siempre que la persona desempeña una tarea que ya realizó o que usa sus recuerdos se fortalece un sentimiento de continuidad personal, más allá de los cambios que la edad impone.
- Proporciona beneficios duraderos relacionados con **el ejercicio de la autonomía moral, con el autocrecimiento**, la autoexpresión, el sentimiento de valía, la mejora de la auto imagen, una mayor interacción social y de pertenencia.
- Su valoración ha de realizarla la propia persona, desde su **subjetividad** y considerando qué procesos de re configuración de la identidad personal está viviendo. Ello sí es un verdadero aprendizaje, entendido éste no como algo externo que se incorpora a la persona (información), sino con un proceso de **re organización** interna ligado a su experiencia de sí mismo.
- Sus actividades refuerzan que se continúen realizando y amplía el interés de las personas. Cualquier tarea, taller o proyecto en el que una persona se implique es una experiencia de aprendizaje que permite una **re-elaboración** de su proyecto vital.
- Aunque se trata de un **fenómeno personal —intra individual**—, se realiza en entornos grupales, es también un **fenómeno social —inter-individual**—.

Puesto que para muchas personas el aprendizaje a lo largo de la vida es una forma de ocio y el ocio una forma de aprendizaje a lo largo de la vida, cabría preguntarse ¿no sería posible mejorar esta relación entre ambos? ¿De qué modo podría desde las ofertas actuales del aprendizaje a lo largo de la vida favorecerse más el **«ocio educativo»? ¿Y viceversa?**

c) Algunas aportaciones desde las Ciencias de la Educación al aprendizaje a lo largo de la vida

Frecuentemente las palabras educación y aprendizaje se utilizan como sinónimos, aunque se trata de dos conceptos diferentes. El aprendizaje es mucho más amplio y se desarrolla a lo largo de toda su vida: es

un proceso mediante el cual sus experiencias son transformadas en conocimiento, habilidades, actitudes, valores, creencias, emociones y sensaciones. Todas las personas aprendemos desde que nacemos.

Sin embargo la educación es sólo un tipo de actividad que propicia el aprendizaje. Una actuación intencionada que requiere comunicación y relación interpersonal, que forma parte del proceso de socialización y culturización de los miembros de una sociedad y, por tanto, lleva implícita una escala de valores.

Toda situación educativa, también en el aprendizaje a lo largo de la vida, tiene la implicación de una institución y un docente que estructuran y definen esta relación. Ello siempre conlleva —también en cada oferta del aprendizaje a lo largo de la vida— **cinco dimensiones**:

- **Dimensión filosófica**: ¿Qué consideramos bueno, deseable para la persona mayor? ¿Qué modelo de persona pretendemos potenciar? ¿De qué competencias para la vida debería estar dotada? ¿Qué puede aportar esta actividad educativa para ello?
- **Dimensión sociológica**: ¿Qué valor le damos al grupo? ¿Cómo adaptamos el programa, el contenido, la metodología a la cultura y a la forma de pensar de esas personas? ¿Qué capacidad tenemos para ver y utilizar esos matices?
- **Dimensión epistemológica**: Refiriéndonos a las características del conocimiento en los individuos: ¿consideramos que el conocimiento científico es un saber cerrado que sólo hay que transmitir y ayudar a comprender? ¿Qué papel tiene la experiencia y los saberes previos de las personas? ¿Permitimos dialogar con los conocimientos científicos? Nuestra forma de entender la realidad —la salud, la cultura, las relaciones, la familia, etc.—, ¿puede entrar en conflicto con la experiencia o la perspectiva de los mayores? Si este conflicto aparece ¿se impone lo científico (lo objetivo) sobre la visión subjetiva de las personas?
- **Dimensión psicológica**: ¿Sabemos cómo intervienen en el aprendizaje factores como la motivación, la autoestima, las expectativas, etc.)? ¿Qué capacidad tenemos para intervenir en estos factores? ¿Cuál puede ser la influencia del educador en las personas mayores? ¿Cómo afectan sus aptitudes y actitudes —creencias, estereotipos, competencias personales y cultura— en los procesos de E-A con los adultos mayores?
- **Dimensión pedagógica**: ¿Cuáles son las verdaderas metas y qué les merece la pena aprender a los participantes mayores? ¿Qué condiciones han de darse para posibilitarlo? ¿Disponemos de un arsenal

amplio y variado de recursos pedagógicos? ¿Sabemos cómo, cuándo y dónde emplearlos?

Cuando una institución y un profesional no se han cuestionado estas dimensiones, se tenderá a reproducirlas sin tener apenas capacidad para decidirlo. Muchas instituciones no logran cambiar sus planteamientos más profundos, ni muchos profesionales son capaces de evitar el reproducir aquello que han vivido y que, en demasiadas ocasiones, no es un modelo adecuado en el que basarse. Éste es el modo en el que históricamente se han reproducido los modelos educativos tradicionales y del que el aprendizaje a lo largo de la vida no está exento.

La evolución producida en las propias ciencias de la educación y las teorías que explican los procesos de enseñanza-aprendizaje han influido insuficientemente en el aprendizaje a lo largo de la vida. Teorías y concepciones ya obsoletas continúan subyaciendo en algunas prácticas educativas actuales con alumnos de edad. Éste es el caso de los programas que continúan considerando que el aprendizaje va necesariamente unido a un cambio de conducta observable, y que en éste se produce la asociación estímulo/respuesta; o en los casos que se busca transmitir información o practicar ciertas formas de condicionamiento operante.

El desarrollo en los años sesenta del cognitivismo —con la figura de Piaget— supuso empezar a trabajar con las representaciones internas de las personas, y a considerar que los comportamientos están estrechamente ligados a esa representación y a las experiencias vitales. Posteriormente, la idea de aprendizaje significativo de Ausubel revolucionará el mundo de la educación al descubrir la necesidad de que el contenido educativo se entronque con los conocimientos y experiencias previas del alumno para que éste pueda aprender, es decir, construir nuevas representaciones mentales. Por fin las teorías psicoeducativas logran explicar el complejo fenómeno del aprendizaje en los adultos más mayores (procesos, motivaciones, objetivos, etc.) y colocan a la persona que aprende en el centro. Como dijo Ausubel, *«El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñese en consecuencia»*.

Como resultado de todo ello aparece una idea central: en materia educativa normalmente **es más importante el cómo que el qué. El proceso es siempre más importante que el producto.** Así, la metodología educativa adquiere una enorme influencia por cuanto define el estilo de relación interpersonal y favorece la construcción de conocimiento.

Sin embargo, estos avances ponen en cuestión una larguísima tradición educativa, de la que también es heredero el aprendizaje a lo largo de la

vida y que ha supuesto el protagonismo de la *lectio* del maestro hacia sus discípulos. En esta relación de enseñanza-aprendizaje el profesor no sólo transmite su información sino que infunde pensamiento y conocimiento al alumno. En este modelo la responsabilidad y la actividad recaen en el profesor y dejan un papel más pasivo al alumno. En la **lectio** las cinco dimensiones antes referidas toman cuerpo convirtiéndose en un escenario de corte **científico-academicista**, con un marcado carácter **objetivista.**

La mejora de la calidad de las oportunidades educativas para las personas mayores requiere que se aprovechen y apliquen los **avances** de las ciencias de la Educación, es decir:

- Permitir que cada persona sea como es ella misma, que pueda enriquecerse y desarrollar al máximo sus competencias, mejorar su calidad de vida y lograr su pleno desarrollo, sin renunciar a ser ella misma (dimensión filosófica).
- Dar valor específico a cada grupo; conociendo, respetando y valorando sus peculiaridades, deseos, preferencias, posibilidades, experiencias educativas previas. Supone adaptarse en todo momento a ellos no obligándoles que sean ellos mismos quienes se adapten a la organización educativa ni al educador (dimensión sociológica).
- Aprovechar y dar valor a las experiencias, conocimientos, significados de las personas. Promover que puedan enriquecerlo con aportes o matizaciones pero sin tratar de suplantarlos o minimizar su valor (dimensión epistemológica).
- Tener en cuenta y utilizar los factores psicológicos y afectivos del aprendizaje, sabiendo emplear adecuadamente las herramientas pedagógicas para su logro (motivación, autoestima, autoconcepto, etc.), (dimensión psicológica).
- Disponer de suficientes estrategias para lograr dar el protagonismo a las personas participantes y fomentar **aprendizajes más autodirigidos y significativos** (dimensión pedagógica).

6. PROPUESTAS METODOLÓGICAS

El aprendizaje a lo largo de la vida orientado hacia una propuesta de corte cooperativo-constructivista puede venir favorecido por las siguientes propuestas:

- Estimulando procesos de reconstrucción a través de metodologías activas, prácticas, en entornos de aprendizajes reflexivos e interactivos.

- Proporcionando apoyos para que la influencia educativa entre docentes y alumnos sea óptima; diseñando adecuadamente las tareas didácticas; procurando que los apoyos del profesor evolucionen para potenciar roles cada vez más autónomos de los individuos y los grupos.
- Utilizando estrategias didácticas de carácter **psicocéntrico**, tales como:
  - La investigación compartida, que facilita el aprendizaje a partir de la experiencia personal y gracias a la reflexión en grupos de iguales.
  - Los programas de educación intergeneracional, en los que es esencial la calidad de la interacción y el desempeño de roles igualitarios, múltiples y cambiantes por parte de todos.
  - El aprendizaje autodirigido que busca que la persona sea capaz de organizarse por sí misma y utilizar sus propios recursos: el uso de las TICs, de bibliotecas, de ofertas culturales, de experiencias enriquecedoras —viajes, relaciones, etc.
  - El aprendizaje basado en el estudio del caso, preferentemente elegido por ellos y sobre el que se formulan objetivos de aprendizaje y estrategias de abordaje.
  - El desarrollo de proyectos definidos por los alumnos requieren que se impliquen en todas sus fases: preparación —incluye la elección del tema, los objetivos, la elaboración del plan de acción y la asignación de responsabilidades—; su elaboración —con búsquedas de información, análisis, reuniones, desarrollo de los temas o tareas propuestas, etc.— y su valoración.

B. ÁMBITOS O ENTORNOS PARA DESARROLLAR EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

En las sociedades del conocimiento se busca crear ambientes en los que aprender en todo tramo de la vida. En el caso de los más mayores se trata de que sus entornos cotidianos (espacios asistenciales; de carácter recreativo, de ocio, de participación cívica o sus lugares de vida —como su residencia o su domicilio—), sean estimulantes y permitan disfrutar y enriquecerse.

En el panorama internacional, a pesar del enorme pluralismo de países e iniciativas, podemos agrupar las iniciativas educativas al respecto en dos tendencias:

- Por una parte se encuentra **el modelo nórdico,** el **más «abierto y cooperativo»** corresponde a países como Suecia, Dinamarca, No-

ruega. En éstos la libertad de elección de los temas de estudio, el carácter cooperativo y una metodología muy activa y participativa son sus principales características. Con algunas semejanzas en el Reino Unido existen las «Universidades de mayores» gestionadas y diseñadas por el movimiento asociativo.

- Por otro, **el modelo francés** ha desarrollado las Universidades de la Tercera Edad, que aunque vinculadas a las universidades dan respuesta a intereses académicos y a otros de carácter sociocultural. Disponen de un marco jurídico dentro de las universidades y su idea de calidad es la de la lógica universitaria.

En Italia, cohabitan diversas federaciones de carácter educativo (Unitre, Federuni, Auptel-Anser, etc.) con un estilo cercano al «modelo francés» aunque algunas se asemejan más a las Universidades Populares, de carácter más comunitario e intergeneracional.

1. OPORTUNIDADES/ESCENARIOS DE EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA PARA PERSONAS ADULTAS

En España muchas personas mayores disfrutan de la oferta existente para adultos y cada vez se las ve más en teatros, cines, visitas culturales y viajes de todo tipo, así como las proporcionadas por centros de idiomas, deportivos, culturales, de artes plásticas, gimnasios, etc. Toda experiencia vital es susceptible de ponernos en situación de aprender.
Algunas personas de edad son miembros de asociaciones desde las que se ofrecen oportunidades de aprendizaje (asociaciones de viudas, de mujeres, de vecinos, culturales, recreativas, de carácter religioso, etc.). También, desde diferentes departamentos —cultura, deporte, participación ciudadana, centros cívicos, de la mujer, etc.— se ofrecen multitud de oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores. Desde el mundo empresarial, sindical y asociativo, los cursos de preparación a la jubilación han supuesto una primera experiencia formativa para muchos trabajadores en un momento de importante cambio vital.
Desde instancias educativas de personas adultas y desde organismos e Instituciones Públicas (de ámbito estatal, autonómico y local) se ofrecen acciones formativas. Cuando éstas no son exclusivas para mayores adquieren un carácter intergeneracional especialmente natural y valioso, como es el caso de las Universidades Populares, ya mencionadas.
Los centros de educación de personas adultas (CEPAS) dependientes de las Comunidades Autónomas, son otra interesante oferta para cualquier adulto, también para los más mayores.

Diversas oportunidades para acceder a estudios universitarios son algunos de los itinerarios de aprendizaje a lo largo de la vida empleados por personas mayores, aunque no sean de uso exclusivo para ellos.
Es de destacar, en los dos últimos años, el creciente interés por el aprendizaje a lo largo de la vida en el Ministerio de Educación, patente en la creación de la Subdirección General denominada de Aprendizaje a lo Largo de la Vida. Desde esta Subdirección se está elaborando un plan de acción nacional de Aprendizaje a lo largo de la vida, y se trabaja en coordinación con las CC.AA., con la Comisión Europea y con Iberoamérica, en el desarrollo de esta área.

2. OPORTUNIDADES/ESCENARIOS DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA ESPECÍFICOS PARA ADULTOS MAYORES

Pero además de la oferta disponible para todo adulto, los mayores disponen de circuitos de actividades socioeducativas específicas. El desarrollo de estos programas en España ha ido creciendo progresivamente pero actualmente presenta un carácter muy segmentado y heterogéneo. Seguramente ello es el resultado, por una parte, de la gran diversidad y heterogeneidad de posibles destinatarios, pero también de las diferentes **lógicas institucionales** que subyacen en la multitud de organizaciones promotoras o prestadoras de estos servicios.
No resulta sencillo ofrecer un resumen ordenado y conciso de las múltiples oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores. Basándonos en criterios organizativos y pedagógicos se pueden identificar diversos *circuitos* de aprendizaje a lo largo de la vida: el promovido desde los servicios sociales, el ofertado desde las universidades y el liderado por el movimiento asociativo de personas mayores.

a) El circuito del Área de los Servicios Sociales y/o en colaboración con otras instituciones.

Desde hace años, en muchos centros o instituciones de carácter social (de titularidad pública o privada) se ofertan acciones de carácter socioeducativo. Su estilo pedagógico es muy variado: charlas, ciclos de conferencias, tertulias, talleres, actividades intergeneracionales, proyectos comunitarios. También sus contenidos: salud, cultura, autocuidados —prevención de dependencia—, derechos —prevención de heteronomía—, TICs, animación a la lectura, artesanía y técnicas de creatividad, actividad física, temas ambientales, medios de comunicación y artes escénicas y cinematográficas y un larguísimo etcétera.

Algunos se diseñan y financian exclusivamente desde las instituciones sociales, pero una proporción importante de los programas y actividades ofrecidos parte de la iniciativa y del patrocinio de otras instituciones de carácter privado.

Existe una enorme pluralidad en el estilo de gestión de los mismos pero todavía tiene mucho peso un modelo centrado en los profesionales. Se debería ir produciendo un viraje hacia un sistema más autogestionado por los alumnos mayores que permita que los interesados los diseñen.

Una de las grandes ventajas de este circuito es que ha sido capaz de llegar a centros sociales, territorios y poblaciones a las que otras ofertas no han llegado nunca. Sin embargo tampoco cubren todos los entornos, ni se han desarrollado oportunidades para aquellas personas con dificultades o imposibilidad de salir de su domicilio.

También existen multitud de iniciativas vinculadas con el aprendizaje de las TICs a las que nos referiremos más adelante.

b) El circuito de las universidades: los Programas Universitarios para Mayores (PUM).

La mayoría de las universidades españolas ofrecen, desde hace años, programas para alumnos mayores —algunas desde los 50 años—. Aunque cada universidad diseña el suyo, pueden distinguirse tres objetivos importantes en cuanto a su metodología:

- Intentan adaptar los contenidos al nivel de formación de los participantes.
- Pretenden tener en cuenta las situaciones específicas del aprendizaje de las personas mayores.
- Buscan que las clases se complementen con otras actividades de carácter sociocultural.

Este circuito posee características propias de la lógica universitaria con sus consiguientes limitaciones y ventajas:

- Entre las **limitaciones** destacan el fuerte carácter **científico-academicista (la lectio),** una mayor estandarización, y mayor rigidez organizativa derivada de un plan de estudios previo que busca ser reconocido —con su correspondiente evaluación y título—. También la necesidad de tener que adaptarse a los requisitos del Espacio Europeo de Educación Superior. Todo ello aumenta la dificultad de adaptación y de control de sus protagonistas. Los Programas Universitarios para Mayores (PUM) tienen dificultades para desarrollarse en

entornos alejados o poco poblados, para llegar a posibles alumnos de más edad y a los que disponen de menos experiencia o competencias para la participación en procesos de aprendizaje de corte *científico-academicista*.

- Por el contrario, los Programas Universitarios para Mayores (PUM) también presentan **ventajas** para sus alumnos abren espacios educativos «valiosos» a este grupo poblacional: poseen una gran **eficacia simbólica** por la presencia de las personas mayores en la Universidad; permiten la convivencia y el encuentro intergeneracional; favorecen el desarrollo del asociacionismo y del intercambio entre alumnos de universidades de otras Comunidades Autónomas y otros países; permiten abrirse a oportunidades en experiencias de aprendizaje más complejas (como las TICs) y a participar en investigaciones y en proyectos de carácter europeo. Además es muy importante valorar los esfuerzos de los Programas Universitarios para Mayores (PUM) por mejorar sus procesos de enseñanza-aprendizaje.
- Algunos Programas Universitarios para Mayores (PUM) ofrecen a sus alumnos oportunidades que difícilmente podrían encontrar en otros circuitos. Los realizados, por ejemplo, al amparo del *Programa Sócrates (Grundtvig),* como por ejemplo, los llevados a cabo por las Universidades de La Coruña y Valladolid.

Se ha apuntado en capítulos anteriores la importancia de la educación en el logro de un envejecimiento activo, y de los profundos cambios que ya se están produciendo en las generaciones actuales que arriban a los 65 años con un nivel formativo más elevado que las anteriores. Esta reflexión se abordó en el IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Personas Mayores, celebrado en Alicante en junio de 2011 donde se destacó este hecho y se establecieron las bases para afrontar los nuevos retos. Durante el período en que se han desarrollado, los programas de las Universades para Personas Mayores han conseguido introducir en el marco del pensamiento y la investigación a personas que por el propio desarrollo de la sociedad no pudieron acceder a la Universidad en su momento, logrando una satisfacción personal de los participantes, y socialmente han promovido una imagen de las personas mayores como personas de valor al integrarse en dos grupos alejados hasta el momento de su edad y de sus intereses: los jóvenes y la comunidad científica. Adecuar los programas a las necesidades, reconocer los conocimientos adquiridos, valorizarlos socialmente son aspectos que los programas de Universidades para Personas Mayores están afrontando, aunque su principal reto es aprovechar los conocimientos y la experiencia de las

personas mayores para una transformación estratégica de la Universidad, donde las diferentes generaciones se transfieran los saberes. Las personas mayores deberán participar en la planificación y programación de los programas de las Universidades para Personas Mayores y en ellos, deberán incorporar a diferentes generaciones. En un futuro próximo, parecerá habitual ver en las universidades a personas mayores que continúan con su aprendizaje, al mismo tiempo que aportan conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas en su devenir vital.

c) El circuito del movimiento Asociativo de Personas Mayores

Algunas de las iniciativas con más tradición en España son diseñadas o gestionadas por personas mayores asociadas a tal fin, en la mayoría de los casos contando con apoyo financiero de las Administraciones Públicas y/o de entidades privadas. Así por ejemplo, las **«Aulas de la Tercera Edad»** —aunque surgieron por iniciativa de la Administración (en 1978) para desarrollar el modelo francés— mantienen una estructura y forma de funcionamiento participativa, propia del movimiento asociativo. Las Aulas poseen una doble vertiente: la cultural, favoreciendo el acceso a los bienes culturales y promoviendo un ocio creativo etc., y otra de corte más social y relacional. Su desarrollo ha llevado a muchas a asociarse consolidándose diversas agrupaciones de carácter autonómico, nacional e internacional. Así por ejemplo, y entre otras, podemos citar a la Confederación Española de Aulas de la Tercera Edad (CEATE); a UNATE (Universidad Nacional de Aulas Tercera Edad); etc.
No es sencillo disponer de cifras en cuanto a la totalidad de «aulas», dada su complejidad y la falta de distinción entre las «asociadas» y las «no asociadas», pero se pueden estimar en torno a unas noventa aulas de la tercera edad.
Una ventaja de este circuito es que al ir extendiéndose por todo el país se ha ido adaptando a cada contexto, aunque mantiene algunos elementos en común, como: a) contar con las opiniones de los participantes en el diseño de programas y actividades —ello explica su carácter motivador y la enorme la diversidad de «programas» entre aulas; b) ofrecer una formación no competitiva sino cooperativa —no existen procesos de evaluación y los alumnos pueden permanecer en el aula el tiempo que deseen, siempre que el exceso de demanda o los espacios lo permitan—; c) combinar sesiones de carácter académico con multitud de actividades de carácter sociocultural —música, teatro, conferencias, viajes, etc.—. Dentro de estas aulas de la tercera edad, pueden también ser incluidas actividades de formación impulsadas por fundaciones y otras organizaciones sociales, como los sindicatos.

Lo que parece una realidad es que, en la medida que las personas tienen una oferta variada —algo siempre más probable en núcleos urbanos—, eligen en qué actividades/circuitos participar en virtud de diversos factores: el contenido de los cursos o actividades, su extensión en el tiempo, el estilo de enseñanza-aprendizaje propuesto —de corte más académico o participativo, que implique el uso de las TICs o no, que exija una asistencia constante y la realización de tareas, etc. Cada persona valora y elige entre esta diversidad en relación a sus capacidades, intereses y preferencias y también influidos por otros condicionantes como son la accesibilidad (facilidad de ingreso, comodidad en horarios o transportes, cercanía) o disponer de conocidos con los que acudir.

En muchos casos, las personas aprovechan varios circuitos, construyendo su propio itinerario. La persona mayor es, por lo general, sujeto activo que participa y actúa para **apropiarse** de estas situaciones, incorporando aprendizajes y otorgando significados que le permitan resolver sus demandas personales y socioculturales. Independientemente de las intenciones (o la falta de ellas) de algunas instituciones, los participantes mayores logran hacer suyos los estímulos cognitivos y emocionales que siempre existen en cada «espacio educativo» y extraen de cada situación y contexto aquellos elementos que satisfacen sus necesidades y deseos.

Sin embargo, es necesaria una reflexión y un avance en la calidad de las diversas ofertas/circuitos del aprendizaje a lo largo de la vida, a fin de que éstos favorezcan procesos de enseñanza-aprendizaje, más satisfactorios y eficientes.

3. LAS PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

a) Una aproximación cuantitativa

Ofrecer datos sobre las personas mayores interesadas e implicadas en iniciativas de aprendizaje a lo largo de la vida, es en sí mismo un reto, para empezar, por la propia definición de aprendizaje que incluye oportunidades formales, no formales e informales. Pero, también, por contemplar todas las ofertas disponibles, tanto las de carácter genérico —accesibles a cualquier adulto— como la ofrecida en circuitos específicos para los de más edad.

Respecto al primer tipo, las instituciones no suelen ofrecer datos distinguiendo la edad de sus usuarios. En lo que se refiere a la específica, su carácter segmentado, al ser dependiente de tantos y tan diferentes

proveedores no resulta sencillo disponer de datos fiables. La ausencia de un interés y, consecuentemente, de una política en esta área de la educación, ayuda a entender que no se disponga de suficiente conocimiento del fenómeno de aprendizaje a lo largo de la vida entre las personas mayores en España.

La primera encuesta realizada por el INE sobre la participación de la población adulta en las actividades de aprendizaje en 2007 arrojó, en el grupo de mayores entre 65 y 74 años, que el 8% había participado en actividades educativas durante el año anterior. En esta misma dirección apuntan los resultados de la encuesta a personas mayores (Imserso, 2010): un 9% de las personas mayores de más de 65 años habían participado en actividades formativas en el transcurso de la realización de la realización de la encuesta. El porcentaje de mujeres casi duplicaba al de hombres (11% / 6%) de forma similar a la encuesta del 2007. El otro rasgo a destacar del proceso formativo de las personas mayores es que la mayor parte participa en cursos de educación no formal e incluso, un 14,4% de los mayores declaraba continuar su formación de forma autodidacta.

En cuanto a sus deseos e intenciones la gran mayoría de las personas mayores, a lo largo de las sucesivas investigaciones realizadas (Imserso, 2004, 2006, 2010), confiesa no tener interés ni intención de participar en actividades formativas. En la encuesta sobre las condiciones de vida de las personas mayores (Imserso, 2006) nos aporta datos referidos al conocimiento y utilización de diversos servicios que se prestan a las personas mayores. Respecto a la oferta de actividades formativas —cursos, universidad de mayores o talleres—, sólo el 3,5% reconoce que los conoce y utiliza; el 55,3% reconoce que aunque los conoce no los utiliza y un 39% afirma no conocerlos (Imserso, 2006). Este escaso interés puede venir motivado bien por factores de comunicación, bien por defectos de la oferta, o bien por ambas cosas a la vez.

En cuanto a la oferta formativa, la encuesta de empleo del tiempo 2002-2003 (INE, 2004) confirma que las personas mayores prefieren los estudios no reglados (encuadrados en la denominada educación no formal) a los reglados (educación formal). Las mujeres se interesan menos que los hombres por la enseñanza reglada, y cuando lo hacen se inclinan hacia el aprendizaje lectoescritor y la educación primaria. Los hombres lo hacen hacia la formación profesional y los estudios universitarios. El menor nivel de instrucción de las mujeres puede seguramente explicar esta tendencia.

Cuando se les pregunta acerca de los contenidos que les gustaran en las actividades formativas encontramos gran diversidad. En la demanda

destaca quienes prefieren la formación artística (32,3%); seguidos por la informática (un 22,2%); leer y/o escribir (18,4%) y aprender idiomas (8,9%). La encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2004 orienta hacia la tendencia en estas preferencias en virtud del género: ellas se inclinan hacia los cursos y talleres de tipo creativo y artístico. Ellos, sin embargo, por los de contenido más práctico como las TICs.

En cuanto a sus preferencias en la educación formal, su interés por cursar estudios de educación primaria, estudios medios (bachillerato), de formación profesional o los programas universitarios para mayores (PUM) se encuentran entre el 7,6% y el 6,3%. Tan sólo un 0,6% de los preguntados afirma estar interesado por cursar estudios universitarios. El bajo nivel educativo que tiene en la actualidad el colectivo de personas mayores, junto con el escaso conocimiento de su existencia (un 78,7% de los encuestados dicen no conocerlos), bien podría explicar este escaso interés, que se traduce en que un 56% dice no saber qué materias les gustaría estudiar, en caso de decidir realizar un curso universitario. Un 22% destaca las humanidades (artes y literatura) y las ciencias naturales; las ciencias sociales o la informática quedan relegadas entre 7,8% y el 8,1%.

En comparación con las personas mayores de otros países de la Unión Europea, en una escala en la que el cero significa que nunca tuvo ocasión para aprender cosas nuevas y el 6, muy a menudo, España se sitúa en el tres, muy cerca de la media (por debajo de Francia, Dinamarca y Suecia pero por encima de Polonia, Hungría y Bulgaria). Parece, por tanto, que muchas personas mayores encuentran la oferta actual suficiente; la pregunta, en relación con la baja participación y su bajo interés, es si la oferta se corresponde con sus gustos y expectativas.

b) Una aproximación cualitativa

Pero detrás de los datos disponibles —**cuántos son**— es imprescindible conocer más sobre **cómo son** las personas que participan en las actividades de aprendizaje a lo largo de la vida. Veamos algunas de las variables que ayudan a entender cómo son las personas mayores actuales en relación al aprendizaje a lo largo de la vida.

Un factor decisivo que influye es su nivel educativo o nivel de instrucción. Cuanto más alto es el nivel de escolaridad formal logrado por la persona, mayor es su participación. El nivel de instrucción delimita capacidades y posibilidades de actuación de la persona. Quienes poseen un nivel formativo elevado tienen más facilidad para practicar determinado tipo de actividades y para establecer relaciones en entornos

complejos. Cuando la persona no ha experimentado cierto desarrollo exitoso en estas cuestiones, es menos probable que disponga de las competencias o de la motivación necesaria para aprovechar todas las oportunidades disponibles.

Y, en la actualidad, el nivel de formación de muchas personas mayores continúa siendo bajo, aunque mejora poco a poco. Según los datos del informe de las personas mayores en España (Imserso, 2010) todavía existe un 2,9% de personas mayores analfabetas, un 34,9% sólo sabe leer y escribir, un 48% dispone de estudios primarios, de estudios secundarios el 6,5%, y tan sólo el 3,3% ha cursado estudios universitarios.

Más allá de las dificultades evidentes referidas a sus competencias lectoescritoras, capacidad de pensamiento abstracto o facilidad de expresión verbal y oral en grupo, disponer de cierto nivel de instrucción implica que las personas tienen experiencias previas en contextos socioeducativos, que disponen de modelos en su rol de participantes y del docente. Todo ello influye, necesariamente, en las cogniciones que los alumnos mayores tienen de si mismos y del educador y condicionan su interpretación de cuanto hace, dice, propone éste en las situaciones de enseñanza-aprendizaje.

Así, muchos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales son a la vez consecuencia de las experiencias educativas y elementos que influyen en la vivencia que de éstas se tiene. Es importante la percepción que los participantes mayores tienen de su control sobre los resultados de su esfuerzo; por ejemplo, si creen que sus resultados cognitivos o de aprendizaje son independientes del esfuerzo que realizan, tenderán a esforzarse poco en el futuro. También lo es el valor que asignan a las actividades educativas (a más valor, mayor tendencia a esforzarse, a participar activamente, a no faltar) o el concepto de sí mismos referido a diferentes vertientes: la cognitiva ***(qué capacidad tengo para pensar, relacionar, aportar, aprender,*** etc.) y la socioafectiva (cómo me veo a mí mismo/a, **qué autoestima tengo**).

En el futuro el nivel de instrucción de las personas mayores va a ser superior, sus actividades de ocio y otros aprendizajes también. La demanda de iniciativas para aprender aumentará en los próximos años, pero también los estilos de participación que querrán en las mismas.

La variable género también ha de ser considerada si queremos comprender cómo son las personas que participan en actividades y procesos de enseñanza-aprendizaje. Como sabemos, las mujeres, en general, poseen un nivel de instrucción menor al de los varones y han disfrutado de menos experiencias educativas. Sin embargo, el alto por-

centaje de mujeres en relación a los hombres que participan en las ofertas socioculturales y en las formativas es evidente.

Muchos grupos de programas socioeducativos son mayoritariamente femeninos. Ellas llegan al aula con su propio bagaje de intereses y preocupaciones vitales y cotidianas que, actualmente, se orienta hacia la salud personal y el bienestar de sus familias. Muchas han realizado su proyecto vital, casi en exclusividad en el ámbito familiar y han cumplido un importante papel de «cuidadoras», muchas son viudas —o van a serlo— y ahora salen del ámbito doméstico y actúan como si quisieran recuperar todo el tiempo perdido. Todo ello ha de ser considerado a la hora de optimizar las ofertas de aprendizaje a lo largo de la vida que se ofrezcan.

Sin embargo esta situación es transitoria, va a cambiar en cuanto las generaciones futuras de mujeres con acceso a un nivel de estudio superior, con una vida productiva fuera de casa y un mayor desarrollo en lo social, se hagan mayores.

La variable entorno es también clave, no sólo por la cantidad de personas mayores que viven en el entorno rural sino sus todavía deficientes infraestructuras —en transportes, servicios de atención a las personas y sanitarios, vivienda, educación, cultura, nuevas tecnologías (falta de cobertura telefonía móvil o de red de TICs)— que continúan, hoy, generando desigualdad.

El medio rural presenta características propias, algunas facilitan a los adultos mayores mantener una buena calidad de vida (posibilidad de continuar ocupándose en tareas agrarias, mantenimiento de relaciones, etc.). Por otra parte estas personas poseen un menor nivel de instrucción (existe un importante desfase en el porcentaje de personas que han terminado sus estudios primarios, siendo en el mundo rural una tercera parte de 11 y 35 %. Díaz Casanova, 2000) a la vez que disponen de un menor nivel económico.

Pero además de estos factores demográficos existen otros de orden más psicológico que pueden también estar afectando al modo en que estas personas se vinculan e implican en procesos socioeducativos. Muchas personas mayores que han habitado en el entorno rural se ven obligadas, a edades avanzadas, a trasladarse a vivir a ciudades con sus familiares o a una institución residencial. Este colectivo dispone de una cultura propia —entendiendo por ésta la capacidad de relacionarse con el entorno físico y social en el que vive—. Su gran conocimiento del medio natural, de los usos y costumbres agrícolas y de las formas de vida tradicionales, es amplio. Esta generación es la última depositaria de una sabiduría popular **preindustrial** —vinculada a los aspec-

tos importantes en su contexto: el tiempo, la gastronomía, las hierbas, formas agrícolas y ganaderas tradiciones, etc. Pero toda esta cultura no puede ser **utilizada** en la nueva vida que estrenan muchos en entornos urbanos, en los que, además, ni siquiera es valorada.

Pero ser **«de pueblo»** también influye en la forma de ver el mundo y en la forma de pensar. La mayoría de las personas que vivían en sus pueblos se vieron obligadas a trabajar desde la infancia, sin oportunidad de ir a la escuela. Así, no sólo su nivel de instrucción es muy bajo sino que han desarrollado una forma de pensamiento fundamentalmente simbólico y no científico, de corte más tradicional y no positivista y su léxico es corto y preciso. También sus formas de relación y su sistema de valores poseen sus peculiaridades: han tenido menos hábito de invertir en su bienestar individual; su prioridad es más la familia y dentro de ésta, la autoridad paterna y los más mayores; valoran los lazos sanguíneos y mantienen relación con familiares secundarios más que los mayores del entorno urbano; han vivido una mayor diferenciación de funciones entre hombres y mujeres —actitudes y comportamientos resultado de un matriarcado en la vida doméstica y un patriarcado en asuntos legales y la vida social.

Para quienes poseen esta forma de enfrentarse al mundo, ¿qué propuestas y desde qué lógicas educativas e institucionales se pueden ofrecer acciones de aprendizaje a lo largo de la vida, que les resulten significativas y valiosas?, ¿qué les interesa?, ¿cómo y de qué modo participarían más y mejor?

Parece claro que la enorme heterogeneidad de este grupo poblacional hace que encontremos cada vez más formas diferentes de envejecer. Y no todos los estilos de vida —resultantes de una vida personalísima, conjunción de biografía, hábitos, expectativas, deseos, competencias y oportunidades—, están en igual sintonía con la idea de formación continua.

En el informe Condiciones de vida de las personas mayores (Imserso, 2006), se categorizaron diversos estilos de vida entre las personas mayores en España y considera que aquellas que comparten el estilo **senior** son las que más interesadas están por las actividades de aprendizaje a lo largo de la vida. Este estilo de vida —**el senior**— representa aproximadamente a la sexta parte de las personas mayores (un 15,8%) y es el que está más interesado en estas actividades (32,2%) más del doble que en el resto de las categorías que definen los principales estilos de vida de las personas mayores en España. Este estilo es de aparición reciente, ocupa por igual a hombres y mujeres y, de forma similar, a personas provenientes del mundo rural y urbano. Se caracteriza por

una búsqueda de autorrealización personal. Las personas englobadas bajo esta categoría ocupan su tiempo libre asistiendo, en gran medida, a espectáculos, clubes, y en menor medida, con otras aficiones como las manualidades, actividades de formación, voluntariado o bailes. En general son personas con un estado de salud que no les impide desarrollar por sí mismas las actividades de la vida diaria, que tienen una situación económica intermedia-buena y, en general, un nivel de estudios secundarios. La viudedad, la edad superior a 84 años, y vivir en otras formas de convivencia son obstáculos para desarrollar las actividades que constituyen este estilo de vida.

Avanzar en la calidad de las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida será posible si conocemos mejor a las personas que participan o pueden hacerlo. Si aprovechamos este conocimiento para diversificar y adaptarnos a una demanda tan heterogénea y cambiante.

c) ¿Qué demandarán las personas mayores de mañana?

El colectivo de las personas mayores se transforma progresivamente, pero lo hace junto con el resto de edades. Los ciudadanos mayores de hoy y los de mañana tendrán distintas características demográficas, económicas, sociales, culturales y educativas. Su imagen social y la imagen de sí mismos, probablemente también mejorará en el futuro.

Quienes hoy cumplen 55 o 60 años tienen mejores niveles culturales, mejores pensiones y rentas, más esperanza de vida y, sobre todo, mejor calidad de ésta. La conquista de niveles superiores de autonomía y libertad se manifiesta en cómo gestionan su seguridad e independencia económica; en cómo participan más activamente en instituciones y organizaciones de diverso tipo o en cómo quieren disfrutar sus últimos años, independientes de sus hijos.

Todo ello favorece una mejor vivencia de esta etapa, un envejecimiento más satisfactorio, y una mayor preocupación por la cultura, la participación cívica y el aprendizaje.

La idea de que la persona puede tener un envejecimiento activo y de que éste implica un proceso continuo de desarrollo y enriquecimiento personal, comienza a ser una realidad. Cada vez más adultos mayores desearán participar en situaciones y relaciones interpersonales que los estimulen, que los ayuden a «crecer». Cada vez más desearán actualizar sus conocimientos, aprender nuevas destrezas y aprovechar todas las ventajas de la sociedad del conocimiento y la información. Estos adultos ya se educaron mientras se celebraba el Concilio Vaticano II, vieron el asesinato de Martin Luther King, el de Kennedy o cómo el

primer ser humano pisaba la luna en 1969. Conocieron películas como 2001, Una odisea en el espacio de Stanley Kubrik; o La semilla del Diablo de Roman Polanski y escucharon a los Beatles o a los Rolling Stones. **¿Qué tipo** *de* aprendizaje a lo largo de la vida **van a desear**? **¿Cómo van a adaptarse a esta futura demanda las diferentes propuestas actuales?**

C. APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS)

«¿Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida más fácil, nos aporta tan poca felicidad? La repuesta es, simplemente: porque aún no hemos aprendido a usarla con tino». Albert Einstein (1879-1955)

1. LA IMPORTANCIA DE LAS TICS EN NUESTRA VIDA COTIDIANA: OPORTUNIDADES Y DIFICULTADES

En sus orígenes, Internet ofreció importantes beneficios a las organizaciones, empresas, universidades y gobiernos para acumular y utilizar información en grandes cantidades. Ahora, nos permite a todos aprovecharnos de sus ventajas. Hoy, adquirir, manejar, difundir y comprender la información, a través de las tecnologías, constituye un aspecto importante en la vida cotidiana y en el hogar. Podemos buscar información, pero también podemos crearla y compartirla. Internet puede tener un importante poder **democratizador** al que las personas mayores pueden contribuir y disfrutar.

Se trata de una realidad positiva pero no llega a todos por igual. Son los jóvenes, de clase media o alta, con estudios universitarios y que viven en zonas urbanas el perfil habitual del cibernauta en España. Los «nativos digitales» seguramente no se dan cuenta de los cambios producidos, pero para la mayoría de los mayores ello es una evidencia, como el hecho de que se encuentren en desventaja para poder incorporarlas a su vida cotidiana. Las dificultades tanto de acceso como para hacer un **uso significativo** de las mismas se ven incrementadas por este carácter novedoso y desconocido, que genera, frecuentemente, resistencia.

Existe cierto riesgo de fractura social entre los que acceden a la información y al conocimiento —en definitiva a los recursos— y los que quedan fuera. Aumenta la desigualdad y el riesgo de exclusión de ciudadanos y colectivos ya en situación de desventaja y fragilidad. La

denominada **brecha digital** es distinta a la económica, es más generacional e implica diferencia en aptitudes y actitudes hacia la tecnología, muchas veces, asociadas a la edad. Esta **brecha**, que afecta especialmente a las personas de más edad está relacionada con disponer de ordenador, de conexión a la red desde lugares confortables y accesibles para las personas (casa, centros públicos, etc.), de competencias suficientes para usarlo, de capacidad para acceder a la información, pero también para convertirla en **conocimiento** útil y significativo para la persona.

No comunicarse por no disponer de teléfono móvil, no saber enviar un SMS o un e-mail provoca aislamiento social y generacional. Las TICs acercan a entornos y personas; su desconocimiento limita las oportunidades de acceso a recursos y relaciones.

2. LAS TICS Y LAS PERSONAS MAYORES

a) Beneficios de las TICs para los adultos mayores

Las personas mayores, como cualquier adulto, pueden beneficiarse de las ventajas de usar las TICs en su vida cotidiana.

- Buscar información (personas, lugares, direcciones y rutas; objetos, ideas, datos, servicios y productos; eventos y acontecimientos; medios de transporte, etc.) y sobre cualquier tema (de historia, cultural, de salud, noticias, etc.) de cualquier momento (pasado, presente y futuro) y cuando cada uno quiere (sin horarios, siempre).
- Comunicar y realizar transacciones (de información, de conocimiento, de imágenes —hablarse viéndose—, económicas —hacer compras, adquirir servicios—) con entidades bancarias, comercios, asociaciones, y con la propia Administración, con quien pueden hacerse cada vez más gestiones.
- Aprender, compartir ideas y conocimientos y participar en la sociedad (en programas de formación a distancia, en foros, blogs o wikis, etc.)

Pero las personas mayores también pueden disfrutar de **beneficios específicos con el uso de las TICs.**

- Cuando éstas se dominan, la persona disfruta de bienestar psicológico gracias al sentimiento de logro, a la superación de las dificultades, sentirse creativo, tener oportunidades para el autoaprendizaje y el desarrollo personal, mejora la autoestima y es un modo de reposicionarse mejor ante los demás (mejora el autoestereotipo).

- La participación en procesos de aprendizaje que emplean las TICs facilita romper el estereotipo de una persona mayor anticuada y aporta recursos para un intercambio de mayor calidad en su entorno relacional y familiar. El acceso al conocimiento no solamente permite tener mayor **contenido comunicacional** sino que se produce una mayor legitimización de su palabra en su entorno. Las personas disponen de más y, sobre todo, de mejores oportunidades para la relación intergeneracional y para reconstruir estas relaciones desde roles más competentes y valorados.
- Pero además, las TICs son herramientas que pueden ser utilizadas por personas en situaciones de dependencia funcional. Algunas personas han encontrado en su uso una oportunidad única para mantener la comunicación y sus relaciones sociales; cuando tiene que cambiar de domicilio (a la casa de sus hijos o a una residencia, etc.). Las TICs pueden minimizar el impacto negativo de la dependencia o de sus consecuencias. Blogs, foros permiten mantener vínculos entre personas y grupos y mantenerse activo socialmente.

En el futuro habrá que continuar investigando acerca de cómo la introducción en la vida cotidiana de las TICs en las personas mayores afecta a su forma de percibirse, de relacionarse y de actuar. Saber si éstas facilitan actitudes y roles más activos y responsables de las personas para un envejecimiento más activo.

b) Las personas mayores como usuarios de tecnología

Se sabe que existe un aumento progresivo del uso de Internet (Fundación Orange, 2009) y que el acceso a Internet también está en función de la edad (Gázquez y Pérez, 2008). Según la encuesta de tecnologías de información de los hogares del INE, en el segundo semestre de 2005, ya uno de cada nueve mayores había utilizado alguna vez un ordenador personal. La edad es determinante: un 42% de los menores de 75 años lo habían utilizado, frente al 13,5% de los de más de 75 años. En el año 2010 (Imserso, EPM) un 90,9% de los mayores de 65 años dice no utilizar diariamente el ordenador (7% hombres / 93,9% mujeres) y un 93,8% no usa Internet (90% hombres / 95,8% mujeres).

La relación entre las personas mayores y las TICs está sometida a diferencias, dependiendo de variables como la edad, el género, el entorno rural o urbano y el ámbito geográfico, existiendo grandes divergencias entre Comunidades Autónomas.

Los datos del informe eEspaña 2009 apuntan que las CC.AA. en las que sus vecinos mayores más usan Internet son Madrid y Cataluña, y en el polo opuesto Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Extremadura.

El género también influye en el uso de **productos tecnológicos**. El uso de las TICs está más extendido entre los varones que entre las mujeres mayores, resultando más complejas o menos interesantes para ellas. Sin embargo, en el uso del teléfono móvil —el **producto tecnológico** más utilizado por los mayores— la distancia es mucho menor (con un 54,7% en los varones y un 49,2% en las mujeres).

También es importante que para algunos subcolectivos, como es el caso de las mujeres de más de 50 años del mundo rural, las TICs son especialmente importantes por las oportunidades de decisión y acción que les abren (Ortiz y Font, 2008). Y ello se debe tener en cuenta. Y aunque los datos demuestran que en las generaciones jóvenes actuales la **brecha digital** por género ya no existe —las niñas ya hacen más uso de las TICs que los niños—, a medida que avanzamos en edad, las diferencias continúan siendo grandes.

c) Personas mayores y aprendizaje de las TICs

Las iniciativas relacionadas con el aprendizaje de las TICs que se están desarrollando se pueden agrupar en torno a dos grandes áreas: la **alfabetización informática** y la orientada al uso de las TICs como herramienta para la adquisición de otros aprendizajes.

La «alfabetización informática» se refiere a la posesión de capacitación imprescindible para sobrevivir en una sociedad de la información. Existen muchas iniciativas que buscan que las personas sean capaces de escribir un texto, hacer una búsqueda por Internet, usar una hoja de cálculo electrónica, copiar información de un ordenador a otro o enviar un email. En este nivel, son frecuentes algunas **barreras** de las personas mayores frente a las TICs. Los mayores de hoy no han crecido con los ordenadores y frecuentemente poseen cogniciones y emociones teñidas de respeto, prudencia, miedo, incluso rechazo. Cuando ello sucede, presentan prejuicios que aumentan más aún los autoprejuicios, generando más desconfianza y distancia entre persona y tecnología (Clemente y Andrés, 2008).

Algunas de las características de las TiCs —derivadas de su complejidad, y **aprovechabilidad— son vividas** como dificultades que provocan sentimientos y actitudes negativas hacia ellas, actuando como **impedimentos emocionales**. Los propios objetos implicados (conexiones, cables, periféricos, ratones, pantallas táctiles, etc.) generan rechazo o

miedo y reducen la iniciativa de las personas (miedo a estropear, a romper algo, junto con la vergüenza de equivocarse o de demostrar su desconocimiento, miedos e inseguridades que van a limitar su interacción con la máquina.

Los impedimentos emocionales pueden prevenirse con una buena intervención docente en los procesos de enseñanza-aprendizaje de las TICs.

En este sentido será necesario:

— **Personalizar la metodología**, aumentar la **usabilidad**, la capacidad para centrar la tecnología en la persona, permiten minimizar barreras y rechazos, al adecuarse a las características físicas de los destinatarios, las características de su personalidad y las diferencias de aprendizaje.
— **Saber motivar**, lograr que intuyan y descubran necesidades y deseos que pueden satisfacer con las TICs. Para ello es recomendable permitir hablar de experiencias previas, conectar con aprendizajes anteriores, conocer y utilizar sus intereses personales y colectivos y reducir la cantidad de información abstracta a lo imprescindible.

d) Las TICs como herramienta para la adquisición de otros aprendizajes contribuyen a buscar una mayor aplicabilidad

Cada vez más propuestas formativas, y en concreto los Programas Universitarios para Mayores (PUM) buscan dar respuesta a esta demanda. Así las TICs se convierten en **herramienta didáctica**. El **e-learning** optimiza la enseñanza a distancia combinándola con una adecuada tutorización. Para alumnos de edad la modalidad mixta de aprendizaje —presencial y virtual— les permite acceder y compartir material editado por profesores o compañeros; comunicarse con éstos, mantener un diario de seguimiento de sus esfuerzos y logros; escribir documentos conjuntos entre varios y que estén siempre actualizados; entregar trabajos; realizar trámites administrativos, etc.

Los recursos tecnológicos poco a poco van introduciéndose en los hogares de los más mayores, y sabemos que el hecho de que participen en programas que emplean las TICs favorece que suceda a mayor velocidad. Perder el miedo a algún producto tecnológico favorece el uso de otros. Estudios realizados con alumnos de algún programa universitario de mayores demuestran cómo éstos disponen, en mucha mayor proporción que el resto de las personas de su edad, de recursos

tecnológicos en su hogar, y el uso que de ellos hacen (Fernández y otros, 2008).

Si los cibernautas de más edad se conectan a la Red más que el resto de la población en otros entornos ajenos al hogar, los alumnos de los PUM estudiados también utilizan más los ordenadores de los centros de estudios que el resto de la población. Sin embargo, es aún baja la proporción de usuarios de chat entre éstos (entre un 5,26 y un 6%). Respecto a sus preferencias en los contenidos destacan las páginas relacionadas con la cultura, con medios de comunicación y con el ocio. Será interesante observar cuáles van ser las tendencias. De momento empezamos a saber que entre las personas mayores que ya tienen integrado el ordenador en su vida, el género no influye en la presencia o no del ordenador en casa; es mayor el número de solteros que no lo poseen; los que viven solos en casa lo tienen en menos casos y no se encuentran demasiadas diferencias en función de los estudios cuando éstos son de nivel superior (Gázque y Pérez, 2008).

Muchas son las iniciativas que desde las Administraciones Públicas, bien en solitario o bien en colaboración con el sector privado y el tercer sector, se han ido desarrollando en el campo de las TICs y afectan también a las personas mayores que se dirigen a la accesibilidad, a la elaboración de materiales multimedia y construcción de páginas web y a la formación en nuevas tecnologías, que van avanzando en que la incorporación de las nuevas tecnologías se normalicen en la vida cotidiana de las personas mayores.

APORTACIONES

A: Jornadas «Aprendizaje a lo largo de la vida y envejecimiento activo». Imserso, abril 2011

- *El aprendizaje a lo largo de la vida debe considerarse como un derecho de los ciudadanos.*
- *La educación de adultos es un valor social y económico: genera puestos de trabajo, impulsa la actividad económica y mejora la competitividad.*
- *El aprendizaje aporta efectos positivos al envejecimiento en los planos personal y social.*
- *Los hogares y clubes de mayores deben adaptarse a las nuevas necesidades y demandas de sus usuarios, debiendo ser centros de referencia en el impulso del aprendizaje de las personas mayores.*

- *El aprendizaje de adultos debe contemplar tanto la educación formal como la informal.*
- *La cultura popular debe incorporarse en los programas de aprendizaje a lo largo de la vida, con el fin de poder traspasar a nuevas generaciones unos conocimientos de experiencia.*
- *Las Universidades Populares deben configurarse como escuelas de ciudadanía, donde se extienda la cultura, se favorezca la participación y sean impulsoras del desarrollo local.*
- *Las Universidades de Mayores deben ofrecer en sus programas universitarios de mayores la posibilidad de ser protagonistas de su propio aprendizaje.*
- *Los programas universitarios para personas mayores además de promover la participación, incentivar el conocimiento actualizado y las relaciones intergeneracionales, deben propiciar un nuevo cambio tecnológico y desarrollar programas innovadores para un envejecimiento productivo.*

B: Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

- ✓ *Facilitar el acceso a la formación reglada, mediante ayudas económicas y la divulgación de dichas ayudas. Universidad de Valencia.*
- ✓ *Fomento de cursos intergeneracionales de formación en Tics.*
- ✓ *Instaurar un programa de tutorización en el que las personas mayores desarrollen tareas de mentor en actividades extraescolares. Universidad de Valencia.*
- ✓ *Creación de una base de datos de personas mayores con los recursos formativos y educativos que puedan desarrollar. Universidad de Valencia.*
- ✓ *Creación de programas en los que las personas mayores aporten su experiencia educativa a madres y padres primerizos. Universidad de Valencia.*
- ✓ *Los procesos de aprendizaje de las personas mayores deben ser integrales, con una gestión bidireccional: instituciones públicas y/o privadas-personas mayores. Universidad Popular de Extremadura.*
- ✓ *Creación de un mapa de los recursos de aprendizaje para personas mayores. Universidad Popular de Extremadura.*
- ✓ *Desarrollo de iniciativas de las Universidades Populares en el medio rural como modelos de Buenas Prácticas. Universidad Popular de Extremadura.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de la educación a lo largo de la vida sin limitación de edades con el fin de que la persona mejore sus competencias y que disponga de más oportunidades para optimizarlas y utilizarlas**. Para ello habrá que contrarrestar los estereotipos negativos sobre las personas mayores, procurando no dar la imagen de que educación a lo largo de la vida es algo inusual o extraordinario en edades avanzadas. Asimismo, será necesario:

   a) Mejorar la oferta actual de iniciativas de educación a lo largo de la vida existentes: procesos de enseñanza y aprendizaje, y modelos psicopedagógicos que fundamentan y orientan los programas que se ofertan.

   b) Generar modelos de Buenas Prácticas (BBPP) en el ámbito de la educación a lo largo de la vida acordes con los modelos y valores sociales actuales y establecer criterios para la selección de materiales.

   c) Avanzar en el uso de las Tecnologías de la comunicación (TICs) por las personas mayores como herramienta necesaria para educación a lo largo de la vida, como herramienta facilitadora de nuevas oportunidades de participación social.

   d) Promover la estimulación y sensibilización de la sociedad y especialmente de este colectivo sobre la importancia de la educación a lo largo de la vida, procurando su implicación mediante foros, debate o cualquier otro medio.

   e) Promover foros y estructuras estables que permitan a todos los agentes implicados —adultos mayores, profesionales y responsables de instituciones y políticos— trabajar de forma conjunta en la mejora de las oportunidades de educación a lo largo de la vida en su entorno.

   f) Desarrollar investigaciones que permitan conocer la oferta existente, la lógica-pedagógica y organizativa subyacente en los diversos circuitos y los procesos de aprendizaje individuales y grupales.

   g) Mejorar los sistemas de formación de los profesionales, orientándolos hacia competencias personales, relacionales y pedagógicas necesarias para liderar procesos de aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores.

CAPÍTULO 8

DIVERSIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Los fortísimos cambios demográficos de finales del siglo XX e inicios del XXI, ejemplificados en el alargamiento sin precedentes de la esperanza de vida y las grandes oleadas migratorias, junto con el gran cambio tecnológico, son los aspectos centrales de lo que muchos denominan «el cambio de época». En este capítulo trataremos de combatir la visión convencional de la vejez asociada a la improductividad y a la falta de autonomía, incorporando otras miradas que tengan en cuenta la complejidad contemporánea, de manera más acorde con el cambio de época que estamos atravesando. Y en este sentido, es básico partir de la idea de diversidad como un valor esencial sobre el que reconstruir la autonomía personal y la lucha por la igualdad. Pero, junto a ello, se debe poner un énfasis especial en el tema de la participación.

El envejecimiento no debe ser entendido como algo que se padece, como algo extraño a uno mismo, y que alguien se ocupa de atender y entender desde fuera de nosotros mismos. Se habla de envejecimiento activo, se habla de autonomía y de capacidad crítica para poder participar e intervenir.

Es necesario replantear la participación desde convenciones que sitúan el mismo hecho de participar como algo relativamente ajeno a la cotidianeidad personal y a las interrelaciones sociales más comunes y no se debe seguir considerando los temas del envejecimiento y la mayor esperanza de vida como algo que afecta exclusivamente a las políticas asistenciales, así parecen compartirlo el 43% de las personas mayores que demandan un mayor nivel de representatividad en los diferentes ámbitos de la sociedad y el 47% de la propia sociedad española (CIS. Estudio 2801. Mayo 2009).

La envergadura de los cambios acaecidos en los últimos años hace que ya nada sea igual a como era hace sólo veinte o treinta años. Es cada vez más frecuente utilizar el móvil o buscar una dirección en Internet, que cambiar nuestras rutinas mentales a la hora de hablar de edades o de pautas de diferenciación entre hombres y mujeres. Una de las tantas cosas sobre las que deberemos cambiar rápidamente nuestros prejuicios es el tema de la jubilación y la vejez. La sociedad industrial mantenía entre sus muchas certidumbres la de una estructura vital en la que los hitos entre sus distintas etapas estaban perfectamente determinados. Formación, trabajo y descanso se sucedían sin traumas, y permitían que la literatura dedicada a los temas gerontológicos dijera no hace muchos años que «el arte de envejecer es el arte de quedarse solo; es pedir cada vez menos a la vida», o que se pudieran distribuir edades y tareas: «Cada edad tiene su propio quehacer:

hasta los 20 la edad de los sueños, a los 20 la edad de los proyectos, a los 40 la edad de los programas, a los 60 la edad de los balances, y a los 80 la edad de los recuerdos» (Imserso. Envejecer en el año 2000). Ha cambiado el sistema productivo, han cambiado las formas de vida, y han saltado por los aires las rigideces vitales anteriores. Nadie que se precie puede hoy trabajar sin formarse constantemente, y cada vez más se entiende el descanso como una forma de producir riqueza, e incluso como un mecanismo de repartir trabajo.

No obstante, de manera más o menos automática, se siguen manejando criterios de diferenciación de edades en los que se distingue a las personas entre niños, jóvenes, adultos y personas mayores. Pero, al mismo tiempo, cada vez resulta más difícil definir con precisión cuándo empieza o acaba la juventud, cuándo se deja de ser adulto y se empieza a ser persona mayor, o cómo distinguir entre las distintas fases de la vejez. La lógica de diferenciación entre edades tenía una vinculación directa con las necesidades del sistema económico, y por tanto respondía a las exigencias productivas y a la estructura de clases propias de la sociedad industrial. Uno dejaba de ser joven cuando se incorporaba al trabajo fabril, y empezaba a ser viejo cuando dejaba de ser útil productivamente hablando. Pero las diferencias de clase provocaban que unos siguieran estudiando muchos más años que otros, o que trabajos de carácter más intelectual pudieran prolongarse mucho más que aquellos cuya labor tenía componentes de fuerte desgaste físico.

Se ha dicho muchas veces que la primera vez que se fijó la edad de jubilación en la mítica cifra de 65 años, lo hizo el canciller Bismarck en la Prusia de finales del siglo XIX. Por lo que parece, la esperanza de vida en aquel entonces rondaba los 45 años. Las mujeres y hombres españoles tienen en estos momentos (inicios de 2010) una esperanza de vida que supera ampliamente los 80 años, y todo hace suponer que en poco tiempo se alcanzarán los 90 años. En algunos países como Gran Bretaña o Alemania se ha elevado la edad de jubilación a los 67 o 68 años, y en muchos otros se está debatiendo el tema. Pero, al mismo tiempo, los promedios reales de jubilación no alcanzan o superan apenas los 60 años en muchos países de la Unión Europea.

Ahora estamos en plena fase de transición entre un sistema que ha entrado en declive definitivo y una nueva forma de producir, relacionarse y vivir que sólo despunta, pero de la que aún no tenemos datos concluyentes. En esta fase de transición, los hitos vitales marcados por edades «fetiche», que nos fueron útiles, se adaptan ahora mal a las nuevas circunstancias, y por ello los vamos moviendo sin orden

ni concierto. La educación obligatoria da inicio a los 6 años, pero hemos ya universalizado la fase de 3 a 6, y poco a poco vamos aceptando que la escolarización puede empezar a los 0 años. Habíamos utilizado los 18 años como entrada en la fase adulta, pero hemos ido moviendo esa edad cuando nos ha convenido por razones electorales, penales o para finalizar o no los estudios obligatorios. En algunas Comunidades Autónomas se considera «jóvenes» a los que tienen 35 años o menos, si se trata de acceder a las ofertas de vivienda protegida, pero la «juventud» puede llegar a alcanzar los 45 años si los demandantes de subsidios son agricultores en busca de ayuda para la puesta en marcha de ciertas explotaciones. La crisis económica y productiva, y la drástica reforma de hecho del mercado de trabajo (puestos precarios y con alta rotación y corta temporalidad para jóvenes, contratos indefinidos y estables para mayores pero muchos incentivos para adelantar la jubilación), están provocando una brusca reducción de la fase adulta. Y en los 55 o 60, empieza para muchos una larga trayectoria marcada por la diversidad de situaciones y en muchos casos, la falta de un sentido claro de qué esperan ellos de la vida o de qué espera la sociedad de ellos.

En el fondo, ese conjunto de variaciones, cambios y diversificaciones, demuestra que desde las instituciones públicas responsables de articular e instrumentar las políticas y los programas de actuación que traten de dar respuesta a los problemas sociales y personales, lo que se busca es identificar bien la cuestión y tratar de personalizar la propuesta de apoyo o ayuda. Lo complejo del tema reside en que la diversificación social y la heterogeneidad de los problemas hacen necesaria una adaptación permanente de la sociedad y sus instituciones a esta polivalencia en cada tiempo y circunstancia.

A. TRAYECTORIAS Y CICLOS VITALES: SEGURIDADES Y VULNERABILIDADES

Las fuentes de socialización y de seguridad para las personas son la familia, la comunidad o el entorno social donde se vive, el trabajo y los vínculos que en el mismo se despliegan, y la capacidad de protección social más o menos grande que cada Estado ha ido desarrollando a lo largo del tiempo. Desde los cambios en las estructuras y los roles familiares, hasta la creciente complejidad de los entornos sociales o la modificación del mundo laboral. Las instituciones públicas han ido viendo crecer su agenda de intervención y han aumentado y diversifi-

cado el alcance y los instrumentos de sus políticas públicas. Aun así el gran cambio de escenario ha dejado en entredicho las formas tradicionales en que estas políticas operan.

Es evidente que algunos de estos cambios han sido positivos para favorecer espacios mayores de autonomía y de oportunidades para las personas, facilitando asimismo notables adelantos en el reconocimiento de la diversidad y de autonomía que comportan. Pero no es lo mismo abordar estos nuevos espacios de libertad y estas nuevas estructuras de oportunidad desde una edad u otra, desde un nivel de recursos económicos y cognitivos elevado o deficitario, o incluso desde un lugar accesible y amable en el que vivir, o en otro mucho más difícil. Las inseguridades y vulnerabilidades de unos o el confort de otros son muy distintos.

No es preciso extenderse mucho para justificar la afirmación de que todo ello afecta de manera mucho más acusada a las personas mayores (y a los niños) que a los individuos de otras edades. Entre los efectos considerados más negativos de este conjunto de cambios encontramos la creciente individualización y carencia de solidaridad entre las personas, y los mayores impactos en las capacidades de avanzar de aquellas personas y colectivos que cuentan con menos recursos. Las personas mayores están claramente entre los colectivos más afectados.

La combinación de este conjunto de cambios y de factores ha vuelto a poner de relieve la importancia de operar de manera simultánea en todos aquellos aspectos que puedan favorecer trayectorias vitales que aprovechen mejor las nuevas oportunidades y la autonomía conquistada, y que al mismo tiempo tengan en cuenta las desigualdades de origen y de posibilidades de unas personas hacia las otras. Así encontramos políticas que buscan una mayor inclusividad laboral, favoreciendo itinerarios de inserción al trabajo más diversificados y flexibles, con reciclajes y procesos formativos a lo largo de la vida, y también estrategias de intervención y proyectos de alcance territorial concreto, que buscan mejorar las condiciones de vida y los espacios de conexión social. En el ámbito familiar, lo que ha sido predominante hasta ahora han sido políticas que trataban de ayudar y proteger a las personas con discapacidad y a los hijos, con ayudas a la escolarización de los más pequeños, o con el conjunto de prestaciones (contributivas o no) conectadas a la jubilación y a los últimos años de vida.

A lo largo de muchos años, en temas vinculados a las familias, el debate ideológico tradicional se ha visto planteado en términos de una derecha «familiarista», y una izquierda más centrada en la au-

tonomía y la libertad individual. A pesar del evidente esquematismo de esta descripción, lo cierto es que últimamente todo el mundo es consciente de que se necesitan políticas y proyectos que favorezcan y acompañen a las unidades familiares (sea cual sea su estructura y composición) a lo largo del ciclo vital. De hecho, se entiende que estos espacios de socialización, de vínculos y de relaciones son difícilmente sustituibles por otras clases de intervención que acostumbran a tener muchas más dificultades al «naturalizar» y mantener a lo largo de los tiempos vitales las potencialidades y los recursos que los espacios familiares otorgan, siempre que los elementos de autonomía personal estén salvaguardados (Sainsbury, 1999). Y evidentemente, las políticas destinadas a atender a las personas mayores en su especificidad no escapan de esa dinámica.

En un escenario de creciente individualización (Beck, 2002), dónde los espacios y esferas de socialización son más frágiles y discontinuos, las políticas tradicionales tienen más dificultades de ser efectivas, puesto que su especialización y segmentación (en políticas sectoriales como salud, educación, vivienda, trabajo, servicios sociales,...), anteriormente quedaba compensada por la capacidad de articulación que ofrecía el trabajo, el entorno social o la familia. Pero hoy, esos entornos son más frágiles, discontinuos y vulnerables. Los entornos de socialización y acompañamiento cumplen pues sus tradicionales cometidos de manera menos eficaz y en formatos más discontinuos.

Por otra parte, es bien cierto, que las trayectorias vitales de las personas se han diversificado notablemente. Los hitos vitales tradicionales separaban con pulcritud la fase de niñez y juventud vinculadas a la formación, la fase adulta vinculada al trabajo (habitualmente un mismo tipo de trabajo a lo largo de la vida, a menudo un único trabajo en toda la vida), y la fase de vejez, corta y vinculada a deterioro físico y a una muerte próxima. Pero también es importante recordar que, por otra parte, el sexo de las personas marcaba de manera clara una división del trabajo dentro y fuera del ámbito familiar. Y ello está aún muy presente en todos los momentos de la vida y en todas las situaciones sociales, pero de manera especial en las personas mayores.

La Unión Europea, la OCDE, la OIT y otros organismos internacionales han ido últimamente desarrollando estrategias que buscan situar las políticas sociales en una mejor posición para ayudar y acompañar a las personas en su camino a lo largo de la vida y en las hipotéticas fracturas que puedan ir produciéndose. La hipótesis en muchos casos es

que ya no se puede simplificar la actual complejidad vital, imaginando procesos estandarizados y homogéneos, tal y como en buena parte asumían las políticas sociales que hasta ahora hemos ido imaginando e implementando (Saraceno, 2002).

Las trayectorias de personas con más autonomía individual son más imprevisibles, tanto en el sentido de poder aprovechar mejor las oportunidades que se presenten, como también en relación a la mayor asunción de riesgos que implica.

En este contexto, las actuaciones que quieran tener incidencia en esos nuevos espacios y tiempos vitales parece que deberían asumir algunas claves esenciales. Por ejemplo, el saber distinguir situaciones crónicas de riesgo, de situaciones esporádicas derivadas de coyunturas y transiciones vitales específicas y concretas. Deberá pues combinarse la atención a grupos, personas y espacios con situación continuada de pobreza y exclusión social, y al mismo tiempo abordar y acompañar las situaciones coyunturales de personas y colectivos (los que buscan un primer trabajo, las transiciones laborales, los desajustes familiares, las personas con discapacidad, los efectos de las jubilaciones, distinguiendo así «vida de riesgo» de riesgos «vitales» (Subirats, 2006).

Si se trabaja en una lógica de ciclo vital y de apoyo integral a las personas mayores, será necesario avanzar en la organización de las políticas en clave intersectorial. La esfera local parece, en este sentido, la más adecuada, para aceptar el reto de la diversidad, facilitar atención personalizada y una mejor eficacia general (Blanco y Gomà, 2002; Geddens y Benington, 2002). La perspectiva de ciclo vital implica también pensar en procesos temporales más de acompañamiento que de intervención puntual, y por lo tanto hará falta establecer mecanismos de intervención que, actuando en una fase vital determinada, puedan tener un carácter acumulativo en fases posteriores, favoreciendo la combinación de recursos y de apoyo, en una dialéctica que favorezca la autonomía y la seguridad de las personas mayores.

En definitiva, se apunta a modificar la perspectiva de las políticas sociales en general pero específicamente las dedicadas a las personas mayores, incorporando una perspectiva no sólo individual, sino también familiar y comunitaria; y al mismo tiempo buscando lógicas más de acompañamiento vital que de intervención puntual, reorganizando los mecanismos de provisión de servicios para hacerlos más intersectoriales y más próximos a las personas mayores. En definitiva, pensando más en cómo abordar los diferentes aspectos y momentos de la vida

de las personas, que en las lógicas sectorializadas y especializadas que caracterizan las políticas sociales hoy en día.

B. DIVERSIDAD, TRABAJO Y PARTICIPACIÓN

El principio de igualdad, que es uno de los valores clave de nuestro ordenamiento constitucional, no puede reducirse al principio de uniformidad. Lo contrario de igualdad es desigualdad, lo contrario de diversidad es homogeneidad. Vivimos en una época en la que las homogeneidades, los «conceptos paraguas» sirven como mecanismo simplificador, pero dejan de ser útiles cuando hablamos de personas, de vidas. Hoy, igualdad debería querer decir el derecho de ser distinto y el reconocimiento de la dignidad de las personas en la autonomía para poder escoger su proyecto de vida.

La jubilación no implica sólo resolver la cuestión económica de la supervivencia, por importante que sea. Implica seguir dando sentido a la vida, a la identidad, a las relaciones, sobre todo cuando en ese preciso momento, muchas personas deben/quieren reinventar su propia vida. La vida ya no es trabajo, la identidad ya no es sólo la que proyecta el trabajo que uno hace. Esa diversidad de opciones, identidades, vidas, es uno de los elementos clave.

Es fundamental partir de la necesidad de mantener al máximo la autonomía de cada quien, y la capacidad de decidir por sí mismo. Ése es el camino de la auténtica calidad de vida de las personas (sea cual sea su edad): una base de salud imprescindible, un entorno que limite lo menos posible la autonomía, y todo ello desde el principio de que cada persona decida sobre sí misma y sobre las políticas que le afectan, es decir, disponga de autonomía crítica. De hecho, la autonomía crítica, la libertad de decidir sobre la propia vida, será un tema central en los próximos años, y ello engloba desde la atención en salud hasta la capacidad para intervenir sin complejos ni restricciones en las decisiones colectivas.

Nos enfrentamos pues, no sólo a una crisis económica, sino también a profundos cambios en los procesos productivos, en los espacios sociales y familiares. Aumenta la individualización y la diversificación de intereses y perspectivas. Las actuaciones han de saber responder a esos nuevos retos, incorporando a los procesos de decisión a los actores, colectivos y personas involucradas en los mismos. Y ello debe hacerse desde la proximidad, buscando la atención a la diversidad y la capacidad de mantener la cohesión social. Necesitamos proyectos para mejorar nuestra capacidad de adaptación a una nueva época.

1. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PARTICIPACIÓN?

Las formas de participación social de las personas mayores son múltiples, como múltiples y diversas son esas personas. Unas formas de participación que se nos muestran o se concretan en una gran variedad de espacios, de actividades, o de grados de dedicación. Sin olvidar que las causas, intereses, motivos o circunstancias que conducen a esas prácticas participativas son también muy diversas. Al mismo tiempo, esa multiplicidad encuentra asimismo su expresión o se materializa en una gran variedad de concepciones y definiciones, relacionadas casi siempre con el enfoque empleado en su estudio o incluso con los instrumentos de medición utilizados.

A partir de la revisión de la bibliografía efectuada por cuatro equipos canadienses (Raymond et al., 2008), se han establecido algunas categorías o familias conceptuales para abordar esa riqueza de prácticas participativas, tratando de ir más allá de la lógica que vincula participación sólo a espacio público y a instituciones, y poniendo más el énfasis en la fuerza y significación de los vínculos o de las interacciones sociales como palanca de autonomía y de bienestar. Así nos referimos, por un lado, a aquellas prácticas relacionadas con el funcionamiento de la vida cotidiana y por otro, a las que pueden surgir a partir de las interacciones sociales. Se contemplan asimismo las prácticas de reciprocidad que se van dando y que van cristalizando. Y, por último, se consideran las propias del asociacionismo estructurado, que entrarían dentro de la esfera ya más convencionalmente incluida. Todas ellas comparten la definición de participación, entendida en términos de la dinámica de las relaciones establecidas entre las personas y su entorno. Esa primera clasificación permite establecer un cierto recorrido desde prácticas participativas entendidas en un sentido más amplio y vital, hasta aquellas que tienen una mayor especificidad y un mayor grado de formalización.

La concepción de la participación asociada al funcionamiento de la **vida cotidiana** advierte sobre el peso de los factores personales y del entorno en la capacidad de sentirse integrado, y de qué modos esa interacción influencia o condiciona la realización de los actos cotidianos. Es decir, posibilita pensar en las condiciones, favorables o desfavorables, para la participación de las personas mayores, independientemente de si tienen o no tienen limitaciones en su autonomía funcional.

En la segunda de las acepciones conceptuales, la participación se vincula más bien al **desarrollo de interacciones sociales**, a su naturaleza o

al tipo de implicación que se da en las actividades con otras personas. Más allá del tipo de interacción (por ejemplo conversación telefónica o cara a cara) y de cómo las personas mayores las perciben (por ejemplo, como interacciones que requieren intimidad, o son más bien de consejo…), en esta coordenada conceptual se incorporan aquellas interrelaciones donde se manifiesta el interés por la comunidad.

Las **prácticas de reciprocidad**, que configuran la tercera categoría o familia conceptual propuesta, se incorporan también a las interacciones sociales. Pero ello es así en tanto en cuanto se entiende que constituyen el medio para crear interrelaciones recíprocas a través de redes sociales. En este tipo de concepción sobre la participación, se sitúan por ejemplo formas de voluntariado no organizado, o sea, personas que aportan su ayuda a vecinos de la comunidad, o modalidades como los bancos de tiempo u otras formas de interacción comunitaria (Ubasart, 2009) que, basándose en la doble dirección —dar y recibir—, son una muestra de actividades e iniciativas generadoras de productividad social.

La cuarta categoría conceptual se centra en el **asociacionismo estructurado**, ya se trate de asociaciones orientadas hacia sus miembros o hacia la comunidad (Ubasart, 2009). Las personas aportan de forma compartida su tiempo, su experiencia. Las modalidades, diversas, abarcan desde los grupos de ayuda mutua, las asociaciones que realizan actividades de ocio, de formación, o que proporcionan servicios para otras personas, hasta el voluntariado organizado o asociaciones de defensa de los derechos de las personas mayores.

La variedad de conceptos y definiciones sobre la participación de las personas mayores resulta indicativa del carácter polisémico de dicha noción. Y, a la vez, proporciona criterios para analizar las prácticas sociales y/o participativas; más allá de su interés analítico. El conjunto de marcos conceptuales propuesto ofrece vías para definir propuestas de actuación adaptadas, y por tanto estimulantes, a la diversidad que caracteriza a las personas mayores y a sus prácticas de acción e interacción.

2. DIVERSAS PERSONAS, DIVERSAS NECESIDADES, DIVERSAS PALANCAS DE AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN

No podemos tratar de analizar las dinámicas de participación sin ver cómo se incorporan esas prácticas y conductas en la vida cotidiana de las personas. O, lo que es lo mismo, cómo se relacionan participación y estilos de vida. En este sentido, puede resultar sugerente tener en cuenta algunos de los trazos que ilustran la creciente heterogeneidad de los estilos de vida de la población de 65 y más años en España, a través de las actividades que realizan. Se ha tratado de plasmar esa

heterogeneidad estableciendo cuatro grandes grupos o estilos de vida de las personas mayores: participativo, ocio social, ocio inactivo, doméstico (Barrio, Sancho y Abellán, 2008).

En el primero, se agruparían las personas que realizan actividades como asistencia a clases, el voluntariado, el ejercicio físico y la asistencia a espectáculos. Los autores apuntan a que en ese grupo se situaría el 5,9% de la población de referencia. El segundo, denominado «ocio-social», englobaría a personas que prefieren integrarse o asistir a centros sociales o asociaciones, pasear, bailar, o asistir de forma cotidiana al bar o a la cafetería, abarcaría el 16,5%. El tercer tipo, adjetivado como de «ocio-inactivo», incluye a las personas que realizan mayoritariamente actividades relacionadas con el consumo de medios de comunicación, se sitúa en el 37,7%. Finalmente, lo que se ha denominado como prácticas de tipo «doméstico» agruparía a personas que realizan actividades mayoritariamente en el interior del hogar (coser, manualidades, cuidar de un pequeño huerto, visitar a familiares, hacer la compra, ir a centros religiosos…) abarcaría el 40,3%. La distribución desigual de tales prácticas pone de manifiesto el predominio de estilos de vida en los que no hay contacto con asociaciones o con centros en los que las personas mayores se reúnen entre ellas y/o con otros grupos de edad. Es evidente que la heterogeneidad en los estilos de vida no puede considerarse aisladamente de factores como el sexo, la edad, el estado civil o el nivel educativo. Así, los hombres predominan en el estilo de ocio participativo mientras que las mujeres lo hacen en el ocio doméstico, las personas octogenarias se sitúan más en el ocio doméstico, las casadas predominan en el ocio social y el mayor nivel de estudios predomina en el ocio participativo. Y ello deberá tenerse en cuenta.

Complementariamente, es sugerente atender algunos de los resultados que ofrece el estudio sobre los usos del tiempo por parte de las personas mayores en actividades que configuran su relación con el entorno (Barrio, 2007).

La actividad cultural y de ocio más realizada por las personas mayores consiste en asistir a centros comerciales, y ello es así tanto entre los hombres como entre las mujeres. Se trataría de una actividad que engloba paseo con distracción gratuita. Aunque podría aducirse que se trata de una actividad sin relación con la participación, lo cierto es que permite que las personas mayores compartan espacios comunes a todas las generaciones y también que conecten con los hábitos y modas de consumo de las otras generaciones. La segunda actividad más practicada es hacer turismo a través de viajes promovidos por la adminis-

tración pública u organizados por operadores privados. Se trata de una actividad susceptible de generar interacciones que pueden mantenerse más allá de la duración del viaje y que pueden fortalecer relaciones con grupos o personas conocidas con anterioridad. Con un bajo porcentaje de presencia, se encuentran actividades como ir al cine, visitar museos, ir a conferencias y hacer visitas culturales. Actividades todas ellas que, del mismo modo que sucede con el turismo, ofrecen marcos de encuentro y de interacción con otras personas, además de ser la ocasión para realizar actividades con amigos que comparten gustos o intereses.

Las actividades de carácter social y de mantenimiento de redes más claramente extendidas y de uso muy frecuente, tanto en mujeres como en hombres mayores, son conversar por teléfono (más utilizado por las mujeres) y visitar y recibir visitas. En segundo lugar, y también de forma que afecta a la mayoría de las personas mayores, está la práctica de pasear en compañía. Y, ya en tercer lugar, y menos extendidas, encontraríamos actividades como charlar, comer o cenar fuera de casa. En éstas, las prácticas difieren entre mujeres y hombres. Las realizadas por mujeres tienen lugar en mayor medida en el ámbito privado, mientras que entre los hombres, la mayor proporción se refiere al ámbito público.

Las acciones de voluntariado realizadas por las personas mayores se llevan a cabo preferentemente en el marco de organizaciones confesionales, de asistencia social y de apoyo entre ciudadanos y/o vecinos. Entre las mujeres están más presentes las prácticas en organizaciones confesionales y de asistencia social, mientras que entre los hombres es menor ese tipo de práctica y se constata una presencia mayor de otras actividades de voluntariado en organizaciones ciudadanas o de vecindad, de arte, de deportes.

Para comprender la configuración variada de la participación es preciso considerar distintos tipos de factores. Al lado de los de carácter estructural como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil o el origen cultural, se deben tener en cuenta factores personales como el nivel de renta o las condiciones económicas, el estado de salud, las transiciones entre empleo y jubilación, las experiencias vitales y las motivaciones. Y, del mismo modo, son asimismo significativos factores contextuales como el sitio en el que se vive, los medios de transporte, la información sobre las posibilidades de participar, la concepción que se tiene sobre la actividad de voluntariado e incluso la cultura de los profesionales que atienden a esas personas (Raymond, et al., 2008).

La influencia de los distintos tipos de factores en la participación de las personas mayores ha sido analizada especialmente en relación con las actividades de voluntariado. Veamos algunos ejemplos de dicha influencia.

La investigación sobre los factores estructurales muestra que a medida que la edad de las personas mayores avanza, es menor su presencia en organizaciones de voluntariado, o que un mayor nivel de escolarización se corresponde con más probabilidades de participación en ese tipo de organizaciones. También se ha constatado que la intensidad de la implicación en esa actividad es mayor entre las mujeres, al igual que sucede con respecto a la actividad voluntaria no organizada. Y se advierte asimismo sobre una cierta modificación de los roles socialmente asignados. Sin embargo, esa modificación no acostumbra a traducirse en una distribución más igualitaria de las tareas del ámbito reproductivo.

En lo concerniente a los factores personales, las condiciones económicas son responsables de las diferencias de participación entre los hombres mayores en mayor medida que las condiciones de salud, a pesar de que su influencia sea igualmente destacable. Así, las personas mayores que valoran más su estado de salud son más susceptibles de realizar actividades de voluntariado organizado y dedicarles más tiempo que quienes tienen una peor percepción de su salud. La influencia de las experiencias vitales acumuladas se advierte en la continuidad o el reinicio de la actividad voluntaria entre aquellas personas mayores que la habían realizado anteriormente. En relación con las motivaciones para esa forma de participación social, se subraya la importancia de que la actividad a realizar consiga mantener el equilibrio entre lo que las personas invierten (en tiempo y recursos), y la recompensa finalmente derivada.

Entre los factores contextuales, la influencia de la proximidad física para el mantenimiento de prácticas de reciprocidad muestra la significación del lugar de residencia, como de hecho sucede en relación a la estructura de oportunidades vitales (Blanco y Subirats, 2008) que es mayor en las zonas urbanas, y más en los barrios o centros históricos, que en barrios periféricos de reciente construcción. También la variedad de representaciones sociales sobre el voluntariado se apunta como hipótesis explicativa de las diferencias entre países. Del mismo modo que ello repercute en las diferencias entre los profesionales y las personas mayores sobre la posición de éstas en las organizaciones de voluntariado o acerca de sus prioridades.

En los distintos ejemplos mostrados sobre cómo unos u otros factores influencian la participación de las personas mayores, subyacen dos as-

pectos que merecen ser comentados y subrayados: la dimensión generacional y las diferentes etapas de la vejez. Ese entramado de factores, expresivo de la diversidad existente entre las personas mayores, alerta sobre la importancia y pertinencia de evitar concepciones y propuestas basadas en fórmulas uniformizantes y la necesidad de repensar la participación que tiene su base en los elementos de proximidad.

3. DISTINTAS GENERACIONES, DISTINTAS PERCEPCIONES: PLURALIDAD DE TRAYECTORIAS PARTICIPATIVAS

La influencia de ese entramado de factores no debe considerarse ajena a dos aspectos clave como son la dimensión generacional y las distintas etapas de la vejez. La dimensión generacional nos permite ubicar el envejecimiento de las personas en el ciclo vital y de ese modo incorporar la perspectiva de las biografías en las diversas condiciones de contexto vividas, o la influencia de las diferentes épocas transcurridas. Por otra parte, es evidente que el recorrido de las personas mayores desde que inician la jubilación hasta el final de sus vidas no es lineal ni uniforme. Y precisamente por ello, resulta procedente pensar en cómo influyen las distintas percepciones y prácticas relacionadas con la participación a lo largo de ese recorrido.

La observación sobre la cotidianeidad ofrece múltiples escenas en las que las personas mayores aparecen inscritas en las tendencias actuales, alejándose así de imágenes estereotipadas, que de un modo u otro son cada vez más arcaicas. Los cambios en las imágenes de la vejez, tanto entre las personas mayores como los que transmiten otros grupos de edad, no surgen de modo espontáneo. Se construyen en torno a factores que se concretan de forma variada entre las personas. La denominada revitalización de la vejez atrae a personas que sienten que tienen capacidades y recursos para construir y participar en esa perspectiva, postergando a momentos futuros los signos negativos asociados al declive, a la fragilidad y a la dependencia. Los resultados de la investigación cualitativa en los que se estudiaron las percepciones sobre las personas mayores muestran los elementos que confluyen en esa perspectiva de revitalización (Imserso, 2002), que se asientan en campos tan variados como los servicios de salud, las pensiones, las prácticas de cuidado y de estética, los equipamientos domésticos, la cultura del ocio, los nuevos roles en la familia, las prácticas de consumo, la secularización de las costumbres o la utilización de las nuevas tecnologías.

Se afirma a menudo que las nuevas generaciones de personas mayores serán diferentes, subrayándose al respecto aspectos como su mejor nivel educativo. Ello, que sin duda es cierto, incorpora a su vez un nuevo

condicionante, si se contempla desde la perspectiva de género. Las sucesivas encuestas de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (Imserso, 2004, 2006, 2010), ponen de manifiesto que los estudios reglados como los de formación profesional, los programas universitarios de mayores o el bachillerato resultan más interesantes para los hombres, mientras que para las mujeres serían más atractivos o accesibles el aprendizaje de la lectura y la escritura o los estudios de educación primaria. Es evidente que las nuevas generaciones de mujeres mayores manifestarán otras preferencias acordes con el cambio profundo que se ha vivido en España en relación al acceso formativo de las mujeres, que, como es sabido, superan en formación a los hombres en las franjas de 20 a 40 años.

Las diferencias entre generaciones son también explicativas de cambios en las formas de participación. La investigación efectuada en Suiza sobre la participación cívica de dos cohortes de personas mayores (las de 1975 y 1994), (Bickel, 2003), pone de manifiesto que los nuevos jubilados continuaban con la actividad voluntaria que anteriormente realizaban (la que habían ido desplegando a lo largo de toda su vida), a diferencia de la anterior generación que abandonaba esa actividad al llegar a los 65 años.

Para propiciar una mirada abierta sobre las personas que se han jubilado recientemente o lo harán a corto plazo, puede resultar de interés considerar aquellas características diferenciales de las personas agrupadas en lo que se ha denominado como generación de los baby-boomers. Si bien, desde la perspectiva demográfica, en España la generación con mayores efectivos es más tardía, desde la perspectiva cultural las distancias se acortan. La investigación sobre los baby-boomers de Québec (Olazábal, 2009) sugiere algunas pistas y da pie a algunas preguntas. Veamos algunas pinceladas. Los llamados baby-boomers corresponden al conjunto de jóvenes que alcanzan la edad adulta a mediados de los sesenta, y que tienen en la fuerte modernización de la sociedad una clara experiencia común. Se trata de una generación que ha vivido y experimentado los cambios en la estructura de las familias. Por un lado, protagonizando su indudable fragilización y transformación. Por otro viviendo su incorporación masiva a la sociedad de la comunicación con lo que conlleva de cambio en las pautas de ocio e interacción.

Los miembros de esta generación viven su adultez en pleno proceso de individualización iniciado con el desarrollo de la sociedad de consumo, y se plantean tanto la gestión del envejecimiento corporal como el deseo de continuar su desarrollo después de la jubilación. Comparten

más la identificación horizontal con las personas de su grupo de edad que la vertical con sus padres. Los modelos de sociedad y de cultura que han alumbrado, en ruptura con los precedentes, se van convirtiendo posteriormente en convencionales o mayoritarias. Así, la individualización en detrimento de las solidaridades establecidas, o el retroceso de las relaciones de poder y de jerarquía entre hombres y mujeres en las esferas pública y privada. Por tanto, no se trata de coordenadas vigentes en su juventud para unos determinados grupos de personas, sino que trascienden a esos grupos, a esa etapa y además se extienden más allá de los componentes de esa generación.

Lo que no está tan claro es que la influencia desplegada por el grupo de los baby-boomers, que accedieron masivamente a la educación superior, y que ha desarrollado una actividad profesional que ha sustentado y promovido esos cambios (cambios que poco a poco se han ido convirtiendo en hegemónicos), pueda irse dando en el futuro. Cabe pues preguntarse si lo que podríamos considerar como la conquista de sí mismos, o el empeño o la lucha por las transformaciones, continuará o, por el contrario, no dejará huella. Nos podemos preguntar incluso, si van a admitir que sean otros quienes decidan sobre sus modos de vivir en la vejez (especialmente cuando padezcan limitaciones funcionales o en la fase final de sus vidas), o si la defensa de la igualdad por parte de las mujeres proseguirá cuando éstas lleguen a las fases de vejez avanzada. Éstas son algunas de las cuestiones que emergen, a nuestro modo de ver, cuestiones que, a pesar de proceder de investigaciones desarrolladas en otros contextos, no creemos que resulten tan alejadas del ámbito español como cabría suponer inicialmente.

A pesar de la revitalización de la vejez, el estatus social previsto para las personas mayores continúa siendo un estatus periférico (Viriot-Durandal, 2003). Continúa pendiente el pleno reconocimiento de las personas mayores como actores sociales que aportan y reciben, y sigue siendo cierto que su papel en un mundo que envejece a pasos agigantados se sitúa más en la esfera individual y privada que en la colectiva y pública. No debería ser considerado contradictorio que una sociedad esté compuesta por personas mayores dotadas de cotas altas de autonomía y de capacidad de acción y que, al mismo tiempo, ello redunde en el fortalecimiento de los procesos participativos y de la acción comunitaria. Todo dependerá de cómo se piensen e implementen las acciones al respecto, en el sentido que pueden tanto facilitarlas como hacerlas más complicadas. No es de extrañar que la primera conclusión del **III Congreso Estatal de Mayores** (Madrid, 2009) considera la

participación como eje fundamental del desarrollo de la personalidad de las personas mayores.

La revitalización del envejecimiento se corresponde sin duda con el retraso en la aparición de los signos que, asociados a ella, se asignaban de forma generalizada al conjunto de personas jubiladas. Así, en la visión sobre las personas mayores se suelen engarzar dos secuencias. La primera, en la que priman los componentes de funcionamiento independiente, y la segunda cuando son las limitaciones funcionales las que predominan. Esa visión que simplifica y uniformiza el proceso de envejecer, acompaña e influye sobremanera en la concepción de la participación a lo largo de la vejez.

Si bien la edad cronológica sirve a fines estadísticos o de otro tipo de clasificación, no resulta adecuada para comprender de qué modos enfrentan las personas mayores su proceso de envejecimiento. Los resultados de la investigación cualitativa realizada en nuestro país (Yanguas, 2009), trazan tres grandes etapas: la entrada en la cultura y los escenarios del envejecimiento, la decadencia del cuerpo, el repliegue de la persona. La configuración de esas diferentes etapas, que se articulan en torno a dimensiones como la salud, los vínculos y la actividad, permite apreciar el predominio de unos u otros ritmos vitales, y de unas u otras expectativas y preocupaciones. No se trata de secuencias que de modo mecánico permitan la adscripción de las personas en una categoría u otra. Por el contrario, se trata de adoptar instrumentos de comprensión más globales, que sustituyan la simplificación por una visión en la que las personas mayores sean reconocidas en su singularidad, y por tanto, y ello es lo importante, dispongan de la oportunidad de apropiarse de su propio envejecer.

Los resultados de la investigación de las percepciones sobre las personas mayores (Imserso, 2002), ponen de manifiesto cómo la heterogeneidad entre las personas mayores es reconocida y fuertemente enfatizada en la percepción sobre las personas con autonomía funcional. Pero, en cambio, es escasamente reconocida para las que no disponen de ella. Esta diferencia en la aplicación de visiones más homogéneas y uniformizadoras, o más heterogéneas y reconocedoras de la diversidad, se produce tanto por parte de los niños, jóvenes, adultos y personas mayores, como por parte de los profesionales. La confluencia en ese tipo de explicación por parte de los diferentes grupos muestra la potencia de una manera de ver (de significar) a las personas en situación de dependencia, que acaba brindando escaso margen para reconocer sus capacidades, lo que, en consecuencia, acaba constituyendo una barrera para su participación.

Los resultados de la investigación efectuada con responsables asociativos (Pérez Salanova, 2003), ponen de manifiesto la misma configuración de esas categorías de homogeneidad/heterogeneidad. Los responsables asociativos, independientemente de la práctica asociativa y la experiencia de representación, circunscribían la heterogeneidad a las personas mayores con autonomía funcional.

Entre los responsables asociativos, las personas mayores con autonomía funcional limitada son consideradas básicamente como receptoras de servicios de carácter asistencial, y a lo sumo y en algún caso, se valora la idoneidad de realizar una acción preventiva de detección entre los propios asociados con el fin de organizar o canalizar las ayudas que éstos puedan necesitar, o bien para activar formas de apoyo social. Las personas mayores frágiles o en situación de dependencia no son percibidas como asociadas o protagonistas de la participación, ni en el contexto actual de las asociaciones ni cuando se reflexiona acerca de nuevas modalidades, temas o estrategias para ampliar la participación. La presencia de limitaciones funcionales como eje de diferenciación se refleja en la estructuración de los programas de las administraciones públicas dirigidos a las personas mayores que, frecuentemente, se ordenan en dos líneas separadas: la promoción y la atención. Esa diferenciación separa profesionales y prácticas; en un lado se sitúan los que organizan o apoyan la actividad dirigida a las personas mayores con autonomía funcional y en el otro los que gestionan o realizan la atención. De ese modo se refuerza la percepción de que las personas mayores en situación de dependencia no son agentes de participación (lo que en el fondo, y siguiendo la estructuración de Yanguas antes mencionada, implica fusionar la etapa de decadencia del cuerpo con la del repliegue del individuo).

Esa visión subyace, habitualmente, en el diseño y la organización de las instituciones residenciales. Y ello podría llevarnos a la consideración de si su propia forma de funcionar (derivada de su formato o concepción de vejez), no acaba acarreando un déficit de ciudadanía. En la línea de evitar ese déficit se han planteado nuevas formas de concebir el alojamiento y la provisión de los servicios centrados en la vida cotidiana, a fin de que se permita articular ritmos diferentes y se facilite la convivencia en grupo. En esa misma dirección se formulan criterios, como la aplicación del principio del derecho a la información, el poder realizar elecciones en su vida cotidiana, la capacidad de formular quejas y propuestas por parte de las personas mayores, además de su representación en los marcos de decisión (Abbott et al., 2004). Se trata de aspectos que si bien muchas veces son recogidos en las normas,

no se traducen, a menudo, en oportunidades de participación. Esos planteamientos son coincidentes con los enfoques que sostienen la importancia de la vida social de las personas mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia (Guisset, 2008; Laakkonen y Pitkala, 2009).

Como para cualquier ciudadana y ciudadano, participar para las personas mayores es el resultado de una elección. Pero, para poder llevar a cabo esa elección, es preciso disponer de incentivos y de oportunidades. Y un primer paso estriba en promover que las opciones de participación resulten significativas para las personas, con autonomía funcional o sin ella. Ciertamente, revitalización y longevidad componen un binomio complejo, pero obviar la complejidad sólo conduciría a mantener las rutinas y a impedir que las personas mayores se expresen, se comprometan y se sientan miembros de una comunidad.

4. CONSTRUYENDO NUEVAS OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS

La variedad de concepciones y definiciones sobre la participación social de las personas mayores pone de relieve la relevancia de un criterio clave: la diversidad. Entendemos pues que para avanzar en la participación efectiva de las personas mayores, se requieren enfoques que se alejen de rutinas mentales uniformizadoras, para acercarse así a la pluralidad de situaciones, intereses, motivaciones, momentos vitales o experiencias que surgen hoy de una etapa vital cada vez más extensa y plural en sus formas. Sólo de ese modo, cada cual podrá encontrar su propio sentido en la decisión de participar.

Enfoques, ideas o formatos que pueden concretarse a través de proyectos y asociaciones, sean éstas específicas de personas mayores o no específicas. Y que, en su propia definición, pueden ya incorporar la relación entre varios grupos de edad, sin que ése sea quizás su objetivo. O bien, en proyectos y asociaciones que nacen precisamente con el objetivo de desarrollar la cooperación entre generaciones. Proyectos que no se corresponden con estructuras asociativas específicas, pero que sin embargo, recogen la voluntad de implicación de las personas mayores, reforzando la vinculación con su comunidad. Deberíamos asimismo incorporar programas o proyectos que promuevan la interacción social, individual o en grupo. Proyectos o iniciativas que reconocen el autogobierno de las personas mayores y, al hacerlo, favorecen su capacidad de elección. O iniciativas y proyectos que enlazan las preocupaciones diarias de las personas mayores con las de otros gru-

pos, en relación con aspectos propios de la cotidianeidad de la ciudad o del barrio en el que viven o en su posición como usuarios de servicios o simplemente como vecinos afectados de problemáticas compartidas. O de manera más específica, en mecanismos de participación institucional, pensados para ellos o de contenido temático, territorial o transversal.

El amplio abanico no agota evidentemente las opciones de caminos posibles para avanzar en la participación. De hecho, para que estas u otras vías permitan avances significativos, se requiere que al criterio ya avanzado de reconocer la diversidad, se sume otro no menos importante: poner en valor aquello que las personas mayores hacen cuando participan.

La construcción de nuevas oportunidades comporta el detectar las barreras y el reflexionar sobre qué condiciones están dificultando que iniciativas que ya existen actualmente cumplan los dos criterios anteriormente enunciados. Para, posteriormente, identificar cuáles pueden ser las estrategias para minimizar o hacer desaparecer las barreras mencionadas. En esa dirección, presentamos a continuación una serie de cuestiones y reflexiones que entendemos pueden contribuir a avanzar en esa doble línea. Y en esa perspectiva, queremos evitar circunscribirnos a una visión «utilitaria» de la participación, evitando las frecuentes conexiones entre participación de las personas mayores y beneficios para la cohesión social, la viabilidad de las políticas de bienestar o como mero proceso de formación entre vida activa y vida «retirada». Nuestra mirada quiere ser más amplia y desacomplejada, apuntando, como hemos dicho, al nexo participación-autonomía de las personas (también de las personas mayores).

La primera de las cuestiones se refiere a la **actividad de voluntariado**. La primacía en la investigación que esta forma de participación social de las personas mayores ha ido ocupando es indicativa de la importancia que se le ha otorgado. Mientras que, al mismo tiempo, la ha reforzado, ya que la ha hecho más visible. La pregunta que podría plantearse es si el voluntariado de carácter asistencial, que es el predominante, resulta ser la mejor forma para favorecer el que las personas mayores participen. O si el estímulo y el apoyo a otros tipos de actividad voluntaria podrían resultar atractivos a personas mayores que, sintiéndose con ganas de colaborar, no se ven a sí mismas realizando actividades de cuidado o de apoyo a otras personas. Iniciativas como por ejemplo el programa Experiencias para Iniciativas (Ministerio Federal de Familia, Personas Mayores, Mujer y Juventud, 2006) desarrollado

en varias ciudades alemanas, han conseguido que personas mayores se involucren en la puesta en marcha de proyectos de desarrollo de su comunidad, tangibles, aprovechando su experiencia y desarrollando a la vez nuevas competencias.

Esa fijación en los temas de voluntariado está fuertemente condicionada por la idea, hoy hegemónica, de que una persona mayor, si ya está jubilada, su conexión con el mundo productivo sólo puede darse en una lógica de voluntariado. En esa visión, se confunde empleo con trabajo, y también, utilidad productiva (de mercado) con utilidad social. Tenemos por delante el reto de repensar esas categorías, e imaginar formas de participación de las personas mayores, que no sólo sean útiles para sí mismos (en su cotidianeidad, ya comentada), sino también para la comunidad (en forma de voluntariado o de otras opciones a explorar), y para la sociedad en general. En otros contextos (De Sario, 2009) se ha argumentado, en base a algunas experiencias, la necesidad de buscar nuevos acomodos entre las capacidades de acción de las personas mayores y las necesidades colectivas, avanzando en formas de reconocimiento de esa actividad que pueden tener distintas concreciones, desde las más simbólicas a las relacionadas con desgravaciones fiscales u otras fórmulas a analizar detenidamente. Lo importante es no cortocircuitar de entrada la conexión entre participación de las personas mayores y fórmulas de trabajo socialmente útiles, más allá del estricto campo del voluntariado.

El segundo tema concierne al valor subyacente que revisten **prácticas de participación,** puesto de manifiesto en la investigación cualitativa sobre las prácticas sociales realizadas por mujeres mayores. Los resultados ilustran cómo ellas están contribuyendo a través de su específica actividad participativa a construir una sociedad más igualitaria. Se trata de mujeres que muestran la construcción de una decisión, ejerciendo su autonomía, con intensidades ciertamente diversas. La contribución de esas mujeres, que no está revestida de la imagen de «luchadoras por la igualdad», resulta invisible si nuestra mirada como investigadores, planificadores o profesionales se ciñe a las actividades que tradicionalmente se usan para describir el contenido de las variadas formas de participación existentes. Y ello es probablemente similar a lo que puede ocurrir sobre otros temas relativos a uno u otro sexo. La invisibilidad de las diferencias de género frecuente en la investigación gerontológica, dificulta aún más que se visualicen y se reconozcan las contribuciones de las mujeres mayores, más allá de lo que es la estricta esfera privada, el ámbito familiar.

La tercera cuestión que merece reflexión son los **Consejos de Participación de las Personas Mayores.** La información disponible más reciente abarca los Consejos creados en las Comunidades Autónomas, presentes en todas ellas. Hay que destacar el papel fundamental que juegan como elementos de enlace entre las instituciones y el colectivo de Personas Mayores; en concreto, el Consejo Estatal de Personas Mayores, creado en 1994 y regulado actualmente por el Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, cumple esta función con el fin de «institucionalizar la colaboración y participación del movimiento asociativo de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida para este sector de la población, en el ámbito de las competencias atribuidas a la Administración General del Estado».

El trabajo que realiza el **Consejo Estatal de Personas Mayores** tiene cada día una mayor influencia y repercusión en los objetivos asignados, y prueba de ello es la pertinencia de sus propuestas para la mejora de las políticas para las personas mayores, nacidas tanto del Pleno como de los grupos de trabajo temáticos conformados, dedicados a la «Comunicación», «Pensiones, Seguridad Social y Dependencia», «Envejecimiento Activo» e «Institucional». El III Congreso del Consejo Estatal de Personas Mayores, celebrado en Madrid en Mayo de 2009, fue un buen escaparate de la participación activa de las personas mayores. Sus aportaciones sobre la participación recogen de manera sentida, nuevas formulaciones y acomodaciones para dar cabida de forma más extensiva a una participación más activa, para que sus organizaciones y representantes puedan compartir la definición de los problemas que les afectan y colaborar en la búsqueda de las soluciones u oportunidades de mejora. La información entre poderes públicos y organizaciones debe ser bidireccional, pero además es necesaria la integración de las personas en la cooperación de las políticas públicas. De lo que se trata es de mejorar la articulación entre acción individual y colectiva.

A pesar de estos avances, hay que mejorar las redes participativas. La investigación sobre esos mecanismos de participación institucional ofrece resultados susceptibles de alimentar o sugerir nuevas o mejores oportunidades para la participación de las personas mayores (Pérez Salanova, 2009a). En general, se advierte que su actuación sirve escasamente para fortalecer la cooperación entre las asociaciones representadas, del mismo modo que tampoco logran facilitar la conexión con grupos de personas mayores que no forman parte de aquellas asociaciones, o que se estimulen nuevas vías de participación. Los temas abordados son, de forma casi exclusiva, específicos de personas ma-

yores, y el impacto de los Consejos, en términos de actuaciones, de influencia en la agenda política y social, es débil. La capacidad de los representantes de las personas mayores para introducir nuevos temas es baja al igual que su participación en la toma de decisiones. En la investigación se analiza el proceso asociado a la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia», con atención específica a la información, los debates, las propuestas o el seguimiento de la implantación. Los resultados sugieren que ese proceso no ha derivado en la producción de vías susceptibles de fomentar la expresión y la participación de las personas mayores que padecen situaciones de dependencia en esos mecanismos de participación institucional. Desde la perspectiva de lo que se ha venido denominando como empoderamiento, se pone de manifiesto la necesidad de reflexionar acerca de los procesos que pueden estimular la apertura a otros grupos de personas mayores. Y de manera específica, de las personas que padecen limitaciones funcionales. Al mismo tiempo, se pone de manifiesto la necesidad de aumentar la permeabilidad y la conectividad, no sólo con otras entidades, sino también con otros órganos y actores institucionales, ampliando asimismo los campos temáticos que se abordan. Es importante también insistir en la pertinencia de abordar los criterios, las dinámicas de trabajo y los métodos susceptibles de alimentar la autonomía y en consecuencia la posibilidad de configurar una agenda propia, menos dependiente de la institución que los ha creado. La baja capacidad de impacto sobre la agenda política y social pone de manifiesto la urgencia en repensar las prácticas y la concepción que subyace, a fin de prevenir el efecto de desafección a la participación que esa baja capacidad de fuerza podría generar. Por último, pero de manera no menos importante, parece claro que deberían promoverse evaluaciones periódicas de tales mecanismos de participación.

La cuarta cuestión se centra en las formas para superar, o al menos reducir, la escasa **participación de las personas mayores cuando padecen situaciones de dependencia.** Es pertinente retomar aquí el primero de los campos semánticos que enunciábamos al presentar el carácter polisémico del término participación. Tal y como se indicaba, la participación en la ejecución de las actividades cotidianas y en las decisiones al respecto, constituye una expresión de autonomía, y en consecuencia la ausencia de participación podría ser indicativa de falta de autogobierno. En la concepción devaluada de la capacidad de autogobierno de las personas que padecen limitaciones funcionales se origina la visión homogeneizadora sobre ellas y, por ende, se inicia la

construcción de barreras para su participación. Dicha devaluación no es ajena a la asimilación que frecuentemente se establece entre los términos «autonomía» y «autonomía funcional». En la práctica, y ello es grave y significativo, cuando habitualmente se habla de «autonomía de las personas», se está de hecho valorando estrictamente su «autonomía funcional». Y ello conlleva la desaparición de la idea de autogobierno de las personas, a la hora de pensar en qué debe hacerse, sea ello en el momento de la planificación, en el diseño de un servicio o en la valoración de las capacidades y necesidades de ayuda. En la medida que el autogobierno de las personas en situación de dependencia desaparece en la visión que se tiene sobre éstas, la exigencia de reflexionar acerca de cuáles son las condiciones que favorecerían su participación resulta también imprescindible.

En estas coordenadas, la existencia de normativas que establezcan la obligatoriedad de cauces de participación en los centros residenciales resultaría inefectiva si no se modifica el «frame» o formato desde el que son «pensadas» las personas mayores por parte de profesionales e instituciones, y si no se acompaña esta nueva mirada de iniciativas que los estimulen y nutran, además del seguimiento continuado y de la existencia de indicadores que permitan una aproximación a su funcionamiento real (Ayuntamiento de Barcelona, 2006).

En relación al déficit de participación, resulta expresiva la escasez de información disponible sobre la participación de las personas mayores en situación de dependencia en España. Y ese déficit afecta tanto a las personas que viven en su domicilio particular, como a aquellas que lo hacen en un centro residencial. La escasez de información disponible y el escaso interés de los investigadores por el tema configuran, a nuestro modo de ver, un círculo vicioso que opera en detrimento de la calidad de vida de ese sector de la población, favoreciendo el mantenimiento de barreras para que sus experiencias, aspiraciones y preocupaciones se incorporen en los mecanismos de participación ciudadana.

El interés por el tema ha suscitado la investigación en otros países y constituye uno de los ejes de actividad de la red transnacional REIACTIS[1]. El reconocimiento de la capacidad de actuar de las personas mayores cuando padecen limitaciones funcionales se plasma en iniciativas como el proyecto FIFE realizado en Gran Bretaña (Barnes, 1998).

[1] REIACTIS-Réseau International d'Étude sur l'Age, la Citoyenneté et l'Intégration Socio-Economique-es una plataforma científica dedicada a las problemáticas específicas del envejecimiento y de la ciudadanía, destinada a reunir a nivel internacional los recursos intelectuales y materiales para guiar la investigación en esta temática.

Un grupo de personas mayores frágiles, que vivían en sus casas, se reunió mensualmente a lo largo de tres años para intercambiar su experiencia en la utilización de los servicios sociales y sanitarios, y expresar sus opiniones a gestores y responsables para mejorar el diseño, la organización y el funcionamiento de esos servicios. En nuestro país, una muestra de iniciativas para fomentar una visión favorable al autogobierno de las personas es la Carta de Derechos y Libertades de las personas mayores en situación de dependencia, promovida por el Consejo Asesor de Personas Mayores de Barcelona. La estrategia de organizar presentaciones del documento acompañadas de una película permite que los grupos de personas mayores sin problemas funcionales traten de sus preocupaciones y comenten perspectivas de futuro, quizás asociadas a problemas funcionales, con una óptica diferente. Ello permite que en muchos casos, el debate derive hacia la identificación de sus aspiraciones en términos de derechos, y ello sin duda permite cambios en su mirada hacia las personas mayores en situación de dependencia. En este sentido, **las potencialidades de las nuevas tecnologías de la información y comunicación** son evidentes, y permiten ya encuadrar experiencias de aprendizaje y de comunicación intergeneracionales, de indudable significación. Y es evidente que han abierto un universo de posibilidades que resulta sumamente atractivo, desde muchos puntos de vista, pero también desde el punto de vista participativo para este colectivo[2].

La quinta cuestión que planteamos es la **transversalidad**. Cómo favorecer que la participación de las personas mayores no quede ceñida a los denominados «temas de las personas mayores» o a sus entornos asociativos específicos. El paradigma del envejecimiento activo (OMS, 2002) sostiene la necesaria implicación de sectores diversos, además de los servicios sociales y de salud, considerados habitualmente los sectores de referencia en relación a la calidad de vida de las personas mayores. Una muestra expresiva de la interrelación entre sectores es el «Proyecto Ciudades Amigas de las Personas Mayores». Tanto su concepción, como los métodos y actuaciones que plantea, se basan en un enfoque transversal que se concreta en dos vertientes: la participación de las personas mayores expresando su experiencia y valoración abarca las diferentes áreas de la ciudad en una cotidianeidad compartida con los demás ciudadanos y ciudadanas; y el compromiso del gobierno local se articula también en la conexión

[2] De hecho, hace ya muchos años, apuntábamos estas potencialidades, refiriéndonos a una experiencia californiana (Subirats, 1992).

entre esas diferentes áreas. Sin duda, la experiencia iniciada en ciudades españolas (por ejemplo, San Sebastián y Barcelona) generará conocimientos útiles que permitan nutrir la transversalidad más allá del campo estrictamente gerontológico.

Otro tipo de camino para estimular y apoyar un enfoque más de interrelación o conectivo, estriba en identificar temas que, siendo relevantes para las personas mayores, son problemas o preocupaciones compartidas con muchos otros ciudadanos. Los derechos de los usuarios de servicios sanitarios constituyen un ejemplo de esos temas. Favorecer que esos derechos sean conocidos, enlazar las experiencias de personas en diferentes momentos vitales, es una forma no artificial de renovar y ampliar los temas en torno a los que se estructura la participación. Sin duda, la mirada más transversal facilita una mejor comprensión de las personas a lo largo de su recorrido vital y también de las diferentes generaciones. En este sentido, los proyectos de cooperación intergeneracional, que se ven favorecidos por tales perspectivas o miradas, las pueden retroalimentar. Más allá de proyectos nacidos específicamente con el objetivo de la cooperación entre las diferentes generaciones, la perspectiva de contacto entre generaciones diferentes concreta oportunidades de participación de mayor pluralidad para las personas mayores. Actuaciones organizadas por algunas universidades españolas como la Universidad Autónoma de Barcelona o la Universidad de Valencia, que proponen a las personas mayores el estudio conjunto con los estudiantes de las titulaciones, nos muestran cómo un diseño basado en criterios transversales genera nuevos caminos de participación.

C. EMPODERAMIENTO. A MODO DE CONCLUSIÓN

En las cinco cuestiones planteadas entendemos que se refleja y concreta una lógica basada en lo que hemos caracterizado como perspectivas útiles para el empoderamiento de las personas mayores. Y es desde esta perspectiva desde la que queremos abordar esta última parte. No tanto como conclusión, sino como propuestas para la reflexión, el debate y la acción. Propuestas dirigidas al conjunto de actores que están presentes en el universo de las políticas públicas que afectan a las personas mayores, a su vida y a su capacidad de agencia.

En un trabajo realizado por reputados especialistas británicos en temas de participación (Pratchett et al., 2009), se plantea que la incorporación de la ciudadanía y las comunidades a los procesos de toma de

decisiones requiere que se cumplan tres condiciones relativas a sus impactos. Para empezar, éstos deben ser reconocibles por los ciudadanos (por ejemplo, en sus índices de confianza o en su grado de conocimiento en relación a un área de política pública). También desde la comunidad (por ejemplo, en su eficacia política subjetiva). Y también reconocibles en el funcionamiento de la toma de decisiones (por ejemplo, en los procesos de fijación de las agendas públicas).

El análisis sobre los factores que inciden en estos «impactos positivos» del empoderamiento sugiere que las experiencias con más éxito se basan en un conocimiento demográfico y socioeconómico profundo de las comunidades donde se implantan, en el uso de los mecanismos más adecuados en cada momento (que pueden ir desde el presupuesto participativo hasta mecanismos de gobernanza ciudadana o de participación electrónica), en una buena comprensión de los retos generales de los procesos de empoderamiento y, finalmente, en una clara definición de los objetivos que se quieren lograr a través de la participación.

La noción de empoderamiento no debe circunscribirse a la participación en los procesos de decisión. La lógica del empoderamiento busca el desarrollo y la mejora de la capacidad de elegir y de actuar, admitiendo que esas competencias pasan en primer lugar por un refuerzo de la autoestima y la concienciación crítica colectiva. Y ello equivale a que la persona piense y sienta que no está sola con sus problemas (Charpentier, 2007).

Es muy probable, asimismo, que todo aquello que refuerce los espacios de proximidad (entidades, gobiernos locales, acción comunitaria…) favorezca la compleja combinación de empoderamiento y reconocimiento y atención específica de la diversidad. Es bien sabido que, desde lejos, se difuminan perfiles y cuesta más advertir y tener en cuenta los matices. La combinación de valores como autonomía personal, igualdad y diversidad, aquí expresados más o menos implícitamente, no resulta fácil. Y es evidente que es en esa conjunción, en esa resolución más o menos eficaz de las tensiones que indudablemente lleva aparejado el tratar de coordinarlos, la perspectiva que ofrece la proximidad y el trabajo conjunto de diversos protagonismos (institucionales y no institucionales), favorece avances y aprendizajes positivos.

El empoderamiento no debe basarse en una visión estrictamente individualista, que se asocia fundamentalmente a la necesidad de que cada persona asuma sus responsabilidades. Si ello fuera así, el resultado sería que las personas más vulnerables deberían sentirse culpables por serlo. De lo que se trata, creemos, es de mejorar la articulación entre

acción individual y colectiva. Practicar una perspectiva de empoderamiento significa tener confianza en las personas y la comunidad y reconocer y apoyar sus capacidades. Comporta una acción articulada y multisectorial y demanda a los profesionales una relación de cooperación. Una relación en la que mantienen sus responsabilidades y donde tienen cabida el saber experto y el no experto (Barnes y Walker, 1996). El reconocimiento de las fortalezas de las personas mayores tiene una función clave para aumentar las oportunidades de participación. Y, como hemos visto, ello requiere una mirada opuesta a la infantilización. Además de este reconocimiento, el impulso de la participación requiere que las intervenciones contemplen aspectos como: la duración, a fin de que permita la construcción de lazos entre las personas y el desarrollo de un sentimiento de pertenencia; estrategias nuevas, variadas, de convocatoria que estimulen con su estilo y con su formato; contextos de actividad que enfaticen en la creación de relaciones sociales significativas y ofrezcan variedad de roles activos; propuestas de actividad que reconozcan los intereses variados de las personas y alienten su sentido identitario; o el apoyo a dinámicas que animen a la implicación en las estructuras y procesos de decisión de las organizaciones.

Complementariamente, el avance en mejores oportunidades de participación resultaría reforzado con una mayor difusión de las prácticas más significativas. De tal manera que se ofrezca información acerca de su actividad, de su origen y se facilite tanto la visibilidad como la conexión, sabiendo que todo ello es hoy mucho más posible gracias a Internet.

Las rutinas mentales sobre la participación de las personas mayores, deben dar paso a nuevas miradas. Miradas que requieren del conocimiento generado por la investigación. Tanto de los resultados hoy disponibles como del impulso a la realización de nuevas investigaciones. Estudios que nos acerquen a lo que las personas, en su diversidad, están ya haciendo o a lo que desean hacer, que incorporen enfoques y métodos abiertos a la participación, como es el caso de la investigación-acción, que permitan comprender el devenir de iniciativas en sus éxitos o en sus fracasos, que ofrezcan una evaluación útil para los diferentes actores implicados. La investigación puede además ofrecer vías de participación de las personas mayores en el diseño y en la realización, lo que a pesar de su escaso desarrollo en España, algunas experiencias demuestran su pertinencia y riqueza, y resultan coherentes con todo lo dicho anteriormente (Walker, 2007; Barnes y Taylor, 2007). Las diferentes formas de participación permiten el mantenimiento de los vínculos con otras personas. Y si bien la motivación en la que se basan

puede en algunos casos no explicitar objetivos de carácter colectivo, esa ausencia en la motivación no significa que la dimensión colectiva esté ausente. Para las personas mayores, esas prácticas aportan, por una parte, sentido a sus vidas, brindándoles en muchos casos la satisfacción derivada de que pueden hacer aquello que deciden hacer, y por otra les permiten sentir que con su labor o actividad están contribuyendo tanto a su propio cuidado como a la mejora de la comunidad en la que viven. Reconocer ambos aspectos no nos exime de cuestionar la centralidad que, a menudo, se otorga a los beneficios de la participación individual, subrayando los impactos positivos para la salud de las personas mayores y por ende los beneficios colectivos que depara a la comunidad asociados a la reducción del correspondiente gasto en los servicios sociales y sanitarios. Dicha relevancia deja de lado, minimiza, la dimensión de la participación como una vía de desarrollo del carácter democrático de nuestra sociedad a través de la cual las personas mayores asumen y ejercen sus responsabilidades, se reconocen y son reconocidas como ciudadanos con derechos y deberes. El núcleo de la asociación «participación-salud», que subraya la individualidad y la reducción de gastos sanitarios, es para muchas personas mayores la manera en que se plasma la idea, muy generalizada, de ser el grupo de población que consume mayores recursos en los servicios sanitarios; en esas coordenadas, participar equivale a ser una menor «carga». Y, de limitarse a esa visión, favorece poco el que sean las mismas personas mayores las que se planteen otras posibilidades de contribución, se autorreconozcan como sujetos con otras fortalezas, susceptibles de enriquecer la vida de su comunidad.

APORTACIONES

A: Jornadas de Participación y Voluntariado. Imserso, mayo 2011

- *Es necesario revisar y plantear nuevos modelos para el desarrollo de la acción voluntaria de las personas mayores que requeriría, entre otras, acciones de promoción desde la infancia y la escuela. Las organizaciones no gubernamentales deben «empoderar» a las personas mayores incorporándolas en las estructuras y en los órganos directivos.*
- *La formación de los voluntarios y su fidelización dentro de sus organizaciones requiere de una metodología propia para las personas mayores.*

- *Las actividades de voluntariado de las personas mayores deben inscribirse en la intergeneracionalidad, fomentar la fluidez relacional entre generaciones y evitar la segregación por edad.*
- *El voluntariado de carácter social es el más extendido entre las personas mayores, principalmente entre las mujeres.*
- *El voluntariado en actividades medioambientales, de gran potencial educativo y de modificación de actitudes hasta ahora marcadamente juvenil, va incorporando progresivamente cada vez más personas mayores.*
- *El voluntariado cultural que desarrolla las posibilidades de aprendizaje y relaciones sociales gratificantes tiene cada vez una mayor respuesta entre las personas mayores. Los programas desarrollados por el Ministerio de Cultura con personas voluntarias mayores son ejemplos que arraigan como buenas prácticas.*

B: Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones

- ✓ *Propiciar, en el marco del reconocimiento de la persona mayor como sujeto activo del ejercicio de los derechos de ciudadanía, su participación en partidos políticos, sindicatos y movimientos vecinales. Comisiones Obreras.*
- ✓ *La participación debe incorporar y reforzar la experiencia como valor, como elemento cohesionador de las relaciones entre los diferentes grupos sociales. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Reconocer socialmente las actividades de voluntariado realizadas por las personas mayores. Universidad de Extremadura.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de las políticas de participación activa de los mayores en todos los ámbitos y a todos los niveles de la sociedad.**
   La participación de las personas mayores ha de fundamentarse en el reconocimiento de su papel protagonista, favoreciendo la capacidad de elección en iniciativas y proyectos que enlacen con sus preocupaciones diarias dentro de la ciudad o del barrio en el que viven o en su posición como usuarios de servicios o simplemente como vecinos afectados de problemáticas compartidas. Ello sin perjuicio de los mecanismos de participación institucional, pensados para ellos o de contenido temático, territorial o transversal. Con el fin de potenciar la participación, sería necesario:

   a) Impulsar y canalizar el activismo de una parte importante de los mayores, las ganas de hacer y de servir en los espacios públicos, en la esfera del voluntariado, en la capacidad de hacer cosas por los demás. Se debe potenciar la presencia activa de las personas mayores en ámbitos de servicios necesarios para la comunidad sin que esto implique intrusismo laboral. Es preciso definir estrategias para aprovechar el potencial de experiencia y ganas de hacer cosas de tanta gente útil que dispone de tiempo, recursos y capacidades.

   b) Avanzar en la creación, desarrollo y democratización de órganos de participación en todas las instituciones y administraciones públicas dedicadas a políticas de personas mayores.

   c) Mejorar las formas e instancias de participación de las personas mayores. Una participación que no sólo permita que se oiga su voz específica, que se expresen sus demandas y puntos de vista, sino que asegure también que se puede avanzar en la transformación y mejora de su calidad de vida.

   d) Reconocer socialmente las diversas actividades voluntarias que se realizan por las personas mayores, estableciendo estímulos o compensaciones que lo acrediten. Asimismo se debería avanzar en una mayor difusión de las prácticas más significativas. De tal manera que se ofrezca información acerca de su actividad, de su origen y se facilite tanto la visibilidad como la conexión, teniendo en cuenta para ello el uso de las nuevas tecnologías.

   e) Promover el conocimiento y la participación, en su caso, de las personas mayores en el uso de las nuevas tecnologías y en las redes sociales de información y comunicación.

f) El avance en mejores oportunidades de participación resultaría reforzado con una mayor difusión de las prácticas más significativas. De tal manera que se ofrezca información acerca de su actividad, de su origen y se facilite tanto la visibilidad como la conexión, teniendo en cuenta para ello el uso de las nuevas tecnologías.

g) Las actuaciones sobre la participación de las personas mayores requieren del conocimiento generado por la investigación. Es importante promover estudios que nos acerquen a lo que las personas mayores, en su diversidad y sus múltiples y variadas aspiraciones quieren.

2. Favorecer el **bienestar y participación de las personas mayores en el seno de su propia familia**, buscando y fomentando su relevante papel con respeto a su autonomía y a sus aspiraciones personales.

3. **La noción de «empoderamiento» no debe circunscribirse a la participación en los procesos de decisión.** La lógica del «empoderamiento» busca el desarrollo y la mejora de la capacidad de elegir y de actuar, admitiendo que esas competencias pasan en primer lugar por un refuerzo de la autoestima y la concienciación crítica colectiva. Y ello equivale a que la persona piense y sienta que no está sola con sus problemas.

CAPÍTULO 9

IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A. LA IMAGEN Y LOS ESTEREOTIPOS

La imagen de las personas mayores está cambiando a medida que emerge la heterogeneidad de este grupo social.

No hay una única imagen social de las personas mayores, aunque la reflejada en los medios de comunicación sea la que está predominantemente vinculada al estereotipo de pasividad, enfermedad, declive, deterioro y falta de autonomía personal. Junto a esta imagen negativa que aún persiste, y que suele aflorar en los medios de comunicación vinculada a noticias de sucesos, comienza a reflejarse una imagen positiva de personas mayores activas, saludables y participativas.

La realidad social va por delante de los estereotipos y es la que fuerza el cambio de éstos después de varios años. Pero mientras dura esta dicotomía, encontramos fuerzas que contribuyen a que la imagen negativa permanezca en contraposición con las que se abren paso para superar el estereotipo social. Y éste es el momento en el que nos encontramos alimentado por la heterogeneidad de las personas mayores de hoy.

Como se dice en el capítulo de posibilidades y limitaciones a lo largo de la vida, las imágenes sociales negativas vinculadas a la edad son posibles límites al envejecimiento activo y saludable. Esta afirmación se pone de manifiesto a lo largo de este documento, en el que encontramos cómo interactúan estereotipos sobre las personas mayores que permanecen en el imaginario colectivo con imágenes positivas de las personas de edad actuales que se oponen a aquéllos. En este sentido, habría que situar la imagen negativa que tienen los europeos sobre los costes futuros del envejecimiento en Europa (ver capítulo de Economía) frente a la imagen positiva de las personas mayores que traslucen al valorar muy positivamente la aportación de las personas mayores a sus familias.

La doble mirada hacia las personas mayores que tienen los jóvenes europeos se evidencia en forma similar a la imagen que tiene la sociedad española de las personas mayores. Un 36,2% de la sociedad española (Imserso/CIS, 2009) piensa que las personas mayores no pueden valerse por sí mismas y necesitan ayuda, a sensu contrario, se podría afirmar que el 63,8% piensa lo opuesto. Frente a esta opinión sólo un 8,1% de personas de 65 y más años piensan lo

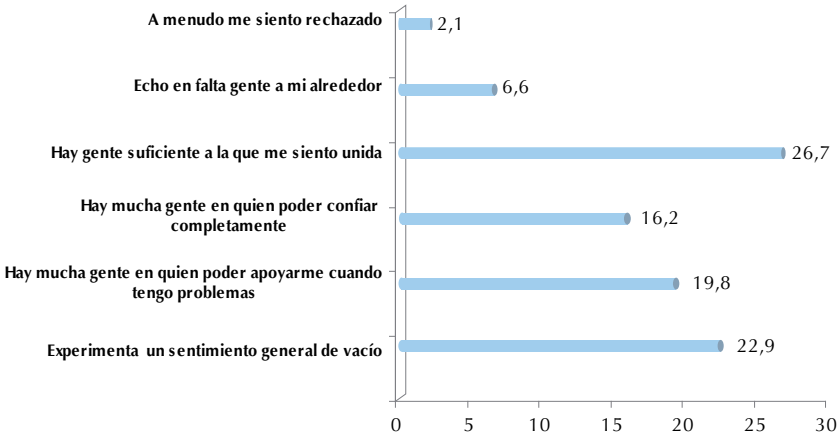
mismo. Es evidente que las personas de edad tienen una imagen más positiva de sí mismas que la población en general, aunque aquí las puntualizaciones son necesarias. Investigaciones precedentes muestran cómo la imagen de los niños hacia las personas mayores es tremendamente positiva, ven a sus abuelos y abuelas como «ídolos» y, en general, al colectivo de personas mayores como un grupo vivo y vital, estableciendo una clara diferencia entre las personas mayores que sitúan en un proceso de envejecimiento (ocupadas, con expectativas, proyectos…) y aquellas que han entrado en la vejez (están quietas). Esta percepción se transforma en negativa en los años de la adolescencia, para recuperar una imagen positiva a partir de la juventud (veinte años), que vuelve a descender en las generaciones sostén. (Percepciones de la sociedad hacia las personas mayores, Imserso. 2002; Las percepciones de los niños hacia los mayores, Imserso, 2010). Encuesta de la Juventud Española, Instituto de la Juventud, 2008).

Por el contrario, la imagen de «carga» es menor en la sociedad que en el propio colectivo de las personas mayores. Sólo un 3% de la población está de acuerdo con ella; luego mayoritariamente la sociedad española parece haber desterrado este estereotipo; actitud que refuerza la idea de que una gran parte de la sociedad española ya no tiene en su imaginario colectivo una imagen negativa de las personas mayores. Sin embargo, el 14,5% de entrevistados de 65 y más años piensa que las personas mayores son una carga, porcentaje que, aun siendo bajo, es más elevado que el del conjunto de la sociedad; hecho éste que abundaría en la idea de que las imágenes negativas que las personas mayores tienen sobre sí mismas son un freno para su envejecimiento activo y saludable.

En este sentido, los sentimientos que las personas mayores expresan sobre la percepción de los apoyos con los que pueden contar se complementarían con esta imagen de «carga»: sólo en torno al 20% de las personas mayores entrevistadas siente que hay mucha gente en quien poder apoyarse cuando tiene problemas, y un 16% declara tener mucha gente en la que poder confiar. Por el contrario las percepciones ligadas al «sentirse acompañadas» muestran una tendencia opuesta (Gráfico 66).

La tan traída imagen de la soledad con tintes negativos que acompaña a las personas mayores puede ser real para una parte del colectivo de las personas mayores, pero en todo caso, no es tan extensa como los propios medios de comunicación reflejan y la sociedad tiene grabado en su subconsciente.

Gráfico 66. Percepciones de compañía en las personas mayores.



Fuente. Imserso. EPM. 2010.

Unos datos más hay que reseñar para valorar el momento de cambio que atraviesa la autopercepción que tienen las personas mayores:

- En general, las personas mayores tienen una imagen de sí mismas saludable, útil y alegre: están satisfechas con su situación un 55%; dos de cada tres consideran su situación mejor que la de sus padres cuando tenían su edad y mayoritariamente piensan que gozan de buena salud.
- Además, un 36% de las personas mayores considera que ser mayor no depende de la edad y existe una clara ruptura entre la edad legal de jubilación y la entrada en la vejez. La tendencia creciente entre las personas mayores es entender la entrada en la vejez como un hecho no cronológico y dependiente de otros factores; concepción que comparten con el resto de la sociedad.

Aunque los sentimientos negativos no son estereotipos, ambos se retroalimentan. Y lo mismo ocurre cuando tales sentimientos son afirmativos, en el sentido de que refuerzan imágenes sociales positivas de las personas mayores o del grupo social que se trate.

La autopercepción y la proyección de la imagen son esenciales en el proceso de envejecimiento entendido como un proceso de adaptación emocional a la pérdida marcado por las condiciones de salud y el grado de vinculación que las personas son capaces de establecer con sus contextos vitales (Prieto, D. et al., 2009) y no cabe duda de que son estos entornos, junto con las propias variables biológicas, los que determinan e influyen en la propagación de una determinada imagen.

La imagen es una construcción social que toma cuerpo, principalmente, a través de los medios de comunicación. Los datos que se han reflejado hasta este momento hablan de un estereotipo negativo de las personas mayores que se está fragmentando ante la presión de la nueva realidad emergente de este grupo de población y de la influencia de las políticas de comunicación emprendidas por las administraciones públicas.

Nuestra sociedad está pasando de tener consolidada una imagen negativa, homogénea, monótona y lineal de las personas de edad, a una imagen más heterogénea en la que la segmentación del colectivo de personas mayores por cohortes de edad está marcando las pautas de un envejecimiento con éxito.

Por tanto, en este momento, la imagen social de las personas mayores no es lineal sino poliédrica, alimentada por nuevas actitudes en correspondencia con las de la población en general y consideradas positivas (participación, aprendizaje, hábitos sanos de salud, autocuidado de la imagen personal, ejercicio físico, etc.), que están redefiniendo su imagen social en positivo.

Esta realidad heterogénea de las personas mayores también se está abriendo paso en los medios de comunicación social.

B. LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Hasta ahora, como ya se ha avanzado en párrafos anteriores, los medios han reflejado, en gran medida, una imagen estereotipada negativa de las personas mayores aplicada a todo el colectivo y, con frecuencia, aún continúan haciéndolo por simplificación, al tratar a las personas mayores como si se tratara de un grupo social homogéneo, cuando es tan heterogéneo como cualquier otro.

Sin embargo, se vislumbra la diversificación en el tratamiento mediático de las personas mayores informando sobre sus nuevas formas de presencia social, con rasgos más positivos y vitales.

Evidentemente la línea editorial de cada medio presenta una imagen de las personas mayores más o menos acorde con rasgos tradicionales conservadores o bien con rasgos novedosos progresistas. En este sentido, un estudio realizado por el Imserso en 2002 sobre «Percepciones sociales hacia las Personas Mayores» indicaba que dependía del medio que se reflejara el proceso de envejecimiento en un sentido más positivo o negativo. El mismo uso de la terminología «vejez» o «proceso

de envejecimiento» denota unas connotaciones que influyen a la hora de transmitir las informaciones. La tendencia existente en la prensa de «personalizar», de individualizar, de poner cara, nombre y apellidos, a las personas mayores «activas» y de anonimizar a las personas mayores «no activas», es el espejo que muestra una realidad para los medios de comunicación social de visibilizar de forma individual el hecho positivo y de «colectivizar» lo negativo extrapolándolo a todo el grupo de personas mayores.

La manera como se presenta a las personas mayores en los medios de comunicación es fundamental para promover su autonomía personal y su independencia. Reflejar su realidad actual y, por tanto, su heterogeneidad, su diversidad, su aportación social y económica, su satisfacción con su vida, contribuirá a estimular una buena imagen social en la que se reconozcan.

Las personas mayores, a través de sus Organizaciones Representativas hace años que vienen denunciando esta situación y reclamando su *derecho a una imagen social pertinente,* es decir, a una imagen que refleje su realidad como colectivo que forma parte de la sociedad, que aún tiene mucho que decir y hacer y que nunca ha dejado de aportar. En este sentido cabe señalar una importante conclusión del III Congreso Estatal de Mayores de 2009 en Madrid:

> ***«Se demanda de los medios de comunicación, tanto públicos como privados, una mayor atención para las personas mayores y las actividades de sus organizaciones representativas».***

Como el resto de la sociedad, más de los siete millones y medio de personas mayores que hay hoy en España, casi un 17% de la población, están bajo el ámbito de influencia de los medios de comunicación y los «consumen» incluso en mayor medida que los demás ciudadanos, configurándose como la principal forma de ocupación del tiempo libre: casi el 70% escucha la radio a diario, no en vano, la mayor parte de la audiencia de la onda media de las emisoras convencionales tiene más de 50 años, casi el 90% ve la televisión todos los días y un 36% lee revistas o periódicos con alguna frecuencia.

Tras la jubilación, el uso y consumo de los medios de comunicación aumenta. Sin embargo, su presencia en los medios es escasa, está muy por debajo de lo que corresponde a su importancia numérica y cuando aparecen lo hacen con una imagen que no se ajusta a la realidad, que no refleja su pluralidad. Es como si los medios de comunicación repitieran un cliché, como si echaran mano de una foto antigua en la que, a día de hoy, se reconoce únicamente una parte del colectivo.

1. UNA IMAGEN INADECUADA

En general, las personas mayores aparecen frecuentemente en prensa, radio y televisión con unos marcados estereotipos negativos:

- Como protagonistas de páginas de sucesos, siempre cargadas de negatividad. La noticia es el abandono, la muerte dramática en soledad, el accidente. Por tanto, el tratamiento informativo tiene que contar con suficiente dosis de morbo, escándalo, espectáculo. *«Muere un anciano en un choque entre dos vehículos en Tarragona» (20 minutos, 29 de mayo de 2008) y «La Guardia Civil rescata a una anciana cuando estaba semihundida en una acequia de Sueca, Valencia» (Europa Press, 30 de mayo de 2008)* son meros ejemplos traídos de la prensa diaria.
- Como personas con la salud muy deteriorada, que no pueden valerse por sí mismas, que necesitan vivir en residencias o ser continuamente atendidas en centros hospitalarios y que, en todo caso, consumen muchos recursos económicos, sanitarios y sociales.
- Puntualmente, como beneficiarias de los programas de Termalismo Social, de «las vacaciones» del Imserso u otros similares.

Es cierto que todo ello forma parte de la realidad, pero también existen «otras realidades», que no suelen mostrarse en los medios con igual frecuencia e insistencia, como el alto grado de satisfacción con su situación, el alto nivel de ocupación y/o su solidaridad. La capacidad para ser útiles y desarrollar alguna actividad alcanza al 90% de la población mayor, según estimaciones del profesor Díez Nicolás, que se plasman en datos como que el 13% de los voluntarios con que cuentan las ONGs son jubilados (en la Comunidad de Madrid, en el año 2005, el 21% de los voluntarios tenía más de 65 años), la práctica totalidad de las universidades les han abierto sus puertas y más de 20.000 personas mayores acuden a sus aulas.

Lo habitual en la vida cotidiana es encontrarnos a personas mayores en el cine, en el teatro, en un concierto, haciendo la compra, nadando en una piscina, recogiendo a los nietos en el colegio, viajando, en una biblioteca, en una conferencia, en un museo, en la farmacia, paseando, asistiendo a clase, aprendiendo un idioma, tomando un café, echando una partida, colaborando voluntariamente en múltiples actividades, participando en una asociación y un largo etcétera.

Sin embargo, para los medios de comunicación, esta realidad plural, a veces, parece no existir. Es como si los miembros de este colectivo vivieran al margen de los intereses cotidianos del resto de la población.

Los medios de comunicación muestran a las personas mayores, en la acertada expresión de Costas, como *«si hubieran entrado en una vía secundaria, en la que permanecen esperando lo inevitable. Son como un campo reservado a las atenciones de médicos y sacerdotes»*.

Esta percepción implica un determinado tratamiento, frecuentemente demagógico, y el uso de un lenguaje protector, paternalista y, en ocasiones, incluso falto de respeto. El lenguaje utilizado por los medios de comunicación para referirse a las personas mayores merecería ser estudiado con detenimiento porque *«todo estilo es algo más que una manera de hablar, es una manera de pensar y, por lo tanto, un juicio implícito o explícito sobre la realidad que nos circunda»,* como bien dijera Octavio Paz.

Los medios de comunicación se refieren con frecuencia a las personas mayores como si se tratara de un grupo social homogéneo, cuando es tan heterogéneo como cualquier otro. Como si todos sus miembros fueran iguales. No se valoran su experiencia, ni sus conocimientos, ni su sabiduría, ni lo que han aportado a lo largo de su vida, ni lo que siguen sumando a sus familias y a la sociedad, como trabajo remunerado o no. En nuestra sociedad parece que el mero hecho de estar jubiladas, ser pensionistas o haber cumplido una determinada edad, convierte a las personas en incapaces, en dependientes, en una carga.

Mostrar esa imagen única, sesgada de la persona mayor y del envejecimiento tiene serias consecuencias. Tal vez la peor sea que muchas personas mayores la han interiorizado, han asumido ese sentimiento de inutilidad o se preguntan si, realmente, sirven para algo. Pregunta en absoluto baladí pues el sentimiento de utilidad o inutilidad está íntimamente unido a la propia dignidad, a la autoestima. Una persona adulta, que eso es quien ha cumplido 65 años o más, se siente útil cuando lo es. Se siente ciudadana como las demás cuando puede ejercer como tal. Cuando tiene la oportunidad de aportar sus conocimientos, su tiempo y su experiencia.

En el año 2002, un informe de la UE puso de manifiesto que dos de cada tres europeos **mayores de 55 años** se sentían infravalorados por la sociedad y descubrieron que **«*lo que más les gustaría es que cambiara el trato condescendiente que les da la sociedad y, sobre todo, dejar de ser vistos como una carga*».**

Es una contradicción más de las muchas que hay en nuestra sociedad. Hoy, que se llega a edades avanzadas en buenas condiciones; hoy, que ser octogenario no es ninguna hazaña; hoy, que cada vez viven más personas centenarias, quienes tienen 55 años sienten que son una carga. Cuando los expertos hablan de que la línea del envejecimiento

se ha retrasado al menos diez años y que lo que se predicaba antes de una persona de sesenta y cinco años hoy cabe decirlo, y no siempre, de una de setenta y cinco, los «cincuentones» se sienten socialmente marginados, considerados inútiles o con la sensación de que ésa será su «etiqueta» más pronto que tarde.
De lo anteriormente expuesto, deducimos que:

- Las personas mayores suelen ser invisibles para los medios, en especial para los grandes medios de comunicación. En ellos aparecen poco y cuando lo hacen su imagen es homogénea y se corresponde con un perfil antiguo que no refleja la realidad plural de las personas mayores de hoy.
- Al presentar insistentemente una imagen sesgada y tópica, que no se ajusta a la realidad la afianzan, retroalimentan una percepción negativa del envejecimiento que origina marginación y exclusión y dificultan que se hagan visibles otras formas de ser mayor aquí y ahora más atractivas y que provocarían menos rechazo y menos miedo a envejecer.
- Constatamos con palabras de Anna Freixas que, ***«si hay un trato inadecuado, es el que normalmente ejercen los medios de comunicación sobre las personas mayores».***

2. QUÉ DICEN LAS PERSONAS MAYORES

No ha habido congreso ni foro donde se haya tratado el tema que no haya plasmado el desacuerdo de las personas mayores con la imagen de ellas reflejada por los medios de comunicación social.
Desde el II Congreso de la Gente Gran celebrado en Barcelona en 1993, en que se expresaron estas peticiones, hasta el último congreso del consejo Estatal de Personas Mayores celebrado en Madrid en el año 2009, las personas mayores han solicitado que la imagen reflejada por los medios de comunicación social se corresponda con las diferentes realidades de las que son actores y los intentos puestos en práctica numerosos. El seminario organizado por el Imserso y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en Santander en septiembre de 2005, donde confluyeron personas mayores y periodistas de diversos medios, marcó un hito al firmarse por parte de los periodistas asistentes una declaración que contenía una batería de propuestas realizadas por las personas mayores tendentes a que los medios de comunicación difundieran una imagen de las personas mayores más acorde con la realidad. Entre los compromisos adquiridos se encontraban:

- Mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, rescatando los valores que encarnan las personas mayores como la serenidad, la experiencia, el respeto, la independencia o la memoria.
- Incluir a las personas mayores como parte de la población en plano de igualdad con los demás colectivos, en todo tipo de informaciones.
- Evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales sobre las personas mayores.
- Propiciar desde los medios el tratamiento de los temas con una perspectiva intergeneracional.
- Dar voz a los mayores como ciudadanos independientes y protagonistas de sus propias vidas.
- Acabar con su invisibilidad recurriendo a ellos como fuente informativa.

El encuentro fue importante pero, en honor a la verdad, hay que decir que las cosas cambiaron muy poco. Seguramente por eso, dos años después (2007) los alumnos de la Universidad Permanente de la Universidad de Alicante, tras seguir un curso titulado «Las personas mayores y los medios de comunicación. Tratamiento de una presencia», hicieron público un manifiesto reiterando con mayor fuerza la necesidad de acercar la imagen de las personas mayores a su verdadera esencia y además, crearon el Observatorio de Mayores y Medios de Comunicación para analizar de forma continuada la imagen de los mayores que proyectan sobre la sociedad, compararla con la que ellos tienen de sí mismos e ir desmontando las imágenes y estereotipos negativos tan incrustados en la cultura actual. Objetivo sin duda tan ambicioso como necesario.

Otras iniciativas como la llevada a cabo por los centros de mayores de la Obra Social Caixa Galicia, el Día Mundial de la Sociedad de la información en el año 2007 han contribuido a ir cambiando de forma paulatina la imagen negativa extendida por los medios de comunicación, y aunque el tratamiento ha mejorado todavía no se ha logrado un acompasamiento real. Porque, conseguir que las personas mayores sean visibles en los medios de comunicación con una imagen ajustada a su realidad actual es tarea que corresponde llevar a cabo a las propias personas mayores y en la que tienen que implicarse mucho más sus organizaciones representativas. Son «los nuevos mayores», que no se reconocen en la imagen que presentan habitualmente los medios de comunicación, personas autónomas e independientes, con diferentes formas de vida, otros intereses, con proyectos y realidades satisfactorias, quienes pueden hacer más para cambiar la imagen social del

envejecimiento. Pero es imprescindible también la colaboración y el compromiso de los profesionales de los medios de comunicación y la implicación de la sociedad en su conjunto.

En Septiembre de 2011 se han celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en Santander unas jornadas sobre la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación social, con el fin de conseguir una mejor comprensión de las dificultades de difundir una imagen positiva de las personas mayores y promover un diálogo constante entre los profesionales de los medios y personas mayores.

3. CÓMO PASAR DE LAS QUEJAS AL PROTAGONISMO

Desde hace muchos años, no ha habido encuentro, congreso, jornada dedicados a asuntos relacionados con las personas mayores, en los que no se haya hablado de los medios de comunicación en términos de queja*:* **«no nos hacen caso» «no nos tratan bien», «o nos tienen en cuenta», « no dan una buena imagen de nosotros», «se han quedado anclados en el pasado»..** Pero quejarse no sirve para nada. Hacer declaraciones, manifiestos y propuestas, no es suficiente. Denunciar la mala atención informativa por los cauces adecuados, algo arregla. Hacerse presentes en los medios, de forma individual y sobre todo, colectiva, es importante, pero no es suficiente,

¿Qué más pueden hacer las personas mayores para contribuir a que los medios las incluyan y muestren una imagen más próxima a su realidad actual? Las siguientes propuestas pretenden tan sólo servir como materia de reflexión y motivación para la acción:

a) Ser lectores, oyentes, televidentes **críticos y participativos.** Es decir, no meros consumidores de cualquier contenido. Esto supone:
   - Saber distinguir entre noticia y opinión.
   - Buscar la sintonía que merezca mayor credibilidad, que trate la información de modo más objetivo o incluya puntos de vista plurales.
   - Diversificar las fuentes, para poder contrastar las noticias. Hoy es necesario escuchar varias emisoras de radio, ver distintas cadenas de televisión, leer más de un periódico para estar bien informado. La objetividad y la neutralidad absolutas no existen, pero confrontando informaciones y opiniones nos acercaremos más a la realidad.
   - Tener capacidad de discrepar. No asentir a todo lo que se dice en los medios, no darlo todo por bueno, no creérselo todo «a pies juntillas».

- Huir de los «santones» de la radio y la televisión, de tertulianos que hablan y opinan de todo y sobre todo. Si realmente conocen a fondo el asunto que se debate, pueden ayudar a completar la información, pero no dirigir las opiniones de oyentes y/ o televidentes.
- Huir del sensacionalismo. Los medios que hacen del sensacionalismo, del escándalo, del amarillismo su más importante premisa informativa no son aconsejables.
- Huir del personalismo. Quienes hacen información tan personalizada que, en realidad, transmiten sus propias sensaciones y opiniones, no son los profesionales más adecuados para convertirlos en fuente informativa.
- Ser críticos con los medios y sus profesionales y no tener miedo a hacerles llegar esas críticas cuando den una información que no se ajuste a la realidad, tergiversada o no suficientemente contrastada.

b) Desde sus Organizaciones representativas, pueden facilitar a los medios de comunicación información concreta, clara y objetiva sobre asuntos de interés ciudadano en general, o del colectivo de personas mayores en particular.

c) Detectar periodistas interesados en los asuntos que afectan a las personas mayores, y procurarles cuanta información y formación precisen para que puedan poner en contexto los hechos, mostrando las situaciones y sus causas, con un lenguaje adecuado alejado de la conmiseración y la lástima y que deje a salvo la dignidad individual y colectiva de las personas mayores.

d) Elaborar una estrategia de comunicación, que integre las nuevas tecnologías como vías de comunicación y difusión.

e) Conocer los medios de comunicación más próximos y establecer con ellos una relación planificada y regular.

f) Intervenir en los medios de comunicación con una doble postura:

- **Reactiva.** Es muy fácil y bastante eficaz y, sin embargo, se practica poco. Cada vez que un medio de comunicación difunda una imagen sesgada o indigna de una persona mayor o del envejecimiento; utilice un lenguaje peyorativo, paternalista o falto de respeto; o recurra a un tratamiento informativo inadecuado al referirse a las personas mayores, se debe reaccionar y mostrar el desacuerdo y malestar a través de los cauces que existen para ello: cartas al director, programas o espacios abiertos a la participación, Defensores del oyente, del telespectador, del lector, web del medio o del autor de la información, etc. Naturalmente, siempre de forma

correcta, razonada y razonable. Actuar en este sentido debería ser una especie de militancia individual y colectiva.

- **Proactiva.** Consiste en aprovechar todas las posibilidades de participación que ofrecen los medios para hacerse presentes, visibles, con las características propias de las personas mayores de hoy. Las formas de hacerlo son muchas y diversas dependiendo del medio y sus características. Cabe planteárselo de forma individual pero, en determinadas situaciones, será más eficaz si se actúa a título colectivo desde una entidad representativa. Se trata, por ejemplo, de participar en las encuestas que muchos medios llevan a cabo casi continuamente; de intervenir telefónicamente en programas de radio y televisión cuando exista esa posibilidad; de participar en tertulias y debates sobre asuntos de interés común a todos los ciudadanos; de fomentar la presencia de profesionales mayores como expertos cuando se aborden determinados temas, etc.

A pesar de la evolución positiva producida en este sentido, en las Jornadas celebradas en el Imserso sobre Mayores y Medios de Comunicación en el año 2010, se manifestó un acuerdo general entre participantes periodistas y personas mayores acerca del lento progreso en el tratamiento de las personas de edad en los medios de comunicación, que continúan —según las conclusiones de los participantes en estas Jornadas— anclados en estereotipos que transmiten una información sesgada, paternalista y repleta de tópicos (incluso de lenguaje, denominándolos «abuelos y abuelas» y/o nuestros/as mayores) de las personas de edad, rechazando esta imagen negativa dada su heterogeneidad actual.

Asimismo, se alertó de los riesgos que conlleva para el éxito de un envejecimiento activo y saludable la transmisión de estas imágenes negativas de las personas mayores a través de los medios de comunicación, ya que las personas de edad acaban aceptando y asumiendo estas imágenes distorsionadas que se difunden. Por ello, se reivindicó el que las personas mayores fueran consideradas por sus capacidades y no por su edad, a la hora de ser reflejadas por los medios, ya que son ciudadanos y ciudadanas como los demás. Sólo así se conseguirá una presencia normalizada e integrada socialmente de las personas mayores en cualquier espacio mediático.

No debemos obviar que prácticamente la mitad de las personas mayores considera que debe haber mayor presencia de su colectivo entre los presentadores de radio y televisión, así como entre el reparto de actores en las series de televisión. (CIS. Estudio 2801, mayo 2009).

En medio de este sentimiento de objetivos inalcanzados, se abren nuevas vías que refuerzan el cambio hacia una imagen positiva de las personas mayores en nuestra sociedad en los medios de comunicación social a través de un instrumento como la publicidad. Es interesante destacar que la publicidad ha adelantado a los medios de comunicación en el reflejo de esta imagen positiva de las personas mayores, si bien no de forma desinteresada sino con el objetivo de atrapar como consumidor a un grupo de edad que ha mejorado notablemente su situación económica y que tiene como interés prioritario envejecer bien y con calidad de vida.

4. LA PUBLICIDAD

La publicidad gira en torno al consumo y las personas mayores actuales ocupan importantes cuotas de mercado de bienes, productos y servicios, con una tendencia al crecimiento determinada por el peso demográfico, y por las características del propio colectivo, que las convierte en un emergente colectivo de consumidores. Entre los 65 y los 80 años tienen, en general, un buen estado de salud —lo que supone que pueden realizar prácticamente las mismas actividades que una persona más joven—, y una educación y un poder adquisitivo mayor que el de las personas mayores que las han precedido; de ahí el interés del mercado por captar esta franja de consumidores. Ejemplos de productos específicos para este colectivo van desde los elaborados por entidades financieras a los de ocio, pasando por los cosméticos. Un cambio estratégico ha comenzado a fraguarse en el mercado hacia la producción de productos y servicios destinados a las personas mayores.

Hasta hace pocos años, la oferta de productos para personas mayores estaba orientada a paliar las limitaciones físicas que van apareciendo con la edad; sin embargo, actualmente la oferta se ha diversificado y cubre otros ámbitos que, antes, no eran transitados por las personas mayores, y aun así, el mercado dirigido a productos y ayudas técnicas destinados a la discapacidad y dependencia ha dado un salto cualitativo y cuantitativo de gran relevancia.

La promoción comercial para la venta de estos productos y servicios ha impulsado el inicio de campañas de publicidad en las que se proyecta una imagen de las personas mayores como ciudadanos y ciudadanas que hacen deporte, que cuidan su salud con alimentos sanos, que hacen actividades de voluntariado, que viajan; es decir, que realizan con normalidad lo mismo que el resto de los grupos sociales más jóvenes. Incluso algún eslogan publicitario, como el de «no pesan los años sino los kilos», ha pasado a ser patrimonio de toda

la sociedad con el fin educativo de atajar problemas de obesidad en cualquier tramo de edad.

Un ejemplo claro es el propio sector de los medios de comunicación social donde se ha incrementado la oferta de publicaciones periódicas específicas para personas mayores. La revista «Sesenta y Más» era única cuando comenzó a publicarse hace más de dos décadas y fue concebida con un servicio social más, en este caso informativo, para las personas mayores; de ahí su gratuidad.

Sin embargo, en la actualidad, hay en el mercado una oferta, pequeña aún pero variada, de publicaciones de iniciativa privada dirigidas a las personas mayores, que no son gratuitas y que se financian con publicidad.

La importancia de la difusión de una imagen que se acompase con la realidad de las personas mayores actuales en su diversidad es una necesidad ineludible, y no cabe duda que su logro se alcanzará por el propio liderazgo que las personas mayores desarrollen.

APORTACIONES

A. Encuentro «La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación: su incidencia en la construcción de una sociedad para todas las edades». UIMP. Santander, septiembre 2011.

- *Los estereotipos y la imagen social forman parte de cada uno de nosotros y conforman una realidad que influye en el desarrollo personal y por tanto en el proceso de envejecer. Los medios de comunicación tienen una gran relevancia en la percepción social de las personas mayores al ser transmisores y configuradores de las imágenes sociales.*
- *Envejecer, ser mayor, es, además de un hecho biológico, un concepto cultural que cambia su significado dependiendo de la sociedad y de la evolución de la misma. El proceso vital influye en la calidad de vida cuando se es persona mayor. Una imagen real y positiva de las personas mayores y del envejecimiento contribuye a una mejor calidad de vida.*
- *A veces, los medios de comunicación social han desvalorizado «la voz de la experiencia» en la tendencia generalizada a transmitir un único valor: «el de la juventud». Incluso, dentro de la estructura organizativa de los propios medios, se está produciendo una ruptura de generaciones, extinguiendo las relaciones intergeneracionales, lo que conlleva una baja calidad en la transmisión de la información.*

- *Los profesionales de los medios de comunicación social no suelen considerar necesarios los programas específicos para mayores, y piensan que deben integrarse en los programas generales. Por su parte, los profesionales dedicados al sector de las personas mayores opinan que es conveniente la existencia de «productos» dirigidos exclusivamente a las personas mayores.*
- *El retrato de las personas mayores que transmitan los medios de comunicación social debe mostrar su realidad, evitando la infantilización, los estereotipos de carga, las generalizaciones, los tabúes y una marginación por la edad. No obstante, deben reflejar su diversidad, sus derechos, los avances científicos, su incorporación a las nuevas tecnologías, su autonomía y las aportaciones que realizan a la sociedad.*
- *La imagen de las personas mayores que difunden los medios de comunicación social difiere, a veces, del soporte del medio de comunicación: la radio es el que se acerca con mayor objetividad, mientras la prensa escrita tiende a invisibilizarlas y la televisión a infantilizarlas y/o victimizarlas.*
- *Sin embargo, la TV ha contribuido a la transformación y adaptación de la mentalidad de las personas mayores, a través de un proceso de socialización tardío, para aceptar sin dificultad la rapidez en los cambios sociales, tanto estructurales como de valores y tecnológicos. En la actualidad, la TV está sufriendo un cambio profundo debido a la fragmentación-atomización del soporte que implica la desaparición de las audiencias masivas, buscando la satisfacción de la complejidad en la diversidad de los espectadores, en base a su edad.*
- *El cine, en algunas ocasiones, muestra el prejuicio existente en la sociedad hacia «lo viejo» que por un lado tiende a su «invisibilización», por el temor al fracaso económico, y por otro, cuando «existen» los oculta para no mostrar su cuerpo y estereotipa los personajes como: personas «viejas y enfermas», moribundas, solas, héroes desubicados, «viejos ligones». Películas que se han aproximado a su verdadera situación, mostrando su actividad y relatos e historias ciertos han sido acogidas de manera favorable.*
- *El peso demográfico y económico que ya tienen las personas mayores en la sociedad actual, y que se acrecentará en las próximas décadas, penetra en las campañas de publicidad, diluyendo la discriminación por edad en favor de los estilos de vida que focalizarán la segmentación del mercado.*
- *Las personas mayores quieren verse reflejadas en las campañas de publicidad como ciudadanos, sin diferenciaciones, esperando de los mensajes publicitarios claridad, sencillez y veracidad.*

- *Los nuevos canales de comunicación que ofrecen las nuevas tecnologías basadas principalmente en Internet, que han ensanchado el campo de la red social tradicional circunscrita a un espacio local a una nueva red social global y que están modificando las formas de relacionarse con los medios de comunicación social y la manera de difundir su información, son una oportunidad para que las personas mayores muestren a través de estos soportes, su verdadera imagen de adaptación a la modernidad.*
- *Desde la Declaración de Santander del año 2005 se ha mejorado la transmisión de la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación social. Pero es necesario seguir trabajando en su elaboración para que sea sólido y coherente.*
- *Las personas mayores deben ser agentes sociales activos de su imagen en los medios de comunicación social y constituirse en productores de la imagen social de su realidad, para romper los estereotipos negativos y la invisibilidad: la presencia de las personas mayores en los medios de comunicación, y su propia imagen, también depende de su esfuerzo, de su trabajo y de sus estrategias para ser tenidas en cuenta por los medios y sus profesionales.*
- *El cambio de imagen de las personas mayores en los medios de comunicación social requiere de una estrategia de comunicación que contemplando su diversidad, los muestre: sin discriminación y sin privilegios; que respete el esfuerzo y los logros de las diferentes generaciones; que promueva la tolerancia y la colaboración de las diferentes generaciones, aprovechando los valores y capacidades de cada una; que valore la experiencia de las personas mayores para afrontar y resolver problemas; que se consideren como cadena de transmisión de valores evitando el paternalismo y como elemento fundamental para la recuperación de la «memoria colectiva».*
- *Aunar fuerzas entre los medios de comunicación social, instituciones y las personas mayores, los verdaderos protagonistas, ayudará a construir entre todos una imagen real de las personas mayores como ciudadanos productores que son de bienestar económico, familiar y social.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Definición de nuevas políticas relacionadas con la imagen de las personas mayores**, partiendo de que la imagen es una construcción social que se forma sobre todo a través de los medios de comunicación. Para ello será necesario:

   a) Repensar la forma en que se presenta la vejez y el envejecimiento en los medios de comunicación, siendo el objetivo final que a medio y largo plazo se consiga una presencia «normalizada» junto a todos los demás grupos sociales.

   b) Desarrollar nuevos mensajes más representativos de la realidad social actual, superando estereotipos anclados en el pasado, mostrando a las personas mayores como ciudadanos activos, fomentando su visibilidad, priorizando los valores de solidaridad con las demás generaciones, presentando la pluralidad que concurre en éste como en cualquier otro grupo social y destacando la presencia de mujeres mayores como protagonistas.

   c) Hacer valer la importancia cuantitativa y cualitativa que este grupo de cerca de ocho millones de personas representa en la sociedad, desde el punto de vista político, económico, social y cultural, exigiendo el protagonismo, la presencia y la imagen que merece.

   d) Impulsar la **creación y el uso de canales de expresión y medios de comunicación sobre los mayores,** potenciando interlocutores que reconozcan y conozcan la realidad, con el fin de lograr, una buena capacitación de los profesionales en el fenómeno del envejecimiento.

2. **Potenciar la voz de las entidades representativas de mayores: consejos,** asociaciones, confederaciones, etc.
3. Promover acciones de divulgación y de pedagogía para que **las personas mayores cuiden su imagen, su aspecto físico y sus modos de convivencia,** con el fin de conseguir mayores niveles de autoestima y satisfacción personal a la vez que mejora su imagen individual y colectiva.

CAPÍTULO 10

PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES

A. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD ACTUAL Y A LAS NECESIDADES DE CAMBIO EN EL ÁMBITO JURÍDICO DE LAS PERSONAS MAYORES

Parece superada una primera etapa en la que los ciudadanos y muy especialmente las personas mayores percibían la solución de sus problemas desde una perspectiva de tolerancia y pasividad. Y llegado ya un momento mucho más dinámico y activo en el que la solución de los problemas de las personas mayores, con independencia de otras iniciativas, pasa necesariamente por su participación directa y por la aportación de soluciones que de una u otra forma cuentan y son importantes para el colectivo de las propias personas mayores afectadas.

Así pues, el entramado legislativo civil que hace referencia a instituciones más o menos consolidadas a través del tiempo, y que de una forma generalizada son de común aplicación en el ámbito de los mayores, aunque no son exclusivas de este grupo etario, es el que vamos a analizar aquí, conscientes de que algún tipo de remodelación necesitan y quizás algo más que una simple remodelación. Probablemente haya que hacer cambios importantes para que de verdad sean útiles y eficaces para los ciudadanos a los que tratan de proteger.

Sabedores de que no hay una legislación específica para personas mayores, salvo en rarísimas ocasiones, y de que, además, no parece ni siquiera necesario que la haya, en aras a conseguir una máxima normalización, se hace obligatorio repensar el sentido de las normas protectoras, en el ámbito civil principalmente, pero también en otros ámbitos, y constatar que siguen protegiendo situaciones reales que se dan con frecuencia y que resuelven problemas concretos de las personas mayores en la España de principios del siglo XXI. Hay que ser conscientes de que algunas instituciones jurídicas de protección, que nacieron con el Código Civil a finales del siglo XIX han tenido escasas modificaciones y a veces se están aplicando con la misma literalidad para situaciones reales distintas de aquellas para las que fueron concebidas.

Con todo esto, nos debemos plantear y ése es el objetivo de este capítulo, no tanto el conocimiento de las normas que afectan o tienen mayor repercusión en el ámbito de las personas mayores, sino la adecuación y la oportunidad técnica de esas normas en la actualidad, promoviendo los cambios necesarios para situaciones absolutamente nuevas.

La vida de las personas ha aumentado ostensiblemente, como muy bien se sabe, y ello hasta en personas con patologías muy invalidantes. Esto tiene que ver también con la eficacia de determinados institutos jurídicos, introduciendo matices tan fuertes que exigen modificaciones sustanciales en algunas de sus normas. Y esto por no hablar de situaciones absolutamente nuevas que requieren una atención específica diferenciada y suficiente.

Tratar de aportar soluciones no deja de ser complicado, pero debemos cuestionar la validez de algunas de ellas, al menos tal y como están concebidas. No se formularon para las situaciones en las que de hecho se están aplicando. A ello hay que añadir la aparición de situaciones familiares nuevas que requieren regulaciones diferentes. El aporte de tales soluciones servirá para lograr, como dice el título de este capítulo, una mayor y mejor protección jurídica de las personas mayores en general.

Es de reseñar, también, que en este momento estamos ante una hipersensibilidad, por otro lado buena, entre las personas mayores, que las hace estar muy pendientes de cuáles son sus derechos, del conocimiento exhaustivo de la realidad jurídica que las protege y de la necesidad de que estos derechos no se vean vulnerados, antes al contrario sean fortalecidos. La necesidad de protección se percibe hoy como una necesidad, si cabe, más exigible en los momentos más vulnerables, de gran fragilidad o de pérdida de facultades. Estamos hablando de una protección jurídica de gran trascendencia y que nadie cuestiona, ya que cada vez está más clara la idea de que sin el pleno ejercicio de los derechos, partiendo de la dignidad de la persona mayor, ésta se encuentra profundamente perjudicada y desprotegida.

Además, esta protección debe ser percibida por la persona mayor como tal y debe propiciar seguridad. Hablamos de seguridad a nivel sanitario, a nivel de pensiones, a nivel de servicios, hablamos de seguridad en cuanto a la conservación de su patrimonio, de seguridad en el acceso a las tecnologías y de posibilidad real y efectiva de participación social.

Conviene recordar a toda la sociedad que la persona mayor es jurídicamente persona, con independencia de su edad, y que el respeto a su dignidad personal exige que se le garantice el ejercicio de todos sus derechos, y ello con independencia de que se trate de una persona mayor con capacidad de autogobierno o con dependencia psíquica o funcional que limite y anule dicha capacidad de autogobierno. Es más, en esta última etapa de la vida, en la que incluso puede perderse la consciencia, la necesidad de protección es incluso mayor. Estamos

ante una cuestión de gran importancia cuantitativa y cualitativa, ya que afecta a muy diversos campos jurídicos y muy diferentes tipos o categorías jurídicas.

En este contexto nos vamos a referir a aquellos temas jurídicos que afectan especialmente y de una y otra forma a los mayores. La fragilidad de algunas personas mayores es un excelente caldo de cultivo para la vulnerabilidad de sus derechos. Téngase en cuenta que en muchas ocasiones, la fragilidad está motivada por la falta de autonomía personal y esto crea una indefensión de hecho en las personas que la padecen, indefensión que puede ser aprovechada para la privación o merma del ejercicio activo de sus derechos personales. El tema requiere por tanto el esfuerzo de todos y especialmente de las Administraciones Públicas, que deben estar vigilantes en la defensa y protección de estas personas según dice el artículo 9.2 de la Constitución Española «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social».

Antes de entrar en un análisis pormenorizado de las normas que más específicamente se refieren a las personas mayores, sería injusto no reconocer una mejora general, en relación con otros tiempos, en todo el tema legislativo y de protección de las personas mayores, que corresponde especialmente a las últimas décadas. Se han publicado leyes muy importantes que afectan al colectivo de personas mayores y al de personas con discapacidad (éstas conciernen también a las personas mayores, ya que muchos mayores padecen discapacidades importantes). Pero no sería bueno dejar de reconocer que faltan cosas por hacer.

La presente introducción termina poniendo de relieve la capital importancia que este tema merece. La dignidad de la persona es una e inalterable, en calidad y cantidad, a lo largo de toda la vida, y de ahí dimanan una serie de derechos y obligaciones que son inherentes a la persona, sea cual sea su edad y su estado de salud, y que se deben ejercer sin merma alguna, salvo sentencia judicial en contra. El ejercicio y la defensa de los derechos para la protección de los mayores, en general, y de los dependientes, en particular, va a marcar el grado de madurez de una sociedad. Las personas mayores son las primeras interesadas en el respeto a esos derechos, deben velar por ellos, deben hacerlos valer y deben ejercer todas las acciones legales posibles para su defensa.

Recientemente Mrs. Robinson, Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, decía que son muchos, todavía, los derechos de las personas mayores que necesitan ser reivindicados, muy especialmente en los países pobres o en aquellos que están en vías de desarrollo. Habría que añadir que también en los países más desarrollados la vulneración de estos derechos es, todavía a principios del siglo XXI, considerable.

B. PROTECCIÓN JURÍDICA DE LOS DERECHOS CIVILES MÁS ESPECÍFICOS

La máxima protección jurídica a todos los ciudadanos la proporciona, como no podría ser de otro modo, **la Constitución**. De la Constitución Española de 1978 se derivan una serie de leyes o preceptos normativos que con mayor especificidad y concreción desarrollan la mencionada protección, defendida por pronunciamientos más o menos programáticos en la propia Carta Magna.

La Constitución tiene algunas referencias relativas a edades, quizás la más importante de ellas es la recogida en el artículo 50. El texto del citado artículo dice lo siguiente: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio». No son muchas las citas de la Constitución en relación con las personas mayores, y sí que hay algunas más en las Leyes de las Comunidades Autónomas. Parece oportuno resaltar que en la Constitución hay derechos de distinto nivel y el contenido del artículo 50 se encuentra entre los que se podrían denominar de menor rango, que no quiere decir que no sean exigibles ni reclamables ante el Tribunal Constitucional. Con esto lo que se quiere resaltar es que para que su cumplimiento sea efectivo necesitan de leyes posteriores que le darán una eficacia práctica. No obstante la precedente afirmación, el desarrollo legislativo a nivel estatal y sobre todo autonómico es ya muy significativo y son muchos los aspectos exigibles, porque se encuentran recogidos por las leyes de desarrollo, antes referenciadas.

Dicho lo anterior hay que señalar que el artículo 50 tiene dos mandatos o preceptos significativos, a saber: la suficiencia de las pensiones y el establecimiento de una red de servicios sociales.

El primer mandato parece estar en vías de cumplimiento, sobre todo en los últimos años. Las pensiones se han universalizado y su revalorización está garantizada. Cuestión diferente es la suficiencia de su cuantía. De cualquier manera, los compromisos políticos ayudan a pensar que sobre este tema pueden existir cambios importantes, respetando siempre los derechos adquiridos. Existe el propósito de publicar una ley que reorganice y modernice el Sistema de la Seguridad Social[1].

Con relación al segundo precepto constitucional, se hace referencia a la garantía de un sistema universal de servicios sociales que tienda a conseguir las mayores cotas de bienestar en la población de personas mayores. El desarrollo de este precepto no ha sido simultáneo en todas las Comunidades Autónomas ni tiene el mismo grado de expansión. Aquí es preciso indicar que el camino que queda por recorrer es aún muy amplio. Indudablemente, el avance ha sido muy significativo, pero existen todavía infinidad de demandas sociales sin atender y aunque la mayor parte de los servicios están configurados e implantados, su grado de desarrollo no es total.

Conviene, por último, en relación con el tema constitucional no olvidar que existe una referencia clara al papel de la familia en la atención a las personas mayores. Cuestión ésta de suma importancia, y que comporta unos planteamientos jurídicos bien diferentes de aquellos que procedería tener si dicha referencia no existiese. Y todo ello desde el conocimiento de que el artículo primero de la Constitución nos dice que el Estado español es un Estado Social y Democrático de Derecho.

1. LA INCAPACITACIÓN Y LA TUTELA

Son instituciones que afectan muy especialmente al conjunto de personas mayores y dependientes, con mucha mayor dominancia que a otras franjas etarias. Es conveniente por tanto hacer referencia a ellas en primer lugar.

El constructo jurídico de la incapacitación y de la tutela es extremadamente obsoleto y cuesta adaptarlo a la situación real de las personas mayores con diagnóstico de demencia. Cuando se formularon las normas concretas a las que estas instituciones hacen referencia en el Código Civil se estaba pensando en personas con enfermedades mentales, muchas de ellas personas jóvenes (en aquel entonces las personas vivían muchos menos años y muy pocos se demenciaban por

[1] Ley que se ha publicado en el BOE el día 2 de agosto de 2011. Ley 27/2011 de 1 de agosto sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Entendemos que un análisis de la misma no corresponde a este capítulo.

patologías que tuvieran relación con la edad avanzada) y a pesar de las reformas posteriores, importantes muchas de ellas, el Código Civil no ha cambiado su filosofía. De ahí la importancia de la precisión que se acaba de hacer.

Con una filosofía predeterminada y un contexto que nada tiene que ver con la aplicación actual de la norma, se están tratando de resolver problemas nuevos, inexistentes en el momento de su publicación, y que por lo tanto no estaba en la mente del legislador solucionarlos. Y aunque se han hecho revisiones (no hay que olvidar la reforma postconstitucional de 1983) no contamos con una norma que se adapte a los tiempos actuales y que se haya hecho de principio a fin para la realidad social para la que se está aplicando, ni tiene en cuenta diversos factores colaterales que modifican sustancialmente el sentido finalista de la ley.

La estricta observancia de las leyes que favorecen a las personas dependientes es la mejor garantía de su reconocimiento como personas con dignidad y con valor. El deterioro, por muy agudo que éste sea, no denigra a la persona, jurídicamente hablando, ni tampoco desde el punto de vista moral, ni la hace menos persona, sino todo lo contrario. El que los ciudadanos cumplan las leyes que protegen a estas personas es de capital importancia para una sociedad democrática y respetuosa con la ley. Pero ello exige tener normas adaptadas a la realidad social.

Como muy bien dice Carlos Ganzenmüller, en la actualidad de las personas mayores se tiene mucho más temor a una enfermedad psíquica invalidante que a los problemas que conlleva una enfermedad de tipo físico. Porque perder la capacidad de decidir es perder la capacidad de vivir. Hay patologías, como la enfermedad de Alzheimer, que se han expandido considerablemente y que provocan este miedo a la falta de control de nuestra propia vida. Esto es algo nuevo para el ordenamiento jurídico. Y cuando se dice nuevo, se quiere decir que no existía con la misma intensidad en dos o tres décadas atrás.

Por si todo esto fuera poco se aprueba el 13 de diciembre de 2006 la Convención de Naciones Unidas para las personas con discapacidad, que libremente ratifica España (el 21 de abril de 2008, con entrada en vigor desde el 3 de mayo de ese mismo año) y que es de obligado cumplimiento en nuestro país, para lo cual se necesita hacer cambios importantes en el derecho positivo. Y cambios aún mayores de los que podríamos pensar.

La Convención da un vuelco total a la forma de entender la discapacidad. Hasta ahora todas las normas se basaban en un modelo médico o rehabilitador. La persona con discapacidad tenía un problema y había, en el mejor de los escenarios, que tratar de solucionarlo. La Conven-

ción da un giro de ciento ochenta grados y asume una mirada social, fundamentada en derechos y capacidades. Así, la discapacidad se nos dice que es un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social (preámbulo de la ley 26/2011 de 1 de agosto). Pretende la Convención afianzar el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por ningún tipo de motivo o causa. La humanidad es diversa y algún tipo de discapacidad existe en todas las personas, luego el punto de partida es **la igualdad dentro de la diversidad** (todos somos iguales y tenemos las mismas capacidades y derechos) y **la instauración de determinadas medidas de apoyo** que favorezcan la posibilidad de que todos podamos hacer el mayor número de actividades desde el universal principio de autonomía personal. Esta nueva visión de la discapacidad en general, y de las personas con discapacidad en particular va a dar lugar a fuertes cambios en el conocimiento científico, en la planificación de políticas y por supuesto en la legislación vigente.

Retomando el tema y ciñéndonos a lo vigente en la actualidad, la incapacitación no es más que la limitación o anulación de la capacidad de obrar de una persona. Esta limitación o anulación debe venir establecida por un juez competente. Ello se hace por la existencia de una enfermedad o deficiencia física o psíquica persistente que impida a la persona gobernar su vida por sí misma (Artículo 200 del Código Civil). En el mismo cuerpo legislativo se dice que nadie puede ser declarado incapaz si no es por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la ley (Artículo 199 del mismo texto legal). A la persona incapacitada se le nombra un tutor o curador que es el encargado de representarla legalmente o simplemente asistirla, según sea tutor o curador. El mismo Código Civil establece una serie de medidas a tener en cuenta para evitar cualquier perjuicio para la persona incapacitada (Artículos 259 al 275).

Conviene también reseñar que a la incapacitación y a todo su proceso se le empieza a conocer también, en lugar de procedimiento de incapacitación, como **procedimiento de modificación de la capacidad**, lo cual supone ya un efecto favorecedor del cambio que nos viene con la adopción de los criterios comprometidos en la Convención de Naciones Unidas.

La lentitud del proceso y la complejidad del mismo, entre cuya trama es muy significativo el hecho de que se hable de un juicio contradictorio formulado a instancia de parte (muchas veces formalizado por la propia familia, hija/o, nieto/a etc.) hacen del mismo algo, aparen-

temente, poco familiar, cercano y tuitivo para la persona y sobre todo para la familia que se ve en la obligación de iniciarlo y participar así en un acto responsable pero doloroso para la persona y la familia. Debería replantearse el juicio de menor cuantía y reconvertirlo en un juicio de jurisdicción voluntaria, que estuviera más acorde con la necesidad que se pretende paliar.

No obstante lo anterior, y volviendo de nuevo al sentido que la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/61/611) da a la personalidad en general, y al reconocimiento que hace de partida, al considerar que todo ser humano tiene plena capacidad jurídica, incluida la capacidad de obrar, parece claro que hay que ir estructurando una nueva concepción de la incapacitación en la que todos partimos de la misma capacidad, que siempre se presume (esto no es nuevo) y que siempre se mantiene (esto sí es nuevo) con independencia de que para el ejercicio de la misma se requieran determinados apoyos. **Establece la convención que la capacidad (incluida la que en nuestro Código Civil se denomina capacidad de obrar) se mantiene siempre, aunque se necesiten apoyos para su ejercicio.** La Convención entiende la capacidad jurídica como un todo inseparable. El apoyo a esas personas puede venir determinado por una persona o por un conjunto de medidas que necesitan usarse ocasional o indefinidamente. Aun en el caso en el que la persona necesite apoyo total, la persona que se lo preste debe respetar el ejercicio de la capacidad residual en la medida de lo posible y en la dirección de sus deseos. Se suprime así el efecto sustitutorio de la tutela, ya no hay nadie que sustituya la voluntad de la persona sino alguien que apoya al que decide y lo apoya en la medida en que sea necesario.

La Convención unifica la capacidad jurídica y la capacidad de obrar como algo inseparable y reconoce a la persona con discapacidad como persona plena jurídicamente hablando y con posibilidad de ejercer todos los derechos. Para ello, a veces, requerirá el apoyo y la tutela del Estado y la adaptación de las leyes a este precepto. Es importante conocer que ésta ha sido una de las cuestiones más debatidas en la formulación de la Convención. Y lo sigue siendo.

La toma de decisiones va a estar siempre del lado de la persona, le pertenece en exclusiva, con independencia de los apoyos, que no se cuestionan y que pueden ser de diferente índole. Dice textualmente el artículo 12 de la Convención que los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida.

Supone esta nueva concepción una idea esencialmente diferente de la capacidad de obrar de las personas, como algo consustancial al ser humano y cualitativamente inalterable durante toda la vida. Lo que podría establecer un juez no es la privación de la capacidad y su sustitución por una institución tutelar, como sucede ahora, sino la necesidad de apoyos, para que el propio sujeto de una u otra forma pueda seguir en el ejercicio de dicha capacidad, que le es inalienable. Pasaríamos así de **un sistema sustitutorio** a un **sistema de apoyos.**

Además los Estados que han ratificado la Convención deben desarrollar normas que avalen su contenido y por ahí iría el futuro de esta institución. Bien es verdad que esto no se consigue de forma rápida, pero es la nueva mirada de la incapacitación que en modo alguno debe olvidarse. Por estos cauces deben discurrir los desvelos de los próximos años a fin de conseguir una legislación que sepa encajar bien todas estas piezas en aparente disconformidad con la propia realidad de los hechos.

Recientemente, en relación con la incapacitación se ha legitimado al presunto incapaz a promover su incapacidad, ante la sospecha de la cercanía de la misma, y cuando aún puede legalmente hacerlo, modificando así el artículo 757.1 de la ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Consecuentemente, las instituciones tutelares deberán bajar de rango jurídico y asentarse en su función de complemento, de apoyo, y de ayuda, en definitiva. Todo esto será de gran utilidad para las personas mayores, que con toda seguridad van a necesitar apoyos en etapas normalmente cortas de su vida y que van a ver implementado el reconocimiento de su autonomía personal. Al propio tiempo la tutela efectiva de los jueces deberá ser más constante y permanente allá donde se necesite. Las medidas de apoyo deben ser más precisas, evitar conflictos, ser mucho más proporcionadas, garantizar la igualdad con el resto de los ciudadanos y durar el tiempo mínimo necesario.

Mientras no se produzcan los cambios necesarios, llegar a determinar quién es la persona idónea para ejercer mejor la tutela y proceder a su nombramiento es tarea ardua para los juzgados, pero debe haber un esfuerzo para conseguirlo y por supuesto no puede ser buena práctica con carácter general recurrir a la prelación que se hace desde el Código Civil. A veces un familiar no es el tutor adecuado. De ahí que cada vez sea más frecuente recurrir a las fundaciones tutelares de personas mayores, que suelen existir en las diferentes demarcaciones territoriales de las Comunidades Autónomas y que pueden tener carácter público o privado.

En estos días, acaba de publicarse la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Siguiendo las instrucciones del Acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de marzo de 2010, que encomienda a diversos departamentos ministeriales el impulso de las reformas comprometidas en tal acuerdo, la ley modifica, entre otras, las siguientes leyes: Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre propiedad horizontal, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 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, Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida, Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. LA AUTOTUTELA

La autotutela se incorporó recientemente al Código Civil, con la Ley 41/2003 de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil. Reforma concretamente los artículos 223 y 224 del Código Civil, y no es más que el anticipo a la decisión que pudiera tomar el juez, en el caso de que alguien se vea inmerso en un proceso de incapacitación y tutela. Por esta disposición la persona, en plena capacidad, nombra tutor, establece órganos de control o fiscalización de la tutela, y el modo de ejercitarla, así como otras disposiciones sobre su persona y bienes. El segundo párrafo del 223 del C. C. dice textualmente: «Asimismo cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor».

También puede contener disposiciones negativas, fijando qué personas no queremos que sean nuestro tutor. Es conveniente designar varios tutores, estableciendo una prelación, por si llegado el momento alguno de ellos ya no estuviera en condiciones de ejercer esas funciones.

La autotutela supuso un buen paso adelante en todo el proceso de incapacitación y *un predominio de la autonomía personal, al poder determinar quién queremos que nos sirva de apoyo,* como tutor, no dejando esta cuestión tan importante en manos de jueces, a veces, con

pocos medios para determinar la persona más idónea en relación con la salvaguarda de los derechos del incapacitado.

Sobre esta institución conviene insistir en su fortalecimiento a través del uso máximo de la misma, ya que como hemos dicho supone establecer la hegemonía de la voluntad en detrimento de la potestad facultativa sustitutoria del juez. Cualquiera que sea el rumbo de la legislación futura, tendrá una gran importancia, lo mismo si se trata de nombrar un tutor o una persona de apoyo total o parcial para determinadas actuaciones. Dejar prefijadas nuestras preferencias y nuestra prelación en un tema de tanta importancia es fundamental. La labor todavía pendiente a día de hoy no es otra que la de divulgar el conocimiento de esta institución entre el colectivo de personas mayores, más allá de los grupos pequeños que ya la conocen y hayan hecho uso de la misma.

El artículo 1732 del Código Civil, reformado recientemente, establece que la incapacitación judicial del mandante, sobrevenida al otorgamiento del mandato, no sea causa de extinción de éste, por lo que puede continuar con validez legal lo establecido en un documento de autotutela, siempre que éste haya ordenado que esta circunstancia no acabe con su mandato, todo ello con independencia de lo que el juez pueda establecer, a la vista de las circunstancias que concurran en el momento de constitución de la tutela.

Con independencia de los cambios que la Convención pueda depararnos, es conveniente insistir en que debe publicitarse más el conocimiento de estas instituciones (incapacitación, tutela, curatela y autotutela), dado que si no se usan más, a pesar de lo eficaces que puedan ser, es por mero desconocimiento de lo que realmente son y de lo que pueden hacer en favor de la prevalencia de nuestros propios derechos.

El Guardador de Hecho, junto con el tutor, el curador y el defensor judicial cierran el cuarteto de las instituciones tutelares en el ordenamiento jurídico español actual. Es la institución a la que se acogen la mayor parte de las personas que ven disminuidas sus facultades mentales. Y ello porque es a la que se ven abocados si no hacen nada. Así que a ella podríamos decir que se llega por defecto. Es una situación fáctica, pero no es la única ni la principal situación fáctica reconocida como tal por el ordenamiento jurídico vigente y con suficiente garantía de eficacia. Así, la guarda de hecho es una institución tutelar mínimamente regulada en el Código Civil por la que se protege a la persona y los bienes del presunto incapaz sin mediar mandato alguno por parte del presunto incapaz ni por parte del juez, ya que la persona no ha sido incapacitada.

Es una realidad de hecho que funciona al margen del juzgado pero a la que llegan la mayor parte de las personas mayores que tienen algún tipo de demencia, sobre todo en los primeros estadios de la enfermedad.

La Ley de reforma de la tutela de 1983 dejó los actuales artículos 303, 304 y 306 del Código Civil con el contenido que hoy tienen. Una regulación poco afortunada y de escaso contenido, pese a que se considera una institución muy útil. La regulación, al propio tiempo, puede resultar equívoca, por lo que la recomendación oportuna, para el futuro inmediato en este apartado, no puede ser otra que una perfecta regulación de la guarda de hecho, regulación que debe formalizarse teniendo en cuenta las directrices de la Convención. Esto podría dar solución a innumerables cuestiones, sobre todo de tipo patrimonial en relación con las personas que empiezan a no tener control real de su propia situación y patrimonio y que carecen de capacidad de autogobierno.

La constatación de la existencia misma de esta institución es realmente dificultosa, lo cual no deja de producir una inseguridad jurídica apreciable, y los efectos jurídicos de los actos que se realizan por y para el mayor beneficio del presunto incapaz pueden ser asimismo cuestionados con relativa facilidad. Por último la falta de contacto del protector, cuidador o guardador con el juez o fiscal para ser asesorado en aquellas cuestiones más dificultosas aumenta considerablemente las posibilidades de error, ya que la buena fe no es siempre suficiente.

Así pues, debería haber un mayor conocimiento de esta institución jurídica por parte de las personas mayores, un mejor aprendizaje de lo que realmente significa y un reforzamiento por parte de este colectivo de la necesidad de una mejor regulación que ayudaría mucho a todos, legisladores, jueces, fiscales y por supuesto personas mayores, ya que partimos de la eficacia de la misma, porque contribuye a la normalización y aporta agilidad y reconocimiento a las capacidades residuales efectivas de las personas mayores, evitando el paso drástico del ser o no ser que lleva implícita la incapacitación.

3. LOS DERECHOS EN EL CASO DE INTERNAMIENTO EN UN CENTRO RESIDENCIAL

El Internamiento en Centros Residenciales, o en hábitats residenciales en los que existe un cierto control o restricción de entradas y salidas, está regulado por el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que dice que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de de-

cidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada por el tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. Una regulación similar tenía el derogado artículo 211 del Código Civil.

El cumplimiento exhaustivo de esta norma y el incremento de inspecciones en las residencias, tanto públicas como privadas, sería un *desideratum* prioritario para los próximos años, que no debería perderse de vista. No podemos olvidar que se trata, como siempre que de legislación se habla y como siempre que está en juego el cumplimiento de los derechos fundamentales de la persona, de una cuestión de la máxima responsabilidad. Al fin y al cabo está en juego el cumplimiento del artículo 17 de la Carta Magna, «Nadie puede ser privado de la libertad sino en los casos y en la forma previstos en la ley».

Es discutido y discutible tanto la aplicación del 763 de la ley anteriormente mencionada como la interpretación del artículo 17 de la Constitución. Pero hay que convenir en que la mayor parte de la doctrina y la jurisprudencia se atiene a una interpretación estricta de la norma en aras a defender determinados abusos que conllevan la quiebra de algún derecho fundamental.

El artículo mencionado no sólo afecta a los recluidos en instituciones penitenciarias sino también a enfermos psiquiátricos y por analogía y extensión a personas mayores con deterioro cognitivo, aunque no sean equiparables. Al menos eso es lo que piensan la mayor parte de los jueces. Lo que siempre había sucedido de forma generalizada, que los padres fueran ingresados en una institución cerrada sin más requisitos que la decisión de sus hijos o personas de su familia encargadas de sus cuidados, por presumir la buena intención de los hijos o familiares, ha sido puesto en tela de juicio, especialmente por el Ministerio Fiscal, ante la tozudez de la propia realidad, preocupado por la protección de las personas mayores con demencias de cualquier tipo, y en estricta interpretación de la norma anteriormente referenciada.

La aplicación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no se viene aplicando sin opiniones en contra, argumentando que no son situaciones asimilables. Si esto es así, tenemos otro gran reto a la vista: regular de manera adecuada y de forma singular este tipo de ingresos y no aplicar la norma general. En todo esto lo que sí parece meridianamente claro es que existe limitación de las posibilidades de movimiento y en definitiva limitaciones claras de la libertad individual, basadas en peligros a veces reales, a veces supuestos, o al menos peligros repli-

cados por medidas exageradas que vulneran derechos explicitados en la Constitución Española.

En relación con este tema, un auto de la Audiencia Provincial de Toledo, recogido en un capítulo del libro «Diez temas jurídicos de Portal Mayores», de J. de Martí, dice textualmente lo siguiente: «Así, si se exige autorización judicial para ingresar a un paciente que tiene un trastorno psíquico, con mayor motivo se exigirá para internarlo si no lo tiene. Así siendo exigible para un internamiento con finalidad curativa, temporal o provisional y necesario en un centro de carácter psiquiátrico, con mucho mayor motivo resulta exigible si ese internamiento no es necesario sino sólo conveniente para quienes cuidan de la persona, y si se hace sin finalidades curativas sino asistenciales y con carácter indefinido, y en lugar de un centro psiquiátrico, en una residencia. Este fragmento de un Auto de la Audiencia antes referenciada efectúa una toma de posición clara».

Existe la situación dilemática, y puede ser cada vez más controvertida, de que hay residencias abiertas y cerradas, y eso puede llegar a ser cierto, sobre todo si la renovación del concepto residencia sigue prosperando y la idea de un nuevo tipo de residencia más normalizada llega a generalizarse, pero, hoy por hoy, parece clara la idea que Manuel Aznar manifestó en su día con gran acierto, en su documento «Internamientos civiles», diciendo que no hay residencia de régimen abierto o cerrado, sino personas que viven en una residencia en régimen abierto o cerrado. A esto añadiría que la razón para que esas personas vivan en uno o en otro régimen, puede ser tan aleatoria como la voluntad de sus familiares, de su cuidador profesional, la climatología, la ubicación del centro y un largo etcétera de razones donde caben las bien y las mal intencionadas. Todo ello nos afianza más en la necesidad de un extremo rigor en la supervisión de estos ingresos, en la necesidad de aceptar que cuando un ingreso residencial se produce, se merma de una y otra forma la libertad de las personas, y esto más allá de la normal limitación que pueda llevar pareja la afectación patológica de una determinada enfermedad. Añadamos a ello que los ingresos suelen ser, casi siempre, ingresos de por vida.

La solución del dilema entraña cuando menos serias dificultades; parece claro que un ingreso debe ser siempre con el consentimiento de la persona mayor, pero si tenemos en cuenta el espíritu de la Convención de Naciones Unidas, mucho más. El consentimiento debe ser expresado con la suficiente claridad, debiéndose tener en cuenta incluso las manifestaciones realizadas al respecto en momentos anteriores de mayor capacidad.

Por otro lado, el problema de **las sujeciones** no puede ser un recurso continuado ni permanente, pero a veces es el único recurso posible

a una situación extrema y esto nos aboca a una situación sin salida. De ahí que repensar estas situaciones y ofrecer soluciones alternativas debería ser un reto de futuro próximo, exigible a los políticos-legisladores. No nos equivocamos si decimos que están en juego derechos de gran importancia cuya vulneración puede afectar al equilibrio personal, afectivo y convivencial de la persona mayor y que no se puede dejar a la interpretación de un juez, por mucha garantía que ello pueda ofrecernos. Debería propiciarse una remodelación clara e inequívoca al respecto.

El tema de las Sujeciones, ya sean éstas físicas o químicas-farmacológicas, y ya se produzcan en ámbito residencial o en el propio domicilio, no es para dejarlo en el olvido, hay que dedicarle tiempo y racionalidad. La seguridad de no correr ningún riesgo con las personas mayores que padecen determinadas patologías lleva a extremos que cercenan seriamente la libertad de las personas mayores, y por qué no decirlo, llegan incluso a atacarlas en la propia esencia de su dignidad personal. La seguridad está al servicio de la persona, y no al revés. La seguridad no puede hacer de la vida de la persona mayor algo indigno. Correr determinados riesgos es consustancial con la propia idea de vida y esto no puede ser ajeno a las personas mayores.

La normativa es clara, pero el cumplimiento de esa normativa falla en muchas ocasiones y es una de las cuestiones de mayor importancia legal y que exigirá un mayor número de horas de reflexión en orden a conseguir que la ley se cumpla y que haya sanciones significativas para quien intencionadamente no la acate.

Se abre aquí una línea de trabajo importante para el futuro, máxime si tenemos en cuenta que España es uno de los países en donde más abundan este tipo de medidas dentro de la Unión Europea. Este tipo de actuaciones choca más frontalmente con el artículo 17 de nuestra Constitución que el propio ingreso involuntario en un centro, y mientras se siga abusando de las sujeciones, no se podrá bajar la guardia en la defensa de los derechos humanos de las personas mayores y tendrá que ser un tema de constante preocupación tanto para las Administraciones Públicas como para la gestión privada.

4. DERECHOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

a) Confidencialidad

Existe un grupo de derechos relacionados con lo que se conoce como ámbito sociosanitario y que tienen capital importancia para la autoestima y el normal funcionamiento de la vida de las personas mayores.

La salud preocupa y ocupa una gran parte del tiempo de las personas mayores y sentirse libre en el ejercicio de sus derechos en este ámbito es absolutamente necesario. Todo lo relacionado con la salud y con lo sociosanitario es de especial valor para las personas mayores. La propia Constitución, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y determina que es a los poderes públicos a quien compete tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Para esta organización se promulga la Ley 14/1986 General de Sanidad.

De una u otra manera hay, a priori, dos grupos de derechos relacionados con el ámbito sanitario y sociosanitario de las personas mayores. Uno que tiene que ver con todo lo que se conoce en derecho y en bioética como «derechos relacionados con la Confidencialidad» y otro con «la información y el Consentimiento Informado en el ámbito sociosanitario». Estos derechos pueden ser considerados derechos «raíz», pues constituyen la razón de ser de otros muchos derechos que son como el soporte del que cuelgan otras garantías más concretas con regulación más específica.

Empezando con la **confidencialidad,** hay que decir que es un derecho que concierne a la persona, cualquiera que sea su estado de salud física o mental, y su importancia no deja lugar a dudas. De la confidencialidad cuelgan **el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.** Parece oportuno empezar por lo que dice la Constitución Española de 1978 y que textualmente habla en su artículo 18 de que «Se garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen».

Son varios los puntos de la Carta Magna en los que se hace referencia a este tema de manera indirecta. Así, el artículo 20.4 hace referencia a que los derechos reseñados en el propio artículo (libertad de expresión entre otros) tienen su límite en el respeto a la intimidad personal. El artículo 105 del mismo texto constitucional también determina que el acceso de los ciudadanos a los archivos y registros administrativos tendrá siempre en cuenta el derecho a la intimidad de las personas. Posteriormente, la Ley Orgánica 1/82 de 5 de mayo de Protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, dice en su artículo 7.4, que se considerará intromisión ilegítima la revelación de datos privados de una persona conocidos a través de la actividad profesional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos dice en su artículo 12 que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su propia vida privada, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques a su

honra o reputación. Toda persona tiene derecho a defenderse de tales ataques o injerencias.

En similares términos se manifiesta el Convenio de Oviedo y más directamente relacionado con ello está la Ley 1/1982 de 5 de mayo, sobre derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen, ya mencionada.

Se puede definir la confidencialidad como actitud u obligación moral y legal de silencio o secreto que exige el dato íntimo o privado. También puede definirse como la obligación del profesional de mantener en secreto cualquier información proporcionada por el paciente o cliente, no pudiendo ser revelado a un tercero sin permiso específico.

Existe y ha existido cierta dificultad para definir con claridad las diferencias que conllevan los términos, confidencialidad, intimidad o privacidad. Sin ánimo de entrar con mayor profundidad en este tema, parece generalizado el uso de la confidencialidad con carácter más amplio, mientras que la privacidad y la intimidad están más concatenados y son más concretos, refiriéndose el primero a lo que no debe ser conocido de una persona sin permiso específico de la misma, y la intimidad a aquellos datos muy reservados que sólo están al alcance de un grupo muy reducido de personas del propio entorno, de tal manera que todo lo íntimo es privado pero no al revés, y por otro lado todo lo íntimo y privado es confidencial.

Este conjunto de derechos relacionados con la confidencialidad están desarrollados en dos leyes fundamentales con bastante precisión (la Ley 1/1982 de 5 de mayo de derecho al honor a la intimidad personal y familia y a la propia imagen y la Ley 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal y familiar). Lo que hay que pedir en el ámbito profesional de trabajo con las personas mayores y personas dependientes es su estricta observancia, porque como pasa con otros temas anteriormente referenciados, la aplicación y el cumplimiento de la ley deja mucho que desear y el desconocimiento de este tipo de derechos ampara en ocasiones a profesionales y familiares que no cumplen con él.

Con independencia de lo referenciado, todo ello relativo al derecho positivo, existen normas de tipo ético y deontológico que deben ser tenidas en cuenta y que tienen gran importancia en la aplicación práctica de este derecho, sobre el que, además de un reconocimiento teórico, se va haciendo necesaria, cada vez más, una certera precisión de contenidos.

El reconocimiento de estos derechos coincide, cronológicamente hablando, con el nacimiento de todos los derechos personales. No se debe olvidar que tienen su origen en el auge de la burguesía y que se

reclaman como una aspiración social que en principio sólo correspondía a muy pocos.

Con carácter general, la Ley Orgánica anteriormente citada (L.O. 1/82 de 5 de mayo) enumera una serie concatenada de supuestos de intromisión expresamente prohibida en la propia ley. De ellos se tratará más adelante.

Desde el punto de vista ético y legal la base o el soporte en el que se asientan estos derechos no es otro que el reconocimiento de la propia dignidad humana, así en la Declaración Universal de Derechos Humanos formulada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, se establece en su primer artículo que «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia, han de comportarse fraternalmente los unos con los otros». La proclamación de la dignidad de la persona, y del mismo grado de dignidad en todas las personas, nos vale como presupuesto clave para entender que no hay razón posible de discriminación en este sentido. Por el mero hecho de ser persona todos tenemos la cualidad jurídica de la personalidad, y de ésta se deriva expresamente la dignidad personal. A su vez, y de ahí se derivan una serie de derechos de los que la persona es único titular, y entre ellos ocupan lugar preferente los derechos a los que nos estamos refiriendo. Asimismo, como consecuencia del artículo 8 de esta Declaración, se reconoce y auspicia el derecho efectivo a poder recurrir ante los tribunales nacionales cualquier atentado contra actos que violen los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución. Por último, y siguiendo con esta declaración programática, el artículo 12 señala que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en la propia vida privada, en su familia, en su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación. Así, toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques. Se defiende aquí el derecho subjetivo a la intimidad y al honor y obliga a los Estados a defenderlo de los posibles, usando sus propias palabras, ataques o injerencias.

En muy similares términos se defienden estos derechos desde el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1950).

Se debería por tanto en una sociedad más avanzada y con una cierta experiencia en atención a personas mayores tener presente el cumplimiento real y efectivo de lo que estos derechos tratan de preservar y proteger.

Como conclusión general, cada Estado debe velar por la protección de la esfera más personal y privada de cada ser humano en su doble faceta, interna y externa (intimidad personal y honor). Eso es lo que vienen a proteger esos derechos. No obstante estamos ante derechos subjetivos que acompañan a todo ser humano pero que no son absolutos, ni mucho menos. Tienen limitaciones. Unidas a su reconocimiento suelen ir las restricciones necesarias que se derivan de hechos tales como el bien general, la seguridad estatal, la salud pública y, por supuesto, como no podía ser de otra manera, los derechos de información y comunicación.

Dentro de lo que se conoce como confidencialidad, y tal y como hemos dicho anteriormente está el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen por un lado, y por el otro el derecho a la protección de datos de carácter personal y familiar. Estos derechos son distintos entre sí y vamos a definirlos siguiendo el sentido general que el profesor Díez Picazo les otorga. Así, el honor, la intimidad personal y la propia imagen tienen connotaciones diferenciadas que conviene tener en cuenta. **El honor** hace referencia a aquello que tiene que ver con la estimación de la persona en y por la sociedad, y contribuye a configurar el «status» social que cada uno tiene. **La intimidad** es aquella esfera secreta y reservada de la persona que nos es extremadamente propia y que debe ser protegida contra las intromisiones ajenas. **La propia imagen** tiene que ver con la posibilidad de poder decidir acerca de la reproducción de nuestra imagen personal en determinados medios, así como su divulgación y exposición. Deben quedar, pues, bien claras las diferencias existentes a nivel teórico.

En relación con el derecho que nos ocupa, la Ley Orgánica, ya mencionada, de 5 de mayo de 1982, en su artículo 1º. 3, dice textualmente: «El derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen es irrenunciable, inalienable e imprescindible», por lo que la renuncia expresa a estos derechos será nula.

Retomando la casuística a la que anteriormente nos referíamos, se puede afirmar que la ley prohíbe la colocación de aparatos de escucha u otros dispositivos de filmación, grabación o reproducción de la vida más íntima de la persona en general. La ley también considera ilegítimos los medios que se puedan emplear para el conocimiento de la vida íntima de las personas o para la apertura de cartas o documentos privados, así como su reproducción. La ilegítima intromisión, la divulgación de hechos de la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación o buen nombre, está totalmente vetada por esta

ley cuando se han conocido por, o como consecuencia de, la actividad laboral.

A mero título de ejemplo, estos hechos no suelen ser ajenos al desarrollo de la vida normal de las personas con deterioro cognitivo, tanto si están atendidas en casa como si están hospitalizadas o se encuentran en una institución residencial. La utilización de la voz o la imagen, así como fotografías, sin permiso, está asimismo recogida como una forma ilegítima de intromisión. Sin ánimo de mayor abundamiento ni reiteración, es preciso insistir en la necesaria autorización, por quien pueda darla suficientemente, para la utilización de la imagen en cualquiera de sus posibles formas.

Dentro de lo que se viene llamando confidencialidad está también la Protección de datos de carácter personal y familiar que veremos a continuación.

b) Protección de datos de carácter personal

Se consideran datos de carácter personal aquellos que facilitan una determinada información relativa a una persona identificable. Si esta información hace referencia a la salud o enfermedad serán datos sanitarios.

Son muchas las recomendaciones a nivel internacional que contienen preceptos relativos a la salvaguarda de este tipo de datos. Entre otras disposiciones, la directiva del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, en la que se habla expresamente de estos datos, y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre sobre protección de datos de carácter personal pueden servirnos de referencia en este tema. La propia ley, en su artículo primero, dice expresamente que tiene por objeto la garantía y protección de todo lo relativo al tratamiento de datos personales. Con esta ley está claro que lo que se quiere proteger es la intimidad de las personas, consciente el legislador de que son derechos jóvenes que tienen todavía un amplio recorrido y que quizás no haya una conciencia social muy afianzada todavía de defensa de los mismos.

Los datos de carácter personal no podrán usarse nunca para fines incompatibles con aquellos para los que hubieran sido pedidos. Cuando dejen de ser necesarios para aquello para lo que se pidieron, deberán cancelarse (Artículo 4º de la Ley 15/1999).

Muy directamente relacionado con lo anterior está de alguna manera lo que conocemos como secreto profesional, que se encuentra regulado en la Ley Orgánica 1/1985 sobre el derecho al honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen. Su regulación es indirecta pero

clara, cuando habla de que no se puede revelar todo aquello que se haya conocido por razón o como consecuencia de nuestra profesión. También está recogido en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Asimismo el Código Penal establece un tratamiento especial, agravado, para el profesional que quebrante este tipo de secreto.

Todo esto vale para remarcar de manera suficiente la gran importancia que el respeto a la intimidad personal, al honor y a la propia imagen, la protección de datos y el secreto profesional, tiene para todos y especialmente para las personas mayores, que pueden ser mucho más vulnerables. Y vale también para que en el ámbito de atención a las personas mayores, bien sea éste sanitario, sociosanitario o asistencial, se tenga mucho más en cuenta su estricto cumplimiento, ya que son muchas las declaraciones de todo tipo y desde diferentes ámbitos que nos dejan ver el incumplimiento más o menos grave de este tipo de derechos.

c) La información, el consentimiento informado y las instrucciones previas

El otro gran grupo de derechos que tienen cierta incidencia en el ámbito sociosanitario y que afectan directamente a las personas mayores es el que hemos denominado como «Información y Consentimiento Informado». A esto habría que añadir también las Instrucciones Previas o Testamento Vital, que no es sino una delación del consentimiento informado.

Este grupo de derechos aparece en la actualidad de manera más ostensible en el panorama general, como consecuencia del auge del principio ético y legal de la autonomía personal. La incorporación de este principio al mundo de la bioética, y la asunción del mismo como algo hegemónico, ha cambiado la mentalidad de muchas de las relaciones que estaban perfectamente establecidas de otro modo desde muchos siglos atrás. Así, en el ámbito sociosanitario el paciente o cliente, a la hora de tomar decisiones, es lo realmente importante y significativo, cesando en esa función el profesional sanitario que es quien durante siglos lo venía haciendo.

Este cambio de mentalidad se plasma de manera contundente en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente. El propio título de la ley habla de la importancia de la hegemonía de la propia voluntad. Esta ley, entre otras afirmaciones, dice que toda actuación en el ámbito sanitario requiere el previo consentimiento del paciente. Y también dice que el paciente o el usuario tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las

opciones clínicas disponibles. Existe también la opción de negarse al tratamiento. Todas estas afirmaciones hechas en el ámbito sanitario son perfectamente aplicables en lo sociosanitario y en lo social.

Todo ello no hace sino destacar la suprema importancia de la autonomía personal. Esta y no otra cuestión es la base de los derechos que contiene este apartado, al que hemos denominado Información y consentimiento informado.

La información es básica y previa al consentimiento informado. La ley anteriormente referenciada dice claramente que el consentimiento debe obtenerse después de que el paciente haya recibido la información adecuada y más adelante (artículo 8) reitera que toda actuación en el ámbito de la salud necesita consentimiento informado libre y voluntariamente expresado por el afectado, una vez recibida toda la información y valoradas las opciones propias del caso.

La información debe hacerse al paciente o persona en quien haya delegado o si se trata de una persona incapacitada, a su tutor o curador o guardador de hecho en su caso, y debe hacerse de forma adecuada, en lugar adecuado y de la mejor manera posible. La información tiene que ser suficiente, cada uno admite una cantidad de información sobre determinados temas y en determinado tiempo y todo ello requiere el manejo de una técnica que en ocasiones no acompaña al profesional sanitario o sociosanitario. De ahí la importancia de una buena preparación para poner las bases adecuadas del consentimiento informado.

En relación con lo anteriormente dicho, y de especial aplicación a las personas mayores, es destacable lo que dice el artículo 5.2 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía del paciente: «El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal». Después de la Convención de Naciones Unidas, este artículo adquiere un especial relieve y convendría decir que el paciente, cliente o usuario debe ser informado siempre, porque de alguna manera tiene que tomar su propia decisión o participar en la misma en la medida de lo posible, salvo en el caso de declinar tal cometido a otra persona de su confianza. Si de persona con discapacidad total y absoluta se tratara, habría que tomar esa decisión contando con lo que serían sus preferencias.

Según el profesor Javier Elizari, la teoría del consentimiento informado nace como defensa ante el auge de alguno de los siguientes factores: el sentido de la libertad que invade toda la vida, el movimiento de los derechos humanos, el desarrollo de los derechos del consumidor, la importancia creciente de la investigación y la defensa ante los abusos

cometidos en investigación. Aunque bien es verdad que el consentimiento informado se aplica muy especialmente al ámbito de la ética médica, tiene aplicación también en la ética social, como ya se ha dicho.

Comprende dos exigencias básicas: informar y obtener la adhesión libre de la persona. Con reiterada frecuencia, llevados por lo que consideramos bueno para los intereses generales o para nosotros mismos, nos olvidamos de esta exigencia y de la libertad que la persona mayor tiene o debe tener para decidir ante una situación trascendente. No siempre lo bueno para uno es asimismo bueno para otro.

El deber de informar está ligado a la dignidad personal, como en los derechos relativos a la confidencialidad, de ahí el enorme cuidado que tenemos que tener ante esta exigencia. Supone un cambio en la relación clínica o asistencial, que trata en definitiva de evitar conflictos y dar seguridad a las relaciones que deben existir entre paciente o cliente, o profesional sanitario o asistencial.

Esencialmente, el consentimiento informado es un proceso en el que debe haber información adecuada, libre, sin coacciones, información comprensible, entre personas capaces o sus representantes legales y todo ello para llegar a la toma de decisiones. Debe quedar claro que se habla de un proceso, algo continuado, no es un acto único, aunque puede serlo, pero de cualquier modo es un acto que debe tener un previo y una confirmación posterior. En este proceso se da la información adecuada, siempre veraz, aunque no sea completa, se hace de forma comprensible, y se afianza esa comprensión, cuando de personas mayores se trata, con la repetición si hubiera lugar, y se hace entre personas capaces para llegar a la toma de decisión por parte de la persona mayor.

La manifestación de voluntad o la decisión no siempre tiene carácter absoluto. Existen excepciones recogidas en la ley y solamente a título de ejemplo se resalta que la principal excepción es la de aquel que no quiere ser informado. El derecho a la no información es tan válido como el derecho sustantivo de recibir información y debe respetarse, aunque en este caso la persona que renuncia debe mandatar a alguien para que sea su interlocutor.

Así, para la aceptación de cualquier tratamiento o terapia existe la obligación de que la persona mayor comprenda adecuadamente, por cualquier medio, e incluso usando varios medios, qué es lo que se quiere hacer, qué objetivos se marcan y qué medios se van a emplear para la consecución del fin propuesto.

El consentimiento informado es el instrumento indispensable para un buen funcionamiento de cualquier relación ya sea ésta de tipo sanitario

o asistencial, y debe ser también la forma normal de actuar en el ámbito familiar. Cualquier actuación con una persona mayor debe tener el visto bueno de la misma.

La relación clínica o asistencial pasa así a ser una relación mucho más contractual que paternalista o benevolente, como ha sido hasta fechas muy recientes. La relación basada en el consentimiento informado, como su propio nombre indica (consentir = *sentire cum*) está basada en una búsqueda común de aquello que es más interesante para el que recibe el tratamiento o la prestación de servicios. Es un derecho para el paciente y un deber para el profesional.

Desde que se empezara a hablar de consentimiento informado, en la primera mitad del siglo pasado en Estados Unidos, ha ido en creciente aumento y todos los documentos internacionales firmados por la mayor parte de los Estados, entre los que figura el Estado español, no hacen sino poner de manifiesto, como muy bien explica Sánchez Caro, que nuestras leyes internas han apostado decididamente por la construcción de la relación clínica y asistencial alrededor del respeto máximo a la voluntad de las personas, y en nuestro caso, de las personas mayores.

5. INSTRUCCIONES PREVIAS O TESTAMENTO VITAL

La 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, de la que se viene hablando, recoge en su artículo 11 las **instrucciones previas**, por lo que al menos desde el punto de vista formal, parece, terminológicamente hablando, la opción más adecuada para identificar este tipo de documentos. Con independencia de lo anterior hay que constatar que su nombre más generalizado es **testamento vital.**

El artículo 11 de la referenciada ley dice que es «el documento realizado por una persona mayor de edad, capaz y libre, por el que manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo». El otorgante del documento, sigue diciendo el artículo 11, puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas».

Con independencia de la terminología sanitaria del artículo, hay que recordar que su aplicación se extiende asimismo al ámbito asistencial.

La persona en cuestión es preciso que sea mayor de edad, y tenga capacidad para entender un documento de estas características y voluntad de realizarlo libremente. Las diferentes Comunidades Autónomas han desarrollado normas que regulan las instrucciones previas y a las que han dado diferentes nombres y recogen los requisitos a tener en cuenta para que éstas sean válidas. Normalmente es un documento que se hace de forma escrita. La normativa en las Comunidades Autónomas es tan dispersa que ni en la denominación hay acuerdo, mucho menos en los requisitos exigibles para que éstas sean válidas. La propia ley estatal ve la luz cuando ya existían leyes autonómicas al respecto en vigor.

Hay que reconocer que no tienen muy buen cartel, en líneas generales, y que están rodeadas de algunas críticas, que no se van a analizar aquí, por no ser el lugar adecuado, pero que es preciso tener en cuenta, dado que en algunos países han empezado a ser reemplazadas por otro tipo de documento más ágil y más específico que se rellena incluso a pie de cama y que suele ser muy efectivo al menos en el contexto sanitario. Ello no es óbice para que se siga creyendo que las Instrucciones previas tienen una eficacia importante.

Aunque teóricamente es un documento correcto, se asienta sobre hipótesis, por lo que no es lo mismo tomar una decisión sobre una hipótesis y a gran distancia temporal que sobre una realidad y a corto plazo.

Las instrucciones previas constituyen una disposición libre y voluntariamente expresada, oral o escrita, que informa al médico o responsable de los cuidados personales o asistenciales, sobre qué tratamientos o cuidados desea o no recibir, en previsión de que llegado el momento se encuentre imposibilitado para ejercer este derecho.

Aunque no siempre se requiere, es un documento que se suele hacer notarialmente y que puede lógicamente revocarse. Asimismo puede inscribirse, a veces es obligatorio, en un registro autonómico o estatal de instrucciones previas y su contenido no podrá ser contrario a la ley ni enfrentarse más o menos directamente a lo que se conoce como *lex artis* o *buena práctica*. Puede también el otorgante del documento nombrar en las instrucciones previas un representante para que decida por él y sirva como interlocutor en orden a conseguir el mejor cumplimiento de las mismas.

Esta declaración, recogida en las instrucciones previas, prevalecerá sobre la opinión y las posibles indicaciones que efectúen los familiares.

Como conclusión a lo expuesto hay que reconocer la importancia de este tipo de documento, que facilita enormemente la realización de aquellas actuaciones médicas o asistenciales que acompañan a la persona al final de su vida y que de otra manera quedarían a la libre op-

ción de terceras personas. Asimismo, hay que difundir la utilidad de este instrumento y generalizar su uso en aras a una mejor implantación definitiva del principio de autonomía personal hasta el final de la vida.

6. EL PATRIMONIO DE LA PERSONA MAYOR COMO FUENTE DE RENTA ÁGIL Y EFICAZ AL FINAL DE LA VIDA: LA HIPOTECA INVERSA, LA RENTA VITALICIA Y EL CONTRATO DE ALIMENTOS

La posibilidad que tienen las personas mayores de poder obtener una mayor liquidez, una mayor renta disponible, a través fundamentalmente de su patrimonio inmobiliario, es relativamente reciente. Se introdujo en España en 2004 la figura de la hipoteca inversa. Existen no obstante otros productos financieros que de alguna manera pueden paliar la necesidad de liquidez, ya sea por los altos costes de la dependencia, porque la pensión de la que son titulares es más bien escasa o por cualquier otro motivo.

a) **La hipoteca inversa** es, sencillamente, un préstamo hipotecario sobre la vivienda habitual y libre de cargas, dirigido a personas mayores de 65 años o dependientes severos. Su principal característica es que la entidad financiera abona una cantidad mensual garantizada y por lo general (aunque puede ser de forma temporal), mientras viva el titular, es decir, de forma vitalicia.

   La Ley 41/2007 de 7 de diciembre, que modifica la Ley 2/1981, de regulación del mercado hipotecario, hace referencia concreta y explícita, en su adicional primera, a las hipotecas inversas y las define así: *«A los efectos de esta ley se entiende por hipoteca inversa al préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante y siempre que cumpla con determinados requisitos»*.

   El concepto de familia está siendo objeto de fuertes transformaciones, de igual manera que el de herencia, y cada vez más, llegando, sobre todo el segundo, a perder su significado tradicional. Actualmente la herencia no tiene nada que ver con el sentido o significado que ha tenido durante siglos. Con la herencia se transmitía un medio de subsistencia, un estatus social y una posibilidad real de mejorar la vida. Ahora tiene mucho más que ver con una donación que se recibe en determinadas circunstancias, pero que no influye ostensiblemente en el *modus vivendi* de la persona, dado que se recibe en etapas muy avanzadas de edad en las que cada persona tiene seguramente solucionado su estatus económico. La herencia ha dejado de tener ese significado instrumental que tenía, sobre

todo en el ámbito rural, para convertirse en una dádiva más o menos generosa que viene por regla general muy al final de la vida, dada la alta edad en la suelen morir la mayor parte de las personas. La vivienda en régimen de propiedad y perfectamente pagada es una realidad muy enraizada entre las personas mayores de la sociedad española. Así como las pensiones no son en ocasiones suficientemente altas, el patrimonio de las personas mayores suele ser bastante sólido. La realidad nos dice que más del 82% de las personas mayores tiene al menos una vivienda en propiedad, siendo significativo el número de personas que tienen más de una. Ésta suele estar totalmente pagada en porcentajes aproximados al 94% de las viviendas. Todo ello permite utilizar modalidades de contrato que conviertan en liquidez dineraria el patrimonio de una persona mayor a efectos de poder paliar los gastos que algunos tipos de dependencia acarrean o simplemente a efectos de poder disfrutar de una liquidez que de otro modo no tendrían, consiguiendo así una mayor calidad de vida en la vejez.

De acuerdo con estas cuestiones, el patrimonio de las personas mayores se emplea en mayor medida que en otros tiempos en solucionar los costes de los problemas que se pueden plantear al final de la vida, o en conseguir mejoras de calidad de vida.

En la hipoteca inversa se habla de un préstamo, más que de un crédito que permite a la persona mayor, en este caso, convertir su vivienda en liquidez mensual mientras sigue viviendo en ella, si así lo desea, porque es de su propiedad. Complementa así su pensión por un plazo de tiempo concreto (generalmente entre 10 y 20 años), a un interés negociable, poniendo como garantía la vivienda habitual y con el consentimiento de los presumibles herederos, si quiere, y sólo como recomendación.

Este tipo de hipotecas sólo podrán ser concedidas por las entidades de crédito debidamente autorizadas para operar en este campo en el territorio del Estado español. La propia entidad concesionaria debe tener asesoramiento específico e independiente para las personas mayores que deseen formalizar este tipo de negocio y ello por exigencia de la propia ley reguladora.

El cobro sólo puede realizarse a la muerte del contratista y los herederos tienen la opción de devolver el capital entregado más los intereses y heredar el inmueble o renunciar a ello, y recibir el remanente o diferencia entre el débito y el valor de mercado del inmueble. Puede tener la forma y condiciones que se estipulen entre las partes, ya que de un negocio privado se trata.

En la hipoteca inversa se dan algunas características que la diferencian de otros contratos parecidos; así, el propietario es siempre la persona mayor, al tratarse de un préstamo no se paga impuestos, la revalorización del inmueble afecta o repercute sobre el propietario, tiene fecha de caducidad incierta y por último se puede hacer con modalidad temporal, por unos años o meses determinados y modalidad vitalicia que se pacta para toda la vida, mediante la suscripción de una póliza de seguro complementaria que cubre desde la fecha de caducidad de la hipoteca hasta el final de la vida. Se trata por tanto de un contrato aleatorio. Esta modalidad proporciona mayor seguridad pero evidentemente se materializa en el cobro de un pago superior, al principio, ya que es preciso suscribir la mencionada póliza y en unas mensualidades probablemente más reducidas.

b) Similar a este negocio es el **contrato de renta vitalicia**, cuya característica y diferencia principal con la hipoteca inversa es que en este contrato la propiedad de la vivienda pasa automáticamente a la entidad financiera que paga la renta, la cual se compromete a una serie de condiciones o prescripciones pactadas, entre las que destaca la obligación de dejar como usuario de la vivienda a la persona que suscribe el contrato hasta que llegue el día de su muerte.

Existen otros contratos de corte similar, que se deben tener en cuenta pero que tienen menos condiciones favorables para las personas mayores que la hipoteca inversa, que se ha posicionado como el negocio favorito de quienes se deciden a formalizar un contrato de estas características. Bien es verdad que son todavía muy pocos los que han optado por este tipo de negocio para mejorar su vida, pero realmente es un producto financiero que ha tenido buena acogida en el ámbito de las personas mayores. Las circunstancias del mercado en la actualidad no son las mejores y de ahí que actualmente haya quedado en una operación de carácter mucho más accidental, pero puede en cualquier momento y como ha pasado en otros países, como Canadá, Reino Unido, Estados Unidos de América del Norte y otros, convertirse en un instrumento mucho más utilizado y de eficacia contrastada para las personas mayores.

- **El contrato de alimentos,** sacado de nuevo a la luz por la Ley 41/2003 de 18 de noviembre de protección patrimonial de las personas con discapacidad, constituye otra manera de mejorar la vida de las personas mayores a través del propio patrimonio. Por este contrato, una persona llamada alimentante proporciona a otra llamada alimentista, durante toda su vida, vivienda, manu-

tención y asistencia de todo tipo a cambio de la transmisión de un capital en bienes o derechos.

Este tipo de contrato, aunque no sea un instrumento de utilización muy frecuente, no deja de ser interesante y puede ser muy válido para algunas personas mayores en determinadas circunstancias. Además, si se trata de bienes inmuebles, se puede garantizar el cumplimiento con una anotación en el Registro, que especifique que el impago/incumplimiento de la obligación actuará de condición resolutoria, con lo que la garantía de cumplimiento puede ser muy efectiva.

El contrato se extingue por la muerte del alimentista, y se puede prever la terminación del mismo por falta de entendimiento entre ambas partes o por diferentes causas, pactando la resolución del mismo.

En conclusión, por lo que respecta a la licuación o transformación del patrimonio, se debe resaltar que estamos ante una serie de instrumentos que el ordenamiento jurídico tiene a disposición de las personas mayores y que pueden servir para vivir con mayor calidad de vida en las etapas finales de la misma. El conocimiento de este tipo de instrumentos y la firmeza en el control y la garantía de las instituciones financieras serían los puntos clave a tener en cuenta en toda esta serie de negocios jurídicos.

Como complemento a lo dicho anteriormente conviene subrayar una idea que no está todavía suficientemente asimilada en el mundo de las personas mayores, y que tiene que ver con la defensa de su patrimonio y con la utilización del mismo. Conviene llamar la atención de determinados colectivos de personas mayores, los más vulnerables, probablemente los de más edad, quizás los de menos medios y formación, en relación con la defensa de su patrimonio y la utilización del mismo. El patrimonio es aquello que nos pertenece, que nos es propio y que hace referencia a bienes materiales, bien sean éstos inmuebles, muebles, bienes de otra naturaleza, derechos y obligaciones. El patrimonio puede por tanto tener carácter positivo o negativo. Lo normal es que el resultado del patrimonio de una persona mayor sea positivo. A partir de aquí, se subraya la idea de que el patrimonio es algo que nos es propio y por lo tanto se puede disponer de él, sin necesidad de reservar nada para familiares, salvo aquello que libremente se decida[2].

[2] Entiéndase que todo lo dicho en este párrafo tiene carácter general y que existen casos que conviene someter a consulta con los profesionales del derecho. Lo que se quiere dejar claro es que la herencia es la masa patrimonial resultante después de que alguien ha muerto.

De ello se desprende que puede, con carácter general, no ser buena práctica la cesión anticipada del total o de parte de nuestro patrimonio en favor de nuestros herederos.

Por otro lado la utilización del patrimonio o la disposición del mismo para después de nuestra muerte admite, con pocos trámites y con escaso precio, una variedad de soluciones que es preciso conocer. Los padres deben saber que el Código Civil ha asumido la indignidad para suceder de determinados hijos, que no quieren colaborar en las tareas de cuidado y, sin recurrir a esta situación que puede en alguna medida ser penosa para la persona mayor, tienen a su disposición la posibilidad de ordenar una distribución de la herencia acorde con los intereses de la persona mayor y teniendo en cuenta la responsabilidad que los hijos están teniendo en la prestación de los cuidados si éstos son necesarios. Para ello existen los tercios de libre disposición y de mejora, que pueden ser combinados adecuadamente para una distribución más racional de nuestro patrimonio, no tanto para pagar servicios prestados, que también, cuanto para premiar atenciones o ayudas recibidas[3].

Hasta aquí lo relativo al patrimonio, no se ha pretendido en modo alguno entrar a fondo en la protección frente a hechos delictivos ni en el entramado jurídico de las herencias, sino simplemente dar unas orientaciones muy generales y poner de relieve por dónde deben ir los apoyos legales en el complejo mundo de la protección de los derechos de las personas mayores.

[3] Es conveniente consultar a un abogado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Mejora permanente del **marco jurídico para lograr mayores cotas de derechos para las personas mayores y alcanzar una mejor protección de los mismos en los ámbitos administrativos y judiciales**. Ello requiere:
   - **a)** Revisar la incapacitación y la tutela. La mayor parte de los incapacitados y tutelados son personas mayores con deterioro cognitivo. Es preciso una reformulación del procedimiento de incapacitación y del nombramiento de tutor, adaptado a las peculiaridades de esta situación. Asimismo se requiere la adecuación de nuestra legislación en esta materia a la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, a la que España se adhirió y es de obligado cumplimiento desde el 3 de mayo de 2008. Los nuevos requerimientos de la Convención hacen más hincapié en la modificación de la capacidad de obrar, pasando de un sistema sustitutorio a uno de apoyos. Parte de la igualdad dentro de la diversidad. Algunos necesitarán apoyos, pero no pierden su capacidad de actuar o tomar decisiones.
   - **b)** Promover y difundir la autotutela. La autotutela es una figura jurídica recientemente incorporada al Código Civil, por la que la persona puede elegir, en previsión de una futura incapacitación, quien de su confianza habrá de ejercer las funciones de tutor.
   - **c)** Garantizar el cumplimiento de la normativa sobre la libertad de decisión para el uso de determinados servicios sociales, incluso en los supuestos en que concurren trastornos psíquicos, en los que habrá de darse cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
   - **d)** Formar a los profesionales para que puedan trabajar sin sujeciones de ningún tipo y mentalizar a las familias para que asimilen bien esta idea, y para que entiendan que es preferible, tanto en casa como en la institución residencial, correr un mínimo de riesgo a recurrir a la privación de libertad.
   - **e)** Seguir trabajando en la regulación de la figura del curador o curadora de hecho, determinando sus funciones, responsabilidades y derechos.
   - **f)** Difundir entre las personas mayores los derechos vinculados a los aspectos sociosanitarios, tales como la posibilidad de hacer el testamento vital, que se tenga en cuenta el consentimiento informado y sobre todo la garantía y el respeto a la intimidad.

2. **Actualizar las normas de derecho civil referidas a personas mayores** que con el tiempo pueden haber quedado obsoletas, como consecuencia de los avances experimentados por la legislación sectorial en el reconocimiento y regulación de nuevas situaciones, y hacer los máximos esfuerzos para que **las propias personas mayores las conozcan.**
   a) Por lo que atañe a la licuación del patrimonio y su conversión en renta ágil, existen una serie de instrumentos, algunos muy nuevos, que el ordenamiento jurídico pone a disposición de las personas mayores para tratar de obtener mayores cotas de calidad de vida. De ahí la **necesidad de expandir el conocimiento de estos instrumentos de conversión del patrimonio en renta dineraria ágil** y de proteger este tipo de negocios jurídicos para que se formalicen con el máximo de garantías posible.

CAPÍTULO 11

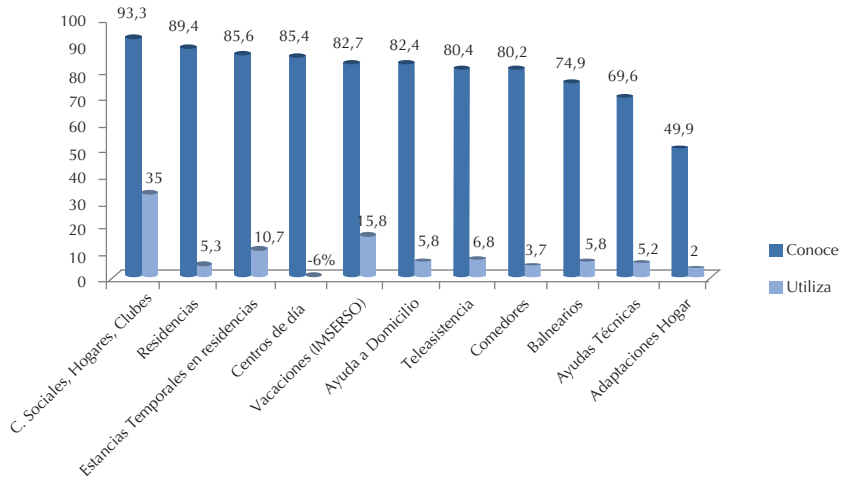
LOS SERVICIOS SOCIALES

A. SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

La protección a las personas mayores está reconocida en el artículo 50 de la Constitución española de 1978: *«Protección a la tercera edad: … Los poderes públicos promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio»*.

Los Servicios Sociales inician su construcción a partir de los años ochenta, como una red de protección para todo el conjunto de la población, en el ámbito de la Acción Social, red que está en proceso de consolidación y desarrollo con los esfuerzos compartidos de las Administraciones Públicas. El conocimiento y uso por parte de la sociedad ha experimentado un importante avance, en particular los servicios sociales destinados a las personas mayores, que gozan de una gran aceptación y están altamente valorados por éstas (Gráfico 67), sus familias y la sociedad en general.

Gráfico 67. Conocimiento y Uso de las Personas Mayores de los Servicios Sociales.



Fuente. Imserso. EPM. 2010.

Para el conocimiento del sistema de servicios sociales y de su actual organización hay que retrotraerse a la promulgación de la Constitución Española de 1978, en la que se otorga la competencia de los servicios sociales a las Comunidades Autónomas, que a partir de ese momento inician la configuración del necesario marco jurídico para la

construcción e implantación del sistema de servicios sociales. El proceso legislativo de más de veinte años ha supuesto una evolución que partiendo, en una primera etapa (desde 1983 a finales de la década de los noventa) de elaboración de leyes de servicios sociales en las que se primaba la ordenación y estructuración de los servicios y prestaciones, hasta el momento actual en el que se ha definido el sistema de servicios sociales, como un pilar del denominado estado de bienestar, se reconocen derechos sociales a la ciudadanía, y las prestaciones del sistema constituyen el elemento nuclear del mismo.

Pero, siempre, la organización funcional de los servicios sociales se ha diseñado en dos niveles de atención: *Servicios Sociales de Atención Primaria y Servicios Sociales especializados, sectoriales o específicos* para situaciones o necesidades que precisan una atención especializada y/o dirigidos a colectivos concretos en situación de vulnerabilidad social. En ambos casos su regulación, planificación y gestión es competencia de las propias Comunidades Autónomas con la colaboración en cada ámbito de las Corporaciones Locales.

En todo caso, se asumen las demandas sociales, que responden a las necesidades sociales, en continuo proceso de cambio y con presentación de nuevos retos, encontrándose como uno de ellos el envejecimiento de la población. Todos los textos legislativos recogen esta perspectiva. A continuación se resume la información correspondiente a las referencias a las personas mayores y el envejecimiento activo en los textos legislativos de CC.AA. y, también, otros elementos de planificación en el desarrollo de políticas sectoriales en la materia.

LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES

LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES	REFERENCIA A PERSONAS MAYORES (PP MM) Y/O ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA)	LEYES/ PLANES / LIBRO BLANCO SOBRE: PP MM Y/O EA	ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN DE LAS PP MM
Ley 2/ 1998, de 4 de abril, de servicios sociales de **Andalucía.**	ss ss especializados: tercera edad, promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo su mantenimiento en el medio habitual y evitando su marginación.	Libro Blanco sobre envejecimiento activo. Presentado 2010.	Consejo andaluz de personas mayores
Ley 5/ 2009, de 30 de junio, de servicios sociales de **Aragón.**	objetivos: • promover autonomía personal, familiar y de los grupos, desarrollando sus capacidades. • prevenir y atender situaciones de exclusión de personas o grupos y desarrollar estrategias que favorezcan su inclusión social.		Consejo aragonés de personas mayores
Ley del Principado de **Asturias** 1/ 2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.	• preámbulo: impacto de variaciones sociodemográficas envejecimiento población= cuidados larga duración y atención personas mayores dependientes. • Prestaciones: prevenir exclusión social y promover autonomía personas y grupos específicos.		Consejo personas mayores
Ley 4/ 2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las **Illes Balears**.	• finalidad de los ss ss, asegurar vivir dignamente durante todas etapas de vida. • identifica situaciones de necesidad prioritaria: vulnerabilidad, riesgo o desamparo para la gente mayor.	Plan estratégico de ss ss 2011-2014 (elaborado diagnóstico, incluye análisis situación socio-demográfica por el envejecimiento población).	Consejo social de personas mayores
Ley 9/ 1987, de 28 de abril, de servicios sociales de **Canarias**.	• áreas de actuación: atención y promoción de la vejez para normalizar y facilitar las condiciones de vida. • ss ss especializados: de la tercera edad.	Ley 3/ 1996, de participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.	Consejo canario de los mayores
Ley 27/ 2007, de 27 de mayo, de derechos y servicios sociales de **Cantabria**.	ss ss atención especializada: atienden características específicas de necesidad de la población, que requieren especialización técnica concreta o disposición de recursos determinados.		Consejo regional de personas mayores
Ley 47/ 2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de **Castilla-La Mancha**.	• autonomía personal e integración social: elementos vertebradores del sistema de ss ss. • ss ss atención especializada: atención necesidades de las personas en relación a etapas ciclo vital y de su familia.	II Plan de atención a personas mayores, horizonte 2011. Publicado en 2008.	Consejo de personas mayores
Ley 16/ 2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de **Castilla y León**.	• preámbulo: destaca el continuado proceso envejecimiento población. • finalidad: proporcionar cobertura necesidades personales básicas y sociales y garantía de vida digna durante todas etapas vida.	Ley 57/2003, de atención y protección a PP MM.	Consejo regional de personas mayores

LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES	REFERENCIA A PERSONAS MAYORES (PP MM) Y/O ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA)	LEYES/ PLANES / LIBRO BLANCO SOBRE: PP MM Y/O EA	ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN DE LAS PP MM
Ley 12/ 2007, de 11 de octubre, de servicios sociales de **Cataluña.**	• preámbulo: plantea como reto envejecimiento población. • finalidad: derecho personas a vida digna todas etapas vida. • situaciones de necesidad: vulnerabilidad, riesgo o dificultad social para la tercera edad.		Consejo de las personas mayores
Ley 5/ 1987, de 23 de abril, de servicios sociales de **Extremadura**.	ss ss especializados: atención a los ancianos (desarrollado en artº 13)		Consejo regional de personas mayores
Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de **Galicia.**	Alude a grupos vulnerables y a colectivos con problemáticas identificadas y singulares, atención de sus necesidades específicas en ss ss comunitarios específicos y en ss ss especializados.	Plan gallego de PP MM: 2010- 2013.	Consejo gallego de personas mayores
Ley 11/ 2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de **Madrid.**	Sectores de atención: mayores (artº. 23 lo desarrolla específicamente).		Consejo regional de mayores
Ley 3/ 2003, de 10 de abril, del sistema de servicios sociales de la Región de **Murcia**.	Actuaciones de los servicios sociales especializados en el sector de personas mayores: artº. 12 lo desarrolla.		Consejo asesor regional de personas mayores
Ley Foral 15/ 2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales de la Comunidad Foral de **Navarra.**	visión sectorial de la atención a la población: planes sectoriales para responder a situaciones sociales.	Plan estratégico de servicios sociales 2008-2012: incluye referencia a PP MM.	Consejo navarro de personas mayores
Ley 12/ 2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales del **País Vasco**.	planes sectoriales: en razón de necesidades y problemas sociales detectados.	Plan de acción para las PP MM 2011-2015.	Consejo sectorial de mayores
Ley 7/ 2009, de 22 de diciembre, de servicios sociales de **La Rioja.**	• analiza factores demográficos: envejecimiento población. • modelos atención transversales: respuestas integradoras y enfoque sectorial basado en la edad. • planes sectoriales: visión sectorial necesidades sociales población.	Plan estratégico de servicios sociales, incluye previsiones con visión sectorial de la población= planes sectoriales.	Consejo sectorial de personas mayores
Ley 5/ 1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la **Comunidad Valenciana.**	ss ss especializados: de la tercera edad.		Consejo valenciano de personas mayores

Elaboración propia, a partir de la información de las páginas web de CC.AA. y del Portal mayores (Imserso). Imserso, julio 2011.

Hay que resaltar en este esbozo de aproximación al contenido del sistema de servicios sociales y su evolución, como elementos fundamentales: la responsabilidad y titularidad pública del mismo, su descentralización, la articulación de la iniciativa privada en su gestión y la participación ciudadana, mediante el establecimiento de órganos colegiados, que garantizan la calidad del sistema.

La implantación del sistema público de servicios sociales, y en concreto la red básica, de titularidad municipal, ha contado con un elemento fundamental impulsado por la Administración General del Estado, que es **el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales**, que nace en 1988 como un acuerdo entre el entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las Comunidades Autónomas, para coordinar y articular a través de cofinanciación conjunta una red de servicios sociales de atención primaria gestionados por las Corporaciones Locales, y apoyar así a éstas para el desarrollo de las competencias que le son atribuidas por la Ley de Bases de Régimen Local y las respectivas Leyes Autonómicas de Servicios Sociales.

Los objetivos se centran en:

- Garantizar a todos los ciudadanos las prestaciones básicas en materia de servicios sociales, recogidas como tales en las respectivas Leyes de Servicios Sociales.
- Proporcionar a la ciudadanía servicios sociales adecuados que permitan la cobertura de sus necesidades básicas.
- Propiciar el desarrollo de una red de equipamientos desde la que prestar estos servicios.
- Procurar apoyo económico y asistencia técnica a las Corporaciones Locales en el desarrollo de su competencia.
- Consolidar y ampliar la red básica de Servicios Sociales Municipales, para dar respuesta a las necesidades sociales emergentes.

Esta cooperación interadministrativa se instrumentaliza mediante un **Convenio-Programa**, suscrito entre las CC.AA. y el MTAS en 1988, prorrogándose anualmente y actualizándose los compromisos mediante la suscripción de un Protocolo Adicional anual a dicho Convenio, que fija las aportaciones de cada Administración en cada ejercicio económico. A través de este convenio se cofinancian **tres tipos de equipamientos**:

- **Centros de Servicios Sociales** —denominado así o con expresión equivalente en todas las Comunidades Autónomas—, como centros territoriales de referencia para cualquier demanda social. En ellos se cuenta en mayor o menor medida con equipos multipro-

fesionales de intervención, con capacidad de acción propia y a veces recursos complementarios, como oficinas o servicios de información, comedores sociales, centros de día, mini-residencias, pisos tutelados...; también se cuenta con equipos de apoyo para promover la inclusión social y prevenir la exclusión social y la pobreza y para dar cobertura a la cooperación social y promoción del voluntariado social.

Dentro de la estructura organizativa de estos centros, se incluyen las denominadas **unidades de trabajo social,** unidad administrativa y territorial que tiene como función primordial la atención a los ciudadanos en su acceso a los servicios sociales, fundamentalmente a través de la prestación básica de información y orientación, constituyendo la «puerta de entrada» no sólo al sistema público de servicios sociales, sino también, en muchos casos, a otros sistemas de protección social. Asimismo, por ser el nivel más básico dentro de la estructura del Sistema Público de Servicios Sociales, realizan actuaciones de promoción y sensibilización social en su ámbito territorial de intervención.

- **Albergues,** servicios destinados a procurar, con carácter temporal, la prestación de alojamiento a personas sin hogar y sin recursos económicos, y a otras personas en situación de exclusión social, atendiendo, asimismo, a su inserción personal y social. Generalmente para personas sin hogar o transeúntes.
- **Centros de Acogida,** atienden, en medida de urgencia, a personas en situación de graves conflictos convivenciales o carentes de medio familiar adecuado, procurando el necesario tratamiento para la normalización de la convivencia. Se distinguen tres tipos: de menores, de mujeres y de carácter polivalente.

Estos centros deben responder a las necesidades de los ciudadanos, garantizando las prestaciones básicas de:

- Información y Orientación sobre necesidades y recursos sociales.
- Apoyo a la Unidad Convivencial y Ayuda a Domicilio a las familias o las personas en situación de dependencia.
- Alojamientos Alternativos en situación de crisis personal o familiar.
- Actividades de prevención e Inserción Social para personas o grupos de riesgo de exclusión social.
- Fomento de la Solidaridad Social y Cooperación Social a través del fomento del voluntariado y grupos de ayuda mutua.
- Ayudas Económicas de emergencia, para necesidades puntuales o situaciones especiales.
- Gestión directa de los salarios sociales y rentas mínimas de inserción.

El desarrollo de este plan ha permitido impulsar la red básica de servicios sociales que actualmente presenta un alto nivel de expansión y consolidación, y sobre todo, se enfrenta a nuevos retos derivados de las nuevas necesidades sociales y del nivel alcanzado por el propio desarrollo descentralizado de sus actuaciones y contenidos, entre los que destaca el proceso de envejecimiento de la población.

En este sentido, y desde 2005, la población con posible cobertura de estos servicios supera el 97% de los municipios en las quince Comunidades Autónomas y las dos Ciudades con Estatuto de Autonomía (Ceuta y Melilla) acogidas al Plan (todas con excepción de País Vasco y Navarra en razón de su régimen especial). En estas Comunidades se da una protección por encima del 99% de la población de referencia. Los Centros de Servicios Sociales —1.328, según los últimos datos— suponen el 98,5% de todos los equipamientos existentes en las quince Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de autonomía, con una población atendida que muy próxima a los 7 millones de personas, a las que habría que añadir las personas atendidas en País Vasco y Navarra, cuya capacidad de atención llega de hecho a todos los sectores y capas de la población.

Respecto a las prestaciones básicas, debemos destacar que **las personas mayores son el sector de población con mayor demanda y uso de los servicios sociales de atención primaria.** Según los últimos datos disponibles de 2008, en las diecisiete CC.AA. y en las dos Ciudades con Estatuto de Autonomía de Ceuta y Melilla, incluidas en el Plan Concertado, fueron atendidas 2.148.266 personas mayores, con las siguientes prestaciones:

- Información y Orientación: 1.334.631 personas mayores.
- Apoyo a la unidad convivencial y ayuda a domicilio: 405.652 (la importancia del gasto destinado a ayuda a domicilio representa un 77,5% en la partida global de las prestaciones dispensadas).
- Prevención e inserción: 373.024.
- Alojamiento Alternativo: 34.959.

El Plan Concertado se financia en su conjunto por parte de las tres Administraciones públicas con cantidades anuales que van desde los 35 millones de euros iniciales hasta los 1.245 millones en la actualidad y aunque cubren muchos servicios de atención primaria, conviene matizar que no incluyen todos los servicios sociales de atención primaria existentes y que son servicios muy conocidos, muy utilizados y muy bien valorados por la población de personas mayores, en particular en el medio rural, tal y como se desprende del estudio las redes sociales y la participación social de las personas mayores en el medio rural.

Un elemento a destacar, dentro del proceso de desarrollo del plan concertado y en el ámbito de la cooperación técnica propiciada por el mismo, es la creación e implantación del **Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS)**, el programa informático que permite la recogida de los datos básicos del usuario de los servicios sociales de atención primaria, información necesaria para realizar una intervención profesional como respuesta a una demanda social. Se configura a través de expedientes familiares y permite a los trabajadores sociales de base la gestión de los mismos.

El SIUSS se viene desarrollando desde 1994 por el actual Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas (Convenios de Colaboración).

En el nivel de toma de datos que corresponde a la Unidad de Trabajo Social (UTS) y su estructura en **cuatro niveles** permite el intercambio de información:

- **Unidad de Trabajo Social (UTS):** En este nivel se encuentra el contenido y desarrollo de la Ficha Social. Está diseñado para su utilización por el Trabajador Social y en el conjunto del programa sería el nivel de toma de datos.
- **Centro de Servicios Sociales:** Recibe los datos de la UTS para sus propias explotaciones. Define la UTS y sus zonas.
- **Comunidad Autónoma:** Recibe los datos del Centro de Servicios Sociales para sus propias explotaciones. Define la estructura de los Centros y sectores de su territorio.
- **Ministerio:** Recibe los datos de las Comunidades Autónomas y realiza las explotaciones de todo el territorio.

Este programa instalado en las Comunidades Autónomas, Centros de Servicios Sociales y UTS permite obtener, mediante el tratamiento de los mismos y las explotaciones estadísticas correspondientes, los siguientes resultados:

- Perfil de los usuarios de servicios sociales.
- Perfil de usuarios de cada una de las prestaciones básicas.
- Información sobre las demandas y su evolución temporal.
- Información sobre las intervenciones profesionales y recursos aplicados.

A continuación se incluye un cuadro con el número de usuarios de servicios sociales, en el que se identifica a las **personas mayores** como el número mayoritario de usuarios con referencia al sector de intervención:

Cuadro 14. Usuarios de servicios sociales según sector.

Nº usuarios según sector de referencia año 2008	Usuarios	%/ TOTAL
Familia	578.753	24,26%
Infancia	131.646	5,52%
Inmigrantes	163.308	6,85%
Juventud	23.569	0,99%
Marginados sin hogar y transeúntes	11.566	0,48%
Minorías étnicas	47.817	2,00%
Mujer	91.772	3,85%
Personas con discapacidades	323.908	13,58%
Personas mayores	**997.386**	**41,81%**
Toxicómanos (alcohólicos y drogadictos)	15.958	0,67%
Otros sectores	72.282	3,03%
Total	2.385.683	100,00%

Fuente: http://www.mspsi.gob.es/políticaSocial/serviciosSociales/siuss/home.

B. PROGRAMAS SOCIALES ESPECÍFICOS PARA PERSONAS MAYORES

Dentro de los **Servicios Sociales de Atención Especializada,** destinados a la atención específica de colectivos o situaciones con necesidades específicas, se encuadran los servicios sociales destinados a personas mayores, que presentan un panorama en el que se aprecia claramente el valor de los servicios y equipamientos de atención primaria de carácter territorial, más cercano al ciudadano, junto a los servicios prestados por las Comunidades Autónomas.

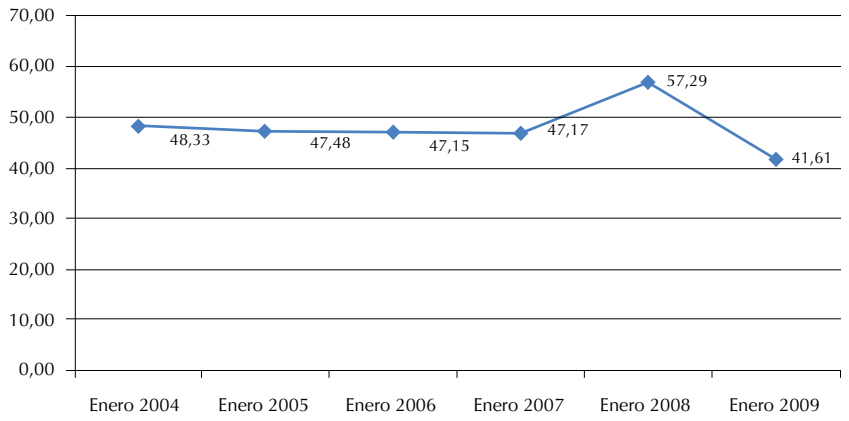
Los servicios sociales dirigidos a personas mayores tienen dos orientaciones: aquéllos guiados a promover el envejecimiento activo y los que se enfocan a apoyar la solidaridad familiar.

Servicios y programas que favorecen el envejecimiento activo. Actualmente existen múltiples iniciativas dirigidas al conjunto de personas mayores que gozan de independencia y autonomía, en torno a seis millones de personas participan en una oferta cada vez más atractiva de actividades de todo tipo.

Los hogares y clubes de jubilados, que se remontan a la segunda mitad de la década de los 70, iniciaron este camino con la pretensión de acoger durante el día a miles de personas mayores que en aquel momento tenían muy pocas alternativas para ocupar el tiempo libre, con recursos económicos muy escasos y viviendas que con frecuencia presentaban

muchas deficiencias. Aquel recurso, con claros rasgos de discriminación por razón de edad, pero con una función social importante, cuenta hoy con casi 5.000 centros distribuidos desigualmente por el territorio español y supera los tres millones de socios (Gráfico 68).

Gráfico 68. Evolución IC Hogares y Clubes 2001-2009.



IC: Índice de Cobertura= (Nº Plazas/Pob>65)*100

Fuente: Imserso. Observatorio de Personas Mayores.

Las personas mayores ahora ya no necesitan pasar el día en estos centros, sino que acuden a algunas de las múltiples actividades que se ofrecen para todo tipo de gustos y niveles de instrucción: desde alfabetización a programas sofisticados de ordenador, desde clases de gimnasia a bailes de cualquier estilo o programas de entrenamiento de la memoria.

Este tipo de oferta formativa o simplemente lúdica se propone también en otros recursos más normalizados: centros de servicios sociales, casas de cultura, polideportivos, universidades populares, etc. Mención aparte merece el rápido desarrollo observado en el ámbito universitario, que actualmente ofrece en la mayoría de las universidades españolas una amplia gama de posibilidades de aprendizaje.

Los servicios sociales son regulados, promovidos y gestionados por las Comunidades Autónomas. No obstante se siguen ejecutando por parte del Imserso —en el caso de las personas mayores— algunos programas sociales de ámbito nacional que por su propia estructura, naturaleza y eficacia complementan los servicios sociales propiamente dichos, debiendo destacar la importancia creciente de los programas de vacaciones y termalismo social, promovidos desde el Imserso y también desde otras administraciones públicas. Fue una iniciativa innovadora y

exclusivamente española en los años setenta y ochenta, que permitió a muchas personas mayores salir de su hogar por primera vez, conocer el mar y establecer contactos sociales. Actualmente, cientos de miles de personas que ya han tenido esas oportunidades en otro momento de sus vidas disfrutan hoy de vacaciones agradables a precios módicos. Pero también contribuyen a mantener el mercado de trabajo del sector turístico. No sólo eso: han hecho posible que el floreciente sector de las aguas termales y spas se haya convertido en tendencia emergente en nuestra sociedad, símbolo de exclusividad y status socioeconómico. Las personas mayores también son capaces de marcar tendencias.

1. PROGRAMA DE VACACIONES PARA PERSONAS MAYORES

El Programa de *Vacaciones para Mayores y para el Mantenimiento del Empleo en Zonas Turísticas* es un proyecto gestionado desde el Imserso para proporcionar al colectivo de personas mayores la posibilidad de acceder al disfrute de turnos de vacaciones en zonas preferentemente de clima cálido, realizando actividades culturales por lugares y rutas de interés turístico, actividades recreativas y contemplativas a través del turismo de naturaleza. Se trata pues de un programa «emblemático» y fundamental entre las actividades posibles de envejecimiento activo.

Los beneficiarios del programa son personas residentes en España con al menos 65 años cumplidos, o bien pensionistas de jubilación del sistema público de pensiones, de viudedad del sistema público de pensiones con 55 o más años cumplidos, u otros pensionistas del sistema público de pensiones y prejubilados, en ambos casos con 60 años cumplidos. También pueden participar los españoles residentes fuera de España.

El Programa se ejecuta a través de un paquete que incluye el viaje de ida y vuelta en el medio de transporte programado, el alojamiento en régimen de pensión completa, una póliza de seguros colectiva, servicio médico en el propio hotel y servicio de animación. Los viajes se realizan entre los meses de octubre y junio, con cuatro posibles modalidades: estancias en zonas costeras para descanso, viajes culturales para conocer la Historia y el Arte de España, Turismo de Naturaleza con rutas por parajes pintorescos, o bien intercambios con otros países.

Actualmente el Programa de Vacaciones para Mayores tiene una fuerte demanda social. Para la temporada 2010-2011 se han recibido cerca de 2.500.000 solicitudes.

La gran demanda del Programa de Vacaciones para Mayores va unida a la satisfacción general de los usuarios, que se manifiesta, según la última evaluación efectuada por una consultora externa, en que el 96,3%

de los participantes tiene intención de inscribirse en próximas convocatorias, valorando como bien o muy bien los diferentes aspectos del viaje, como el transporte, la estancia en los hoteles y las actividades programadas.

Este programa de vacaciones constituye, en estos momentos, uno de los pilares fundamentales que alimentan las corrientes turísticas durante la temporada baja, paliando el fenómeno de la estacionalidad, que tan negativamente incide en el sector turístico, y muy especialmente en el mantenimiento y generación de empleo.

Cuadro 15. Programa de vacaciones número de las plazas ofertadas y su financiación. Evolución 2000-2011.

Temporadas	Financiación Imserso	Número de plazas
2000/01	47.124.996,39	400.000
2001/02	48.616.066,66	400.000
2002/03	46.688.776,37	500.000
2003/04	48.844.559,66	600.000
2004/05	56.245.375,20	680.000
2005/06	75.135.535,36	830.000
2006/07	74.768.351,10	830.000
2007/08	101.571.887,00	1.000.000
2008/09	105.604.083,00	1.000.000
2009/10	126.778.348,61	1.200.000
2010/11	109.051.495,00	1.000.000
2011/12	103.285.317,00	1.000.000

Fuente: Imserso, Subdirección General de Gestión.

Este Programa contribuye de forma directa y activa a la creación y mantenimiento de puestos de trabajo que se cifran en dieciséis mil puestos de trabajo directos y ciento tres mil indirectos. La financiación pública del programa retorna a las Administraciones Públicas vía ingresos: cuotas de la Seguridad Social, ahorro en Prestación y Subsidio por Desempleo, recaudación por IRPF, Impuesto sobre el Valor Añadido y otros, que recuperan en su totalidad la financiación dada por el Imserso, lo que asegura la sostenibilidad financiera de este yacimiento de empleo.

Al finalizar la temporada 2009-2010 y desde el momento de su creación, unos 11.200.000 viajeros se han beneficiado de vacaciones organizadas por el Programa.

El Programa de Vacaciones para Mayores tiene un reconocimiento como buena práctica de turismo social a nivel internacional y, en este sentido, diversos países vienen solicitando información sobre la gestión

y desarrollo del Programa, como China, Rusia, Brasil, Chile, Panamá, México, Francia y otros países que visitaron España para interesarse por la gestión que desarrolla el Imserso.

2. PROGRAMA DE TERMALISMO SOCIAL

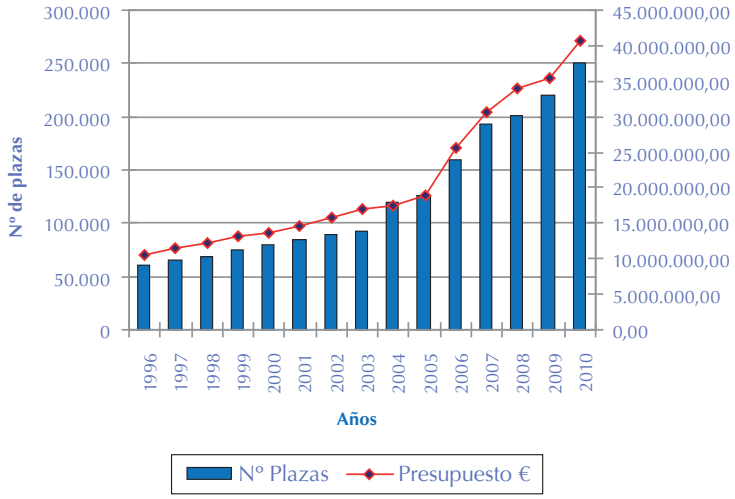
El Programa de Termalismo Social está considerado como una prestación sociosanitaria, complementaria a las prestaciones de la Seguridad Social, que tiene como objetivo principal el proporcionar al colectivo de personas mayores que por prescripción facultativa precisen tratamientos para problemas osteo-articulares o respiratorios, la posibilidad de acceder al disfrute de turnos de estancia en balnearios a precios reducidos.

El programa se dirige a todos los pensionistas de jubilación e invalidez así como a los pensionistas con otros tipos de pensión, siempre que tengan cumplidos los sesenta años de edad, y precisen el tratamiento que se presta en los balnearios.

El Programa se ejecuta a través de un paquete que incluye el alojamiento en régimen de pensión completa, una póliza de seguros colectiva, servicio de animación y la recepción de los tratamientos termales que, en cada caso, prescriba el médico del balneario, atendiendo al estado de salud del usuario.

El Programa de Termalismo Social también tiene una fuerte demanda social, habiéndose registrado en 2010 unas 329.460 solicitudes para 250.000 plazas convocadas (Gráfico 69).

Gráfico 69. Evolución del número de plazas y del presupuesto dedicado al Programa en los últimos años.



Fuente: Imserso, Subdirección General de Gestión.

La valoración general del Programa por parte de los participantes es muy positiva, ya que, en la última temporada, el 88,02% se encuentra satisfecho con los servicios que presta este programa.
Además de su finalidad prioritaria, la de facilitar el acceso de los pensionistas del Sistema de la Seguridad Social a los tratamientos termales, el Programa de Termalismo Social contribuye a los siguientes fines sociales:

- Política activa de creación de Empleo.— El Programa de Termalismo Social ha generado o mantenido, durante todo el año 2010, 18.507 puestos de trabajo directos, por lo que constituye un importante yacimiento de empleo, fomentando de forma similar al programa de vacaciones la creación de riqueza.
- Sostenibilidad.— El Programa de Termalismo Social no sólo genera empleo, sino que lo hace a coste cero. El presupuesto invertido por la Administración en financiar el Programa es recuperado por las Administraciones Públicas gracias al empleo y a la actividad económica que genera (ahorro en el gasto farmacéutico motivado por la reducción en el consumo de fármacos de aquellas personas que reciben un tratamiento termal, principalmente para problemas de artrosis, reumas y respiratorios; ahorro en prestaciones de desempleo e ingreso de cotizaciones; mayores ingresos derivados de IRPF, IVA y otros), de forma que el Programa se autofinancia.
- Desarrollo del sector termal.— Desde su inicio en el año 1989, el desarrollo del Programa ha permitido que la iniciativa privada pudiera acometer proyectos para la apertura de nuevos establecimientos termales. Asimismo se han podido afrontar planes de inversión para la mejora y modernización de las instalaciones y servicios de los balnearios en funcionamiento. Debido la crisis del sector, se ha producido una importante caída de la demanda, por lo que muchos balnearios han solicitado participar en el Programa del Imserso. En este sentido, cabe destacar que en la temporada 2010 han participado en el Programa un total de 103 estaciones termales.
- Asimismo cabe destacar que la mayoría de las estaciones termales se encuentran ubicadas en el ámbito rural siendo, en sus zonas de influencia económica, la principal actividad económica generadora de empleo.

Al finalizar la temporada 2010 y desde el momento de su creación, más de dos millones de usuarios se han beneficiado de turnos de estancia en los balnearios organizados por el Programa.

3. PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD

Desde la década de los noventa ha sido una de las preocupaciones del Imserso abordar soluciones dirigidas a favorecer la integración social de las personas mayores y de las personas con discapacidad, procurándoles una vida normalizada. En este sentido, se inició estos años el Programa de Accesibilidad, sobre la base normativa de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), que dedica una Sección a regular soluciones conducentes a favorecer la movilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas.

La inversión total asciende, aproximadamente, a 69 millones de euros, distribuidos porcentualmente por Comunidades Autónomas.

Sin olvidar la necesidad de continuar incidiendo en los ámbitos de actuación señalados anteriormente, la impronta de las nuevas tecnologías y su aplicación a soluciones accesibles plantean un cambio de perspectiva y la conveniencia de contemplar nuevos ámbitos. En este sentido, el programa se configura en:

1) Actuaciones de diagnóstico y planificación para lograr la accesibilidad.
2) Actuaciones correctoras para alcanzar la accesibilidad.
3) Actuaciones preventivas o de implantación de sistemas de gestión de la accesibilidad.
4) Actuaciones para potenciar el transporte accesible, fundamentalmente interurbano.
5) Actuaciones de sensibilización, formación e innovación.

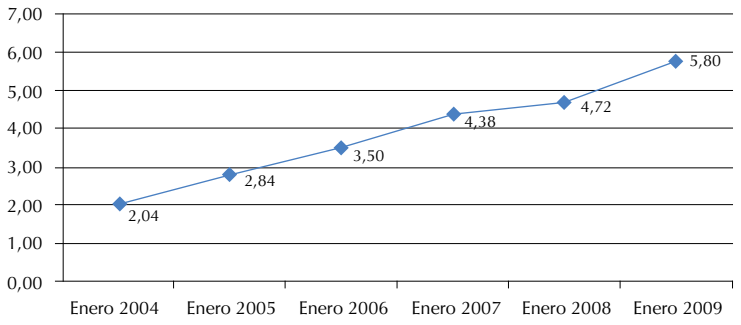
4. TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Este servicio puede enmarcarse dentro de los servicios de envejecimiento activo, al ser un recurso que cumple una excelente función preventiva y de promoción de la autonomía personal al posibilitar la permanencia de los usuarios en su medio habitual de vida, permitir seguir en contacto con su entorno socio-familiar, evitar el desarraigo y asegurar la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas, al tiempo que proporciona seguridad y mejor calidad de vida. Este programa, además, incide en mantener la solidaridad familiar, al dar tranquilidad y seguridad, tanto a las personas mayores como a sus familiares, que confían en una respuesta rápida y eficaz en caso de emergencia.

El programa, de reciente desarrollo en España, se puso en marcha en 1992 y destaca su rápido crecimiento, teniendo una amplia cobertura

en algunos municipios como los de Madrid, cuyo índice de cobertura alcanza el 12,70%, el más alto de todos sus servicios (Gráfico 70). Sin duda alguna es un servicio que cumple una excelente función preventiva y de promoción de la autonomía personal.

Gráfico 70. Evolución IC Teleasistencia 2004-2009.



IC: Índice de Cobertura= (Nº Plazas/Pob>65)*100

Fuente. Imserso. Observatorio de Personas Mayores.

Este programa se ha instrumentado definitivamente a través de un Convenio-Marco suscrito entre el Imserso y la FEMP, al que se van adhiriendo progresivamente a través de convenios específicos de colaboración las Corporaciones Locales interesadas en la implantación del programa en sus ámbitos territoriales respectivos.

El coste del servicio está financiado por el Imserso, con una aportación máxima del 65%, y por las Entidades Locales con el 35% restante. El presupuesto del Imserso para el año 2010 ascendió a la cantidad de 34.432.360 €, con una implantación en 5.316 municipios de los 8.108 que conforman el territorio español.

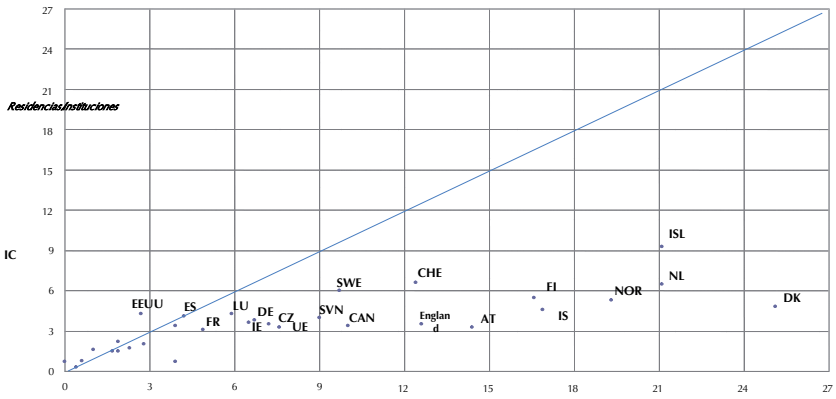
Según la información disponible en el Observatorio de Personas Mayores del Imserso facilitada por las Comunidades Autónomas, el total de usuarios de este servicio en 2009 fue de 451.366, bien dentro de cobertura del Convenio Imserso/Femp, o a través de la propia oferta de las Comunidades Autónomas o Corporaciones Locales.

C. PROGRAMAS Y SERVICIOS DESTINADOS A INCREMENTAR LA ACCIÓN PÚBLICA PARA MANTENER LA SOLIDARIDAD FAMILIAR

A pesar de que la responsabilidad sobre los cuidados de las personas en situación de dependencia sigue recayendo principalmente en la familia y, dentro de ella, en las mujeres, en las dos últimas décadas el desarrollo de un sistema público de servicios sociales y sociosanitarios ha supuesto un cambio importante en la disponibilidad de servicios profesionales para hacer frente a estas situaciones. Buena muestra de ello es el grado de conocimiento y utilización que la población mayor hace de los diferentes recursos (Gráfico 67). La Ley 39/2006, de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia dio carácter de derecho a los servicios destinados a proporcionar cuidado a las personas necesitadas de ellos, al tiempo que la responsabilidad del Estado se comprometía con la familiar.

El desarrollo del sistema de servicios sociales en España destinado al cuidado de personas en situación de dependencia es todavía reciente y se mantiene a distancia de los estándares de cobertura de muchos países europeos, aunque la distancia comienza a acortarse, especialmente en lo que se refiere a servicios residenciales donde España se sitúa por encima de la media de la Europa de los 25 (Gráfico 71).

Gráfico 71. IC Servicio de ayuda a domicilio y Residencias/Instituciones.

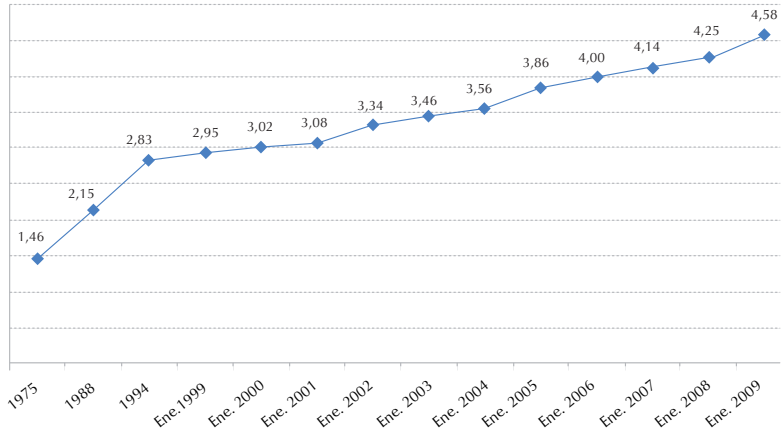


Fuente: Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social e Investigación, 2009.

Servicios residenciales. Los primeros datos sobre disponibilidad de residencias en España se remontan al Informe Gaur (1975), en el que se

informaban de la existencia de 55.000 plazas residenciales. La última información disponible, correspondiente al año 2009, registra la existencia de 356.232 plazas residenciales, que poco tienen que ver con aquellas plazas residenciales que se describían en la década de los 70 y que respondían fielmente a la imagen asilar de institución total, fuertemente combatida en todos los países desarrollados desde los años 60 (Townsend, 1962; Tibbitts, 1963).

Gráfico 72. IC Plazas Centros Residenciales.



IC: Índice de Cobertura= (Nº Plazas/Pob>65)*100

Fuente: Imserso. Observatorio de personas Mayores.

Es en este recurso en el que la presencia de la iniciativa privada adquiere un papel más relevante. En la actualidad, en torno al 76% de las plazas residenciales son promovidas por la iniciativa privada, aunque muchas son concertadas después por las administraciones públicas. Del total de plazas existentes, el 48% son de responsabilidad pública (directamente o a través de concierto) y el 52%, de responsabilidad privada.

El desarrollo legislativo de la LAPAD tiende a uniformizar criterios de cualificación y calidad, catálogo de servicios, ratios de profesionales y otros aspectos que en los próximos años permitirán ofrecer un recurso mucho más homogéneo en el conjunto del Estado. Pero, una vez más, los desequilibrios en la distribución territorial de las plazas residenciales constituyen un indicador preocupante para la garantía de la equidad en el acceso a los servicios. Comunidades Autónomas como Castilla y León disponen de un índice de cobertura del 7,03%, mientras que otras como Galicia sólo alcanzan un 2,96%. Estas desigualdades van acompañadas de diferencias también significativas en aspectos

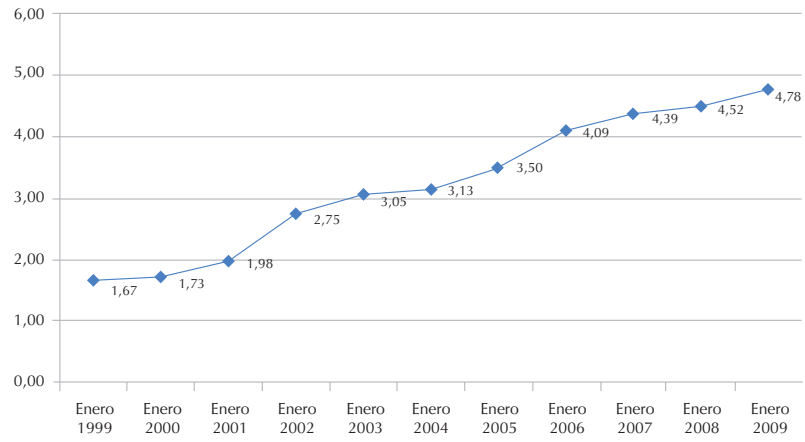
como el tamaño, la calidad de sus equipamientos y de sus modelos de atención y gestión, formación y ratios de personal, etc.

De otro lado, los modelos residenciales están sometidos en estos momentos a un fuerte debate social. Mientras en España se consolida un modelo residencial generado por los grandes proveedores de servicios, que ofrece edificios de buena construcción, con capacidad superior a las 100 plazas y una tendencia clara a la profesionalización, en países como Holanda, Suecia, Dinamarca, EE.UU. o Reino Unido se asume un profundo cambio en el modelo de atención, mucho más centrado en las preferencias de las personas y el respeto a su intimidad y derechos individuales. Unidades de convivencia en torno a las 9 plazas, habitaciones-estudio individuales, decoradas y amuebladas con las pertenencias de las personas, intervenciones terapéuticas centradas en las actividades de la vida cotidiana…, en definitiva, un modelo muy cercano a los modos de vida normalizados que se desarrollan en la vivienda de las personas. La variedad de sistemas alternativos de alojamiento es cada vez más amplia.

Servicios de ayuda y atención domiciliaria. El Servicio de Ayuda a Domicilio contribuye decisivamente al mantenimiento y la permanencia de las personas mayores en su entorno protector habitual, que permite complementar y equilibrar los recursos «naturales» (familia, vecinos…) con apoyos profesionales, para no agotar la capacidad de cuidado informal y garantizar el bienestar y la satisfacción de las personas.

El índice de cobertura alcanzó en el año 2009 el 4,78 habiendo evolucionado en un período de 10 años en más de cuatro puntos (Gráfico 73).

Gráfico 73. Evolución IC Servicio de Ayuda a Domicilio 1999-2009.



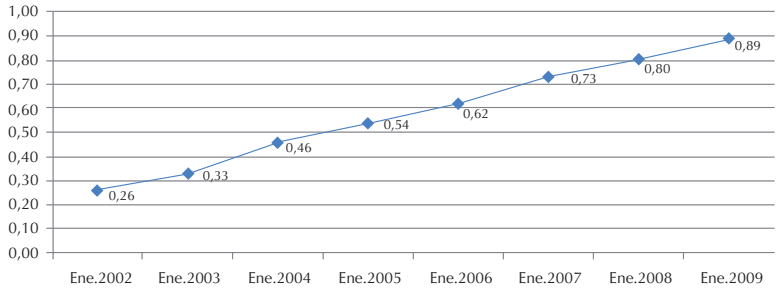
IC: Índice de Cobertura= (Nº Plazas/Pob>65)*100

Fuente: Imserso. Observatorio de Personas Mayores.

Sin embargo, todavía se está muy lejos del desarrollo que los países del centro y norte de Europa han conseguido en servicios domiciliarios. Resulta paradójico que países mediterráneos como España, con una sólida red comunitaria, hayan desperdiciado esta potencialidad que contribuye decisivamente al mantenimiento y la permanencia de las personas mayores en ese entorno protector habitual.

Centros de día. A pesar de que los servicios de estancias diurnas y los centros de día para personas en situación de dependencia son de reciente creación en España, remontándose a mediados de los años 90, este recurso ha experimentado un crecimiento no previsto cuando se diseñó, de tal manera que actualmente contamos con 69.149 plazas (Gráfico 74).

Gráfico 74. Evolución IC Centros de Día 2002-2009.



IC: Índice de Cobertura= (Nº Plazas/Pob>65)*100

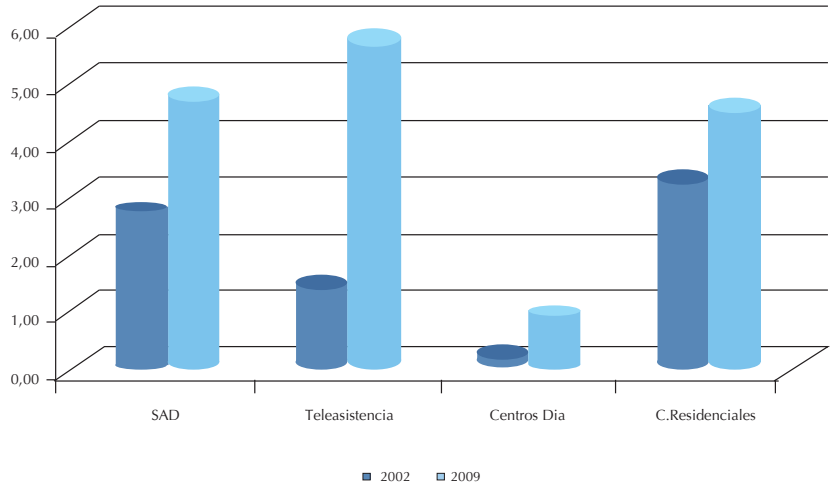
Fuente: Imserso. Observatorio de Personas Mayores.

Una vez más su distribución territorial es muy desigual así como su propio diseño, recursos humanos o programas de intervención. Este recurso favorece la permanencia de las personas con niveles moderados de dependencia en su entorno habitual, sobre todo si disponen de apoyo familiar complementario.

Hacia el equilibrio en las tareas de cuidado

La necesidad de equilibrar el esfuerzo que actualmente se realiza en el entorno familiar, especialmente por parte de las mujeres, tiende a complementarse con los servicios profesionales, domiciliarios y residenciales. España ha incrementado mucho su oferta en los últimos años (Gráfico 75), posicionando los índices de cobertura en valores similares en unos y otros. Mientras que la capacidad residencial supera levemente la media europea, los servicios domiciliarios siguen siendo escasos y poco profesionalizados. Será necesario profundizar y redefinir este modelo de atención, a la luz de los principios establecidos en la LAAD y teniendo en cuenta las preferencias de las personas.

Gráfico 75. Evolución de Servicios Sociales de Apoyo Familiar 2002-2009.



Fuente. Imserso. Observatorio de Personas Mayores.

Es importante el desarrollo que puedan tener en el futuro los servicios que permiten compaginar la permanencia de las personas en su domicilio con la atención y los cuidados profesionales, puesto que ésta parece ser la tendencia en cuanto a la demanda de las personas mayores y sus familias, y cabe destacar el avance conseguido en estos últimos años tanto de los servicios dedicados al envejecimiento activo, como los destinados a contribuir a la solidaridad familiar (Gráfico 75) y la atención a las personas en situación de dependencia, que debemos seguir fomentando, mejorando e incluso creando otros nuevos si se considera adecuado.

D. INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN

La importancia que la investigación tiene para el incremento del conocimiento adquiere especial significación en el programa de **I+D+I del Imserso.**

Se puede afirmar que, desde sus inicios, el Imserso ha tenido vocación investigadora, ya que a través de su programa de estudios ha fomentado la investigación para incrementar el conocimiento del envejecimiento, de la discapacidad y la dependencia, así como de creación y mejora de servicios sociales destinados al incremento de la calidad de vida de las personas imbricadas en estos colectivos. Dicho programa continúa en la actualidad contribuyendo a incrementar el conocimiento en estas áreas, así como la mejora de los programas existentes a través de las evaluaciones de calidad, que abren la posibilidad de disminuir las disfuncionalidades de los mismos, así como su adecuación a las necesidades de los usuarios.

La inclinación investigadora se confirmó al disponer, desde el año 2004, de sus propios programas de investigación en el marco del **Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación tecnológica** (2004-2007) con la financiación de proyectos de investigación en dos subprogramas dentro del Programa Nacional de Tecnologías para la Salud y el Bienestar y del Programa de Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas.
En la actualidad el programa de I+D+I del Imserso se contempla dentro de la acción estratégica de salud, dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2008-2011).
Estos programas, bien de forma directa o indirecta contribuyen a crear empleos de alta cualificación al requerirse doctores y licenciados para poder incorporarse a los equipos de investigación, aportando crecimiento a las redes de conocimiento.

E. SUBVENCIONES Y AYUDAS

Se engloban cuatro tipos de subvenciones:

1. SUBVENCIONES SOMETIDAS AL RÉGIMEN GENERAL DEL IMSERSO

Las subvenciones del Régimen General, con cargo al Imserso, destinadas a Organizaciones No Gubernamentales de ámbito estatal sin ánimo de lucro, reguladas por la Orden TAS/980/2007 de 2 de abril (BOE del 14), están dedicadas a la promoción y apoyo del movimiento asociativo y a la integración social de las personas mayores.
La actuación objeto de financiación con cargo a la convocatoria es el mantenimiento, funcionamiento y actividades habituales de entidades de implantación estatal de Mayores.
El Imserso ha gestionado durante el año 2010 un presupuesto de 3.515.970 , con lo cual se han subvencionado 39 entidades y 39 actuaciones.

2. SUBVENCIONES CON CARGO A LA ASIGNACIÓN TRIBUTARIA DEL IRPF

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha publicado la **convocatoria 2011** de subvenciones a ONGs con **cargo al IRPF**, por la que repartirá 207.528.175,50 euros, lo que supone un 1% más que en la convocatoria de 2010, dos millones de euros más.
En esta convocatoria se **distribuyen** en total **267.020.297,86 euros**, dinero recaudado con la asignación tributaria del IRPF del año 2009

(ejercicio que se tiene en cuenta para la convocatoria de subvenciones de 2011). Ésta es la tercera convocatoria en la que se reparte el 0'7% del IRPF de las personas que marcaron la casilla «para otros fines sociales». En la convocatoria de 2009 se pasó del 0'5239% al 0'7%.

Según estimaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad estas subvenciones generarán 6.451 empleos directos, indirectos e inducidos y 24.251 personas voluntarias.

La recaudación con destino a «fines sociales» ha aumentado un 131% en los últimos siete años. Así, se ha pasado de 115 millones de euros en la convocatoria de 2004 (IRPF de 2002) a los 267 millones que se distribuirán en la convocatoria actual.

Son beneficiarios de estas subvenciones las entidades sociales y organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro que realicen programas de cooperación y voluntariado sociales, de interés general, encaminados a atender situaciones de necesidad y/o marginación.

Los programas objeto de financiación con cargo a esa convocatoria en el área de **Personas Mayores** son:

- Programas de atención personal, atención nocturna, servicios de respiro y apoyo a familias, y adaptación de la vivienda.
- Programas de promoción y adecuación de plazas para personas mayores con dependencia en residencias de personas mayores.
- Programas de atención diurna y nocturna.

Reparto de los fondos de 2010

En la convocatoria de 2010 fueron subvencionados 1.072 programas, realizados por 405 entidades, por un importe total de 205.465.001 euros. Cuando concluyan los programas financiados habrán atendido a más de 5 millones de usuarios.

El reparto en 2010 se efectuó de la siguiente manera:

- **Personas mayores: 59.542.171,32**
- Personas con discapacidad: 47.253.775,00
- Infancia y familia: 21.327.589,15
- Programas para la inclusión social: 17.961.912,23
- Personas migrantes, solicitantes de asilo: 12.632.409,00
- Mujeres:10.051.679,28
- Jóvenes: 9.904.090,06
- Programas para la promoción del voluntariado: 8.237.963,00
- Personas con problemas de drogodependencia: 5.788.086,92
- Pueblo gitano: 5.502.614,00

- Personas reclusas y ex-reclusas: 3.698.166,43
- Personas afectadas por el VIH/SIDA: 3.564.544,51

3. SUBVENCIONES DESTINADAS A LOS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN PARA LA CIUDADANÍA ESPAÑOLA EN EL EXTERIOR Y LOS RETORNADOS

Actualmente, continúa siendo numeroso el colectivo de españoles que permanecen residiendo fuera de España. En este sentido, las situaciones de necesidad que a nivel individual o colectivo se les pueden presentar a los emigrantes mientras se hallen fuera de España han hecho necesario establecer unos programas destinados a la protección de estas situaciones, así como al fomento de lazos culturales y afectivos con España mientras permanezcan fuera de ella.

Asimismo, este tipo de subvenciones o ayudas se dirigen, sobre todo, a entidades de Mayores Españoles y van destinadas a Centros Sociales, Centros de Día y Residencias de Mayores, para el mantenimiento, dotación de equipamiento y obras de rehabilitación y a sufragar el gasto que originan las estancias, temporales o permanentes, en Centros Residenciales o Centros de Día. También contemplan, en algunos casos, atenciones sociosanitarias y situaciones de necesidad.

El Imserso ha gestionado para este fin, durante 2010, un presupuesto de 3.708.380 €, con el cual se ha subvencionado a 144 entidades en el programa de mayores y dependientes, y 55 en el programa de centros.

4. SUBVENCIONES A PERSONAS MAYORES Y A ENTIDADES Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DEDICADAS A LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES A FAVOR DE DICHO COLECTIVO CON RESIDENCIA EN CEUTA Y MELILLA

Estas subvenciones van destinadas tanto a personas físicas como a personas jurídicas, es decir, a Entidades No Gubernamentales de mayores. El crédito presupuestario global consignado para 2011 es de 393.630 €. En el año 2010 se concedieron a personas individuales 483 subvenciones por un importe de 355.794,92 €, y a entidades por un importe de 36.100 €.

El ámbito de aplicación se circunscribe a las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Comprende ayudas de rehabilitación y recuperación médico-funcional y están destinadas a entidades sin ánimo de lucro, que tengan entre sus fines la realización de dichos servicios y actividades para personas mayores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de los servicios sociales** de atención primaria y especializada como instrumento fundamental para el desarrollo de políticas de envejecimiento activo. Para ello es necesario:
   - **a)** Desarrollar de forma prioritaria los servicios **sociales de atención primaria,** de ámbito municipal, como puerta fundamental de entrada al sistema de protección de servicios sociales, y como respuesta próxima e inmediata a los problemas de las personas mayores en el entorno más próximo de su ciudad, su barrio, su propio domicilio y su núcleo familiar.
   - **b)** Establecer procedimientos de coordinación entre los distintos servicios de protección social, promoviendo la incorporación de los mayores en la vida social municipal, generando una sociedad para todas las edades y el desarrollo de actividades intergeneracionales.
   - **c)** Coordinar los distintos sistemas de información entre entidades públicas y con entidades privadas para llevar a cabo cada vez con más eficacia la actuación y atención integral a cada persona mayor en sus respectivos entornos.
   - **d)** Potenciar los servicios profesionalizados de ayuda a domicilio, servicio fundamental para personas dependientes y en muchos casos para personas no dependientes, como uno de los principales instrumentos de mejora de la calidad de la atención que se presta, lo que permitirá liberar a un importante número de personas mayores de la responsabilidad exclusiva del cuidado de familiares directos.
   - **e)** Potenciar la incorporación de los centros de día al desarrollo de programas de envejecimiento saludable y actividades culturales y recreativas, dirigidos a la población mayor de su entorno de influencia, sin perjuicio de las de cuidado que les corresponden.
   - **f)** Mantener y desarrollar programas sociales de envejecimiento activo, de tipo cultural, turístico o de salud, como son los programas de vacaciones y termalismo como instrumentos idóneos para el desarrollo personal y social, acomodando y evolucionando sus contenidos y sus modos de gestión a las nuevas necesidades y aspiraciones de las personas mayores.
2. **Es fundamental seguir manteniendo y promoviendo las políticas de subvenciones a las organizaciones no gubernamentales,** con objeto de promover su coordinación y cooperación en la gestión de servicios sociales y de interés social a favor de las personas más desfavorecidas y en particular de las personas mayores.

CAPÍTULO 12

VIVIENDA

A. VIVIENDAS Y ENTORNOS ACCESIBLES

Los cambios demográficos, los avances sociales y el aseguramiento de los derechos de las personas mayores y las personas con discapacidad nos llevan a atender de manera muy especial el entorno más próximo: el hogar y las áreas cercanas.

Construir viviendas accesibles pensando en presentes y futuras generaciones, y en los cambios que acontecen a lo largo de la vida, conlleva implicaciones y ventajas sociales, sanitarias, económicas y medioambientales. Promover el diseño inclusivo dentro del hogar y en todo el vecindario es una exigencia que debe ser atendida por todos los estamentos con responsabilidad en la materia.

La construcción de nuevas viviendas accesibles no debe suponer costes añadidos, si desde el inicio el diseño ha sido pensado para todas las personas. Debe existir una suficiente oferta de viviendas adecuadas disponibles en el futuro, para hacer frente a las necesidades de vivienda, de atención y de apoyo social y sanitario.

Se calcula que un setenta y cinco por ciento de personas jubiladas viven en edificaciones no accesibles. La gran mayoría de personas mayores en España, un 83%, posee su vivienda en régimen de propiedad pero se enfrentan a problemas severos relacionados con la vivienda y su entorno cercano. El 14% de las personas mayores que viven en régimen de alquiler, en muchas ocasiones lo hacen en condiciones precarias por falta de reformas (Imserso. EPM. 2010). Las mejoras conseguidas desde 1993 en el equipamiento de viviendas de las personas mayores, del que son un claro ejemplo equipamientos como la calefacción (mientras en el año 1993, un 66% declaraba no tener calefacción, en la actualidad un 66% manifiesta disponer de la misma en su vivienda), no es suficiente ante las barreras físicas y económicas a las que han de hacer frente las personas mayores.

Dentro de las barreras de accesibilidad que se encuentran las personas mayores hay que incluir la económica; los elevados costes dificultan el acceso al mercado libre de alquiler y de compra. Y es igualmente necesario para que esa vivienda sea digna que no tenga barreras y resulta esencial cuando se necesitan cuidados y asistencia personal o familiar.

Una vivienda digna y accesible debe estar enmarcada en un entorno que permita a la persona actuar y desarrollar todas sus potencialidades y expectativas, ya sea en núcleos urbanos o en zonas rurales. La calidad de vida de las personas depende de ello.

Y para conseguirlo, dado el alto índice de viviendas en propiedad que tienen las Personas Mayores, su ubicación y las características de accesibilidad de las mismas, así como el alto grado de permanencia en ellas, se aconseja la inversión en rehabilitación para hacerlas más accesibles. A reforzar dicha política se dirige la aprobada por el Gobierno de España dentro del proyecto de Economía Sostenible que se ha marcado el objetivo de alcanzar en el año 2020 un 35% de la inversión en el sector de la construcción, frente al 24% que representa en la actualidad.

El Plan Estatal de Vivienda y Rehabilitación ha superado en un 13% las actuaciones que se realizaron en el año 2009 con más de 91.000 actuaciones, intensificación que se prevé crecerá al incorporar nuevas medidas fiscales como una deducción fiscal de hasta el 10% en el IRPF. (www.economia sostenible.gob.es/informe 20/05/2011).

Los diferentes programas existentes en todas **las administraciones públicas, tendentes a apoyar la accesibilidad en viviendas, entornos, transportes y nuevas tecnologías**, como por ejemplo el Programa de Accesibilidad del Imserso, que se ha comentado en párrafos precedentes, contribuyen a conseguir el objetivo marcado de lograr una mayor accesibilidad para todos, aunque todavía estemos lejos de conseguir un nivel óptimo.

Los presupuestos destinados a obras de adaptación, y a la dotación de productos de apoyo para el uso en el hogar tienen en general muchas limitaciones. Los resultados del análisis realizado en las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales indican que el gasto medio oscila entre 0,25 y 0,98 euros por habitante/año (Acceplan, 2008). Estas cifras se quedan muy lejos de los 2,49 euros en Gran Bretaña (2005) y los 9,3 euros de Suecia (2002).

El gran potencial de demanda de adaptaciones en el hogar se mantiene en muchos casos oculto por el desconocimiento y resignación de las personas que viven con gran pérdida de calidad de vida en un entorno que dificulta las actividades y las relaciones.

La generación de puestos de trabajo relacionados con la rehabilitación de viviendas supone además una oportunidad en el actual contexto económico y laboral, así como un beneficio en los aspectos sociales, sanitarios y de sostenibilidad.

En una sociedad que se caracteriza por la diversidad de la población y el aumento de la esperanza de vida, se hace imprescindible estudiar las necesidades crecientes de las personas, entre ellas: la accesibilidad en los diseños para viviendas de nueva construcción; las reformas en las viviendas existentes; las mejoras en los accesos a

los servicios; y las fórmulas de viviendas alternativas y viviendas con servicios.

Debemos también tener en cuenta que la incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en la vivienda supone un gran reto para facilitar la vida, apoyar las relaciones y ofrecer seguridad y atención permanente. En el futuro, la vivienda, la salud y la asistencia estarán, progresivamente interrelacionadas.

La calidad de vida de las personas depende del entorno en que se muevan. Este entorno debe permitir a la persona actuar y desarrollar todas sus potencialidades y expectativas, ya sea en núcleos urbanos o en zonas rurales.

Las estimaciones apuntan a que en el año 2050 un 70% de la población mundial vivirá en las ciudades, dato que obligará a transformar las urbes para hacerlas más sostenibles y habitables. En ello tendrán un papel importante las tecnologías de la información y comunicación, que permitirán convertir las actuales ciudades en «smartercities» o ciudades inteligentes.

La calidad y dignidad de vida, y el aseguramiento de los derechos de las personas con diversidad funcional que viven en zonas rurales implica también la habitabilidad y accesibilidad en los pueblos, en sus edificios, en el urbanismo y en los servicios, para asegurar la calidad de la asistencia, cuidado y apoyo. También aquí juegan un papel imprescindible las tecnologías de la información y comunicación para posibilitar la interacción, ofrecer apoyos y prevenir el aislamiento.

La necesidad de contar con apoyos adecuados, sin desarraigo del ambiente social y familiar, está generando la puesta en marcha de sistemas de alojamiento alternativos a las residencias tradicionales para personas mayores. La satisfacción de las necesidades de cuidados no tiene por qué ir reñida con el respeto a la privacidad y la independencia de los residentes; las condiciones para tener una vida confortable se valoran tanto como los servicios de atención. Las personas mayores, en algunas circunstancias, perciben positivamente la oportunidad de vivir en comunidad, y relacionarse con personas que tienen intereses comunes, compartiendo facilidades de ocio y cuidado, y sintiéndose integrados en la comunidad a la que pertenecen y abiertos a la sociedad en su conjunto.

El derecho a la libre elección del sistema de vida, y a recibir los apoyos y cuidados en cada etapa y circunstancia de la vida, debe presidir la toma de decisiones de los gestores en el momento de planificar las políticas y los servicios.

1. MARCO LEGAL

La Constitución Española reconoce en su artículo 27 el derecho de todos los ciudadanos a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, precepto que constituye un mandato o directriz constitucional que ha de marcar la actuación de todos los poderes públicos. De esta manera el ejercicio de este derecho requiere que todas las administraciones establezcan los mecanismos necesarios para llegar a este fin, a través de una política de vivienda que ha de tener un marcado acento social.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en su Disposición Adicional tercera modifica la Ley de Propiedad Horizontal, y establece que «la comunidad, a instancia de los propietarios en cuya vivienda vivan, trabajen o presten sus servicios altruistas o voluntarios personas con discapacidad o mayores de setenta años, vendrá obligada a realizar las obras de accesibilidad que sean necesarias para un uso adecuado a su discapacidad de los elementos comunes, o para la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior, cuyo importe total no exceda de tres mensualidades ordinarias de gastos comunes».

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en su disposición adicional tercera: Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal, establece que «La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas, podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda».

El Real Decreto 2066/2008 de 12 de diciembre, por el que se regula el Plan Estatal de Vivienda y Rehabilitación 2009-12, supone un instrumento de apoyo para las políticas de accesibilidad y adecuación de las viviendas y su financiación para personas mayores y personas con discapacidad. Así el artículo 1: Beneficiarios de las ayudas del Plan, consideran beneficiarios con **derecho a protección preferente**, entre otros, a las personas mayores de 65 años; a las personas dependientes o con discapacidad y a las familias que las tengan a su cargo.

La protección preferente mejora las medidas tanto de acceso a la vivienda y a la financiación en caso de disponer ya de una vivienda, al incrementar en el caso de las personas mayores hasta el 60% del valor determinado de la vivienda que se pretenda adquirir, de acuerdo con la normativa del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales, como en el fomento de alojamientos protegidos, debiendo acreditar en este caso, unos ingresos familiares por debajo de 6,5 veces el IPREM o cualquier otro límite que autorizaran las CC.AA. o ciudades de Ceuta y Melilla (art. 36.1 y 22.1 del RD 2066/2008).

La promoción y la gestión de estos alojamientos protegidos puede ser tanto pública como privada, teniendo una subvención estatal de **300 €/m²u. de cuantía máxima,** pagos realizados a través de las Comunidades Autónomas y una **Subsidiación del préstamo convenido** (opcional), abonada por el Ministerio de Fomento de **350 euros/año** por cada 10.000 euros de préstamo convenido, destinada a facilitar al prestatario el pago de la amortización del préstamo y sus intereses (o sólo intereses en el período de carencia).

En el apartado de Ayudas Renove de rehabilitación y eficiencia energética, se consideran **Actuaciones Protegidas** las realizadas para mejora de la accesibilidad al edificio, entre ellas las actuaciones destinadas a la accesibilidad, las tendentes a adecuar los edificios de las viviendas o las propias viviendas:

a) La instalación de ascensores o adaptaciones de los mismos a las necesidades de personas con discapacidad.
b) La instalación o mejora de rampas de acceso a los edificios.
c) La instalación o mejora de los dispositivos de acceso a los edificios, adaptados a las necesidades de personas con discapacidad sensorial.
d) La instalación de elementos de información que permiten la orientación o el uso de escaleras y ascensores, de manera que las personas tengan una referencia adecuada de dónde se encuentran.
e) Obras de adaptación de las viviendas a las necesidades de personas con discapacidad o de personas mayores de 65 años.

Y en cuanto a la normativa de Corporaciones Locales se desarrollan medidas financieras para la adaptación de viviendas, con diferentes características y cuantías económicas, entre otras, para **actuaciones** como:

- Sustitución de bañeras por platos de ducha.
- Instalación de asideros de pared o de entrada y salida de bañera.

- Instalación de inodoros adaptados.
- Instalación de elementos para salvar desniveles.
- Arreglos de instalación eléctrica.
- Instalación de dispositivos luminosos y de amplificación sonora.
- Modificación de anchuras para posibilitar paso de sillas de ruedas.
- Otras actuaciones de estas características.

Las **cuantías que el Ministerio de Fomento** aporta en concepto de subvenciones ascienden para la rehabilitación de edificios hasta el 15% del presupuesto protegido con un límite de 1.600 € o **2.700 € en caso de que sean mayores de 65 años o personas discapacitadas y las obras sean destinadas a eliminar barreras o adecuar la vivienda a sus necesidades**; si los propietarios u ocupantes de la vivienda, promotores de la rehabilitación, no tienen ingresos familiares superiores a 6,5 veces IPREM, la subvención podrá ascender y para la rehabilitación de viviendas será del 25% del presupuesto protegido hasta un máximo de 2.500 € o **3.400 € en caso de que sean mayores de 65 años o personas discapacitadas y las obras sean destinadas a eliminar barreras o adecuar la vivienda a sus necesidades**.

2. CÓDIGO TÉCNICO DE EDIFICACIÓN

La construcción de nuevos edificios se rige por el Código Técnico de Edificación Real Decreto 314/2006 de 17 de marzo. El Código ha sido modificado en de marzo 2010 incorporando criterios de accesibilidad y de no discriminación para personas con discapacidad.

El texto del Real Decreto ha sido consensuado con los colectivos implicados y con las CC.AA. a través del grupo de trabajo formado por representantes del Ministerio de Vivienda, del Cermi, del Instituto de Ciencias de la Construcción Eduardo Torroja, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC, de colectivos de arquitectos y promotores, y arquitectos del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas Ceapat, del Imserso, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Por medio de esta modificación del Código Técnico se amplían las medidas de accesibilidad y seguridad de utilización en edificios tanto públicos como privados, para tener en cuenta su uso por parte de personas con discapacidad, como las escaleras, los desniveles, las rampas, la iluminación mínima o la reducción del riesgo en caso de peligro.

En caso de incendio, por ejemplo, se han incorporado nuevas exigencias para que las personas con discapacidad puedan abandonar el edi-

ficio o alcanzar zonas seguras, como la creación de zonas de refugio, ascensores y salidas de emergencia accesibles.
El texto incorpora condiciones específicas para personas con discapacidad auditiva, personas con discapacidad visual, personas usuarias de sillas de ruedas, personas con movilidad reducida o con discapacidad cognitiva, y personas mayores, bajo el principio de accesibilidad y diseño para todos.

B. LA VIVIENDA ACCESIBLE

Construimos nuestro entorno más cercano e íntimo ajeno a nosotros y a nuestras necesidades. Ésta es una de las razones que nos llevan a hablar de viviendas *para todos* o viviendas *accesibles,* como viviendas diferentes a las que habitualmente encontramos en nuestro entorno. Construimos viviendas que sólo pueden ser habitadas confortablemente y de forma segura por personas con unas capacidades y necesidades determinadas. No pertenecer a dicho grupo, bien porque nuestras capacidades o necesidades no son las mismas o bien porque éstas se han ido modificando a lo largo de nuestra vida como consecuencia de la edad, de las enfermedades, de accidentes, etc., nos obliga a adaptarnos a la vivienda que habitamos, limitando nuestras actividades. Introducir modificaciones en nuestra vivienda para poder habitarla no siempre es posible.
En la vivienda que queremos habitar, buscamos realizar nuestro sueño de un lugar donde vivir. No son sólo los materiales de los que están hechas, los continentes o los contenidos que les dan forma; las viviendas están hechas de las vivencias, de la memoria, de los sueños de las personas.
Sin embargo, como consecuencia de la aplicación de normativas específicas y de inercias no cuestionadas, los espacios de la vivienda se resuelven hoy como estancias perfectamente definidas y diferenciadas, toman un nombre según las actividades que en ellas se van a desarrollar, cuarto de estar, dormitorio, cocina... y se dimensionan en función de éstas, de los recursos económicos e incluso a veces de las técnicas constructivas disponibles.
Muchas de nuestras viviendas son el resultado de una serie de procedimientos de reparto de superficies, sistemas de agrupación y relación de las distintas habitaciones. Todo ello de acuerdo a un orden preestablecido, asociado tan literalmente al uso, que inhibe la improvisación y la interpretación y controla las acciones en lugar de estimularlas.

Un reflejo del resultado, obtenido a través de estos procedimientos ajenos a nosotros, son las ofertas del mercado que vemos en los anuncios de las viviendas, donde aparecen como características dignas de mención el número de cuartos de baño o dormitorios, el tipo de calefacción, los acabados en mármol o la existencia del jacuzzi. Si bien, *una casa para toda la vida* sería, sin duda, un valor más cercano a las personas que buscan habitarla.

A pesar de haber incorporado exigencias nuevas que mejoran la calidad de las viviendas, como las referidas a criterios tecnológicos o de sostenibilidad ambiental, que modifican sobre todo la imagen exterior de las viviendas y, por tanto, de la ciudad; el diseño interior de la propia vivienda sigue pautas viejas ya resueltas en la historia de la Arquitectura. No es objeto de este estudio cuestionar los modelos de viviendas que actualmente se construyen; se pretende realizar un ejercicio de análisis sobre algunos aspectos de dicho modelo de vivienda que sirva de base para establecer criterios de diseño para la vivienda accesible, y que acabe con otros de contenido equívoco.

Pensamos en crear espacios domésticos y abarcables, espacios seguros que faciliten la actividad cotidiana y la comprensión del espacio-uso sin limitar éste, con mobiliario adecuado al usuario y a la función cuando sea necesario, espacios donde los estímulos sensoriales sean suficientes y controlados, respetando el entorno íntimo de las personas, de manera que se maximice la autonomía e independencia del usuario, se refuerce su identidad y así, se aseguren y potencien sus capacidades. Una vivienda accesible será aquella en la que se realice la condición de la accesibilidad universal, de modo que los entornos, objetos o servicios presentes en ella sean «comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible».

1. LA ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA Y EL MANTENIMIENTO DE LA AUTONOMÍA EN LA VEJEZ O DISCAPACIDAD. LAS MEJORAS DE ACCESIBILIDAD EN LA VIVIENDA

Los profesionales que trabajan en la atención domiciliaria de personas mayores y con discapacidad saben que los cambios y mejoras en la vivienda para reducir las barreras ambientales, lo que denominamos «adaptación funcional de la vivienda», tiene el poder de cambiar vidas. Diversos trabajos de investigación a lo largo de los años ofrecen evidencias de cómo estas modificaciones favorecen la salud, reducen la tasa de accidentes en el hogar, mejoran la calidad de vida y aplazan el internamiento en residencias (Heywood y Turner, 2007).

El proceso de envejecimiento de la sociedad española supone desafíos importantes. Tras la aprobación de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia», estos cambios introducen nuevas responsabilidades para las administraciones públicas y un incremento de la infraestructura y los costes de la atención a estas personas. Responsabilidades y costes que serán aún mayores como consecuencia de los cambios sociológicos que se producen en las familias españolas, tradicionales responsables del cuidado de las personas dependientes. El mantenimiento de una estructura informal —familiar— de atención que garantice el cuidado de estas personas y su permanencia en el hogar, evitando internamientos indeseados y costosos, resulta más complicado en el contexto social y laboral actual. A medida que se intensifiquen los efectos del envejecimiento y el número de personas dependientes que viven solas o en compañía de otras que no puedan prestarles las atenciones precisas, la necesidad de cuidados de larga duración en el domicilio o en centros residenciales se hará mayor.

La permanencia en el hogar en la vejez se ve favorecida no sólo por la voluntad de los mayores, sino también por su mayor esperanza de vida sin discapacidad. Si bien en los últimos diez años la esperanza de vida ha crecido en más de 1,5 años, la expectativa de años a vivir sin discapacidad lo ha hecho en más de 2,5 años, lo que incrementa también el número de años de tercera edad que se van a vivir en el propio domicilio.

Estas evidencias de que las personas vivirán, incluso en condiciones de dependencia, el mayor tiempo posible, en la propia vivienda y en su contexto social favorece la opción de centrar en ella los servicios de atención y evitar indeseadas institucionalizaciones.

Se trata de una tendencia global, percibida en otros países de nuestro entorno, y que empieza a producir respuestas desde los gobiernos, tales como plantear una estrategia global para favorecer la permanencia en el hogar.

La mejora de accesibilidad y adaptación de la vivienda adquiere así carácter de política estratégica para abordar los desafíos del envejecimiento y los cambios en los modelos de convivencia y familia.

2. LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA

El objetivo fundamental de la adaptación de una vivienda sería una combinación de diseño centrado en el usuario, para reducir las demandas que presenta el entorno físico interior y de accesibilidad universal al entorno exterior inmediato de esa vivienda, para facilitar la

realización de las tareas cotidianas y promover las capacidades de sus residentes de modo que puedan llevar una vida independiente.

Por tanto la adaptación de la vivienda no es sólo un asunto de trabajos de construcción, de provisión de equipamiento o de modificación de una vivienda, sino de proporcionar una solución individualizada a los problemas de la gente que vive en un entorno discapacitante.

La ley sueca sobre ayudas a la adaptación de viviendas, incidiendo sobre esa singularidad, según Boverket (2000), plantea la siguiente definición[1]: *Una adaptación de vivienda es una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria.*

3. LA INTEGRACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL HOGAR

Al echar la vista unas cuantas décadas atrás, se puede recordar cómo las tecnologías de la información y comunicación (TICs) han ido progresivamente «integrándose» en el entorno del hogar. Primero fue la radio, después vino el teléfono y la televisión, años más tarde Internet y, en paralelo, otros aparatos se alojaron en nuestras casas como por ejemplo el tocadiscos, el magnetofón, el radiocasete, el vídeo, el ordenador, el CD y después el DVD o el Blueray. Todas estas tecnologías tienen algo en común: *ofrecer a la persona algún tipo de información, a través del sonido, la imagen, el vídeo o el texto escrito, o bien, facilitar a la persona la comunicación con otras para compartir alguna noticia o dato de interés común*. En la medida en que la persona pueda acceder desde su casa a estos medios de información y comunicación, será posible la contribución a su bienestar con respecto a su relación e interacción con el entorno, su sensación de estar actualizado, su capacidad de disfrutar de la cultura, del ocio y del entretenimiento, etc.

Un bonito ejemplo de antaño sobre la «integración» de la radio en el hogar sería el de la familia reunida después de cenar escuchando juntos el noticiario o la radionovela que reunía a los oyentes españoles durante las décadas de los cincuenta y sesenta. Hablamos de integración, «acto de hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo», según el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, ya que esta tecnología se hace parte del entorno del hogar

[1] Este concepto está adaptado de lo que establece la legislación sueca al respecto pag 12 ENABLE-AGE Project, Update Review. Nacional Report Sweden, The ENABLE-AGE Consortium 2004.

como «un miembro más» informador o formador según se trate. Unas décadas después, la televisión recoge un rol parecido, aunque no se comporte de la misma manera, como por ejemplo el del serial televisivo un domingo después de comer o el informativo semanal de la noche. En ambos casos las TICs son integradas en el hogar adquiriendo incluso un «lugar privilegiado» en el salón o incluso en el dormitorio de la casa. ¿Qué especiales características han dotado masivamente a estos aparatos de tamaño privilegio? ¿Su funcionalidad? ¿Su facilidad de uso? ¿Su estética? ¿Su precio? ¿Por qué, comparativamente, no le ha sucedido lo mismo al ordenador? Los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística muestran que la penetración de la televisión en los hogares españoles varía entre el 99,55% en 2002 y el 99,60 % en 2009, mientras que la del ordenador únicamente creció hasta el 66,30% en 2009, siendo de un 43,30% en 2003, incremento especialmente debido a la presencia del ordenador portátil y al crecimiento de la banda ancha (algo más de dos millones de líneas en 2003 y más de nueve millones y medio de líneas en 2009, según la Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones).

¿Es la funcionalidad la principal catalizadora de la integración de las TICs en el hogar? ¿Cuál es el rol de la usabilidad y de la accesibilidad?

C. LAS TICS EN EL HOGAR Y EL FACTOR HUMANO

Considerar el factor humano al analizar la integración de las TICs en el hogar no se reduce únicamente a estudiar los gustos o preferencias de los individuos, sino a un conjunto de aspectos mucho más amplio según refleja el documento del European Telecommunication Standards Institute STF 299: «Human factors; User experience guidelines; Telecare services», 2007. Estos factores humanos, definidos como el conocimiento científico acerca de las capacidades y limitaciones humanas, con el objetivo de hacer los productos y servicios más eficientes, seguros y fáciles de utilizar, condicionan definitivamente la integración de estas tecnologías.

De nada sirve a una persona mayor que el mando a distancia de su televisor ofrezca cuatro «sencillos» colores para interactuar con el teletexto si la legibilidad y distribución de la información en la pantalla impiden directamente la interacción con la misma. Otro ejemplo: una persona con movilidad reducida en los miembros superiores tendrá más facilidad para usar un teléfono de botones, siempre que éstos tengan un tamaño adecuado, que un teléfono antiguo de ésos de dial. Si

además el teléfono tiene una función de manos libres, esta persona no tendrá que superar la barrera inherente de sostenerlo en sus manos y acercarlo a su cara. Los dos ejemplos aquí expuestos tienen que ver básicamente con la dimensión de la interacción del usuario con la tecnología, que unida a la confianza del usuario y a los aspectos de provisión del servicio conforman los tres ejes fundamentales en lo que se refiere a los factores humanos. La integración de las TICs en el hogar requiere esencialmente que cada una de estas consideraciones haya sido tenida en cuenta en profundidad.

En resumen, el potencial de integración de un producto TIC en el hogar depende tanto de la satisfacción obtenida por el usuario con respecto a su funcionalidad esperada como de la facilidad y eficiencia en la interacción con el mismo, o lo que es lo mismo su usabilidad (ISO/IEC 9241). Este concepto, ampliado al requisito de que exista una forma de interacción efectiva «para todos», con independencia de las capacidades de cada persona, es lo que se conoce como accesibilidad (ISO/TC 16027), definida como «usabilidad de producto, servicio, entorno o instalación por personas con la más amplia variedad de capacidades». La integración de las TICs en el hogar requiere un grado de usabilidad y accesibilidad, además de potencial de adaptación y personalización, respetando asimismo la formación y cultura de la persona. El ejemplo del teléfono, antes indicado, puede ser utilizado para reseñar cómo los elementos que forman parte de un dispositivo deben ser fácilmente identificables y estar al alcance de la persona teniendo color y forma adecuados, estar ubicados en una posición apropiada y ofrecer iluminación y contraste suficiente. Una persona con deficiencia visual requerirá que la identificación de las teclas tenga un tamaño, contraste y relieve apropiado, o incluso realimentación por voz o por tonos al ser pulsadas. Una persona con deficiencia auditiva preferirá un teléfono de texto o un videoteléfono, mientras que una persona con discapacidad física dará especial importancia a la facilidad de manejo y marcado del dispositivo. Una persona mayor, o con discapacidad cognitiva o intelectual quizás dé mayor importancia al hecho de que los botones o la agenda de contactos tengan fotografías en lugar de caracteres alfanuméricos.

El análisis del factor humano en la integración de las TICs en el hogar siempre ha de contemplar la dimensión ética en lo que se refiere a la protección del individuo y la «búsqueda» de su bienestar. Este hecho no siempre tiene una traducción directa para cada tecnología pero al menos debe asegurarse que la persona no corra riesgo físico derivado del uso de la tecnología, que los productos empleados aseguren la pri-

vacidad en un entorno tan sensible como el hogar y que las personas siempre tengan la certeza y percepción de que los sistemas funcionan de forma fiable conforme a sus necesidades y expectativas.

El Hogar Digital «para todos»

La integración progresiva de las TICs en el hogar ha promovido el uso de diferentes términos como domótica, hogar conectado, hogar digital, «smart home» u hogar inteligente, entre otros. Sin querer entrar en este apartado en disquisiciones sobre la evolución de estos términos, sí es importante desde el punto de vista funcional citar alguna definición de consenso. Para ello, nos quedaremos con el uso del término que hizo la comisión multisectorial del hogar digital de Asimelec (Asociación Multisectorial de Empresas Españolas de Electrónica y Comunicaciones), la cual enfatiza la idea de tecnologías al servicio de la persona y no a la inversa:
«El Hogar Digital es el lugar donde las necesidades de la familia, en materia de seguridad y control, comunicaciones, ocio y confort, integración medioambiental y accesibilidad, son atendidas mediante la convergencia de servicios, infraestructuras y equipamientos.»
Esta visión de las TICs en el hogar recoge cinco conceptos básicos a tener en cuenta, como son «necesidades», «integración», «accesibilidad», «convergencia» y «servicios», que han de ser particularizados para cada persona y contexto propio. La persona tiene, por ejemplo, una necesidad de comunicación que mediante la integración accesible de ciertas tecnologías convergentes es atendida a través de ciertos servicios. Los servicios que, de modo genérico, se esperan «para todos» en el marco del hogar digital son: permitir la comunicación y reducir el aislamiento, entretener, ofrecer comodidad, facilitar la formación, ahorrar energía, proveer seguridad y responder ante necesidades sociales y de salud. Desde un punto de vista puramente tecnológico, la posibilidad de ofrecer estos servicios depende de la integración de cuatro tipos de dispositivos: interfaces de usuario (visuales, táctiles, auditivas) que deben permitir la interacción accesible de la persona con su entorno, infraestructuras de comunicación internas y externas a la casa que permitan hacer llegar la información a donde sea preciso, elementos sensores que adquieren información del entorno y de la persona e instrumentación electrónica que facilita el actuar sobre los distintos elementos de la casa (domótica).
La integración de las TICs en el hogar «para todos» requiere dispositivos, redes de comunicación y mecanismos de interacción que satisfagan las necesidades de las personas de forma efectiva, ética, accesible y segura. Los tipos de dispositivos pueden ser sensores o detectores,

que monitorizan parámetros físico-químicos, unidades de proceso o controladores, que gestionan la información recogida por los sensores y determinan las acciones a tomar, y actuadores que ejecutan acciones u órdenes para los electrodomésticos establecidos por los controladores. La interconexión de los dispositivos se realiza mediante redes domóticas (X—10, EIB / Konnex, Lonworks) o de datos (WiFi, Bluetooth, HomeRF, Ethernet, PLC) que forman la red de área residencial y que usan diferentes tecnologías en la casa para la interacción con el usuario (televisión, ordenador, pantallas táctiles, avisadores visuales o sonoros, etc.). La integración de las TICs en el hogar digital es apropiada si nace de las demandas y expectativas de las personas y, al tratar de satisfacerlas, potencia su bienestar y calidad de vida en el entorno residencial. Desde este enfoque, podemos distinguir diversos tipos de necesidades en la casa y así seleccionar diferentes dispositivos, sensores e instrumentación electrónica, potencialmente apropiada:

1. SEGURIDAD

La seguridad es una preocupación crítica de las personas en situación de dependencia, especialmente de las personas mayores que se encuentran en dicho estado. Pueden destacarse dos tipos de seguridad (J. I. Portillo, A. B. Bermejo, A. M. Bernardos y J. R. Casar, Ceditec —UPM, 2005): la seguridad antiintrusión, para las personas que viven solas y se sienten desprotegidas; y la seguridad técnica, dirigida a evitar las consecuencias de problemas técnicos, accidentes o despistes de la persona relacionados con elementos del hogar, como dejarse un grifo abierto, un fuego en la cocina o el gas encendido, pudiendo provocar daños humanos y materiales. En el primer caso los sistemas antiintrusión emplean simuladores de presencia, cámaras de videovigilancia, sensores de presencia o movimiento por infrarrojos, detectores electromagnéticos de apertura y cierre de puertas o ventanas, y sistemas de aviso por alarma sonora, lumínica o vibración. En el segundo caso, el objetivo es detectar precozmente situaciones peligrosas para el individuo y su entorno con el fin de poder actuar de forma rápida ante eventos como un escape de agua, una fuga de gas, etc., empleando para ello sensores de inundación, gas (CO, CO2), detectores de fuego, corte de suministro eléctrico, etc.

2. MOVILIDAD Y CONFORT

Respecto a las necesidades de movilidad fuera del hogar, el uso de las TICs puede facilitar algunas actividades a distancia, mediante Internet, como hacer la compra a través de la web, tener una sesión de televisita con el médico o trabajador social desde la propia casa

mediante videoconferencia, consultar a distancia movimientos bancarios o «chatear» con familiares y amigos. Evidentemente, el uso de las TICs ha de contemplar siempre los requisitos de accesibilidad, usabilidad, seguridad, disponibilidad, coste y formación fundamentales para su empleo satisfactorio por la persona. En el caso de desplazamientos fuera del hogar, además de las necesarias y obligadas adaptaciones de accesibilidad física del entorno, es importante considerar las crecientes soluciones de localización y navegación basadas en GPS y comunicaciones móviles especialmente apropiadas para personas con desorientación, discapacidad visual o déficits de memoria.

3. ASISTENCIA Y SALUD

La asistencia en situaciones graves que impliquen un problema de salud y la atención a personas con dolencias crónicas y dificultad de desplazamiento es una demanda clave. Este hecho se acentúa en el caso de personas mayores que desean cierta autonomía y cuyas demandas de cuidado en la casa aumentan conforme a su edad y grado de dependencia. Los sistemas de alarma, muy empleados en teleasistencia, ofrecen diferentes modelos de pulsadores de llamada con forma de collar, colgante o pulsera para solicitar asistencia sociosanitaria ante cualquier incidente, de forma rápida y eficaz mediante la unidad de atención domiciliaria conectada al teléfono fijo o móvil. Estos dispositivos contribuyen a la vida independiente aportando tranquilidad y confianza complementándose con otros sensores conectables a la teleasistencia, para detectar humo, gas, inundación, caídas, presencia, presión, movimiento, etc. (Miguel A. Valero, José A. Sánchez y A. B. Bermejo (Citic), 2007). Con respecto a los dispositivos para cuidados de carácter sanitario, el planteamiento en el hogar digital se orienta a poder recordar «amablemente» al paciente las tomas de medicación, medir variables biomédicas (pulso, ritmo cardiaco, temperatura, tensión arterial, glucemia, etc.) o monitorizar actividades diarias con el objetivo de detectar posibles problemas de salud. Los sensores biométricos, utilizados en telemedicina se complementan con alarmas para recordatorio de medicinas (pastillero digital), control de errantes y detectores de patrones de comportamiento, como por ejemplo frecuencia de uso de televisión o franja horaria (Tamura, 2006).

4. OCIO Y ENTRETENIMIENTO

El potencial de los dispositivos para ocio, comunicación y entretenimiento es muy elevado para propiciar el contacto con el entorno y las relaciones interpersonales con independencia de su movilidad y del

hecho de no poder salir de casa. Internet abre posibilidades de ocio y entretenimiento para personas mayores y aquéllas en situación de dependencia, a través de chats, juegos, comunidades virtuales, etc. A modo de ejemplo, actualmente se está validando el acceso a programas de ejercicios interactivos, tanto físicos como cognitivos mediante la televisión digital terrestre (TDT), para lograr, de este modo, aminorar el proceso de deterioro físico o cognitivo en ciertos tipos de discapacidad, evitando o más bien retrasando la pérdida de facultades asociada también a enfermedades neurodegenerativas como alzhéimer o parkinson, lo cual aporta igualmente una forma de entretenimiento a la persona.

A modo de conclusión sobre las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el hogar, es importante resaltar que la integración de las TICs en el hogar, inteligente o no, será un apoyo importante para la promoción de la autonomía personal y el bienestar siempre que la persona sea el primer beneficiario y la tecnología se adapte a sus conocimientos y experiencia previa. El uso de interfaces persona-máquina y persona-entorno, usables, accesibles y seguras, es esencial para promover un acercamiento más activo, inclusivo e interactivo con carácter preventivo, rehabilitador o de apoyo. Es fundamental identificar el perfil de comportamiento del sistema esperado por usuarios, familiares y profesionales aprovechando lo mejor de la tecnología disponible, promoviendo el ser ayudado y no condicionado o controlado.

D. INICIATIVAS SOBRE VIVIENDAS Y CIUDADES PARA TODAS LAS PERSONAS

Además de la iniciativa más conocida, nacida en la Organización Mundial de la Salud, **«Ciudades Amigables con las Personas Mayores»** detallada en el capítulo trece en este libro, por uno de sus autores, el Sr. Alex Kalache, se pueden citar otras iniciativas y prácticas de interés, como el movimiento de «Smart Cities», y todas las iniciativas a él ligadas, desde el sector público y el privado. Se detallan algunas iniciativas destacables por su valor como buenas prácticas.

1. INICIATIVA «CAMBIOS CONCRETOS: TODAS LAS NUEVAS VIVIENDAS VISITABLES»

Esta iniciativa surge en EE.UU., aunque el origen del término «vivienda visitable» parte de Europa. Una de las fundadoras de la iniciativa es Eleanor Smith, una mujer con discapacidad que ejercía la abogacía y observaba la construcción con barreras en las entradas a

las casas en las nuevas promociones de viviendas. La idea es que las viviendas nuevas, con el menor coste y la apariencia más normalizada, cumplan criterios de visitabilidad, de tal manera que cualquier persona pueda ir como invitada y no sea discriminada y aislada por no poder acceder. Los criterios se centran fundamentalmente en estos tres puntos: al menos una zona libre de escaleras para entrar, puertas más anchas en el interior que permitan la movilidad, y acceso a un baño. Los criterios se han ido ampliando, pero estos tres puntos son básicos y no negociables. En Arizona, Texas, Illinois, Georgia y otros Estados se ha construido un gran número de viviendas con estos criterios y se ha desarrollado legislación a nivel de los Estados y a nivel local. Los principales problemas han surgido porque existía la percepción de mayores costes para los promotores y constructores. Se ha podido demostrar que el hecho de realizar adaptaciones en viviendas ya construidas es más costoso, pero sin embargo, si se incorpora la accesibilidad en el inicio del diseño para la construcción, el coste es muy residual. El objetivo es que todas las nuevas viviendas sean visitables, que no sean viviendas especiales, y que permitan participar en una fiesta, una reunión, un encuentro familiar y no estar aislados. El concepto de visitabildad va más allá y supone también la vivienda para una persona que ha desarrollado una discapacidad, ya sea niño, joven o mayor. Si la vivienda no cuenta con unos mínimos de accesibilidad obliga a tomar decisiones dolorosas y costosas: adaptar la vivienda con costes elevados, vivir prisionero en la casa sin poder salir o hacer uso del baño, o tener que pasar a un sistema de residencia separado del entorno habitual, con sus implicaciones emocionales y económicas.

La publicación Journal of the American Planning Association (edición 2008) identifica que del 25% al 60% de todas las viviendas tendrán —durante su vida vital— al menos un habitante con una limitación de movilidad severa y de larga duración.

2. SUECIA: BUENAS VIVIENDAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS MAYORES. UNA BUENA CASA PARA TODA TU VIDA

Conseguir que las personas con discapacidad y las personas mayores cuenten con una vivienda adecuada, así como con los cuidados y apoyos necesarios, siguiendo los principios de igualdad en el acceso, elecciones personales y en la posibilidad de influir en la toma de decisiones, es una prioridad en Suecia. La Delegación sobre Viviendas para Personas Mayores creada por el Gobierno ha estudiado y analiza-

do las necesidades y desarrollos de viviendas para personas mayores, y encontrado que no es suficiente resolver el tema con una simple iniciativa, siendo necesarias medidas por parte de todos los agentes implicados, a nivel estatal, autonómico y local.

El principio rector de la política es que las personas mayores puedan vivir en sus hogares el mayor tiempo posible (kvarboendeprincipen). La mayoría de las personas mayores en Suecia, el 93%, vive en sus viviendas de siempre, incluso personas con alto nivel de necesidades de cuidados pueden permanecer en sus casas, ya que los servicios de apoyo funcionan durante todo el día.

La Ley de Servicios Sociales (Social Services Act, 2001/2005) establece que se debe proveer de viviendas alternativas a las personas que no puedan permanecer en sus hogares.

Desde 1992 los municipios han sido responsables de los diferentes tipos de viviendas para necesidades especiales, esta responsabilidad incluye tanto las necesidades de cuidados sociales como sanitarios. La forma más frecuente para necesidades especiales la componen grupos de viviendas para personas con demencias o con necesidad de cuidados posthospitalarios. También se ofrecen estancias cortas en estas viviendas. Los períodos de cuidados en los hospitales se hacen cada vez más cortos y los municipios deben asumir elevadas demandas de asistencia y cuidados.

La pérdida de capacidades funcionales puede ser un motivo para dejar la propia casa, pero no es un motivo suficiente para tener asegurada una plaza en una vivienda para necesidades especiales. Muchas personas eligen un nuevo sistema de vivienda, con zonas comunes compartidas, y con proximidad a centros hospitalarios o de atención social. Son las llamadas viviendas «senior».

Para personas que precisan mayor nivel de apoyo, pero que no desean pasar a las viviendas para necesidades especiales, se ha propuesto el desarrollo de casas con apoyo o viviendas tuteladas como una opción más. En estas viviendas se dispone de sistemas para recibir alarmas y contestarlas con inmediatez, se ofrecen cuidados durante ciertas horas o días, y se puede disponer de servicio de comidas y de actividades en comunidad.

Las viviendas para necesidades especiales deben quedar como recurso para personas que requieren cuidados sanitarios y sociales de larga duración, o estancias temporales para aquellas personas que necesitan cuidados postoperatorios o rehabilitadores. La mayoría de quienes residen en estas viviendas son personas con enfermedad de Alzheimer o demencias. Los edificios suelen ser de tamaño relativamente pequeño,

muy diferentes de las grandes instituciones que existen en otros países. Los sistemas varían pero en general son pequeños apartamentos en grupos de seis o doce, con zonas y áreas comunes para comidas, actividades y relaciones sociales. Se busca que sean lo más parecido a las viviendas habituales y que las personas que viven en ellas se manejen bien y al ser un espacio no muy extenso se facilite la orientación, las zonas comunes deben estar muy accesibles. Las áreas comunes son parte de la vivienda y deben estar diseñadas para facilitar la interacción social y las actividades de la vida diaria. La cocina y el comedor están juntos para poder participar en la preparación de las comidas, o poder estar cerca de los sonidos y olores de la preparación de alimento, por lo que las cocinas deben tener espacio para las personas residentes y el personal de plantilla. El diseño de estas viviendas está pensado para facilitar al máximo el quehacer de las personas cuidadoras y asegurar condiciones óptimas de trabajo. Por ejemplo, los baños están pensados para que dos cuidadores puedan atender a la persona y utilizar productos de apoyo como grúas o sillas de ruedas, lo que exige unos diseños y tamaños adecuados, que han ido desarrollando normativas que deben ser aplicadas para asegurar soluciones exitosas en el uso del espacio y de los equipos.

APORTACIONES

A: Jornadas sobre Desarrollo Rural, Hábitat y Vivienda de las personas mayores. Imserso, junio 2011.

- *La vivienda debe ser adaptada y adaptable a los cambios de las personas a lo largo de su vida.*
- *La vivienda debe ser un elemento que posibilite la realización de las aspiraciones de las personas y de las familias y evite la pasividad.*
- *La vivienda debe llegar a ser como casa amiga capaz de cuidar a las personas que la habitan, sin controlarlas. Debe ser accesible y asequible.*
- *Una vivienda «amiga» para las personas mayores es una vivienda adecuada para todas las personas.*
- *Técnicamente, es posible actuar sobre las viviendas existentes para convertirlas en viviendas accesibles.*
- *Una buena previsión y planificación de rehabilitación y reformas de vivienda es necesaria para evitar revisiones y actuaciones posteriores sobre lo ya rehabilitado y reformado.*

- *Facilitar iniciativas de personas mayores para la promoción de construcción de viviendas accesibles que promuevan el máximo de calidad de vida en un envejecimiento activo.*
- *El entorno, el barrio donde se habita deber ser accesible, sin olvidar la necesidad de la mejora y adaptación del mobiliario urbano.*

B: Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

- ✓ *Propiciar una tramitación fácil y adecuada de ayudas para la rehabilitación y reforma de viviendas para economías débiles. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Es necesaria la planificación a nivel estatal, autonómico y local para garantizar el deseo de las personas mayores de seguir viviendo en su domicilio, contemplando la adaptación a los posibles cambios y necesidades. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Potenciar las viviendas tuteladas para personas con dependencia que habiten infravivienda, tanto en el medio rural como en el urbano. CCOO.*
- ✓ *Elaborar Políticas de Vivienda con carácter finalista, dirigidas al ámbito autonómico y local para desarrollar programas específicos de rehabilitación coordinados y eficaces. Ceoe-cepyme.*
- ✓ *Creación de un Fondo de Rehabilitación de viviendas dirigido al colectivo de personas mayores con el fin de dotar de recursos suficientes a estas políticas y asegurar su éxito. Ceoe-cepyme.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Desarrollo de políticas de urbanismo y vivienda en las que se tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores,** especialmente la mejora de accesibilidad y adaptación de la vivienda que adquiere así el carácter de política estratégica para abordar los desafíos del envejecimiento y los cambios en los modelos de convivencia y familia. Para ello es preciso.

a) Promover la creación de espacios domésticos abarcables y seguros que faciliten la actividad cotidiana con mobiliario adecuado al usuario, respetando el entorno íntimo de las personas, de manera que se maximice la autonomía e independencia del usuario, se refuerce su identidad y así, se aseguren y potencien sus capacidades.

b) Difundir adecuadamente entre las personas mayores las diversas posibilidades de ayudas para acceso, adaptación o rehabilitación de viviendas destinadas a personas mayores.

c) Promover la incorporación de las TICs en el hogar «para todos» como apoyo importante para la promoción de la autonomía personal y el bienestar, lo que requiere dispositivos, redes de comunicación y mecanismos de interacción que satisfagan las necesidades de las personas. En el futuro la vivienda, la salud y la asistencia estarán, progresivamente interrelacionados.

PARTE TERCERA

RETOS MÁS IMPORTANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

CAPÍTULO 13

ENTORNO, HÁBITAT: MEDIO RURAL Y MEDIO URBANO

LAS PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RURAL Y URBANO

(Capítulo de Autor)

Dra. D.ª María-Ángeles Durán
Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC

1. LAS NUEVAS IMÁGENES DE LA RURALIDAD Y DE LOS MAYORES ACTIVOS

La imagen de la ruralidad, igual que la de la vejez, se ha construido desde la urbanidad y desde las edades intermedias. Ambas imágenes están mejorando por factores demográficos, medioambientales y tecnológicos. Los movimientos medioambientalistas, igual que los de descentralización y autonomía territorial, han elevado el valor de lo rural y lo identitario, asociados al mundo agrario tradicional. El mayor peso demográfico de la población de edad avanzada, y el aumento de la esperanza de vida, ha hecho nacer nuevas imágenes de la vejez, más complejas, en las que tienen cabida los «mayores activos», que se cuidan a sí mismos y a las generaciones antecedentes y siguientes.

Esta nueva imagen se asocia con personas saludables, participantes en actividades variadas, atractivas para el mercado por su potencial de consumo y políticamente muy solicitadas por su alto peso relativo entre el electorado. A estos cambios se añaden los tecnológicos, que facilitan la movilidad espacial (transporte), la comunicación verbal y la exposición a similares contenidos mediáticos.

Aunque la residencia en ciudades se asocia con mayor nivel educativo y de ingresos, no es una asociación irreversible. Así lo demuestran algunas regiones rurales de Italia, en las que la confluencia de la iniciativa empresarial y la eficaz explotación de los recursos medioambientales y el patrimonio arquitectónico/cultural, las ha situado por encima de la renta media del país.

La condición que marca fundamentalmente a los mayores no es su residencia en el medio rural o urbano, sino su grado de validez y los recursos de que disponen para recibir cuidados en caso de dependencia. El cuidado de los mayores se basa hasta ahora principalmente en la donación de tiempo por parte de los familiares inmediatos, pero la disponibilidad de tiempo gratuito cada vez será menor y el futuro sistema de atención a dependientes no puede basarse en este recurso.

2. LAS DIFICULTADES METODOLÓGICAS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LO RURAL Y LO AGRARIO

Las condiciones de identificación espacial son muy heterogéneas en España, y la mayoría de los instrumentos de observación extensiva,

registros y estadísticas, recogen mal esta variedad. Lo rural se asocia todavía con lo agrario pero es una asociación engañosa. Aunque la mayor parte de la producción agraria se realiza en municipios rurales, la mayor parte de los trabajadores de municipios rurales no son ya directamente agrarios, sino que trabajan en los servicios, el comercio, la hostelería y la construcción. Existen comarcas de población dispersa en las que los trabajadores industriales y de los servicios viven en municipios muy pequeños, junto a ciudades agrarias que albergan trabajadores del campo, y barrios periurbanos que son más urbanos que la propia urbe. Una elevada proporción de habitantes, especialmente los de más edad, han pasado por distintas ubicaciones territoriales a lo largo de su vida, utilizan más de una residencia o tienen proyecto de hacerlo. El empadronamiento conlleva consecuencias administrativas pero no explica la complejidad de las situaciones reales.

La población rural produce para el conjunto de la sociedad un servicio que suele pasar desapercibido en el discurso cotidiano, y al que contribuyen decisivamente las personas mayores: defienden con su presencia el territorio, el medio ambiente y buena parte del patrimonio arquitectónico y cultural, que de otro modo resultaría desatendido.

Las personas mayores pertenecen a núcleos familiares y su comportamiento no puede entenderse fuera de este contexto de grupo. Por una parte fijan al cónyuge e hijos a su propio territorio, y por otra, los siguen en su desplazamiento a las ciudades.

3. DIFERENCIA Y SIMILITUD ENTRE LAS ZONAS RURALES Y URBANAS

La Administración Pública (estatal, autonómica, local, sectorial) sigue un esquema territorial en su gestión, por lo que el criterio rural-urbano es decisivo en la organización de los servicios. De los municipios que existen en España, el 71,5% tienen menos de dos mil habitantes, en tanto que sólo seis ciudades superan el medio millón de habitantes (Barcelona, Madrid, Málaga, Sevilla, Valencia y Zaragoza), y cincuenta y cinco ciudades tienen entre cien mil y quinientos mil habitantes. A pesar de que más de siete de cada diez municipios son rurales, esos pequeños municipios inferiores a dos mil habitantes ni siquiera albergan a una de cada diez de las personas residentes en España (el 6,1% de la población total)[1]. La Administración Pública mantiene con los

[1] Elaboración de la autora sobre datos del INE, Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. El número de residentes en municipios menores de dos mil habitantes se estima en 2.837.647 personas. La población total se fija en 46.157.822 habitantes.

administrados una relación dual: por una parte, ha de garantizar los compromisos del Estado y las restantes instituciones con los ciudadanos, especialmente la prestación de servicios individualizados. Por otra parte, la Administración ha de obtener de los administrados los recursos necesarios para cumplir sus fines, tanto individualizada como colectivamente. Se trata sobre todo de recursos monetarios en forma de impuestos y copagos; pero los administrados también aportan otros recursos a la sociedad —y, derivadamente, al Estado— que son más difíciles de percibir y medir. La complejidad de la gestión interautonómica y las fronteras administrativas entre pueblos contiguos son un elemento perturbador, encarecedor y disuasor para los usuarios.

Desde la perspectiva de la prestación de servicios, los usuarios de edad avanzada consumen, por referencia al conjunto de la población, menos servicios educativos y más servicios sociosanitarios. Por hallarse fuera del mercado de trabajo reciben, como conjunto, rentas inferiores al resto de la población y tienen menos posibilidades de satisfacer sus necesidades en el mercado libre de bienes y servicios, teniendo que priorizar el uso de los servicios públicos o subvencionados. La escasa densidad de población y la dispersión de los núcleos rurales dificultan la economía de escala y la especialización; para los usuarios, la baja cobertura de algunos servicios (por ejemplo, telefonía fija y móvil, especialidades médicas, transporte público) conlleva un coste añadido de inseguridad, tiempo y dinero.

En las zonas urbanas está más extendida que en las rurales la creencia de que la Administración Pública debe hacerse cargo de la atención total o principal de las necesidades de las personas mayores. En las zonas rurales se ponen más expectativas en la propia familia, que en la práctica significa en las mujeres del entorno familiar inmediato. Sucede tanto por valores tradicionales como porque hay más mujeres no activas y el nivel relativamente bajo de las rentas no permite acceder a los servicios a través del mercado.

Desde la perspectiva de la aportación de recursos a la Administración Pública, las personas mayores aportan proporcionalmente pocos recursos por la vía del IRPF, ya que sus rentas son, como media, más bajas que el conjunto de la población y reciben un tratamiento fiscal más beneficioso. A medio y largo plazo, según muestra la evolución de la composición por edades de la población, éste es un dato de gran importancia presupuestaria. Entre los residentes de zonas rurales es frecuente la condición de propietarios agrarios y exautónomos, lo que conlleva mayor dificultad para estimar los recursos patrimoniales reales de que disponen, por comparación con quienes sólo reciben

rentas postlaborales. Pero esta situación se compensa en cierto modo en las zonas urbanas por la propiedad de viviendas de mayor valor, potencialmente convertibles en renta periódica.

La generalización del sistema de pensiones ha homogeneizado considerablemente las condiciones de vida de las personas mayores, reduciendo las diferencias características de la época de actividad laboral; tanto los mayores urbanos como los rurales reciben mayoritariamente rentas periódicas del Estado y gozan de similar cobertura ante el sistema de salud pública. La jubilación se vive en las zonas rurales como una transición menos brusca entre actividad y no actividad.

También los medios de comunicación, especialmente la televisión, contribuyen a homogeneizar el estilo de vida de los mayores rurales y urbanos.

4. LA SOLEDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social no sólo se realiza a través de las asociaciones formalmente establecidas, que son más frecuentes en los medios urbanos. En cuanto a la soledad, no se vive con más intensidad en el medio rural que en el urbano, o viceversa. La consideración de que los hijos atienden hoy peor a los padres que antes es casi igual de frecuente (51% de media) en los pequeños municipios y en las grandes ciudades. La proporción de quienes dicen pasar el día solos es exactamente igual en los dos extremos de la escala territorial, en los municipios muy pequeños y en los muy grandes (según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (2006) es el 41%). En los municipios rurales es mayor la proporción de mayores que pasa el día con los amigos (9'8% frente a 4'4% en las ciudades de más de un millón de habitantes), pero la tendencia no es lineal. La proporción de quienes, teniendo hijos, viven con alguno/a de ellos, es similar en la zona rural y en la gran ciudad (32% y 33%, respectivamente). La relación con los familiares no convivientes es intensa tanto en los municipios rurales como los urbanos. Convivir con hermanos y cuñados, es algo más frecuente en la zona rural, pero convivir con nietos es más frecuente en las ciudades (11% frente a 7%). Que los padres de los mayores convivan con ellos es más común en las zonas rurales (33% de los que tienen padres) que en las urbanas (25%) y es, probablemente, una de las principales causas de fijación al lugar de origen. La proporción de quienes tienen algún hijo viviendo en el extranjero es cuatro veces más alta en las ciudades que en los municipios rurales y sucede lo mismo con los nietos, pero, fruto de otro tipo de emigración, es algo más fre-

cuente tener hermanos en el extranjero en los municipios rurales que en las grandes ciudades.

5. ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y LA DISCONTINUIDAD GENERACIONAL

Los mayores dependen mayoritariamente de la Administración Pública, tanto como proveedora de ingresos como proveedora de servicios, lo que los coloca en riesgo de clientelismo.

Es de prever que en el futuro continuará la tendencia migratoria de las zonas rurales a las urbanas. Los estudios monográficos sobre jóvenes rurales siguen poniendo de manifiesto su atracción por las ciudades, como lugares que ofrecen mayores oportunidades.

La Administración Pública tendrá que diseñar sus políticas tomando como escenario habitual los hogares sin continuidad generacional y la movilidad residencial entre Comunidades Autónomas.

M. A. Durán

ANÁLISIS DEL ENTORNO Y EL HÁBITAT

A. EL ENTORNO COMO ESCENARIO DE FENÓMENOS Y OPORTUNIDADES PERSONALES Y SOCIALES

El entorno donde se habita ha determinado las formas de vida del ser humano. A lo largo de los siglos las personas han cambiado de forma continua los lugares donde vivían en la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Una simple ojeada a la historia de la humanidad muestra que el factor constante en su evolución ha sido la migración de un sitio a otro, siempre en la persecución de hábitats que les ofrecieran recursos suficientes para una vida sin escasez, en una interacción constante del hombre con el medio, modificándolo, transformándolo y adaptándolo a sus necesidades. Y es, en esta persistente interrelación entre personas diversas y medios diferentes donde los entornos coadyuvan a conformar culturas distintas.

Desde la Revolución Industrial se concentraron en las ciudades mayores y mejores oportunidades de desarrollo personal iniciando un trasvase continuo desde el medio rural hacia el medio urbano. La centralización de poderes y saberes en la ciudad difunde una imagen de modernidad que se contrapone a una representación de la sociedad rural de obsolescencia y carencia de futuro, imágenes que sirven de impulso a la atracción y expulsión de los hábitats. La distribución de la población en un espacio visualiza la conformación de las fuerzas e influencias de los diferentes grupos sociales en una época determinada. Una abundante literatura científica desde disciplinas diversas (desde la antropología a la ingeniería) ha analizado la importancia de la ubicación espacial de los actores sociales en el equilibrio de la interrelación social. Este interés, tema central de observación de las ciencias sociales ha pasado a ser, en las últimas décadas, una preocupación de los responsables gubernamentales en la búsqueda de un desarrollo equilibrado debido a las grandes oscilaciones poblacionales y las consecuencias económicas y sociales que producen.

Se añade a este interés «el imperativo» de globalización de la economía actual, que influye en los asentamientos poblacionales más allá de los países y de los continentes, siguiendo la pauta de transferencia de población del campo hacia las urbes a través de las fronteras transnacionales. Las migraciones de países económicamente subdesarrollados o en vías de desarrollo no son meramente internas, sino que éstas se

dirigen hacia los países desarrollados, asentándose principalmente en zonas urbanas. Regional y localmente los procesos son muy diferenciados, al desarrollarse la modernización agrícola sobre zonas donde las tierras son más productivas, aumentando las regiones más desfavorecidas su marginación (García Pascual, 2001). Las repercusiones de la globalización económica actual afectan sobre todo a los colectivos más vulnerables, entre ellos las personas mayores, tanto en países pobres como con mayores niveles de riqueza, debido a que en los países desarrollados con sistemas de bienestar social, son los colectivos que más recursos sociales consumen y son precisamente éstos los que se reducen en primer lugar al no apoyarse en políticas sociales sino en políticas económicas (Ramos Toro, 2009).

España ha sido agente activo en este proceso durante los últimos veinte años, al ser uno de los mayores receptores de población migrante llegados desde otros países y continentes, especialmente de Iberoamérica y de África, poblaciones que se han asentado principalmente en las grandes metrópolis y en las ciudades y también, aunque en menor medida en zonas rurales donde su influencia en la revitalización de la zona se suma a la de los otros nuevos pobladores «neo-rurales».

En un período de cincuenta años, la distribución territorial de la población española ha pasado de ser mayoritariamente rural a urbana, habiendo cambiado en este período su fisonomía. La población de municipios españoles de menos de 10.000 habitantes ha pasado de ser el 57% de la población española a tan sólo un 23% en un período de 40 años (www.marm.es).

Las décadas de los setenta y ochenta fueron decisivas en la transformación del medio rural y urbano de nuestro territorio, con una regresión del medio rural al producirse un vaciamiento demográfico como consecuencia de la emigración, una desestructuración de la pirámide de edades con un progresivo envejecimiento, una fuerte masculinización sobre todo en edades jóvenes y una tendencia hacia la desagrarización y el inicio de un cambio de las relaciones y de los valores (García Sanz, 2009).

Los problemas producidos en estas décadas se asentaron y aumentaron en los sucesivos períodos de tiempo hasta la actualidad, momento en el que se dibujan nuevas oportunidades para revitalizar el medio rural dentro de una concepción más equilibrada y sostenible del desarrollo económico. Esta nueva perspectiva de desarrollo equilibrado entre hábitats debe contemplar como elemento esencial el proceso de envejecimiento del medio rural dentro de las políticas de actuación para la mejora de la calidad de vida de los enclaves rurales.

Los gobiernos, en particular de los países desarrollados, se han implicado de forma decidida en el diseño de políticas públicas que nos guíen hacia un desarrollo sostenible y equilibrado que mantenga y propugne el desarrollo de las sociedades modernas con un uso de los recursos que mantenga y recobre en su caso, el medio ambiente. En este empeño, la conservación e impulso del medio rural se ha configurado como elemento estratégico para la efectividad de las diferentes políticas públicas dirigidas a alcanzar un desarrollo sostenible y equilibrado.
La Unión Europea, desde su constitución (CEE) tuvo una especial sensibilidad hacia las políticas agrarias a las que se incorporó nuestro país desde su ingreso, en clara sintonía con las prioridades establecidas por la Unión Europea.

B. HACIA UN DESARROLLO RURAL SOSTENIBLE

Desde la constitución de la Unión Europea (antes Comunidad Económica Europea) la política agraria común (PAC) se fraguó como uno de sus pilares. Las políticas de Desarrollo Rural encuadradas en la Política Agraria Común (PAC), tuvieron su origen en la Declaración de Cork (Irlanda) de 9 de noviembre de 1996, que marcó un punto de inflexión en la dirección tomada por la política agraria comunitaria, al considerar la necesidad de «establecer y fomentar una política de desarrollo rural que atraiga y reconozca la diversidad de las gentes **de todas las edades** que habitan las zonas rurales constituyendo el desarrollo sostenible del medio rural una prioridad de la Unión Europea y el principio fundamental que sustente toda política rural en el futuro inmediato y tras la ampliación». (Sus objetivos han de ser invertir el proceso de emigración del campo, combatir la pobreza, fomentar el empleo y la igualdad de oportunidades, responder a la creciente demanda de calidad de vida y mejorar el bienestar de las comunidades rurales).
La Declaración de Cork tuvo su continuación en la agenda 2000 y sus herramientas en los distintos Fondos Comunitarios (para ver normativa comunitaria y su desarrollo: www.marm.es).
El objetivo común de estas políticas es hacer de las «zonas rurales un lugar más atractivo en donde vivir y trabajar en un escenario en donde puedan encontrar una vida mejor gentes cada vez más diversas de todas las edades, **invirtiendo el proceso de envejecimiento y despoblamiento de las mismas**, dotándolas de medios para que generen su propio desarrollo, se adapten a las nuevas circunstancias económicas y sean valoradas como merecen por el conjunto de la sociedad» (www.marm.es).

En este sentido, el Reglamento (CE) 1698/2005 del Consejo, de 20 de septiembre, regulador de la ayuda al desarrollo rural a través del Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural (Feader) establece para el período 2007-2013 una programación basada en un Plan Estratégico Nacional, que en nuestro país viene recogida en el Marco Nacional de Desarrollo Rural 2007-2013 (aprobado por decisión comunitaria el 28 de noviembre de 2007) y el consiguiente Plan Estratégico Nacional de Desarrollo Rural 2007-2013.

Como continuidad a este Reglamento la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, **para el desarrollo sostenible del medio rural,** remarca en su Preámbulo el valor actual del medio rural en España en «… el hecho de que en este inmenso territorio rural se encuentran la totalidad de nuestros recursos naturales y una parte significativa de nuestro patrimonio cultural, así como las nuevas tendencias observadas en la localización de la actividad económica y residencial confieren a este medio una relevancia mayor de la concedida en nuestra historia reciente» y define el medio rural como «el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definidos por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a 100 habitantes por km^2» y cuantifica en el primer programa de desarrollo rural sostenible para el período 2010-2014 como predominantemente rural un 24,8% del territorio español, un 61,7% es rural intermedio y el 13,44 restante es predominantemente urbano (metodología OCDE).

Mediante esta norma (Ley 45/2007) se pretende llevar a cabo un impulso de desarrollo en las zonas rurales y, prioritariamente, en las que padecen un grado mayor de atraso relativo, mejorando la situación socioeconómica de la población de las zonas rurales y el acceso a unos servicios públicos suficientes y de calidad. En concreto, establece que las políticas de desarrollo rural sostenible de las Administraciones Públicas que se deriven de ellas deberán orientarse, entre otros objetivos, a «garantizar el derecho a que los servicios en el medio rural sean accesibles a las personas con discapacidad y las personas mayores».

Con la finalidad de ejecución de programas define la zona rural como «el ámbito de aplicación de las medidas derivadas del Programa de Desarrollo Rural Sostenible regulado por esta ley, de amplitud comarcal o subprovincial, delimitado y calificado por la Comunidad Autónoma competente» y mandata en su art. 7 que el Programa de Desarrollo Rural Sostenible incluirá medidas destinadas a satisfacer necesidades y demandas sociales de grupos de población que requieran una atención prioritaria, en particular, las mujeres, los jóvenes, las personas mayores

y las personas con discapacidad. En este sentido, y aunque toda la ley está imbricada en promover el desarrollo social, son de destacar los contenidos de los artículos 17.2, 22 d) e), 23, 26 b) c), 27 f), 28 m 29, 30, 32 a), 33, 39 y 40, que abarcan los servicios que presentan una carencia en relación con el medio urbano de los colectivos con déficit de desarrollo.

El Real Decreto 752/2010, de 4 de junio (Boe 11 junio de 2010) por el que se aprueba el Primer Programa de Desarrollo Rural Sostenible para el Período 2010-2014 en Aplicación de la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural, establece cinco ejes estratégicos donde se contienen las medidas, directrices generales y unos objetivos operativos, que pretenden dar un modelo de respuesta común frente a los principales retos y necesidades del medio rural español.

Tras estas regulaciones, subyace la necesidad de la equiparación real de derechos de los ciudadanos del medio rural con los del medio urbano, porque en la sociedad del siglo XXI la distinción entre «lo urbano» y «lo rural» se enmarca dentro de las diferencias de oportunidades personales y sociales que ofrecen los diferentes hábitats y no tanto en la diferencia de cultura y valores cada vez más cercanos.

Desde el entorno más inmediato, la casa, pasando por el barrio, el pueblo, la ciudad, el país, la persona se identifica con un espacio de pertenencia que se ajusta al desarrollo vital más satisfactorio y pleno en relación unívoca con la existencia de recursos y posibilidades que su ámbito le ofrezca. El espacio/los espacios recorridos y vividos se incorporan a nuestro ser, formando parte de los afectos, los sentimientos, conformando un espacio personalizado y vivido donde se producen la identidad y la memoria (Valle, 2009).

Es desde esta perspectiva de recursos y posibilidades desde donde se abordan las diferencias entre hábitats tomando como hilo conductor el medio rural sometido a un proceso de transformación hacia nuevas oportunidades.

C. LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL MEDIO RURAL

Los criterios para conceptualizar y diferenciar la población rural de la urbana se han abordado desde diferentes enfoques. La corriente culturalista residencia la ruralidad en la resistencia al cambio manteniendo valores y estilos de vida propios y permanentes en el tiempo, mientras

una corriente de la sociología rural considera que las poblaciones rurales y urbanas no tienen por qué considerarse a priori como distintas (Camarero y otros, 2009).

La pauta más utilizada es la cuantitativa, bien de relación población tamaño de municipio, bien densidad de población. Los resultados diversos dependiendo de la metodología empleada traslucen la falta de homogeneidad, y el hecho de que los estereotipos negativos han marcado durante largo tiempo la intervención en este tipo de hábitat.

En general, en España se establece habitualmente el límite de lo rural en los municipios menores de 10.000 habitantes (Camarero y otros, 2009). Siguiendo este criterio, la población española que vive en entornos rurales alcanza, a 1 de enero de 2010, una población de 9.884.916 (INE 2010. Revisión Padrón 2009), lo que supone un 20,75% de la población total española en esta fecha.

Aunque como se ha señalado anteriormente, con vistas a la implementación de políticas públicas se utilizan otros parámetros, de uno u otro modo, el delimitar lo rural de lo urbano no muestra sino la gran heterogeneidad existente en lo que denominamos «rural» y la amalgama de rural y agrario donde no influyen tanto los tamaños de población o las distancias como la disponibilidad de oportunidades y la gestión del tiempo (Camarero y otros, 2009).

A pesar de la heterogeneidad existente dentro del propio hábitat rural, hay un consenso en que los tres problemas principales de las zonas rurales son despoblamiento, envejecimiento y masculinización, que se conforman como los indicadores diferenciadores de este hábitat. No por ya dicho, es menos cierto que la mejora de las condiciones de vida de la población va directamente unida al incremento de oportunidades para el desarrollo personal y colectivo de toda la población y dentro de este hábitat, en particular, de las oportunidades que encuentren las mujeres jóvenes y la generación sostén para permanecer en dicho medio. Avances que influyen directamente sobre la calidad de vida de los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentra el de las personas mayores.

Estos tres indicadores van directamente unidos, ya que el despoblamiento de las zonas rurales es debido a un abandono del medio, principalmente de las mujeres jóvenes en edad reproductiva, lo que eleva la tasa de masculinidad por un lado y el envejecimiento de la población por otro, al no incorporarse población nueva por la base e incrementarse la población mayor por el aumento de la esperanza de vida.

En esta tesitura, analizar los retos a los que se enfrentan las personas mayores en el medio rural implica una observación del conjunto de los desafíos de la sociedad rural con los que se entrelazan y de los que no puede aislarse.

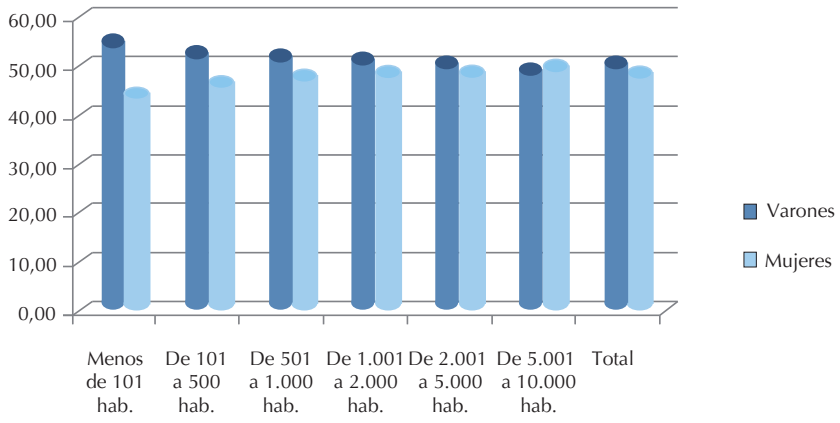
1. ALGUNAS CIFRAS DE LA POBLACIÓN RURAL

La población española asentada en las urbes llega prácticamente al 80% en enero de 2009, teniendo las mujeres una mayor representación que los hombres. En el medio rural, por el contrario, la relación entre hombres y mujeres es la inversa.

El menor número de mujeres en edades reproductivas en el medio agrario disminuye las posibilidades de continuidad de la población en contraposición al medio urbano y muestra uno de los problemas principales de este hábitat: **la progresiva masculinización de la población.** Esta masculinización del medio rural indica principalmente la falta de oportunidades para la mujer en el medio agrario, cuyas actividades principales están fuertemente marcadas por la masculinidad. Los mayores niveles de formación que ha alcanzado la mujer en el medio rural desde la década de los sesenta, ha conllevado la marcha progresiva de las mujeres hacia las ciudades, en busca de oportunidades para su desarrollo personal, abandonando su función principal de épocas anteriores de ser garantía de continuidad de la propiedad agraria por medio del matrimonio. La inversión de las familias en la educación de las hijas para mejorar y asegurar su ascenso social en el medio agrario ha tenido el efecto contrario, sobre todo en estos últimos años. El binomio educación y desarraigo rural se ha considerado durante mucho tiempo la causa fundamental de la huida juvenil del medio rural, y especialmente en la partida de las mujeres, siendo éste el elemento clave de la masculinización rural (Camarero et al., 2009). Si bien parece incontestable este proceso, al mismo tiempo la reducción del diferencial formativo de las mujeres rurales jóvenes respecto a las urbanas está modificando el perfil de la mujer rural, lo que contribuye a darle confianza, que se sienta cada vez más capacitada para participar en la vida laboral, económica, social y política, y se ve impulsada a asumir responsabilidades que le estaban vedadas (García Sanz, 2005).

La masculinización, el despoblamiento y el envejecimiento del medio rural, comunes a todo el hábitat, se distribuyen de forma desigual dentro del propio medio, teniendo mayor incidencia en los núcleos rurales más pequeños: el mayor desequilibrio se observa en los municipios menores de 2.000 habitantes, tendiendo a la igualdad de sexos en los núcleos con población mayor a 2.000 habitantes (Gráfico 76).

Gráfico 76. Población rural. Distribución por sexo



Fuente. INE Base 2009.

Dentro del propio hábitat, la población tiende a concentrarse en los núcleos más grandes produciéndose realmente el vaciamiento poblacional en los municipios menores de 2.000 habitantes, que se concentran en las regiones de montaña y la zona oeste del país. Junto con estas zonas, son las Comunidades Autónomas de Castilla y León y algunas provincias de Castilla-La Mancha las que tienen una población mayoritariamente rural al sobrepasar el 60% de la población asentada en núcleos rurales como Cuenca, Ávila, Teruel, Segovia y Soria (MARM, 2009). (Ver capítulo I. Gráficos 13 y 14).

La concatenación de los factores anteriores agudiza el envejecimiento de la población rural española, si bien este sobreenvejecimiento se ralentiza en las generaciones de mayores de 65 años, debido de un lado, al éxodo sufrido en las décadas centrales del siglo pasado y de otro, incremento de la población rural producido en un período de seis años, de 2001 a 2007, cifrado en un 6,7% (Camarero, 2009), debido al asentamiento de los nuevos pobladores neo-rurales, principalmente inmigrantes procedentes de otros países.

2. PERSONAS MAYORES EN EL HÁBITAT RURAL

De acuerdo a la Encuesta de Personas Mayores (Imserso, 2010) un 23% de la población mayor española vive en municipios menores de 10.000 habitantes, concentrándose en progresión inversa al tamaño del municipio, acercándose al 50% en los que tienen menos de 500 habitantes (García Sanz, 2009).

Uno de los retos actuales de la población del medio rural, como es la masculinización, se rompe cuando se cumplen los 65 años (las mujeres

traspasan el 25%, mientras los hombres se sitúan cerca del 19%) cohorte de edad donde comienza a equilibrarse la relación entre sexos, para pasar a un envejecimiento marcadamente femenino, siguiendo la tendencia general del envejecimiento de la población española, teniendo un efecto arrastre en cuanto a la solidaridad intergeneracional y en concreto de género: las generaciones de personas mayores con necesidades de ayuda ven limitado el apoyo debido al menor número de mujeres de las generaciones soporte. El 47% de las personas mayores que viven solas son mujeres, mayoritariamente viudas, que habitan en el medio rural. Estas mujeres, que a lo largo de su vida han dado la mayoría de los apoyos a personas de su entorno, ven reducida la solidaridad entre generaciones debido a la lejanía de las personas que estaban llamadas a proporcionarla de acuerdo a las estructuras sociales en las que se socializaron.

Esta evolución, a primera vista negativa, puede constituirse en un factor de progreso si los actores integrados en el medio establecen las bases para generar riqueza desarrollando servicios profesionales que sustituyan la ayuda informal principalmente femenina. Según datos existentes en el Sistema de Información de Atención a la Dependencia (SISAD) en enero de 2011, el total de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar ascendía a 384.807. Cerca del 80% de los cuidadores no profesionales son mujeres y un 50% vive en núcleos rurales menores de 20.000 habitantes. El poco recorrido temporal de la puesta en práctica de la ley aconseja no hacer aseveraciones, pero en todo caso estos datos confirman la tendencia de la intensidad mostrada en otras investigaciones: la dependencia en las personas mayores y sus cuidados son mayoritariamente de género femenino y además su hábitat es rural.

La otra nota caracterizadora de la población mayor en el medio rural es su sobreenvejecimiento. El 29% de los mayores de 80 años viven en núcleos rurales de menos de cinco mil habitantes y un 26,6% lo hace en municipios de entre cinco mil y diez mil habitantes. Si hay un sobreenvejecimiento de la población española, éste es más intenso en el medio rural, lo que repercute sobre el equilibrio espacial en la presión de la prestación de servicios, en zonas dispersas y despobladas donde los ratios de eficiencia tienen signo negativo.

Un apunte del sobreenvejecimiento de la población española es el crecimiento de la población centenaria, que se concentra geográficamente en el medio rural. La población centenaria en nuestro país se ha duplicado prácticamente entre el año 2001 y el 2009 (ver capítulo primero) y los municipios con una mayor presencia relativa de población centenaria se aglutinan en áreas montañosas del interior, aisladas y poco pobladas del norte peninsular (Puga, 2007), en armonía con

las zonas de asentamiento de mayor número de centenarios en otros países. A pesar de ser escasas las investigaciones realizadas sobre personas centenarias, convergen en los países donde se han realizado, en que el mayor número de personas centenarias libres de dependencia se ubican en zonas rurales dispersas y despobladas, principalmente de montaña. Además de la importancia que estos estudios tienen para poder establecer cuáles son los posibles estilos de vida que conducen a traspasar la barrera de los cien años con éxito vital, son un punto de atención para poder definir e implantar programas conducentes a la atención adecuada a las características de este tipo de población.

Estos trazos apuntan a la gran hetereogeneidad del colectivo de las personas mayores, que atraviesa los diferentes hábitats rompiendo con perfiles estereotipados del mundo rural o del hábitat urbano. Hetereogeneidad compartida con el resto de los habitantes del medio rural, en una sociedad en transición. Las diferencias culturales entre rural o urbano son hoy más una manifestación de la facilidad de acceso a recursos privados y principalmente públicos, que permitan el desarrollo de los derechos de ciudadanía en el mismo plano de oportunidades. Ciertamente, otros factores como el desequilibrio demográfico, el género o el nivel educativo incidirán de manera más intensa dependiendo del hábitat donde se resida. Y así, dentro del colectivo de personas mayores se generan singularidades en el proceso de envejecimiento, que revelan diferentes necesidades y demandas, dependiendo de dónde se ubican, cuáles son sus trayectorias de desplazamiento de manera que los servicios públicos estén a su alcance (Valle, 2009).

D. DIFERENCIAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN EL MEDIO RURAL Y URBANO

Más allá de los datos constatables de que los desequilibrios poblacionales puedan incidir en el desarrollo o estancamiento de un hábitat determinado, la sociedad debe asumir las necesidades cambiantes que las personas necesitan dependiendo de su evolución biológica y de las posibilidades que le ofrece su hábitat. La inamovilidad espacial de las personas mayores es un estereotipo que se rompe simplemente a través de la observación de los desplazamientos permanentes y temporales de residencia que realizan, dentro y fuera de su medio. La muerte del cónyuge, la manifestación de problemas de salud y alcanzar edades avanzadas (cumplir ochenta años) son acontecimientos que impelen

a la familia de la persona mayor a decidir y/o influir para que ésta se traslade a vivir a otra residencia, bien al domicilio de otro familiar, sea en la misma localidad o en otra distinta, o bien a una residencia comunitaria (residencia, pisos tutelados, etc.). Los datos confirman esta tendencia, ya que a partir de los ochenta años, las personas mayores rompen con la trayectoria de descenso de vivir en hogares de sólo dos miembros para pasar a convivir en hogares de más de dos personas.

Las sociedades tienen establecidos rituales y/o protocolos de acompañamiento para sus miembros en los momentos de tránsito vitales (nacimientos, inicio de la vida adulta, marcha del hogar paterno, matrimonio...) que sirven como códigos de información, de guía y acompañamiento para el que inicia una nueva etapa. No es el caso de las personas mayores que deben de abandonar su hogar, un espacio incorporado a su persona y donde tienen configurada su posición dentro de los límites físicos de su hogar y de los entornos inmediatos, vecindad, barrio, pueblo, ciudad, Comunidad Autónoma, país…, sin ningún rito de acompañamiento establecido, debiendo reencontrarse y recolocarse espacialmente en una vivienda cuyos espacios son lugares de otros. A la pérdida afectiva y emocional, se unen, además la pérdida de los referentes relacionales, vecinos, amigos, e incluso los culturales y sociales, cuando el traslado se produce a un domicilio ubicado en otro medio. Son las personas mayores del medio rural, que abandonan su medio para vivir en núcleos más grandes, en particular las ciudades, las que sufren un mayor desarraigo al desconocer los códigos de funcionamiento de la gran ciudad.

El deseo fuertemente insertado en la sociedad española de vivir en su casa es más intenso en la población mayor, y en concreto en los nucleos rurales donde alcanza al 89,4% de la población (Imserso, EPM 2010) y precisamente, son estas personas mayores rurales las que por la emigración de sus hijos hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades, se ven abocadas en mayor medida a iniciar una emigración postfilial tardía cuando se presentan las circunstancias de viudedad, edad y/o fragilidad. Dos aspiraciones que definen las carencias y vacíos de la vida de las personas mayores del medio rural son emprender un viaje y tener cerca a la familia. La mayoría apenas ha salido del pueblo, y no terminan de asimilar la ruptura de la familia como consecuencia de la emigración (García Sanz, 2009).

Los movimientos residenciales conllevan obligaciones administrativas que debido a la estructura político-administrativa de nuestro país pueden ocasionar disfunciones en el ejercicio y disfrute de los derechos de los ciudadanos, que alcanzan desde derechos civiles hasta derechos

políticos y que inciden especialmente en las personas mayores, máxime cuando el cambio residencial atraviesa fronteras de Comunidades Autónomas.

El imperativo legal de empadronamiento para poder disfrutar de derechos como la sanidad o los servicios sociales puede ocasionar cambios en el derecho civil rector de la persona, y que la persona mayor no tenga conocimiento de que se ocasionan, variaciones en sus obligaciones fiscales que desconozca y modificación en su derecho de participación política, como el voto, al tener que ejercerlo en un lugar desconocido que le incrementa aún más el sentimiento de pérdida y desarraigo. La complejidad burocrática y administrativa, incluido el propio lenguaje dificulta el acceso a los servicios públicos y privados de las personas mayores «trasplantadas» a la ciudad, acostumbradas a una administración más personalizada que les brindaba su pueblo.

Pero también en la actualidad se está produciendo una emigración de personas mayores entre hábitats en sentido inverso: del medio urbano al rural. Son los conocidos como «los retornados» o «abuelos neo-rurales», personas que en su juventud emigraron a las ciudades e incluso al extranjero y tras la jubilación se establecen en los lugares donde transcurrió su infancia y juventud y que aportan una imagen de modernidad al medio rural configurando otra categoría dentro de los nuevos pobladores «neo-rurales».

Este cambio residencial difiere con el anterior en su «voluntariedad» y comparte, a pesar de sus diferencias, la necesidad de integración en una sociedad diferente de la que partió, que es la que permanece en su recuerdo, y en la que debe aprehender su cultura, símbolos y códigos que regulan la comunidad, ahora desconocida.

Dentro de estos desplazamientos de las personas mayores y tal vez el que tiene mayor relevancia es el traslado hacia una institución cerrada, que generalmente se produce dentro del propio medio, pero que en las ciudades, y principalmente en las grandes urbes, conlleva un cambio de barrio e incluso de hábitat. Las consecuencias de despersonalización que conllevan el ingreso en una institución cerrada han sido ampliamente estudiadas por los investigadores sociales. El ingreso de una persona mayor en una residencia (también en un centro de día) se produce generalmente en situaciones de especial vulnerabilidad y fragilidad de la persona mayor, lo que incrementa los efectos perversos de la institucionalización. Ciertamente, los esfuerzos que se hacen para paliar en lo posible estos efectos negativos son numerosos y se han comenzado a establecer pautas de acompañamiento en los ingresos residenciales que ayuden a la persona mayor a encontrar su lugar, junto

con la flexibilidad en las normas que permitan personalizar su espacio individual asignado. Pero aún se está lejos de conseguir que los centros residenciales sean lugares de encuentro intergeneracional, abiertos a los residentes y a los visitantes, donde los espacios comunes que compartir no estén acotados a una sala y a un horario determinado, y los espacios personales sean individuales y no compartidos. Los espacios comunes deben ofrecer ese juego de la amplitud de usos, pero también la polivalencia para la singularidad (Valle, 2009). A pesar de la escasa antigüedad de muchas residencias en nuestro país, sigue la tendencia a construir entronos «cerrados», dotados de elementos constructivos accesibles pero levantando barreras de comunicación con el exterior y con espacios interiores despersonalizados: grandes zonas comunes impersonales y habitaciones compartidas, que dificultan la creación de un espacio propio adonde trasladar los recuerdos, afectos y sentimientos de una larga vida, impidiendo la interiorización de pertenencia del lugar que es elemento esencial en el bienestar anímico de la persona mayor, aún más en situaciones de especial vulnerabilidad.

El sentimiento de pérdida de muchas personas mayores al ingreso en una residencia se amplía cuando ésta se ubica fuera del pueblo, del barrio donde ha pasado toda la vida. Además de tener que encontrar y hacer suyos «los nuevos lugares» se aleja de la relación constante con los vecinos, las amistades, la familia..., contactos que se irán diluyendo en una relación directa con la lejanía de la residencia de su entorno.

Las personas mayores del medio rural sufren más intensamente esta pérdida, al estar imbrincadas en una cultura más comunitaria donde las relaciones vecinales, de amistad y con los familiares colaterales son más intensas. No es de extrañar que se vea la residencia como el último recurso y que en los entornos más familiaristas la imagen de la residencia sea muy negativa. Los datos no pueden ser más significativos: tan sólo un 1% de ellos manifiesta su preferencia por vivir en una residencia, mientras en los núcleos urbanos lo desearía un 8%; incluso ante la probabilidad de necesitar cuidados, la residencia sería un recurso grato para un 8,5% de los mayores rurales y para un 25,3%, de los mayores urbanos (Imserso. EPM, 2010).

Nuevas formas de residencia, que acomoden sus dimensiones, la inserción en el mismo barrio, que sean lugares accesibles y abiertos al resto de la comunidad, donde la persona mayor sea sujeto activo, impulsor y partícipe de sus acciones, deben ser investigadas con el fin de que los derechos de las personas mayores sean plenamente efectivos incluso en situaciones de fragilidad.

Un mejor conocimiento de los recorridos residenciales de las personas mayores es necesario para poder acometer protocolos de acompañamiento que eviten en la práctica diaria la merma de su derechos de ciudadanía, promuevan la integración en su nuevo medio residencial y palien el desarraigo de una migración tardía. Y en este saber, no podemos obviar a los inmigrantes mayores procedentes de otros lugares, principalmente de Europa, que se asientan, sobre todo en la costa mediterránea y en las islas de nuestro país en la búsqueda de mejores condiciones climáticas para pasar su madurez. El integrar a este colectivo dentro de los pueblos y ciudades de acogida participando activamente en la comunidad de origen, impidiendo la formación de grupos segregados, es un reto que se debe afrontar para que estos ciudadanos gocen de sus derechos plenamente y se evite la sola imagen de consumidores de recursos.

Como se ha señalado, la hetereogeneidad es una característica del colectivo de las personas mayores y de forma similar al resto de la población, no existe una cultura propia de las personas mayores, que venga impuesta por el hábitat rural o urbano. La diversidad es el común denomidador al que habrá que dar respuestas adecuadas a través de un acercamiento a sus peculiaridades locales, en un contexto donde las culturas rurales y urbanas del envejecimiento confluyen hacia una forma de envejecer más activa y personalizada.

Aun así, existen pautas diferenciadoras perceptibles según los entornos que se señalan en los apartados siguientes tomando como hilo conductor el medio rural que se encuentra inmerso en un proceso de transición cultural.

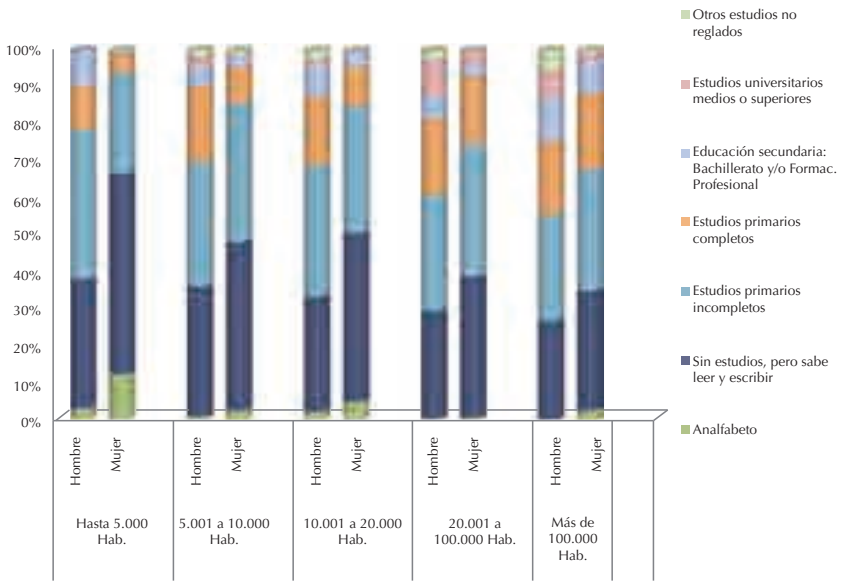
1. DIFERENCIAS EN LOS CONTEXTOS DE ENVEJECIMIENTO: MEDIO RURAL Y URBANO

Se ha señalado que la nota caracterizadora del colectivo de personas mayores es la heterogeneidad. La trayectoria de la vida, la experiencia, los acontencimientos diversos marcan junto con otros factores como la edad, el género, la formación, la salud, el hábitat..., una manera de envejecer. El medio donde se habita tiene una influencia en los componentes del envejecimiento que establecen diferencias caracterizadoras en formación, sus relaciones, los usos del tiempo, la seguridad, el acceso a los servicios.

El desarrollo personal va ligado a los recursos y habilidades que uno adquiera, siendo la educación el mejor instrumento para alcanzarlos. Las personas mayores actuales pertencen a generaciones donde se

plasman las dificultades para acceder a la formación que tuvieron en su infancia y juventud.

Gráfico 77. Personas mayores. Nivel educativo, sexo y hábitat.



Fuente. Imserso.EPM.2010.

Las posibilidades que los recursos formativos ofrecen para afrontar el envejecimiento van a incidir en casi todas las facetas y manifestaciones de este proceso. Como muestra el Gráfico 77, el nivel educativo de las personas mayores es en general muy bajo, y existen diferencias significativas en relación con el medio. En el medio rural se concentra el mayor número de personas analfabetas y en las zonas urbanas es donde se encuentra el mayor porcentaje de personas con estudios secundarios y titulación superior.

2. DIFERENCIAS EN LAS RELACIONES DE CONVIVENCIA, FAMILIA Y AMISTAD

La pareja proporciona tanto apoyos afectivos y sentimentales como materiales. La pérdida del compañero o compañera que se ha tenido a lo largo de la vida abre una brecha en el proceso de envejecimiento de las personas mayores.

La viudedad se concentra en el medio rural: los núcleos de menos de diez mil habitantes aglutinan un 34,3%.(Imserso. EPM. 2010) de las personas mayores viudas y se acrecienta a medida que el núcleo es

de menor población, y es también en las zonas rurales donde hay más personas vivendo solas, mayoritariamente mujeres. Las viudas alcanzan en este medio el 47,4% (veinte puntos más que en las ciudades) y los viudos el 17,7%, aunque la viudedad resulta más traumática y problemática para los varones. Muchos de ellos se ven forzados a mudarse con hijos o parientes, o de forma alternativa, a recurrir a la ayuda a domicilio o al internamiento en residencias. En el caso de que estas situaciones no se hagan patentes para los servicios sociales, existe un riesgo muy elevado de abandono y deterioro (Cimop, 2009).

La situación de los solteros es de una mayor protección familiar, ya que suelen encontrar un lugar de acogimiento con hermanas o sobrinas. Las solteras viven sentimientos de frustración y soledad, aunque siguen estrategias de afrontamiento por medio de amigas, vecinas y participación en actividades. Y es en estas circustancias donde el sentimiento de soledad permanente arraiga, llegando a un 14,8% de la población rural que vive en poblaciones de menos de cinco mil habitantes, que es mayor entre quienes no tienen hijos o éstos viven lejos.

Las relaciones familiares y de proximidad, vecinos, amigos, muestra su fortaleza en el ámbito comunitario. La familia es, de hecho, lo más valorado por los mayores de los pueblos y quienes carecen de hijos, o éstos residen lejos, viven un envejecimiento menos satisfactorio y vital (Cimop, 2009).

Los traspasos de población del medio rural al urbano durante décadas aminoran el contacto personal diario con los hijos que viven en la distancia, y las relaciones familiares horizontales suplantan en parte este apoyo familiar, aunque es paradógico que algo más del 12% de quienes tienen entre 30 y 50 años son solteros que viven con sus padres (Camarero, 2009). Las dimensiones del espacio contribuyen a que la cultura familiarista y comunitaria sea más patente en el medio rural beneficiando las relaciones con los famliares de linea colateral y las relaciones vecinales y de amistad. Las relaciones entre hermanos, bien biológicos, bien políticos, son mucho más frecuentes en el medio rural que en el urbano en una relación de cuatro a uno. La cercanía que refleja el «aquí nos conocemos todos» también influye en la robustez de las relaciones de amistad, cuya muestra es que tras la jubilación permanece inalterable el mismo círculo de amigos y conocidos para dos tercios de la población rural, mientras que en el medio urbano se mantiene en un 55%. Estos vínculos de amistad y vecindad proporcionan un alto grado de satisfacción a las personas mayores: un 74% de las personas mayores del medio rural lo corrobora.

La solidaridad intergeneracional familiar tiene su principal manifestación en las ayudas y cuidados que se dispensan entre sus miembros, con mucho mayor peso en el medio rural que el urbano, cuidados que son principalmente proporcionados por las mujeres y en particular, cuando se trata de personas frágiles. Como se ha especificado en cápitulos anteriores, el peso que tienen las personas mayores a la economía relacional es muy significativo.

Es en el medio rural donde en caso de necesitar ayuda el deseo de ser cuidado por su propia familia permanece invariable en un 83% de las personas mayores desde el año 1993 y sobrepasa en 35 puntos al medio urbano, donde se integra el cuidado profesional como deseable, bien en exclusiva o bien compartido con la familia.

La cultura de transición que está instalada en estos momentos en el medio rural tiene en los cuidados profesionales de las personas más vulnerables uno de sus principales reflejos: la buena valoración de los servicios de apoyo al cuidado familiar, servicio de teleasistencia y principalmente el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), al permitir cumplir su mayor deseo, permanecer en casa, apunta hacia una mayor aceptación de los servicios profesionales, que sirven como punta de lanza para un cambio de cultura hacia la consideración de los servicios sociales como un derecho y un mayor requerimiento de los mismos.

Al tiempo, y desde la aprobación de la Ley 39/2006, se han propiciado y fomentado iniciativas profesionales, donde las mujeres están siendo las pioneras activas en la constitución de entidades de cuidados profesionales, tendentes a la incoporación al mercado laboral de las propias mujeres, erigiéndose como uno de los elementos dinamizadores en la economía productiva del medio rural. (Como ejemplo, sirvan las iniciativas y actuaciones de la Federación de Mujeres Rurales— Fademur).

Con ser los cuidados dados a las personas mayores en caso de necesidad por sus familias la forma más visible de solidaridad famliar, ésta no se limita a ellos, ya que dicha solidaridad, además de los apoyos afectivos y emocionales que aportan equilibrio y seguridad personal, tiene un recorrido tanto en sentido vertical como horizontal en ambas direcciones.

Las personas mayores ayudan a sus hijos de diversas maneras; entre ellas les dan apoyo económico, especialmente, en tiempos de paro y crisis económica, pero y principalmente, es a través de los cuidados a los nietos donde aportan su principal contribución (como se ha analizado en el capítulo cuarto): casi la mitad de las personas mayores que tiene nietos cuida diariamente de ellos con una media horaria de 5,8 horas (Imserso. EPM, 2010). Y es en el medio rural, en las poblaciones

de menos de cinco mil habitantes, donde las personas mayores cuidan diariamente más a sus nietos (64%) que en las ciudades (34,4 %) y también durante más tiempo (6,2 horas), reflejo de un lado, del menor número de servicios dedicados al cuidado de la infancia, y de otro, porque en caso de tenerlos no se utilizan por el rechazo cultural hacia los mismos (Camarero, 2009).

La importancia de este cuidado de los abuelos va más allá del tiempo dedicado, ya que aporta una transmisión de la cultura y de los valores, que en el medio rural puede ser de especial relevancia para entregar la herencia de tradiciones, costumbres y conocimientos propios, al ser las personas mayores las que actúan como portadoras del patrimonio cultural, artístico y medioambiental. De forma recíproca, las personas mayores del medio rural manifiestan que los nietos les proporcionan una enorme felicidad y plenitud en la vejez (Cimop, 2009).

3. PARTICIPACIÓN Y VIDA COTIDIANA

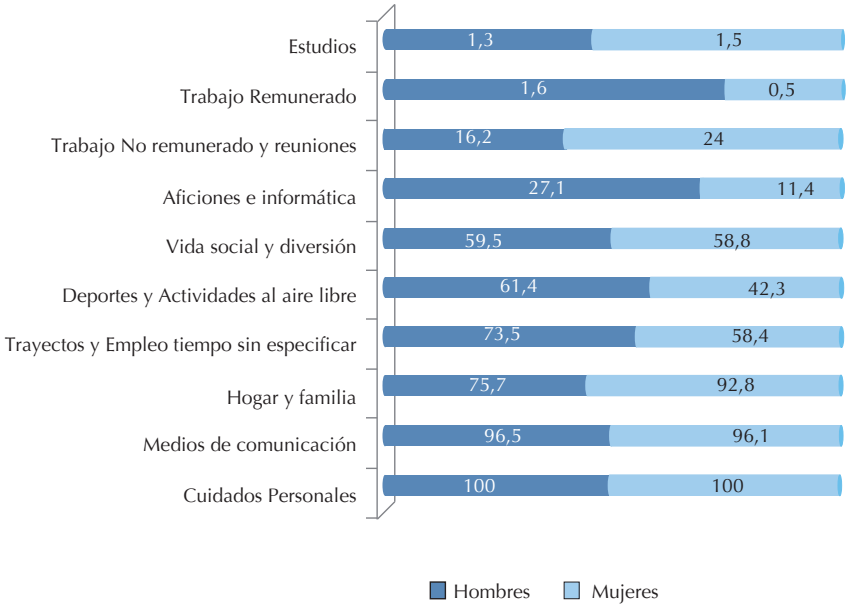
La jubilación se considera como un momento determinante en el proceso de envejecer, al romper con el uso del tiempo y la rutina diaria, hecho que afecta con mayor intensidad hasta ahora a los hombres que a las mujeres, al haber desarrollado sus actividades en el espacio público, fuera de los límites del hogar. El sentimiento de ruptura con el mundo laboral es algo menor en el mundo rural, al continuar con algunas tareas agrícolas, bien como ayuda, bien como hobby, como puede ser el cultivo de un huerto, aunque éstos se sienten menos ocupados que las personas mayores del medio urbano. La sustitución del tiempo dedicado a las obligaciones laborales por otras actividades encuentra una especial dificultad en el medio rural, donde la cultura del ocio y el disfrute no está inserta como en la modernidad de la cultura urbana. Las cohortes más jóvenes que llegan a la vejez en los núcleos rurales junto con los «retornados», prejubilados y jubilados sumidos en la cultura del ocio, están trayendo consigo la reivindicación de una vejez más activa, menos sedentaria y más centrada en el ocio y disfrute (Cimop, 2009).

Aun con estas peculiaridades, más de la mitad de las personas mayores se sienten ocupadas y sus actividades se dirigen principalmente a la creación de capital social. El avance provisional de resultados de la Encuesta de Usos del Tiempo 2009-2010 del INE, apunta a que sigue esta tendencia (Gráfico 78).

Además de los cuidados a las personas, las tareas principales de las personas mayores se relacionan con los **trabajos dentro del hogar**, el intercambio de **actividades solidarias, principalmente dentro del nu-**

cleo familiar o en la red social de amistades y en la participación en actividades de ocio.

Gráfico 78. Porcentajes de personas mayores según el tipo de actividades que realizan.



Fuente: INE. E. Usos del Tiempo. Datos Provisionales 2010.

La distribución de las tareas del hogar sigue las pautas de reparto tradicional, donde las mujeres son sus principales sustentadoras, sin grandes diferencias entre hábitats: más de un 70% de las mujeres se ocupan de las tareas cotidianas como cocinar, lavar la ropa…

Esta distribución se aleja de una igualdad en la asignación de tareas entre sexos y aunque la conciliación de la vida familiar y laboral en estas edades adquiera otro significado por no estar insertos en el mundo del empleo, se observa una modificación relativa de los roles tradicionales de género, que todavía es más significativa en las mentalidades que en las prácticas, pero que previsiblemente no hará más que crecer en los próximos años (Cimop, 2009) porque la carencia de recursos personales que tienen los hombres para cuidar de sí mismos derivada de la cultura aprendida se aminora en las generaciones más jóvenes.

4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TIEMPO DE OCIO

La participación entendida como derecho a gozar de una ciudadanía plena y como eje fudamental del desarrollo de la personalidad de las

personas mayores (III Congreso Estatal de Mayores, 2009) marca diferencias en cuanto a la participación relacional informal y la participación ciudadana y tiene diferentes desarrollos dependiendo del hábitat. Las personas mayores, principalmente del medio rural, desarrollan actividades dirigidas a fomentar o a mantener las relaciones sociales: acudir a la cafetería o al bar, ir a un centro social de mayores, visitar a familiares, ir al baile e incluso ir a la iglesia; por el contrario las actividades más encuadradas en participación de ciudadanía, tienen poco eco: un 71,6% declara no pertenecer a ningún partido político, sindicato, asociación civil o religiosa. En los núcleos rurales esta cifra alcanza al 81,1% de su población.

Estos datos contradicen, en cierta forma, el que un 43% de la población mayor (CIS. Estudio 2801, junio 2009) y un 49% de la sociedad española opine que las personas mayores no tienen la representación adecuada y que deberían tenerla en todas las facetas de la sociedad, políticas, económicas, civiles, sociales, siendo mayor este sentimiento a medida que se vive en núcleos más grandes y la formación es más elevada.

Los índices de participación formal solidaria siguen la misma tendencia: la pertenencia y/o colaboración en organizaciones y actividades de voluntariado no alcanza el 4,5%. Por cada hombre que colabora en una asociación de voluntariado hay cuatro mujeres y lo hacen en mayor medida en el medio urbano que en el rural: mientras la relación es de dos en las grandes ciudades, en el medio rural la relación es de diez a uno. No existen grandes diferencias en cuanto a preferencias en desarrollar unas actividades u otras por hábitat, aunque cabe resaltar la preferencia que en los núcleos rurales se tiene por prestar ayuda a colectivos desfavorecidos y en actividades centradas en la ecología y el medio ambiente.

Esta marcada tendencia de la mayor participación de las mujeres en actividades de carácter social se refleja también en la participación en actividades de la iglesia y en actividades educativas, mayoritariamente femenina en ambos hábitats. La explicación a que a un signficativo 6% de las personas mayores de los núcleos rurales le resulta actractivo aprender a leer y a escribir puede venir dada por el bajo nivel educativo de las mujeres en los núcleos rurales menores de cinco mil habitantes cuyo analfabetismo alcanza un 11,4%.

Además de esta participación social organizada, las personas mayores desarrollan actividades dirigidas a fomentar o a mantener las relaciones sociales: acudir a la cafetería o al bar, ir a un centro social de mayores, visitar a familiares, ir al baile..., las realizan con asiduidad sin que el hábitat influya en las mismas, no así el género: los hombres acuden

más a lugares de encuentro relacional que las mujeres, a excepción de realizar a la compra.

Las actividades culturales tienen una menor respuesta: sólo un 3,3% de la población rural acude alguna vez a la semana a alguna actividad cultural, mientras lo hacen un 18,4% de los que viven en las ciudades. La oferta cultural de los núcleos de población más grandes juega a favor de su actividad al disponer de una mayor oferta. Los que practican todos los días en mayor número la actividad cultural mayoritaria, la lectura, son los hombres del medio rural (30,7%) y las mujeres urbanas (20,4%).

La utilización del tiempo en ocio pasivo (TV y radio), sobre todo ver la televisión, es mayoritaria: el 94% de las personas mayores del medio rural ven la televisión todos los días. A medida que las poblaciones son mayores, este porcentaje disminuye hasta un 83,2% en las urbes. El reclamo que las tecnologías de la comunicación «pasivas» ejercen no tiene rival respecto a las más novedosas y más interactivas como el ordenador e Internet, que tienen una escasa penetración, principalmente en el medio rural, si bien comienzan a usarlas. Son los hombres los que más las utilizan, incrementándose el porcentaje a medida que los núcleos de población son mayores: desde el 2,2% de los pueblos menores de 5.000 habitantes a casi un 12% de las ciudades dice utilizarlos alguna vez a la semana, y los hombres casi cuadruplican el uso de estas tecnologías en el medio rural y la duplican en el medio urbano.

Las cohortes más jóvenes van incorporándose a ellas y serán uno de los elementos favorecedores del envejecimiento activo, sobre todo en el mundo rural, donde estas tecnologías pueden ejercer como elemento integrador de una población dispersa en pequeños núcleos con problemas de comunicación por una red de infraestructuras insuficiente.

Las actividades relacionadas con hobbies como cocina, manualidades, bricolaje son las que tienen mayor aceptación (16,8%) junto con las relacionadas con la actividad física (14%).

5. SALUD

La principal preocupación de las personas mayores es la salud, que va muy ligada a los temores de pérdida enlazados con la posibilidad de adquirir una dependencia.

La percepción de la salud es positiva para casi la mitad de la población española mayor de 65 años (44,5%), sensación que ha mejorado desde el año 1993 en ocho puntos, tanto porque mejora sus apreciación positiva, como por la disminución en la impresión de tener mala salud. Sólo un 4% de los habitantes de las poblaciones rurales perciben su

salud como mala. Esta percecpión positiva de su salud va unida a la alta valoración que tienen en el medio rural del sistema sanitario, pero al mismo tiempo reclaman como una de sus principales necesidades recibir mejor atención médico-sanitaria (30%).

Esta «reclamación» se dirige sobre todo a la organización estructural del sistema sanitario y es principalmente sentida en los pequeños núcleos rurales dispersos, cuyo acceso a los diferentes recursos sanitarios plantea la necesidad de traslado a otras poblaciones e incluso a la capital, con los problemas de infraestructuras y de transporte que sufren como uno de los déficits más relevantes.

Las mejoras en la percepción de la salud de toda la población, y en particular en el medio rural, van aparejadas a las políticas de prevención sanitaria, cuidados alimenticios, vacunaciones, reconocimientos…, y práctica de la actividad física. Un 14% de las personas mayores declaran hacer deporte o una actividad física diariamente. Un 18% de los hombres mayores del medio rural realizan diariamente una actividad física, algo más en las poblaciones menores de cinco mil habitantes: el mantenimiento de actividades de tipo agrícola como cuidar un huerto, cuidar a los animales, etc..., relacionadas con la actividad física, que es intrínseco en este ámbito, procura una mejora en los niveles de autocuidado y además, refuerza el estado psicológico positivo (Cimop, 2009). Por el contrario, sólo un 2,1% de las mujeres que habitan en pequeños núcleos de población dicen realizar algún deporte o actividad física. El porcentaje se amplía a medida que las poblaciones son más grandes, hasta un 20% de las mujeres que declaran realizar algún deporte o actividad física en el medio urbano. Hay que sumar a estos logros la alta tasa de personas mayores que pasean diariamente, principalmente los hombres que viven (51%) en núcleos de población menores y en el medio urbano.

No cabe duda de que las políticas de concienciación de la necesidad de practicar alguna actividad física para disfrutar de buena salud, dirigidas a la población en general y en particular a las personas mayores, comienzan a tener sus frutos.

La importancia que tiene la salud para las personas mayores tiene su contrapartida en los temores a envejecer que se centran en la pérdida de la salud, física, mental o psíquica, sin diferencias significativas por la influencia del entorno. Las personas mayores que habitan en los núcleos rurales más pequeños manifiestan una mayor preocupación por las situaciones relacionadas con las emociones y sentimientos, en concreto la soledad: un 31% apuntan temer la soledad, cinco puntos más que en los núcleos urbanos.

6. SEGURIDAD: RENTA, VIVIENDA, ACCESIBILIDAD

Los ingresos de las personas mayores proceden en un 80% de las pensiones prácticamente sin diferencia de hábitat, si bien tienen mayores ingresos en las zonas urbanas, diferencia que existe también en el resto de la población.

La Encuesta de Presupuestos Familiares de 2008 (INE, 2009) marca una diferencia anual de 4.490,66 euros entre un hogar perteneciente al ámbito rural y un hogar urbano. La diferencia es menor cuando se trata de renta personal, que se acerca a los mil euros, lo que implica una diferencia de casi catorce puntos. Las pensiones siguen la misma tendencia que el resto de las rentas de ser más elevadas en el medio urbano que en el rural. La mayoría de las pensiones de la población mayor que reside en el medio rural proceden del régimen agrario, y la pensión media de este régimen es prácticamente la mitad que la pensión media del Régimen General. Sin embargo, hay que destacar el importante incremento que las pensiones del régimen agrario han tenido en esta última década, especialmente en los últimos cuatro años (Cuadro 16).

Cuadro 16. Pensiones medias de jubilación y viudedad

	Jubilación		Viudedad	
	Número	Pensión Media	Número	Pensión Media
R. Agrario	347.730	581,12	196.798	475,67
R. General	3.024.828	916,19	1.401.863	649,56

Fuente: Seguridad Social. Julio 2011.

La generalización del sistema de pensiones públicas ha sido uno de los principales logros para la población mayor de nuestro país, proporcionándoles seguridad económica. Pero además, el sistema público de pensiones se ha erigido como un elemento homogenizador del medio rural y urbano, aunque existan diferencias en las medias en los diferentes hábitats. Ciertamente, los ingresos son menores en los núcleos rurales que en los urbanos, un 37,4% dice no sobrepasar los 600 euros mensuales en los municipios menores de 10.000 habitantes, cuatro puntos más que en el hábitat urbano, pero esta desventaja puede compensarse con otros factores como la propiedad de la vivienda. Las personas mayores que viven en núcleos de menos de 10.000 habitantes superan en ocho puntos (87,5%) a los residentes en ciudades de más de cien mil (79,45%).

El nivel de equipamientos en la vivienda es sustancialmente mayor en las ciudades que en el medio rural, aunque hay que subrayar la importante mejora que han experimentado los hogares de las personas mayores españolas en el período de 1993 a 2010. Es especialmente llamativo el significativo aumento en la instalación de calefacción: mientras en 1993, un 66% de las viviendas de las personas mayores no disponían de calefacción en sus casas, ahora, es el 65% de las viviendas de personas mayores las que sí la tienen, aunque no se substrae a la carencia más importante que tienen las viviendas de las personas mayores, la escasa penetración de las nuevas tecnologías. A excepción del teléfono móvil, que declaran tenerlo un 42%, sólo tienen ordenador un 16,7% e Internet un 9,6%. La diferencia entre el medio rural y urbano pesa a favor de estos últimos en una relación de 3 a 1, en el caso del ordenador, y de 5 a 1 en cuanto a disponer de Internet.

La **vivienda** en el medio rural ofrece una mayor accesibilidad por la propia idiosincrasia del urbanismo en los núcleos rurales donde predomina la vivienda unifamiliar (79%), en contraposición a los núcleos urbanos, aunque a las personas mayores les gustaría poder gozar de mejor accesibilidad en su vivienda: los problemas de accesibilidad con elementos del cuarto de baño llega al 50% en el caso de las bañeras, y un 50% de las mujeres dicen tener problemas en el uso en los equipamientos destinados a las tareas del hogar.

La vivienda como espacio más íntimo donde se desarrolla la mayor parte de la vida de las personas mayores, puede convertirse por los problemas de accesibilidad a sus entornos, y a sus equipamientos en una barrera que limite la comunicación con el mundo exterior y en un enemigo con el que se habita diariamente. La vivienda debe acomodarse a las necesidades de las personas mayores, que necesitan más tiempo para realizar las mismas tareas y menos espacio para desenvolverse en la vida diaria. También la casa tiene relación con la memoria y se expresa de las formas más variadas (Valle, 2009).

Las pautas en cuanto al **consumo** de las personas mayores son paralelas al resto de la población en ambos hábitats. En el hábitat rural su población gasta «más en alimentación (20% de los ingresos) que en las zonas urbanas (17%), mientras se invierte el gasto en vivienda (27% de los ingresos en zonas rurales, frente al 30% de ingresos en zonas urbanas). En términos globales se puede decir que, en todos los capítulos, el gasto es mayor en los municipios con más de 10.000 habitantes que en los municipios rurales, en particular en enseñanza, ocio y cultura y vivienda, cuyos niveles de gasto urbano son respectivamente, 2,8; 1,6 y 1,4 veces mayores que en el rural (Primer Programa de Desarro-

llo Rural Sostenible para el Período 2010-2014). De forma similar, la población mayor en el medio rural gasta menos en vivienda que en el medio urbano (97,65 euros / 111,50 euros), en ocio (8,82 euros / 28,35 euros) y en ayuda económica a otros familiares (Imserso. EPM, 2010).
La seguridad económica de que gozan en general se acrecienta en los núcleos rurales por la seguridad ciudadana: tan sólo un 8% manifiesta sentir miedo cuando van por la calle si viven en núcleos de menos de 2.000 habitantes, frente al 33% que lo perciben si viven en grandes ciudades (Imserso. ECV, 2004).

7. SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL

El grado de desarrollo de los servicios de bienestar social es uno de los indicadores definidores de los Estados Sociales y Democráticos de Derecho.
El Estado de Bienestar, a través de las Administraciones Públicas, garantiza a sus ciudadanos los recursos necesarios para un desarrollo de la persona en situación de igualdad. El desarrollo y disponibilidad de los mismos condiciona las oportunidades y posibilidades de la población, y es un hecho que el medio rural no ha gozado de las mismas condiciones de desarrollo por el retraso en la evolución de las inversiones en infraestructuras, servicios básicos y servicios de bienestar social, a lo que ha contribuido su menor visibilidad en los centros de toma de decisiones.
Centrándonos en los Servicios Sociales destinados a las personas mayores hay que subrayar, como característica principal, la falta de cultura en la población mayor, de reclamar los servicios sociales como un derecho ciudadano (con alguna excepción). El avance que se está produciendo en estos últimos años es muy significativo y no parece ajeno a la influencia de la puesta en funcionamiento de la Ley 39/2006, en la que los servicios sociales que en ella se incluyen se recogen como un derecho pleno de ciudadanía.
No es de extrañar que la sociedad española tenga un altísimo conocimiento de los servicios sociales destinados a personas mayores (en algunos roza el 100%) y que también las personas mayores los conozcan y los usen.
El medio urbano supera al medio rural en el conocimiento y uso de todos los servicios sociales sin excepción, pero hay que hacer valer el gran esfuerzo que se está realizando en el ámbito rural, cuyo punto de partida era desventajoso. Si distinguimos entre los servicios sociales dirigidos a los cuidados de personas dependientes de aquellos que tienen como objetivo mantener y fomentar la autonomía personal, las

diferencias en cuanto a necesidades, satisfacción y demanda son apreciables.

En el medio rural, más familiarista, los servicios sociales vinculados directamente con la atención a la dependencia tiene muy diversa aceptación. Se ha asentando y se valora muy positivamente el Servicio de Ayuda a Domicilio, aunque «en la representación se asocia principalmente con muchachas jóvenes que ayudan a varones solos, en particular cuando no existe ninguna mujer en el hogar» (Cimop, 2009), parece que es un servicio más usado por las mujeres del medio rural que por los hombres, que se correspondería con el mayor número de mujeres solas que viven en el hábitat rural, aunque su utilización por los hombres aumenta a medida que se incrementa el tamaño de la población.

Los centros de día se van consolidando, así como el servicio de teleasistencia, magníficamente aceptado (el grado de satisfacción alcanza al 97% de los usuarios (Imserso, 2008), si bien en el medio rural, en particular en los núcleos más pequeños, su uso es bastante menor que en las ciudades. La frialdad de lo tecnológico (Cimop, 2009), podría apuntar como problema, junto con la capacidad en la rapidez de respuesta del propio servicio, que se ve limitada por la dispersión de la población de este tipo de núcleos rurales (los servicios de atención personal no se encuentran en el núcleo rural) y por la mala situación de las infraestructuras básicas.

Las residencias, aunque bien conocidas, no son queridas ni valoradas en el medio rural, mientras en los entornos más urbanos va abriéndose un camino para su utilización con menor rechazo.

Del otro lado, los servicios sociales implicados en el envejecimiento activo, son más conocidos y utilizados por las personas mayores de los hábitats urbanos, aunque, cada vez se van incorporando más las personas mayores de los hábitats rurales, en particular de los más dispersos, teniendo una alta valoración los viajes y todas aquellas actividades relacionadas con el ocio y el *divertimento,* que chocan con la programación de actividades más «educativas».

La identificación de forma incorrecta de las demandas, necesidades y preferencias de las personas mayores, en general, y en concreto en estos hábitats dispersos, debe hacer reflexionar sobre la necesidad de nuevas formas de prestación de servicios más cercanas y polivalentes, implicando a los propios mayores en la planificación y organización de los mismos, haciéndoles agentes activos y no meros receptores pasivos con el logro del objetivo de una participación social plena.

8. PROGRAMA DE DESARROLLO RURAL SOSTENIBLE

Se ha destacado que uno de los problemas «obstaculizadores» de una buena prestación de servicios sociales en el ámbito rural, en particular en los núcleos más pequeños y dispersos, es la mala comunicación por la escasez y la calidad deficiente de las infraestructuras y los equipamientos básicos. Y también se ha señalado, el impulso, que desde las diferentes Administraciones Públicas, se está dedicando para paliar las deficiencias existentes en el medio rural. La plasmación más reciente es la aprobación del Real Decreto 752/2010, de 4 de junio (BOE, 11 Junio de 2010) por el que se aprueba el **Primer Programa de Desarrollo Rural Sostenible** para el Período 2010-2014 en Aplicación de la Ley 45/2007, de 13 de Diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural, que se dirige a la mejora de las condiciones de vida en el medio rural y como tal mejorará las de las personas mayores. Este programa parte de la premisa de que la clave para su planificación y ejecución es la cooperación y la colaboración entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, cada una en el ámbito de sus competencias y siempre considerando un enfoque común de desarrollo rural sostenible. Para ello, instrumenta la planificación a través de un Plan de Zona, tras su delimitación y calificación por la Comunidad Autónoma.

En concreto, en relación con el desarrollo de las infraestructuras y equipamientos básicos dicha norma contempla en su EJE 2: actuaciones dirigidas a estos cometidos con el objetivo de: «Dotar al medio rural, y en particular a sus núcleos de población, de las infraestructuras y los equipamientos públicos básicos necesarios, en especial en materia de transportes, energía, agua y telecomunicaciones, estableciendo como directrices:

2.1.1.— Mejorar la red de vías de transporte rural según las necesidades y demandas de las zonas rurales

2.1.2.— Diseño de la red de vías de transporte en cada Zona Rural minimizando su impacto ambiental

2.1.3.— Optimizar el transporte público para atender más eficientemente a la demanda

2.1.5.— Priorizar prestación mancomunada de servicios en municipios de pequeño tamaño, siendo el objetivo específico: dotar de acceso por carretera asfaltada a todos los núcleos tradicional y actualmente habitados con más de 50 habitantes».

Acciones y medidas, junto con las que se destinan a dotar de igualdad en la prestación de servicios básicos y de bienestar social a los ciudadanos que habitan en el medio rural.

Así, el eje 3.— SERVICIOS Y BIENESTAR SOCIAL establece entre sus objetivos:

Objetivo 1: Potenciar la prestación de unos servicios públicos básicos de calidad, adecuados a las características específicas del medio rural, en particular en los ámbitos de la educación, la sanidad y la seguridad ciudadana.

Objetivo 2: Garantizar el derecho a que los servicios en el medio rural sean accesibles a las personas **con discapacidad y las personas mayores.**

Objetivo 3: Tomar en consideración las necesidades particulares de los ciudadanos del medio rural en la definición y aplicación de las políticas y medidas de protección social, adecuando los programas de atención social con el fin de garantizar su efectividad en dicho medio.

Objetivo 4: Facilitar el acceso a la vivienda en el medio rural, y favorecer una ordenación territorial y un urbanismo adaptado a sus condiciones específicas, que garanticen las condiciones básicas de accesibilidad, que atiendan a la conservación y rehabilitación del patrimonio construido, persigan un desarrollo sostenible y respeten el medio ambiente.

Este programa cuenta con una buena herramienta de apoyo para lograr esta coordinación: la Red Rural Nacional. Su objetivo es mejorar la aplicación de los programas y medidas de desarrollo rural en su conjunto y en todo el territorio rural, a través de actuaciones que faciliten la cooperación entre todas las administraciones, instituciones y agentes implicados, en un marco competencial claramente definido, que permitan el intercambio ágil de información y que proporcionen los conocimientos adecuados para alcanzar los objetivos definidos, tanto en el Plan Estratégico Nacional, como en el Marco Nacional y en los diferentes Programas de Desarrollo Rural de las Comunidades Autónomas.

La Red Rural Nacional es un sistema integrado destinado a fortalecer alianzas, divulgar experiencias y conformar un escenario común con todos los actores implicados en el desarrollo sostenible del medio rural español, que nació de la voluntad de configurar una política de Estado de desarrollo rural, de manera sinérgica con la nueva programación europea 2007-2013. El Programa de Red Rural Nacional 2007-2013, fue aprobado por Decisión Comunitaria C (2008) 3857, de 17 de julio de 2008 y es cofinanciado por el Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural (Feader). [2]

[2] La información completa sobre estos programas se puede consultar en la página del Ministerio de Medio Ambiente Rural y Marino www.marm.es.

Vemos que el desarrollo de los servicios sociales para personas mayores en el hábitat rural dispone ya de un marco normativo para su impulso, donde la coordinación entre administraciones se configura básica para la realización práctica en condiciones de igualdad de los derechos de ciudadanía de bienestar social.

Por tanto, dentro de la heterogeneidad existente entre las personas mayores, el espacio, los entornos tienen una gran influencia en las diferentes experiencias de envejecer. La forma de envejecer en el medio rural, sobre todo en núcleos comunitarios tiene problemas específicos que lo alejan del envejecimiento idílico que se ha construido a través de ciertas imágenes bucólicas, obviando las transmisoras de negatividad. Los desequilibrios demográficos, desigualdades de género y diferencias en el acceso a la movilidad son las principales amenazas para la sostenibilidad social de las áreas rurales (Camarero, 2009), que imbrican de igual forma a todos sus ciudadanos e incluso con más fuerza al colectivo de personas mayores.

La modernidad propia que asoma en el medio rural viene marcada por las generaciones más jóvenes, los retornados, los residentes estacionales, las mujeres que tienen un protagonismo especial como motores del cambio (Cimop, 2009), y los emigrantes (que alcanzan el 7%) de la población rural, nuevos pobladores del medio rural que adquiere nuevas funcionalidades alejadas de las agrícolas y ganaderas típicas. La industria, el sector energético con el empuje de las energías renovables y el sector servicios, donde destacan principalmente el desarrollo del turismo rural y los servicios de atención personal ligados al envejecimiento abren nuevas perspectivas de desarrollo para este medio.

El perfil mayoritario de las personas mayores en el medio rural de mujer mayor de 80 años, viuda, viviendo sola, con bajísimo nivel educativo y escasos recursos se circunscribe a unas cohortes de generaciones que por el propio transcurrir biológico tienden a desaparecer para ser sustituidas por otras más emprendedoras. El reto exige de la sociedad un esfuerzo de inversión y recursos dentro del proceso de cambio, más profundo en el medio rural, variaciones que traslucen la capacidad de acomodación de una población mayor que dice sentirse más satisfecha con su situación actual (59%) que la media de la población mayor española.

UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES *(Artículo de Autor)*

Dr. D. Alexandre Kalache
Senior Avisor to the Presiden ton Global Aging
The New York Academy of Medicine

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población plantea numerosas cuestiones fundamentales para los responsables políticos. ¿Cómo ayudar a las personas a seguir siendo independientes y activas a medida que envejecen? ¿Cómo equilibrar los intereses de las generaciones jóvenes con las mayores? Puesto que las personas viven más años, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida en la última etapa de la vida? ¿La existencia de gran número de personas mayores provocará la quiebra de los sistemas de salud y de Seguridad Social? ¿Cómo fortalecer la promoción de la salud y políticas de prevención, especialmente aquéllas destinadas a las personas mayores? ¿Cuál es la mejor forma de equilibrar el papel de la familia y del estado a la hora de cuidar de personas que necesitan ayuda a medida que envejecen? ¿Cuál es el papel de las organizaciones de la sociedad civil? ¿Cómo reconocer y apoyar el papel esencial que juegan las personas mayores a medida que envejecen para cuidar de los demás? ¿Qué opciones existen para garantizar la seguridad de ingresos para unas cohortes de personas mayores que no cesan de aumentar?

El propósito de este artículo consiste en desentrañar estas cuestiones y otros asuntos relativos al envejecimiento de la población desde la perspectiva internacional. Aboga por un papel instrumental para España en este debate por ser un país que ha conocido un proceso de envejecimiento particularmente rápido, comprimiendo la transición demográfica en pocos decenios, para transformarse en la actualidad en una de las sociedades más envejecidas del mundo. A este respecto se asemeja a los países en vías de desarrollo que, al contrario que la mayoría del resto de países desarrollados, está experimentando el envejecimiento antes de haberse enriquecido.

2. UN MUNDO QUE ENVEJECE - LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

A escala mundial, la proporción de personas por encima de los 60 años de edad está aumentando con mayor rapidez que cualquier otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se espera un crecimiento en el número de

personas mayores de unos 700 millones o del 225 por ciento. Habrá por entonces un total de unos 1.2 billones de personas por encima de la edad de 60 años. Hacia 2050 el total global será de 2 billones, de los cuales un 80 por ciento vivirá en países en vías de desarrollo.

Como formuló el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 *«El envejecimiento de la población supone ante todo un éxito para las políticas de Salud Pública y para el desarrollo social y económico»*. El envejecimiento puede percibirse como el mayor logro del siglo XX, que en sus comienzos tenía una esperanza de vida al nacer (LEB)[3], incluso en los países más desarrollados, de tan sólo 40 años. Cien años después se han añadido unos 40 años a esta edad en muchos de los países cuando el siglo llega a su fin. Las vidas largas eran además un privilegio de los que nacían en países ricos, hasta hace pocos decenios, y eran pocos los que gozaban de tal privilegio en los países en desarrollo. Todo esto ha cambiado drásticamente y varios países en desarrollo muestran una esperanza de vida al nacer que supera los 70 años de edad.

Ya en la actualidad unos dos tercios de las personas mayores en todo el mundo viven en países en vías de desarrollo y esta proporción seguirá creciendo a medida que evoluciona el siglo XXI. Entretanto, en los países desarrollados la población mayor está envejeciendo a su vez. Las personas que superan los 80 años de edad —el segmento de la población que más rápido crece— gira en torno a los 70 millones y en su mayoría vive en regiones más desarrolladas. Mientras que suponen actualmente un 1 por ciento de la población mundial (3 por ciento en los países en desarrollo) se espera que la proporción crezca en torno al 4 por ciento en cuatro decenios a partir de ahora.

En paralelo al envejecimiento de la población, el mundo está experimentando cambios sociales, políticos y económicos rápidos —desde la urbanización a cambios en las estructuras familiares; desde la globalización a la emergencia de nuevos poderes mundiales; desde desarrollos tecnológicos (en particular en el sector de la información) hasta la persistencia de la pobreza más absoluta en muchos países; desde la inestabilidad política a los cambios medioambientales/climáticos— todos ellos afectando a la forma en que las sociedades se organizan y, junto a ello, cómo se ven afectadas las poblaciones de personas mayores.

El envejecimiento es un imperativo de nuestro tiempo y todos los países, tarde o temprano, habrán de enfrentarse a las oportunidades y ries-

[3] Life expectancy at birth. (LEB) *Nota del Trad.*

gos que acarrea este cambio demográfico extraordinario. Por lo tanto es importante considerar cómo los agentes internacionales están dando forma a sus políticas para conseguir nuevas oportunidades en provecho de evoluciones futuras.

3. EL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO (MIPAA)

El Plan Internacional de Acción sobre envejecimiento aprobado por unanimidad en la Segunda Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento, Madrid, 2002, supuso un punto de inflexión a la hora de abordar los riesgos y celebrar los logros de un mundo que envejece. Guiada por los Principios de Naciones Unidas para las Personas Mayores de 1991 —independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad— el MIPAA hace un llamamiento a buscar soluciones transnacionales, regionales y globales para encontrar soluciones sensibles a los retos que supone un mundo que envejece. Tales soluciones exigen a los Estados Miembros, ONGs, instituciones académicas y al sector privado que tengan en cuenta cuestiones actuales como la transición epidemiológica, rápidos cambios en el sector de la salud, globalización, urbanización, patrones familiares y medioambientales cambiantes, así como desigualdades y pobreza persistentes sobre todo en el mundo en desarrollo, donde actualmente se sitúa la mayoría de las personas mayores.

Tal como recoge la Declaración Política que apareció simultáneamente en Madrid, 2002, *«el Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento hace un llamamiento para que cambien las actitudes, políticas y prácticas a todos los niveles en todos los sectores de forma que el enorme potencial del envejecimiento en el siglo XXI pueda ser aprovechado. Muchas personas mayores envejecen con seguridad y dignidad, y también se les empodera para que participen dentro de sus familias y comunidades. El objetivo del Plan Internacional de Acción consiste en garantizar que las personas puedan envejecer con seguridad y dignidad en cualquier lugar y continuar participando en sus sociedades como ciudadanos con plenos derechos. A la vez que reconoce que los fundamentos de una vejez saludable y enriquecedora se asientan en la vida temprana, el Plan tiene por objetivo servir de instrumento práctico para ayudar a los responsables políticos a centrarse en las prioridades clave relativas al envejecimiento individual y de la población. Se reconocen las características comunes de la naturaleza del envejecimiento y los riesgos que entraña y se diseña la adopción de recomendaciones*

específicas para la gran diversidad de circunstancias en cada país. El Plan reconoce las muy diferentes etapas de desarrollo y las transiciones que tienen lugar en diferentes regiones, así como la interdependencia de todos los países en un mundo globalizado».

Junto a los Principios de Naciones Unidas, el MIPAA tiene también en consideración las cuatro dimensiones adoptadas para el Año Internacional de las Personas Mayores 1999: desarrollo individual a lo largo de toda la vida; relaciones multigeneracionales; la interrelación entre una población que envejece y el desarrollo y la situación real en la que viven las personas mayores.

Se entrecruzan en el MIPAA varios temas centrales relacionados con el establecimiento de metas, objetivos y compromisos:

- La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas mayores;
- La consecución de un envejecimiento seguro que implique reafirmar el objetivo de la erradicación de la pobreza en las personas mayores basándose en los Principios para las Personas Mayores de Naciones Unidas;
- Empoderamiento de las personas mayores para participar de forma efectiva en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluyendo trabajo remunerado y voluntario;
- Provisión de oportunidades para el desarrollo individual, autorrealización y bienestar a lo largo de toda la vida y en el último tramo de la misma a través de, por ejemplo, el acceso al aprendizaje a lo largo de toda la vida y la participación en la comunidad, reconociendo a su vez que las personas mayores no son un grupo homogéneo;
- Garantizar el pleno disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales y derechos civiles y políticos de las personas, y la eliminación de cualquier forma de violencia y discriminación contra las personas mayores;
- Compromiso para la igualdad de género entre las personas mayores a través de, *inter alia,* la eliminación de la discriminación basada en el género;
- Reconocimiento de la importancia crucial de las familias, la interdependencia intergeneracional, solidaridad y reciprocidad para el desarrollo social;
- Provisión de atención sanitaria, apoyo y protección social para las personas mayores, incluyendo atención sanitaria preventiva y rehabilitadota;

- Facilitar el asociacionismo en todos los ámbitos gubernamentales, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas mayores a la hora de traducir el Plan Internacional de Acción a la práctica;
- Utilizar la investigación científica, los conocimientos técnicos y tomar conciencia del potencial de la tecnología para centrarse, *inter alia,* en las implicaciones individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo;
- Reconocimiento de la situación del envejecimiento de los indígenas, sus circunstancias únicas y la necesidad de buscar medios para proporcionarles una voz eficaz en las decisiones que les afecten directamente.

Las recomendaciones de acción del MIPAA van dirigidas a las tres prioridades siguientes:

i) **Las personas mayores y el desarrollo** — las personas mayores han de ser participantes plenos en el proceso de desarrollo y compartir también sus beneficios;
ii) **Progresar en la salud y el bienestar de las personas mayores** — la buena salud es una ventaja vital individual y sus fundamentos requieren un enfoque a lo largo de toda la vida;
iii) **Favorecer entornos positivos y facilitadores** — que impliquen condiciones esenciales como sistemas políticos participativos, transparentes y responsables en los que las personas mayores sean los protagonistas centrales en relación con el alojamiento y el medio ambiente; cuidado y apoyo a los proveedores de cuidados; abandono, abuso y violencia; e imágenes del envejecimiento.

La Asamblea Mundial de Madrid sobre Envejecimiento tuvo su continuidad con las reuniones regionales donde los distintos países acordaron estrategias de aplicación y, en 2007, con varias actividades en el ámbito regional e intergubernamental para evaluar los progresos y su aplicación. Un ejemplo de todo esto consistiría en el lanzamiento de un informe comprehensivo por parte del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (DESA) resultado de un Estudio Económico Mundial y de Seguridad Social «Desarrollo en un Mundo que envejece». En palabras del Secretario General de Naciones Unidas este informe vuelve a enfatizar que *«vivir vidas más largas y saludables acarrea un gran potencial de desarrollo económico y social y para la autorrealización personal. Pero para conseguir este potencial, las sociedades en todos los lugares deben garantizar que las personas*

de todas las edades tengan los medios y el apoyo necesario para un nivel decente de vida».

4. EL MARCO DE POLÍTICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA OMS

Si el envejecimiento ha de considerarse una experiencia positiva, una vida más larga debe verse acompañada por continuas oportunidades de salud, participación y seguridad. A finales de los 90 la Organización Mundial de la Salud adoptó el término **«envejecimiento activo»** para expresar el proceso por el que se consigue esta idea, destinada a conferir un mensaje más inclusivo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer otros factores que afectan a la forma en que envejecen los individuos y las poblaciones además de la salud.

Definición y conceptos relacionados

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como ***«el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».***

El envejecimiento activo es aplicable tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico, social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades, a la vez que se les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia.

La palabra «activo» se refiere a la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales y espirituales, y no tan sólo la habilidad por estar físicamente activo o participar en el mercado de trabajo. Las personas mayores que abandonan el mercado de trabajo y las que están enfermas o viven con discapacidades pueden seguir siendo contribuyentes activos en sus familias, sus iguales, comunidades y naciones.

El envejecimiento activo trata de aumentar la esperanza y calidad de vida de todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellos que son frágiles, discapacitados y necesitan cuidados.

«La salud» se refiere al bienestar físico, mental y social tal como se expresa en la definición de la salud por la OMS. En el marco del envejecimiento activo, las políticas y programas que promueven la salud mental y las relaciones sociales son tan importantes como las que mejoran la situación de la salud física.

Mantener la **autonomía** *(la habilidad percibida para ejercer el control de las decisiones personales y arreglárselas en el día a día, cómo vivir de acuerdo a los propios deseos, reglas y preferencias)* e **independencia** *(la habilidad de llevar a cabo funciones relacionadas con la vida diaria, p.ej., la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad con poca ayuda de los demás o sin ayuda alguna*) a medida que se envejece es un objetivo fundamental tanto a título individual como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento se produce en un contexto participativo, con los demás —amigos, socios de trabajo, vecinos y miembros de la familia—. Por ello la interdependencia así como la **solidaridad intergeneracional** (formas recíprocas de dar y recibir entre individuos así como entre generaciones de jóvenes y mayores) son importantes principios del envejecimiento activo.

En este enfoque para el envejecimiento, la perspectiva del curso vital es imperativa. Los que fueron niños ayer son los adultos presentes y serán los abuelos del futuro. La calidad de vida de que disfruten cuando sean mayores depende del riesgo y oportunidades que hayan experimentado a lo largo de toda la vida así como de la forma en que las generaciones futuras proporcionen ayuda y apoyo mutuo cuando sea necesario.

Aunque es notoriamente difícil su medición, el Envejecimiento Activo según la OMS adoptó la siguiente definición de **calidad de vida:** *la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones»*. Se trata de un concepto muy amplio, que incorpora de forma compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, creencias personales y relaciones con los aspectos más relevantes del medio ambiente. La Calidad de vida está estrechamente relacionada con otro concepto crítico dentro del contexto del envejecimiento activo —el de **expectativa de una vida saludable—** (usado normalmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad») que es de especial importancia para una población que envejece.

A excepción de la autonomía (con su propia complejidad de medición), los conceptos arriba mencionados (independencia, calidad de vida, esperanza de vida sana) han sido elaborados como un intento de medir el grado de dificultad que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD, como bañarse, comer, usar el aseo) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como comprar, las tareas del hogar, cocinar) que son de importancia crítica a medida que se envejece.

Igualmente importante es la noción de **capacidad funcional** (como capacidad ventilatoria, fuerza muscular, respuesta cardiovascular) a lo largo del proceso de envejecimiento. La capacidad funcional de un individuo e incrementa durante el período de crecimiento y desarrollo (infancia y adolescencia), alcanza su punto álgido en la edad adulta temprana para a continuación decaer. La tasa de deterioro se determina sin embargo en gran medida por factores relacionados con el medio (físico y social) en el que vive un individuo y del estilo de vida adulto (tabaquismo, vida sedentaria, dietas poco saludables, consumo excesivo de alcohol). Estos factores pueden interactuar negativamente derivando en un deterioro abrupto —y en una discapacidad prematura—. Es por tanto de extrema importancia detener la tasa de deterioro a través de medidas políticas a título individual y en el ámbito público.

Una perspectiva del curso vital

Una perspectiva del curso vital está estrechamente relacionada con el riesgo de contraer enfermedades no contagiosas (NCDs)[4] al llegar a ser la causa más importante de morbilidad, discapacidad y mortalidad a medida que los individuos envejecen en todas las regiones del mundo. Las enfermedades no contagiosas, que son esencialmente enfermedades de la vida tardía, son costosas para el individuo, las familias y el sector público. Sin embargo, la mayoría de estas enfermedades NCDs se pueden evitar o ser pospuestas —con el consiguiente ahorro y una mejora de calidad de vida para la población—. El concepto erróneo según el cual tales enfermedades son enteramente atribuibles a «la vejez» debe ser cuestionado. Sería suficiente comparar a dos individuos que llegan a ser personas mayores, el primero de ellos, alguien que haya acumulado factores de riesgo múltiples de NCDs —digamos, un gran fumador, con sobrepeso, sedentario, que bebe en exceso, vive en un estado industrial contaminado, tiene una baja autoestima relacionada con un trabajo frustrante y estresante, con dificultades financieras comparado con otro, alguien con la misma edad, que incorporó estilos de vida saludables desde una edad temprana, tiene un trabajo satisfactorio, una buena vivienda, seguridad de ingresos, capital social, buen nivel educativo y una visión optimista de la vida. No se puede achacar a la propia «edad» *per se* el hecho de que el primer individuo sea vulnerable por partida doble a desarrollar enfermedades no contagiosas, sufrir una discapacidad prematura o fallecer antes.

[4] NDS (Non Contagious Deseases) en inglés. *Nota del traductor.*

Parece claro por tanto que una perspectiva a lo largo de toda la vida sobre el envejecimiento reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad individual tiende a incrementar con la edad. Por lo tanto, las intervenciones que creen medios positivos y faciliten las opciones de vida saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

El envejecimiento activo depende de una serie de factores o «determinantes» que giran en torno a los individuos, familias y naciones. Comprender la evidencia existente sobre estos determinantes es crucial a la hora de diseñar políticas y programas efectivos.

Si bien los amplios determinantes de la salud son aplicables a todos los grupos de edad, el Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo hace especial hincapié en la salud y calidad de vida de las personas mayores. Es particularmente importante considerar la influencia de varios determinantes sobre el curso vital de forma que se puedan aprovechar las transiciones o «abanicos de oportunidades» para mejorar la salud, la participación y la seguridad en las distintas etapas de la vida.

Los determinantes del Envejecimiento Activo

El Marco Político de Envejecimiento Activo considera ocho grupos de determinantes empezando por la Cultura y el Género que son transversales ya que influyen en todos los demás.

La cultura, un elemento envolvente para personas y poblaciones, conforma la manera en que envejecemos e influye al resto de determinantes del envejecimiento activo; los valores culturales y las tradiciones determinan en gran medida cómo considera una determinada sociedad a las personas mayores y el propio proceso de envejecimiento. **El género** es una «lente» a través de la cual considerar cuán apropiadas son las distintas opciones políticas y cómo afectarán en el bienestar tanto de hombres como de mujeres. Por ejemplo, en muchas sociedades, las niñas y las mujeres tienen un estatus social inferior y menos acceso a una buena nutrición, educación, un trabajo satisfactorio y buenos servicios sanitarios. El tradicional rol de la mujer como prestadora de cuidados puede contribuir también a su mayor pobreza y mala salud en la última etapa de la vida. Algunas mujeres nunca acceden a un trabajo remunerado por tener trabajos a tiempo completo como prestadoras de cuidados para los niños, padres mayores, esposos y nietos. Al mismo tiempo, los niños y hombres tienen más probabilidad de sufrir heridas o morir víctimas de la violencia, accidentes fortuitos o del suicidio. También tienen hábitos que implican mayores riesgos como

fumar, consumo de alcohol y drogas y una exposición innecesaria a riesgos de lesión.

El resto de los seis grupos de determinantes son:

i) **Determinantes relacionados con el acceso a la salud y servicios sociales:** la promoción del envejecimiento activo exige sistemas sanitarios con una perspectiva del ciclo vital centrada en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y un acceso equitativo a la salud primaria de calidad y cuidados a largo plazo;

ii) **Determinantes conductuales:** la adopción de estilos de vida saludables y participar activamente en el cuidado de sí mismo son aspectos importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos del envejecimiento consiste en afirmar que ya es demasiado tarde para adoptar tales tipos de estilo de vida cuando de hecho empezar a practicar actividades físicas apropiadas, comer sano, no fumar o consumir alcohol y medicamentos de forma cabal puede prevenir a cualquier edad la enfermedad y el deterioro funcional y prolongar la longevidad;

iii) **Determinantes relacionados con factores personales:** la biología y la genética influyen en gran medida en la forma en que las personas envejecen —pero igualmente importante para la calidad de vida en la última etapa de la vida y la longevidad son factores tales como la inteligencia, la capacidad cognitiva, la autoestima, el optimismo, la autoeficacia.

iv) **Determinantes relacionados con el medio físico:** incluyen un alojamiento adecuado, agua limpia, atmósfera no contaminada así como todo un rango de aspectos que pueden garantizar un medio que sea seguro, limpio y que carezca de las barreras innecesarias asociadas estrechamente con niveles más altos de capacidad funcional y menor riesgo de caídas;

v) **Determinantes relacionados con el Medio Social:** para incluir el capital social y el apoyo social, oportunidades para la educación y el aprendizaje a lo largo de toda la vida, la protección contra la violencia y otras formas de abuso a las personas mayores;

vi) **Determinantes económicos** con especial énfasis en la seguridad de ingresos, la protección social y el acceso a trabajos decentes y satisfactorios para aquellos que quieran o necesiten seguir trabajando.

Todos estos determinantes pueden influir individualmente en el envejecimiento activo pero están igualmente interrelacionados e imbricados en cuestiones de género y cultura.

La respuesta política al envejecimiento activo exige que se examinen con cuidado los Principios de Naciones Unidas de las Personas Mayores así como todos los determinantes del envejecimiento activo de forma que se puedan desarrollar políticas apropiadas en los tres pilares básicos del envejecimiento activo: salud, participación y seguridad.

5. TRADUCIR EL MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO A LA PRÁCTICA: CIUDADES AMIGABLES

Además de por una población que envejece, el siglo XXI se caracterizará por otra tendencia global fundamental: la urbanización. Combinadas, tendrán ambas tendencias profundas implicaciones en todos los aspectos de la sociedad y no estarán confinadas al mundo desarrollado. Como ya se ha visto, alrededor de dos tercios de la población mundial están actualmente viviendo en países en desarrollo. De forma similar, la mayoría de la población urbana se encuentra actualmente en dichos países. Mientras que 2007 fue considerado como el año en que más de la mitad de la población mundial vivía en un entorno urbano, el número y proporción de personas que viven en ciudades crecerá continuamente, alcanzando casi los dos tercios en 2030. Este crecimiento urbano está produciéndose de forma mucho más rápida en las regiones en desarrollo: el número de habitantes urbanos en las regiones menos desarrolladas será casi cuatro veces más grande que en las regiones más desarrolladas.

Estas dos tendencias, el envejecimiento y la urbanización, son la culminación de un desarrollo humano exitoso. No por ello carecen de retos fundamentales tanto para países en desarrollo como desarrollados. Para conseguir que las personas mayores sean recursos para sus familiares, comunidades y economías de las ciudades en que viven han de ponerse en práctica políticas sólidas que garanticen que sus ciudadanos mayores estén incluidos en todos los aspectos de la vida urbana y tengan pleno acceso a los espacios urbanos, estructuras y servicios —tal como demanda Naciones Unidas a través de una de las tres directivas prioritarias del Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002.

Para facilitar que las ciudades en todo el mundo tengan presente el envejecimiento como parte integral de la planificación urbana, la OMS inició un Proyecto global de colaboración en 2005: «ciudades amigables». Su objetivo principal consiste en la identificación de las

principales características de una ciudad «amigable con el envejecimiento» que tendría sentido tanto en las comunidades de países desarrollados como en desarrollo. El principal enfoque de este proyecto multipolar consiste en escuchar las voces de las personas mayores —es decir, basarse en sus percepciones, aspiraciones y sugerencias sobre cómo hacer que la vida urbana sea más adecuada a sus necesidades y experiencias—. Además de esto, el proyecto trata también de tener el punto de vista de los proveedores de servicios y prestadores de cuidados que interactúan con las personas de la comunidad. El conjunto de resultados constituye un instrumento de autoevaluación para la planificación urbana y una herramienta en defensa de la comunidad.

Ciudades amigables

El movimiento de comunidades amigables «con el envejecimiento» ha surgido a partir de varias iniciativas interrelacionadas para dar a clientes y usuarios mayores servicios sanitarios, financieros y otros de naturaleza pública, privada o voluntaria. Se pueden identificar distintos términos y conceptos en el diseño urbano y planificación de servicios para discapacitados y servicios para personas mayores —como diseño universal, accesibilidad, ciudades saludables, comunidades vivibles, comunidades en las que se puede caminar y «envejecer en el lugar habitual»—. En esencia, los modelos disponibles son multisectoriales e incorporan todos los aspectos de los medios naturales, construidos y medios urbanos. Respecto a las iniciativas, identifican las características de la comunidad que son relevantes para el bienestar de las personas mayores a través de la investigación cualitativa: entrevistas individuales y grupales con personas mayores así como los proveedores de servicios. Las características emergentes sirven después como base para desarrollar normas o criterios concretos para la acción comunitaria.

Considerando la biografía existente sobre iniciativas en torno a la idea de «amigable con el envejecimiento», el proyecto de la OMS sobre «ciudades amigables con la edad» incorporó desde sus principios conceptos y perspectivas propios del Marco de Política sobre Envejecimiento Activo» de la OMS, es decir, proponer un enfoque para la planificación de la ciudad que promueva el «envejecimiento activo» tal y como se describe en la subsección previa de este capítulo. Por lo tanto el principio directivo para la iniciativa de la OMS Ciudades Amigables consiste en el desarrollo de un modelo a través de cual las ciudades atienden las necesidades de las personas mayores en

relación con la *salud* (salud y servicios sanitarios accesibles y asequibles, oportunidades para continuar activo); *participación* (transporte público accesible, servicios de información, programas recreativos, relaciones sociales, oportunidades de voluntariado, lugares de culto, ser valorado y respetado); y *seguridad* (seguridad en el hogar y en la comunidad, transporte seguro, seguridad financiera, vivienda y servicios accesibles).

El proyecto de la OMS sobre ciudades amigables tuvo en cuenta todos los «determinantes del envejecimiento activo» —para promoverlo en los asentamientos urbanos desarrollando los múltiples factores personales, sociales, económicos y físicos que influyen en la conducta del individuo y el uso de servicios—. Esto implica una perspectiva del curso vital en la medida que los factores medioambientales afectan acumulativamente a los individuos a lo largo de toda su vida y determinan por último el nivel de capacidad funcional que tendrán al final de sus vidas. Reconocer que el envejecimiento activo es un proceso a lo largo de toda la vida y que las personas de todas las edades varían en su nivel de capacidad funcional llevó a la OMS a elegir deliberadamente el término «ciudades amigables» con la «edad» —más que «con los mayores»—. Por último, una ciudad que es amigable para con sus ciudadanos mayores beneficiará a su vez a los ciudadanos de todas las edades: todo el mundo se beneficia.

El proceso de desarrollo del proyecto de la OMS Ciudades Amigables con la Edad

El proyecto fue lanzado públicamente en el Congreso Internacional de Gerontología y Geriatría de julio de 2005, en Río de Janeiro. Se dio una respuesta inmediatamente positiva por parte de varias ciudades a las que posteriormente invitó la OMS, bajo el patronazgo del Gobierno Federal Canadiense de British Columbia, a una reunión en Vancouver celebrada en marzo de 2006. En esta reunión a la que asistieron representantes de unas doce ciudades se acordó la metodología del proyecto —es decir, un método estándar para evaluar el distinto grado de 'amabilidad con la edad' de cada ciudad e identificar medidas correctivas—. El resultante *«Protocolo de Vancouver»* se adoptó más tarde por las 35 ciudades participantes en la fase inicial del proyecto. Incluyó ciudades del Norte y el Sur, de países desarrollados y en vías de desarrollo, Este y Oeste —de tamaños diferentes (desde megacities como Tokio, Shanghai, Ciudad de México y Londres pasando por pequeñas comunidades), desde grandes centros regionales (Nairobi, Estambul, Ginebra, Nueva Delhi) a centros na-

cionales (como Kingston, Jamaica, Puerto Rico, La Plata, Argentina, Trípoli, Líbano).

Se podría resumir la metodología como una investigación cualitativa a partir de la cual grupos-target de personas mayores —así como sus cuidadores y proveedores de servicios— fueron sometidos simultáneamente en cada ciudad participante a las siguientes *áreas temáticas:* 1. espacios exteriores y edificios públicos; 2. transporte; 3. participación cívica y empleo; 4. respeto e inclusión social; 5. apoyo comunitario y servicios sanitarios; 6. vivienda; 7. participación social; 8. comunicación e información.

Las 35 ciudades produjeron informes usando una plantilla estándar que se analizó posteriormente por el equipo coordinador de la OMS para producir un informe final —*la Guía de Ciudades Amigables con la Edad de la OMS*— lanzada en 2007 en el día Internacional de las Personas Mayores, 1 de octubre —simultáneamente en francés (Ginebra), inglés (Londres y Nueva York), portugués (Río de Janeiro), español (Buenos Aires) y japonés (Tokio). Versiones en otras lenguas se pusieron más tarde a disposición del público.

Una de las particularidades de la *Guía* es que contiene un conjunto de características esenciales sobre ciudades amigables —publicadas por separado en un folleto de cuatro páginas en formato de listado de verificación para cada una de las áreas temáticas—. Este listado de verificación se elaboró para ser usado como un instrumento simple para la planificación política. Así, si otras ciudades desean valorar su grado de «amabilidad con la edad» pueden usar dicho listado, preferiblemente a través de grupos y/o foros públicos con personas mayores que, a través del proceso, serán empoderados para actuar como evaluadores y monitores de progresos siguiendo acciones e intervenciones pertinentes.

El proceso adoptado por la OMS para desarrollar ciudades amigables es al mismo tiempo de abajo arriba (las personas mayores como protagonistas centrales) y de arriba abajo. Sin contar con los líderes y responsables políticos desde el principio es imposible garantizar políticas e intervenciones que satisfagan las aspiraciones, sugerencias y recomendaciones identificadas y priorizadas por las propias personas mayores.

Está emergiendo una red global más extensa de comunidades amigables, con intercambio de información favorecida por la OMS, colaborando con las organizaciones internacionales no gubernamentales, gobiernos nacionales y municipales e instituciones académicas. Los miembros de las ciudades y países que colaboran han celebrado reuniones para promover el intercambio de experiencias y prácticas. La OMS continuará proveyendo el liderazgo institucional para la Red Global de Ciudades Amigables y contribuirá sobre las fases iniciales

del Proyecto AFC mediante la articulación de líneas directivas para la puesta en práctica y la definición de un conjunto mínimo de normas dirigidas a aquellas comunidades que deseen ser reconocidas como participantes. Sin embargo, la colaboración multisectorial e internacional será vital para mantener el *momentum* de este movimiento global. Todas las ciudades interesadas deberían dirigirse a la OMS a través de la siguiente dirección: activeageing@who.int

6. LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

A medida que el mundo envejece varias formas de discriminación por edad se hacen más prevalentes. Sin embargo los mecanismos existentes sobre derechos humanos no protegen a las personas mayores.

A un nivel internacional existen varias convenciones para proteger derechos específicos de varios subgrupos de población —mujeres; niños; poblaciones indígenas; personas con discapacidad; inmigrantes, entre otras—. La única que falta es la correspondiente al grupo con más rápido crecimiento: las personas mayores. Es importante recalcar que la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 no hace mención alguna a las personas mayores —dando por supuesto que «el envejecimiento» no era percibido entonces como un tema de importancia incluso en los países más desarrollados.

Frente a estos antecedentes, las organizaciones de la sociedad civil decidieron, en septiembre de 2008, en la Conferencia de la Federación Internacional sobre Envejecimiento de Montreal, hablar con una sola voz. Creen que ha llegado el momento para una convención internacional sobre derechos de las personas mayores, algo que aportaría un claro marco conceptual, legal y de responsabilidad para ayudar a los gobiernos, al sector privado, las ONGs y otros a tomar decisiones que se dirijan positivamente a la población que envejece, elimine la discriminación por edad y proteja mejor tanto a mujeres como a hombres mayores. Apoyan también el nombramiento de un relator especial de Naciones Unidas que actúe como catalizador en materia de derechos para las personas mayores.

HelpAge International, una ONG con fuerte presencia en unos 80 países, sacó a la luz en septiembre de 2009 un artículo que mostraba cómo se violan los derechos de las personas mayores, explicando por qué fracasan los mecanismos existentes y por qué son necesarios una convención de Naciones Unidas y el nombramiento de un relator especial.

Define el artículo los derechos de las personas mayores y proporciona muchos ejemplos de la vulneración de tales derechos (como el dere-

cho al empleo, la igualdad ante la ley, a la educación, el acceso a servicios sanitarios y sociales sin tener en cuenta la edad, las pensiones, la Seguridad Social, los ingresos mínimos, etc.) así como ejemplos de varias formas de abuso a personas mayores —físico, psicológico, verbal, financiero y desprecio/abandono.

También plantea por qué el «ageism» —estereotipos y prejuicios contra las personas mayores— pueden llevar a la discriminación por edad.

Los derechos humanos típicos que protegen los derechos de las personas mayores están actualmente repartidos por varias convenciones internacionales y regionales. Esta dispersión significa que los derechos de las personas mayores siguen siendo invisibles, lo cual acentúa la falta de claridad sobre lo que realmente sean.

Una convención de Naciones Unidas, plantea el artículo, ayudaría a las personas mayores que viven solas a vivir sus vidas con dignidad así como a cambiar actitudes respecto a las personas mayores. Incrementaría igualmente la visibilidad de las personas mayores, el «ageism»[5] y la discriminación por edad, clarificaría responsabilidades respecto a estas personas, aumentaría la responsabilidad y proporcionaría un marco para la política y la toma de decisiones.

El llamamiento en favor de un relator especial para los derechos de las personas mayores establecería a nivel de Naciones Unidas el puesto de un experto con un mandato para examinar y documentar la naturaleza y la extensión de las violaciones, y consejo/apoyo a los estados miembros en relación con los derechos de las personas mayores. Este relator especial serviría también de estímulo para que el resto de relatores existentes trataran los derechos de las personas mayores dentro de sus áreas específicas de preocupación.

Por último, el artículo elabora recomendaciones específicas para cerciorarse de que mujeres y hombres mayores crean grupos de discusión que atañen a sus derechos y participan en los mismos.

7. LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS POR EL FORO ECONÓMICO MUNDIAL PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA DE PENSIONES Y LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA

El informe del Foro Económico Mundial 2009:

Al comprobar que *«el envejecimiento de la sociedad exige acción a medida que el abanico de oportunidades para prepararse adecuadamente para este cambio se está cerrando a gran velocidad»* el influyen-

[5] Estereotipos y prejuicios contra las personas mayores.

te Foro Económico Mundial lanzó en septiembre de 2009 un informe bajo el título «Transformar las pensiones y la atención sanitaria en un mundo que envejece a gran velocidad: oportunidades y estrategias de colaboración».

Este oportuno informe subraya la importancia de encontrar soluciones en tiempos de incertidumbre —como durante la actual crisis económica global— que simplificaría la tarea de crear un espacio para el pensamiento radical y creativo en el que las personas y los gobiernos se vuelvan más receptivos a nuevas ideas. Tal es el objetivo de este informe, que trata en primer lugar la cuestión de las sociedades que envejecen desde una perspectiva integrada —aunando las implicaciones y soluciones tanto para las pensiones como para la atención sanitaria en lugar del enfoque más tradicional que las consideraba de forma inconexa—. Todo ello implica una colaboración con sectores y participantes múltiples que integre los servicios financieros, los proveedores de cuidados sanitarios, empresarios, el sector público y la sociedad civil.

El informe subraya las «oportunidades» que ofrece el envejecimiento, frente al enfoque clásico que lo considera fundamentalmente como una crisis, centrado en la idea de «riesgo» y donde los diferentes agentes implicados tratan de eludir los costes implicados y atribuírselos a los demás con las inevitables tensiones sociales que ello conlleva. Lejos de este planteamiento, el informe saca a la luz los aspectos positivos del envejecimiento —como que las personas pueden disfrutar de una mejor salud en la vejez, lo cual va asociado tanto a mayores niveles de productividad como de calidad de vida—. Tal y como se apunta en el prefacio del informe del Foro Económico Mundial *se puede abrir una amplia puerta en la cultura prevalente de los jóvenes para mejor integrar a los mayores, aprender de ellos y apreciar las habilidades y experiencias de las generaciones mayores*.

El informe proporciona un amplio conjunto de soluciones prácticas de particular relevancia para el mundo desarrollado. Van desde políticas existentes, prácticas e iniciativas —a menudo despreciadas y minusvaloradas— hasta políticas nuevas y relativamente desconocidas.

El informe trata de aunar soluciones prometedoras con la suficiente especificidad como para, esperan los autores, permitir que se evalúe apropiadamente su potencial. Más que prescriptivo se trata de un informe que intenta ofrecer un rango de soluciones para los responsables políticos de tal forma que puedan decidir cuál es la que mejor se adapta a sus contextos específicos. Se resalta la idea de estimular a todos los participantes para que exploren plenamente los lazos de conexión que no se han considerado hasta ahora.

Por último el informe plantea el envejecimiento como algo positivo y un valor que crea experiencia —muy en la línea del Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo de la OMS—. Ambos adoptan una perspectiva del curso vital común.

Este informe plantea que las tendencias demográficas globales suponen un riesgo para la sostenibilidad financiera de las pensiones de capitalización y los sistemas de atención sanitaria, así como sistemas fundamentados en el capital porque conllevan el riesgo de socavar su calidad y minar el acceso a los mismos. La cuestión central del informe trata de dar respuesta a la siguiente cuestión: *¿cómo pueden los agentes implicados fortalecer la sostenibilidad financiera del acceso a la jubilación y su calidad así como proveer atención sanitaria en un mundo que envejece rápidamente?»*.

El equipo del FEM implicó a varias docenas de expertos de toda una gama de países para preparar este informe. El proceso para definir las 11 opciones estratégicas exploradas en este informe comenzó planteando varios escenarios que dibujaran la situación de los sectores relacionados con las pensiones y la atención sanitaria alrededor de 2030, cuyo resultado consistió en un informe previo «El Futuro de las Pensiones y la Atención Sanitaria en un Mundo que envejece muy rápido».

http://www.weforum.org/en/initiatives/Scenarios/FinancingDemographicShifts/index.htm

Sirvió a su vez de fundamento para desarrollar este segundo informe a través de entrevistas, búsqueda de bibliografía y talleres de trabajo de los que surgieron claramente los siguientes requisitos clave:

- **Colaboración efectiva de los múltiples agentes implicados** para superar los retos y aprovechar las oportunidades. Tal colaboración puede promoverse identificando los intereses, cuyo cumplimiento puede hacerse obligatorio a través de la legislación y normativa pertinente, o fomentarse por beneficios compartidos y objetivos a largo plazo a la vez que se refuerza el sentido de la responsabilidad moral y del liderazgo.
- **Cambio transformacional en la forma de pensar** —hacia estructuras incentivadoras que recompensen la planificación a largo plazo y sociedades que valoren y honren la vejez como una etapa productiva de la vida— presuponiendo cambios significativos en la forma en que se concibe el trabajo, la salud y la jubilación que pueden, a su vez, crear nuevas oportunidades de crecimiento económico así como mejoras en la calidad de vida. El impacto se podría sentir a lo

largo de todo el curso vital por ser la intervención temprana crítica para conseguir un impacto de larga duración.

- **Jubilación integrada y soluciones de atención sanitaria** —como una característica política esencial para mejor atender a las sociedades que envejecen.

La primera sección de este enfoque tiene como punto de interés el argumento de que se necesita un cambio de paradigma a la hora de pensar en el envejecimiento —y que la actual crisis económica presenta una oportunidad que sólo surge en una generación para lograr un cambio de actitud mental de tal calado: *«se han derribado viejas certezas y pueden surgir nuevas formas de pensar desde el actual estado de cosas»*. Algo equivalente a replantearse la «mentalidad de riesgo» más como una «mentalidad de oportunidades».
Estas secciones introductorias terminan con ejemplos sobre cómo los diferentes agentes implicados puedan pensar desde una mentalidad de oportunidades, por ejemplo:

Oportunidades de gobierno:
— Revisión de la ética de la comunidad aprovechando el voluntariado y las soluciones comunitarias para los cuidados a las personas mayores

Oportunidades para las instituciones financieras
— Desarrollar soluciones transfronterizas que sirven cada vez más a las poblaciones migrantes
— Crear nuevos productos en el mercado —p.ej., bonus de longevidad

Oportunidades para los proveedores de atención sanitaria
— Soluciones médicas eficientes e individualizadas para prolongar la buena salud en la vejez
— Integrar un nuevo paradigma de atención sanitaria centrada en el paciente, preventivo y que adopte un enfoque del curso vital

Oportunidades para los empresarios
— Retener a los trabajadores mayores mediante horarios de trabajo flexibles y jubilaciones graduales
— Empoderar a los trabajadores para que asuman su propia jubilación y sus decisiones sobre atención sanitaria

Oportunidades para individuos, familias y sociedad civil
Como consumidores, demandar la provisión de productos y servicios de atención sanitaria y planificación de la jubilación más innovadores y mejor diseñados

Opciones Etratégicas (SO)

El informe explica por tanto cómo el equipo usaba un «escenario de pensamiento» para derivar de él opciones estratégicas, poniendo en cuestión los supuestos actuales, con el objetivo de ayudar a los agentes implicados a estar mejor preparados para diferentes futuros posibles de manera disciplinada, estructurada y holística. Estas 11 opciones estratégicas fueron elegidas como forma de mejorar el acceso y garantizar la sostenibilidad financiera, y la calidad de las pensiones y los sistemas de atención sanitaria en un mundo que envejece rápidamente con particular relevancia en los países desarrollados:

SO1 — Promover el trabajo para las cohortes de personas mayores: mediante el empleo a lo largo de toda la vida y el envejecimiento activo. Hacer accesibles las oportunidades de trabajo que sean flexibles y de alta calidad a la vez que asegurar la disponibilidad de los mecanismos de apoyo social para los adultos mayores que se ven obligados a abandonar su lugar de trabajo por problemas de salud.

SO2 — Cambio en la forma de prestación desde una basada en la atención sanitaria a una prestación basada en el paciente: fundamentalmente mediante una reorientación desde una atención sanitaria con un enfoque reactivo, curativo y centrado en la enfermedad a un enfoque preventivo, a lo largo de toda la vida y centrado en la salud.

SO3 — Promover el bienestar y permitir las conductas saludables: la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar su salud. Puesto que muchos de los problemas sanitarios que experimentan las personas mayores en la vejez son, en parte, consecuencia de conductas anteriores, la promoción de la salud debería producirse tanto en la vejez como a lo largo de toda la vida. Para que la promoción de la salud sea efectiva, la OMS ha sugerido cinco enfoques fundamentales, todos ellos a nivel local y societal: i) abordar los determinantes de la salud a través de las políticas públicas; ii) crear medios físicos y medioambientales que promuevan la salud; iii) incrementar la habilidad de las comunidades por resolver sus propios problemas de salud; iv) formar el conocimiento y las habilidades de las personas; y v) reorientar los sistemas sanitarios hacia la prevención (SO2).

SO4 — Proporcionar educación financiera y consejo de planificación: el proceso mediante el cual las personas mejoran su comprensión de los productos y conceptos sobre pensiones privadas y jubilaciones. Esto les permite comprender mejor el riesgo y las oportunidades que conlle-

va, desarrollar las habilidades y la confianza necesarias para elegir de forma adecuada, saber adónde acudir para pedir ayuda y emprender las acciones efectivas que les garanticen sus ingresos en la jubilación.

SO5 — Estimular mayores niveles de ahorro para la jubilación: para que esto suceda se deben proveer incentivos y oportunidades para que aumente la participación y mejorar las contribuciones a los sistemas privados de pensiones. Como las pensiones públicas ofrecen cada vez menos tasas de sustitución, los niveles de vida después de la jubilación dependerán de si los subsidios privados ofrecen complementos suficientes.

SO6 — Facilitar la conversión de propiedades inmobiliarias en ingresos por jubilación: se pone a disposición de las personas «hipotecas invertidas o a lo largo de toda la vida» que les permitan solicitar préstamos con su casas como garantía. Se permite al solicitante que no haga ningún pago del préstamo y que continúe viviendo en su casa —hasta que se mude o fallezca, cuando venza el plazo de la cantidad del préstamo—. Cualquier cantidad remanente en la casa que supere la cantidad debida pertenece al propio individuo o a sus herederos.

SO7 — Estimular microseguros y micropensiones para los pobres: las micropensiones son ahorros a largo plazo y productos de seguros destinados a los hogares más pobres. Las cantidades contribuidas a los esquemas de micropensiones pueden ser muy pequeñas, incluso por debajo de un dólar diario. Puede ser necesario disponer de los fondos de las micropensiones en caso de necesidad, y podrían concebirse como una combinación entre microseguros y productos de microahorros cuyo principal objetivo serían los ingresos de jubilación.

SO8 — Mejorar el rendimiento del fondo de pensión: el rendimiento de los fondos de pensión es uno de los motores clave de los subsidios de jubilación en los sistemas de pensiones; con dos aspectos fundamentales: el retorno de las inversiones y la gestión de costos que depende de tres factores: i) la calidad de la gobernanza; ii) la eficacia administrativa; y iii) el diseño de las estrategias de inversión.

SO9 — Reordenar los incentivos de los proveedores de atención sanitaria: pagar en función del rendimiento (P4P)[6] es una forma de estructurar los incentivos en los sistemas de atención sanitaria para recompensar a los **doctores y hospitales** por cumplir objetivos de eficiencia y calidad que provean una atención sanitaria de mejor calidad a un coste inferior permitiendo así promover la buena salud hasta las etapas

[6] Pay for performance (P4P). *Nota del Trad.*

más tardías de la vida. El sistema P4P supone un vuelco en los métodos tradicionales de incentivos en los que doctores y hospitales perciben ingresos por los servicios que proporcionan sin tener en cuenta su calidad o la eficiencia de los resultados clínicos. Trata de recompensar a los doctores y hospitales por la provisión de los cuidados que hayan demostrado mejorar los resultados de salud y estimularlos para minimizar el malgasto.

SO10 — Garantizar que la prestación sanitaria transfronteriza beneficia a todos los participantes: la prestación sanitaria transfronteriza adopta dos formas: viajes médicos, en los que un paciente viaja a otro país para seguir un tratamiento, y telemedicina transfronteriza o diagnóstico a distancia, en el que el paciente interactúa electrónicamente con un proveedor de servicios en otro país. Se ha de prestar especial atención a las implicaciones en el sector de la atención sanitaria para aquellos países que presten dicha atención de un país a otro.

SO11 — Promover mercados de pensiones vitalicias e instrumentos que protejan de los riesgos de la longevidad: los riesgos que conlleva la longevidad consisten en la incertidumbre que rodea a las futuras mejoras de mortalidad y esperanza de vida. Para los jubilados significa el riesgo de vivir habiendo agotado ya sus recursos, forzándolos a rebajar su nivel de vida a medida que envejecen. Las personas deben protegerse contra este riesgo adquiriendo pensiones vitalicias y pueden necesitar más comprensión o más estímulos para hacerlo así. Mejorar los instrumentos de mercado disponibles para gestionar los riesgos inherentes a la longevidad debería servir para mejorar el funcionamiento del mercado de pensiones vitalicias.

Cada una de estas opciones estratégicas es discutida plenamente en el informe —de hecho cada una de ellas se subdivide en subsecciones consistentes en un sumario sobre la estructura de la opción estratégica; su situación presente y los obstáculos fundamentales para que su aplicación tenga éxito—. Por último, para cada opción estratégica, un cuadro resume el papel de los participantes en su aplicación, proporcionando varios ejemplos de acciones potenciales y ejemplos de innovación para los gobiernos, instituciones financieras, proveedores de atención sanitaria, empresarios e individuos, familias y sociedad civil.

8. CONCLUSIONES; PROPUESTAS DE ACCIÓN

A lo largo de los últimos dos o tres decenios se ha producido un enorme progreso para la comprensión de las distintas dimensiones del proceso de envejecimiento humano que va desde la investigación biomolecular hasta la población global. Sin embargo, se debe hacer mucho más a

medida que evoluciona la naturaleza dinámica del envejecimiento de la población y que muchas cuestiones siguen sin respuesta. España es un país que ocupa un lugar único a la hora de abordar estas cuestiones y a contribuir a hacer que el envejecimiento, el mayor logro de salud pública del siglo XX, se convierta en el siglo XXI en un éxito societal central garantizando la calidad de vida para la mayoría de la población de personas mayores en todo el mundo. Una agenda destinada a que España juegue tal papel fundamental en materia de envejecimiento debería incluir los siguientes puntos:

a) **Cooperación internacional:** Abogar por el envejecimiento en foros regionales (p.ej., Unión Europea; Comisión Europea; OCDE) así como foros internacionales (Naciones Unidas y sus agencias especializadas). Como país anfitrión de la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento, la comunidad internacional espera que España juegue un papel de liderazgo a la hora de garantizar el protagonismo del envejecimiento en escenarios internacionales. España es además un país que ha comenzado a experimentar el envejecimiento hace muy pocos decenios —cuando una proporción sustancial de los que ahora son mayores eran pobres, con niveles educativos bajos, una situación similar a la que actualmente conocen los países en desarrollo—. Por compartir historia y cultura, España es también un socio natural para ayudar a los países sudamericanos a envejecer con éxito.
b) **Patrocinar la convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas Mayores:** crece cada vez más la idea de que a medida que la población envejece en todo el mundo hay una necesidad mayor para proteger los derechos de las personas mayores. Las organizaciones de la sociedad civil en el ámbito del envejecimiento están plenamente implicadas en este esfuerzo. Sin embargo muchos países —sobre todo en el mundo desarrollado—, parecen resistirse o no ven la necesidad de promulgar leyes internacionales. Al ser uno de los países más envejecidos tanto en términos de proporción de personas mayores como en términos de longevidad, España podría llevar la voz cantante para reforzar los derechos humanos de las personas mayores, sobre todo entre los países desarrollados.
c) **Apoyar la investigación transnacional:** En la medida en que España es un puente natural entre el viejo y el nuevo continente, entre ricos y pobres, norte y sur, este y oeste, se trata de un país con un emplazamiento óptimo para presionar a la comunidad internacional —para incluir contribuyentes de fondos— con los que tener más

recursos destinados a la investigación sobre el envejecimiento. Todo ello haría más fácil el intercambio de modelos de provisión de cuidados; la financiación de servicios sanitarios y sociales; normas de buena práctica; políticas de Seguridad Social sostenibles —siendo todas ellas áreas con una gran implicación para el tipo de sociedad que veremos surgir en este siglo.

d) **Apoyar el trabajo de las organizaciones internacionales en el área del envejecimiento:** mientras que todas las organizaciones internacionales están luchando por desarrollar enérgicos programas sobre envejecimiento, cuentan sin embargo con ingresos escasos y carecen de personal suficiente. La realidad es que las organizaciones internacionales no existen en el vacío: reflejan el deseo de sus Estados Miembros y si el «envejecimiento» no es considerado una de sus prioridades, no es un fracaso de los secretariados de las organizaciones internacionales, sino un fracaso de dichos Estados Miembros a la hora de hacer patente que esperan y demandan más esfuerzos e iniciativas para responder a uno de los temas candentes de nuestro tiempo.

e) **Prevención de abusos a las personas mayores:** reflejo del «ageism»[7] y la discriminación por edad, el abuso a las personas mayores es la última de las fronteras de los tabúes societales: los países lo negarían o lo harían invisible, lo esconderían bajo la alfombra como han hecho con la violencia frente a las mujeres o los abusos infantiles hasta no hace mucho. Sólo mediante una investigación apropiada que cuantifique adecuadamente la magnitud de la atención societal al problema se prestará la pertinente atención al abuso y la negligencia hacia las personas mayores.

f) **Desarrollar políticas sostenibles de «Envejecimiento Activo»:** el Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo de la OMS proporciona una base sólida sobre la que desarrollar políticas intersectoriales y comprehensivas al abordar una multitud de «determinantes» —sociales, políticos, físicos, medioambientales, culturales, económicos—, que tengan siempre en cuenta los determinantes transversales de cultura y género siempre tan importantes. Los principios que se esconden tras el enfoque del «Envejecimiento Activo» han de traducirse a la práctica. Un ejemplo concreto es el proyecto de «ciudades amigables». España podría desarrollar una red de ciudades de este tipo y desarrollar sistemas para evaluar el impacto potencial que

[7] Estereotipos y prejuicios contra las personas mayores.

tendrían en el resto del mundo. Un reto relacionado sería hacer que estas ciudades amigables en España se «hermanaran» con ciudades en Sudamérica —un proceso por el que unos pueden aprender de otros simplificado por la cultura compartida y el provecho mutuo.

g) **Una mirada a la inmigración:** pocos países han conocido lo que está actualmente sucediendo en España —un país que hasta hace muy poco era un «exportador» neto de personas es ahora uno de los mayores polos de inmigración internacional—. Mientras que sigue habiendo millones de españoles en vida que abandonaron España a mediados del siglo XX (muchos de los cuales están regresando a su país de origen), en los últimos años cientos de miles de personas de todo el mundo —sobre todo del norte de África y Sudamérica— acuden a España en búsqueda de vidas mejores. Junto con el envejecimiento y la urbanización, la inmigración es una de las mayores fuerzas que configuran el siglo XXI. La comprensión simultánea de por qué las personas inmigran y emigran hacen de España una plataforma única para la investigación y el desarrollo de políticas de una importancia internacional de primer orden, en un intento por unificar fuerzas e identificar cuáles son las necesidades específicas/implicaciones políticas que tiene «envejecer en tierra extranjera», para aquellos que han regresado a casa tras una larga vida trabajando fuera de su hogar.

h) **Formación de profesionales de la salud — desarrollar planes de estudios mínimos:** La Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría sacó a la luz en 2007 un documento donde se establecían las 15 competencias centrales que cualquier médico debería tener en el futuro para enfrentarse adecuadamente al riesgo de proveer cuidados a las cohortes de personas mayores, cada vez más numerosas. Los estudiantes de medicina que terminen su formación, digamos en 2010, tendrán unos 40 años de vida profesional práctica. Por entonces el mundo habrá envejecido sustancialmente —es decir, su praxis tendrá lugar a lo largo de este período de cambios irreversibles en el envejecimiento a escala global—. Cualquiera que sea la especialidad que decidan emprender —exceptuando la Pediatría y la Obstetricia— tendrán que tratar a pacientes mayores sin estar sin embargo preparados adecuadamente para ello. Lo mismo ocurrirá con los profesionales sanitarios asociados. Es una cuestión imperativa desarrollar planes de estudio en medicina —y para otras profesiones relacionadas con la salud— que formen efectivamente a los doctores del siglo XXI. Ya existen en la actualidad escuelas de

medicina que se interesan por desarrollar/evaluar planes de estudio compatibles con las competencias centrales de la OMS-IAGG. Se les debería ayudar.

9. ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LA SOCIEDAD CIVIL

A pesar de un enérgico movimiento de la sociedad civil en materias relacionadas con el «envejecimiento» fundadas en principios de participación y tradición, el ámbito internacional ha deparado para España un protagonismo discreto considerando su escasa presencia en las organizaciones civiles internacionales a escala global. Importantes grupos internacionales como HelpAge International y la Federación Internacional sobre Envejecimiento se beneficiarían en gran medida de una mayor implicación por parte de España. Para que enraícen los enfoques basados en la comunidad y tengan un impacto significativo, han de contar cada vez más con la ayuda de las organizaciones no gubernamentales a todos los niveles. Por ejemplo, un enfoque evolutivo que se base en la perspectiva de los derechos humanos debe ir más allá de las orientaciones de protección social y promover la toma de conciencia y la protección de la legislación nacional e internacionalmente. España tiene mucho con lo que contribuir y beneficiarse de estos debates en el ámbito internacional.

10. DEMOSTRAR VISIÓN DE FUTURO Y DETERMINACIÓN

El país que lidere el terreno del «envejecimiento» en el ámbito internacional conseguirá reconocimiento y crédito a la hora de abordar el asunto central del cambio demográfico actual con implicaciones de largo alcance para el conjunto de la sociedad. Sin embargo, un punto de vista carente de estrategia se convierte a menudo en una alucinación ya imperativa ya planificación cuidadosa. Como país anfitrión de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; como uno de los países más viejos del mundo; como un país que pertenece activamente a Europa a la vez que conectado irremediablemente con el mundo en desarrollo, España es el país mejor situado para ser tal país —si sus líderes y responsables políticos se comprometen con este reto y demuestran su resolución y determinación para darle una respuesta.

A. Kalache

APORTACIONES

A: Jornadas sobre Desarrollo Rural, Hábitat y Vivienda de las personas mayores. Imserso, junio 2011.

- *Es un objetivo esencial promover la identificación de la población con su entorno.*
- *El diferencial en la prestación de servicios para atender las necesidades de las personas mayores en el medio rural y prioriza una planificación de actuación acomodada a la realidad del medio rural.*
- *Las oportunidades y fortalezas del medio rural son un entorno social más conocido, con mayores vínculos de amistad y vecindad.*
- *La recuperación o mantenimiento de oficios en desaparición y de la artesanía puede ser un instrumento eficaz de desarrollo de las personas mayores en el medio rural y en la promoción de vínculos de las relaciones intergeneracionales.*
- *Uno de los grandes retos de España es hacer ciudades habitables e inclusivas, capaces de prevenir la exclusión social y promover la calidad de vida de los ciudadanos, dotadas de equipamientos y dotaciones suficientes y especialmente sensibles a los barrios más desfavorecidos y a los colectivos de personas más vulnerables.*
- *La rehabilitación de cascos antiguos y centros históricos constituye una necesidad ineludible para la habitabilidad de muchas ciudades españolas.*
- *Es fundamental fomentar la vida en el barrio, y la promoción de la vida de proximidad en las ciudades. Dar nuevos espacios al ciudadano en el transporte debe ser un eje vertebrador.*
- *El proyecto de ciudades amigables de la OMS debe plasmarse en un conjunto de propuestas concretas de acción, teniendo en cuenta su metodología de participación e investigación-acción, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en la ciudad.*

B: Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

- ✓ *Promover centros de Día con transporte adaptado en cabeceras de comarca. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Constituir equipos en los centros de salud rurales con una enfermera y un trabajador social de enlace, responsables de familias concretas. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Instalación en los cascos antiguos de las ciudades, de elevadores o escaleras mecánicas. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Adaptar los hogares del pensionista a los perfiles actuales de las personas mayores, en especial en el medio rural, para que sirvan de lugares*

que fomenten la participación de las personas mayores. Consejo Estatal de Personas Mayores y CCOO.

- ✓ *Creación de nuevos vínculos entre el medio rural y urbano, teniendo como protagonistas a las personas mayores, creando programas que traspasen y transfieran sus conocimientos.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Desarrollo de políticas especialmente dirigidas al medio rural** con el fin de cubrir el desequilibrio en servicios sociales básicos y de bienestar con el medio urbano. Para ello se considera necesario.

   a) Desarrollar e implantar servicios de proximidad adaptados a las necesidades personales de los usuarios para que las personas que lo deseen puedan mantener su autonomía y seguir viviendo en su medio y en su casa, haciendo del envejecimiento como una oportunidad de desarrollo económico y social emergente, especialmente para la mujer.

   b) Aprovechar la implantación y alta valoración de los servicios sanitarios, para que ambos servicios, sociales y sanitarios, conjuntamente elaboren planes de prevención social y sanitaria «a la carta», aprovechando las sinergias en acciones de coordinación sociosanitaria.

   c) Dotar a los profesionales, principalmente del medio rural, de los medios necesarios para poder detectar y analizar las necesidades de las personas mayores en su medio y elaborar planes «ad hoc» que cubran los intereses de las personas de su entorno.

   d) Incrementar la participación social activando el asociacionismo de las personas mayores y las redes sociales informales.

   e) Desarrollar iniciativas que fomenten las relaciones intergeneracionales extrafamiliares, dando valor al conocimiento de las personas mayores y a su capacidad de aprendizaje y de adaptación a los cambios sociales.

2. Establecer **servicios y condiciones adecuadas de acceso en los medios urbanos**, principalmente en los núcleos antiguos de las ciudades, donde se han quedado «aisladas» muchas personas mayores.
3. Prestar especial atención a las personas mayores de los **cinturones de las ciudades,** en donde las condiciones de vida y la alta tasa de personas mayores inmigrantes pueden tener serios riesgos para su integración social.
4. **Promover la adecuación de espacios donde habitan Personas Mayores a sus necesidades** para desarrollar una vida autónoma e independiente. El Proyecto global «ciudades amigables» es un ejemplo a conseguir. Una ciudad que es amigable para con sus ciudadanos mayores beneficiará a su vez a los ciudadanos de todas las edades convirtiéndose en ciudades para todos.

CAPÍTULO 14

FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA

LA INFLUENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA DE LOS MAYORES (Artículo de Autor)

Dra. D.ª Ramona Rubio Herrera
Catedrática. Universidad de Granada
Colaboran en el artículo las
Ldas. D.ª Mercedes Pinel Zafra y D.ª Laura Rubio Rubio

La soledad es patrimonio de la edad adulta.
(Mika Waltari)

La soledad, un tema a debate. Para unos, una tortura, una cárcel de melancolía y tristeza, de sentir que a nadie le importamos, para otros, por el contrario, es una oportunidad porque dicen que se aprende más en un día de soledad que en cien de sociedad. Algunos factores como el desarraigo social, la carencia de redes sociales, la marginación, el desarraigo, pueden ir asociados al «estar solo», pero la verdadera soledad va asociada a «sentirse solo», al sentimiento que ésta genera de nostalgia, tristeza, añoranza, etc. (Rubio y Aleixandre, 2001).

La soledad, un tema relevante a nivel psicosocial tanto en el campo de la investigación teórica como en el ámbito aplicado, que intenta dar una definición de este constructo e identificar las variables vinculadas al mismo.

La soledad afecta a un gran porcentaje de población, 1.358.937 personas de edad viven en soledad; 1.043.471 son mujeres y 315.466 varones (Censo de Población de 2001).

En un estudio realizado en 1998 por la Universidad de Granada y coordinado por la Dra. Rubio Herrera y el Imserso, con la participación del CIS, la soledad era entendida por los mayores como:

Qué entienden los mayores por soledad

Afirmación	%
Es un sentimiento de vacío y tristeza	48,8
Es no tener a nadie a quien acudir	28,5
Es carecer de razones para vivir	8,8
Es no sentirse útil para nadie	17,3
Es haber perdido a las personas queridas	42,3
Es sentir que se ha acabado el tiempo para hacer proyectos	6,4
Es carecer de un grupo estable de amigos	4,7
Es no tener familia o tenerla lejos	26,8
Otros sentimientos	3,7
Total Participantes (N)	**1.956**

Definiciones todas ellas que enfatizan los aspectos negativos de la soledad. Muchos años después llegamos al 2009 y la soledad sigue siendo entendida por los mayores como negativa, continúa siendo temida. Tal como podemos ver en el barómetro del CIS (CIS 2009), el 53% de la población española considera prioritario el desarrollo de políticas estatales para mitigar la soledad que afecta a las personas mayores. Al preguntar sobre una de las situaciones futuras que más temen, citan tres aspectos: la dependencia y la pérdida de memoria es la SOLEDAD. Actualmente la Universidad de Granada e Imserso, con la colaboración de la Diputación de Granada y de Sergesa Televida, bajo la dirección de la Dra. Rubio, realizan un nuevo estudio sobre la soledad, con el objetivo de ampliar la investigación iniciada en el año 1998 en el que se creó la Escala de Soledad Este (que mide cuatro factores: soledad familiar, conyugal, social y existencial) generar una nueva Escala Este II para evaluar la soledad social. Este estudio se centra en dos aspectos:

a) Analizar los perfiles de soledad en la población mayor de la provincia de Granada; concretamente, se ha entrevistado a 800 personas de 65 años en adelante de diferentes municipios de la provincia de Granada (clasificados según número de habitantes, desde 1.000 hasta más de 20.000).
b) Crear la Escala Este II sobre soledad social. Entendiendo este constructo como la experiencia subjetiva de insatisfacción frente al distanciamiento respecto a la sociedad en la que vive, ocasionando la pérdida de ritmo en los cambios sociales de la nueva era digital y provocando la falta de adaptación a las nuevas tecnologías.

La escala consta de 15 ítems con tres alternativas de respuesta (siempre, a veces, nunca). Los ítems se agrupan en tres factores:

1. Percepción de apoyo social
2. Índice de participación social subjetiva
3. Uso de nuevas tecnologías

La puntuación en Soledad Social oscila entre 1 y 30 puntos, diferenciándose tres niveles: nivel bajo (de 1 a 11 puntos), nivel medio (de 12 a 16 puntos) y nivel alto (de 17 a 30 puntos).
La escala se administró junto con una encuesta que recogía datos sociodemográficos, índices de participación en actividades con otros mayores, formas de convivencia y apoyo social percibido.

En los resultados obtenidos se encontraron diferencias significativas en las medias de la puntuación global de soledad social según algunas variables, como el sexo, el estado civil, la edad, el ser usuario o no del servicio de teleasistencia, el tener hijos, la participación en actividades y la posesión de animales de compañía.
En este artículo vamos a plantearnos tres interrogantes sobre la soledad en los mayores:

1.— La mujer participa más en actividades con otros mayores. ¿Implica esto que tiene menos soledad?
2.— ¿Sentimos más la soledad cuanto más mayores somos?
3.— ¿La presencia de mascotas alivia la soledad?

Analicemos cada una de estas cuestiones planteadas:

1. MUJER Y PARTICIPACIÓN SOCIAL: SI LAS MUJERES PARTICIPAN MÁS (17,1% DE LAS MUJERES FRENTE AL 9,9% DE LOS HOMBRES), ¿POR QUÉ TIENEN MÁS SOLEDAD SOCIAL?

La mujer está generalmente más implicada en actividades con otras personas, que suponen participación social, según datos recogidos por el Imserso (2006):
Promedio de tiempo que dedican en un día a las relaciones personales los mayores de 65 años de España (Informe Imserso 2006).

Sexo	Animal de Compañía		Conversaciones telefónicas	
	Tiempo*	Personas	Tiempo*	Personas
Hombres	15	16%	1	3%
Mujeres	18	23%	2	7%

*Tiempo: minutos/día

Pero a pesar de participar más socialmente, algunos estudios indican que las mujeres tienen menos calidad de vida que los hombres (Rubio, Aleixandre y Cabezas, 2001).
En el presente estudio, al comparar la puntuación media de Soledad Social en función de la participación social, se han encontrado diferencias significativas en las medias (U= 38948'0, p≤0'001). Si analizamos la participación social por sexos vemos que las mujeres participan más que los hombres, un 17,1% frente a un 9,9% en varones. Aquellas que participan obtienen una puntuación menor en Soledad Social (12'16 puntos), pero en el estudio curiosamente son éstas en general las que puntúan más en Soledad Social.

No obstante, a pesar de esa mayor participación social, la mujer siente más soledad. Se han encontrado diferencias significativas en las medias de puntuación global de Soledad Social según el sexo (U= 48264'0, p≤0'001). Se observa que las mujeres son las que tienen una puntuación media en Soledad Social mayor: 14,47 puntos, frente a la puntuación media en soledad social de los hombres: 13,01 puntos.
Por tanto, si la mujer tiene más implicación familiar, si participa más socialmente que el hombre, ¿por qué puntúa más alto en soledad?

Posible respuesta y planteamiento de intervención

La mujer participa más socialmente, se implica más en actividades como las aulas de mayores, en asociaciones de voluntariado, etc., etc., pero éste es un dato objetivo que en cuanto tal hace referencia a una realidad OBJETIVA, que sólo indica que dedica más horas, pero otra cosa distinta son los niveles de satisfacción, de realización personal, otra cosa es la realidad SUBJETIVA que hace referencia a la percepción del sujeto. No basta con llenar nuestra agenda para que la soledad desaparezca, no basta con rodearnos de gente para disipar la soledad. La percepción de la realidad empieza en nosotros, no basta con cambiar el contexto si nosotros no cambiamos. La raíz esta en el pensamiento, porque éste mediatiza la realidad. Si generamos nuevas formas de pensar, si adoptamos otro punto de vista, percibiremos la realidad de diferente manera, los programas de intervención por tanto deben apuntar a:

a) Enriquecer el entorno, generando en este caso programas que permitan emplear el tiempo a las personas mayores.
b) Cambiar el pensamiento, la actitud de las personas ante el problema de la soledad.
c) Y romper los círculos: el pensamiento se ve modificado por nuestro estado de ánimo, y el estado de ánimo negativo atrae pensamientos negativos por tanto mientras no rompamos ese círculo, mientras no adoptemos otro punto de vista, no podremos sentirnos de otra manera.

2. RELACIÓN ENTE SOLEDAD Y EDAD: ¿AUMENTA LA SOLEDAD CONFORME NOS VAMOS HACIENDO MAYORES?

Aunque la soledad es algo que puede darse en todas las edades, algunas investigaciones indican que se manifiesta con mayor frecuencia a medida que la gente se acerca a la muerte (Penninx et al., 1997),

es decir, existe una correlación positiva entre edad y soledad (Ernst y Cacioppo, 1999); por esta razón la vejez es a menudo asociada a la soledad (Jylha, 2004).

Se ha visto que en el caso de las personas mayores la soledad es uno de los problemas que mencionan con más frecuencia. Varios estudios indican que solamente el 5-10% de los mayores informan sentirse solos ocasionalmente (Pinquart, 2003; Prince, Harwood, Blizard, Thomas y Mann, 1997), aunque el porcentaje varía según otros autores. Por ejemplo, Smith y Baltes (1993) consideran que el porcentaje de mayores que sufren soledad puede ser del 80% para los mayores de 80 años.

En el Informe Imserso 2006 se incluyen datos sobre los índices de soledad en la población española, y se observa que a medida que se avanza en edad, los mayores tienen más soledad, así en el intervalo de 65-74 años encontramos un índice de soledad de 8,9% en hombres frente a un 25,4% en mujeres, en el intervalo de 75-84 años estas cifras aumentan hasta un 12,8% en varones y un 34,2% en mujeres, mientras que a partir de los 85 años y más los niveles aumentan en la población masculina, 17%, disminuyendo ligeramente en mujeres, 26,5%.

Al igual que en el estudio de 2004 (Rubio, 2004), los resultados encontrados en la presente investigación muestran la misma tendencia, manteniéndose las diferencias entre sexos. Se observa que las mujeres de 65 a 69 años tienen una media en Soledad Social de 13 puntos, las del grupo de 70 a 79 años tienen una media en soledad social de 14,26 puntos y las que tienen 80 años en adelante, una media de 15,36 puntos.

Posible respuesta y planteamiento de intervención

Estamos aquí nuevamente ante una doble dimensión: una realidad objetiva que justifica este aumento con la edad, influido por la creciente presencia de enfermedades, experiencias de pérdida de seres queridos, sentimientos de finitud, etc.

Y una realidad SUBJETIVA sobre la que habrá que trabajar: nadie nos enseña a envejecer, a aceptar o afrontar los cambios, a equilibrar los procesos de envejecimiento generando nuevas estrategias. En esta línea es importante seguir para los diseños de intervención el legado de Baltes (1990) sobre la optimización selectiva con compensación, cuya idea básica es que el envejecimiento exitoso desde el esfuerzo selectivo aplicado a dominios en los cuales se mantiene el potencial de desarrollo y que dicho esfuerzo puede resultar en

optimización de la funcionalidad, compensando las pérdidas normativas DE LA EDAD y las no normativas generadas por el envejecimiento. Si intervenimos en esa línea, estamos contrarrestando los efectos de la edad y su incidencia en distintos aspectos, en este caso, el sentimiento de soledad.

3. ANIMALES DE COMPAÑÍA Y SOLEDAD: TENER ANIMALES DE COMPAÑÍA, ¿ALIVIA LA SOLEDAD?

Al analizar la puntuación media de Soledad Social y su relación con otras variables, se ha encontrado que el tener animal de compañía correlaciona con niveles bajos de soledad social (U=52524'5 p=0'001). Las personas que no tienen animales de compañía puntúan más alto en *Soledad Social* (14,40) que aquellos que sí tienen (13,20).

Si analizamos la puntuación global en soledad social en función del sexo, con la variable tenencia o no de animales de compañía los hombres que tienen animal de compañía se sitúan en un 12,10%, mientras que los que carecen del mismo alcanzan el 13,50%. Similar dinámica se observa en las mujeres, 13,77 las que poseen animal de compañía, y un índice de soledad de 14,76 en las que no lo tienen.

Posible respuesta y planteamiento de intervención

Evidentemente las líneas de intervención deberían centrarse en potenciar la presencia de animales de compañía en la vida de las personas mayores. Para que esto fuese posible, habría que trabajar primero la dimensión subjetiva, la actitud que tiene la persona mayor frente a los animales, las metas que las personas se plantean, y en qué medida desea modificar su estilo de vida, etc.

En base a los resultados obtenidos, se sugiere que los programas de prevención e intervención tengan en cuenta la doble dimensión de la realidad: objetiva y subjetiva.

- A nivel Objetivo: que favorezcan la integración de los mayores en los diferentes contextos en los que vive: familia, amigos y sociedad actual con sus valores, costumbres, tecnologías.
- A nivel Subjetivo: que se trabaje también sobre aspectos como la motivación, el encontrar sentido a la participación en actividades, a la búsqueda de nuevos roles en esta etapa en la que los tradicionales ya no se pueden ejercer. Además de potenciar en los mayores un papel activo y una mentalidad abierta a la hora de relacionarse

con generaciones más jóvenes, transmitiendo sus conocimientos y, al mismo tiempo, aprendiendo de las nuevas generaciones y de sus nuevas formas de comunicarse.

También es importante que el sujeto vuelva a sí mismo, replantee sus aptitudes, trabajando en la adquisición de habilidades para mejorar y aumentar la cantidad y calidad de sus relaciones sociales, en las expectativas que tiene sobre ellas y lo que le pueden aportar, ya que pueden contribuir a producir y mantener los sentimientos de soledad si hay una discrepancia entre las relaciones interpersonales ideales y percibidas.

Dicen que la soledad es sólo eso: soledad. Los adjetivos de buena o mala, de agradable o desagradable, de breve o eterna, les pone el hombre, nos queda un amplio camino que recorrer para entender que el antepasado de cada acción es nuestro propio pensamiento y que en última instancia es el pensamiento el que marca las formas de vida.

R. Rubio

A. ANÁLISIS DE FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA

El envejecimiento con éxito viene marcado por una confluencia armoniosa de elementos teniendo gran relevancia aquellos que tejen las relaciones de la persona con su entorno: las relaciones intergeneracionales, la participación social a través de redes sociales, formales e informales, influyen en el bienestar de la persona tanto física como psicológicamente. Las relaciones, la comunicación con el resto del grupo se sitúan en el centro de toda vida exitosa, que vendrá marcada no tanto por su extensión, como por su intensidad y su calidad.

Hablar de soledad es hablar de sentimientos, de emociones, y del posicionamiento de cada persona dentro de su grupo social: desde el núcleo básico, la familia, donde predominan las relaciones de cohesión; el inmediato establecido por uno mismo a través de las relaciones de amistad, y el externo donde se sitúan todos los grupos de interés, desde los laborales hasta las actuales redes sociales.

Por más que se repita, los avances científicos y tecnológicos del último siglo han provocado importantes cambios sociales con dos características principales: la interrelación constante de personas, conocimiento, información y culturas junto con la rapidez de su propia producción, que dificulta unos encajes precisos dentro de la estructura social, creando cambios en instituciones sociales básicas hasta hace poco tiempo consideradas inamovibles. La sociedad española ha absorbido estos cambios a nivel global de forma acelerada, al asimilar en su estructura social en un período de poco más de tres décadas unas transformaciones que a otras sociedades les está costando atravesar más de un siglo. Los costes de la velocidad en los cambios de estos procesos sociales aportan malestar social, incrementando una demanda a los poderes públicos de nuevos servicios y prestaciones que satisfagan y/o palien las nuevas necesidades percibidas y sentidas por la sociedad.

Dentro de estos factores, que presionan sobre la estructura social, tienen especial relevancia la incorporación de la mujer al mundo laboral y el envejecimiento de la población.

A pesar del diferencial existente en la tasa de actividad femenina española, que alcanzó el 51,51% en el tercer trimestre de 2009 (INE. EPA, 3º trimestre 2009), con el de otros países desarrollados como Noruega (75,4%), Dinamarca (74,3%), Alemania (65,4%) o Estados Unidos (65,5%), (Euroestat, 2009), hay que destacar el avance dado en nuestro país al incrementarse la actividad femenina en más de un 17% en los últimos quince años. Este acceso de la mujer española a un empleo

ha supuesto una disminución en la producción de bienestar familiar, al recaer sobre ella la carga histórica de producción de bienes y servicios, los cuidados en particular (si bien no remunerados) y de forma simultánea ha facilitado nuevos modelos de organización familiar por necesidades de acomodación a las nuevas demandas en las relaciones convivenciales.

El envejecimiento de la población española confluye con este salto cualitativo y cuantitativo en la actividad remunerada femenina. España tiene una de las tasas de esperanza de vida más elevadas a nivel mundial, rozando los 82 años (INE. Movimiento Natural de la Población 2010, avance julio 2011). El género marca una diferencia de 6 años a favor de las mujeres, que llegan a alcanzar una esperanza de vida de 84,9 años, a la par de las mujeres francesas e italianas, mientras la de los hombres es de 78,9 años. Más significativo es el crecimiento de la esperanza de vida a los 65 años, que se sitúa en 20,3 años en la actualidad avanzando hasta una esperanza de vida a los 65 años de 22,3 años para las mujeres y 18,4 años para los hombres.

Este incremento ha sido, en el período comprendido entre 1991 y 2010, de 2,5 años para los hombres y de 2,7 años para las mujeres. Este envejecimiento logrado por la prolongación de la vida sobre todo en las edades más avanzadas se intensifica por las bajas tasas de reposición de la población, debido a la bajísima tasa bruta de natalidad española, que se sitúa en 10,51 por mil (INE, Movimiento Natural de la Población 2010, avance julio 2011), habiendo descendido en casi un punto (0,87) en un período de dos años y la reducida tasa de fecundidad, que alcanzó en el año 2010 una media de 1,38 hijos por mujer. Cifras que confirman que la familia está descuidando su función de reproducción social (Pérez Díaz, Chuliá, Álvarez-Miranda, 1998), a pesar de la leve tendencia al crecimiento de la tasa de fecundidad desde comienzos del siglo XXI, poniendo en peligro el sistema productivo y asistencial que define a los estados de bienestar occidentales. En este sentido, es significativo que en el año 2009, en 4.466.200 hogares (27,4%) el sustentador principal se declare jubilado o retirado (INE.EPF, 2009).

Estas circunstancias influyen, junto con otras, en la estructura familiar, en su organización y en la composición de los hogares que van a condicionar el tipo de relaciones familiares. En el año 2009, España contaba con algo más de 17 millones de hogares; 3,5 millones más de hogares que en el año 2001 (INE.EPF, 2009), un crecimiento que tiene más que ver con las nuevas relaciones convivenciales que con una relación directa del crecimiento de la población española.

La evolución de los hogares españoles viene marcada desde 1970 por una disminución de las personas que lo componen, por la aparición de hogares monoparentales debido a las separaciones y divorcios matrimoniales, y el incremento de madres solteras, y principalmente por el crecimiento de los hogares unipersonales.

El tamaño medio del hogar español es de 2,68 miembros (INE. EPF, 2009) mientras en el año 1970 era de 3,8 miembros y de 2,9 miembros en el año 2001. Aunque el hogar medio español sea mayor a la media del hogar europeo, que se sitúa para el año 2006 en 2,4 miembros para la Europa de los 25 y 2,3 para la Europa de los 15 (Euroestat 2008), indica la mayor concentración hacia un solo núcleo familiar por la disminución de las familias numerosas (3,2 % de los hogares 2009), el incremento de las parejas sin hijos (22,6% de los hogares en 2009) y la mayor edad al matrimonio o a constituir pareja, que se sitúa en el año 2009 en 35,72 años para los varones y en 32,58 años para las mujeres, un ascenso de más de cuatros años para ambos sexos en el período de 2001 a 2009. (INE. Censo 2001, INE. Base Nupcialidad, 2009).

No se separan de esta inclinación de tener hogares de tamaño reducido las personas mayores: casi la mitad de las personas mayores viven en hogares de dos personas (47%), mientras los hogares de tres personas sólo alcanzan el 16% (Imserso. EPM, 2010). En este contexto de reducción del tamaño del hogar, la aparición de los hogares monoparentales tuvo su manifestación más clara en el Censo 2001, donde se contabilizaron 1.329.960 núcleos de madres con hijos, que supuso un incremento del 41% respecto al año 1991. Un 11,2% correspondía a madres solteras (el 30,2% de los nacimientos en 2007 fueron de madres solteras (INE. EPF), y un 26,5% a madres separadas y divorciadas. Los padres divorciados y separados que vivían con hijos en 2001 suponían un 3,7%. En 2007 los hogares monoparentales «un adulto con hijos» alcanzaron un 7,9%.

El incremento de hogares unipersonales es el dato más significativo de los cambios en la organización familiar. El crecimiento de este tipo de hogares en un período de treinta años de 1970 a 2001 se triplicó llegando a alcanzar la cifra de 2.876.572, erigiéndose en el tipo de hogar que obtuvo un mayor crecimiento. Lejos nos situamos todavía de los países de Europa Central, donde los hogares unipersonales alcanzan cifras entre un 35% y un 39%, y de los países nórdicos, donde Finlandia supera el 40%. Nuestro porcentaje de hogares unipersonales se acerca más a Italia 26,2%, y a los Estados Unidos 26,6%. En el otro extremo, en que este tipo de hogares es minoritario

se situaría Turquía, donde los hogares unipersonales apenas atisban el 3%. (UNECE, 2006).

Los motivos del incremento en este tipo de hogares en nuestro país se encuentran principalmente en dos grupos de población: los jóvenes y las personas mayores. El incremento de jóvenes solteros totalizaron 346.290 en el año 2001, frente a los 112.173 de la década anterior. El incremento de los divorciados y separados que vuelven a vivir solos, 167.000 hombres y 105.000 mujeres, participan en este ascenso y sobre todo por el número de hogares unipersonales de las personas mayores de 65 años.

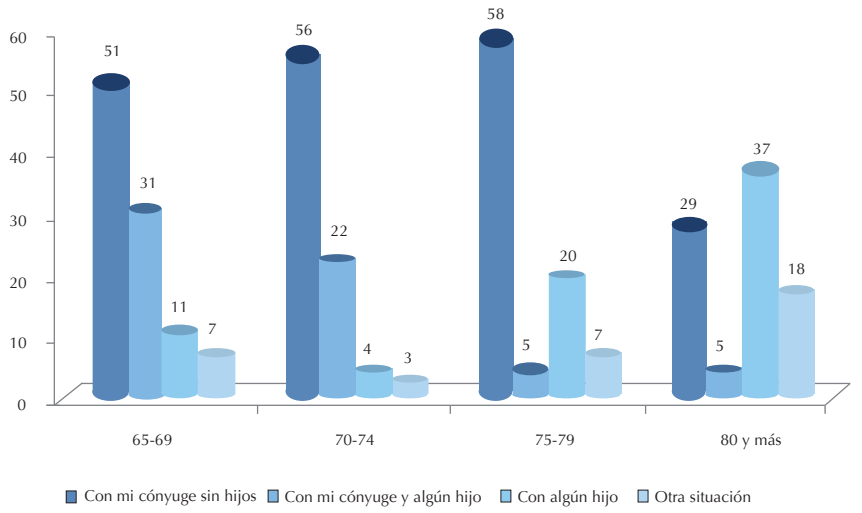
El perfil del tamaño de la familia española se reduce, intensificándose por la presión de los hogares unipersonales. En un lapso de tiempo de apenas medio siglo, la familia media española ha pasado de vivir en el mismo hogar una familia extensa comprensiva de varios núcleos familiares, a una familia de un solo núcleo, donde cohabitan principalmente una pareja sin hijos, o una pareja con un solo hijo y al hogar unipersonal. En el caso de las personas mayores, casi un 50% (48,6%) de las que no viven solas, convive con su pareja y un 40% lo hace con hijos (Imserso, EPM. 2010), formas de convivencia que siguen la tendencia marcada en investigaciones precedentes (ECV. Imserso, 2004 y 2006). Esta reducción en el tamaño no conlleva una pérdida del apoyo familiar. De hecho, las relaciones familiares verticales son intensas: un 67,5% de personas mayores dice mantener contacto diario con sus hijos y un 17,4% varias veces a la semana, mientras el contacto diario con nietos alcanza el porcentaje de 37,4 y un 27, 5% lo hacen varias veces a la semana. Las relaciones familiares horizontales diarias, bien sean de hermanos biológicos y/o políticos, traspasan los 22 puntos porcentuales. (Imserso. EMP, 2010). Estos datos confirman la riqueza en las relaciones intergeneracionales en la actual familia española, que viene manifestándose de forma lineal en las sucesivas investigaciones.

Este escenario de la familia actual española no es sino el espejo de la llamada *familia extensa modificada* (familias nucleares unidas por lazos emocionales y afectivos), donde sus miembros se prestan un apoyo mutuo y constante en todos sus aspectos vitales. A modo de ilustración baste referir los cuidados recíprocos que se presta la familia en caso de necesidad, aunque no se conviva en el mismo hogar, como el cuidado de las personas mayores a sus nietos (31,2%. EPM. Imserso, 2010) o el cuidado que reciben las personas mayores de sus hijos, entre un 24,9% y un 31,9%, dependiendo de la afectación del número de discapacidades (Imserso. Indicador ECV, 2006)

Este importante contacto entre familias se ve favorecido por las propias estructuras económicas y sociales de nuestro país, que si bien pueden producir disfunciones en el modelo productivo español, facilitan de otro lado una relación mucho más intensa por la cercanía de los núcleos familiares. La pregunta que cabe hacerse es si este modelo español va a seguir prevaleciendo en una sociedad cada vez más global, cuyas características todavía en construcción no se conocen con exactitud y si los avances tecnológicos que permiten un contacto lejano (e-mail, skype, etc.) compensarán el contacto personal.

Un factor que puede contribuir a mantener los lazos familiares es la generalización de pervivencia de cuatro generaciones al mismo tiempo que se da en la actualidad (ver capítulo 1). Este hito demográfico es, al mismo tiempo, una oportunidad de enriquecimiento de las relaciones intergeneracionales que no había ocurrido nunca en épocas anteriores. El hecho ya destacado de una de las principales características definitorias de la familia española como es la intensidad de las relaciones intergeneracionales familiares se acompasa con otra tendencia creciente, el vivir con autonomía. Así, si en el año 2001 un 44,3% vivía con personas de una generación siguiente, con coetáneos un 35,4% y solos un 20,3% (Imserso. ECV, 2006). Este proceso permanece en el año 2010, en el que el 84% de las personas mayores vivía acompañada (Imserso. EPM, 2010), más de la mitad de las personas mayores conviven con su cónyuge y un 37% de los mayores de 80 años con algún hijo, (Gráfico 79).

Gráfico 79. Convivencia de las personas mayores. Porcentajes.



Fuente: Imserso EPM. 2010.

De forma paralela, el crecimiento de los hogares unipersonales de personas mayores de 65 años se duplicó en el período intercensal 1991-2001. Las personas mayores que vivían solas según el censo de 2001 eran 1.383.683 (20,3%), siguiendo caminos paralelos edad y vida en solitario.

Las personas mayores de 65 años que viven solas siguen una trayectoria ascendente a medida que cumplen años, hasta la edad de 80 años, cuya recta se quiebra incrementándose su convivencia con personas de otras generaciones, proceso que se confirma también en el año 2010. Esta tendencia a vivir solo a medida que se incrementa la edad sugiere que la vida en solitario puede venir impuesta por las circunstancias del ciclo vital, afirmación que puede confirmarse si junto con la edad analizamos la variable género. Ser mujer y cumplir años refuerza la posibilidad de vivir en un hogar unipersonal.

Hay más mujeres (27,31%) que viven solas que hombres (10,41%) (INE. Base. Indicadores sociales básicos, 2009) y esta diferencia se debe a causas naturales como es la mayor esperanza de vida de las mujeres, que implica un mayor estado de viudez, junto con motivos culturales como el diferencial en la edad al matrimonio y su papel de productora principal de bienes familiares que le facilitan la permanencia en el hogar. La frase «mientras pueda valerme por mí misma» que oímos por doquier de las mujeres mayores, para justificar el no abandono de su hogar, refleja ese deseo de independencia mientras se disponga de la autonomía personal mínima para poder seguir viviendo sola. Junto con ser mujer, vivir en el hábitat rural incrementa las posibilidades de vivir en solitario: una de cada cuatro personas que viven en poblaciones menores de 10.000 habitantes vive sola (Imserso. EPM 2010).

Aunque las últimas investigaciones muestran una ralentización de la tendencia del incremento de los hogares unipersonales de personas mayores, posible reflejo de la compleja situación económica y social del momento actual, la senda de este proceso no muestra una gran variabilidad: un 78% de las personas mayores que viven solas son mujeres, y de ellas el 47% lo hacen en el medio rural. Los hombres que viven solos son casi un tercio de las mujeres y un 12% se localizan en el medio rural. Se puede afirmar que las dos variables que caracterizan la vida en solitario son ser mujer y vivir en el medio rural. De igual forma, se mantiene la aceptación de vivir solo aunque se prefiera vivir acompañado. Un 63,5% de las personas mayores que viven solas declaran que están obligadas a ello, aunque lo aceptan (Imserso. EPM, 2010).

La vida en solitario de las personas mayores puede ser uno de los indicadores que mejor muestran la *europeización* de la familia es-

pañola, aunque la distancia es todavía elevada. Nuestra sociedad ha mantenido de forma constante el discurso colectivo de no desear la vida en solitario para las personas mayores y todavía sigue manifestando esta recriminación un amplio segmento de población. El comentario «Qué hace esa persona mayor viviendo sola, pobrecita, si tiene familia» (Doblas, 2008), se corresponde en parte con la percepción de la sociedad española que considera, en un 58,2%, que el colectivo de personas mayores solas debiera ser el mejor protegido por el Estado (CIS. Estudio 2801, 2009) y un 43,1% asegura que es el que necesita una ayuda más urgente. Esta «responsabilidad social» hacia las personas mayores que viven solas se manifiesta de forma **cuantitativa y cualitativa.** Cuantitativamente, por la creencia de la población española de que la mitad (45,99%) de las personas mayores viven solas, a pesar de los datos arrojados por las diferentes investigaciones, rebasan escasamente el 20% (Ine. Base. Indicadores sociales básicos, 2009). Esta percepción se corresponde con que un 34,6% de esta misma encuesta exprese que la frase que mejor define a una persona mayor es que «está muy sola sin apoyo familiar o social». Y cualitativamente, porque un 37% de los ciudadanos españoles opinan que es la familia en exclusiva quien debe hacerse cargo de los mayores solos; un 35,3% considera que debe ser compartido con las administraciones públicas, y un 25,2% piensa que son las administraciones públicas quienes tienen la responsabilidad en exclusiva. Esta expresión de «carga social colectiva» se contradice con la visión y con la «preocupación hacia la soledad» del futuro. Un 64,4% de la población española piensa que cuando sea mayor optará por vivir *en su casa, aunque sea solo,* y únicamente un 15,6% desearía hacerlo en la casa de su hijo/a u otros familiares. Un 12,7% tiene como temor principal de hacerse mayor el estar solo y a un 13,8% le preocupa la vejez por este motivo. Esta divergencia en la percepción de la soledad en «el otro mayor», como problema de solución prioritaria, habría que enmarcarla dentro de la mala imagen de la vejez que hace contemplarla con aversión y temor (Bazo, 1990).

B. HOGARES UNIPERSONALES DE PERSONAS MAYORES

1. ASPECTOS CUANTITATIVOS

Es sabido que en España vivir en solitario resulta cada vez más corriente entre las personas mayores y la propensión a vivir así va

estrechamente ligada a la edad. Aunque no constituya una relación lineal, en general ocurre que, a mayor edad, más probable resulta encontrar a personas solas en casa. En general puede decirse que esta forma de vida está bastante poco extendida en la juventud, posee un alcance medio en las edades adultas y alcanza su frecuencia más elevada en las avanzadas, sobre todo entre las personas de 80 o más años.

En 2001, en efecto, residían en solitario el 3,63% de los jóvenes de 16 a 29 años. Este porcentaje aumentaba en la población adulta, pero de una forma moderada: superaba, por poco, el 6% en el grupo de edad de 30 a 49 años y el 7% en el de 50 a 64 años. Eran, en cualquier caso, magnitudes modestas en comparación con las referidas a las personas mayores: vivían solas alrededor del 17% de 65 a 79 años y más del 28% de las que rebasaban la edad octogenaria.

Entre 1991 y 2001, fechas de los dos últimos censos de población, la vida en solitario ha progresado en estos cinco grandes grupos de edad. Pero lo ha hecho en un grado muy desigual entre unos y otros. Tanto en el de 16 a 29 años como en el de 30 a 49 el porcentaje de habitantes solos se ha duplicado, pero aun así no deja de ser escaso. A mucho menor ritmo ha crecido en las categorías de edad de 50 a 64 años y de 65 a 79 años. Sin embargo, en la más longeva su incremento ha sido espectacular: si en 1991 vivían solas el 19,35% de cuantas personas superaban en el país los 80 años, en 2001 representaban ya casi el 30% (Cuadro 17).

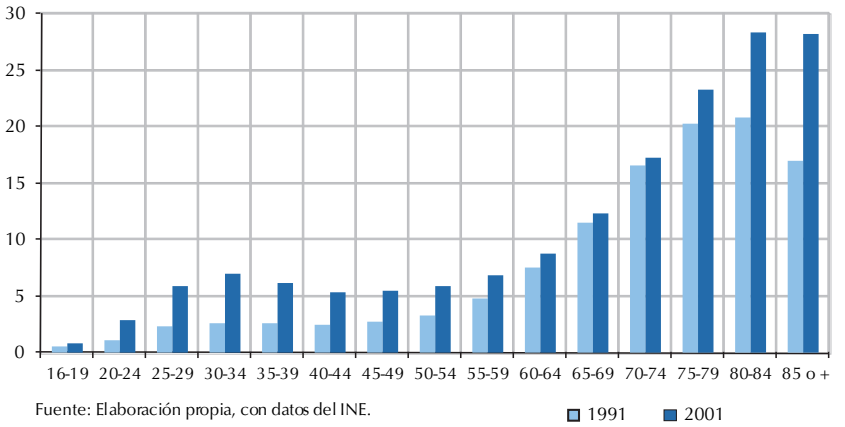
Cuadro 17. Incremento de la vida solitaria entre 1991 y 2001, por grandes grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	CENSO DE 1991			CENSO DE 2001		
	TOTAL PERSONAS	EN SOLITARIO (N)	EN SOLITARIO (%)	TOTAL PERSONAS	EN SOLITARIO (N)	EN SOLITARIO (%)
16 a 29 años	9.006.571	124.419	1,38	8.702.416	316.171	3,63
30 a 49 años	9.967.907	259.816	2,61	12.309.482	743.561	6,04
50 a 64 años	6.320.177	328.799	5,20	6.497.209	457.903	7,05
65 a 79 años	4.222.384	646.158	15,30	5.378.194	911.312	16,94
80 o más años	1.147.868	222.115	19,35	1.580.322	447.625	28,32
TOTAL	30.664.907	1.581.307	5,16	34.467.623	2.876.572	8,35

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

Detallando la información por grupos de edad quinquenales apreciaremos mejor la evolución (Gráfico 80).

Gráfico 80. Evolución del porcentaje de personas que viven solas, por grupos quinquenales de edad, entre 1991 y 2001.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

- Hasta la edad de 50 años, en todos ellos (salvo en el adolescente, 16-19 años) el porcentaje de personas solas se ha doblado (de modo más o menos holgado) a lo largo del período intercensal. En el de 30-34 años, que es donde más se ha notado el avance, ha pasado del 2,67% en 1991 al 7,01% en 2001.
- A partir de los 50 años, y hasta los 75, la vida en solitario ha ganado mucho menos terreno. De hecho, en el grupo de edad de 65-69 años apenas hay avance: 11,56% en 1991 y 12,28% en 2001. E igual pasa en el de 70-74 años: 16,55% y 17,30%, de forma respectiva. La razón, que la etapa matrimonial ha ganado en duración gracias a que se viene retrasando considerablemente el momento en el que sobreviene la viudez.
- Entre la población más longeva, sin embargo, la vida solitaria ha cobrado un auge notabilísimo. Si en 1991 residían solas poco más del 17% de cuantas personas de 85 o más años se censaron en el país, en 2001 tal proporción se elevaba sobre el 28%. En la categoría de edad de 80-84 años, la tasa de vida en solitario ha pasado del 20,83% al 28,36%.

Porcentualmente, son las mujeres las que alcanzan cuotas más altas entre las personas mayores que viven solas, aunque hasta alrededor de los 60 años, es relativamente más frecuente en la población masculina que en la femenina. En el grupo de edad de 30-34 años, por ejemplo, la mantienen el 8,52% de los varones frente al 5,46% de las mujeres. En el de 55-59 años sigue ocurriendo así, aunque los porcentajes se inclinan al equilibrio (el 7,10% frente al 6,71%).

A partir de esta edad estar solos en casa pasa a ser, de un modo además abrupto, una realidad muchísimo más corriente para la mujer que para el hombre. En el grupo de edad de 65-69 años, la proporción de mujeres solas casi duplica a la de varones: el 15,58% frente al 8,49%; en el de 75-79 años, más todavía, se acerca a triplicarla: el 31,70% frente al 11,39%. Incluso en la categoría de edad de 85-89 años viven sin compañía el doble de mujeres que de hombres: el 34,94% frente al 17,75% (Cuadro 18).

Cuadro 18. Porcentaje de hombres y de mujeres que viven en solitario, por grupos quinquenales de edad.

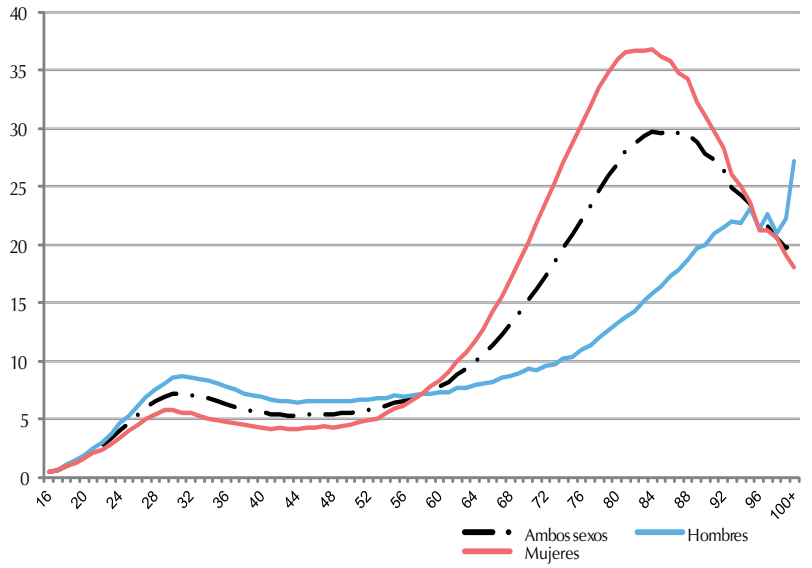
	HOMBRES			MUJERES		
	TOTAL	VIVEN SOLOS		TOTAL	VIVEN SOLAS	
		(N)	(%)		(N)	(%)
16-19 años	1.034.023	9.364	0,91	983.462	8.254	0,84
20-24 años	1.629.701	52.466	3,22	1.554.982	39.373	2,53
25-29 años	1.787.805	122.218	6,84	1.712.443	84.496	4,93
30-34 años	1.716.189	146.165	8,52	1.662.390	90.796	5,46
35-39 años	1.656.075	125.464	7,58	1.636.911	75.920	4,64
40-44 años	1.511.048	99.907	6,61	1.517.161	63.530	4,19
45-49 años	1.299.753	85.056	6,54	1.309.955	56.723	4,33
50-54 años	1.202.830	80.634	6,70	1.230.945	61.295	4,98
55-59 años	1.081.811	76.832	7,10	1.130.990	75.941	6,71
60-64 años	887.299	67.223	7,58	963.334	95.978	9,96
65-69 años	974.563	82.761	8,49	1.115.826	173.882	15,58
70-74 años	825.119	79.100	9,59	1.021.925	240.485	23,53
75-79 años	598.876	68.203	11,39	841.885	266.881	31,70
80-84 años	319.419	45.521	14,25	556.016	202.742	36,46
85-89 años	151.203	26.838	17,75	327.591	114.448	34,94
90 o más años	61.383	13.043	21,25	164.710	45.033	27,34
TOTAL	*16.737.097*	*1.180.795*	*7,05*	*17.730.526*	*1.695.777*	*9,56*

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE. Censo 2001.

Cabe destacar que el hombre tiende más a vivir solo que la mujer en las etapas juvenil y adulta, justamente, cuando menor alcance posee tal estilo de vida entre la población, puesto que un altísimo porcentaje de los jóvenes conviven en el hogar paterno y, en cuanto a los adultos, la gran mayoría viven en pareja.

Por el contrario en las edades avanzadas, que es cuando la vida en solitario alcanza su máxima frecuencia, es experimentada por una proporción de mujeres que supera con mucho a la de varones. He aquí la razón principal por la que, en el cómputo global de los casos, la soledad se define más como femenina que masculina (Gráfico 81).

Gráfico 81. Porcentaje de personas viviendo solas según su edad (en años cumplidos), por sexo.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

El mayor peso femenino entre las personas mayores influye directamente en que este tipo de hogar tenga mayor representación entre las personas viudas, principalmente las que superan los 75 años de edad. Se pierde a la pareja más tardíamente que nunca, pero llegado ese momento cada vez más personas deciden vivir en solitario (Cuadro 19).

En el grupo de 65-69 años la relación de personas viudas solas apenas ha variado entre los censos de población de 1991 y 2001 (del 43,35% al 44,09%), lo cual no ha de entenderse como una renuncia a esta forma de vida sino que resulta del aumento que se ha producido de casos de convivencia con hijos sin emancipar. Es una convivencia que responde a los problemas de orden laboral y económico con que se topan los jóvenes, obligados a demorar la constitución de su propia familia y al hecho creciente de hogares formados por personas viudas que conviven con el padre y/o madre de alta edad: dada la elevada esperanza de vida femenina, está creciendo sobre todo el número de hogares compartidos por una hija sexagenaria y la madre octogenaria, nonagenaria o incluso centenaria, ambas viudas, mientras en el grupo más longevo, sí que se ha producido un auge espectacular de la vida en solitario: si en 1991 un tercio de las personas viudas que habían alcanzado los 75 años vivían solas, en el año 2001 la cifra alcanza a la mitad de este grupo.

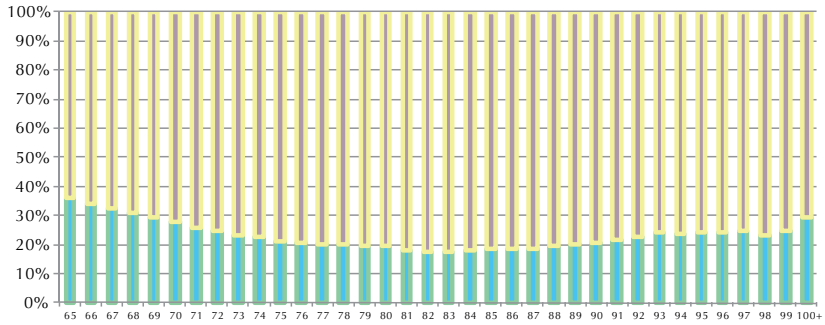
Cuadro 19. Personas viudas viviendo solas en españa, por grupos de edad. Comparativa entre 1991 y 2001.

	65-69 AÑOS	70-74 AÑOS	75 Y MÁS	65 Y MÁS
Censo de 1991:				
Total personas viudas	323.403	362.669	1.046.739	1.732.811
De ellas, viven solas…	140.191	168.623	363.456	672.270
Es decir, el…	***43,35%***	***46,50%***	***34,72%***	***38,80%***
Censo de 2001:				
Total personas viudas	325.294	430.499	1.343.494	2.099.287
De ellas, viven solas…	143.422	222.785	652.575	1.018.782
Es decir, el…	***44,09%***	***51,75%***	***48,57%***	***48,53%***

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE. Censos 1991 y 2001.

Sintetizando en cuanto a los rasgos sociodemográficos, lo primero que cabe recalcar es que la población mayor solitaria se compone de muchos más efectivos femeninos que masculinos. La desproporción entre los sexos tiende a incrementarse desde los 65 años hasta los 84 (si a la edad de 65 años los hombres representan en torno al 36% de cuantas personas viven solas en España, a la de 84 apenas suponen el 18%), para luego reducirse algo (son varones en torno al 25% de las personas nonagenarias solas) (Gráfico 82).

Gráfico 82. Distribución por sexo de la población mayor solitaria, según la edad (en años cumplidos) de las personas

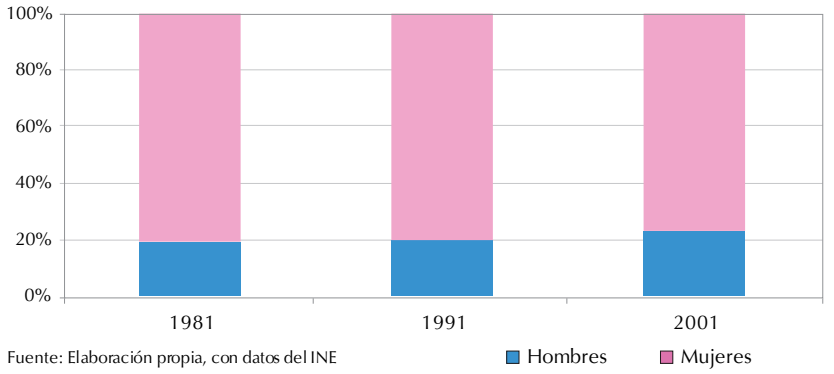


Fuente: Elaboración propia, con datos del (INE).

Hombres Mujeres

Los varones, pese a ser minoría, vienen ganando peso relativo a las mujeres recientemente dentro de la población mayor solitaria. De cuantas personas vivían solas en España en 1981, eran mujeres el 81,06% y hombres el 18,94%. Pues bien, aunque en el censo siguiente esta distribución apenas varía (el 80,26% frente al 19,74%), en el de 2001 los efectivos masculinos suponen el 23,21% y los femeninos el 76,79% (Gráfico 83).

Gráfico 83. Composición de la población mayor solitaria, por sexo, en los censos de población de 1981, 1991 y 2001.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE

El estado civil pone de relieve un predominio muy claro de los casos de viudedad. De cada cuatro personas mayores de 65 años que viven solas en España tres se encuentran viudas (el 74,97%), mientras que el 18% están solteras, el 3,56% están casadas y el 3,45% restante separadas o divorciadas. Esta distribución se mantiene estable durante las últimas décadas, cabiendo reseñar si acaso que las situaciones de viudedad ceden peso relativo aunque muy ligeramente, y que, aunque haya cada vez más personas tanto casadas como separadas o divorciadas dentro de la población mayor solitaria, su presencia relativa continúa siendo escasa (Cuadro 20).

Cuadro 20. Estado civil de las personas mayores que viven solas en los censos de población de 1981, 1991 y 2001.

	1981		1991		2001	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Solteras	111.674	18,94	158.057	18,20	244.864	18,02
Casadas	9.236	1,57	24.445	2,82	48.356	3,56
Viudas	459.173	77,87	672.270	77,43	1.018.782	74,97
Sep./Div.	9.538	1,62	13.501	1,55	46.935	3,45
TOTAL	589.621	100	868.273	100	1.358.937	100

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

Estos datos ocultan no obstante grandes diferencias por sexo puesto que la viudedad alcanza una cota mucho más elevada en el femenino que en el masculino. Si nos centramos en los datos referidos al último censo de población de 2001 hay que subrayar que algo más de la mitad de los varones que residen solos están viudos, cerca del 55%, frente al 28,82% que suponen los solteros, el 8,69% los casados y el 7,58% los separados o divorciados (Gráfico 84), mientras el porcentaje

de mujeres viudas asciende al 81%, es decir, a cuatro de cada cinco situaciones de vida en solitario. Además, el 14,75% están solteras, siendo muy escasas tanto las situaciones matrimoniales (2,01%) como las separaciones o los divorcios (2,21%) (Gráfico 85).

Gráfico 84

Varones mayores de 65 años solos, por estado civil

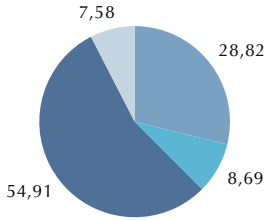
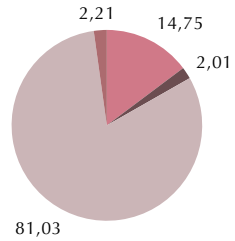


Gráfico 85

Mujeres mayores de 65 años solas, por estado civil



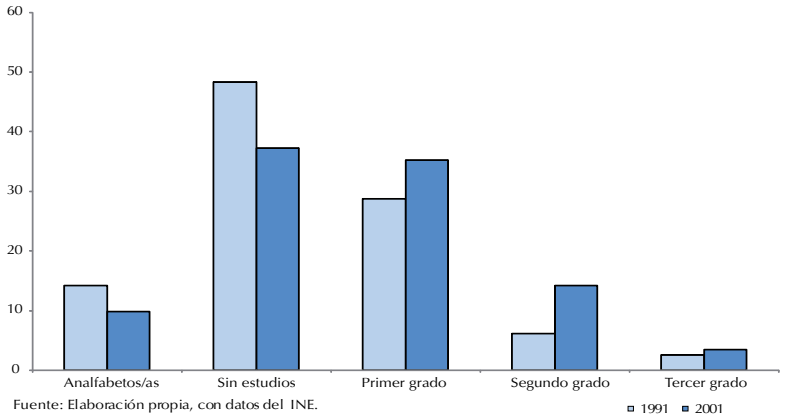
Solteros/as Casados/as Viudos/as Sep. o div. Solteros/as Casados/as Viudos/as Sep. o div.

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE. Censo 2001.

El nivel educativo es otra de las variables que más diferencian internamente a la población mayor que vive en solitario. Si atendemos a los resultados del último censo de población efectuado en España, el de 2001, encontramos a algo más de la mitad de las personas con algún tipo de estudios acabados: un 35,21% de primer grado, un 14,25% de segundo grado y un 3,51% de tercer grado. La otra mitad no dispone sin embargo de instrucción académica, incluyendo incluso un porcentaje notable (cerca del 10%) de personas que no saben leer ni escribir.

La importante mejora del nivel educativo entre 1991 y 2001 (Gráfico 86) ha propiciado un fuerte incremento del porcentaje de personas mayores solas con estudios, sean de primer grado (en 1991 no llegaba a significar el 29%), de segundo grado (antes, apenas era del 6%) o de tercer grado (en 1991, el 2,54%).

Gráfico 86. Nivel de estudios de las personas mayores que viven solas en España. Comparativa entre los censos de 1991 y 2001.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

La rémora educativa que ha envuelto a la mujer en concreto de estas generaciones tiene también su reflejo en las personas que viven solas: De las mujeres mayores de 65 años que vivían solas en 2001 en España, prácticamente el 11% no sabía leer ni escribir, una cifra que, aunque en descenso, casi duplica a la que registran los varones, el 5,85% (Gráfico 87). Por el contrario, en posesión de estudios tanto de segundo como, sobre todo, de tercer grado existe un porcentaje más elevado de hombres que de mujeres (se trata de casi el 17% frente al 13,45%, y del 5,93% frente al 2,78%, respectivamente) (Gráfico 88).

Gráfico 87

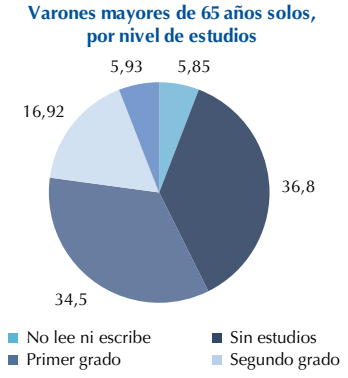
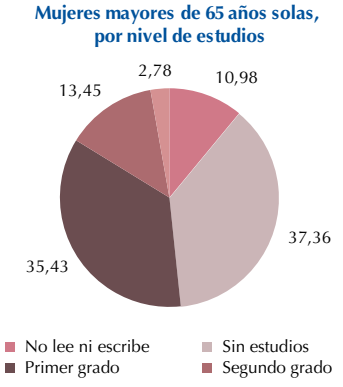


Gráfico 88



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE. Censo 2001

La tendencia actual es que este desnivel educativo histórico entre hombres y mujeres se ha reducido en las generaciones de adultos actuales,

equilibrándose e incluso invirtiéndose en las generaciones jóvenes, por lo que esta característica sociodemográfica de las personas mayores cambiará en un futuro inmediato.

2. ASPECTOS CUALITATIVOS

Si la tendencia es el progreso hacia una clara autonomía de las personas mayores, rompiendo con años de tradición donde lo deseable por éstas, y lo correcto socialmente, era que una persona mayor al quedarse sola por circunstancias vitales pasara a convivir con sus familiares, principalmente con los hijos/hijas, cabe preguntarse cuáles son los motivos que encuentran para vivir en solitario y no de otro modo. No existe una gran razón, en singular, que nos permita dar respuesta a dicho interrogante sino que, como ponen de manifiesto los resultados de investigaciones cualitativas que se han realizado recientemente en España, el discurso de los actores sociales se nutre de múltiples y variados argumentos a la hora de justificar la decisión de vivir de este modo. Todos ellos empujan, en síntesis, hacia lo que podemos denominar como ***«la independencia residencial de las generaciones» o la autonomía como valor.***

Una de las razones esenciales apunta a la voluntad de envejecer en casa, una voluntad que obedece en gran medida al cariño que sienten por la vivienda en la que quizás lleven décadas habitando y a su integración en el entorno vecinal. No en vano, un 87,3% de las personas mayores españolas quieren seguir viviendo en su casa, aunque sea solas (Imserso. EPM, 2010) opción por la que se decanta un 65% del conjunto de la sociedad española, incluso, a pesar de las dificultades en la accesibilidad de sus viviendas. Según el Censo de Población de 2001, alrededor del 70% de las personas mayores solas residían en un edificio construido hacía más de 30 años. Buena parte de ellas continúan en la misma vivienda que estrenaron al casarse, es decir, es un espacio que ha sido testigo del grueso de su trayectoria vital. La idea de abandonarla, en general, produce un hondo rechazo, aun cuando resulte deficitaria en instalaciones, por ejemplo un piso sin ascensor. Según el censo de 2001, una tercera parte de las personas mayores solas que ocupan una vivienda situada en un edificio de cinco o más plantas han de acceder a ella forzosamente por las escaleras, al no disponer de ascensor. Estos datos mejoran según la EPM 2010, ya que se reduce a un 14% de las personas mayores encuestadas las que declaran no disponer de ascensor en su vivienda.

El apego que se tiene al lugar donde se ha residido *siempre* es enorme, y no merma sino que incluso tiende a reforzarse cuando de la etapa

matrimonial se pasa a la de viudedad. El «locus» residencial se constituye no sólo por la vivienda sino también por el pueblo o el barrio en el que se sienten integradas, su contexto social. El que un 90,4% de las personas mayores se sienten muy y/o bastante satisfechas con su barrio (Imserso. EPM 2010) es un indicador de esta magnífica integración en su entorno. ¿Por qué habrían de abandonarlo sin que exista una necesidad imperiosa?, se preguntan los propios actores sociales. Las personas mayores no quieren exponerse al riesgo de aislamiento social que probablemente entrañaría un cambio de domicilio, por ejemplo para ir a convivir con algún hijo o hija a otra localidad. Entienden, además, que en ningún otro sitio se está tan cómodo como en el hogar propio. En él disponen de la tranquilidad y de la privacidad que ninguna otra forma de vida les garantizaría, evitando a la vez quebrar la intimidad de los seres queridos: caso de que se mudaran a vivir con ellos, las personas mayores sospechan que, más que ayudarles, dificultarían su vida. Aun sin desearlo escucharían sus *cosas,* y cualquier discusión en aquel domicilio acabaría seguramente afectándoles.

Cada generación tiene su modo particular de pensar y de actuar, por lo que compartir la vivienda supondría arriesgar el bienestar relacional del que gozan ahora. No interesa mudarse, y menos cuando existe la idea de que quienes sí que lo hacen molestan a los familiares que los acogen. Existe al respecto la creencia de que *«las personas mayores»* estorban allá donde van. He aquí una crítica efectuada a las sociedades modernas, que suele acompañarse del recuerdo idílico de otros tiempos en los cuales *«mandaban en casa»* y eran más respetados que hoy. Es una queja que un 26% (Imserso. EPM, 2010) de las personas mayores formulan y de la que generalmente excluyen a sus hijos e hijas. De todas maneras, dando por seguro que la convivencia generaría problemas, sobre todo por lo difícil que a ellas mismas les resultaría amoldarse a unas normas y costumbres con las cuales quizás no simpatizaran demasiado, existe el convencimiento de que lo más adecuado es seguir en casa disfrutando de *la soledad* si es querida, o adaptándose a ella cuando viene impuesta. *«Es lo sensato»,* dicen, y en un alto porcentaje de casos lo que en verdad se prefiere pues en el hogar propio tienen la oportunidad de desarrollar un envejecimiento más activo del que podrían llevar a cabo yéndose a cualquier domicilio ajeno, aunque convivieran con familiares u optando por la institucionalización.

La convivencia tradicional está sustituyéndose por la separación residencial de las generaciones porque las condiciones de vida de la población española en general y de las personas mayores en particular han mejorado ostensiblemente. Es el gran soporte del nuevo marco relacional que

se ha establecido con respecto a la familia. Su posición económica es autosuficiente, gracias, en lo fundamental, al sistema público de pensiones. El envejecimiento en el hogar propio, sin la necesidad de mudarse con nadie, es posible porque disponen con periodicidad de unos ingresos de los que carecieron sus antepasados. Es un recurso que garantiza su independencia, frente al estado dependiente de la familia en el que solía transcurrir la vejez de antes. En su discurso las personas mayores expresan así tan gozoso tránsito: *«antes había que cobijarse con quien fuese, mientras que ahora vivimos de lo nuestro»*.

Hay más margen de maniobra vital que nunca, y en esta ganancia han salido favorecidas sobre todo las mujeres viudas. Condenadas culturalmente a lo largo de la historia a sufrir el duelo a perpetuidad, cuya imagen simbólica era el vestido negro y la reclusión en la vivienda o a lo sumo en el entorno vecinal, gozan hoy de mucha más visibilidad social que en tiempos pasados. La disponibilidad de ingresos vía pensiones ha contribuido de una manera decisiva al nuevo sentido que las mujeres otorgan a la viudedad, dentro y fuera de casa. Al perder a la pareja afrontan la situación, no sin dificultad, como un suceso amargo pero que ha de ser superado. Se adentran entonces en otra etapa de sus vidas, desarrollada en solitario y a la que probablemente no vean nada positivo al principio, pero a la que, en general, terminan amoldándose con el tiempo y apreciando lo que llega a ofrecerles: la continuidad en su hogar, manteniendo el tipo de vida que les apetece y no sometiéndose a las normas y costumbres de nadie.

Va emergiendo así un sentimiento de libertad que no disfrutarían en el caso de hallarse instaladas en el domicilio de familiares o en cualquier institución. De ahí la intención cada vez más decidida de continuar en casa mientras se puedan valer por sí mismas o, como suelen decir, mientras que sean capaces de *defenderse*. Es algo que se aprecia entre las mujeres pero también entre los varones. Aquellos que en la etapa matrimonial nunca realizaron tarea doméstica alguna, y que de hecho enviudaron sin saber prácticamente nada de ellas, se topan de repente con un serio problema: o adquieren una mínima preparación o las dificultades para seguir en casa no podrán superarlas. Pues bien, lo destacable es que cada vez hay menos actitudes empecinadas en no querer adquirir unas competencias domésticas básicas y disminuye el número de hombres que renuncian a envejecer en su vivienda de siempre tras fallecer la esposa. Si nunca cocinaron, ahora aprenden a hacerlo; si era ella quien se ocupaba de la casa y de la ropa, *«descubren»* los electrodomésticos. Mejor o peor, se aplican en los quehaceres con tal de sentirse independientes y autónomos, y comienzan a juzgar como raro

a quien se empeña en ser atendido de la forma convencional, esto es, yéndose a vivir con los hijos y/o las hijas.

La vida en solitario de las personas mayores refleja una tendencia social que no hace sino cobrar fuerza en España. Es así porque en una cifra creciente de familias se tiene claro que para mantener la vinculación, el bienestar afectivo y el intercambio de ayudas entre sus miembros, no resulta imprescindible compartir el domicilio. Si ya no existe la necesidad de convivir, ¿por qué hacerlo? Lo consideran ellas y también sus descendientes. Cabe resaltar en este punto la emergencia de un nuevo marco para la relación entre generaciones, que apuesta por su separación residencial, obedeciendo a una voluntad generalmente compartida de mantener estilos de vida independientes. Es un marco social que no atenta contra la solidaridad familiar, que persiste en el fondo aunque en la forma tienda a desarrollarse de una manera distinta a la tradicional. No hay más desvinculación entre las personas mayores y sus familiares. Que vivan solas no quiere decir que no sepan de ellos, ni que se vean desamparadas al reclamar su ayuda.

Los lazos se mantienen, aunque condicionados en modo y frecuencia por el lugar donde habiten los diferentes miembros de la familia. Con quienes residen cerca el trato suele resultar diario (siempre que no haya conflictos o problemas de salud que lo impidan), cultivado mediante visitas que se efectúan y/o se reciben, incluso varias veces a lo largo de la jornada. Quizás sea para verse y charlar un rato, o bien con motivo de la prestación cotidiana de ayuda, por ejemplo el caso de la hija que va a casa del padre para hacer ciertas tareas domésticas, o el de la abuela que echa una mano con los nietos. Visitas que también realizan aquellos familiares que viven en otra localidad, con más o menos frecuencia, con quienes la relación tiende a centrarse no obstante en el teléfono. Este uso de las nuevas tecnologías que abaratan su coste, en concreto la telefonía, posibilitan una comunicación habitual, en numerosos casos prácticamente diaria, y no sólo con hijos e hijas sino además con nietos, nietas, hermanos, hermanas y otros parientes que no residen en el entorno. Aprovechando tarifas fijas y planes de descuento, el teléfono está intensificando los lazos familiares (incluso si se comparte el municipio, reforzando el trato cara a cara), así como cada vez lo irán haciendo más las nuevas tecnologías.

Los datos de diversas investigaciones confirman este emergente marco relacional entre generaciones. Así, un 67,5% de las personas mayores (Imserso. EPM 2010) manifiestan tener un contacto diario con sus hijos, un 37,4% con los nietos y un 22% tanto con hermanos biológicos como políticos, mientras el contacto varias veces a la semana lo

mantienen con sus hijos un 17,4%, con los nietos un 27,5% y con los hermanos un 15,2%.

Nuevo marco relacional que no excluye la solidaridad sino que la contempla. Se ejerce de otra forma, cada vez menos por medio de la convivencia (siempre que no sea necesaria) y más a distancia. Por ejemplo, abundan los viudos que viven solos gracias a la ayuda material que reciben de la familia, prestada en lo básico por hijas o nueras, aunque aumenta la de los hijos y yernos. Es una ayuda tanto o más abundante cuanto más cerca habiten, sobresaliendo la que concierne a la alimentación dado que cocinar representa para muchos un mayúsculo problema. Ir a almorzar a casa de los parientes lo soluciona, así como recibir la comida a domicilio. Eso, más otras muchas tareas (la limpieza de la vivienda, el lavado y el planchado de la ropa, las visitas al médico…), porque lo que suele suceder es que la respuesta familiar se ajusta a las necesidades que presenta ese padre, quizás octogenario, que ha optado por vivir solo. Es en gran parte por esta ayuda de la que se benefician a diario que aumenta entre los varones la voluntad de continuar en casa, aun habiendo fallecido la esposa, una voluntad que se expande asimismo entre las viudas: no pocas de ellas, casi siempre por problemas de salud, reciben un apoyo familiar periódico gracias al cual pueden seguir en su propio hogar. En este sentido, según la encuesta del Imserso 2010 sigue predominando el rol tradicional de división en las tareas domésticas: lavar la ropa, cocinar y hacer la compra, se realizan en un 70% por las mujeres, proporcionar cuidados se inclina también del lado femenino de forma más equilibrada, siendo las ocupaciones más masculinas las que conllevan actividades de mayor consideración social: realizar gestiones y pequeñas reparaciones. Este rol se reproduce a la hora de solicitar una ayuda, así para estas tareas que requieren una mayor preparación se espera el apoyo del entorno familiar o de amistad más inmediato, mientras para las «tipificadas como femeninas», se acude a ayuda externa.

El sostén familiar, provenga de quien provenga, unido a la nueva mentalidad que han adoptado las personas mayores, está posibilitando a un número creciente de ellas *defenderse* en su vivienda en tanto que la enfermedad o la dependencia no se lo impida. Y buena parte lo hace rechazando, por el momento, la propuesta de convivencia con su familia de la que disponen por cuanto que el nuevo marco relacional entre las generaciones tampoco excluye de cara al futuro el reagrupamiento familiar; en muchos casos lo que hace es aplazarlo mientras que no se contemple su necesidad. He aquí un compromiso que entraña solidaridad en el presente, por la tranquilidad que aporta a las personas

mayores que cuentan con él, y por supuesto el día en que dejen de vivir en solitario ya que podrán instalarse en casa de alguna hija o hijo para recibir allí los cuidados que precisen. Lo previsto es que cuando sobrevenga la dependencia la familia actúe solidariamente de una u otra forma. Lo importante, aunque vivan por separado, es que la respuesta filial se produzca, y es lo que por regla general, y que confirman los datos de las diferentes investigaciones, suele ocurrir cuando se da la necesidad.

Cabe destacar por lo tanto la ayuda que las personas mayores reciben, en particular las que viven en hogares unipersonales, pero también la que prestan a sus familiares cuando hace falta. Su forma más evidente es el cuidado de los nietos, y aunque exista la impresión de que esta contribución se limita a llevarlos y recogerlos de la guardería o del colegio, la realidad apunta a que llegan a pasar juntos, si la generación intermedia lo requiere, varias horas al día. La intensidad en el cuidado a los nietos alcanza prácticamente las seis horas diarias: 6,2 horas diarias las mujeres y 5,3 horas diarias los hombres, pero esta dedicación es además permanente, ya que el 50% de los abuelos cuidan casi diariamente a sus nietos, de forma contrapesada, aunque se comienza a decantar por el género masculino por la influencia de la edad: los abuelos/abuelas que tienen entre 65 y 74 años concentran más de la mitad de los cuidados a sus descendientes, disminuyendo a medida que avanza la edad. La décima parte de los cuidados a nietos los aportan las personas mayores que sobrepasan los 80 años.

El apoyo prestado a los hijos es de gran relevancia. Generalmente, creemos que estos cuidados se proporcionan más en las grandes ciudades, donde hijo y nuera, o hija y yerno, trabajan ambos hasta en largas jornadas prolongadas por los tiempos de los largos trayectos a recorrer. Ciertamente, un tercio de las personas mayores que viven en núcleos urbanos de más de cien mil habitantes cuidan de sus nietos, pero casi un 30% lo hacen en las localidades de menor población, incluso en los núcleos de menos de 5.000 habitantes (Imserso. EPM 2010). Probablemente entre esas situaciones haya casos de abuso hacia las personas mayores, cuando se les encomiendan unas responsabilidades y una carga de trabajo excesiva, pero lo más común es que el cuidado de los nietos sea una labor que no pesa sino que reconforta pues, además de sentirse útiles, les permite relacionarse con sus seres queridos de manera cotidiana. Y más aún, este cuidado no sólo supone una ayuda a los hijos, sino que los abuelos actúan como agentes de socialización y transmisores de cultura, asentando las bases de unas relaciones intergeneracionales bien insertadas que

deben servir de impulso a la mejora de las relaciones intergeneracionales «ex familiae».

Además de este importante cometido, también y siempre que exista la necesidad, las personas mayores proporcionan otra serie de ayudas como cocinar y otras tareas domésticas para beneficio de los hijos e hijas que residen cerca y cuyo tiempo se ve muy restringido por sus ocupaciones laborales. Estos quehaceres los proporcionan principalmente las mujeres, en el desempeño de los roles tradicionales asignados al mundo femenino. En general, en el cómputo de todas las ayudas, los hombres donarían menos tiempo de solidaridad debido a la división de funciones en la producción de bienes familiares, que tradicionalmente los ha relegado, incorporándose a los mismos en su edad madura aportando la custodia a los nietos y/ o la realización de recados puntuales.

Se intercambie o no ayuda con los familiares, las personas mayores desean mantenerse en su hogar antes que mudarse a vivir con ellos, lo cual supone que al llegar la viudedad prefieren vivir en solitario. Es la alternativa que más les garantiza sentirse libres, independientes y autónomas con respecto a sus descendientes. Ahora bien, en su actuar cotidiano, éstos son un referente clave. Puede tratarse de hijos o de hijas, residir al lado o lejos, verse a diario o muy de cuando en cuando, sí, pero de tener a no tenerlos hay grandes diferencias. Tanto tiende a articularse la vida sobre los descendientes, nietos incluidos, que aquellas personas mayores que carecen de ellos advierten que sufren un importante vacío. Contar o no con ellos condiciona la vivencia del envejecer en solitario, de sentir la soledad: quienes los tienen enfatizan más los argumentos voluntarios a la hora de justificar por qué residen solas y no con la familia, mientras que quienes no los tienen conciben a menudo su situación como algo impuesto a la fuerza. Si el que vive solo y carece de hijos es un varón, es corriente que algún pariente o varios coordinándose se ofrezcan para ayudarle en las faenas del hogar y estas ayudas proceden principalmente de los miembros femeninos de la familia, hermanas, sobrinas, cuñadas… siempre que estén cerca, y dependiendo de las circunstancias familiares y del propio estado de salud. Este «desvelo familiar» no se ofrece en caso de las mujeres que entre solteras, separadas, divorciadas y viudas alcanzan cerca del 30% de las personas mayores que viven solas en España.

Si la causa principal para abandonar un hogar unipersonal es la necesidad de recibir cuidados, es natural que la salud, más que los recursos económicos y que el sentimiento de soledad, sea el principal motivo de preocupación que dicen tener las personas mayores que viven en hogares unipersonales. Conservarla en grado suficiente es fundamental

para permanecer en casa, mientras que perderla supondría con bastante probabilidad la necesidad de adoptar otra forma de vida que seguramente les resultaría menos libre, independiente y autónoma que la que disfrutan. De ahí que no haya cosa a la que más teman que a enfermar de gravedad y el agravamiento de problemas crónicos que quizás padezcan (el colesterol, la diabetes, la hipertensión arterial, la artritis, los de orden cardíaco, etc.). Notar cómo avanzan sus achaques, cómo cada vez les cuesta más *defenderse* porque la salud se deteriora, indicaría que se acerca el momento de la dependencia. Es un sentimiento que llega a angustiar a muchas personas mayores que viven solas y que poseen una red familiar escasa y/o distante. No saben qué será de ellas el día en que las discapacidades sean grandes y precisen la ayuda de alguien para seguir adelante. Lo más significativo es que esta duda no invade únicamente a quienes carecen de descendientes, ya que abundan quienes sí los tienen y la acusan de igual modo.

Hasta no hace mucho, las personas envejecían sabiendo perfectamente qué sucedería si dejaban de valerse por sí mismas, es decir, quién se encargaría de cuidarlas y dónde lo haría. La razón es que siempre había algún familiar en concreto al cual se encomendaba esa misión y a cuyo domicilio debían trasladarse si enfermaban, para permanecer allí el resto de sus días. La solidaridad familiar se ejercía sobre todo de este modo, acogiéndolos en casa, hasta el punto de que abundaban los casos en los que la mudanza no aguardaba al deterioro de la salud sino que se producía con la viudez como detonante: la muerte del cónyuge, que solía acaecer a una edad mucho más temprana que la actual, conducía de inmediato a muchas personas hasta la vivienda de alguno de sus hijos o, preferentemente, de sus hijas, o bien de varios turnándose. Huyendo de la soledad, aunque empujadas también por la escasez de medios económicos, se establecía una convivencia plurigeneracional, si incluimos a los nietos y nietas, que perduraba hasta que el abuelo o abuela fallecía. Eso cuando no quedaba una hija en casa, soltera y sin emancipar, a fin de atender la vejez de sus padres.

Pues bien, las antiguas pautas de convivencia y solidaridad con las personas mayores están en proceso de cambio. Y aquella tranquilidad con la que de un modo u otro se envejecía se ha ido transformando dando paso a la inquietud de no saber con certeza quién se ocupará de prestarles cuidados el día en que los requieran. Un importante cambio social ha influido de manera decisiva generando dicha incertidumbre: la inserción de la mujer en el mercado de trabajo. El sistema tradicional que suministraba cuidados a las personas necesitadas de ellos, basado en la familia y singularmente en la figura de la mujer, ha ido retroce-

diendo en España a la vez que aumentaba la tasa de actividad laboral femenina. Cunden las dudas, en consecuencia, unas dudas que se han hecho extensibles incluso a las que sí poseen una o varias hijas (o nueras) fuera del mercado de trabajo. El *«no sé, ya veremos cuando llegue la hora»* aparece también en su discurso al opinar sobre lo que ocurrirá entonces. En otras palabras, que se tenga más o menos disponible el apoyo familiar cuando se precise no logra evitar ese pesimismo con que se mira al futuro ante la eventualidad de necesitar cuidados para la vida diaria.

El valor de la autonomía, de vivir solo, se enturbia ante el temor de la dependencia. El gran problema apunta a cuando dejen de valerse por sí mismas, a la pérdida de la salud. Lo que vendrá luego despierta en buena parte de ellas la inquietud. Y lo hace porque el catálogo de posibles soluciones para afrontar la dependencia no teniendo pareja no son tantas y ninguna quizás les convenza del todo. El factor más decisivo a la hora de calcular qué sucederá entonces es la existencia de descendientes, valorando más a las hijas, máxime si habitan en la cercanía y están liberadas de compromisos laborales. Quienes tienen alguna se muestran privilegiadas. Quizás deban abandonar el hogar propio para instalarse en el de la hija pero, guste o no, cuentan con la garantía de que serán cuidadas en familia.

En la actualidad, cada vez son más las personas mayores que no tienen claro que puedan, ni quieran, mudarse a casa de algún hijo o de alguna hija (y menos todavía de varios de manera rotativa) con la expectativa de que ante eventualidades adversas puedan ser cuidadas allí. La convivencia que les esperaría, sospechan, en poco se asemeja además a la que tradicionalmente se ha dado en la sociedad española. En el pasado el rol que desempeñaban los abuelos y las abuelas en los hogares plurigeneracionales no era marginal sino fundamental, pero aquella situación no se asemeja a la que observan en la actualidad porque, según se critica, las personas mayores que se trasladan con familiares ocupan un lugar subordinado (y no como antes, cuando *«mandaban en casa»*). Esta percepción no es homogénea entre las personas mayores, es mayoritaria en el medio rural y a medida que se avanza en edad, sobre todo una vez traspasada la barrera de los 80. De ahí el énfasis discursivo que se hace en no abandonar la vivienda propia mientras que responda la salud, e incluso si ésta declina, puesto que cada vez son más las personas mayores que reclaman ser atendidas a domicilio. Pensando en cuando lo necesiten, en efecto, crece el número de personas mayores solas que declaran su voluntad de ser cuidadas en casa, sin que esto signifique que vayan a proponer a algún ser querido

que abandone su hogar para irse con ellas. No obligarían a ninguno a trasladarse y tampoco le exigirían que se convirtiese en su principal valedor, a sabiendas del enorme sacrificio vital que ello entrañaría. Y es ante esta necesidad cuando se plantean la escasez de servicios sociales a los que pueden tener acceso, sobre todo en el medio rural, cuando se genera un ataque discursivo contra la institución familiar, basado en la pérdida de las formas tradicionales de solidaridad. Es una crítica que no se dirige casi nunca a los propios parientes sino que se plantea en general. Lamentan que los nuevos tiempos atenten contra la cadena de la solidaridad familiar, cuya continuidad estaría en peligro, sobrevolando el último recurso no deseado el ingresar en una residencia como destino que espera a muchas personas mayores.

3. SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Pensar en hogares unipersonales habitados por individuos de edad avanzada invita a reflexionar sobre la soledad como incentivador de aislamiento social y como sentimiento.

La soledad como sentimiento percibido ha sido largamente glosada en la literatura. «A mis soledades voy, de mis soledades vengo, porque para andar conmigo me bastan mis pensamientos». Soledad querida y temida que glosara Lope de Vega, polivalencia con la que los propios actores sociales se refieren al término, querida u odiada dependiendo de las circunstancias desde donde se viva o se contemple. Cuando hablan de la soledad las personas mayores aluden, por un lado, al hecho objetivo de hallarse habitualmente solas en la vivienda; pero, por otro, al sentimiento interno de falta de compañía que quizás les invada de vez en cuando o bien de forma permanente. En el primero de sus significados, es decir como situación material, la soledad *doméstica* aparece como un hándicap que tiende a asociarse con la salud. El temor a encontrarse solos ante un posible accidente genera un sentimiento de indefensión temiéndose en última instancia que la muerte les sorprenda repentinamente. A esta circunstancia se une el riesgo conocido por los servicios sanitarios de no llevar una alimentación adecuada, no seguir con rigor las prescripciones médicas y tener una mayor probabilidad de sufrir dolencias psíquicas.

A modo preventivo, las personas mayores que viven solas suelen confiar a uno o varios allegados la misión de vigilar a distancia por si acaso ocurriese algo. No se trata únicamente de familiares sino también de amistades y, sobre todo, de vecinos o vecinas. De ellos se espera que, en el caso de percatarse de alguna urgencia, actúen con rapidez prestando unos primeros auxilios y alertando a los servicios médicos.

Este apoyo se concreta asimismo en el día a día, en forma de visitas de simple saludo o llamadas breves de teléfono a fin de verificar que la persona mayor se encuentra bien.

Desde el sector de los servicios sociales la prestación de teleasistencia domiciliaria es un recurso que se ajusta bien a las necesidades de las personas mayores que viven solas. De hecho, un 67% de los usuarios son personas mayores que viven solas en su propia casa. De ellas, un 58,3% mujeres y un 8,7% hombres y un 39,7% sobrepasa los ochenta años (Imserso. Evaluación Del Programa de Teleasistencia Domiciliaria, 2008). Quienes la poseen gozan de una protección bastante apreciada: los usuarios de este programa están satisfechos, o bastante satisfechos, en un 98,7%. El servicio es conocido por un 80,4% de la población mayor, y por un 77 % de la población española, aunque sólo lo usan un 6,8% de la personas mayores. (Imserso. EPM. 2010 y CIS. Estudio 2801, 2009). Las razones por las que no lo solicitan son falta de decisión, porque carecen de la información suficiente acerca del servicio o porque lo asocian a la enfermedad y a la dependencia.

En el segundo de sus significados, la soledad constituye un sentimiento interno, una percepción subjetiva. Algunos factores como el desarraigo social, la carencia de redes sociales, la marginación, pueden ir asociados al «estar solo», pero la verdadera soledad va asociada a «sentirse solo», al sentimiento que genera de nostalgia, tristeza, añoranza, etc. (Rubio y Aleixandre, 2001).

La soledad, en una primera aproximación, sería la carencia de compañía, «la falta de comunicación de una persona con su entorno implica un déficit grave de compañía solícita» (Alexandre Rico, 2004) y, en este aspecto, iría estrechamente ligado a la edad por el transcurrir biológico natural. La relación entre soledad y edad ha sido resaltada en numerosos estudios, investigaciones y reflexiones (Ernst y Cacioppo, 1999, Rubio y Alexander 2001, Imserso, 1998, 2001, 2004, 2006…), y por motivo de la edad se correlaciona con los tres hitos comunes a las personas mayores: salida de los hijos del hogar, incorporación a la jubilación y principalmente pasar al estado de viudedad. De estos tres factores, el que tiene un mayor peso en el sentirse solo es la pérdida del cónyuge o pareja. Parece que el tener pareja es el factor fundamental para no sentirse solo, independientemente de la edad. El estudio realizado sobre la familia en 1994 (Alberdi, Flaquer, Iglesias de Ussel) mostraba cómo entre los jóvenes solteros la situación de tener pareja estable defiende de la soledad, pues «aquellos solteros que dicen tener pareja apenas declaran haberse sentido solos, mientras que la sensación de soledad o aislamiento aparece más frecuentemente entre los solteros que no tienen pareja

estable. Aún más, de los solteros que viven solos o con su familia, dicen sentirse más felices los que viven en familia pero abrumadoramente los que viven con sus padres (77% de la muestra)».

El no tener ya a ese alguien con quien seguir compartiendo la vida, como venían haciendo desde varias décadas, la aparición del sentimiento resulta prácticamente inevitable. La defunción del cónyuge deja un hueco emocional y relacional que, por lo general, jamás rellenarán (pocas personas mayores rehacen ya su vida de pareja), y que motiva de manera espontánea sentimientos de soledad. Un 23% de las personas mayores experimentan un sentimiento general de vacío. (Imserso. EPM, 2010). Junto a este grupo de personas que sufren de soledad emocional (Rubio y Alexander 2009), podemos situar el sentimiento de soledad por déficit de integración social. La correlación entre personas que viven solas y que dicen encontrarse muy y bastante solas alcanza al 38%, mientras las que no viven solas se encuentran solas en un 7,5% (Rubio, 2003).

El sentimiento de soledad ha de interpretarse en efecto como un hándicap de vivir en solitario. Pero no sólo es percibido por los que viven en hogares unipersonales, ya que también pueden sentirse solas las personas que viven acompañadas en familia o en instituciones. Este déficit de integración social alcanza a un 9% de las personas mayores, cuando declaran que echan en falta gente a su alrededor (6,6%), o directamente se sienten rechazadas (2,4%). Este tipo de soledad viene dado por la pobreza de las redes sociales, bien sean familiares, vecinales o de amistad. El grado de satisfacción con las relaciones familiares es muy elevado al alcanzar un 89% de población mayor en el año 2010, pero en un plazo de seis años ha disminuido cuatro puntos. Esta misma tendencia negativa se perfila en el grado de satisfacción con las relaciones de amistad, que ha descendido diez puntos en el mismo período de tiempo, aunque todavía un 78% de las personas encuestadas están muy satisfechas de las relaciones con sus amigos. Las pérdidas naturales de un lado, y la dificultad existente de establecer nuevas relaciones una vez se pasa a la situación de jubilado, pueden ser motivos de un mayor sentimiento de soledad. Las redes de amistad se debilitan cuando, con el paso de los años, los allegados van falleciendo o bien padeciendo problemas de salud que dificultan el contacto con ellos: de lo que un día fueron grupos más o menos numerosos de amigos de siempre, a los que solía verse con frecuencia y con quienes se compartían ratos de ocio, ahora quizás no queden más que unos pocos. En las áreas urbanas, aparte de que el tiempo vaya restando amistades, existe otro importante hándicap, ya que tras la jubilación muchas personas mayores pierden el contacto con buena parte de las que, durante dé-

cadas, fueron compañeros y compañeras de trabajo: un 30% redujo el número de amigos desde su jubilación y tan sólo un 9% ve la posibilidad de incrementarlos pasados los 65 años (Imserso. EPM. 2010). Las redes de amistad corren el riesgo de disminuir, en efecto, siendo otro momento crítico el de la viudedad dado que las personas mayores tienden a distanciarse relacionalmente de aquellos matrimonios con los que, en vida del cónyuge, se mantenía una estrecha vinculación. Las amistades matrimoniales no se pierden en sí, pero tiende a darse un enfriamiento en el trato pues, como afirman las personas viudas, *«ya nada es lo mismo»;* no suele apetecer salir con ellas a tomar algo en algún bar, por ejemplo, como hacían mientras vivía el esposo o esposa. Hay quienes suplen este déficit buscando nuevas amistades y quienes, en cambio, no hacen nada por ello y acaban aislándose. Tan sólo el 9% de las personas mayores ve la posibilidad de incrementar sus relaciones pasados los 65 años (Imserso. EPM. 2010). Resulta común que para reorientar el marco relacional se desarrolle una estrategia de acercamiento a grupos de iguales, constituidos por personas del mismo sexo, una edad similar y falta también de pareja.

El vecindario, fuente esencial de apoyo social en otro tiempo, es interpretado por los actores sociales, en general, en clave de pérdida: se critica que en la actualidad los lazos vecinales son débiles dada la expansión de unas actitudes y unos comportamientos cada vez más individualistas y menos comprometidos con el prójimo. Pesa en tal impresión el recuerdo de épocas anteriores, cuando las personas e incluso las familias con las cuales se compartía calle o barrio formaban un excelente marco relacional (trato a diario, frecuente intercambio de ayudas y pequeños favores cotidianos, etc.). Las sociedades modernas fomentarían, más que la solidaridad, el aislamiento vecinal. Si antiguamente los vínculos vecinales solían ser estrechos, ahora resultan más bien fríos y distantes pues todo el mundo parece querer refugiarse en casa y dedicar su tiempo a ver televisión. Es una queja que comparten las personas mayores sea cual sea su sexo y habiten en zonas rurales o en grandes ciudades. La modernidad empujaría a mantener con los vecinos y las vecinas, simplemente, un trato correcto y educado, que evite conflictos, pero sin entrometerse demasiado en los asuntos ajenos puesto que para charlar, entretenerse u obtener apoyo emocional la gente prefiere dirigirse, aparte de a la familia, más a las amistades que al vecindario.

En las zonas rurales, con unas costumbres y unos estilos de vida que resultan por lo general distintos a los que caracterizan al medio urbano, el riesgo de soledad social no lo impone tanto el comportamiento vecinal o la pérdida de amistades que se produce con el paso del tiempo

sino, ante todo, las limitaciones asociadas al hábitat. Hay que destacar en este sentido el despoblamiento que sufren numerosas comarcas españolas. Y el problema es particularmente grave cuando, además de escasos, los habitantes se encuentran dispersos por el espacio, máxime en zonas de montaña donde el desplazamiento se complica, debido a la escasez de infraestructuras y al déficit de transporte público por la escasa rentabilidad económica que produce. A ello se añade una crítica, contenida más en el discurso femenino que en el masculino: no existen apenas lugares adonde ir. Quitando las viviendas de los familiares que estén en el entorno más próximo o de alguna que otra vecina, cuando se quiere salir un rato de casa quizás queden como posibles destinos el mercado, la iglesia y poco más. En cuanto a los denominados centros de personas mayores, hogares o clubes de jubilados, aunque apeteciera acudir a ellos con frecuencia, suelen hallarse a bastantes kilómetros y, como no es común que las mujeres mayores del medio rural conduzcan, les resulta prácticamente imposible desplazarse a los mismos habida cuenta de que el transporte público tampoco constituye una solución (sobre todo, porque los horarios de paso no suelen concordar con los del desarrollo en los centros de las actividades que pudieran atraer). La participación social es, en consecuencia, escasa, y en cambio, aumenta el riesgo de aislamiento y de soledad por déficit de integración social, haciendo especial mella en las personas que sobrepasan los 85 años «los sentimientos de soledad y desolación encuentran en estas edades más ancianas su mayor asiento, al igual que procesos de deterioro psicológico y cognitivo» (Cimop, 2009).

El sentimiento de soledad, cuando llega a sufrirse, puede ser permanente o bien episódico teniendo una mayor incidencia el que se experimenta con carácter temporal. Un 11% de las personas mayores dicen sentirse solas siempre. Las mujeres se encuentran más concernidas por esta permanencia del sentimiento de soledad (13,4%) con casi cinco puntos de diferencia con respecto a los hombres, y también se sienten más solas que los hombres. Un 43,6% de los hombres mayores manifiestan no sentirse solos nunca, mientras las mujeres lo declaran en un 27,7% (Imserso. EPM. 2010).

Una cuarta parte de las personas mayores se sienten más solas, sobre todo en ocasiones especiales cuando acuden a la memoria con nostalgia recuerdos de otros momentos vitales, en situaciones de especial vulnerabilidad como es el estar enfermo (9,6%), y por la noche (8,7%). Son los momentos en que más tienden a aflorar las evocaciones sobre todo del cónyuge y de la etapa matrimonial, desencadenando la mencionada sensación de vacío. Para paliarla, las estrategias que em-

plean son principalmente poner la radio o la TV (40,2%), salir a pasear (29,3%), buscar la cercanía de su familia (28,8%), hablar con los vecinos o amigos (13,5%) se resigna (10%), va al club de jubilados (9,2%), va al bar (7,8%), llama por teléfono (8,9%), practica un hobby (7,3%), va de visita (4,5%), va a la iglesia (4,5%), actividades relacionadas con mascotas (3,4%) —Imserso. EPM. 2010—. Actividades en todo caso, para evitar los pensamientos negativos porque, como afirman los actores sociales, *«mientras que estás haciendo algo no te pesa la soledad»*. Y si ninguno de los recursos empleados logra quitarla, añaden, habrá de ser aguantada en silencio o buscando el consuelo que quizás les reporte prácticas como el llorar o el rezar.

El uso de los recursos para combatir el sentimiento de soledad difiere según el género, tendiendo los hombres a las actividades más relacionales fuera del ámbito doméstico, mientras las mujeres se refugian más en la búsqueda de la familia y la del interior del hogar. Y también hay pequeñas divergencias dependiendo del hábitat, si bien la prelación en la elección de la actividad es común en todas las situaciones.

Podría pensarse que tener un animal de compañía ayudaría a evitar el sentir estar solo. Efectivamente, hay un diferencial de seis puntos cuando se tiene una mascota en tener un menor sentimiento de soledad, tanto cuando no se sienten nunca solos como cuando en ocasiones ocurre (Imserso. EPM. 2010). Esta misma relación positiva de tener animal de compañía correlaciona con niveles bajos de soledad social. Las personas que no tienen animales de compañía puntúan más alto en Soledad Social que aquellos que sí tienen (Rubio y Pinel, 2010).

Las nuevas tecnologías como medio para evitar el sentirse solo tienen, a la luz de la última investigación, una relevancia relativa debido al poco uso que se hace del teléfono para esta función. Si tenemos en cuenta que el 42% de las personas mayores disponen de teléfono móvil propio, el 17% de ordenador y un 10% de Internet, podemos visualizar que existe una gran distancia que recorrer para que las nuevas tecnologías puedan ser utilizadas y evitar así situaciones de aislamiento y soledad.

Frente a estas circunstancias marcadas por sentimientos negativos, hay que resaltar que un 63% de las personas mayores manifiestan un sentimiento positivo en cuanto a la compañía que disfrutan, al contar con gente en quien confiar y sentirse apoyados y unidos (Imserso. EPM. 2010).

La vida en solitario ofrece más libertad, independencia y autonomía que cualquier otra alternativa residencial posible, recalcan los actores sociales, aunque reconociendo a la vez lo difícil que les suele resul-

tar desprenderse de esa sensación de vacío. Envejecen así pues en el hogar propio, y seguramente de forma más activa que si estuvieran en casa de los hijos o en una vivienda colectiva, pero añoran la compañía y la protección conyugal que tuvieron en el pasado y cuyo regreso saben imposible. Y no es cuestión de que reciban mucho o poco apoyo familiar: pueden sentirse bastante arropadas por los suyos y, aun así, sufrir dicho vacío y la consecuente soledad. Nos referimos a un problema que toca a las mujeres, pero con tanta o más intensidad a los varones puesto que quizás exista una especial dificultad masculina a la hora de afrontar la viudedad.

Sea cual sea el hecho desencadenante de la soledad, ésta no es el principal problema de la vejez, pero es el problema principal que pueden experimentar algunas personas mayores (Bazo, 1990), constituyendo un riesgo en potencia de consecuencias negativas sobre su calidad de vida.

APORTACIONES

Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones

- ✓ *Informar, formar y fomentar centros y asociaciones para paliar la soledad. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Formar en técnicas de autocuidado a personas mayores que viven solas. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Generar programas interactivos aprovechando las TICs, que permitan una fácil comunicación entre las personas mayores, sus familiares y amigos. Universidad de Valencia.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Desarrollo de modelos de convivencia basados en el fomento de los contactos personales y de las redes sociales.

a) Generalizar programas de teleasistencia, y programas interactivos aprovechando el uso de nuevas tecnologías de comunicación.

b) Promover y desarrollar programas de apoyo mutuo, convivencia y ocio entre familias, para prevenir y evitar las situaciones de soledad no deseadas.

c) Promover y desarrollar programas y actividades que destaquen el valor de la autonomía y la participación desde una perspectiva subjetiva, que motive a las personas que viven solas contra su deseo.

d) Promover estudios que definan la situación, localización y perfiles de las personas mayores que viven solas.

CAPÍTULO 15

RELACIONES INTERGENERACIONALES

Cuando hablamos de relaciones intergeneracionales, ¿a qué nos estamos refiriendo? En principio, y de modo general, el sentido común y el uso más extendido del lenguaje nos llevan a pensar en cualquier tipo de relación mantenida entre personas de distintas generaciones. Las relaciones entre padres e hijos o entre abuelos y nietos son un buen ejemplo de relación intergeneracional. Pero también lo son las relaciones que pueden mantener un grupo de personas mayores con los niños que acuden a una escuela infantil, aunque no tengan ningún lazo de parentesco con esos niños. Sucede que ambos términos, *relación* e *intergeneracional,* son polisémicos y multidimensionales (Höpflinger, 2009).

Las ciencias sociales se han encargado de estudiar a fondo la polisemia de estos dos términos. Relación nos hace pensar en contacto, acción e interacción entre personas: la relación es «el efecto que surge de la interacción entre dos sujetos» (Terenzi, 2008: 46). Toda relación se produce en el marco de lo que parece ser una contradicción: por un lado, la relación exige una cierta distancia —un espacio *entre* quienes se relacionan— y, por otro lado, un grado recíproco de integración, de compromiso —un vínculo *entre* quienes se relacionan—. Además, las relaciones, todas las relaciones, tienen elementos subjetivos —cada relación se materializa a través de la interpretación de las personas que la hacen posible— y otros objetivos —las relaciones se producen sobre la base de un sistema, de un orden social, que las orienta y las condiciona. Dicho con un ejemplo: la relación entre un padre y un hijo concretos se desarrolla, en parte, por las singularidades que ambos aportan y, en parte, por las reglas marcadas socialmente acerca de las relaciones paterno-filiales que ese padre y ese hijo hipotéticos utilizan o simplemente se limitan a seguir a la hora de mantener o transformar su relación.

Hablar de generación también esconde contradicciones. Como ha explicado el profesor Kurt Lüscher, el concepto de generación contiene, en su propia etimología, una polisemia que muestra lo intrínsecamente contradictorio del mismo: «generación significa continuidad y comienzo» (Lüscher, 2000: 14); y así la intergeneracionalidad nos hace pensar en relaciones entre generaciones que se relevan unas a otras —y que, por tanto, forman parte de un continuo espaciotemporal— pero que, a la vez, suponen, cada una, un nuevo constructo distinto y separado de las anteriores —de ahí que la aparición de cada generación implique, también, un comienzo, una ruptura, un distanciamiento. Por ello resulta muy adecuado no dejarse llevar por retóricas simplistas y acercarse al estudio de las relaciones intergeneracionales no sólo pensando

en su grado de coordinación y de funcionalidad sino también en su potencial conflictivo y divergente. Podríamos decir que, cuando bajamos a observar la realidad, todas las relaciones intergeneracionales son más bien contingentes y, en el fondo, tienen carácter ambivalente: «desde una perspectiva social hablamos de ambivalencia cuando se consideran básicamente irreconciliables los dilemas y los sentimientos, pensamientos, acciones y contradicciones producidos en relaciones y estructuras sociales relevantes para el desarrollo personal y social. […] Las ambivalencias *presuponen* la existencia de *contradicciones* y *conflictos,* pero esto no es suficiente. Deben percibirse como polarizados e *irresolubles*» (Lüscher, 2000: 16).

Al abordar el tema de las relaciones intergeneracionales también es obligado aludir a la polisemia del término generación. Sin embargo, la mejor aproximación al tema no comienza por dicho término sino por caer en la cuenta de que tanto las relaciones como la intergeneracionalidad hincan sus raíces en lo que llamaremos lo *inter,* es decir, aquello que existe, que se crea, que sucede *entre* las personas y los grupos de personas que entran en relación: «por relación social debe entenderse la realidad inmaterial, situada en el espacio y en el tiempo de lo interhumano. Está entre los sujetos agentes y, como tal, constituye su orientarse y su actuar *recíproco*» (Donati, 2006: 55). Dicho de otro modo, y en alusión directa al tema que nos ocupa: «para hablar de intergeneracionalidad no basta con *estar juntos;* lo importante es *hacer y hacerse juntos,* y que ese hacer vaya más allá de la mera interacción y pase a la relación. […] Por tanto, la clave del término *inter-generacional* está no tanto en lo *generacional* sino en el *inter,* en el *entre*» (Newman y Sánchez, 2007: 42).

Esta forma de entender la intergeneracionalidad tiene una consecuencia fundamental: si lo verdaderamente clave de la relación es *lo inter,* entonces los individuos, los agentes de las relaciones, no son ni el primero ni el único lugar explicativo de las relaciones. Sin embargo, una y otra vez nos encontramos con afirmaciones que utilizan a esos individuos y agentes como principio y final para explicar las relaciones intergeneracionales. En el caso, por poner un ejemplo, de enunciados —por cierto, no demostrados empíricamente— tales como «los jóvenes piensan que las personas mayores son una carga para la sociedad»; en realidad lo que sucede no es tanto que algunas personas del grupo de edad considerado joven tengan ese pensamiento en su cabeza y lo expresen; su creencia se explica mejor si prestamos atención a la red de relaciones —a los múltiples *inter*— por la cual esos jóvenes se mueven en su día a día. Habría que preguntarse cuántos de esos jóvenes

han realizado tal afirmación sin haber mantenido relación alguna con una persona mayor; en ese caso lo que hacen al expresar tal creencia puede deberse más al uso de un tópico social en una situación en la que ese uso es apropiado, que a estar realmente expresando lo que les dice su participación en una relación intergeneracional con personas mayores. Y no sería de extrañar que anulasen ese tipo de juicio al hablar de su querido abuelo o abuela y no de las personas mayores en general; al cambiar la relación —el vínculo, *lo inter*—, también pueden cambiar los juicios sobre la misma.

Por otro lado, hablar de relaciones intergeneracionales supone abordar un doble vínculo: el que va implícito en toda relación y el existente entre los grupos generacionales. Así, una relación de colaboración, que ya apunta a una forma concreta de vínculo, se puede ver atravesada, según el caso, por reglas y prácticas específicas de la interacción entre nietos y abuelos o padres e hijos, por poner sólo un ejemplo. Si, como sostenía Donati, las generaciones son relaciones, hablar de relaciones intergeneracionales supone hablar doblemente de relaciones.

En conclusión, y tal y como señala con contundencia el profesor Pierpaolo Donati, «las generaciones implican relaciones sociales, o mejor, son relaciones sociales, y se necesita comprenderlas a través del tiempo de las relaciones» (Donati, 1999: 32), y no tanto de sus agentes. Además, no basta, como se suele hacer, con señalar lo funcional y coordinado de las relaciones intergeneracionales; hay que entrar a explicar lo que de conflictivo y ambivalente tienen estas relaciones.

Después de esta reflexión sobre los fundamentos del tema, sí podemos repasar las distintas dimensiones de las generaciones como agentes de la intergeneracionalidad. Para ello nos vamos a servir de la tipología que recientemente ha utilizado el profesor Höpflinger (2009), quien distingue cuatro categorías de generaciones:

a) **Las generaciones genealógicas**, que designan a los miembros ascendentes y descendentes de una misma familia.
b) **Las generaciones pedagógicas,** que distinguen, por un lado, a quienes enseñan y transmiten y, por otro lado, a las generaciones que aprenden y reciben.
c) **Las generaciones sociohistóricas**, constituidas por grupos históricos y/o sociales que comparten un mismo contexto histórico y social.
d) **Las generaciones del bienestar,** que se corresponden con los distintos grupos de edad y/o cohortes entre quienes los Estados distribu-

yen sus recursos, en especial los relacionados con la atención a la vejez.

Este mismo investigador concreta qué entiende por relaciones intergeneracionales: «La noción de *relaciones entre generaciones* designa los procesos recíprocos de orientación, influencia, intercambio y aprendizaje entre los miembros de dos o más generaciones (relaciones intergeneracionales), o en el seno de una misma generación (relaciones intrageneracionales). La forma y la dinámica de las relaciones entre las generaciones resulta de la experiencia subjetiva de las similitudes y diferencias, así como de la realización de roles y funciones prescritos institucionalmente (incluida la ordenación de las propias relaciones entre generaciones)» (Höpflinger, 2009: 21). Y según este investigador se pueden distinguir cuatro formas ideales de relaciones intergeneracionales familiares y sociales: el conflicto, la solidaridad, la segregación y la ambivalencia.

Nosotros nos vamos a centrar exclusivamente en las relaciones intergeneracionales y vamos a tratar de responder a la cuestión que el título de este capítulo sugiere: ¿Por qué y de qué modo las relaciones intergeneracionales son relevantes de cara a conseguir un envejecimiento activo en el ámbito de la sociedad española? Naturalmente para contestar a esta cuestión es indispensable aclarar, primero, lo que quiere decir envejecer de modo activo.

A. PRECISIONES EN CUANTO AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento activo es un ideal, una propuesta, un horizonte, un modelo. Como en tantas otras ocasiones, una vez señalado el modelo y su conveniencia, aquellos agentes que lo consideran oportuno tratan de poner en marcha acciones para que la realidad se vaya acercando a las pautas indicadas por el modelo abstracto. ¿Qué caracteriza al modelo del envejecimiento activo? Pues depende en gran medida de quién lo proponga; es decir, no existe un único modelo, una única forma de entender lo que quiere decir envejecer activamente. Veamos, como ejemplo, cinco de los muchos conceptos de envejecimiento activo acuñados y disponibles:

a) «Capacidad de las personas, a medida que envejecen, para llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. Esto significa que la gente pueda escoger de modo flexible la forma en que

pasa el tiempo a lo largo de la vida: aprendiendo, trabajando, tomando parte en actividades de ocio, cuidando a otros» (OECD, 2000: 126)

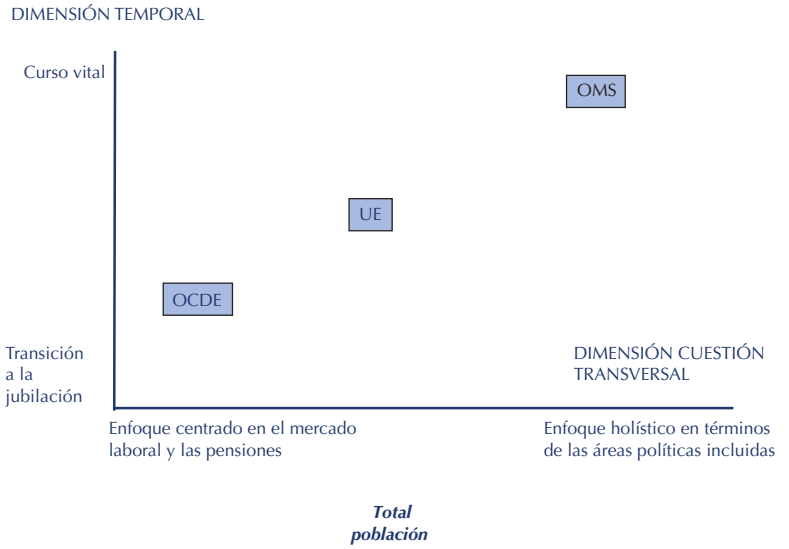
b) «La política de envejecimiento activo tiene como objetivo animar a los trabajadores mayores a permanecer en el mercado laboral un tiempo sustancialmente mayor» (Spidla, 2007: 27)

c) «Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen» (OMS, 2002: 79).

d) «En la práctica significa adoptar estilos de vida saludables, trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y mantenerse activo tras la jubilación. Promover el envejecimiento activo significa aumentar las oportunidades para una vida mejor, sin disminuir los derechos. La provisión de unos ingresos y de unos cuidados adecuados son parte de la agenda de asuntos del envejecimiento activo» (Commission of the European Communities, 1999)

e) «El envejecimiento activo es un proceso, que se desarrolla a lo largo de toda la vida, integrado por políticas, actitudes y actividades, que hacen que dicho envejecimiento sea **saludable** para la persona que lo vive y **rentable** para la sociedad en la que vive, para lo cual recibe de la Sociedad conforme a sus necesidades y da, a la Sociedad, según sus capacidades» (Hartu-emanak, 2009: 21).

Vemos que los conceptos 1 y 2 destacan el carácter productivo —social y económico— del envejecimiento activo; los conceptos 3 y 5 se centran más en la mejora de la calidad de vida y de la salud a lo largo de todo el curso vital; el concepto 4 alude tanto a lo productivo —trabajar más tiempo— como a las oportunidades para todo aquello que supone tener una vida mejor e introduce la jubilación como un factor relevante en el proceso de envejecimiento activo. En algún caso —2 y 4— parece que el envejecimiento activo sólo tiene que ver con las personas de más edad; en otro —5— claramente se transmite que el proceso de envejecer activamente sucede a lo largo de toda la vida y, por tanto, no sólo concierne a las personas mayores. A pesar de la formulación tan escueta que hemos hecho de esos cinco conceptos, las diferencias entre ellos emergen. Ervik (2006) ha profundizado en estas diferencias para el caso de las conceptualizaciones de envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Unión Europea (UE) y ofrece el siguiente cuadro para representarlas de forma esquemática:



Distribuidos en dos ejes según la amplitud de sus respectivos enfoques —más centrado en el mercado laboral y en las pensiones o más transversal y relacionado con todas las áreas políticas— y la dimensión temporal —más bien vinculado con la transición a la jubilación o extensivo a todo el curso vital—, vemos que los conceptos de envejecimiento activo propuestos por la OMS, la UE y la OCDE son bastante distintos. Por tanto, y aunque se suela hacer lo contrario, deberíamos utilizar el término envejecimiento activo en plural en lugar de en singular para dar a entender claramente que lo más cierto es que hay versiones diferentes del mismo.

Esta última conclusión tiene consecuencias directas sobre nuestra pregunta de partida: *¿Por qué y de qué modo las relaciones intergeneracionales son relevantes de cara a conseguir un envejecimiento activo?* La respuesta está clara: dependiendo del concepto de envejecimiento activo por el que optemos las relaciones intergeneracionales ocuparán uno u otro lugar. Veámoslo en algunos de los conceptos que hemos seleccionado.

Ya hemos visto que para la Comisión Europea, según Vladimir Spidla, ex Comisario Europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, la finalidad de la política de envejecimiento activo es el alargamiento del período laboral: «La manera más productiva y eficaz de oponerse a la amenaza que representa el envejecimiento para la sostenibilidad de los sistemas de pensión es invertir la tendencia al retiro anticipado. Capacitando y motivando a los trabajadores para permanecer activos durante más tiempo y optar por una jubilación más tardía y gradual podemos reducir los costes de las pensiones, conseguir ingresos extraordinarios y obtener una mayor aportación productiva al

crecimiento. Lo que tenemos que hacer es cambiar el comportamiento de los trabajadores en lo que se refiere a la jubilación» (Comisión Europea, 1999: 14). Por tanto, el resto de posibles aspectos a incluir en el marco del envejecimiento activo deben estar al servicio de ese objetivo general: «El "envejecimiento activo" es por sí solo una orientación global y duradera, en la que deben intervenir muchos otros elementos además de la reforma de las pensiones. Para plantearse positivamente trabajar más tiempo, es preciso no tener que seguir haciendo frente a prejuicios discriminatorios, haber recibido una preparación para actualizar y valorar las competencias adquiridas con el tiempo, poder acceder a unos sistemas de jubilación flexible, tener una buena salud física y mental, pero además esperar seguir viviendo aún mucho tiempo teniéndola» (Comisión Europea, 2006: 9). En este contexto concreto, la pregunta intergeneracional a contestar sería la siguiente: ¿qué relaciones intergeneracionales pueden influir en el alargamiento de nuestra vida laboral y cómo?

Sin embargo, adoptando el enfoque de la Organización Mundial de la Salud el interés es otro. Para la OMS, «el término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia» (OMS, 2002: 79). En este caso, la clave de envejecer activamente es poder seguir participando y contribuyendo, del modo que sea, allí donde se vive; naturalmente, para ello es conveniente que las condiciones de salud y de seguridad de las personas —estén en disposición de trabajar o no— sean las más adecuadas. No se trata, por tanto, de que la persona, cada persona, pueda envejecer bien a base de cuidarse a sí misma sino que lo que viene a sostener la OMS es que sólo se puede envejecer bien si se participa, si se contribuye; para envejecer bien la autonomía —«la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias» (OMS, 2002: 78)— y la independencia —«la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria» (OMS, 2002: 78)—, aunque sean prioritarias, deben ir acompañados de la interdependencia: «la interdependencia y

la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo» (OMS, 2002: 79). En consecuencia, la pregunta por las relaciones intergeneracionales, en este caso, debería ser la siguiente: ¿cómo pueden las relaciones intergeneracionales ayudar a que las personas, conforme envejecen, participen y contribuyan en sus entornos, con autonomía, independencia e interdependencia, y según sus deseos y capacidades?

En línea con la propuesta de la OMS, el profesor Alan Walker ha sido una de las pocas voces que ha llegado a concretar en qué sentido las relaciones intergeneracionales son necesarias para conseguir un envejecimiento activo: «El mantenimiento de la solidaridad intergeneracional es un factor importante en un enfoque moderno del envejecimiento activo. Este factor significa tanto equidad entre las generaciones como la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen a las distintas generaciones. El envejecimiento activo es intergeneracional: se refiere al futuro de todos y no sólo al de las personas mayores. Todos somos parte interesada en esta tarea porque todo el mundo quiere vivir una vida larga y saludable» (Walker, 2006: 85). Walker no habla de relaciones intergeneracionales en general sino de aquéllas que contribuyen a la solidaridad intergeneracional, eliminando así la contingencia y la ambivalencia de las que hablábamos más arriba y proponiendo la citada solidaridad como una especie de norma ordenadora de la interacción entre las generaciones. No obstante, sabemos que, más allá de normas y desideratas bienintencionadas, la realidad de las relaciones intergeneracionales está llena de ejemplos tanto de solidaridad como de insolidaridad. Así que conviene no simplificar el estudio de las relaciones intergeneracionales reduciéndolas a una solidaridad intergeneracional normativa, por mucho que sea ésta la versión más políticamente extendida del fenómeno —en especial en el discurso de la Comisión Europea en torno al envejecimiento de la población (Comisión Europea, 2007).

Necesitamos adoptar un planteamiento más abierto, más contingente y ambivalente a la hora de pensar la conexión entre relaciones intergeneracionales y envejecimiento activo. Para ello, hay que tomar posición acerca de lo que significa envejecer de forma activa.

B. PLANTEAMIENTO DE LA INTERSECCIÓN ENTRE RELACIONES INTERGENERACIONALES Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Visto lo anterior no queda sino tomar posición en el mapa sobre las relaciones intergeneracionales y el envejecimiento activo que acabamos de cartografiar. Y lo hacemos mediante la siguiente conceptualización:

- Consideramos el envejecimiento activo como una forma de abordar el proceso de envejecimiento humano caracterizada por el papel protagonista que personas y comunidades toman a la hora de preparar y vivir las múltiples dimensiones de su propio envejecer, y que tiene como fin último lograr envejecer del modo más satisfactorio posible, como individuos y como colectividad.
- El envejecimiento activo arranca en el momento en que personas y comunidades, desde sus contextos y con sus reglas y recursos, toman conciencia de su envejecer y deciden hacerse con las riendas del proceso, implicándose en la toma de decisiones suyas y de terceros que van a ir afectando su envejecimiento, como proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida.
- Las formas de envejecer activamente son tan diversas como culturas y formas de vida existen; si bien pueden encontrarse ciertos criterios que tienen más validez general que otros para un envejecimiento activo, siempre habrá que considerar la aplicabilidad de esos criterios de forma flexible y adaptada en virtud de las características locales de los modos de envejecer bien.
- Si el ser humano es social por naturaleza, el buen envejecer también lo es. El contacto y la participación social, en formatos distintos, son dos de los factores clave para envejecer de modo activo.
- El envejecimiento activo no es tal porque se realice cierto tipo de actividades catalogadas como la más apropiadas para envejecer bien —por ejemplo, las relacionadas con la ocupación laboral, tal y como propone la Comisión Europea—, sino que es activo por la actitud y el compromiso de las personas y las comunidades en torno a cómo envejecer mejor. Por tanto, el marco de actuación del envejecimiento activo es de corresponsabilidad, de derechos y deberes, de recibir y dar.
- El envejecimiento activo no alude únicamente a quienes se encuentran en etapas más avanzadas de su envejecimiento como es el caso de las personas de más edad. Al contrario, se trata de un proceso transversal, que atañe a todas las personas y comunidades —con independencia de su edad— que deseen implicarse en la atención y en la mejora continua —optimización, según la OMS— de su envejecer.

Si envejecer bien es cosa de todos y si el envejecimiento activo es social, entonces tiene que ser intergeneracional en el sentido en que lo exponía más arriba el profesor François Höpflinger: una vez que hemos tomado conciencia de pertenencia a una o a varias generaciones, la apreciación de las similitudes y de las diferencias en los

modos de vivir y de envejecer de las distintas generaciones constituye una fuente muy aprovechable de experiencias a la vez que una vía para orientarnos hacia el establecimiento de los necesarios vínculos que todo ser social requiere para vivir bien. Las relaciones intergeneracionales, con sus ambivalencias, son cauces para el establecimiento de esos vínculos: «En la intergeneracionalidad se encuentra la posibilidad de reconstrucción del vínculo social. Cuando las políticas sociales incorporen las preocupaciones intergeneracionales y éstas implementen e impulsen una verdadera sistematización de los productos obtenidos del contacto entre los diferentes grupos generacionales nuestras sociedades democráticas habrán comenzado a iniciar la satisfacción de una necesidad cada vez más demandada: la de adaptarse a la era del envejecimiento, entendido desde un enfoque cultural del arco vital» (Sáez, 2009a: 13).

En definitiva, nuestra postura defiende que envejeceremos mejor si asumimos y desarrollamos nuestra conciencia generacional y unas adecuadas prácticas intergeneracionales, sean solidarias o de otro tipo. A diferencia de otras relaciones, las intergeneracionales nos ofrecen algo específico: la posibilidad de conectarnos, de mil modos distintos, con personas y comunidades que viven su envejecimiento desde otra época, desde otro momento de su curso vital; es una manera de sumar lo diacrónico a nuestra sincronía ampliando así nuestro horizonte temporal, conectando nuestro presente con nuestro pasado y con nuestro posible futuro. Tengamos conciencia generacional o no, las relaciones intergeneracionales no constituyen una elección, son consustanciales a lo humano; no nacemos, sino que otra generación *nos nace*. Y durante todo nuestro recorrido biográfico nos cruzamos obligatoriamente con otros grupos generacionales.

En este contexto, en el que el envejecimiento activo se conecta, en primer lugar, con la conciencia generacional y, en segundo lugar, con lo contingente, conflictivo y ambivalente de unas relaciones intergeneracionales que resultan insoslayables, seleccionamos dos cuestiones a las que tratar de responder para ilustrar cómo se puede envejecer mejor, de manera activa, en el espacio sociopolítico español:

- ¿Tenemos conciencia de nuestra naturaleza generacional, en cualquiera de los sentidos propuestos más arriba: familiar, pedagógico, sociohistórico o de bienestar?
- ¿Qué relaciones intergeneracionales, con su contingencia y ambivalencia, en qué contextos locales pueden ayudarnos a envejecer mejor?

C. NUEVA VISIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA GENERACIONAL

Comencemos por pensar cuál es la conciencia existente en el caso de las **generaciones genealógicas**. «El 98,2% de los españoles reconocen que la familia es muy o bastante importante en sus vidas (CIS, 2006). La familia es el aspecto de la vida personal con respecto al cual lo españoles nos sentimos más satisfechos (CIS, 2008). Y un 93% de españoles dicen que están muy o bastante satisfechos con la vida familiar (The Gallup Organisation, 2008)» (Sánchez y Pinazo, 2009: 76-77). Por tanto, podemos decir que la familia —en sus múltiples formas— es una institución bien visible en la sociedad española. ¿Qué nos encontramos cuando pasamos a fijarnos específicamente en lo que sucede con las relaciones intergeneracionales familiares?

En el caso de padres e hijos, la apreciación mutua sobre la posición y el rol generacional ha cambiado de forma importante. El profesor Gerardo Meil lo ha explicado en un reciente trabajo sobre el tema: «Durante las últimas décadas, las relaciones intergeneracionales se han modificado profundamente dando lugar a unas pautas de relación que justifican calificar a la nueva familia que ha emergido como una familia negociadora. La familia negociadora se caracteriza por unas relaciones intergeneracionales mucho menos jerarquizadas que en el pasado, con unas normas de convivencia mucho menos rígidas, que son, además, cuestionadas de forma sistemática por los hijos en una estrategia de búsqueda de cuotas de autonomía cada vez mayores. Para reclamar esta autonomía, los hijos exigen, además, un tratamiento en plano de igualdad al de sus padres, cuestionando la legitimidad de las normas establecidas al pedir, de forma sistemática, la justificación de las mismas en una estrategia de demostración de su arbitrariedad y, por tanto, de su falta de razonabilidad» (Meil, 2006: 160). Las similitudes y diferencias, la integración y la segregación entre padres e hijos se han reformulado, todo ello en un marco en el que, como hemos visto, la satisfacción con respecto a la vida familiar es alta. Y la solidaridad intergeneracional familiar se mantiene, sobre todo en tiempos de crisis económica: «Lo más relevante que se desprende de la información obtenida es que se pone de manifiesto la solidaridad intergeneracional que existe en el seno de las familias españolas, siendo ésta reconocida por el 78,20% de los encuestados. La crisis ha provocado un aumento de esta solidaridad familiar en el 79,14% de los hogares. Los más jóvenes, entre 25 y 35 años —grupo que coincide con la población más afectada por el paro y la precariedad laboral— son los que más perciben dicho aumento de ayuda intergeneracional» (Asociación Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, 2009: 4).

En un informe anual sobre la juventud correspondiente a 2006 se aludía a cómo los jóvenes consideran a su generación por contraste con la de sus padres: «Los jóvenes se consideran más tolerantes, solidarios y contestatarios que sus padres. Pero también afirman ser menos maduros y más dependientes que la generación paterna» (Observatorio de la Juventud en España, 2006: 15). Las personas mayores también toman partido en este juego generacional de las similitudes y las diferencias entre las generaciones de los padres y las de los hijos; por un lado, «el 57% de los mayores piensa que los hijos e hijas tratan a sus padres y madres peor de lo que trataban las generaciones anteriores a los suyos. El 17% piensa que el trato es igual y el 11% piensa que el trato es mejor» (UDP/Simple Lógica, 2008: 2); por otro lado, «casi uno de cada tres mayores (35%) asegura que los padres y madres actuales cuidan a los hijos mejor que las generaciones anteriores, el 24% afirma que se les cuida igual; y uno de cada cuatro (26%) cree que se les cuida ahora peor que antes» (UDP/Simple Lógica, 2008: 3). Estos posicionamientos son formas de demostrar la existencia de una marcada conciencia generacional con respecto a las generaciones genealógicas paterno-filiales, a las que a menudo utilizamos como referentes para explicar cómo somos y por qué hacemos lo que hacemos.

¿Qué decir en el caso de abuelos y nietos? Una mayoría de nietos querría vivir con sus abuelos, y a los que ya lo hacen les gusta, tanto por las actividades que realizan con ellos como por el acompañamiento, el afecto, y los cuidados que reciben de ellos (Asociación Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, 2008). La posibilidad y la frecuencia de contacto, el linaje, el género y las actividades compartidas son factores claves a la hora de explicar la calidad de las relaciones abuelos-nietos (Pinazo y Montoro, 2005). En España, el 78,6% de los abuelos dicen mantener contacto con todos sus nietos (CIS, 2006) y «un 58% de los niños de los municipios de más de 500.000 habitantes ven a sus abuelos maternos por lo menos una vez a la semana, y un 40% también a sus abuelos paternos, si bien la proporción de los que los ven casi todos los días es la mitad que los niños residentes en municipios de menos de 50.000 habitantes» (Meil, 2006: 83).

En ambos casos, padres-hijos y abuelos-nietos, existe un alto grado de conciencia generacional —en general, las personas saben qué comportan estas posiciones generacionales familiares y se implican en ellas— y mucho contacto —aunque no sea cara a cara—. Ahora bien, esta situación, con ser la mayoritaria, no debe ocultar el hecho de que hay personas que no asumen esta posición generacional —los casos de abandono de hijos o de anulación del contacto con los abuelos serían

ejemplos de lo que decimos— o que aunque se involucran en estas relaciones, lo hacen moviéndose entre posturas y dilemas irreconciliables. La ambivalencia siempre está de fondo. Una prueba concreta de ello lo constituye el movimiento de protesta por parte de abuelos y abuelas que llevó a nuestros órganos legislativos a aprobar la Ley 42/2003 en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos de modo que se tomase conciencia de la función relevante de abuelos y abuelas en el caso de dejación por los padres de las obligaciones derivadas de la patria potestad y se protegiesen las relaciones entre los abuelos y los nietos tanto en caso de ruptura familiar como por dejación de obligaciones por parte de los progenitores.

Uno de los cambios que están apuntalando la conciencia generacional familiar es el progresivo aumento del número de familias multigeneracionales: «las redes familiares en las que hay miembros de cuatro generaciones han dejado de ser un fenómeno inusual y lo normal es que a lo largo del ciclo de vida los individuos que han decidido formar una familia estén insertos en redes familiares compuestas por al menos tres generaciones, cambiando su posición a medida que avanza el ciclo familiar. En este sentido la experiencia de ser nieto, padre y abuelo va generalizándose entre toda la población y no sólo eso, sino que la permanencia en esa posición social en el sistema de relaciones familiares dura cada vez más en el tiempo, de forma que además la figura del bisabuelo también va convirtiéndose en un fenómeno más frecuente. La «familia normal» es así la «familia multigeneracional» […] y no la compuesta sólo por dos generaciones» (Meil, 2003: 35) ([1]).

Esta coexistencia más duradera es un elemento estructural que está transformando la naturaleza de la intergeneracionalidad familiar; por ejemplo, ¿cómo aplicar la regla del cuidado y el apoyo que venía funcionando de padres a hijos y de hijos a padres, cuando, además de coincidir muchos más años de la vida con los hijos y con los padres, también se es coetáneo de nietos y bisnietos durante más tiempo? Las reglas que han servido para encauzar estas relaciones intergeneracionales familiares están siendo revisadas por fuerza de una praxis que las vuelve inservibles; en este terreno, el conflicto y la ambivalencia pueden ir ganando espacio. En España se mantiene el deseo de seguir conectado a las generaciones familiares; lo que se cuestiona es de qué modo hacerlo para lograr convivir con los conflictos, solidaridades, segregaciones y ambi-

[1] «la posibilidad de que la mayor parte de los recién nacidos venga al mundo teniendo abuelos y abuelas, y pueda «beneficiarse» de ello, es una novedad histórica en España» (Pérez Díaz, 2004: 3).

valencias que van surgiendo. Ya hemos visto más arriba que, en el caso de las relaciones padres-hijos, la negociación y la flexibilidad se están imponiendo. En las relaciones abuelos-nietos las crecientes investigaciones confirman, primero, el alto grado de satisfacción por parte de los abuelos, y, en segundo lugar, que los lazos de los nietos son más fuertes con los abuelos y abuelas de la línea materna (Pérez Ortiz, 2002; Osuna, 2006). En todo caso, las relaciones abuelos-nietos, para mantenerse, se van adaptando a los tiempos —tanto a los tiempos de cada generación como a los tiempos comunes a todas las generaciones—: «Las relaciones familiares entre las generaciones de adolescentes jóvenes y las personas mayores se liberan de la atención personalizada de asistencia mutua, para pasar a una relación de intercambios más culturales. […] para que esta relación sea satisfactoria, los jóvenes piden comprensión y los mayores buscan buenas maneras» (Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar, 2008: 21). Al final, de todo esto se atisba que la conciencia intergeneracional familiar, aunque cambiante, subsiste.

Si pasamos a referirnos a las **generaciones pedagógicas**, resulta más difícil reconocer la emergencia, el mantenimiento o la transformación de una conciencia generacional. Entre otras razones, esta dificultad se debe a la falta de atención específica que se viene prestando a la relación de transmisión entre las generaciones. Ha habido una cierta dejación del valor de la transmisión, que es precisamente una de las claves de bóveda para anudar a las generaciones: «la intergeneracionalidad debe ser planteada como una **ética de la transmisión** (Núñez, 1998), dado que los mayores, los adultos tienen la obligación de pasar a quienes les siguen y postceden aquello que a ellos le pasaron en su día y siguen considerándolo valioso» (Sáez, 2009b: 7).

Tras un repaso a la situación de las relaciones intergeneracionales en el Reino Unido, Lloyd (2008) ha concretado algunas formas en las que las relaciones intergeneracionales familiares en ese país están facilitando procesos de transmisión pedagógica:

a) transmisión de habilidades útiles para la vida
b) transmisión de valores, códigos morales y normas sociales
c) reproducción y transmisión de la cultura, la historia y la identidad.
d) mantener la transmisión y los intercambios de conocimiento y valores entre las distintas generaciones

Deberíamos intentar contestar la pregunta de *¿quiénes están asumiendo en la sociedad española su implicación en relaciones de transmisión generacional?* La percepción generalizada es que las personas mayo-

res dan buenos consejos ante las decisiones importantes (CIS, 2009). Y sabemos que en nuestro país hay muchas más personas mayores dispuestas a dar clases y enseñar a otros que aquellas que ya lo hacen (Imserso, 2006). Pero estos datos son insuficientes.

En el ámbito familiar, nietos y nietas admiten que sus abuelos y abuelas les enseñan valores, cosas de antes, religión y materias escolares (Asociación Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, 2008); en estos nietos sí que encontramos trazas de una cierta conciencia de su posición general de aprendices. Además, los nietos adultos perciben que han aprendido más de sus abuelos ahora que en edades más tempranas (Castañeda, Sánchez, Sánchez y Blanc, 2004).

¿Sienten los abuelos, sensu contrario, que tienen algo que enseñar y/o que aprender y actúan en consecuencia? Algunas investigaciones al respecto hablan de que los abuelos siguen una norma de no interferencia que los lleva a no inmiscuirse en tareas educativas con los nietos porque las perciben como correspondientes a los padres (Triadó, Villar, Solé, Osuna y Celdrán, 2006). Parece que más bien existe poca o ninguna conciencia social en torno a la labor educadora de abuelos y abuelas, tal y como se puso de manifiesto en el III Congreso del Consejo Estatal de Personas Mayores: «En cuanto a las relaciones intergeneracionales a nivel familiar nos gustaría que socialmente se reconociese a los abuelos como educadores reales que son de los menores. Que se preparasen cursos o talleres específicos para ellos de formación, de cómo mimar y educar a la vez, de cómo afrontar una pataleta infantil, etc. El papel de los abuelos ha cambiado en la mayoría de los casos. Los abuelos y abuelas ya no son los que deseducan a los niños los fines de semana, misión ésta reconocida socialmente y que todos/as esperaban continuar haciendo. Sin embargo, ahora son ellos los titulares de esa educación infantil y los padres son quienes pasan menos tiempo con sus hijos, quienes los consienten demasiado» (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2009: 10).

Pero no sólo debemos quedarnos en el caso de las relaciones intergeneracionales familiares: la transmisión, el hecho de enseñar y de aprender, sucede también entre generaciones sin vínculos de parentesco; pensemos, por ejemplo, en las relaciones de maestros y alumnos en los centros escolares, o en la de un trabajador experimentado y un empleado en prácticas en un espacio laboral. Las posibilidades son infinitas y móviles: dependiendo de los contextos y de las prácticas intergeneracionales de que se trate, la conciencia generacional puede pasar de estar articulada en torno a un *inter* de transmisión y enseñanza a otro de recepción y aprendizaje. Y esto habría que potenciarlo.

En 2006 y 2007 se ejecutó en España, con la subvención del Imserso, el proyecto de investigación *Intergen. Descripción, análisis y evaluación de los programas intergeneracionales en España. Modelos y buenas prácticas;* en el mismo se indagó acerca del tema de la transmisión y se llegó a la conclusión de que en los programas intergeneracionales se produce una reversibilidad de los roles de enseñante y aprendiz: por ejemplo, en ocasiones son los jóvenes los que enseñan informática a los mayores, y en otras, son los mayores los que enseñan valores a los pequeños a través de los cuentos y actúan como modelos de comportamiento (Sánchez, Díaz, López, Pinazo y Sáez, 2008). De hecho, un 94,3% de las 202 personas mayores participantes en programas intergeneracionales encuestadas en esta misma investigación reconocieron sentir que habían contribuido a la educación de las generaciones más jóvenes. El impulso de los programas intergeneracionales, en general, y de aquéllos que se centran en procesos de mentorización, en particular (Pinazo, Sánchez, Sáez, Díaz, y López, 2009), puede contribuir a aumentar el grado de conciencia generacional pedagógica, condición previa para el aumento de las relaciones intergeneracionales asociadas a procesos de transmisión.

En cuanto a las **generaciones sociohistóricas** el panorama español es muy difuso. Más allá de la generación de la Guerra Civil (Buz y Bueno, 2006) o de la generación de la transición (Pérez-Díaz y Rodríguez, 2007), contamos con pocos referentes empíricos de conciencias generacionales vinculadas a la vivencia común de periodos o acontecimientos históricos, o de fenómenos culturales, políticos, económicos o tecnológicos. Da la impresión de que la conciencia generacional genealógica haya cubierto en gran medida las necesidades de referentes generacionales sociohistóricos de los ciudadanos españoles, más centrados en el ámbito familiar que en el sociopolítico comunitario. Incluso la denominada generación del *baby-boom,* que tanta resonancia está teniendo en otros países desarrollados, está pasando bastante desapercibida —si bien es cierto que el momento de su jubilación está aún por llegar[2].

[2] «El fenómeno conocido como *babyboom* y generalizado en muchos países europeos tras la Segunda Guerra Mundial, además de EEUU, Canadá, Australia, N. Zelanda y otros países que no participaron en esa contienda bélica, también afectó a España, aunque lleva unos diez años de retraso y es de menor entidad. Este momento histórico, compartido por muchos países y territorios, se caracterizó por un fuerte aumento de la fecundidad. Entre 1957-1977, período aproximado que podría ser considerado como los años del *baby-boom* español, nacieron casi 14 millones de niños (una media anual por encima de los 640.000 nacimientos), 4,5 millones más que en los veinte años siguientes y 2,5 más que en los veinte años anteriores» (IMSERSO, 2006: 39).

Por último, llegamos a lo que Höpflinger denominaba **generaciones del bienestar**. Según un reciente sondeo del CIS (2009), las personas mayores que viven solas son el grupo al que, de modo más prioritario, debería proteger el Estado. Estas personas mayores aparecen así como generación del bienestar en la medida en que se percibe como merecedora de atención específica por parte de las políticas públicas de bienestar. En la lista también se incluye a los parados, a los jóvenes y a los pensionistas. Aquí es donde tiene sentido hablar, como proponía Walker, de equidad generacional.

Al hilo de la discusión sobre el mantenimiento de un modelo político garante del bienestar es donde emerge también la cuestión del contrato generacional, a la que de modo creciente se está prestando atención: ¿es posible mantener el pacto generacional según el cual las personas activas contribuyen de forma solidaria al bienestar de quienes no lo están con la expectativa de que en el futuro esas personas podrán recibir de forma recíproca ese mismo apoyo? Bienestar y paso del tiempo se intersectan y es ahí donde aparece el interés de la cuestión desde el punto de vista del envejecimiento activo.

Datos de 2009 indican que un 45% de los españoles mayores de 14 años están muy o bastante de acuerdo con la afirmación de que las personas empleadas serán cada vez más reacias a pagar impuestos y a hacer contribuciones sociales para apoyar a las personas de más edad. Asimismo, el 43% cree que las personas mayores españolas están dispuestas a aceptar que se reformen las pensiones para aligerar la carga financiera de la población activa (The Gallup Organisation, 2009). Como vemos, la situación no está claramente definida en uno u otro sentido. Ahora bien, si nos fijamos en otro aspecto del pacto intergeneracional las cosas están más claras: tres de cada cuatro españoles mayores de edad están de acuerdo en que los hijos deben asumir la principal responsabilidad de los problemas de las personas mayores de 65 años (CIS, 2008). O sea, que cuando se trata del bienestar de nuestros progenitores —aquí las generaciones del bienestar y las genealógicas se dan la mano— entonces el contrato intergeneracional sí parece gozar de buena salud. Desde el punto de vista familiar sí existe una conciencia generacional que lleva asociada el cumplimiento de ciertas expectativas y deberes en relación con el bienestar de sus miembros. A nivel macrosocial, hoy por hoy en España no se cree que el gobierno no podrá seguir haciendo frente a las pensiones y a los cuidados requeridos por las personas mayores: frente al 58% de los europeos que piensan así, en España lo hacen un 49% (The Gallup Organisation, 2009). En la actualidad esta cuestión

es candente y se ha convertido en objeto de discusión social en Europa sin que por el momento sepamos cuál será la resolución final. No obstante, parece inevitable que, aunque se reformule, el pacto intergeneracional es indispensable para el mantenimiento de un mayor bienestar y, por ende, para lograr condiciones generales apropiadas para que más personas envejezcan mejor.

A lo que nadie parece prestar atención es a la paradoja de reclamar la solidaridad entre las generaciones sin haberse cerciorado previamente de revisar y reacomodar la conciencia generacional que permita caer en la cuenta y asumir qué generaciones han de apoyar de qué modo a qué otras para el aumento del bienestar general. No vendría nada mal, al menos en España, invertir un cierto tiempo y esfuerzos en la educación de esa conciencia como condición previa indispensable para que los agentes generacionales puedan comprender el sentido de las contribuciones que se les piden.

De momento, y a pesar del tono alarmista de algunos mensajes ([3]), las investigaciones internacionales sobre la evolución previsible de la solidaridad intergeneracional en Europa, tanto a nivel familiar como societal, nos ofrecen un panorama que no es desalentador pero sí ambivalente (Daatland y Lowenstein, 2005; The Gallup Organisation, 2009):

- En Europa, el grado de solidaridad intergeneracional es algo y estable en términos de asociación (frecuencia), afecto, ayuda y obligaciones normativas
- Por lo general, el apoyo emotivo fluye en ambas direcciones. El instrumental, de abajo arriba. El financiero, de arriba abajo
- La solidaridad normativa es más fuerte en el sur de Europa
- La solidaridad intergeneracional ha cambiado su forma, no su fuerza
- Seis de cada diez europeos piensan que los trabajadores serán cada vez más renuentes a pagar impuestos y a hacer otras contribuciones sociales para ayuda a las personas de más edad
- Dos tercios de los ciudadanos de la Unión Europea creen que los gobiernos deberían facilitar el que las personas mayores puedan seguir trabajando más allá de la edad de jubilación
- En general, se está a favor de que los gobiernos dediquen más recursos a las pensiones y al cuidado de las personas mayores

[3] «La solidaridad entre las generaciones podría peligrar si el peso del envejecimiento tuviera que ser soportado por la población más joven, cuyo número y fuerza económica están disminuyendo. Y resolverlo también es una prioridad del nuevo pacto entre las generaciones» (Comisión Europea, 2006: 8).

Leyendo estas conclusiones da la impresión de que las conciencias y las posiciones generacionales, así como sus discursos, atraviesan un período de replanteamiento. Si, además, queremos incrementar las posibilidades reales de envejecer de modo activo, hay que aprovechar el momento para introducir en el debate la necesidad de seguir conservando la solidaridad intergeneracional en el mayor grado posible.

D. RELACIONES INTERGENERACIONALES QUE AYUDAN A ENVEJECER MEJOR EN ESPAÑA

Según el concepto de envejecimiento activo propuesto, las relaciones intergeneracionales ayudarán a envejecer mejor cuando:

- Faciliten a personas y comunidades tomar las riendas de las acciones que han de realizar para envejecer del modo que les resulte más satisfactorio en sus respectivos contextos
- Ayuden a aumentar el contacto y la participación social de quienes van tomando conciencia de su envejecimiento
- Sean cauces para el compromiso y la contribución de personas y comunidades de cara a conseguir que los entornos de vida sean más apropiados para envejecer mejor
- Propicien que todas las personas, con independencia de su edad y de sus capacidades, puedan optimizar su calidad de vida y así envejecer mejor.

No siempre ni todas las relaciones intergeneracionales podrán ayudar al envejecimiento activo en el modo que acabamos de citar. El reto que tenemos por delante es lograr que cada vez más la intergeneracionalidad contribuya al objetivo de envejecer mejor. Mientras tanto, hay que ser conscientes de qué relaciones intergeneracionales de las más visibles a nuestro alrededor suponen una ayuda o un obstáculo para el envejecimiento activo.

En términos de contacto intergeneracional familiar ya hemos visto que la sociedad española goza de buena salud. Según datos del proyecto europeo SHARE (Börsch-Supan, Brugiavini, Jürges, Mackenbach, Siegrist y Weber, 2005), en España un 52% de padres mayores de 50 años viven con sus hijos —este porcentaje es del 13% en el caso de Dinamarca; y el 85,3% de los padres de esas mismas edades ven a diario a alguno de sus hijos, lo que hace que España, junto con Italia, sean los dos países con mayor contacto intergeneracional familiar de los diez países participantes en el proyecto. Si a este hecho le sumamos la

extendida apreciación subjetiva sobre la alta satisfacción que produce la familia, la conclusión es que nuestro contacto intergeneracional genealógico es de los más densos de nuestro entorno.

Sin embargo, cuando pasamos a hablar de contacto intergeneracional más allá de la familia, el panorama cambia. De los pocos datos fiables con que contamos al respecto se colige que tenemos aún mucho que avanzar, no sólo en cantidad sino en calidad del contacto. En la Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores (Imserso, 2004) se preguntó a una muestra de personas mayores qué actividades habían hecho durante una semana concreta tomada como referencia: el 18% de las personas mayores habían estado con niños o con jóvenes *todos los días* de esa semana —este porcentaje caía al 13% si la pregunta se refería a haber estado con niños o con jóvenes en el último año—; sumando las respuestas de quienes habían estado con niños o con jóvenes *todos los días* o *casi todos los días* de la semana el porcentaje llegaba al 31,4%. Estar con niños o con jóvenes tan sólo era la décima actividad más frecuente de las personas mayores. Y únicamente un 6% de estas personas que en el último año no habían estado con niños o jóvenes decían querer hacerlo.

En el caso de personas mayores que viven en residencias, las cifras de esa misma Encuesta eran aún más contundentes: sólo un 3,8% de esas personas decían haber estado con niños o con jóvenes *todos* o *casi todos* los días de la última semana. Nada más que un 3,5% por ciento de estas últimas personas mayores que no habían estado con niños o con jóvenes recientemente decían que les gustaría hacerlo en el futuro.

En 2009, y gracias a un sondeo ordenado por la Comisión Europea (The Gallup Organisation, 2009), pudimos saber que el 69% de una muestra de ciudadanos españoles mayores de 15 años creen que en nuestro país no hay suficientes oportunidades para que personas mayores y jóvenes se encuentren y trabajen juntas en asociaciones y en su comunidad local. El porcentaje medio de personas que piensan esto mismo en el conjunto de la Unión Europea es del 64%.

Los porcentajes hablan por sí solos y, más allá de la cifra concreta, lo que nos muestran es un enorme contraste entre el contacto familiar —con hijos y nietos— y el resto de contacto intergeneracional. Naturalmente, no hay que caer en el error de pensar que un aumento del contacto sería garantía de unas relaciones intergeneracionales beneficiosas para el buen envejecer. De hecho, para el caso concreto de los abuelos y, sobre todo, de las abuelas cuidadoras de sus nietos somos conscientes de algunos de los problemas que puede conllevar un contacto intergeneracional mal planteado y dimensionado; hay que

tener en cuenta que el 72,5% de los abuelos y abuelas declaran haber ayudado o estar ayudando a sus hijos en el cuidado cotidiano de los nietos: «la cifra de personas mayores que asumen el cuidado de sus nietos mientras los padres trabajan es de uno de cada cuatro (24,9%). De éstos, un 55,7% son mujeres y un 44,3% son varones, nueve de cada 10 son personas entre 65 y 79 años y casi la mitad (45,4%) son personas mayores que viven en pareja. Esta ayuda, además, se realiza con mucha frecuencia. El 43,3% de las personas que cuidan a sus nietos en la actualidad lo hace todos los días y uno de cada tres (30,9%) varias veces a la semana» (Imserso, 2008: 272).

Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar (2008) han realizado un estudio específico sobre las implicaciones que tiene el cuidado de los nietos para la salud y el bienestar de los abuelos, y han llegado las siguientes conclusiones y recomendaciones:

— En general, el grado de satisfacción de estos abuelos/as cuidadores es muy alto.
— Pueden aparecer problemas de comportamiento y emocionales en los nietos/as, por ejemplo por su mayor edad o por la separación de los padres, que hagan necesario ayudar a los abuelos/as cuidadores a afrontar mejor la situación.
— Algunos abuelos/as cuidadores presentan problemas de salud y emocionales, asociados a veces a dificultades en el cuidado; es conveniente no sobrecargar a los abuelos/as y administrar con consideración y medida el tipo de implicación que los padres les piden: «Unas tareas de cuidado, delegadas por los padres, en una cantidad moderada, son la mejor garantía para una mayor satisfacción y menores dificultades para los abuelos/as y también para los nietos/as» (p. 73).

Dicho esto, y a modo de conclusión preliminar, no cabe duda de que en nuestro país las relaciones intergeneracionales abuelos-nietos, bien planteadas y desarrolladas pueden ser una de las fuentes de satisfacción que ayuden a que las personas —niños, jóvenes y mayores— envejezcan mejor: «Las implicaciones que tiene la relación abuelos-nietos son muy significativas ya que ambos van a dedicar aproximadamente una tercera parte o la mitad de sus vidas a este rol; además, los abuelos pueden tener contactos más satisfactorios con los nietos en una relación con menos obligaciones y responsabilidad de la que tuvieron en su relación con sus hijos. Pese a ello, los abuelos pueden tener una influencia muy importante en el desarrollo de sus nietos. En la actualidad nadie cuestionará

la magnitud de la importancia de esta relación para el desarrollo de los nietos; así como para el desarrollo personal y social de los abuelos (Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar, 2008: 22).

Hemos visto que el contacto intergeneracional familiar es alto, al contrario de lo que sucede con el extra-familiar. Pero hemos sostenido que no basta hablar de contacto intergeneracional para abordar en su totalidad la conexión entre relaciones intergeneracionales y envejecimiento activo; hay que hablar de participación y contribución, flexibles y adaptadas a las capacidades, deseos y compromisos de las personas conforme van envejeciendo. Por tanto, después del contacto, la cuestión que hay que preguntarse es qué tipos de participación y de contribución intergeneracionales que ayuden a envejecer de modo activo existen en la sociedad española y qué podríamos hacer para impulsarlos.

Comencemos por hacer constar que en nuestro país hay una falta generalizada de reconocimiento de las contribuciones que hacen las personas de más edad. Por ejemplo, se reconoce mayoritariamente —el 77% de las personas mayores de 14 años piensan así— que no se valora suficientemente la contribución que hacen las personas mayores como cuidadoras de sus familiares (The Gallup Organisation, 2009). Esta falta de reconocimiento, sobre la que habría que intervenir, puede interpretarse en parte como resultado de una débil conciencia generacional sobre la función de bienestar desempeñada por las personas de más edad en la sociedad.

Al hablar de participación y contribución intergeneracional, en el ámbito familiar, además de los cuidados intergeneracionales, hay que mencionar, por lo menos, otro tipo de transferencia entre generaciones: la financiera. Y en el espacio comunitario hay que referirse, como mínimo, a las prácticas intergeneracionales, sean actividades o programas.

Además del cuidado, otra forma de contribución intergeneracional son las transferencias financieras. En este caso la aportación de padres y abuelos es más visible: el 90% de los españoles con 15 o más años reconocen que la ayuda financiera de las generaciones familiares mayores es importante a la hora de que los jóvenes adultos puedan crearse un hogar y una familia propios (The Gallup Organisation, 2009). Si contar con una seguridad en cuanto a disponer de los recursos necesarios para cubrir las necesidades vitales es condición necesaria para poder envejecer bien durante más tiempo, resulta evidente lo trascendental de este tipo de ayuda de cara al buen envejecer de las generaciones jóvenes y adultas. Gracias a los datos comparativos del proyecto SHARE sabemos, además, que en el Sur de Europa las transferencias financieras intergeneracionales también suceden, con más probabili-

dad que en el Norte de Europa, en sentido inverso: con frecuencia los hijos ayudan de este particular modo a sus padres incluso más que estos últimos lo hacen con los primeros. Y parece que esta forma de solidaridad intergeneracional incluso se incrementa en momentos de crisis: «Todos los grupos de edad consultados reconocen que reciben más ayuda de los abuelos que las que ellos les prestan, aunque la ayuda prestada por los hijos y nietos a los abuelos va aumentando con la edad, debido al incremento de la dependencia […] Los abuelos, a pesar de las bajas pensiones que tienen en muchos casos, también ayudan económicamente a los hijos. Un 28'90% de los encuestados dice recibir apoyo material de sus padres, a lo que habría que sumar el 21'61% que manifiesta que recibe ambos tipos de ayuda» (Asociación Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, 2009: 4 y 6).

Sea como sea, podemos concluir que, en el contexto español, la ocupación, dentro de la familia, de una posición significativa para cada persona es un factor de mejor envejecimiento: «La implicación social en instituciones sociales valiosas como la familia contribuye a dar una sensación de significado a la vida que conduce a un incremento de la longevidad. (…) los roles familiares y parentales son importantes factores de predicción de la supervivencia de los padres mayores. El reconocimiento del importante papel de los familiares mayores por parte de los hijos y de la familia extensa puede reforzar sus sentimientos de utilidad, dependencia mutua y pertenencia, y puede actuar sobre su supervivencia mediante mecanismos fisiológicos que aún no comprendemos» (Zunzunegui, Béland, Sánchez y Otero, 2009: 358).

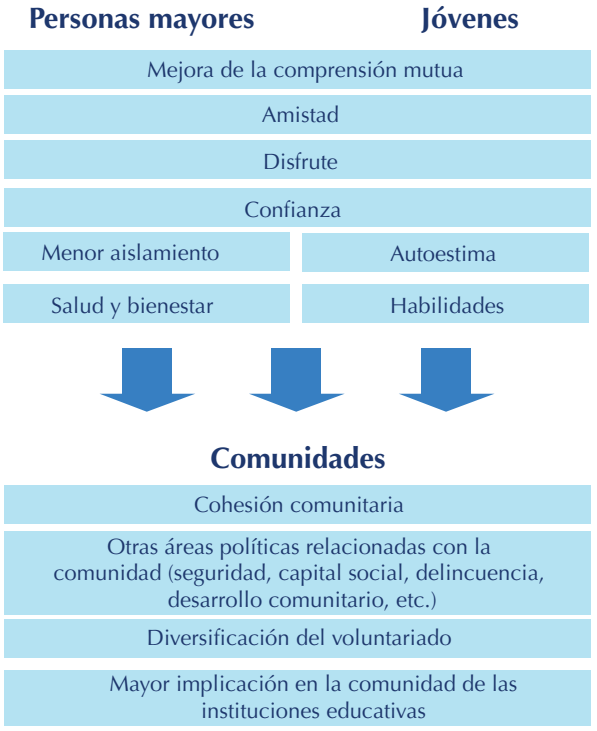
Pasamos ahora a hablar con brevedad de las prácticas intergeneracionales extra-familiares, comunitarias, entendidas como aquellas en las que concurren las tres características siguientes:

a) Participan personas de distintas generaciones, en su mayoría sin vínculo genealógico.
b) Se producen gracias a cierta organización y gestión —es decir, no son espontáneas.
c) Suponen una relación de intercambio de recursos entre los participantes

Cuando estas prácticas toman la forma de programas intergeneracionales y, por tanto, cuentan con una planificación y una sostenibilidad en el tiempo que les permite aspirar a conseguir resultados a medio y largo plazo, sabemos que pueden ser instrumentos eficaces para mejorar las posibilidades de envejecer de forma activa de sus participantes:

«Los programas intergeneracionales no sólo fomentan la participación en la comunidad sino que también promueven el envejecimiento saludable de todas las generaciones. Las investigaciones han demostrado que las personas mayores que realizan con regularidad voluntariado con niños queman un 20% más de calorías a la semana, tienen menos caídas y dependen menos de bastones para desplazarse» (Butts y Kirnjeev, 2007). La investigación internacional ya ha puesto de manifiesto que estos programas, si están adecuadamente planificados y ejecutados, pueden aportar mucho de cara al buen envejecimiento porque contribuyen a mejorar la participación y la calidad de vida, tanto a nivel personal como comunitario (MacCallum et al., 2006; Pinazo y Kaplan, 2007).

Springate, Atkinson y Martin (2008: 14), desde el contexto británico, han repasado la literatura de la que disponemos sobre los resultados que se pueden obtener en las personas mayores, en los jóvenes y en las comunidades con las prácticas intergeneracionales y han esquematizado sus conclusiones en el siguiente esquema:



Como vemos, los cambios que se pueden lograr van en la línea de mejorar algunas condiciones personales y sociales propicias para que las personas y las comunidades puedan contar con más capacidades para envejecer mejor. Sin embargo, esquemas como éste no llegan a concretar la conexión directa que las prácticas intergeneracionales pueden

tener con el envejecimiento activo según lo hemos adoptado en este texto. A este objetivo se acerca algo más la investigación realizada en España, en 2006 y 2007, a la que nos hemos referido más arriba: el proyecto Intergen. Uno de sus fines fue precisamente aclarar qué factores relacionados con el envejecimiento activo podían verse influidos por la puesta en marcha de prácticas intergeneracionales. Tras analizar las valoraciones realizadas por los coordinadores de 132 de esas prácticas en marcha en nuestro país se pudo concluir lo siguiente (Sánchez, Díaz, López, Pinazo y Sáez, 2008):

— El 96,8% de las prácticas identificadas guardaban relación con la solidaridad y el apoyo mutuo intergeneracional
— El 93,7% estaban vinculadas a la promoción de los derechos individuales de las personas mayores (dignidad, independencia, autorrealización, etc.)
— El 89,6% tenían que ver con la promoción de la salud física y mental de las personas mayores
— El 76% de las prácticas favorecía la igualdad de oportunidades (no discriminación) de los mayores
— Un 5,6% estaban conectadas con la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo

Las personas mayores participantes en las prácticas intergeneracionales seleccionadas por el proyecto Intergen reconocieron lo siguiente sobre sus experiencias:

Creo que participar en actividades con niños como en las que yo he participado…	Acuerdo	Desacuerdo
… consigue que las personas mayores sintamos que continuamos siendo útiles para los demás	97,9%	1,0%
… hace que las personas mayores nos sintamos mejor mentalmente	94,8%	3,1%
… hace que las personas mayores nos sintamos mejor físicamente	93,8%	2,6%
… aumenta la dignidad de las personas mayores	88,9%	8,9%
… mejora la solidaridad entre las personas de distintas edades	88,1%	5,2%
… nos hace más capaces de valernos por nosotros mismos	86,4%	8,2%
… sirve para que las personas mayores estemos menos discriminadas	78,2%	13,5%
… anima a las personas mayores a buscar un puesto de trabajo	40,9%	44,6%

En total, el 95,3% de estas mismas personas mayores admitieron sentirse más activas gracias a haberse implicado en actividades intergeneracionales:

Creo que participar en actividades con niños como en las que yo he participado…	Acuerdo	Desacuerdo
… ha aumentado el disfrute de mi ocio y tiempo libre	94,3%	4,1%
… ha aumentado mi interés por ser una persona más activa en la sociedad	88,5%	7,8%
… ha mejorado mi capacidad para cuidar a otras personas	67,7%	21,7%
… ha mejorado mi dedicación a las tareas del hogar (limpiar, cocinar, lavar, planchar…)	44,0%	37,9%

Por su parte, las personas jóvenes participantes en las prácticas intergeneracionales también percibieron el impacto beneficioso que habían tenido para las personas de más edad:

— El 57,4% de éstos creían que, después de haber participado en las actividades del programa, las personas mayores tenían mejor salud; un 53,9% pensaba que a las personas mayores les funciona mejor la cabeza por su implicación en esas actividades.
— El 77,9% estaban de acuerdo con que gracias a este tipo de actividades las personas mayores pasaban a estar mejor vistas por el resto de personas.
— Sólo un 6,4% creían que las personas mayores eran menos felices tras su paso por este tipo de programas.
— Más de 4 de cada 5 personas de otras generaciones encuestadas (82,1%) tenían claro que participar en prácticas intergeneracionales hacía que las personas mayores se sintiesen más satisfechas con sus vidas.

Leído esto no resulta extraño que las personas mayores participantes en estos programas no sólo se declaren muy satisfechas sino que recomienden las experiencia a otras personas y esperen que las distintas Administraciones Públicas inviertan recursos para aumentarlo. De hecho, esto fue lo que llevó al Instituto de Mayores y Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Política Social a poner en marcha la Red Intergeneracional *(www.imserso.redintergeneracional.es)*, dedicada a impulsar las investigaciones, las políticas y las prácticas en favor de unas relaciones más beneficiosas entre las distintas generaciones. En esta misma línea, el Parlamento Europeo ha instado recientemente a

los Estados miembros de la Unión Europea a promover «los proyectos intergeneracionales en los que las personas mayores trabajan junto con los jóvenes para compartir capacidades y adquirir nuevos conocimientos; pide a la Comisión que facilite el intercambio de buenas prácticas en este ámbito» (Parlamento Europeo, 2008: 17). Y la Comisión Europea ha decidido dedicar el año 2012 al envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desarrollo de programas y proyectos de forma generalizada en los que se ponga en valor los apoyos que dan los jóvenes y personas de otras edades a las personas mayores y los que dan éstas a los demás, tanto en su entorno inmediato como en ámbitos más amplios. Para ello, es preciso:

a) Profundizar más, sobre todo de forma empírica, en el conocimiento de los procesos de relación intergeneracionales a todos los niveles —interindividuales, grupales, organizacionales y macrosociales.

b) Sensibilizar a la opinión pública sobre los valores de la solidaridad intergeneracional.

c) Apoyar iniciativas concretas que impulsen la intergeneracionalidad allí donde viven las personas, aumentando la conciencia de pertenencia a una o varias generaciones —según el criterio y fomentando más *lo inter,* es decir, las oportunidades para establecer vínculos entre las generaciones.

d) Elaborar iniciativas dirigidas a promover un intercambio productivo y mutuo entre las generaciones, concentrado en las personas de edad como un recurso de la sociedad.

e) Estudiar y profundizar en la situación específica de una generación que por primera vez tiene que ocuparse al mismo tiempo de sus padres, de sus propios hijos y de los nietos.

CAPÍTULO 16

GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

Los cambios legislativos promovidos por el Gobierno y la aplicación de los diferentes Planes de Acción de Igualdad entre mujeres y hombres a lo largo de estos 25 años han producido transformaciones sociales que también han repercutido en la mejora de la situación de las mujeres mayores.

A pesar de ello, padecen todavía situaciones de desigualdad derivadas fundamentalmente de la implantación de una educación tradicional donde el reparto de tareas en función del sexo, la asignación de roles y estereotipos de género, y la falta de acceso al mercado laboral han contribuido a que este colectivo sea uno de los más afectados por la desigualdad de género. Por tanto, debemos de tenerlo en cuenta, en la aplicación de medidas de carácter transversal que mejoren la calidad de vida de las mujeres mayores.

A la hora de envejecer, no sólo hay diferencias biológicas entre hombres y mujeres, ya que en el proceso de envejecimiento intervienen una diversidad de respuestas biológicas y emocionales, sino que además, interfieren las consecuencias derivadas del tipo de vida que se ha llevado, teniendo en cuenta los condicionamientos económicos, culturales y sociales. Y en el caso que nos ocupa, la construcción social a partir del sexo tiene una especial incidencia en la vida de las mujeres mayores.

Si es habitual hablar del derecho a igual educación, a igual trabajo y remuneración entre las personas de los dos sexos, de los derechos reproductivos de las mujeres, no se acostumbra a visibilizar a las mujeres mayores dentro del colectivo de personas mayores y, menos proponer medidas que les permitan acceder a una mayor igualdad. Visibilizar, que quiere decir, saber en qué condiciones específicas abordan el envejecimiento dados los tipos de vida que han llevado y saber qué potencialidades pueden y quieren desarrollar. Precisamente todas las políticas públicas deben tender a hacer viables los desarrollos de las capacidades de las personas, individual y colectivamente.

Las mujeres españolas mayores de 65 años representan casi el 10% de la población española y el 57,5 % del total de la población de personas mayores en España (7.782.904). Se percibe un mayor peso de la población femenina sobre la masculina, aunque como se ha visto en capítulos precedentes, según las proyecciones demográficas, tiende a disminuir esta diferencia. En función de las condiciones de vida y convivencia, las mujeres mayores, según los datos de la Encuesta de Personas Mayores elaborada por el Imserso en 2010, tiene características diferenciadoras:

Se han presentado en otros capítulos de este libro (primero, quinto, decimocuarto), las cifras de que las mujeres de nuestro país tienen una

esperanza de vida más elevada que los hombres, ventaja que sigue evidenciándose en un indicador más fino, como es la esperanza de vida a los 65 años, que ha hecho que las mujeres mayores de 80 años hayan incrementado su peso poblacional de un 3,8% a un 6,1% en los últimos 20 años. Por el contrario, un indicador de la calidad de vida, como es la esperanza de vida en buena salud (número de años esperados promedio que vive una persona en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad) es superior en los varones, tanto al nacer como a los 65 años. A los 65 años, el 58,2% de los varones disponen de un horizonte de vida en buena salud frente al 46,1% de las mujeres (INE. Hombres y Mujeres 2010). Esta tendencia se acompasa con la europea, ya que si bien las mujeres viven más años, las diferencias se igualan cuando hablamos de esperanza de vida en buena salud. En la Unión Europea de los 27, los hombres mayores de 65 años, tienen una esperanza de vida en buena salud de 8,7 años y las mujeres de 8,9 años (Euroestat, 2010).

Estas divergencias tanto en la esperanza de vida como en la forma en que se envejece tienen especial interés para las mujeres porque conllevan unas necesidades y situaciones que hay que abordar de forma específica.

La propia visión que tienen las mujeres respecto a partir de cuándo una persona puede considerarse mayor está relacionada con estas circunstancias diferenciadoras que marcan el proceso de envejecimiento. La distinción entre las respuestas de hombres y mujeres referidas a la edad «umbral» para ser persona mayor son especialmente notables (Cuadro 21). Así, para una gran mayoría de los hombres consultados, la edad de entrada en el grupo de personas mayores es los 65 años, mientras para las mujeres es los 70 años, percepción que está influenciada por el estado de salud, la capacidad cognitiva y las habilidades sociales. La edad obligatoria de salida del mercado laboral, hasta ahora los 65 años, influencia en la visión mayoritaria de los hombres hacia una envejecimiento más temprano, permaneciendo en la percepción de las mujeres un período posterior a los 65 años que puede ser igualmente válido a los anteriores para realizar una vida plena.

De hecho, para las personas mayores de 65 años, la consideración de cuándo una persona es mayor difiere de la población en general, aunque se mantiene la relación de que las mujeres consideran a una persona «como» mayor, más tardíamente que los hombres. Hay que destacar que dentro del grupo de personas de edad, la mayoría de hombres y de mujeres y en el mismo porcentaje, 36,2%, consideran que «ser mayor» no depende de la edad. En segundo lugar, un 18,1%

de los hombres, sienten que se es mayor a los 65 años, mientras un 15,4% de las mujeres no piensan que se «es mayor» hasta los 75 años (Imserso. EPM. 2010).

Cuadro 21. Edad de entrada a la vejez según sexo.

Grupos de edad	Hombres	**Mujeres**
Pasados los 60 años	14,8%	11,2%
Pasados los 65 años	30%	20,8%
Pasados los 70 años	26,3%	31%
Pasados los 75 años	7,6%	11%
Pasados los 80 años	3%	6,4%
No depende de la edad	16,4%	18,3%
No sabe/No contesta	1,9%	1,4%

Fuente: CIS. Estudio 2801. Mayo 2009.

A. UN PUNTO DE PARTIDA

1. La salud

Se ha dicho muchas veces, las mujeres viven más pero viven peor. Esta idea tan repetida desde hace tanto tiempo necesitaría ser contrastada de manera específica para ser considerada representativa de la situación actual. Por ejemplo, no es válida sin más la mera constatación del número de visitas/consultas que hacen las mujeres mayores a los médicos de familia, ya que el papel que juega la mujer como agente de salud familiar es diferente al del hombre. Lo que sí se desprende de las respuestas de las personas mayores es una percepción distinta de su salud. Es una constante en los resultados de los estudios de personas mayores, que la percepción **subjetiva** que tienen las mujeres sobre su salud es más negativa que la de los hombres, diferencia que llega alcanzar los 18 puntos.

Una buena salud es determinante en la calidad de vida y diferentes investigaciones coinciden prácticamente en sus cifras: un 15% más de mujeres mayores perciben su salud peor que los hombres. (Imserso, EPM. 2010; INE, Encuesta Europea de Salud, 2009).

La visión subjetiva tiene cierta correspondencia con la salud real. El diagnóstico de enfermedades relacionadas con limitaciones para actividades de la vida cotidiana muestran una mayor prevalencia en las mujeres mayores, como se ha detallado en el capítulo quinto. En este mismo sentido se dirigen los datos proporcionados por la Encuesta Eu-

ropea de Salud en España: un 10,3% de las mujeres de 65 a 74 años y un 25,2% de las que superan los 75 años presentan graves limitaciones debidas a problemas de salud. Estos porcentajes, en el caso de los hombres se reducen hasta un 7% y un 17,6%, respectivamente. Por el contrario, un 64,3% de los hombres de 65 a 74 años y un 43,4% de los mayores de 75 declaran no tener ninguna limitación derivada de problemas de salud. En el caso de las mujeres, estas cifras tienen un sesgo más negativo hasta llegar a un 50% y un 30,5%, respectivamente.

Según esta misma encuesta, el 17,9% de las mujeres de 65-74 años y el 44,4% de las mayores de 75 años tienen limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Este porcentaje, en el caso de los varones, se reduce al 10% y al 30,4%, respectivamente. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE/Imserso, 2008), refuerza la tendencia de estas cifras: a partir de los 65 años, las tasas de discapacidad muestran un perfil muy diferencial según el sexo, incrementándose, de forma significativa, en el caso de las mujeres, según aumenta la edad.

Junto con la tipología de patologías mencionada, hay otra serie de indicadores que se correlacionan con una mejora de la calidad de vida, como son: el sobrepeso, la obesidad, la calidad del sueño y la práctica de la actividad física. La Encuesta Europea de Salud en España, de 2009, ya mencionada, descubre que las mujeres tienen menos sobrepeso que los hombres (entendida esta situación como aquella en la que existe un índice de masa corporal de entre 25 y 29,9 kg/m^2), lo cual se mantiene, incluso, para las personas de más de 65 años. En concreto, más de la mitad de los varones mayores de 65 años tienen sobrepeso, mientras que, en el caso de las mujeres, los porcentajes se reducen hasta el 43,6%, en el grupo de mujeres de 65 a 74 años, y hasta el 39%, en el caso de las mayores de 75 años.

Sin embargo, ocurre lo contrario cuando hablamos de obesidad, es decir, cuando el índice de masa corporal supera los 30kg/m^2. En estos casos, la población mayor de 65 años presenta el perfil inverso y, también el contrario a lo que ocurre para el conjunto de la población. Es decir, las mujeres mayores de 65 años presentan una mayor tasa de obesidad que los varones de la misma edad. En concreto, 27 de cada 100 mujeres de 65-74 años y 24 de cada 100, de entre las mayores de 75, son obesas. Unos porcentajes que, en el caso de los hombres, se reducen al 24% y al 17%, respectivamente.

En la obesidad influyen cuestiones genéticas y metabólicas pero, en mayor medida, vienen determinadas por cuestiones que tienen que ver con los hábitos alimenticios y con la actividad física. Cuando

analizamos este último aspecto vemos que las mujeres son más activas que los hombres hasta los 74 años a partir de ese momento, las mujeres se vuelven más sedentarias que los hombres. En todo caso, sólo un 9,66% de los varones de 65-74 años y un 25,5% de los mayores de 75 años declaran no realizar ningún tipo de actividad. Unos porcentajes que se incrementan hasta el 15,5% y el 35,2%, respectivamente, en el caso de las mujeres. A la inversa, los porcentajes de hombres mayores de 65 años que declaran realizar actividad física *intensa* son superiores a los de las mujeres. Conviene llamar la atención que casi un 43% de las mujeres mayores realizan una actividad física moderada, doce puntos más que los hombres, actividad que los especialistas sanitarios consideran suficiente para un mantenimiento adecuado de la salud.

Además, de acuerdo a la Encuesta de Empleo del Tiempo (INE. 2009-2010), la mitad de las personas mayores de 65 años dice realizar actividades deportivas al aire libre. Los hombres en mayor número que las mujeres (seis hombres por cada cuatro mujeres) y durante un mayor tiempo horario (los hombres dicen que practican actividades deportivas al aire libre durante dos horas y 12 minutos y las mujeres 1 hora treinta y cinco minutos).

La cantidad y calidad del sueño se considera como otro importante indicador en la calidad de vida. Los datos (INE/MSPS. Encuesta de Salud de 2006), no confirman el tópico de que con la edad las horas de sueño disminuyen. En realidad, lo que se produce es una cierta «dicotomía». De otro lado, existe la tendencia, en una parte de la población a dormir menos a medida que se incrementa la edad. Así, más de un 14% de las personas mayores de 65 años declara dormir menos de 6 horas, cuando la media, para el total de la población, es de un 8,5%. Pero, al tiempo, existe la tendencia contraria en otro sector poblacional, de modo que existe un 17,4% de las personas mayores de 75 años que declaran dormir más de 10 horas, cuando esta circunstancia, a nivel de la población en general, se da en un 6,4%.

Esta doble tendencia, sin embargo, ofrece un perfil diferencial cuando la analizamos desde una perspectiva de género. Las mujeres mayores duermen menos horas que los hombres, diferencia que es más acusada en la franja de menos horas de descanso (seis horas) distinción con los varones que llega a alcanzar los cuatro puntos.

En general, respecto a la salud de las mujeres mayores se puede aseverar que la perciben peor en términos generales que los hombres, y que los indicadores que inciden en una mejor calidad de vida ofrecen resultados inferiores que los de los hombres.

Los factores culturales y biológicos inciden a lo largo de la vida en la salud de las mujeres mayores. Un mejor conocimiento de los riesgos que parecen tener las mujeres mayores debe dar lugar a desarrollar medidas preventivas en el ámbito social y en el ámbito sanitario que fomenten hábitos de vida saludable: la mejora de la alimentación, una mayor atención corporal, la práctica de ejercicio físico contribuirían sin duda, a elevar el incremento de la salud de las mujeres mayores y a garantizar una mayor calidad de vida.

2. Educación

El vuelco que se ha producido desde mediados del siglo pasado en la educación femenina es uno de los factores principales del camino de la sociedad hacia una mayor igualdad en los derechos de ciudadanía (Cuadro 22). La educación es uno de los ámbitos donde la diferencia entre la situación de las mujeres de más de 65 años y las de 40 años es actualmente mayor, no solamente en los niveles más elementales, sino en la participación de las mujeres en los estudios universitarios (INE, Base 2009).

Cuadro 22. Mujeres según nivel de estudios alcanzado.

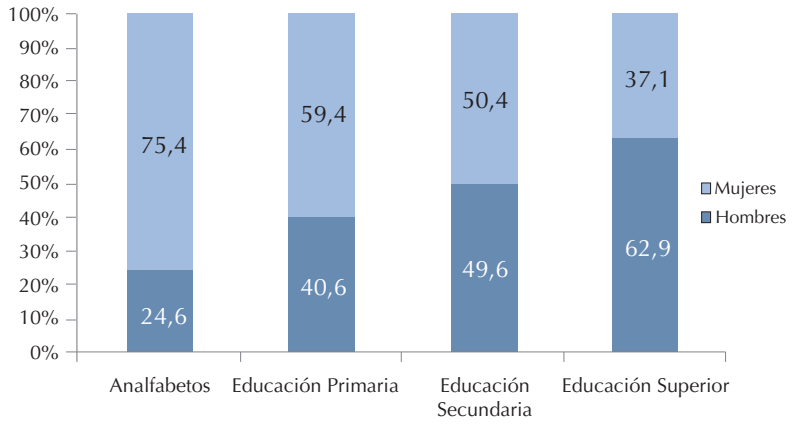
	De 40 a 44 años	De 55 a 59 años	De 65 a 69 años	De 70 y más
Analfabetas	0,83	2,08	6,21	11,43
Educación Primaria	10,39	43,38	67,69	76,41
Educación Secundaria	56,46	39,61	19,21	8,03
Enseñanzas técnico-profesionales	9	2,52	1,33	0,6
Enseñanza Universitaria de 1er y 2º ciclo	22,54	12,09	5,57	3,51
Enseñanza Universitaria de 3er ciclo	0,81	0,34	0,80	0,05

Elaboración propia. Fuente. INE base 2008/2009

Las fuertes diferencias en relación a los dos grupos de edad, de 40 a 44 años y de 55 a 59, indican las posibilidades tan distintas que van a tener estas mujeres cuando alcancen los 70 años, en relación a las posibilidades de las actuales mujeres de esta edad. En general, las personas mayores con estudios superiores y secundarios tienen niveles de renta más elevados, es decir, que después de los 65 años se mantienen, lógicamente, las diferencias de renta anteriores. Este hecho condiciona las formas de vida, de convivencia, de edad de jubilación, de acceso a los servicios sociales y de posibilidad de ayudas en la vivienda propia,

e incluso, de estados de ánimo para afrontar la vida diaria, al tener mejores recursos de afrontamiento (Imserso. ECV 2004, 2006, EPM 2010). En la actualidad, resalta todavía el analfabetismo de las mujeres mayores, en una relación de tres a uno respecto a los hombres, que pone de manifiesto carencias de educación no cubiertas (Gráfico 89).

Gráfico 89. Nivel de instrucción de las personas mayores según sexo, 2010



Fuente: INE: Encuesta de Población Activa, 2010.

El bajo nivel educativo del conjunto de las personas mayores no es óbice para el interés que muestran en desarrollar actividades relacionadas con la formación. La predisposición a llevarlas acabo de las mujeres de más de 65 años es mayor que la de los hombres incluso con la desventaja de partida de su menor nivel de instrucción. Según datos de la Encuesta sobre Participación de la Población Adulta en Actividades de Aprendizaje (INE. 2007), sólo un 3,8% de los varones de esta edad tenía intención de aprender o de seguir aprendiendo. Este porcentaje se incrementa hasta el 6,8% cuando hablamos de las mujeres.

Esta tendencia parece romperse en el caso del aprendizaje de las nuevas tecnologías. Según datos de esta misma encuesta, el 90,9% de las mujeres de 65 a 74 años dice no saber utilizar un ordenador, cifras, que no deben ocultar que la tendencia es a una incorporación progresiva.

La falta de posibilidades educativas que tuvieron las mujeres mayores actuales reclama de la sociedad una repuesta al derecho de recibir una formación a la que no tuvieron acceso en su niñez y juventud, de ahí la necesidad de ofrecer actividades formativas que faciliten su inserción en el mundo actual y, en consecuencia, disminuyan la desigualdad

sufrida. Alcanzar este objetivo supone un mayor conocimiento de los medios y formas más adecuados para ofrecer esta formación, así como de las materias a ofertar. Es perentorio buscar horizontes de materias nuevas para las mujeres mayores, que se relacionen con los cambios tecnológicos habidos, así como aquellas que utilizando como base los conocimientos de las propias mujeres supongan una mejora y, por lo tanto, una autoafirmación de sus capacidades.

Las desigualdades en la educación y en el acceso a trabajos remunerados conducen a las que hoy se ponen de manifiesto en la participación en la sociedad del conocimiento. El desconocimiento de las TICs por una abrumadora mayoría de mujeres mayores trae como consecuencia su dificultad para realizar determinados trámites administrativos, de comunicación o comerciales, generando situaciones de dependencia que no se corresponden con sus habilidades y potencialidades. Las lagunas que las mujeres sufren en cuanto a formación reglada exigen para superarse una correcta adecuación al medio en que las mujeres mayores habitan, ya que las condiciones vitales y las necesidades son muy distintas en el ámbito rural o en el urbano. Aunque ha habido muchas iniciativas es todavía un terreno en el que no se ha alcanzado niveles mínimos de mejoras constatables con la desigualdad de partida.

Resulta muy esperanzador cómo la educación y la formación interesa a las mujeres, que demuestran tenerlas en un alto grado de valoración Ejemplo del interés de las mujeres por la educación es la mayor participación de las mujeres de entre 65 y 74 años en actividades educativas, tanto en actividades formales como no formales (Cuadro 23).

Cuadro 23. Participación de personas mayores en actividades formativas.

	Hombres	Mujeres
En actividades de educación formal	1.721.713	2.008.935
En actividades de educación no formal	84.239	193.346
En actividades educativas de otro tipo	87.395	211.302

Fuente. INE. EPA. 2007.

El interés manifiesto de las mujeres mayores por la formación, facilita plantearse que la edad puede ser para la mujer una oportunidad para aprender, una etapa con posibilidades de mejora de su inserción social y de su autorrealización, siempre que se le ofrezcan las opciones adecuadas.

3. Vivienda

Las mujeres mayores por sus condicionantes demográficos —esperanza de vida— y sociales —diferencias de edad entre los dos miembros de la pareja— suelen hacer uso de su vivienda habitual durante un período más largo de tiempo. En una etapa que podemos denominar inicial de su vida como personas mayores, la vivienda suele compartirse con la pareja o incluso con algún hijo. Cabría pensar que su relación con este espacio físico, escenario primordial de su vida cotidiana no cambia, en relación a etapas anteriores. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que pueden darse circunstancias que vayan marcando necesidades distintas. A modo de ejemplo, cabe considerar la incidencia de la jubilación laboral propia: las actividades que realiza a partir de este momento en la vivienda son distintas o más variadas que las que realizaba anteriormente, lo que le obliga a una utilización del espacio diferente. Lo mismo ocurre cuando es su pareja la que se jubila, afectando al espacio que hasta entonces gestionaba en solitario durante un gran número de horas al día.

Cualquiera de estas circunstancias, como también la convivencia con hijos mayores, actúa de forma diferente sobre los espacios comunes familiares. Y esto es importante. Lo es para toda persona, pero quizás cabe considerar que de forma especial para la mujer. La búsqueda de un lugar propio, de un espacio en el que la autoconciencia sea posible, es una necesidad puesta de manifiesto en múltiples textos literarios en relación con la mujer. Su papel en la familia y el rol que la misma juega en la vida de muchas mujeres explica esta necesidad. Se considera «normal» que los hombres que se jubilan manifiesten la necesidad de contar una mesa para poder trabajar. No se percibe esa necesidad para las mujeres, y también ellas requieren de un espacio propio donde reconocerse.

A una edad más avanzada se precisa de una serie de características de la vivienda adecuadas a las condiciones o posibles limitaciones físicas. De ahí que la adaptación de la vivienda pase a ser un aspecto fundamental. Precisamente en esta etapa de edad avanzada muchas mujeres pasan a ser las únicas habitantes de su vivienda, lo que supone un cambio en lo que ha sido el hogar familiar. En estos casos, puede darse la paradoja de que, por una parte, sea más fácil determinar las adaptaciones necesarias para hacer cómoda la vivienda, por otra, que una disminución de los ingresos de la mujer mayor haga imposible la financiación de estas adaptaciones. Al preguntar a la sociedad española cuál de las situaciones que afectan a las personas mayores pre-

cisa una atención más urgente, aparece en primer y segundo lugar, la adaptación de las viviendas a sus necesidades y con mayor intensidad por parte de las mujeres: un 19,6% de mujeres y un 15,6% de hombres consideran prioritario la accesibilidad de la vivienda (CIS. Estudio 2801. 2009).

Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con los datos existentes, las viviendas habitadas por mujeres mayores, como persona de referencia o sola, tienen peores condiciones que las que tienen a un hombre mayor como persona de referencia (Imserso. ECV 2006). Un 15% de las mujeres mayores de 65 años no puede permitirse tener su hogar a la temperatura adecuada, la propiedad de la vivienda supera el 90% en el caso de los varones de 65 y más años, porcentaje que desciende en el caso de las mujeres casi diez puntos. A estas diferencias, hay que añadir que el 49% de mujeres mayores dicen no poder hacer frente a un gasto imprevisto, que suele presentarse en relación con la salud o con reparaciones de la vivienda y de electrodomésticos.

En todo caso, con independencia del sexo de la persona mayor, la financiación de las adaptaciones de la vivienda a las necesidades de los mayores que la habitan es un tema que condiciona su calidad de vida, cuando no su necesidad de atención por parte de otras personas.

La importancia que tiene para la mujer la intimidad y creación de un espacio/hogar propio disminuye las preferencias de las mujeres mayores hacia los alojamientos colectivos carentes de este concepto. Las residencias con estas características están muy poco desarrolladas en España y a medida que se incrementen facilitarán a la mujer su acceso afectivo, ya que las mujeres suelen adaptar más fácilmente el espacio propio como un espacio de hogar.

4. Economía de las mujeres mayores

La economía de las mujeres mayores viene marcada por dos situaciones relacionadas entre sí: la relativamente baja participación en el mercado laboral a lo largo de su vida y la mayor dependencia de las pensiones no contributivas y las pensiones de viudedad. En cuanto a la primera hay que recordar que, al igual que en la educación reglada, hay una diferencia notable entre la participación en el mercado laboral de mujeres de 40 y menos años de la participación de mujeres de 65 y más años. Este hecho condiciona la segunda situación, a la que se unen la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación a los hombres y las diferencias de edad usuales en las parejas, lo que explica la fuerte incidencia de las pensiones de viudedad.

Dado que en nuestro país y en toda la Unión Europea las pensiones son la principal fuente de renta de las personas mayores, hay que buscar en sus beneficiarios para saber cómo viven, en este caso, las mujeres mayores.

Dentro de las pensiones contributivas de jubilación, los hombres totalizan 3.360.795, siendo la media de su pensión 1.070,68 euros mensuales, mientras 1.880.867 mujeres gozan de una pensión contributiva media de 636,70 euros (Seguridad Social. Estadísticas. Junio 2011). La notas destacables son de un lado la permanencia en el sistema de pensiones de las mujeres: el número de beneficiarios hombres entre los 65 y 85 años se reduce en un 60% mientras las mujeres lo hacen en un 30% y de otro, la cuantía media de la pensión más elevada en los hombres que en las mujeres, diferencias existentes a lo largo de todas las edades del sistema contributivo de pensiones.

Un dato que contribuye a esclarecer el diferencial establecido en las carreras laborales de las mujeres mayores actuales son las pensiones de jubilación no contributivas, que en enero de 2011 alcanzaban un total de 34.841 (17,57%) hombres y 163.435 (82,43%) mujeres. El perfil del pensionista de PNC de jubilación es predominantemente el de mujer española, casada con una edad comprendida entre los 70 y 79 años, y conviviendo en una unidad familiar formada por dos y/o tres miembros. La cuantía de la pensión no contributiva de jubilación íntegra para el año 2011 es de 347,60 euros.

De igual manera, las pensiones de viudedad muestran la mayor longevidad de las mujeres y el desequilibrio existente entre los pensionistas de esta modalidad. Mientras hay 2.147.595 mujeres con pensiones de viudedad con una cuantía media de 596,60 euros, los hombres con derecho a pensión de viudedad ascienden a 160.261 con una pensión media de 449,02 euros.

Si como se ha avanzado en el capítulo cuarto, la principal fuente de renta de las personas mayores son las pensiones, se deduce que los ratios económicos más desfavorables hacia las mujeres repercutan en sus niveles de renta.

Estas diferencias, que lógicamente son diferencias de rentas, conducen a una importante incidencia de la pobreza entre las mujeres mayores. El riesgo de pobreza (como ya se ha visto en el capítulo de economía) en nuestro país tiene una mayor probabilidad en el colectivo de las personas mayores respecto a las de las demás edades, incluso la de los más jóvenes, y se mantiene en el colectivo de mujeres mayores el riesgo de la feminización de la pobreza, disminuido por el aumento de las pensiones mínimas que se ha producido en los últimos años, que ha

afectado positivamente a las mujeres, aunque la crisis económica ha matizado este riesgo frente a otros colectivos de población más afectados por las variaciones del mercado laboral.

Nuestro país se encuentra dentro de la tendencia general europea del riesgo de pobreza manteniéndose las tasas en niveles cercanos al 25% para las personas mayores (INE. ECV, 2010 provisional) a pesar de haberse logrado una mejora sustantiva en el último período de tiempo, a través de medidas dirigidas a evitar el riesgo de pobreza, como por ejemplo incrementando las pensiones mínimas.

La incidencia del riesgo de pobreza en las personas mayores viene marcada, por un patrón compuesto por: edad, género y forma de residencia, de tal manera que una mayor edad, ser mujer y vivir en un hogar unipersonal incrementaría el riesgo de entrar en los umbrales de pobreza relativa.

La tasa de riesgo de pobreza para las personas mayores de 65 años ha evolucionado positivamente en nuestro país en el período 2004-2010, habiendo descendido en cinco puntos, desde un 29,5% al 24,6%. Este descenso es igual de significativo para hombres y mujeres en cinco puntos porcentuales y se mantiene en el año 2010 las mismas diferencias dependiendo del género a favor de los hombres. Los varones tenían en el año 2004 una tasa de riesgo de pobreza de 26,5% y las mujeres del 31,7%; en el año 2010 las tasas disminuyen a 21,8% y a 26,7% respectivamente.

Ahora bien, este riesgo se reduce cuando se imputa la vivienda en propiedad como renta (Cuadro 24).

Cuadro 24. Evolución (2004-2010) riesgo de pobreza con alquiler imputado.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
2004	15,5	16,4	14,8
2005	16,9	17,9	16,1
2006	16,8	17,7	16,2
2007	15,6	16	15,3
2008	14,1	15	13,5
2009	13,7	14,2	13,3
2010	13,2	12,5	13,8

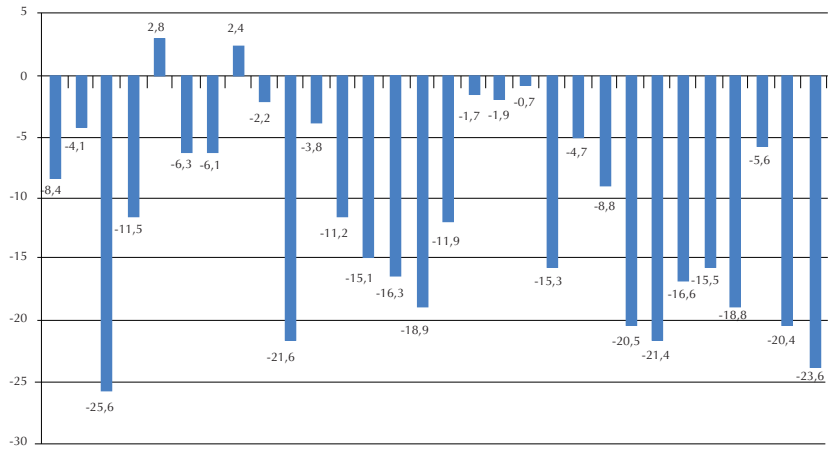
Notas:
1.- En esta tabla la definición de renta del hogar incluye el alquiler imputado. El alquiler imputado se aplica a los hogares que no pagan un alquiler completo por ser propietarios o por ocupar una vivienda alquilada a un precio inferior al de mercado o a título gratuito. El valor que se imputa es el equivalente al alquiler que se pagaría en el mercado por una vivienda similar a la ocupada, menos cualquier alquiler realmente abonado.

* Datos de 2010 provisionales.

Fuente: INE. ECV 2004-2010

El alto porcentaje de personas mayores que declaran ser propietarias de su vivienda (83%), un 80% en el caso de las mujeres (Imserso, EPM, 2010), mejora sustancialmente la situación económica de las personas mayores y de las mujeres mayores en particular, con respecto al ratio de pobreza, reduciéndose al 13,8% en el año 2010. (INE. ECV. Datos provisionales 2010). El otro factor que incrementa el riesgo de pobreza de las personas mayores es vivir en un hogar unipersonal. Este riesgo es claro a tenor de los datos de la Unión Europea. El riesgo de pobreza afecta a las personas mayores de 65 años y, de manera particular, a las mujeres (Gráfico 90) donde se aprecia que, para el conjunto de los países de la Unión Europea, las mujeres que viven solas tienen un riesgo de pobreza 8,4 puntos superior al de los hombres.

Gráfico 90. Diferencias de género riesgo de pobreza Hogares unipersonales. UE 2009.



Fuente: Euroestat. 2009. http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm
Nota: el indicador se define como la diferencia absoluta entre hombres y mujeres de la tasa de riesgo de pobreza en los hogares unipersonales. (Traducción propia).

La búsqueda por complementar estos bajos ingresos impulsa a un importante grupo del colectivo de mujeres mayores (y entre ellas inmigrantes), a dedicarse a trabajos en tareas de limpieza y otros servicios similares en hogares. En el trabajo doméstico, inmigrante o no, es habitual encontrar mujeres, con edades superiores a los 65 años que complementan sus bajos ingresos con horas o días como limpiadoras o empleadas de hogar, o en otros tipos de economía informal como la venta callejera. Son ejemplos que ponen de manifiesto cómo es necesario tener en cuenta la situación económica para poder hablar y proponer formas de envejecimiento activo adecuadas a las distintas situaciones,

en la misma medida en que hay que considerar la salud, la educación o las formas de convivencia familiar.

- **Aportaciones a la economía relacional**

Las mujeres mayores se sienten más ocupadas que los hombres (70% frente al 66,8 %). Esto tiene que ver con el reparto de tareas en el hogar en donde sigue la asignación tradicional de roles en función del género y como repercute sobre ellas el trabajo del cuidado. De hecho, para la mayoría de las mujeres mayores el paso a la edad de jubilación no difiere mucho en sus ocupaciones, puesto que el 62,9 de las mujeres mayores permanecen realizando actividades en el ámbito doméstico no remuneradas.

Aunque los hombres se van incorporando a las tareas del hogar una vez iniciada la edad de jubilación, existe un reparto de funciones caracterizado por la división del espacio público y privado que ha marcado la manera de socialización de los hombres y las mujeres, por tanto, ellos se ocupan más de las pequeñas reparaciones domésticas, gestiones de carácter externo y acompañamientos a realizar compras. Y, ellas siguen desarrollado mayoritariamente las tareas del hogar respecto a la limpieza, el cuidado de la ropa y hacer la compra. Esta diferente distribución de labores, ya conocida, conviene hacerla explícita para entender el tipo de inserción social de la mujer mayor y, en consecuencia, comprender su aportación en todos los ámbitos en los que desarrolla su vida, así como los servicios y atenciones personales que recibe.

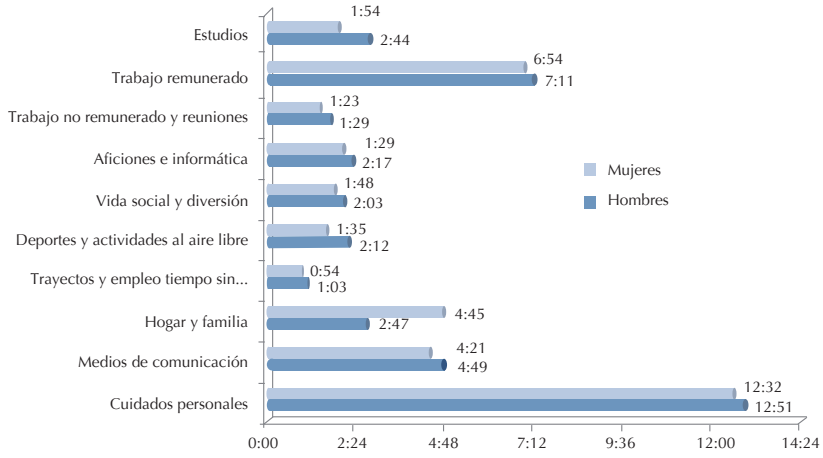
La Encuesta de Usos del Tiempo 2009-2010 (INE. Datos provisionales, julio de 2010) muestra el diferente peso de las actividades dependiendo de si se es hombre o mujer (Gráfico 91). Puede apreciarse cómo la mujer mayor duplica el tiempo de dedicación en las tareas del hogar.

El trabajo desarrollado dentro del hogar, actividad por antonomasia que realiza la mujer mayor, alcanza unos porcentajes elevados: un 77% lava la ropa, un 65% hace la compra, un 63% hace la limpieza y un 80% cocina.

Es evidente que la superación de la edad de jubilación laboral no tiene incidencia en cuanto al trabajo doméstico de las mujeres mayores.

Frente a estas tareas, el 69% de los varones mayores hace gestiones y un 63% pequeñas reparaciones, es decir, tareas no diarias y que no precisan de un ritmo continuado de realización. Incluso, ir a hacer la compra diaria y semanal es tarea que realizan sobre todo las mujeres mayores: la compra semanal dicen realizarla el 80,6 de las mujeres mayores y el 59,3 de los hombres (Imserso, ECV 2004, 2006, EPM 2010).

Gráfico 91. Distribución del tiempo diario. Personas mayores de 65 años.



Fuente: INE. Encuesta Usos del Tiempo. Datos Provisionales. 2010.

La aportación de la mujer mayor a la atención familiar es muy elevada, incluyendo no sólo a las mujeres que han sido amas de casa anteriormente, sino también muchas de las que han realizado trabajos remunerados fuera del hogar. Pero, y sobre todo, es en su dedicación a los cuidados de los componentes de la familia donde la mujer tiene un papel protagonista, que no disminuye con la edad. Las mujeres mayores participan en el cuidado de las personas que lo necesitan dentro de sus redes familiares y sociales, siendo esta aportación un elemento clave del equilibrio familiar de las generaciones más jóvenes. Así mismo, la transferencia de informaciones, conocimientos y hábitos en el ámbito doméstico es un aspecto relevante de sus aportaciones en el hogar, especialmente en las relaciones con nietos.

Esta división de lo público y lo privado también se produce a la hora de desarrollar actividades de ocio y tiempo libre, en las que las mujeres mayores pasan más tiempo en casa escuchando la radio, viendo la televisión o realizando manualidades y ellos realizan más actividades en el espacio público, como pasear, estar con amistades o acudir a cafeterías o centros de mayores.

En cuanto a contribuciones que proporcionan las mujeres mayores a los demás, hay que mencionar su participación en los distintos contextos de «otros apoyos informales». En este caso, muchas actividades que realizan las mujeres mayores son actividades de voluntariado, pero sin estar ligadas a una organización concreta, actividades que quedan invisibilizadas para los poderes públicos y la propia sociedad.

Si es complicado conocer el alcance total de estas aportaciones hacia la sociedad, también lo es saber el número total de mujeres mayores que llevan a cabo este tipo de actividades al no existir investigaciones al respecto.

Sin embargo, sí puede afirmarse que el voluntariado suele tener una recepción más positiva por parte de las mujeres mayores que en los hombres mayores, aunque, no siempre se ofrece la diversidad de actividades y los reconocimientos que puedan facilitar dicha actividad. Merece la pena insistir no sólo en actividades de voluntariado que tienen relación con el rol social «de mujer», como son los cuidados a quienes los necesiten, sino otras actividades relacionadas con temas culturales o cívicos en los que no siempre se tiene en cuenta la posible aportación de las mujeres. En todo caso, existe un cúmulo de aportaciones de las mujeres mayores hacia la sociedad en el ámbito del voluntariado que puede desarrollarse mucho más y aunque hay una gran divergencia de cifras sobre su participación, parece claro que las mujeres mayores (7,3%) superan claramente a los hombres (2,7%) en esta actividad.

Dentro de este ámbito hay que mencionar la relación de las mujeres mayores con la parroquia. Aparte del aspecto de culto, su relación incluye actividades que también pueden incluirse en el voluntariado (un 6,2% dice participar en las actividades parroquiales. (Imserso. EPM 2010).

- **Consumo**

El papel de la mujer mayor facilitando el ahorro o racionalizando el consumo es habitual en el hogar, aunque no haya información suficiente que permita valorarlo, un dato significativo es el signo más ahorrador de las personas mayores (capítulo cuarto) frente a los grupos de edad más jóvenes.

Los numerosos y rápidos cambios tecnológicos y sociales acaecidos en las últimas décadas hacen poco visible la aportación de conocimiento de las personas mayores que, sin embargo, son importantes a la hora de facilitar la continuidad de las relaciones sociales y evitar rupturas que serían traumáticas. La memoria de experiencias vividas genera comprensión y respuestas adecuadas en situaciones que el resto de la sociedad sólo percibe como nuevas.

También hay que considerar la información y conocimientos en sentido inverso; es decir que al iniciarse tienen como receptoras a las mujeres mayores. Por ejemplo, al comentar las desigualdades de educación se ha constatado el mayor interés de las mujeres en participar en actividades educativas y es en este tipo de gasto donde las mujeres ma-

yores parece que tienden a dedicar más recursos que los hombres (un 17% / 14%. Imserso. EPM. 2010). Es obvio que este interés merece ser potenciado teniendo en cuenta los intereses explícitos de las mujeres mayores y también las necesidades de la sociedad en cuanto a lograr niveles de conocimiento que tengan en cuenta a la vez el desarrollo personal y los cambios que se están generando. El uso de las tecnologías de la comunicación aparece como un tema importante, no sólo en cuanto al uso de ordenadores, sino también en cuanto a posibilidades de comunicación a través de teléfonos móviles ampliamente habitual, pero que se usan muy por debajo de sus posibilidades.

En general, la transmisión de conocimiento puede desarrollarse mucho más de lo que hasta ahora se ha hecho, sea mediante un mayor uso de medios como es la radio o la televisión, sea mediante un aumento de actividades presenciales. Si un 96% de las mujeres mayores dice ver la televisión y un 66% oír la radio es seguro que ya reciben buenas dosis de información. Se trata de lograr que esta información se genere de forma objetiva e interesante, además de suficiente, en cuanto a las cuestiones que puedan afectarles, al igual que se intenta con la información que se dirige a otras capas de población. Pero además, estos medios son un buen canal para la distribución de contenidos formativos que mejoren el nivel de conocimiento de las mujeres mayores y les permitan salir o amortiguar la situación de desventaja en la que muchas se encuentran.

Dentro de estos conocimientos ligados a la educación, aunque en un ámbito muy específico, hay que citar las actividades de autocuidado que antes se han mencionado al tratar el tema de la salud, aspecto que merece potenciarse, ya que dados los problemas de salud conocidos, una mejor información y formación, a través de las posibilidades que ofrecen estos medios, puede contribuir a una mejora en su calidad de vida y, por lo tanto, en la de la sociedad en general.

Igualmente merece tenerse en cuenta sus saberes vitales sobre los espacios más próximos del barrio, del pueblo, que pueden mejorar la calidad de vida de quienes los reciben, además de facilitar la inserción social. Se trata de cuestiones a las que no se presta suficiente atención y que están ligadas al logro de una mayor seguridad, al permitir un mejor conocimiento de su entorno.

5. Seguridad

La necesidad de seguridad, entendida en sentido amplio y a la vez en el sentido relativo a la ausencia de violencia, no es patrimonio exclusivo de las mujeres mayores. Pero cuanto más larga es su vida en relación con las personas de su entorno, más importante resulta.

La seguridad abarca muchos ámbitos. En primer lugar, el ámbito de la salud y, en relación a la misma, de la respuesta a la aparición de la dependencia. Las personas mayores no sólo necesitan respuestas sociosanitarias adecuadas, sino también niveles de información suficientes para sentirse tratadas como personas adultas que son. Sin información surgen temores que pueden no estar justificados. El tipo de problemas médicos más habituales no siempre revisten gravedad (en cuanto no suponen riesgo de fallecimiento) lo que puede estar en el origen de respuestas sanitarias correctas desde el punto específico de la salud, pero no desde el punto de vista de atención a la vulnerabilidad personal. Las mujeres mayores que a lo largo de su vida han sido muy activas en el cuidado de la salud de los miembros de la familia, lógicamente, quieren seguir teniendo la misma actitud activa respecto a sí mismas. Sus características positivas o negativas en cuanto a la comunicación no pueden ser un obstáculo para que obtengan una respuesta que potencie su seguridad.

Un segundo aspecto que debe tenerse en cuenta en el ámbito de la relación con el entorno es el de la relación con las instituciones, especialmente con las administraciones públicas. Las mujeres mayores encuentran dificultades importantes en especial para determinados trámites que están informatizados o que responden a procesos administrativos que no conocen bien, llegando a no poder ejercer directamente sus derechos de ciudadanía y obligando a una dependencia que no aporta nada positivo a su seguridad. Lo mismo ocurre en determinados aspectos de su relación con las entidades financieras. El derecho a ser atendidas de acuerdo con sus necesidades y posibilidades debe ser considerado por quienes tienen como función resolver las cuestiones que estas mujeres les planteen. En algunos casos, se observa demanda de servicios profesionales para atender trámites y gestiones que ocasionan un gasto para la mujer mayor, que no se justifica y que no se corresponde con sus posibilidades económicas. La información adecuada, así como los temas de formación antes mencionados, tienen una gran relevancia.

El entorno de muchas mujeres mayores, su barrio, su vecindario, puede haber sufrido cambios que disminuyen la seguridad en los movimientos. No sólo porque hayan cambiado sus características físicas, sino también las personas que habitan en su entorno. El caso de los centros de las ciudades es paradigmático. Las características del barrio en cuanto a su accesibilidad, la iluminación, tienen una gran importancia para las mujeres mayores para hacer viable o facilitar su autonomía. En el hábitat rural, la seguridad del entorno puede ser mayor, aunque puede ser más frecuente no contar con personas del núcleo familiar suficientemente próximas para sentirse apoyadas y seguras.

Quizás el aspecto más importante a tener en cuenta, después de la salud, en relación con la seguridad de las mujeres mayores sea el nivel económico. Tal como se ha mencionado, un número importante de las mujeres mayores que viven solas lo hacen con ingresos derivados de pensiones no contributivas o de viudedad. En estos casos, el temor a no poder hacer frente a un gasto inesperado e imprescindible es constante: problemas bucodentales, averías en la vivienda, etc.

6. La socialización

• Vida familiar

Si en las personas mayores la relación familiar es un aspecto fundamental de su forma de socializar, en el caso de las mujeres, muy especialmente. Es un hecho que tiene connotaciones positivas y negativas. Entre estas últimas, no hay que olvidar que la desigualdad entre la asunción de responsabilidades entre hombres y mujeres en cuanto a la realización del trabajo doméstico y del cuidado de los niños y personas dependientes, genera una diferencia que tiende a mantenerse en el ámbito familiar más próximo y en el de los hijos/as casados que viven fuera del hogar. No solamente hay una continuación en la responsabilización de estas tareas, sino que en muchas ocasiones dificulta o impide una mayor relación con el espacio público, elemento esencial en el logro de un envejecimiento activo.

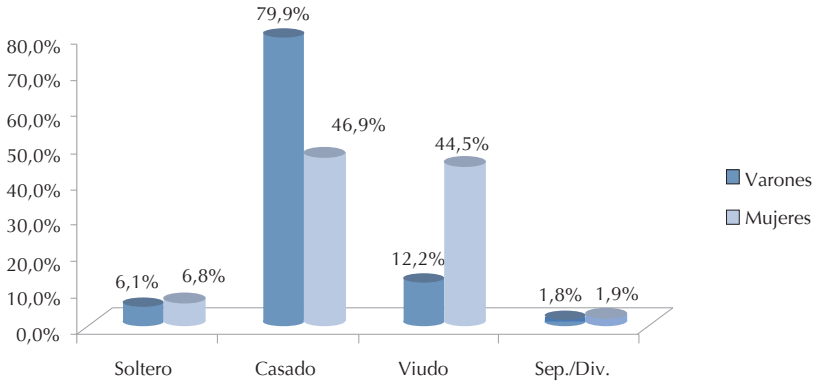
Por el contrario, esta capacidad de gestión de la propia vida y de atención a las necesidades personales derivada del conocimiento de las tareas domésticas y que se da entre las mujeres que han sido amas de casa y también entre las que han tenido un trabajo remunerado, es origen de una mayor autonomía por parte de las mujeres mayores.

La vida en familia sigue siendo mayoritaria entre las mujeres mayores, aunque varía con la edad y con el medio en el que se habita. El estado civil de las personas mayores determina la estructura de sus hogares. Según datos de la EPA, en 2009, el 79,9% de los hombres mayores estaban casados, habiendo, tan sólo, un 12,2% de viudos. Las mujeres viudas, en cambio, suponían un 44,5% del total de mujeres mayores, mientras que las mujeres casadas representaban el 46,9%, viudedad que se concentra en los tramos más altos de edad, donde a partir de los 80 años, traspasa el porcentaje del 50% (Gráfico 92).

En el caso de las separaciones, el 5% de ellas se producen entre los 65 y los 69 años fundamentalmente y disminuyen conforme las mujeres avanzan en edad.

Más de un tercio de las mujeres mayores viven con su pareja y en su propio hogar; si añadimos aquellas que viven con algún hijo, sobrepasan los dos tercios las mujeres mayores que viven dentro de un núcleo familiar. Cuando conviven con hijos, mayoritariamente son las hijas solteras mayores de 30 años las que comparten el domicilio, por tanto, podíamos decir que el cuidado de las personas mayores se sigue manteniendo en manos de las mujeres. De hecho, cuando una mujer mayor necesita cuidados, a un 55% se lo ofrecen miembros de su unidad familiar, un 55% prefiere que se los preste su familia más directa y un 39% preferiría otra persona. Las respuestas en el caso de varones mayores son un 61% favorable a recibir ayuda de su núcleo familiar más directo y un 50% preferiría que esta ayuda se la ofreciera otra persona.

Gráfico 92. Convivencia.



Fuente: INE Base. EPA 2009.

La preferencia de las mujeres mayores a ser atendidas por sus hijas es clara y si no, por hijos e hijas indistintamente. Sólo cuando se les pregunta a las mujeres de más de 65 años, que en caso de necesitar cuidados para actividades tales como bañarse, vestirse, etc. quién desearían que se los diera, un 32% anteponen al cónyuge al primer lugar. La vida en pareja tiene una influencia directa en la calidad de vida y la mayor longevidad de las mujeres favorece al bienestar de su cónyuge, que recibe de la mujer incluso la asistencia de cuidados en caso de necesidad, situación que aminora las posibilidades de vulnerabilidad como la pobreza o la exclusión social.

Un aspecto a tener en cuenta que afecta más al concepto de socialización en la familia que a la necesidad de cuidados por parte de los mayores es la relación con los nietos. Las abuelas, como es habitual en los

países del sur de Europa, tienen en España un nivel de frecuencia en la relación con los nietos bastante elevado. Si un 37% tiene un contacto diario, el 26,4% lo tiene varias veces a la semana, una vez a la semana un 16,2%, una vez cada dos semanas un 3%, una vez al mes un 1,8%, mientras que un 12,9% dice no tener contacto nunca (Imserso. EPM 2010). Al igual que se observa en otros parámetros de comportamiento familiar y social, el mayor número de abuelas con contacto diario con sus nietos son las que tienen entre 65 y 74 años, valor que disminuye con abuelas de entre 75 y 84 años y vuelve a aumentar en abuelas de 85 y más años.

Cabe considerar que hay dos edades que afectan a la relación entre abuelas y nietos y a su frecuencia: la edad de las abuelas, que pueden o no ser una ayuda importante en el cuidado de los nietos, y la edad de estos últimos, que progresivamente les permite actuar de forma adulta. Cuando éstos van haciéndose mayores incrementa la frecuencia de sus visitas a las abuelas (y también a los abuelos), lo que indica una participación del nieto en la atención, por lo menos afectiva, de las abuelas.

Esta tendencia se corresponde con el número de abuelas que cuidan o no a sus nietos. La edad es determinante para cuidar o no cuidar de sus nietos: a medida que se avanza en edad, disminuye el cuidado de los nietos.

Todas estas valoraciones hay que ponerlas en relación con otros factores, como la cercanía o lejanía del hábitat de la mujer mayor y sus hijos y nietos, situación que condiciona en gran medida las relaciones familiares de los mayores.

Ahora bien, todo ello no explica el alto grado de satisfacción (algo superior al de los varones) de las relaciones familiares para las mujeres mayores manifiestan con esta situación que asciende al 90%, si sumamos el 65% de las mujeres mayores que declaran sentirse «muy satisfechas» y el 25% de las que dicen estar «bastante satisfechas» (Imserso. EPM 2010) con su vida familiar.

En un orden de cosas opuesto, hay que señalar que no existen datos respecto de la violencia de género en el caso de las mujeres mayores, aunque el Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer indica que el 20% de las agresiones se ejercieron sobre mujeres de más de 50 años.

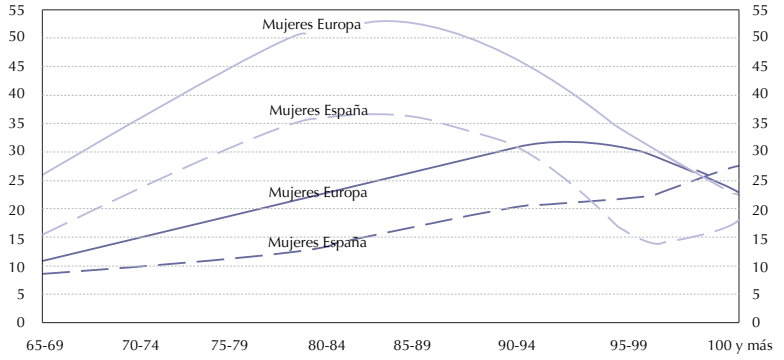
• De la soledad a la vida social

La convivencia con hijos/hijas bien sea en su propia casa o en la de ellos contribuye a evitar las consecuencias negativas de la viudez, si

bien las mujeres viven solas en un porcentaje mayor y por un período más amplio de tiempo que los hombres (12,7 años las mujeres y 9,7 años los hombres), tendiendo a disminuir a medida que avanza la edad, realidad que contrasta con la menor preferencia que manifiestan a vivir solas que los hombres (un 16% menos. EPM 2010) y en una facilidad mayor de aceptación de las circunstancias.

Con todo ello, los hogares unipersonales de personas mayores tienden a incrementarse y son mayoritariamente femeninos, como se ha detallado en el capítulo decimocuarto. Esta tendencia es compartida con el resto de la Unión Europea (Gráfico 93).

Gráfico 93. Población mayor de 65 años en hogares unipersonales en Europa y España.



Fuente: EUROSTAT-Database, Population and social conditions. Population. Census. National level.

Ahora bien, las imposiciones externas de vivir en soledad, pasados los momentos de duelo, constituyen para una gran mayoría de las mujeres mayores, a la vez, un reto y una oportunidad de desarrollar una autonomía e independencia, desconocidas anteriormente para muchas de ellas, que les permite traspasar el umbral de la vida privada a la pública. Es consecuente que casi un 85% de ellas (Imserso, EPM, 2010) prefiera vivir en su casa aunque sea sola y que el mayor grado de participación de las mujeres mayores en actividades de todo tipo, principalmente las enfocadas a la solidaridad y el conocimiento, puede ser en gran medida la respuesta de unas generaciones de mujeres que han desarrollado su vida y han contribuido a la producción de bienestar en el exclusivo marco del espacio privado.

No puede obviarse, sin embargo, que la soledad además de ser un estado objetivo lo es también subjetivo y que la suma de ambos puede tener unas derivaciones negativas que pueden provocar situaciones de vulnerabilidad. Es un hecho que la mayoría de las personas que viven

solas son mujeres y son también las que tienen un mayor sentimiento constante de soledad: un 13,4% frente al 8,6% de los hombres.

Si bien y a pesar de lo dicho, tenemos que señalar que las mujeres mayores españolas viven solas en menor medida que las de otros países de la Unión Europea tal como se refleja en el Gráfico 93.

La permanencia en el espacio privado ha favorecido a las mujeres mayores en la persistencia de fuertes redes de amistad, vecindad y comunidad, creadas durante años y que tienden a permanecer inalterables al llegar a los 65 años, en contraposición con los hombres, cuyo retiro del mundo laboral lesiona las redes sociales creadas alrededor de éste. Un 78,8% de las mujeres mayores están satisfechas con sus relaciones de amistad, relaciones que extienden a generaciones más jóvenes, aceptando cambios sociales y familiares a través de una «socialización inversa» (Freixas, 2008).

La relación con el mundo exterior empieza, aparte de con relaciones familiares, con relaciones de amistad y vecindad. Los puntos de encuentro para desarrollar estas relaciones son diferentes entre varones y mujeres, como lo son dependiendo del tiempo de conocimiento de cada relación de amistad. Este ámbito relacional es quizás un marco a ampliar en la vida de muchas mujeres mayores. En primer lugar, hay que diferenciar a las mujeres que como amas de casa han vivido mayoritariamente en su propio hogar y que por tanto sus relaciones se han desarrollado de acuerdo con los espacios públicos a los que accedían con facilidad. Estos espacios —por ejemplo, tiendas, peluquerías, iglesias—, pueden quedar afectados para ellas si se produce como consecuencia de la jubilación de su pareja una presencia común. Esta nueva situación, que tiene un aspecto muy positivo, puede sin embargo dar lugar a una pérdida de comunicación con otras mujeres mayores.

Las que han tenido una vida profesional ajena al hogar, con diferencias importantes en función del tipo de trabajo que hayan desarrollado, al llegar a su jubilación, tienen más herramientas para mantener relaciones de amistad. Es habitual que los varones jubilados acudan a encontrarse con amigos en un centro cívico, en un bar o incluso en un parque. Las mujeres mayores, hayan sido amas de casa o trabajadoras fuera del hogar, utilizan los espacios públicos relacionados con sus tareas del hogar (tiendas, mercados, centros comerciales), las visitas a los domicilios y el contacto telefónico en mayor medida que los varones. Las visitas a centros cívicos y similares suelen estar más condicionadas por una actividad concreta a realizar. Existen grandes diferencias entre los hábitos en el mundo rural y urbano; en este último, van en aumento los encuentros de mujeres mayores en cafeterías y lugares similares.

Si la amistad es para las mujeres jóvenes y adultas, un aspecto importante en sus vidas, no hay motivo para pensar que no lo sea en las mujeres mayores. De hecho, dos cuestiones ilustran la importancia de la amistad para ellas: el alto nivel de satisfacción que les produce y que su círculo de amistades mayoritariamente aumenta o se mantiene después de la jubilación o de cumplir 65 años (Imserso. EPM 2010).

7. Relaciones intergeneracionales

Cuando se introduce el tema de los afectos, de los sentimientos, de las emociones, enseguida se plantea la relación de las mujeres mayores con los más jóvenes de la familia, de las abuelas con sus nietos. Es una cuestión que afecta a todos los mayores, con independencia del sexo, y de acuerdo con algunos expertos, es una tarea de pareja. Pero aun así son las mujeres las que las practican en mayor medida. La respuesta a los condicionamientos de la sociedad actual en cuanto al trabajo fuera del hogar de los miembros adultos de la familia, ha conducido a la utilización de las personas mayores como proveedoras de cuidado de los más pequeños. Las relaciones intergeneraciones familiares son fuertes y la desventaja de partida sufrida por las mujeres mayores de permanecer en el espacio privado, donde han creado sus redes sociales, favorece unas relaciones intergeneracionales de las mujeres mayores que les proporciona una mayor facilidad para adaptarse a la «modernidad» de los jóvenes, al ser más flexibles al cambio y les impulsa a la participación en programas que fomenten contactos intergeneracionales externos a la familia. Las incipientes iniciativas formales realizadas a través de diferentes organizaciones e instituciones muestran los beneficios de los programas intergeneracionales, donde la mujer mayor dada su acomodación más rápida a los valores de otras generaciones tiene un importante umbral de actividad. Los resultados de algunos programas elevan a casi un 96% la satisfacción de las personas mayores al admitir que se sintieron más activas tras el paso por el programa mientras las personas jóvenes pensaban en un elevado porcentaje que aportaba beneficios de salud para las personas mayores.

B. LA INCIDENCIA DE LOS VALORES

Las mujeres mayores no sólo han vivido desigualdades en sus opciones vitales, sino que las siguen viviendo. La valoración que la sociedad hace de estas desigualdades incide en la capacidad de superarlas.

Los valores —los de las mujeres mayores y los de la sociedad— se traducen en actitudes y, a veces, en actuaciones. Inciden en las desigualdades mencionadas, justificándolas o modificándolas.

Cuando se habla del voluntariado y del apoyo informal, y del interés que provoca en algunas mujeres mayores, estamos hablando también de valores relacionados con la mejora de la vida de las personas. Cuando se menciona la búsqueda de una relación familiar sin tensiones como una de las preocupaciones básicas de las mujeres mayores, se está hablando del valor de la tolerancia y la convivencia. Cuando se menciona la gestión de su entorno físico buscando orden, belleza o armonía, también se está hablando de valores.

No todos los valores son positivos en el sentido de facilitar su inserción social: un cierto temor al mundo exterior traduce inseguridades relacionadas con el rechazo a lo desconocido o con el rechazo en nuestra sociedad a personas que considera distinta.

1. LA INSEGURIDAD CANALIZADA NEGATIVAMENTE

Aparte de los condicionantes físicos que se traducen en inseguridad en muchas mujeres mayores, el exclusivo ámbito vital del hogar en el que un gran número de ellas se ha desenvuelto, dificulta la capacidad de adaptación a los cambios en el vecindario o en el mismo paisaje de la ciudad.

No necesariamente los valores de las mujeres mayores son exclusivos, más bien matices e intensidades los terminan haciendo característicos. Muchos de ellos han sido adquiridos desde la juventud y están relacionados con la pertenencia al género femenino. La potenciación de los valores positivos genera mayores posibilidades de desarrollo personal y, como resultado, social. A la vez, el conocimiento de valores negativos permite generar formas de relación o convivencia que disminuyan o mitiguen su incidencia en el bienestar personal y social.

Un obstáculo que encuentran las mujeres mayores para responder adecuadamente a los retos y oportunidades reales de sus vidas, es el gran número de estereotipos que existen sobre las personas mayores, y en particular sobre ellas. Si éstos no son admisibles generalmente, mucho menos en una sociedad tan cambiante como la nuestra, en la que mantener prejuicios sobre grupos sociales limita su desarrollo y favorece la discriminación.

2. VALORES E IMAGEN

Una cuestión muy relacionada con los valores sociales es la imagen personal de las mujeres mayores, respecto a sí mismas y la que la so-

ciedad proyecta. A lo largo de toda su vida las mujeres han tenido en cuenta su propia estética, en muchas ocasiones por la búsqueda del agrado y en otras como condición para el mismo. En todo caso, la búsqueda de la belleza es una cualidad que no es ajena en la vida de la mujer. Pero cuando alcanza una determinada edad, tiene que superar dos obstáculos: por una parte, mientras se acepta al hombre mayor como portador de determinada forma de atractivo no sucede lo mismo con ellas; por otra, nuestra sociedad considera la estética personal ligada a la juventud. Como resultado, hay dos actitudes opuestas: luchar contra los cambios que se generan en el cuerpo con la edad, en especial, los derivados del final de la fase reproductiva, o el rechazo a seguir buscando la estética personal, abandonando cuidados que a lo largo de la vida había ejercitado. En medio, mujeres que simplemente ven cómo se van haciendo cada vez más invisibles socialmente, pero que tienen el valor de considerar su cuidado personal por encima de la respuesta social.

Este tema no es banal, ya que puede generar consecuencias negativas en el nivel de autoestima de las mujeres mayores. También en este caso, los valores generados en la sociedad en relación con las mujeres mayores pueden ser contrarios al incremento de la mejora de su bienestar y de su calidad de vida. La imagen de fragilidad, de no valerse por sí mismas y necesitar cuidados, declaran tenerla un 36,2% de la sociedad española, siendo las propias mujeres de todas las edades las que tienen un índice más elevado de esta apreciación. La respuesta positiva en el sentido de seguir buscando su propia estética por parte de la mujer mayor, puede contribuir a la transformación de estos valores, incorporando una visión de la diversidad en la transmisión de imágenes, evitando estereotipos sociales.

3. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA

La participación social, como la participación política, es una forma comprometida de la socialización. Esta última abarca relaciones de amistad, de vecindad o de cualquier otro tipo más amplio de participación en actividades colectivas o grupales con o sin respuesta activa. Por el contrario, la participación social y política sólo tiene en cuenta esta respuesta activa, es decir un cierto compromiso con la esperanza o seguridad que del mismo se deriva la posibilidad de una transformación de la sociedad.

Cuando las mujeres mayores realizan actividades de ocio o de participación en el espacio público prefieren realizar las que están relacionadas con un fin social como ir a clase, acudir a la iglesia o ejercer

voluntariado social, aunque es significativo, fruto de los avances sociales en materia de igualdad, la incorporación de este colectivo en organizaciones de personas mayores y grupos culturales, aunque su representatividad es todavía escasa.

El interés mostrado por los problemas colectivos es mayor en las mujeres, cuando se refieren a la sanidad, el empleo y la educación, mientras que los hombres muestran claramente mayor preocupación por la clase política, los partidos políticos o la inmigración. El paro y los temas de índole económica no muestran diferencias significativas (CIS. Estudio 2801, 2009).

El tema de la participación de la mujer mayor ha sido poco investigado, aunque según datos de los estudios realizados las cifras como representantes políticos es prácticamente inexistente. Idéntica situación se encuentra en las organizaciones sindicales y empresariales, y sólo en el poder judicial, según datos de la Memoria del 2010 del Consejo General del Poder Judicial se encuentran en activo 31 magistradas en edades comprendidas entre los 60 y los 65 años. Esta invisibilidad en la esfera política pública contrasta con el deseo del 60% de las mujeres españolas que reclamen una mayor presencia de las personas mayores en el espacio público (CIS. Estudio 2801. Mayo, 2009). Se puede decir que en el caso de los partidos políticos y los sindicatos la realidad pone de manifiesto cierta disfuncionalidad, como si los lenguajes, los signos y las formas de relación en el mundo de estas organizaciones y los del mundo de la mujer mayor fueran distintos. La discriminación por sexo/género de estas organizaciones en el proceso vital de la mujer explica su menor participación a partir de los 65 años, aunque en los últimos tiempos se va incrementando paulatinamente una mayor presencia de las mujeres en órganos de gobierno. Por el contrario, la participación temporal o permanente de la mujer mayor en asociaciones teñidas de finalidad social para dar respuestas políticas tiene una importante implicación personal y repercusiones tanto para su núcleo más cercano, como a nivel nacional e internacional. No sólo cabe recordar las mundialmente conocidas Abuelas de la Plaza de Mayo argentinas, las Damas de Blanco en Cuba, sino también las asociaciones de madres (abuelas en muchos casos) contra la droga en nuestro país. En cuanto a las organizaciones específicas de personas mayores, aunque la participación femenina es mayor que en partidos políticos o sindicatos, no alcanza los mismos niveles que la de los hombres.

De la encuesta post electoral Elecciones Generales y al Parlamento de Andalucía, Marzo-Mayo (CIS. Estudio 2757. Mayo 2008), emerge la escasa respuesta de las mujeres mayores en relación con tres actitudes

que se proponen: «Asistir a una manifestación autorizada», «Participar en una huelga» y «Comprar o dejar de comprar productos por razones políticas, éticas o para favorecer el medio ambiente», las respuestas de las mujeres de más de 65 años en relación con las de los hombres del mismo grupo de edad muestran menor participación en los dos primeros casos y superior en el tercero. Es decir, hay una actitud activa en una cuestión en la que pueden mostrarse individualmente en el espacio privado donde han ejercido tradicionalmente su poder.

El peso de las mujeres dedicadas a las tareas domésticas en estas respuestas tiene una clara incidencia, pero este hecho no obsta para que se ponga de manifiesto el interés por llevar a cabo acciones que tienen que ver con valores colectivos.

En todo caso, la participación política activa de las mujeres mayores es cuantitativamente reducida. Las tendencias actuales, claramente descendentes, de la participación política activa en la sociedad, frenan un impulso hacia una incorporación de la mujer mayor hacia la actividad política.

En definitiva, las desigualdades que históricamente han soportado las mujeres tienen una incidencia real en la vida cotidiana de las mujeres mayores. Sin duda los cambios legislativos y sociales producidos en estos últimos 25 años como la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, favorecerán la mayor incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y a la mayor participación social, cultural y política de las mujeres. Estos preceptos, junto con la mayor consecución de derechos ciudadanos, influirán en la mejora de la calidad de vida de las mujeres mayores.

APORTACIONES

Congreso Mujeres Mayores 2011
Las oportunidades de la edad: Mujeres sabias.
Manifiesto

1) *Las mujeres mayores de 55 años que hemos elaborado, debatido y consensuado en el seno de nuestras Asociaciones el presente Manifiesto queremos hacerlo llegar a las Administraciones Públicas, a la comunidad científica, a los medios de comunicación y a la sociedad en general.*

2) *Manifestamos nuestra disposición a trabajar desde el movimiento representativo organizado (Asociaciones de mujeres y Asociaciones de personas mayores y sus Federaciones, Consejos, etc.) para proponer*

y desarrollar programas que mejoren la calidad de vida de las mujeres mayores y avancen en el ejercicio efectivo de sus derechos.

3) *Manifestamos nuestra voluntad para que, en el seno de las organizaciones de personas mayores, avancemos en la paridad entre mujeres y hombres en el acceso a puestos de las Juntas Directivas de las Asociaciones, Federaciones y Consejos.*

4) *Manifestamos nuestra voluntad para que, en el seno de las organizaciones de mujeres, se trabaje para dar cabida en los puestos directivos a mujeres mayores de 60 años.*

5) *Manifestamos nuestro compromiso en la reivindicación para que se cumpla la normativa y disposiciones existentes tanto en España como en la U.E. para promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, así como para eliminar las situaciones de discriminación de las mujeres mayores.*

En primer lugar, la doble discriminación debida a la edad y al sexo, pero también la discriminación múltiple que se origina cuando, además, se reúnen condiciones diferentes a la pauta mayoritaria, como la discapacidad o la situación de dependencia, raza y orígenes étnicos, orientación sexual, religión, opiniones políticas, tipo de hábitat, etc.

6) *Manifestamos nuestra determinación a trabajar por la consecución de logros pendientes, como los que se enumeran en el apartado siguiente, y, al tiempo, pedimos que lo hagan, en la parte que les corresponde, los poderes públicos, los socioeconómicos, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto.*

7) *Manifestamos que, a nuestro juicio, los logros más urgentes que tenemos pendientes son:*

QUE:

— *Se deje de considerar el envejecimiento como una «carga» para la sociedad y se pongan en valor las contribuciones positivas que realizamos y nuestro potencial para aportar.*

— *Se desarrollen más servicios de atención y cuidados (a la infancia y a las personas en situación de dependencia) para evitar que siga recayendo sobre las mujeres el peso de esa atención y para que, además, se creen nuevas oportunidades de empleo.*

— *Se lleven a cabo actuaciones que promuevan un reparto equitativo entre mujeres y hombres en la provisión de cuidados.*

— *Se facilite la inserción laboral de las mujeres de mediana edad sin cualificación profesional pero con experiencia en la función de cuidados*

en el sector de los servicios de atención a las personas mediante la convalidación de su experiencia por formación.

— *Se pongan en marcha actuaciones dirigidas a disminuir las graves situaciones de riesgo que hoy afectan a muchas de las mujeres mayores: aislamiento, violencia de género, malos tratos y abusos, dificultades en el acceso a servicios y al transporte, etc.*

— *Se trabaje para evitar el mayor riesgo de pobreza que hoy tienen las mujeres de edad avanzada, en comparación con los hombres de su generación.*

— *Se tenga en cuenta el impacto de género en la reforma de las pensiones para evitar las dificultades de las mujeres para completar períodos de cotización y la feminización de las pensiones mínimas y no contributivas.*

— *Se mejoren y amplíen los programas de promoción de la salud y de prevención de la dependencia y se tenga en cuenta que el 67% de las personas en situación de dependencia son mujeres.*

— *Se mejore la investigación, la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades de mayor incidencia para las mujeres.*

— *Se amplíen y mejoren los servicios sociales de atención y cuidados (en más de un 70% ocupados por mujeres), que deben tener siempre enfoque comunitario, así como los productos de apoyo y las tecnologías en domótica, para favorecer que sea posible envejecer y vivir en casa aun teniendo limitaciones funcionales.*

— *Se posibilite el cumplimiento del art. 25 de la Carta de Derechos Fundamentales de la U.E., por el que «la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural».*

— *Se impulse más y mejor conocimiento sobre la situación de las mujeres mayores y se desarrollen programas y actuaciones acordes con los resultados de la investigación que se produzca.*

— *Se favorezca el mayor acceso a los bienes culturales y de ocio de las mujeres mayores y, en especial, la participación en la sociedad de la información.*

— *Se fomenten actuaciones para avanzar en el paradigma del envejecimiento activo, que configura como determinantes transversales el sexo y la cultura. Y, especialmente, que se priorice el enfoque de género y la equidad en el acceso a los bienes socioculturales en entornos rurales.*

— *Se impulsen medidas para incrementar las relaciones intergeneracionales.*

8) *Manifestamos nuestra satisfacción por haberse decidido en España la elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento Activo así como por haberse declarado el 2012 Año Europeo del mismo tema. A este respeto, pedimos que en dicho Libro y en las actividades del Año se incluya el contenido de este manifiesto y actuaciones con enfoque de género.*

9) *Manifestamos, finalmente, nuestra convicción de que los tiempos de crisis como los que atravesamos nos ofrecen una oportunidad para el avance en la igualdad entre mujeres y hombres y en una sociedad para todas las edades en las que a las mujeres mayores se nos reconozca el papel jugado en el pasado y el que debemos seguir desempeñando en el futuro.*

Porque consideramos que valores como la igualdad, la solidaridad, la interdependencia entre las edades y los sexos son condiciones previas para el crecimiento sostenible, el empleo, la innovación, la competitividad y la cohesión social.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Mejora de la información sobre la situación de los hombres y de las mujeres mayores,** estableciendo los oportunos mecanismos estadísticos estatales y autonómicos que la faciliten. En especial en lo que respecta a la salud propia y al papel en la salud familiar, a los obstáculos por carencias de educación y formación, al tiempo y tipo de dedicación a actividades familiares, a la realización de actividades sociales y a los elementos que condicionan la seguridad para hombres y mujeres mayores.

2. **Promoción de políticas formativas especialmente pensadas y dirigidas para la mujer mayor.** Para lo cual será necesario:

   a) Aumentar la oferta formativa de calidad de acuerdo con la situación y necesidades.
   b) Utilizar los medios de comunicación, radio y televisión especialmente para realizar actividades de información y formación destinadas a personas mayores que contengan datos y noticias destinadas específicamente a las mujeres mayores.

3. **Promoción de servicios de apoyo relacionados con la vivienda, estableciendo por medio de los servicios sociales de los ayuntamientos la revisión de las viviendas habitadas por mayores, especialmente aquellas en las que habitan mujeres mayores solas,** apoyando las reparaciones o remodelaciones en aquellos casos en que se considere que no se logran los mínimos para mantener una vida activa y saludable.

4. **Fomento de la socialización y de la participación social de la mujer.** Para ello se considera necesario:

   a) Potenciar el voluntariado de las mujeres mayores, en especial en las organizaciones y asociaciones cuya finalidad permita nuevos horizontes a las mismas.
   b) Potenciar la realización de actividades físicas de mujeres mayores.
   c) Potenciar en todos los niveles de la administración —estatal, autonómica y municipal— el conocimiento y propuestas de actuación destinadas a las mujeres mayores.
   d) Sensibilizar a la opinión pública sobre la realidad de las situaciones que concurren en la vida las mujeres mayores.
   e) Difundir las buenas prácticas en distintos ámbitos en materia de lucha contra la discriminación por edad, especificando las respuestas específicas a la situación de las mujeres mayores.

CAPÍTULO 17

EL VALOR Y EL EJERCICIO DEL CUIDADO

EL VALOR DEL CUIDADO *(Artículo de Autor)*

Dra. D.ª Victoria Camps
Universidad Autónoma de Barcelona
Centro Superior de Investigaciones Científicas
Fundación Alternativas

Desde que la filósofa Carol Gilligan escribió el libro *In a Different Voice,* hace ya más de veinte años, la idea de que el cuidado debe ser un valor tan importante como la justicia ha tomado cuerpo en las teorías éticas y políticas, y más especialmente en aquellas cuyo objeto de estudio es el sector más vulnerable de la ciudadanía: los niños, las personas enfermas, mayores o discapacitadas.

El libro de Gilligan fue una réplica a las investigaciones del psicólogo John Kohlberg sobre los estadios de la ciencia moral. En ellos ocupaban un lugar nuclear el derecho y la justicia, el sentido de imparcialidad que adquirían las personas al aprender a abstraerse de las situaciones concretas. Gilligan le criticó a Kohlberg lo que ella consideró una visión sesgada de la ética, una visión masculina que, como tal, siempre había situado a la justicia en el centro del discurso moral y político. No se trataba de eliminar ese valor y sustituirlo por otro, sino de poner de manifiesto la insuficiencia del mismo. La ética de la justicia necesitaba el complemento de la ética del cuidado, por una razón tan simple como esta: las personas más vulnerables y necesitadas no precisan únicamente de leyes e instituciones que les garanticen una protección y una asistencia justa; necesitan asimismo de personas que estén a su lado, que las acompañen y las quieran, que las atiendan personalmente. Además de justicia, necesitamos cuidado.

La esperanza de vida ha crecido y sigue creciendo. Gracias a los avances de la biotecnología y de la medicina es posible curar cada vez más enfermedades y, sobre todo, alargar la vida de las personas y retrasar los achaques del envejecimiento. Muchas enfermedades que antes eran causa de una muerte segura hoy tienen tratamiento. Pero el tratamiento no siempre significa curación, sino más bien postergación de la muerte. El alargamiento de la vida va acompañado de un aumento de enfermedades crónicas, cuyos pacientes deben aprender a vivir con discapacidades y limitaciones que a veces van degenerando y sumiendo a la persona en un estado de parcial o total dependencia. Son personas para las que la medicina ya no puede ofrecer curación sino cuidados. Cuidados que les permitan o bien recuperar y mantener una forma de vivir autónoma, o bien que les

procuren la calidad de vida que toda persona, aun en condiciones de total dependencia, merece.

La protección de la salud y el cuidado

La bioética tiene entre sus objetivos el de considerar de qué forma la medicina y la protección de la salud deben adaptarse a las nuevas necesidades derivadas del cambio producido por el desarrollo científico y técnico de las ciencias de la salud. Una población más envejecida, pero también con más expectativas de vida, requiere un trato y unas atenciones que no responden sencillamente al objetivo tradicional de la medicina, que era curar la enfermedad y evitar la muerte. Cuidar a los que no tienen curación se ha convertido en uno de los fines de la medicina, tan importante como el de curar la enfermedad. Así lo explicita el conocido estudio de The Hastings Centre, *The Goals of Medicine*. Según dicho estudio, la salud se identifica con «la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente». Un bienestar que se ve amenazado no sólo por la existencia de una enfermedad, sino por todos aquellos estados que producen malestar, dolencia o sufrimientos de cualquier tipo. Proteger la salud desde tal concepción significa algo más que curar la enfermedad. De ahí que los fines de la medicina en nuestra época deben ser reinterpretados. De acuerdo con el estudio citado éstos se concretan en los cuatro fines siguientes:

1) La prevención de la enfermedad y la promoción y conservación de la salud.
2) El alivio del dolor y el sufrimiento.
3) La atención y la curación de los enfermos y los cuidados de los incurables.
4) La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

Desde tales premisas, el derecho a la protección de la salud adquiere unas características nuevas. Entre ellas, el valor y la importancia creciente del cuidado. No sólo porque, como se ha dicho ya, muchos pacientes son ya enfermos crónicos que sólo pueden aspirar a que sus dolencias sean paliadas, sino porque, además de buscar un tratamiento a su daño, los pacientes buscan comprensión y conmiseración. Son personas y quieren ser tratadas como tales, no como meros casos de una determinada patología.
La medicina recupera de esta forma su función humanitaria. Procurar cuidado significa, además de una cierta empatía y capacidad de es-

cucha y atención personalizada, poner a disposición del paciente y de sus familiares los servicios asistenciales necesarios para que pueda seguir viviendo y desenvolviéndose de la mejor manera posible. La proliferación de demencias, derivadas, asimismo, de la prolongación de los años de vida, ayuda a entender que el sufrimiento de los familiares puede ser mayor por la incapacidad de atenderle, que por la enfermedad que padece. La existencia de dolencias crónicas con las que la persona ha de aprender a vivir supone un sufrimiento cuya paliación requiere comprensión, soporte y ayuda. Lo mismo ocurre con la dependencia y la necesidad de ser atendido para realizar las actividades normales de la vida diaria, que condenan a la persona a un estado de indefensión y aislamiento muy duros de soportar. Y no sólo las personas mayores y los enfermos crónicos requieren cuidados. También otro tipo de enfermos, los niños discapacitados o los jóvenes que han sufrido alguna lesión, son, en cierto modo, víctimas del éxito de la medicina, que les ha salvado la vida, pero debe ayudarles a seguir viviendo con una mínima ilusión.

El reparto del cuidado entre los sexos

El hecho de que hayan sido las feministas las que hayan llamado la atención sobre el valor del cuidado puede acabar distorsionando el mensaje a favor de una ética no estrictamente centrada en la justicia. Gilligan esgrimió contra Kohlberg la idea de que las mujeres establecen unas relaciones interpersonales más cercanas, cálidas y responsables que las que establece la frialdad del derecho. A esa diferencia la identificó con la actividad de cuidar ejercitada, por razones obvias, casi exclusivamente por las mujeres. Ellas, en efecto, se habían ocupado siempre del cuidado de los niños, de los enfermos y de los ancianos. Conocían, mejor que los varones, las necesidades de la vida cotidiana y las contingencias en las que solían encontrarse las personas más vulnerables. Era fácil poner de manifiesto que las mujeres estaban mejor equipadas que los hombres para las tareas del cuidado. Y de ahí era también fácil saltar a la conclusión de que a ellas les correspondía, en primer término, desarrollar dicho valor.

Por supuesto, las feministas jamás han defendido tal conclusión. La propensión de las mujeres a cuidar no viene dada por ninguna característica esencial que ellas posean, a diferencia de los varones, sino de una tradición que les ha asignado esa función sin darles otras opciones para que pudieran escoger. Decir que están más equipadas para cuidar es erróneo. En todo caso, están más acostumbradas a hacerlo. Pero esa es una costumbre que conviene cambiar, si realmente creemos que el

cuidado es un valor socialmente importante y absolutamente necesario para proteger a los más débiles. Que habitualmente las mujeres tiendan más a dedicarles tiempo a los demás, y especialmente a aquellos que sufren, no significa que sólo deban hacerlo ellas, sino todo lo contrario. El cuidado es un valor que engendra obligaciones que conciernen a todos. No debe haber ahí distinción de sexo.

A tal propósito convendrá incluso corregir la división del trabajo que se da por supuesto en la profesión sanitaria, según la cual, a los médicos les compete curar y a las enfermeras cuidar. Aun cuando ésa fue la concepción originaria de la enfermería, si estamos de acuerdo con lo dicho anteriormente, que los fines de la medicina incluyen también el cuidado, éste no puede ser visto como algo exclusivo de la enfermería, sino como un elemento esencial del tratamiento de los pacientes en general o de la protección de la salud. Una perspectiva, además, que habría de llevar a una colaboración mayor entre las distintas profesiones sanitarias y asistenciales.

La profesionalización del cuidado

Si el cuidado es un valor socialmente importante, no puede ser abandonado a la buena voluntad de las personas que se encuentran en la contingencia de tener que ayudar a otras que requieren cuidados. El cuidado es un aspecto de la protección de la salud, la cual es, a su vez, un derecho fundamental, y por lo tanto debe ser garantizado por el estado. Los poderes públicos deben hacerse cargo de tal dimensión y hacerla extensiva a todos los ciudadanos que la necesiten. Garantizar los servicios y ayudas económicas o sociales necesarias para hacer efectivo el cuidado forma parte de las responsabilidades de un estado social. El cuidado requiere una cierta institucionalización y una cierta profesionalización, pues sólo por esa vía llegará a cuantos lo requieran. Ahora bien, a diferencia de la justicia, el sujeto de la cual son las instituciones públicas y los poderes encargados de legislar y hacer cumplir la ley, la función del cuidado no se agota en los deberes y obligaciones institucionales. Digamos que esas obligaciones garantizan los mínimos, pero a su vez requieren una colaboración y compromiso ciudadano que no es tan imprescindible en otros ámbitos. Todos los derechos sociales exigen una intervención del estado: la educación se garantiza con escuelas, la protección de la salud con hospitales, las pensiones con la Seguridad Social. Si entendemos que el cuidado es una dimensión de la protección de la salud, hay que poner en marcha una serie de medidas públicas que hagan viable el cuidado cuando éste sea necesario. La ausencia de medidas hasta ahora ha dejado en manos de las

familias una responsabilidad y una obligación que no siempre estaban en condiciones de asumir.

Aquí estamos hablando, sin embargo, de una función distinta de la que realiza el hospital cuando, por ejemplo, tiene que intervenir quirúrgicamente a un paciente. Cuando lo que el paciente necesita es que le cuiden, puede ser puesto en manos de cuidadores profesionales, pero esa subrogación no satisface del todo las necesidades del cuidar. Si hemos definido el valor del cuidar como el establecimiento de una relación de proximidad y calidez, de comprensión y acompañamiento, la delegación del cuidar a una institución o a un profesional siempre será insuficiente. En ningún caso, el estado de bienestar debería adquirir la función paternalista por la que libera al individuo de obligaciones personales. En este caso menos que en ningún otro, dadas las características específicas que acompañan a la actividad de cuidar.

Tal es la perspectiva desde la que hay que considerar la distribución de obligaciones y responsabilidades entre la familia y el estado. España es un país en el que la familia conserva todavía ciertas características protectoras desaparecidas en otros ambientes, debido no tanto a la fortaleza de la estructura familiar, como a la menor movilidad de sus miembros. En otros países confiar en que la familia acuda en ayuda de una persona discapacitada tiene la dificultad añadida de que la familia está lejos. Aquí los jóvenes se eternizan en el hogar paterno porque estudian o trabajan cerca del domicilio familiar y, por la misma razón, es más fácil confiar en que la familia se hará cargo de las situaciones derivadas de la demencia senil o de las distintas formas de dependencia de sus miembros. Que el estado se aproveche de esa ventaja es injusto y pone de manifiesto que no se está haciendo cargo de una de sus atribuciones fundamentales.

El estado, por una parte, ha de convertir la función del cuidado en una cuestión de equidad. Las personas discapacitadas ven disminuidas sus oportunidades y, en la medida de lo posible, las instituciones públicas, han de compensar esa deficiencia. Asimismo es obligación del estado mantener la igualdad de oportunidades para las personas que se encuentran ante la necesidad de atender a un familiar discapacitado o dependiente. No es equitativo que un miembro de la familia —hasta ahora generalmente una mujer— tenga que renunciar a un salario o a desarrollar una carrera profesional por la necesidad de atender a un familiar que requiere cuidados.

Ahora bien, que el estado atienda efectivamente tales necesidades no debería implicar que los familiares y allegados de las personas dependientes se desentendieran de unas obligaciones que siguen teniendo.

De la misma forma que la educación de los niños no puede recaer sólo en la escuela, el cuidado de los mayores o dependientes ha de entenderse como una responsabilidad compartida. Cuidar es tratar a un ser humano y las necesidades de un ser humano no las satisface totalmente una buena residencia, un buen hospital o un buen cuidador profesional.

Uno de los problemas que plantea el cuidado de las personas en cualquiera de sus dimensiones es que ahí, más que en ningún otro momento, se ponen de manifiesto las diferencias situacionales. Ningún dolor o sufrimiento es idéntico a otro, ninguna situación de discapacidad o dependencia es subsumible bajo una categoría general, porque las circunstancias de cada caso son peculiares. De ahí que las medidas que se tomen para responder a la necesidad de cuidado tengan que ser muy flexibles para poder adaptarse a cada caso particular. En un país tan burocrático como el nuestro, la inflexibilidad administrativa suele ser la norma, derivada de la idea, poco fundamentada, de que las prestaciones asistenciales se controlan con más burocracia. No siempre es así. La asistencia social debe ser supervisada no sólo porque el dinero o la prestación puede ir a quien menos lo necesita, sino porque los seres vulnerables que necesitan ayuda son los más expuestos a malos tratos y a formas de dominación inaceptables. Es preciso que el control sea real y no rutinario y que esté destinado a descubrir las conductas improcedentes y reprobables, así como los fraudes que puedan producirse.

A modo de resumen, una ética del cuidado pone de relieve los siguientes puntos:

1) El cuidado es un valor socialmente tan importante como la justicia, por lo que debe ser contemplado como un valor fundamental en la búsqueda de una sociedad más equitativa.
2) Dada la mayor esperanza de vida de las personas, derivada del progreso de la medicina, el número de individuos que necesitan cuidados aumenta exponencialmente. En consecuencia, el cuidado debe ser contemplado como uno de los fines propios de la protección de la salud, un derecho fundamental que el estado debe garantizar.
3) El ejercicio del cuidado no tiene género. Que tradicionalmente hayan sido las mujeres las cuidadoras de niños, ancianos y enfermos no significa que esa responsabilidad les corresponda a ellas en particular. Habrá que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a todos, hombres y mujeres, de la obligación de atender a los seres más vulnerables.

4) No es equitativo cargar sobre la familia todas las obligaciones del cuidado. La igualdad de oportunidades se resiente cuando alguien se ve obligado a descuidar sus deberes profesionales para atender a una persona dependiente. Las medidas públicas han de ir destinadas a evitar que eso ocurra y a conseguir que sea compatible dedicarse a las necesidades familiares sin abandonar otros intereses.
5) Que el estado se haga cargo del cuidado de las personas que lo necesiten, y en especial de las que se encuentren en situaciones más desfavorecidas, no debe implicar la inhibición total de la familia al respecto. Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas hacia la ciudadanía.

V. Camps

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS

A. CUIDADOS Y CUIDADORES

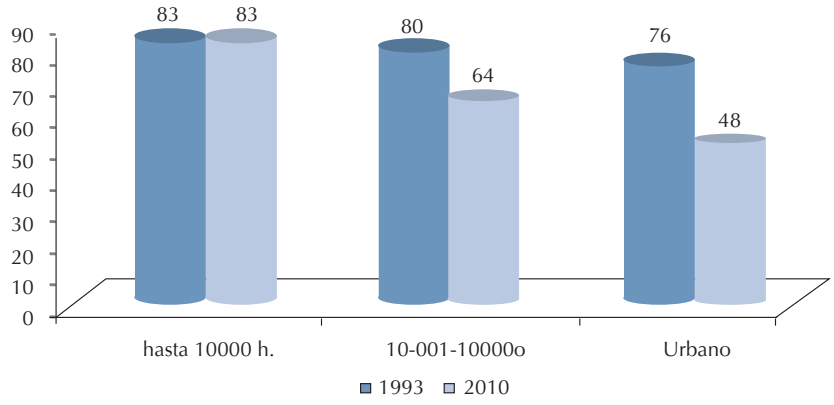
Todos necesitamos cuidados y todos, si llega la ocasión, queremos ser cuidados. Desde antes de nacer hasta después de la muerte somos cuidados y atendidos de diferentes formas dependiendo de las necesidades y de los usos sociales. La necesidad universal de ser cuidados se hace indispensable ante ciertas situaciones de vulnerabilidad como son la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, situaciones de limitaciones en las actividades de la vida diaria y momentos de sufrimiento que precisan acompañamiento.

El alargamiento de la vida conlleva un incremento de la demanda de cuidados, cuya intensidad depende del nivel de vulnerabilidad y de fragilidad. Ante esta posible encrucijada ¿quién queremos que nos cuide?, ¿dónde queremos que nos cuiden?, ¿cómo queremos ser cuidados? Pertenecemos a una cultura mediterránea donde las generaciones que han pasado el medio siglo hemos crecido viendo cómo eran cuidadas y atendidas en los hogares las personas mayores designando para tales tareas, bien de forma expresa o tácita, a uno o más cuidadores de la familia, mayoritariamente mujeres. Estas generaciones de mujeres «soporte» han sido al mismo tiempo líderes de un cambio social al incorporarse de forma masiva al mercado laboral, integrándose en el proceso del empleo desde su fase preliminar, como es el acceso a la educación y a la formación. El modelo tradicional del cuidado familiar se quiebra al desestabilizarse debido a la falta de agentes productores de cuidados dentro del hogar. La sociedad española es consciente de esta fractura en el sistema de cuidado y se mueve entre el deseo y la realidad en unos momentos de cambio.

Ante una posible eventualidad de necesitar cuidados, la sociedad española en su conjunto prefiere ser cuidada por la familia: un 45% se decanta porque sea su cónyuge o pareja y un 21% los hijos/as, elección que no ha sufrido la más mínima variación desde el año 2001. Las personas mayores también prefieren ser cuidadas por la familia, aunque dentro de este colectivo se están modificando sus opciones. En el período transcurrido entre el año 1993 y el momento actual, el deseo de ser cuidado por la familia ha descendido entre las mujeres en dieciséis puntos porcentuales: el 78% lo prefería en 1993 y el 62% en la actualidad. Este descenso, que ya apunta cambios en los perfiles de las personas mayores, tiene su principal

incidencia en razón de las variables de edad, sexo y hábitat: en el grupo de edad de 65 a 69 años decrece trece puntos; en 1993, 8 de cada 10 hombres manifestaban esta preferencia, en la actualidad lo hacen 6 de cada 10 y en el medio urbano desciende 16 puntos (80,4% / 64,1%) a la vez que en las poblaciones de menos de diez mil habitantes se decanta por esta opción un 83% en una cifra invariable desde 1993 (Gráfico 94).

Gráfico 94. Preferencia por cuidados familiares 1993/2010 según el hábitat.



Fuente: Apoyo informal personas mayores 1993 y Encuesta Personas Mayores 2010.

1. CUIDADOS EN EL HOGAR

El deseo de ser cuidado por familiares va íntimamente ligado a la voluntad de permanencia en el hogar, sentir mayoritario tanto entre el colectivo de las personas mayores como en el resto de la sociedad española. Ahora bien, el perceptible cambio de preferencias entre las personas mayores, que ya comenzó a evidenciarse en investigaciones anteriores, hacia unos cuidados más profesionalizados trasluce el comienzo de la toma de conciencia de la importancia del cuidado y de sus implicaciones. En las generaciones entre 55 y 69 años que muestran este giro en la predilección del cuidado confluyen factores como una mayor formación, su cercanía temporal al cuidado de personas mayores y las consecuencias directas o indirectas de prestar cuidados. A sensu contrario, el apego a los cuidados familiares tiene una relación directa con el incremento de la edad, si se convive con personas con discapacidad, con el menor nivel de estudios y si se es jubilado o pensionista y las personas que trabajan en el hogar fuera del mercado (Roguero, 2009).

El índice de cobertura residencial que en enero de 2009 se situaba en 4,58 evidencia que los cuidados se dispensan prácticamente en el seno familiar por *cuidadores informales,* cuyo perfil sigue siendo marcadamente femenino, con unos apoyos profesionales en muy lenta progresión, a tenor de los índices de cobertura SAD (4,78 %) y de Centros de Día (0,89 %).

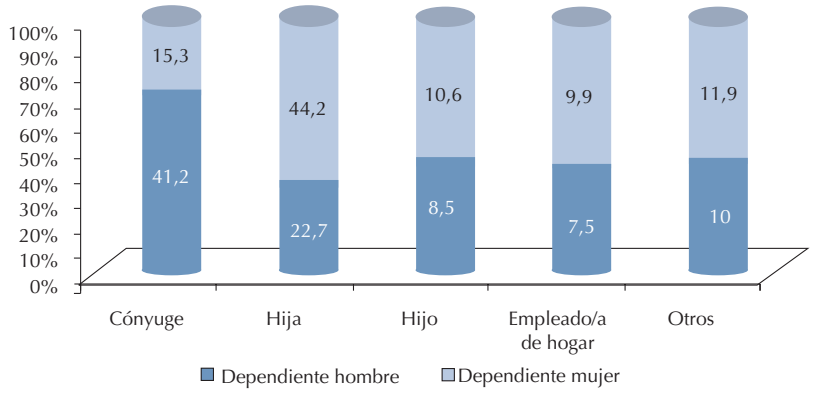
Los datos ofrecidos por el SISAAD (Imserso, 1 de julio de 2011), cuatro años después de la aprobación y aplicación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Mayores en Situación de Dependencia, confirman esta tendencia por el cuidado en el hogar, y a pesar de que el proceso ha comenzado por el reconocimiento de las grandes dependencias, prácticamente la mitad de las prestaciones reconocidas, 46,43%, corresponden a prestaciones familiares y un 13,08% a servicios de apoyo a domicilio. Son mucho menores las prestaciones reconocidas fuera del hogar, en centros de atención, bien en centros de día (6,04%) o de carácter residencial (13,68%). Es decir, que el cuidado principal recae en los hogares con reducidos apoyos externos.

El perfil del cuidador informal principal sigue prácticamente invariable desde la primera investigación realizada por el Imserso en 1993, que se ratificó en estudios posteriores (Imserso, 2004) y es el de una mujer (84%) de edad media (a mitad de la década de los cincuenta), con estudios primarios, con dedicación exclusiva en las tareas del hogar, mientras los hombres (16%), cuidadores informales principales son mayoritariamente pensionistas (53,7%) y están ocupados (31,9%). El perfil del cuidador no profesional extraído de la aplicación de la Ley 39/2006, agudiza sus principales variables caracterizadoras: es mujer en un 94%, un 55,4% sobrepasa los cincuenta años y un 22% son mayores de 60 años. Este perfil real llega a una cifra total de 383.503 (SISAAD. Junio 2010) de las que 128.388 personas cuidadoras tienen la prestación familiar concedida y convenio especial de Seguridad Social de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, ascendiendo la cifra total de cuidadores no profesionales hasta 383.503 (Junio de 2010), aunque estimaciones realizadas a través de diferentes investigaciones calculan para nuestro país una cifra de unas 600.000 personas que cuidan de una persona mayor con algún grado de dependencia de manera continuada, lo que supone un 1,8% de la población mayor de 18 años (Imserso, 2005, Castro, 2007).

Claramente, nuestro modelo de cuidados se encuadra dentro del modelo de cuidado familiar que ha caracterizado a los países de cultura

mediterránea muy centrado en el papel de la mujer como productora de bienestar (Gráfico 95).

Gráfico 95. Personas cuidadoras en relación con el sexo de la persona mayor que necesita ayuda.



Fuente: Imserso/CIS. ECV. Estudio 2647.2006.

Los estudios realizados en España resaltan unánimemente la feminización de la figura del cuidador principal, con una representación aproximada del 84% de mujeres y un 16% de hombres. El propio género de la persona a cuidar marca una tendencia hacia el vínculo familiar de la persona cuidadora. Así, cuando se trata de una mujer son mayoritariamente las hijas las cuidadoras, mientras en el caso de los varones son sus cónyuges, es decir, mujeres.

Los tibios cambios que se están produciendo tienden más a un equilibrio en la distribución de las tareas del cuidado con la tímida incorporación de los hombres como cuidadores y a recibir apoyos dentro del hogar, que a un cambio cultural del modelo de cuidados, donde el peso principal recaiga en recursos profesionales externos a la familia.

La familia se convierte en este modelo en una unidad socioeconómica donde se estudian las diferentes estrategias a seguir para afrontar el cuidado, aunque apenas hay experiencias de investigación en las que se tome como unidad analítica (Roguero, 2009).

Dentro del diseño estratégico del cuidado informal, la decisión de cuidar tiene un componente individual y otro de reciprocidad familiar y en esta toma de decisiones, la familia asigna el papel de cuidador principal, así como quiénes tomarán funciones de cuidadores de apoyo dentro del núcleo familiar, el contar con una ayuda externa y el resto de las redes familiares y sociales que pueden colaborar en el mismo, en base a una serie de factores: la posición que la persona mantenga

dentro de la propia estructura familiar, el género, la opinión expresada por la persona dependiente, la distribución del poder en la familia, la historia de las relaciones familiares, los valores o creencias con respecto a la salud, el patrimonio económico y la relación con el empleo.

En base a estos factores, Roguero (2009) elabora una escala de probabilidades para convertirse en cuidador principal informal en los hogares donde hay más de un potencial cuidador, dependiendo de las variables que confluyan teniendo más posibilidades si se es mujer, no se está ocupado, se está casado, se tiene entre 40-64 años y conviven con pocas personas. La variable determinante es el sexo: las mujeres cónyuges y las hijas tienen más probabilidades para cuidar que los varones en la misma filiación. Y si la ubicación del hogar se encuentra en el medio rural incrementa las oportunidades de desempeñar tareas de cuidado informal.

Mientras, tienen más posibilidades de liberarse del cuidado los varones: dos de cada tres, si tienen entre 35 y 45 años, están ocupados y su parentesco es más lejano.

Especialmente significativas son las estrategias decisorias para determinar quién presta los cuidados e incluso el traslado al hogar del hijo o hija cuando una persona mayor vive sola y pasa a ser una persona dependiente. En este caso, es más marcado todavía el peso del género, las hijas tienen mayores posibilidades de pasar a ser cuidadoras y de acoger en su domicilio al padre/madre que necesita atenciones. Las personas mayores comparten esta opinión, siempre y cuando la/s hija/s no estén insertas en el mercado laboral. Entonces, si existe un hijo varón, sin pareja, que viva en el mismo pueblo o barrio toma el primer lugar de preferencia.

La otra posibilidad que mencionan en su orden de prioridades, cuando tienen recursos económicos suficientes y con el fin de evitar o retrasar la institucionalización, es el contratar una empleada de hogar. *«Buscar a una chica»* que les permitiría seguir en el hogar propio e integradas en el contexto social de siempre, fórmula que muchas personas mayores no dejan de mirar con desconfianza por el hecho de introducir en casa a una persona extraña.

En el marco de estas «estrategias» hay que remarcar el protagonismo de las propias personas mayores en tareas de cuidado por motivos de salud a familiares y amigos: un 6,8 % lo hace para tareas de cuidado personal, un 8,1% para ayuda doméstica y un 12% hace compañía, sin olvidar el importante porcentaje (22%) que ejercen de cuidadoras principales.

El convertirse en cuidador principal tiene unas consecuencias que son variadas y difíciles de medir, al incidir en la salud, en la situación económica y en las relaciones sociales. La encuesta de Apoyo informal a los mayores en España (Imserso, 2004) cifraba en un 87% los cuidadores que tienen problemas derivados del cuidado, problemas que van más allá del propio cuidador por los efectos expansivos hacia toda la sociedad. Esta misma encuesta distribuía el impacto que tenía el cuidado informal en la vida de los cuidadores informales: en un 80% sobre el ocio, tiempo libre y vida familiar, un 56% en su estado de salud y un 61% en la vida laboral. Las secuelas negativas sobre la salud se han estudiado de forma amplia, elaborando y poniendo en práctica programas de intervención que mejoren a través de la formación adecuada, de intervenciones terapéuticas dirigidas a mantener el equilibrio emocional y de programas de respiro, la calidad de vida de las personas cuidadoras informales. Por el contrario, los efectos económicos del cuidado informal se han estudiado más como frutos, al cuantificar el valor del cuidado (Rodríguez Cabrero, Durán, Dizy, Fernández Moreno, Ruiz Cañete), tanto a nivel de ingresos personales como de producto interior bruto, como de reducción del gasto público.

Las repercusiones que tiene sobre la vida laboral son más imprecisas. La menor imbricación en el mundo laboral hasta ahora del perfil mayoritario de persona cuidadora, mujer y mayor de cincuenta años, ha propiciado el menor interés para determinar los efectos sobre la vida profesional, aunque numerosas investigaciones destacan la particular incidencia que tiene el cuidado sobre la vida social y profesional del cuidador, más acusada en la mujer (Izal, Fdz. Trocóniz, Jiménez, Montorio, 2009). En este sentido, la investigación realizada a nivel europeo (Encuesta Share) para determinar la relación existente entre el estado de salud de padres mayores y las decisiones de prestar cuidados informales y de trabajar de sus hijas en edad madura, no concluye que exista una relación directa en el perjuicio profesional de las mujeres cuidadoras informales y sí que la decisión de cuidar de un padre enfermo depende del grado de desarrollo y generosidad de los sistemas públicos de cuidados de larga duración. Cuanto mayor es la disponibilidad de servicios de cuidados formales menor es la proporción de mujeres a las que la mala salud de sus padres induce a prestar cuidados informales intensivos (Mira y Crespo, 2009).

A pesar de estas mejoras en el conocimiento de las consecuencias del cuidado hay que subrayar la falta de categorización en la influencia de las mismas, que son todavía más difíciles de discernir dependiendo de si es hombre o mujer, debido a los escasos datos que existen sobre los

varones. Aun así, parece que es más determinante para las consecuencias sobre el estado de salud el grado de dependencia de la persona a cuidar que el género del cuidador, mientras que en cuanto a las repercusiones en las relaciones laborales y sociales tiene un sesgo negativo hacia las mujeres (Izal, Fdez. de Tróconiz, Jiménez, Montorio, 2009) que puede estar directamente relacionado con el mayor apoyo que la red social da al hombre cuando se convierte en cuidador, debido a la imagen social femenina de la tareas del cuidado.

La proyección negativa de las consecuencias del cuidado tanto de las investigaciones como de los programas de intervención sanitarios y sociales ha obviado los aspectos positivos y la influencia de género en los cuidadores informales. Investigaciones recientes han comenzado a aflorar las consecuencias positivas del cuidado y es desde una perspectiva integral desde donde hay que valorarlo. En este sentido, la ruptura del espacio del cuidado producida por la incorporación creciente de los varones en un mundo exclusivamente femenino ofrece nuevas perspectivas que permanecían en la penumbra. La revisión de la literatura científica sobre la materia realizada por Izal, Fdez. de Tróconiz, Jiménez y Montorio en 2009 avanza sobre la satisfacción que los cuidadores informales sienten por el cuidado de un familiar y según algunas investigaciones los sentimientos positivos son mayores en los varones que en las mujeres, y concluyen que estas diferencias entre las diferencias de género pueden venir dadas por un cúmulo de causas, entre ellas los diferentes estilos de afrontamiento: mientras las mujeres «emplean estrategias dirigidas a reducir su malestar emocional, más asociadas a sintomatologías depresivas, los varones usan estrategias de afrontamiento de tipo instrumental, dirigidas a resolver problemas y asociadas a mayor salud emocional».

Hay que advertir de los estereotipos que rodean al hombre cuidador, adjudicándole, de un lado, un grado de incapacidad para el cuidado y, de otro, su menor implicación emocional cuando en realidad es su propia socialización en los roles masculinos y las respuestas que se esperan de los mismos los que determinan unas formas de comportamiento, «deteniendo la expresión emocional y la búsqueda de ayuda profesional para poder enfrentar esos retos y preservar su bienestar, mientras que las mujeres no tienen problemas ni en la expresión de emociones, ni en la solicitud de ayuda».

La voluntariedad en la decisión de cuidar influye también en la satisfacción con el cuidado, que suele ser decidida generalmente por el hombre, mientras las mujeres se ven compelidas a aceptar el rol de cuidadoras por sus condicionantes de poder real dentro de la red familiar.

En el entorno del hogar familiar, los cuidados profesionales que se reciben llegan mayoritariamente a través del servicio de ayuda a domicilio contratado con una entidad proveedora de estos servicios a título privado o por mediación de los servicios sociales, o bien a través de los empleados de hogar, trabajadores contratados directamente por la persona mayor o algún miembro de la familia para prestar sus servicios dentro del hogar, para la realización de «cualquiera de las modalidades de las tareas domésticas, «…**el cuidado o atención de los miembros de la familia o de quienes convivan en el domicilio…»** (Artículo 1, apartado 4 del Real Decreto 1424/1985 de 1 de agosto por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar).

La gran dificultad que conlleva la investigación en el interior de los hogares españoles implica la falta de información sobre estos cuidadores. La investigación realizada por el Imserso en 2004, sobre el cuidado a las personas mayores en el entorno familiar, cuantificó en un 0,6% los hogares españoles donde existe un cuidador bajo el régimen jurídico de empleado de hogar. Este estudio permitió también trazar un perfil de estos cuidadores: casi el 97% son mujeres, con una edad media de 39 años; en un 49% casadas; con estudios primarios 31,9% y estudios secundarios un 46,4%. Un 60% son de nacionalidad española y un 30% de procedencia latinoamericana. El trazo de su perfil se completa con la escasa cualificación: un 70% no ha recibido ninguna formación específica para el cuidado, un 28,5% lo recibió en el pasado y un escaso 1% lo recibe mientras trabaja, lo que hace imprecisa la catalogación de sus cuidados como profesionales sin calidad o como cuidadores informales por delegación.

Las personas mayores a las que cuidan, en un 91% tienen alguna enfermedad o siguen algún tratamiento médico, un 75% son mujeres, un 63% son personas viudas, y un 41% viven solas, pero con la familia como soporte: Los hijos en un 82,2% dan algún tipo de ayuda y un 56,5% se ocupan de diferentes aspectos del cuidado. La sustitución que realizan de los cuidadores informales se refleja en el tiempo del cuidado, un 52,7% declara que prestan ayuda en jornada completa.

La forma y las consecuencias del cuidado para estos cuidadores, así como para las personas que cuidan han sido escasamente investigadas. A la escasa literatura científica se suman los reducidos programas de formación, intervención y apoyo dirigidos a estos cuidadores, cuya intensidad del cuidado hay que deducir es similar al de un cuidador informal y por tanto pueden acarrear parecidas o idénticas consecuencias psicofísicas para el cuidador de un lado y de otro para la persona cuidada, más cuando es una opción que goza de cierta aceptación entre las personas

mayores: en caso de necesitar cuidados le gustaría ser cuidado en primer lugar por su familia (63,5%), por su familia y un cuidador (15,7%) y por una persona contratada española o extranjera (7,3%).

Esta fórmula de cuidado es muy bien aceptada por las familias y sobre todo por las personas mayores, siempre y cuando se disponga de los recursos necesarios, porque les permite seguir viviendo en el hogar, retrasando o evitando una institucionalización no querida, encomendando el peso del cuidado a una persona ajena a la familia pero manteniendo su control mediante la función directiva que queda en poder del núcleo familiar.

2. CUIDADOS PROFESIONALES

Junto al sistema de cuidado informal coexiste el cuidado profesional proporcionado por las instituciones y entidades de carácter sanitario y de servicios sociales. La sociedad tiene asumida y alaba la provisión de cuidados a personas en situación vulnerable y/o frágil dentro de las funciones del sistema sanitario, mientras que los proporcionados por el sistema de servicios sociales no se identifican plenamente como proveedores de los mismos, al no estar incorporados a nuestra cultura social. La aprobación y puesta en práctica de la Ley 39/2007 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, está contribuyendo a reforzar el incipiente cambio hacia los servicios sociales, al materializar como derecho un sistema de cuidados cuyo proveedor es el sistema de servicios sociales, sector que se ha convertido en un generador de empleo.

El crecimiento en números absolutos de la ocupación en el sector de servicios sociales entre principios de 2008 y finales de 2009 ha sido de 91.400 empleos, alcanzando la cifra de 433.400 empleos (Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010). Las estimaciones del potencial de generación de empleo que han realizado estos autores para el año 2011 alcanzan la cifra de 386.326 empleos y 496.029 en el 2015 para atender las personas mayores de 65 años con dependencia, estimaciones que se realizarán a medida que se vayan ajustando los efectos disfuncionales de la aplicación de la Ley 39/2006 y en concreto en lo que respecta a las prestaciones de ayuda familiar.

Dentro de los profesionales de los servicios sociales hay dos perfiles cuyas tareas están centradas en el cuidado: los cuidadores, gerocultores y asimilados y los auxiliares del servicio de ayuda a domicilio (SAD). Las tareas que se derivan del cuidado conllevan, para que el mismo se ofrezca de forma adecuada, una serie de conocimientos y habilidades comunes tanto a cuidadores informales como profesionales que en el

caso de estos últimos debería traducirse, en principio, en un cuidado de mayor calidad que el familiar, por las estructuras organizativas más complejas y preparadas.

La calidad en la prestación del cuidado profesional vendrá en gran parte dada por la formación, tanto en conocimientos como en habilidades y **valores,** y porque las condiciones en que se presente conformen un empleo de calidad.

Centrándonos en los dos perfiles profesionales apuntados que son los que aportan cuidados directos, la realidad viene dada porque son ocupaciones con una escasa profesionalización, con una preeminencia femenina y una lenta incorporación masculina, con una clara falta de homogeneidad en la formación y capacitación, que no se consideran valorados socialmente, y con una marcada satisfacción por su trabajo. (Imserso/Demométrica. 2009).

La diversidad de procedencia es un componente principal de la escasa profesionalización: las mujeres, mayoritarias en el sector, lo consideran una prolongación de sus tareas cotidianas dentro del hogar; los hombres como la última posibilidad de encontrar un empleo, más en estos momentos de crisis. La incorporación de los hombres a este sector tiene ciertas características:

- Mayoritariamente son inmigrantes que tienen un mayor nivel de formación adquirida en su país de origen y relacionada con el sector sanitario y en bastantes casos con una cualificación muy superior (enfermería, fisioterapeuta…) que acceden a estos empleos mientras convalidan sus titulaciones.
- El acceso al empleo y su incorporación, en particular en el servicio de ayuda a domicilio, tiene dificultades específicas debido a que, en un primer momento, hay un rechazo sociofamiliar y de la propia persona mayor hacia el hombre cuidador por la enraizada imagen social de feminización del cuidado. Imagen que influye también en los empleadores que seleccionan para estos trabajos principalmente a mujeres. Traspasada la barrera sociocultural, su trabajo es más valorado que el de las mujeres.
- Los hombres profesionales del sector adoptan una posición más profesional ante el trabajo: mayor cualificación profesional, demanda de formación a los empleadores y de mejoras en las condiciones laborales, uso de protocolos de actuación, estrategias de afrontamiento con una mayor distancia emocional.
- Las trabajadoras del sector creen que la incorporación de los varones a las tareas del cuidado profesional fomentará e incrementará el

valor y el reconocimiento social de la profesión y que contribuirá a mejorar las condiciones laborales.

La resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial Del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece de un lado que, los cuidadores, cuidadoras, gerocultores o categorías profesionales similares deben acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales creada por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre y que los profesionales que realicen funciones de asistencia personal a personas con dependencia, previstas en el artículo 19 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre y los/las Auxiliares de Ayuda a Domicilio deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, creada por el Real Decreto 295/2004 de 20 de febrero y de otro, establece los ratios globales de personal exigibles en el año 2011 en los centros dedicados a la Atención de Personas con Dependencia y los específicos para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar en relación con el tipo de centro y el grado de dependencia.

Éstos son los primeros pasos para lograr que la prestación de los servicios que tienen su núcleo principal en los cuidados se preste con calidad. Cabe preguntarse si la calidad en el cuidado es intrínseca al derecho de ser cuidado, transgrediendo tal derecho cuando no se proporciona de forma adecuada.

Y el buen cuidado, sea su procedencia profesional, familiar o por empleados de hogar debe incorporar, además de los componentes de conocimiento y habilidades propicios, la relación de proximidad y calidez, de comprensión y acompañamiento (Victoria Camps), fundamentos esenciales del valor de cuidar.

Numerosos profesionales reflexionan a través de la luz de la ética y la moral desde hace tiempo sobre la valoración del cuidado, definiendo qué es cuidar y cómo hay que cuidar sin traspasar las barreras de la intimidad y el respeto a todos los derechos inalienables de la persona. El campo de la bioética como lugar de encuentro de la diversidad de profesiones relacionadas con el cuidado ha tomado la antorcha para una reflexión profunda sobre el cuidado y las formas adecuadas de procurarlo.

B. LA ÉTICA DEL CUIDADO: BIOÉTICA, HUMANIZACIÓN Y PERSONAS MAYORES

1. BIOÉTICA

Cuidar a las personas mayores representa un deber, un compromiso social con las personas mayores, que han contribuido a construir el presente con su biografía. En las últimas décadas, gracias al desarrollo de la bioética, somos más conscientes de algunas situaciones complejas en el cuidado a las personas mayores, si bien queda mucho camino por andar para humanizarlas. Quien trabaja con personas mayores sabe que a diario se toman decisiones en situaciones complejas. Si nos detenemos a analizar, nos damos cuenta de que están en juego cuestiones éticas, valores en los que creemos y por los que apostamos, algunos de ellos con aspiración de ser universalizables. Los principios, tal como los abordan Beauchamps y Childress para el mundo de la biomedicina, pueden ser útiles también en las actuaciones con los mayores.

En clave interdisciplinar, las diferentes disciplinas gerontológicas pueden relacionarse evitando la exclusiva sanitarización del concepto de salud y dando más importancia al debate bioético. La experiencia nos dice que hay conflictividad ética en el cuidado a las personas mayores. En efecto, el bioeticista ha de tratar necesariamente con los valores relativos a la salud, la vida y la muerte de los seres humanos. Así pues, la bioética es un proceso de deliberación acerca de los fines individuales y colectivos de la vida humana. Por tanto, no puede restringirse a los límites de los hospitales y facultades de medicina. Es necesario que la bioética esté comprometida inevitablemente en cosas que ocurren en los programas y servicios para las personas mayores. La bioética, con total seguridad, no es sólo una mera ética de los profesionales de la salud en hospitales.

La palabra ética a veces evoca espontáneamente la pura subjetividad («cada uno tiene su ética»), la pura voluntariedad y, en el peor de los casos, el puro subjetivismo. En realidad, la palabra, que proviene del griego *éthos,* significa carácter, modo de ser, costumbre. En ética, cuando hablamos de carácter, nos interesa el sentido moral del término, es decir, el modo de ser estable de una persona desde el punto de vista de los hábitos morales que la caracterizan. Se refiere, por tanto, al tipo de persona que hemos elegido ser, y no al temperamento, más vinculado con la psicología.

La «bio-ética» hunde sus raíces en la ética médica tradicional, centrada en la relación médico-paciente (desde el Juramento de Hipócrates —s. V a.C.), aunque su expresión data de la década de los setenta. En

1971, por primera vez, Van Rensselaer Potter, famoso investigador en el campo de la oncología, acuña la palabra «bioética» en su libro titulado Bioethics: *Birdge to the Future* (Bioética, un puente hacia el futuro). Entonces se presenta como una rama del saber que se sirve de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida, y que reflexiona en torno a los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial; pero también, como ciencia que combina el conocimiento biológico (**bio**) con el conocimiento de los sistemas de valores humanos (**ética**). Potter entendía la bioética como una disciplina puente entre dos esferas del saber tradicionalmente separadas: las ciencias y las humanidades. Para Potter el diálogo entre ambos campos del saber es inaplazable, ya que está en juego la supervivencia humana, la de las culturas y las naciones.

El nacimiento de la bioética, que tiene lugar en la segunda mitad del siglo XX, se enmarca en un momento histórico caracterizado por el progreso científico y tecnológico en el terreno de la biomedicina, pero también por grandes movimientos culturales, políticos y sociales. Así, la preocupación por la justicia y la igualdad, la lucha contra la discriminación racial, los movimientos pacifistas, y los movimientos de liberación de América Latina y de África, constituyen el ámbito sociopolítico y cultural en el que la bioética ve la luz.

En relación al contexto de los avances científicos en medicina, los abusos llevados a cabo en los campos de concentración nazis promueven el deseo de que tales situaciones no vuelvan a repetirse en la historia de la humanidad, lo que da lugar a la proclamación de normativas, como el Código de Nuremberg (1946), y posteriormente las declaraciones de Helsinki en 1964, y de Tokio en 1975, en las que se recomienda la formación de comités para evaluar los proyectos de investigación científica. En Estados Unidos, el estudio Tuskegee (1932-1972) tuvo gran repercusión a nivel mundial. Surgió para investigar la historia natural de la sífilis y para ello se utilizó a cuatrocientos varones de raza negra. Dicho estudio supuso un engaño para los sometidos a él; y lo peor es que les privó de la penicilina, surgida en los años cuarenta, a pesar de que se sabía que la sífilis iba a reducir su esperanza y calidad de vida. Este escándalo fue crucial, ya que dio lugar a la aparición de una Comisión de Bioética con el fin de identificar principios éticos generales que sirvieran para orientar la investigación en seres humanos. De este y otros abusos surgió el Informe Belmont, en 1976, que identificó tres principios fundamentales: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Posteriormente Beauchamp y Childress publican la obra titulada «Principios de ética biomédica» en la que formulan cuatro principios generales que van

a servir para orientar las deliberaciones morales y las investigaciones de los clínicos en el ámbito de la biomedicina a partir de entonces. Estos principios que constituyen la metodología bioética por excelencia son: Autonomía, No maleficencia, Justicia y Beneficencia.

Es de destacar la aportación de bioeticistas, como Daniel Callahan, que manifestaban su descontento por dejar fuera de la reflexión bioética los problemas sociales y políticos; y que, junto a la publicación de *La Teoría de la Justicia,* de John Rawls (1971), y las obras de Hans Jonas, iniciaron en los años 70 una nueva era de contribución de la filosofía moral a los problemas sociales y políticos. Hoy en día, fenómenos como la irrupción del sida, la distribución de los recursos médicos y sanitarios, la globalización y las cuestiones transculturales, han provocado una mayor atención al principio de justicia, que había pasado a segundo término ante la autonomía. La justicia y la dimensión comunitaria y social pueden ser, sin duda, la preocupación más importante de la bioética del nuevo milenio.

La llamada ética del cuidado surge en los años setenta, como contrapeso a la ética de los principios, y avanzando en el desarrollo de la ética de las virtudes. Se ocupa, especialmente, de cuanto acontece en la relación interpersonal que se da entre el cuidador y la persona cuidada. La ética de los mayores no puede ser únicamente una ética de derecho sino una ética de responsabilidades, cuidados y afectos.

2. BIOÉTICA, ACCIÓN SOCIAL Y PERSONAS MAYORES

En el marco evolutivo de la bioética que acabamos de mencionar el interés se centra, primero, en lo que tiene que ver con lo más individual para avanzar a lo que nos compromete desde el ámbito más global. Pero en la reflexión bioética nos damos cuenta de que esta disciplina no se puede centrar exclusivamente en los problemas que se dan cita en los puntos de investigación biomédica, o en las más complejas unidades de hospitalización de los países donde el progreso y las condiciones socioeconómicas permiten poder contar con abundancia de recursos. Los ámbitos donde los recursos son escasos o más limitados, o donde los problemas son de carácter «social», donde la justicia como principio tiene un papel primordial podrían quedar excluidos. Puede ser el caso del mundo de las personas mayores y de los programas y servicios a ellas destinados.

Consideramos que relacionar la bioética y la acción social contribuye a humanizar la bioética, al introducir nuevos problemas bioéticos que se producen en los ámbitos de trabajo, que tienen como destinatarios

a personas vulnerables como son los mayores, en particular cuando están en situación de dependencia y enfermedad.

La bioética, de este modo, podrá contribuir a desvelar solidariamente conflictos existentes en las políticas, programas, servicios y relaciones vinculados a las personas mayores.

Entre los conflictos que se presentan en el cuidado a los mayores, podemos citar: estilos relacionales paternalistas, trato inadecuado o maltrato de los cuidadores (a veces por sobrecarga del personal o por escasa formación), caídas evitables, úlceras por presión prevenibles, mal manejo de las personas con deterioro cognitivo, los conflictos que habitualmente se dan cita al final de la vida, en la terminalidad, la derivación a hospital no deseada, el uso, en la mayor parte de las ocasiones de restricciones físicas, químicas o farmacológicas, internamientos involuntarios, ausencia de consentimiento informado, respeto de la intimidad, manejo de la libertad y la confidencialidad, ausencia de recursos suficientes y adecuados para tareas como animación sociocultural, rehabilitación, soporte psicológico y espiritual.

3. LA DELIBERACIÓN MORAL

Aún es poco frecuente la deliberación moral sistemática en los conflictos éticos que se dan cita en el cuidado a los mayores.

Recientemente se han desarrollado métodos de deliberación moral como estrategias de discernimiento en medio de la complejidad moral. En los programas y servicios para personas mayores han alcanzado un desarrollo muy reducido, siendo raros, por ejemplo, los comités de bioética o de ética asistencial existentes en el sector de atención a las personas mayores.

En efecto, para deliberar necesitamos un procedimiento, aunque deliberar no es sólo el procedimiento. Deliberar es una práctica, una habilidad, que se aprende con el ejercicio. Y, sobre todo, es una actitud, un estilo de vida, que debería aprenderse y ejercitarse a lo largo de la vida.

En la búsqueda de una metodología para la toma de decisiones en caso de conflicto ético en la acción social, hemos de partir de la base de que el trabajo social es también un saber sobre lo particular.

El agente social es también una persona que se encuentra en la encrucijada de las decisiones éticas complejas. De ahí la necesidad de realizar procesos de aprendizaje sobre la toma de decisiones inciertas pero racionales. Entre ellas hay decisiones de carácter técnico y otras de carácter ético. Hoy nadie discute ya la importancia de la formación de los profesionales en la toma de decisiones morales.

En el campo de la biomedicina, los orígenes en la búsqueda de un procedimiento de decisión se remontan a la deontología médica clásica, la ética de situación, los comienzos de la enseñanza universitaria en bioética y la aplicación de la teoría de la decisión racional a la ética médica. En medio de los conflictos éticos, conocidas las diferentes alternativas, ha de elegirse una de ellas como el camino más correcto. Esta decisión inicial ha de someterse a un análisis metódico, y ser rechazada si no supera los procesos de deliberación. Por eso, el paternalismo en la asistencia geriátrica y gerontológica ha de ser sometido a procesos de superación mediante estrategias dialógicas que ayuden a tomar decisiones prudentes.

No es menos importante determinar las **consecuencias** que se siguen de las decisiones en situaciones conflictivas. Sabiendo que no podremos evaluar todas las consecuencias, nuestra misión será reducir la incertidumbre a proporciones manejables, y siempre tener en cuenta que hemos considerado las principales consecuencias.

Forma parte de estos procesos de búsqueda del bien en medio de los conflictos, la **ponderación,** es decir, el análisis del peso de los diferentes argumentos para cada curso de acción posible en medio de los problemas.

Sin pretender dificultar la toma de decisiones creando una articulación complicada para las mismas, parece que es de utilidad generar espacios de discernimiento comunitario en las organizaciones, instituciones, programas y servicios para personas mayores, teniendo en cuenta la complejidad en la que se desarrolla la acción social, y con el fin de dar una respuesta cada vez más cualificada a los destinatarios últimos de tales servicios. La defensa de su dignidad y la búsqueda de formas más justas de organizar la intervención pueden ser objeto de reflexión, de discernimiento y de ponderación. De hecho, se producen tremendas paradojas, tanto en el trabajo social más directo como en las instancias de gestión; y nos encontramos con que, tratando de ayudar, podemos potenciar injusticias estructurales.

4. COMITÉS DE ÉTICA EN PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES

En general, un Comité de Ética es un grupo de personas que se constituye con la misión de deliberar sobre la moralidad de determinadas decisiones o cursos de acción, bien sea en la práctica clínica, en la investigación científica o en la gestión de los recursos sanitarios disponibles.

Hay diferentes tipos de Comités: los de investigación clínica, los de ética asistencial (o bioética clínica) y los de ética organizacional.

Parece cada vez más necesaria la constitución de Comités Éticos de Acción Social en las organizaciones que prestan servicios para personas mayores, abordando casos concretos del cuidado a los mayores donde se origina un conflicto de valores, y en los que se pida un asesoramiento, una consulta, para tomar una determinada decisión con más prudencia. No obstante, también sería interesante constituir comités de ética organizacional en las instancias subsidiarias o servicios generales de las organizaciones de trabajo directo con las personas mayores. En cualquier caso, lo interesante de los comités está, no sólo en el *qué,* sino en el *cómo* de su puesta en marcha y funcionamiento. Su desarrollo en el ámbito gerontológico es, sin duda, una innovación, ya que hay escasa experiencia al respecto, lo que redundará en la mejora de la calidad en la intervención.

Uno de los aspectos más interesantes de la constitución de un comité de ética o bioética es la hipótesis de partida. Se constituye un comité porque se considera que es mejor reunir a un grupo de personas procedentes de diferentes disciplinas que abordar los problemas desde un asesor externo, experto en el tema en cuestión. La propia composición **interdisciplinar** que origina la puesta en marcha de un comité es en sí valiosa. Parte de la base de que la reflexión plural desde diferentes disciplinas es más rica y útil para asesorar en una decisión que el personalismo centrado en la figura de un experto que sabe sobre una materia.

Por otra parte, la metodología de un comité de ética o de bioética, que como tal reflexiona sobre la vida moral, supone formarse y aprender a deliberar. La **deliberación** es la metodología mediante la cual se reflexiona en un comité es la lógica que inspira al comité y su razón de ser y esto significa que las personas que forman parte del mismo asumen un determinado talante y participan activamente en un proceso de deliberación. Por otra parte, la deliberación moral parte de la existencia de problemas morales; y por tanto, asume que su objeto son cuestiones morales complejas y concretas de la vida real.

Por otro lado, una característica fundamental de los comités de ética o de bioética es su **carácter no vinculante**. El carácter no vinculante del comité tiene que ver con su raíz filosófica, ya que no puede sustituir las conciencias de las personas en las situaciones concretas que tienen que afrontar. Si los comités tuvieran carácter vinculante se convertirían en legisladores, y perderían su carácter estrictamente ético.

Es el diálogo la base sobre la que se establece un comité, que es el medio y la posibilidad para encontrar una nueva verdad, que va más allá de las verdades individuales. Crear las condiciones para el diálogo supone partir de algunas premisas que todos los interlocutores han de aceptar:

construir desde las propias verdades, escuchar activamente y manejar los sentimientos de manera que se subordinen a la búsqueda de la verdad.

Deliberar es, por tanto, considerar los motivos y las consecuencias de un determinado curso de acción elegido, argumentando dicha decisión, y sopesando los pros y los contras, de manera que resulte el más prudente. Tomar decisiones prudentes pero inciertas es más un arte que una ciencia. La *prudencia* será así la cualidad que caracterizará las buenas decisiones, ya que la mayor parte de éstas se tomarán en condiciones de incertidumbre, aclarando que la incertidumbre intelectual no se opone en absoluto a la responsabilidad moral.

Conviene situarse ante los problemas éticos en actitud problemática más que dilemática. El **dilematismo y problematismo** son independientes de las ideas que subyacen y de los roles que se desempeñen. Como actitudes ante las situaciones concretas unen a personas que tienen ideas opuestas, «en los extremos conectan», podríamos decir, ya que en el fondo se trata de posturas ante la vida, que tienen un interesante ingrediente de **inteligencia emocional**, y que nacen de la conciencia y habilidades que hayamos adquirido en nuestra búsqueda del bien y la verdad.

Para dibujar al personaje que adopta una postura **problemática** ante las cuestiones de la vida, partimos de la base de que la moralidad no es matemática, ni tiene una única solución, ni ésta es la misma para todos y todas. Las cuestiones morales serían entonces opinables, no son verdades infalibles, certeras, precisas, de las que un ser humano es dueño. Las personas que adoptan la postura problemática son aquellas que hacen opción por una búsqueda de la verdad **comunitaria.** Esto significa partir de la humildad de reconocernos realmente necesitados del otro, de los demás, en la construcción común de la que nos sentimos parte. El problematismo está en la base de las actitudes de personas que creen profundamente en el sentido comunitario de la existencia. La vida está por hacer, y las decisiones se hacen con el camino y por el camino, compartidamente.

De la misma manera, la actitud problemática cree en la riqueza del **encuentro** aquí y ahora, y en el fruto del diálogo. La verdad no está predeterminada y oculta para ser hallada. No es única y absoluta en lo que se refiere a cuestiones que se pueden mirar desde diferentes prismas. Es más, la actitud problemática supone que la verdad no es alcanzable para los seres humanos, lo cual no supone renunciar a razonar con la pretensión de alcanzar un juicio universalizable.

En la sociedad pluralista y democrática no sirve para todos el modelo de una única autoridad moral con la que se contrasta lo que

es bueno y malo. Hoy en día tampoco podemos dejarnos arrastrar por el subjetivismo que nos llevaría al relativismo y que conduce a aceptar graves crímenes contra la humanidad, sólo por el hecho de que alguien los considere lícitos. Tendremos que encontrar los **mínimos** éticos que una determinada sociedad considere incuestionables; y a partir de ellos, construir la convivencia. En este sentido, estamos llamados a defender los **derechos humanos** como aquella estructura mínima de la ética que permite defender al hombre y a la mujer, su dignidad, su consideración como iguales, y como merecedores de respeto.

Dentro de esta concepción ética, los comités de bioética, basados en el respeto a las personas y a los derechos humanos fundamentales, pero sin respuestas únicas e infalibles, se inscriben en la cultura democrática y pluralista. El «acuerdo intersubjetivo» razonado y razonable, producto de la deliberación colectiva, parece el mejor camino hoy para construir moralidad, y esto es lo que se busca en los comités.

Entre las funciones de los comités asistenciales de ética, a semejanza de los existentes en el mundo de la salud que, a su vez, habrían de estar debidamente acreditados, se pueden citar:

- Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión en las situaciones que plantean conflictos éticos entre sus intervinientes: los profesionales del ámbito gerontológico, los mayores o usuarios y los programas y servicios.
- Colaborar en la formación en bioética de los profesionales de los centros y programas, y muy en particular en la de los miembros del Comité.
- Proponer a los centros prestadores de servicios protocolos de actuación para las situaciones en que surgen los conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

No existe una normativa para regular los comités en el ámbito de la acción sociosanitaria, sin embargo, podemos imaginar cómo se pueden constituir estos comités en las organizaciones relacionadas con las personas mayores especialmente vulnerables, y de hecho, algunos están funcionando trasladando en parte el modelo de la salud al campo de lo social-asistencial:

- Los miembros del comité serán igualmente personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en grupo iguales, que forman parte por propia voluntad.

- Formarán el comité varios trabajadores de atención directa (médico, enfermero, auxiliar, trabajador social, animador, etc., profesionales que trabajen en otras instancias distintas de la atención directa, un licenciado en derecho y una o dos personas ajenas a la institución, con interés por las cuestiones bioéticas.
- Será conveniente que se integre en el comité un miembro de la comisión de calidad si la hubiere, y que un miembro del comité al menos sea experto en bioética; o si no fuera así, que se cuente con el asesoramiento de un experto externo al comité.

C. HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN

Subrayamos, una vez más, que el problema bioético fundamental en el cuidado a los mayores es la humanización de los programas y servicios destinados a ellos.

Sin duda, vivimos en una sociedad más humana respecto a la del pasado. Vivimos en un momento de la historia en el que la dignidad de la vida humana —en la parte del mundo desde la que escribimos esto— está en muy buena medida salvaguardada a través de la eliminación de una larga serie de peligros para la vida misma y la disponibilidad de recursos para satisfacer algunas necesidades fundamentales. Hoy se garantiza cada vez más la forma más elemental de respeto de la persona —la vida misma en la libertad— y por eso la atención está centrada en la exigencia de hacer cada vez más respetuosos de la dignidad humana también otros sectores de la organización social que antes no eran examinados en esta perspectiva, como los servicios de protección para las personas mayores y en particular cuando están enfermas o sufren alguna forma de dependencia.

Sin embargo, la lamentación por la deshumanización y el deseo de humanizar es un fenómeno universal, también en lo relativo al cuidado de las personas mayores. Detrás de este hecho hay significados muy distintos, según el contexto donde se produzca. Sin querer caer en una visión pesimista de los programas y servicios, constatamos, en todo caso, un profundo y genuino deseo de que las personas mayores sean respetadas y tratadas a la medida de la condición humana y de los valores más nobles de la misma.

Las causas de la deshumanización son variadas en nuestro entorno. Indicaremos algunas de ellas, como la relación entre progreso tecnológico y deshumanización y en el fenómeno de la despersonalización

que tiene lugar en la asistencia, así como en aspectos económicos, psicológicos, estructurales, individuales...

1. DESARROLLO TECNOLÓGICO Y DESHUMANIZACIÓN

Al hablar de deshumanización de los programas y servicios para las personas mayores, uno de los aspectos asociados suele ser el del desarrollo de la técnica y la tecnología. Una afirmación frecuente es que junto al desarrollo de la técnica ha ido produciéndose y creciendo un proceso de deshumanización. A veces el discurso cobra incluso tonos nostálgicos, halagando otros tiempos pobres en medios (conocimientos, métodos diagnósticos y terapéuticos, escasa protección social, ausencia de ayudas técnicas), que hacía abundante uso sobre todo de uno de los recursos existentes: la relación humana al servicio de las personas mayores.

Con frecuencia, parece que asistimos a un discurso reductivo que lleva también a constatar el peligro de contraponer técnica y humanización. Así, la técnica aparece en el imaginario cultural con frecuencia dotada de poderes demoníacos, contranaturales, antihumanos, como si hubiera un persistente enfrentamiento entre humanidades y técnica. Parecería como si el humanismo se sintiera acomplejado y el técnico omnipotente, con lo que uno y otro se obnubilan sin remedio.

En cambio, la técnica es un medio que más que deshumanizar puede humanizar, en función de cómo se utilice. Así lo creía Ortega: «El hombre empieza cuando empieza la técnica. No hay hombre sin técnica», escribió. Quien deshumaniza, por tanto, es el ser humano. La «cibernetización» puede esclavizar y liberar, proporcionar y eliminar trabajo, dar seguridad y vulnerarla, alienar e integrar, empobrecer y enriquecer al ser humano. Lo importante es que la sociedad comprenda la complejidad y las repercusiones humanas y éticas de su aplicación en la organización social.

No obstante, no podemos negar la estrecha relación entre tecnificación y deshumanización. Al mundo de la salud, por ejemplo, en el año 1984, cuando activó un **plan de humanización de la asistencia hospitalaria**, no se le escapaba algo que responde al sentir generalizado de nuestra sociedad: la necesidad de humanizar. Y justificaba el plan diciendo que la enfermedad genera una situación de indefensión que hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Se decía entonces: «La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada añaden suficientes componentes para que el paciente se sienta

frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina». Este mismo riesgo lo experimentamos en la atención a las personas mayores.

Parece, como el mismo Plan refiere, que el reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos, tal como hace la Constitución Española en su artículo 43 y la Ley General de Sanidad, que universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos los españoles, ha ido acompañado de un proceso de tecnificación y masificación que, tal como se ha producido, ha hecho que se pueda hablar efectivamente de deshumanización.

En el ámbito de las personas mayores necesitadas de ayuda, sabemos del potencial humanizador de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. A nivel jurídico, es realmente escaso el reclamo a la humanización o la inclusión de este objetivo de manera explícita en el marco normativo. De hecho, rastreando la normativa española, tanto a nivel estatal como autonómico, hemos constatado que no existen referencias concretas a la asistencia o atención «humanizada» de las personas mayores. Las únicas referencias normativas que contemplan el carácter humanizado de la atención lo hacen referidas:

a) A un ámbito puramente sanitario, destacando en tal sentido:

- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización[1].
- El Real Decreto 1746/2003, de 19 diciembre, que regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión[2].

[1] Que contiene una doble referencia:
ANEXO II. Cartera de servicios comunes de atención primaria. 7. Atención paliativa a enfermos terminales: «Esta atención, especialmente «**humanizada**» y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud.»
ANEXO III. Cartera de servicios comunes de atención especializada. 6. Atención paliativa a enfermos terminales: «Esta atención, especialmente «**humanizada**» y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario».

[2] Cuyo artículo 7 prevé entre las funciones de los Gerentes de Atención Sanitaria: c) Fomentar una asistencia «**humanizada**» y de calidad con garantías bioéticas y basada en el mejor interés de los ciudadanos y pacientes, en el ámbito de sus competencias.

b) A enseñanzas correspondientes al título de formación profesional, destacando:

- A nivel estatal, el Real Decreto 546/1995, de 7 abril, que establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas[3].
- A nivel autonómico, se contienen referencias precisas a la asistencia humanizada en el marco de una relación de ayuda, en diferente normativa tanto social, como sanitaria, como de educación.

Por último, en lo que al análisis jurídico se refiere, cabe afirmar que la escasa referencia de la «humanización» en la asistencia por parte de la normativa española, se torna en nula referencia, cuando pasamos a hablar de la legislación europea.

Se podría decir que tiene lugar un doble proceso paralelo: la extensión de la asistencia y la protección social a las personas mayores y dependientes, acompañada al menos a nivel programático, de mayores recursos a su servicio, y la experiencia de deshumanización de espacios y relaciones donde aquéllas deberían ser protagonistas. Y en este segundo proceso, pudiera olvidarse fácilmente que la asistencia se está procurando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad, cuya respuesta no puede reducirse a una intervención técnica, por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance de todos que estuviera.

Efectivamente, en el mundo de los programas y servicios para las personas mayores es posible enumerar déficits y puntos débiles que repercuten negativamente en la acción de cuidarlas. La burocratización, la masificación, la gestión de los recursos a nivel autonómico de manera diferente, la lucha de poderes y otros factores obstaculizan gravemente el ejercicio de cuidar, el acceso igualitario a los recursos y la calidad homogénea de los mismos.

La universalización de los servicios, que de hecho no es tal, la concurrencia de diferentes iniciativas (también con ánimo de lucro) y su tecnificación, hacen también que éstos puedan terminar organizándose como una empresa. Una empresa compleja, donde los recursos económicos han de gestionarse con la racionalidad propia de la ingeniería

[3] Cuyo apartado 2.2.3. prevé, entre otros cambios en la formación, los siguientes:
«Para la correcta formación de este profesional y como desarrollo del concepto de atención «**humanizada**» del paciente/cliente, se hará necesario un incremento formativo en los siguientes apartados:
a) Conocimientos y destrezas en técnicas psicosociales aplicadas a la atención de los pacientes/clientes para «**humanizar**» la asistencia.»

financiera, que no siempre coincide con las necesidades variables de los destinatarios de los programas y servicios.

En algún momento, ha sido planteada esta reflexión: «Humanización, ¿tecnología punta?», llegando a responder afirmativamente, entendiendo por humanizar el uso de la razón y la relación como instrumentos terapéuticos al servicio de los valores que el hombre siente como importantes e identificadores de su ser hombre y entendiendo tecnología de cuidados como todos aquellos medios y procedimientos, utilizados en el cuidado a los mayores, incluso los procedimientos organizativos y de soporte en los que se proveen dichos servicios. La relación humana y humanizadora que se pretende promover en el medio social con los mayores sería entonces realmente tecnología.

2. DESHUMANIZACIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN

Uno de los problemas más importantes de la deshumanización del cuidado a las personas mayores es la posible reducción del ser humano a objeto. Este proceso de conversión de lo subjetivo en objetivo, de lo singular en lo seriado, se denomina cosificación y a través de él, se puede producir una grave pérdida de identidad personal.

Ortega y Gasset decía que la técnica es incapaz de determinar el contenido de la vida. Si cuidar a un ser humano tiene que ver con la acción de ayudarle a ser él mismo, esta tarea sólo puede desarrollarla una persona, esto es, alguien que está llamado, también, a ser él mismo. Cuidar es una tarea ineludiblemente humana y lo es porque a través de ella se cuece la cuestión del sentido de la existencia, la cuestión de la libertad, la cuestión de la intimidad. Este tipo de categorías forman parte del universo personal, y sólo una persona debidamente cultivada puede ayudar a otra a encauzar correctamente dichas categorías en su vida personal.

En ocasiones se produce una cierta hipertrofia del «poder de los centros y programas» anteponiendo las exigencias de la administración y la burocracia a las necesidades de la persona mayor: disminuir los días de tiempo de espera de una plaza residencial o de una valoración, reducir las listas de espera, optimizar los recursos coordinándose armónicamente el sistema sanitario y social, etc., pueden ser caminos por recorrer para humanizar el cuidado a las personas mayores. Esto lleva consigo el afrontamiento de los peligros de la «cosificación» del mayor («este caso social…»), que puede llevar a una relación objetal parcial, sin ponerle rostro ni nombre y apellidos.

Ciertos servicios, sobre todo si están masificados, invadidos por las dinámicas despersonalizadas y la colonización de los procesos de tec-

nificación plantean grandes interrogantes que han de formar parte de la reflexión bioética.

La responsabilidad individual queda interpelada por este proceso de deshumanización. A veces las profesiones de cuidado de los mayores son vistas exclusivamente en términos remunerativos, o como importante nicho de trabajo. En ocasiones, la solicitud y la compasión son reemplazadas por reglas frías e impersonales del contrato de trabajo. Expresiones como: «no es mi responsabilidad», «no me pagan por esto», «mi turno ha terminado, espere al próximo» etc., pueden indicar el afianzamiento de una mentalidad centrada en los propios derechos e intereses —legítimos—, dejando a la persona mayor beneficiaria de los cuidados y servicios, en una situación particularmente frágil.

Esto ha favorecido la aparición de otro elemento deshumanizador: el incremento de relaciones funcionales, más que personales. Baste pensar en los paternalismos manifiestos o escondidos; en la tendencia de los cuidadores a privilegiar el caso y no a la persona necesitada; en la costumbre recurrente de referirse a «un caso difícil». El valor primario de la dignidad de la persona debe iluminar los procesos de atención, a fin de que ésta no se vuelva deshumanizadora, pero no siempre esto es así. Pensemos en la impresión de miedo y de aislamiento y soledad sufrida a menudo por los mayores al final de la vida, que pueden ser víctimas también de encarnizamientos técnicos («terapéuticos»), cuando lo que verdaderamente necesitan es un corazón amable, una mano que le consuele y una voz que le infunda aliento.

En efecto, la deshumanización está directamente relacionada con la despersonalización, con la pérdida de los atributos humanos, con la pérdida de la dignidad, con la frialdad en la interacción humana. El contenido más claro de la deshumanización viene determinado por los siguientes aspectos: la conversión de la persona en un objeto, su cosificación, su pérdida de los rasgos personales y el descuido de la dimensión emotiva y valórica; la ausencia de calor humano en la relación profesional, a veces pretendidamente justificada, aunque capaz de velar una clara frialdad e indiferencia; la falta de autonomía de la persona mayor que termina siendo manipulada y objeto pasivo de cuanto acontece en torno a ella y sobre ella, y la no infrecuente negación de sus opciones últimas ante programas, actividades, tipo de tratamiento, e incluso ante diagnósticos infaustos.

El haber universalizado los servicios puede llevar consigo también el hecho de que la sociedad haya generalizado modos de intervención que en el pasado reservaba únicamente a los pobres, a los más débiles,

a los más resignados e incapaces de denunciar actitudes deshumanizadoras en relación a ellos.

Un análisis fenomenológico en torno a la deshumanización puede llevarnos a constatar estos elementos: tendencia a ver al individuo como un objeto (acogida fría e impersonal, falta de información, escasa participación en los procesos); presencia de una relación humana de tipo funcional (con juegos de poder en la relación personal-persona mayor y relación paternalista y a veces manipuladora); la marginación de ciertos grupos de mayores (pacientes de alzhéimer, enfermos crónicos, terminales, grandes dependientes); la instrumentalización y explotación del personal (a causa de la ley de la eficacia del sistema y de la complejidad del aparato organizativo); y la prioridad dada al aspecto técnico y administrativo (que impone leyes de política económica y de racionalidad empresarial).

3. EN EL FONDO DE LA DESHUMANIZACIÓN

Pero en el fondo del proceso de deshumanización a que asistimos hay, sin duda, elementos más profundos, que tienen sus raíces más hondas que en la explicación de lo que acontece en el mundo de las personas mayores, raíces relacionadas con la misma antropología.

Tomar conciencia de la complejidad del mundo de la protección social en general ya nos permite hacernos cargo también de que éste es reflejo de la cultura en general. En el mundo de la protección social constatamos, por ejemplo, injusticias debidas a la economía de mercado imperante y a las diferencias entre Autonomías, que no permiten hablar de acceso igualitario a los recursos en un horizonte de igualdad. La solidaridad como encuentro, en efecto, significa, en primer lugar, la experiencia de encontrarse con el mundo del dolor y de la injusticia y no quedarse indiferente; y, en segundo lugar, significa tener la suficiente capacidad para pensar, es decir, para analizar lo más objetivamente posible la realidad de inhumanidad y de injusticia en que vivimos, sin que el peso de ese análisis nos desborde. Y vivir de modo que la solidaridad constituya un pilar básico en el proyecto de vida de quien se tenga a sí mismo por solidario.

En el proceso de deshumanización influyen también mecanismos psicológicos de negación de la dimensión negativa y oscura de la vida. Con frecuencia se alude a la deshumanización de las grandes instituciones, a la dificultad del personal cuidador para acompañar humanamente a la persona mayor, a veces enferma o al final de la vida; se suele criticar la falta de información y las mentiras que se crean a su alrededor, pero más raramente se reconoce que detrás del acompañamiento a toda persona mayor (en la que de alguna manera la muerte se da cita

bajo forma de alguna pérdida o conjunto de pérdidas), nuestra cultura tiende a tabuizar. En la medida en que se reintroduzca la muerte, el límite y sus precursores e indicadores (entre ellos el envejecimiento y la dependencia y enfermedades), en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla, en esa medida se lucha contra la deshumanización. Los procesos de envejecimiento y dependencia repercuten más o menos en el sistema familiar, no solamente en la superficie (en la dinámica cotidiana: gestión del tiempo, etc.), sino también en el fondo, removiendo sentimientos de angustia primitiva, cuestiones sobre la existencia y la propia vida, que nos llevan a sacralizar a las personas y los lugares a los que acudimos en estas circunstancias, aumentando las expectativas —a veces sin límites— en relación a ellos.

Quizás otro elemento que esté en el fondo de la deshumanización sea el hecho de que la ideología de la protección social manifiesta más interés y está centrada en las necesidades que en las posibilidades. No teniendo como objetivo la salud (en el sentido biográfico, global, holístico, no sanitarizado), el sistema carece de cultura de salud y no está en condiciones ni de asumir su propia salud ni de controlar el sistema. En el fondo, aquí se encuentra también el proceso de medicalización que padecemos socialmente.

Sin duda no es banal el hecho de la formación recibida por parte de los agentes sociosanitarios en el proceso de deshumanización. Formados especialmente para la competencia profesional y la eficiencia se encuentran, con frecuencia, sin recursos para manejar las dificultades relacionales (con los mayores, con los enfermos, con los familiares, en el trabajo en equipo) y personales (los propios conflictos internos en el encuentro con la vulnerabilidad y con la complejidad de los conflictos éticos). Son todavía muchos los programas formativos de profesiones sociosanitarias que descuidan la dimensión más humana de tales profesiones.

Trabajar en equipo requiere no sólo competencia profesional y buena disposición, sino formación específica para ello, particularmente para manejar los conflictos y para escucharse. Allí donde no se produce la escucha es difícil que alguien no padezca los efectos catastróficos que su ausencia produce.

El fenómeno ya referido de la medicalización de la vida y de cuanto tiene que ver con el envejecimiento, como es sabido, genera yatrogenia. Pero no sólo como dolor, enfermedad o muerte producida como consecuencia de la asistencia, sino también yatrogenia en sentido social y estructural; es decir, en sentido social cuando las políticas refuerzan una organización industrial que genera mala salud, y en sentido estructural cuando apoyadas médicamente la conducta y las ilusiones

restringen la autonomía vital de las personas minando su competencia para desarrollarse, atenderse uno a otro y envejecer, o cuando la intervención incapacita reacciones personales al envejecimiento, la dependencia, la angustia y la muerte.

En último término, en el fondo de la deshumanización está el olvido de la propia condición de personas, como seres morales que se realizan como tales cuando buscan el bien ajeno y propio, cuando salen al paso de la fragilidad con la fortaleza, ambas constitutivas de su ser, cuando se reconocen sanadores heridos, empujado a la búsqueda del bien en la relación intersubjetiva y solidaria. Tenemos una indigencia fundamental que nos hace mendigos unos de otros; y somos portadores, a la vez, de una riqueza inagotable que nos hace donantes unos de otros; tenemos, en el fondo algo que dar y algo que recibir.

La deshumanización surge cuando no se integra el canon de moralidad que le obliga al hombre a reconocerse constitutivamente como un ser moral, a considerar la moralidad como condición inexcusable de su realidad que le empuja a buscar mediante la razón y la deliberación comunitaria (dimensión política) el bien para la persona vulnerable.

La deshumanización surge cuando en la búsqueda del bien de manera participativa (propio de los sistemas democráticos), no se introduce el principio de responsabilidad o cuando en la democracia se produce el déficit de participación que la hace torpe e imperfecta en cuanto que se generan repercusiones negativas sobre personas y grupos (a nivel local y global) en las decisiones de cualquier organización.

D. QUÉ ES HUMANIZAR

Ciertamente hablar de humanizar está siendo algo cada vez más reconocido en el mundo del cuidado a los mayores, constatándose la necesidad de no limitarse a hacer esfuerzos por prolongar años a la vida, sino también vida a los años, que deseamos vivir con calidad y con cualidades muy concretas en los cuidados necesarios. No obstante, lo que significa realmente humanizar y la aceptación de que se trata de algo mucho más comprometedor que el mero voluntarismo o que dar calor a las relaciones asistenciales, parece menos claro.

Parecería como si la psicología, el trabajo social, la enfermería, la medicina y otras profesiones que concurren en el cuidado de los mayores, se hubieran olvidado de que no se puede realizar una buena intervención sin una buena antropología y una buena ética de fondo.

Humanizar el mundo de los mayores es algo más profundo y complejo que un conjunto de intervenciones que se reduzcan a la aplicación de técnicas. Humanizar es una cuestión ética; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar una realidad consiste en impregnarla de los valores genuinamente humanos, que van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida, o mejor, que refieren el fondo del uso de ésta, los motivos, los valores y los modos que llevan a utilizarlas bien.

Muchas veces un proceso de humanización no es tanto un proceso de estructuras, de mecanismos, sino de actitudes; no es tanto un problema de recursos —tantas veces nos quejamos todos de la falta de recursos— porque todos sabemos que se puede avanzar mucho en un proceso de humanización con los recursos actuales, pero con unas actitudes distintas.

1. HUMANIZAR DESDE DIFERENTES ÁMBITOS

Un proceso serio de humanización de la salud ha de considerar la necesidad de intervenir en diferentes ámbitos. Tendrá que tener en cuenta el ámbito de la política de la protección social, de la distribución válida y eficaz de los recursos, la justicia que busque la igualdad en el reconocimiento de los derechos; tendrá que contemplar el ámbito de las estructuras prestadoras de servicios y su accesibilidad y acomodación a las verdaderas necesidades de los mayores y de los profesionales.

Un verdadero proceso de humanización tendrá que considerar también la organización del trabajo y el tratamiento interdisciplinar de los problemas de los mayores, particularmente cuando están enfermos; tendrá que estar atento al afrontamiento sano y dialógico de los conflictos éticos que surgen constantemente tanto en la gestión de los recursos como en el contacto directo con los usuarios del sistema.

En el fondo, humanizar afecta al ámbito de la cultura. Una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que la considera como misterio, que no niega el dolor y el sufrimiento como realidades a integrar, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no sólo por las enfermedades, sino por la educación en la salud y en los valores, que reconoce efectivamente la dignidad intrínseca de cada persona.

Humanizar afecta a las estructuras prestadoras de servicios para las personas mayores, a los edificios donde se atiende a las mismas (residencias, centros de día), a su diseño y organización, a su accesibilidad y confort, a su funcionalidad, al modo como se organiza el trabajo en ellos y el lugar donde se sitúan. Cuando la lógica de las instituciones

de atención a los mayores obedece a intereses exclusivamente de tipo mercantil, o está secuestrada por microfísicas de poder, la escucha es impracticable y la calidad asistencial se erosiona gravemente.

Un verdadero proceso humanizador no podrá omitir el cultivo de la calidad asistencial, así como de la calidad y competencias relacionales, emocionales, éticas, culturales y espirituales en la interacción con los mayores y con los equipos prestadores de servicios.

Sin embargo, habría que estar atentos a que la gestión de la calidad en centros residenciales, u otras instituciones prestadoras de cuidados, no se convierta exclusivamente en un factor más de deshumanización porque aumente la burocracia a la búsqueda de evidencias, en detrimento del calor humano y de cuantos intangibles contribuyen a dar verdadera calidad a los cuidados.

Habrá que caminar, pues, hacia una armonización entre los valores procedentes del conocimiento científico-técnico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Y ello no podrá conseguirse sin una seria revisión de los programas de pregrado y de formación continuada de modo que potencien el conocimiento global.

Humanizar tiene que ver igualmente con el modo como se afrontan los conflictos éticos, con la metodología seguida, con la existencia y buen funcionamiento de comités de ética asistencial, como decíamos más arriba.

Humanizar tiene que ver, en último término con el cuidado del cuidador, con la atención prestada a las motivaciones intrínsecas, con la formación ofrecida desde las organizaciones para cultivar un buen grado de autoestima y madurez personal, previniendo así el desgaste profesional y el burn-out. Humanizar, por eso, tiene que ver con las condiciones laborales de los gerocultores y otros profesionales que, si no están satisfechos suficientemente, generan elevados índices de rotación personal en los centros residenciales, con el consecuente precio emocional y la carga laboral para compañeros y su repercusión sobre los asistidos. Igualmente se puede decir de las familias sobrecargadas.

Ciertamente, un válido proceso humanizador tendrá que hacer que el profesional sea diestro en el uso de las técnicas —o «habilidades blandas»—, ya sean diagnósticas, de tratamiento, de cuidados, de liderazgo. Pero la relación y la comunicación es el ámbito fundamental o nuclear de todo proceso de humanización porque impregna todo el quehacer profesional y es algo mucho más profundo que el uso aséptico, aunque adecuado, de unas técnicas.

2. HUMANIZAR ES CUIDAR DESDE LOS VALORES

Humanizar, tal como dice el diccionario de la Real Academia de la Lengua, consiste en «hacer a alguien o algo humano, familiar y afable; ablandarse, desenojarse, hacerse benigno». Lejos de reducirse a la aplicación de una técnica o de convertir las relaciones en blandengues hasta el punto de que resulten empalagosas y ñoñas, humanizar apela al compromiso personal, grupal, social, cultural y político de hacer del vivir una cuestión apasionante; es decir, una experiencia donde la pasión y, por lo tanto la implicación de toda la persona, entra en juego.
Y considerar a toda la persona en la relación con el mayor significa trascender el reduccionismo tan propio de la tendencia asistencialista de centrarse en los desajustes físicos, yendo más allá, a la consideración de la dimensión cognitiva, de la dimensión emotiva y afectiva, social y relacional, y de la dimensión ética y espiritual, de las que no se puede escapar ninguna visión antropológica mínimamente seria.
El camino por hacer en todo proceso de humanización es largo. Será siempre tan largo como la distancia que hay entre la inteligencia humana y su realidad profunda, siempre misteriosa e inabarcable de cada persona.
Humanizar el mundo de los mayores será siempre una tarea que tienda a acercar el ser al deber ser, a la búsqueda de lo bueno, lo bello, lo fascinante de la condición humana, que se puede encontrar tanto en la salud como en la enfermedad, todos los días de la vida.

3. HUMANIZAR LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Humanizar la intervención social constituye un reto permanente que nos interpela sobre el modo como realizamos nuestros procesos de identificación de necesidades, de acogida de personas (en particular las más empobrecidas), de acompañamientos que realizamos, de diseño de programas y de gestión de los mismos.
Humanizar la intervención social pasa, por tanto, por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales no cubiertas en muchas personas, sino por incidir también en la salud de las relaciones, en la salud de los valores interiorizados, en la salud en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en la salud de la autopercepción, etc.
En el fondo, humanizar la intervención social constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad, para promover procesos de integración duraderos y consolidar la participación de los excluidos en la vida social normalizada.
No es posible una intervención holística, global, integral, sin una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligen-

cia emocional, de la sabiduría del corazón, de las capacidades de entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar para identificar y movilizar en ella no sólo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el protagonista principal del proceso.

Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable.

En términos muy generales, podríamos decir que la identificación de algunos indicadores de humanización son:

— La universalización de los servicios para las personas mayores traducida en igualitarismo en la accesibilidad.
— El tratamiento personalizado en todos los procesos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados, rehabilitadores, estimulativos u otros, traducido en la consideración de la persona en sentido holístico, con todas sus dimensiones y percibido por la satisfacción de los usuarios.
— Participación activa de la persona mayor y su familia, constatable en la información recibida, su comprensión y el buen uso del consentimiento informado.
— Respeto a la libertad de la persona, con los límites propios del sano afrontamiento de los conflictos cuando ésta entra en conflicto con otros valores, verificable en estilos no paternalistas de la práctica gerontológica y en el igualitarismo en la relación cuidador-persona atendida.
— Trabajo interdisciplinar y evaluación de los procesos, constatable en la participación de los profesionales en reuniones de equipos interdisciplinares y en los temas afrontados en las mismas.
— Existencia y buen funcionamiento del Comité de Bioética Asistencial en Centros o instituciones prestadoras de servicios.
— Existencia de departamento de atención al usuario u otros que permitan la canalización correcta de las demandas y quejas de los usuarios.
— Cuidado del cuidador mediante los ingredientes propios de la «higiene laboral», de un salario justo, de un trato adecuado y motivador y mediante la formación continuada.

— Existencia de comisiones de humanización u otras instancias promovedoras de su significado, a diferentes niveles (autonómico, de Centros…).
— La formación tanto en el pregrado como posterior y continuada, que armonice los valores procedentes del conocimiento científico-técnico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona, donde el mundo de los sentimientos y de los afectos cobra una particular relevancia.
— La existencia de criterios de gestión transparentes que controlen el gasto asumiendo el reto de la calidad y donde los valores genuinamente humanos estén en el debate sobre las políticas de gestión de recursos.
— La existencia de un modelo de gestión de la calidad más cercano.
— La calidad de las estructuras, su señalización, la actualización de los equipos, la revisión periódica de los programas.

4. EL VALOR DE LA VIDA HUMANA

No es la vida un valor absoluto, por más que esta afirmación nos resultara fácil para argumentar en torno a numerosos problemas bioéticos. Afortunadamente, cada vez somos más sensibles ante la concepción de la vida como experiencia, no sólo como dato biológico, como biografía escrita en activa y en pasiva. Promover esto en la vida de las personas mayores es reconocer el valor de la vida humana.

Cada vez más somos sensibles a concebir la vida como una realidad integral, en la que más acá y más allá, ahora y después, dentro y fuera, uno y muchos, no son realidades separadas u opuestas, sino siempre interrelacionadas, y donde la responsabilidad individual en el cuidado de la vida reclama la ética de la responsabilidad ante los seres actuales y virtuales.

Cuidar la vida para hacer de ella una experiencia biográfica en la que los renglones escritos tengan autor conocido hasta el último punto, cuidar la vida de cuyas líneas muchos no pueden sentirse protagonistas por los límites impuestos por la naturaleza y las enfermedades asociadas a la dependencia y al envejecimiento, quizás sea algo mucho más noble que un mero instinto de conservación; quizás sea el canto de nuestro pájaro interior que canta porque no puede no hacerlo.

Pero escribir la vida, respetarla, apropiarse de ella, admirarse ante ella, preguntarse por su sentido, aspirar y buscar la mayor calidad de vida, y otros muchos verbos que conjugamos cada día, no pueden sino reclamarnos el valor de la justicia y el igualitarismo en el acceso a los recursos para vivir dignamente.

A la vez que no podemos sino admirarnos ante el milagro de la vida, no podemos tampoco sino poner el grito en el cielo y reclamar lo que los

sentimientos, la razón, la fe o *la inteligencia del corazón* nos gritan: respétese toda vida humana, vívase con pasión y gozo, disfrútese con sabiduría.

5. DIGNIDAD HUMANA Y CALIDAD DE VIDA

En los últimos años se está prestando una particular atención a la relación existente entre dignidad y calidad de vida. Si bien estamos ante un discurso nada novedoso, puesto que siempre ha estado presente (piénsese en la búsqueda de lo bueno, bonito y barato, expresión con la que la sabiduría popular ha sintetizado valores importantes), resulta que el progreso de las tecnologías puestas al servicio del hombre interpelan de manera más acuciante hoy, cuando somos capaces de prolongar la vida, pero no siempre en condiciones que al sujeto o a los responsables de la distribución o aplicación de recursos les parece que tal vida sea digna.

En principio, parece natural pensar que es bueno todo aquello que va a favor de la vida y malo todo lo que va en contra suya o la pone en peligro. Pero la vida sin más no es un criterio de moralidad. El criterio surge cuando se califica o cualifica esta vida de cierta manera.

En efecto, la ética de la calidad de vida constituye hoy en día una aportación fundamental en la reflexión bioética. El problema es que no existe una única definición simple ni completa del término. Los diferentes autores parecen estar de acuerdo en que su significado es esencialmente subjetivo, en el sentido de que es el sujeto el que debe apreciar y enfatizar si su estilo de vida satisface plenamente sus propios deseos y necesidades. Es por tanto una aspiración ideal que ha de llenarse de contenido en un determinado contexto (personal, social, cultural, económico, humano, médico...). Los juicios sobre calidad de vida son siempre relativos a un marco de referencia concreto.

Pero nos encontramos con el problema de que la calidad no siempre puede ser valorada por el sujeto que la percibe, precisamente porque no es dueño de algunas de las características más específicamente humanas que permiten la experiencia subjetiva y la conceptualización de tal experiencia, como pueden ser las personas que sufren deterioro cognitivo. De la importancia que se le dé al concepto de calidad de vida dependen no pocas decisiones en el ámbito de los cuidados a los mayores.

Atender a la calidad de vida es una exigencia moral innegable, si con ello nos referimos a cualquier tipo de acción orientada a crear condiciones más favorables para la expansión y desarrollo de cualquier ser humano... Una comprensión global de la calidad de vida que mire a las condiciones de vida que respondan a la dignidad humana para el mayor número posible de personas sí merece una consideración moral, aunque su utilización en casos conflictivos es muy delicada y difícil.

De hecho, hay quien habla de la vida humana como un valor «absoluto relativo», para aclarar que no es el valor supremo y absoluto, aunque tenga valor por sí misma y posea una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico. Entre esta visión de inviolabilidad absoluta y el concepto de calidad de vida se debate la reflexión.

La calidad de vida nos hace referir la vida, verla de manera comparativa consigo misma en otras circunstancias o con otros. Está relacionada con el conjunto de propiedades que hacen esa vida apreciable y mejor que la de otras personas. El concepto calidad de vida considera que la vida varía de «cualidad» según las actitudes ante ella o los valores que la impregnan y pueden verse realizados. Hoy somos testigos de que está naciendo un nuevo humanismo en el que el hombre queda definido principalmente por la responsabilidad hacia los demás y ante la historia. Este incremento en la comprensión y aprecio de la persona humana hay que buscarlo en las nuevas ciencias humanas, en los nuevos descubrimientos, en la nueva antropología, en los nuevos estudios filosófico-religiosos, como también en los nuevos movimientos socio-políticos y culturales de nuestro tiempo.

En este sentido, podríamos afirmar que la calidad no es el referente último. Allí donde se presenta ofuscada o mermada, como puede ser en la experiencia de algunas personas mayores, quizás haya que referir el deber ético del cuidado humanizado no sólo a la experiencia subjetiva de las propias condiciones de vida, sino también a la dignidad humana intrínseca. Entonces habrá que hablar también de calidad del cuidado en función de las cualidades y valores que se viven en la atención de la vida visiblemente poco «cualificada».

E. ARTESANOS DEL CUIDADO

Una de las claves para humanizar el cuidado a las personas mayores es la concepción del mismo como arte. En el mundo gerontológico, como en casi todos, los modelos de gestión de la excelencia o de la calidad están promoviendo el trabajo por procesos definidos que garanticen el buen cumplimiento de las tareas necesarias para cuidar a los mayores y familiares, así como para cuidarse para cuidar. No cabe duda de que es éste un avance en el deseo de aplicar la evidencia a la mejora y a la calidad de la atención.

Ahora bien, nada de esto debería anular la concepción de las profesiones relacionadas con la gerontología como arte. El término **artesanía** se refiere al trabajo realizado de forma manual por una persona en el que cada pieza es distinta a las demás, diferenciándolo del trabajo en serie

o industrial. Humanizar pasa por convertir la aplicación de los protocolos, procesos, planes de cuidados, evidencias científicas y cuanto pueda contribuir al bien del otro, de manera tan personal que quien los recibe sienta esa relación como única.

Los artesanos se caracterizan por usar materiales típicos de su zona de origen para fabricar sus productos. Son profesionales, pero muy particulares. Tanto que la «profesionalización» de su trabajo podría hacer perder su especificidad, su diferencia, su toque particular.

Expresiones como «cuidar como lo haría una madre a su único hijo enfermo», o «poner más corazón en las manos», propias de un gran reformador de los cuidados a personas sufrientes, Camilo de Lelis, en el siglo XVI, están pidiendo un grado de personalización y creatividad que sólo el amor es capaz de desplegar. La capacidad de transformar objetos cotidianos en instrumentos terapéuticos o de ayuda para los mayores necesitados será siempre una de las cosas que distingan a un buen cuidador. Inventar ayudas técnicas y procedimientos a la medida de la **legítima rareza** personal o impuesta por la situación de cada uno, es un indicador de arte.

La expresión **artesanía del cuidado** implica esa valencia de invención y creatividad, tanto técnica como emocional. Inventar el cuidado pasará por hacer de él no sólo una tarea práctica para resolver problemas, sino un oficio que transforma a la persona mayor necesitada, el mundo material del cuidado y al propio cuidador. Sí, al propio cuidador también, porque la relación en el cuidado puede hacer artista al cuidador.

1. PROFESIONALES Y CUIDADORES

Mucho de la humanización de los profesionales de los servicios sociales para mayores se juega conjugando el verbo cuidar. Sí, y no sólo para los profesionales auxiliares o de atención directa, que tendrían a gala este verbo. Reconozcamos que también para el resto, el verbo es fundamental: cuidar está en el corazón de las/los profesionales gerontológicas/os. No sólo curar o intentar evitar la muerte; también cuidar. Cuidar en la cronicidad, en la dependencia, en los procesos diagnósticos, en los terapéuticos. Cuidar siempre.

Pues bien, en este contexto, la familia de la persona mayor es, con frecuencia, la gran olvidada. Un proceso de una cierta «apropiación» de la persona mayor atendida en instituciones de internamiento o centros de día realizamos los agentes hasta el punto de expresarnos así: «éste es mío, éste es de mi compañera».

Hacer del cuidado **artesanía** comportará pensar en esos cuidadores tan importantes a los que nos referimos muchas veces con la expresión

«cuidadores informales» que son los familiares. Ellos tienen miedo, a veces ignorancia, otra información, otros recursos, otros conocimientos y creatividad.

Considerar al cuidador simplemente como recurso nos llevaría a convertirlo en medio para un fin, para el fin de asistir a la persona mayor. Y quizás estemos cayendo cada vez más en la cuenta de cuánto de verdad hay en que la mayor parte del peso del cuidado en la enfermedad y en la dependencia de las personas mayores está en manos de los familiares, necesitados, por otro lado, de la formación y apoyo adecuados.

Un paso adelante en la **artesanía del cuidado** sería convertir al cuidador informal, al familiar, en aliado del cuidado, en cooperador y facilitador para centrarnos en los intereses y el bienestar de la persona mayor. Ya aquí habríamos de pensar también en la necesidad de cuidar al cuidador para lograr bien los objetivos.

Pero en realidad, la **artesanía del cuidado** podría hacernos caer en la cuenta de que el cuidador familiar es destinatario de cuidados, es aliado en el escenario de la vulnerabilidad, es agente y paciente, es sujeto activo que cuida y sufre, que necesita ayuda, que genera unos problemas y soluciona otros.

Cuando las relaciones se mercantilizan en exceso, corre el peligro de que se deshumanicen. Cuando nos pensamos a nosotros mismos como técnicos del conocimiento o de los procesos y a la persona mayor como único destinatario de la intervención, nos perdemos lo más hermoso del potencial humanizador que tiene la red de redes que se crea en torno al envejecer, al enfermar, al sanar o al morir.

2. ARTESANOS DE LA RELACIÓN

Hemos de promover la inventiva y creatividad de los profesionales cuidadores y de los familiares cuidadores, para que cristalice de tal manera su potencial que cambie incluso nuestro modo de expresarnos.

Cabe esperar que el fondo de la tradicional expresión *ars medica* aplicado a todo el mundo de la salud, impregne todos los ámbitos del cuidado. Sería un nuevo paradigma que operaría dentro de las profesiones sociosanitarias con una perspectiva holística y genuinamente humanizadora.

Cabe esperar que se extienda y profundice la formación en **relación de ayuda y counselling** entre los cuidadores de personas mayores: ¡son tantas las relaciones de ayuda que es necesario desplegar! El mundo de las relaciones, el mundo del sufrimiento, el mundo de la promoción humana, el mundo de la familia, el mundo de la educación… son los mundos que necesitan **relaciones de ayuda** para construir un mundo más humano.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de políticas de difusión y sensibilización social sobre el valor del cuidado** como uno de los fines propios de la protección de la salud y un derecho que se debe garantizar desde los poderes públicos. Estas políticas han de fundamentarse en los siguientes principios:

   a) Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida y no debe implicar la inhibición total de la familia al respecto, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas hacia la ciudadanía.

   b) Evitar que la igualdad de oportunidades se resienta cuando alguien se ve obligado a descuidar sus deberes profesionales para atender a una persona dependiente. Las medidas públicas han de ir destinadas a compensar la desigualdad que se pueda generar.

   c) El ejercicio del cuidado no tiene género. Habrá que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a todos, hombres y mujeres, de la obligación de atender a los seres más vulnerables. Para ello, habrá de potenciarse la incorporación de los hombres al cuidado a través de la educación a lo largo de toda la vida.

2. **Garantizar las preferencias de las personas mayores de vivir y ser cuidados en su hogar** con los apoyos profesionales que lo faciliten en función de las circunstancias personales y del hábitat donde se resida. La institucionalización debe ser voluntaria y el último recurso cuando se produzca, contemplará además de las garantías de un buen cuidado la permanencia dentro de entorno más inmediato, impidiendo una ruptura emocional y sentimental de su trayectoria vital.

3. **Proporcionar a los cuidadores profesionales y no profesionales, que mayoritariamente son mujeres y en un porcentaje importante de los no profesionales mayores, los apoyos específicos que precisen para atender las necesidades derivadas del cuidado,** con el fin de garantizar la mayor calidad posible. Ello requiere:

   a) Proporcionar formación a los cuidadores para dotarlos de las habilidades y capacidades, teniendo en cuenta las especificidades de cada categoría de persona cuidadora.

b) Incrementar la profesionalización del cuidado; más tecnología en domótica: la tecnología está llamada a complementar lo que no alcanza la demografía. Se tendrá que generar un mayor equilibrio en la provisión de servicios y ayudas procedentes de la familia y de los servicios sociosanitarios.

c) Reconocer el cuidado como espacio propio, evitando la «sanitarización» en el sentido de priorizar exclusivamente los medios tecnológicos más avanzados. La incorporación de la tecnología debe realizarse sin olvidar los valores como la solidaridad y la comprensión, elementos esenciales de la humanización del cuidado.

d) Los profesionales del sector deberán integrarse en equipos multiprofesionales con procesos establecidos, evaluables, reconocidos y reconocibles, adaptables a los cambios.

e) Dar valor social al cuidado, cualificando adecuadamente la profesión.

4. **Promoción de la creación de Comités de Bioética Asistencial en Centros o instituciones prestadoras de servicios y de Comisiones de Humanización que contribuyan a la personalización del cuidado. La persona debe tener la seguridad de que será atendida y cuidada en situaciones de fragilidad, con el respeto a su dignidad y a los derechos fundamentales, aun en el caso de no poder percibirlo.**

BIBLIOGRAFÍA

Abbott, S., Fisk, M., y Forward, L. (2004): «Social and democratic participation in residential settings for older people: realities and aspirations». *Ageing and Society,* 20, pp. 327-340.

Abellán, A., y Esparza, C. (2006): «Las personas mayores con dependencia», en Puyol, R., y Abellán, A. (eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Europe Assistance, pp. 53-72.

Abellán, A., y Puga, M.D. (2001): «La dependencia entre los mayores», en *Informe España 2001*. Madrid: Fundación Encuentro, pp. 187-246.

Ackerman, B.P., Abe, J.A.A., y Izard, C.E. (1998): «Differential emotions theory and emotional development», en Nascolo, M., y Griffins, S. (eds.), *What develop in emotional development.* Nueva York: Plenum.

Alba, C. de, Gorroñogoitia, A., Litago, C., Martín Lesende, I., y Luque, A. (2001): «Actividades preventivas en los ancianos». *Atención Primaria*. PAPPS. 28 (supl. 2), pp. 161-180.

Alba, C. de, Baena, J.M., Hoyos, M.C. de, Gorroñogoitia, A., Litago, C., Martín Lesende, I., y Luque, A. (2003): «Actividades preventivas en los mayores». *Atención Primaria*. PAPPS. 32 (supl. 2), pp. 102-120.

Alonso, F. (2008): *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, programas y casos*. Barcelona: Fundación Salas.

Álvarez, M. (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Imserso.

Anisi, D. (1995): *Creadores de escasez*. Madrid: Alianza.

Anttonen, A. (2010): «Dinamismo y activación de los mayores en Europa», en Mulas-Granados, C. (coord.), *El Estado dinamizador.* Madrid: UCM-FIIAPP.

Arber, S. y Ginn, J. (2004): «Ageing and gender: diversity and change», en Summerfield, C., y Baab, P. (eds.), *Social Trends*. Londres: ONS.

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2ª (2002): *Revista Española de Geriatría Gerontología,* número monográfico, 37 (S2).

Attias-Donfut, C., Lapierre, D., y Segalen, M. (2002): *Le nouvel esprit de famille*. París: Odile Jacob.

Ayala, L. (coord.) (2009): *Desigualdad, pobreza y privación*. Madrid: Fundación Foessa.

Ayala, L., y Sastre, M. (2007): «Pobreza, mayores y Seguridad Social». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* número extraordinario, pp. 207-229.

Ayuntamiento de Barcelona, Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona (2006): *Informe Jornada Envejecimiento y Ciudad: retos y oportunidades para la ciudadanía de todas las edades*. Barcelona: Ayuntamiento.

Baars, J., Dannefer, D., Phillipson, C., y Walker, A. (2006): *Globalization and inequality*. Amityville, Nueva York: Baywood Publishing.

Backer, G. de, Ambrosione, E., Borch-Johnsen, K., et al. (2003): «European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice». *European Heart Journal*. Oxford: European Society of Cardiology, 24, pp. 1601-1610.

Balducci, L., y Beghé, C. (2002): «Prevention of cancer in the older person». *Clin Geriatr Med,* 18, pp. 505-528.

Baltes, M.M., Kühl, K.P., y Sowarka, D. (1992): «Testing for limits of cognitive reserve capacity: a promising strategy for early diagnosis of dementia?». *Journal of Gerontology: Psycological Sciences,* 47 (3), pp. 165-167.

Baltes, M.M., Külh, K.P., Sowarka, D., y Gutzman, H. (1995): «Potential of cognitive plasticity as a diagnostic instrument: a cross-validation and extension». *Psychology and Aging,* 10 (2), pp. 167-172.

Baltes, M.M., y Raykov, T. (1996): «Prospective validity of cognitive plasticity in the diagnosis of mental status: a structural equation model». *Neuropsychology,* 10 (4), pp. 549-556.

Baltes, P.B., Dittmann-Kohli, F., y Kliegl, R. (1986): «Reserve capacity of the elderly in aging-sensitive tests of fluid intelligence: replications and extension». *Psychology and Aging,* 1(2), pp. 172-177.

Baltes, P.B., Freund, A.M., y Li, S.C. (2005): «The Psychological science of human ageing», en Johnson, M.L., Bengston, V.L., Coleman, P.G., y Kirkwood, R.B.L. (eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: University Press.

Baltes, P.B., Kliegl, R., y Dittman-Kohli, R. (1988): «On the locus of training gains in research on the plasticity of fluid intelligence in old age». *Educational Psychology,* 80 (3), pp. 392-400.

Baltes, P.B., y Smith, J. (2003): «New Frontiers in the Future of Aging: From Succesful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age». *Gerontology,* 49, pp. 123-135.

Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (1990): «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation», en Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (eds.), Successful aging: perspectives from the behavioural sciences. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (eds.) (1990): *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Baltes, P.B., y Kunzmann, U. (2003): «Wisdom: The peak of human excellence in the orchestration of mind and vertue». *The Psychologist,* 16, pp. 131-133.

Baltes, P.B., y Schaie, K.W. (1976): «On the Plasticity of Intelligence in Adulthood and Old Age». *American Psychologist,* 31, pp. 720-725.

Baltes, P.B., y Smith, P. (2003): «New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences,* 49, pp.123-135.

Bandura, A. (1986): *Social foundation of thoughts and actions.* Englewood Cliffs, California: Prentice Hall.

Barnes, M. (1998): «Frail bodies, corageous voices: older people influencing community care». *Health and Social Care in the Community,* 6 (2), pp. 102-111.

Barnes, M., y Walker, A. (1996): «Consumerism versus empowerment: a principled aproach to the involvement of older service users». *Policy and Politics,* 24 (4), pp. 375-391.

Barnes, M., y Taylor, S. (2007): *Involving Older People in Research: examples, purposes and good practice.* ERA-AGE, University of Sheffield.

Barrio, E. del (2007a): «Uso del tiempo entre las personas mayores», en *Perfiles y tendencias,* 27, marzo. Madrid: Imserso.

Barrio, E. del (2007b): «Vida cotidiana: aportaciones y actividades», en *A propósito de las condiciones de vida de las personas Mayores.* Madrid: Imserso.

Barrio, E. del, Sancho, M., y Abellán A. (2008): «Estilos de vida entre las personas mayores. El fin de la uniformidad». *Revista Española Geriatría y Gerontología,* 43 (1), pp. 1-162.

Barroso, J., Cabero, J., y Romero, R. (2002): «Las personas mayores y las nuevas tecnologías: una acción en la sociedad la información», en *Innovación Educativa,* 12, pp. 319-337.

Bazo, M.T. (1990): *La sociedad anciana.* Madrid: Siglo XXI.

Bazo, M.T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad.* Valencia: Nau Libres.

Beauchamp, T.L., y Childress, J.F. (1994): «Principles of biomedical ethics» (4.ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.

Beck, U., y Beck-Gernsheim, E. (2002): *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social Theory.* Londres: Sage.

Bedmar, M. (2004): *Gerontagogía: educación en personas mayores.* Granada: Universidad.

Belda, J.M., Rosario, H. de, Pons, R., Zarzoso, J., y Poveda, R. (2008): «Análisis de la usabilidad de productos con mayores. Caracterización del proceso de aprendizaje en uso», en *Nuevas tecnologías: mayor servicio al mayor,* 17-19 de Octubre 2007. Madrid: Ayuntamiento.

Bengtson, V.L., y Achenbaum, W.A. (1993): *The changing contract across generations*. Hawthorne, Nueva York: Aldine de Gruyter.

Bercovitz, R., Serra, J., y Sánchez, M.A. (1990): *Legislación sobre el honor, la intimidad personal y la propia imagen*. Madrid: Tecnos.

Berg, S. (2001): «Aging, behaviour and terminal decline», en Birren, J.E., y Shaie, K.V. (eds.), *Handbook of the psychology of aging,* (4.ª ed.). San Diego, California: Pergamon Press.

Berg. S., Dahl, A., y Nilsson (2007): «Cognitive decline and dementia», en Fernández-Ballesteros, R. (ed.), *GeroPsychology. European Perspectives for an Ageing World.* Göttingen: Hogrefe & Huber.

Bermejo, L. (2004): *Educación ambiental para mayores. Un modelo de Educación Gerontológica*. Santander: Consejería Sanidad y Servicios Sociales-CDESC.

Bermejo, L. (2005): *Gerontología Educativa. Cómo diseñar programas educativos con mayores*. Colección Gerontología Social SEGG, 5. Madrid: Editorial Panamericana.

Bermejo, L. (2006): «Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el empowerment de los mayores. Estrategias pedagógicas», en *Los centros sociales de personas mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social*. Oviedo: Gobierno del Principado Asturias.

Bermejo, L. (dir.) (2010): *Envejecimiento Activo y programas socioeducativos con personas mayores. Manual de Buenas Prácticas*. Colección Gerontología Social SEGG, 7. Madrid: Editorial Panamericana.

Bermejo, L., Martínez, T., Díaz, B., Mañós, Q., y Sánchez, C. (2009a): *Buenas Prácticas en centros de día de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Principado de Asturias.

Bermejo, L., Martínez, T., Díaz, B., Mañós, Q., y Sánchez, C. (2009b): *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Principado de Asturias.

Bermejo, L., y Miguel, J.J. (2009a): «Ocio y mujeres cuidadoras», en Giro, J. (coord.), *Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio*. Logroño: Universidad de la Rioja.

Bermejo, L., y Miguel, J.J. (2009b): *Informe de Evaluación del Programa: Saber Envejecer. Prevenir la Dependencia: Fase Piloto*. Madrid: Obra Social Caja Madrid (no publicado).

Bickel, J.F. (2003): «Expression citoyenne». *Gérontologie et Société*, 106, pp. 263-275.

Blanco, I., y Gomà, R. (2002): *Gobiernos Locales y redes participativas*. Barcelona: Ariel.

Blanco, I., y Subirats, J. (2008): «Social exclusion, area effects and metropolitan governance: a comparative analysis of five large Spanish cities», en *Urban Research and Practice,* 2, pp.130-148.

Bloon, H.G. (2001): «Preventive medicine. When to screen for diseases in older patients». *Geriatrics,* 56 (4), pp. 41-48.

Blythe, M.A., Monk, A.F., y Doughty, K. (2005): «Socially dependable design: The challenge of ageing populations for HCI», en *Interacting with Computers,* 17, pp. 672-689.

Bond, J., Peace, S., Dittman-Kohli, F., y Westerhof, G. (2007): *Ageing in society*. Londres: Cambridge University Press.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., y Weber, G. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: MEA. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.share-project.org

Burriel, J.C. (2007): *Anàlisi de l'oferta i la demanda d'activitats físiques per a la gent gran en els equipaments públics de la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Institut Barcelona Esportes.

Butts, D., y Kirnjeev, Ch. (2007): «Intergenerational programs promote active aging». *The Journal on Active Ageing,* Julio/Agosto, pp. 34-39.

Buz, J., y Bueno, B. (2006): «Las relaciones intergeneracionales». *Informes Portal Mayores,* 66. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.imsersomayores.csic.es

Cabedo, S. (dir.) (2008): J*ornadas de mayores y nuevas tecnologías*. Castellón: Universidad Jaime I.

Cabedo, S., y Alfageme Chao, A. (2006): *Los Programas universitarios para mayores en España: una investigación sociológica*. Castellón: Universitat Jaume I.

Cabra de Luna, M.A., Bariffi, F., y Palacios, A. (2007): *Derechos Humanos de las personas con discapacidad: La convención internacional de las Naciones Unidas*. Madrid: Areces.

Callahan, D. (dir.) (1996): *The Goals of Medicine*. Nueva York: The Hastings Center. (Traducción al castellano: *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2004).

Camarero, L. (coord.) (2009): *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Camps, V. (2001): *Una vida de calidad*. Barcelona: Ares y Mares.

Carone, G., et al. (2005): «The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States». *European Economy. Economic Papers,* 236. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication562_en.pdf

Carstensen, L.L., Mayr, U., Pasupathi, M., y Nesselroade, J.R. (2000): «Emotional experience in everyday life across the adult life span». *Journal of Personality and Social Psychology,* 79, pp. 644-655.

Carstensen, L.L., Mikeles, J.A., y Mather, M. (2006): «Aging in the intersection of cognition, motivation, and emotion», en Birren, J.E., y Schaie, K.W. (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6.ª ed.). Amsterdam: Academic Press.

Castañeda, P.J., Sánchez, D., Sánchez, A., y Blanc, S. (2004): «Cómo perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos». *Anuario de Psicología,* 35 (1), pp. 107-123.

Castells, M. (1998): *La era de la información*. Madrid: Alianza.

Castells, M., y Pérez Ortiz, L. (1992): *Análisis de las Políticas de Vejez en España en el Contexto Europeo*. Madrid: Imserso.

Charpentier, M. (2007): «Le concept d'empowerment en gérontologie: ses applications et ses paradigmes». Comunicación presentada en *Journées détudes REAICTIS*. París.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., y Vaupel, J.W. (2009): «Ageing populations: the challenged ahead». *The Lancet,* 374, pp. 1196-1208.

Cimop (2002): *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: Imserso.

Cimop (en prensa): *Un acercamiento a las redes sociales y la participación social de las personas mayores en el medio rural*. Madrid: Imserso.

CIS (1998): *La Soledad en las Personas Mayores. Estudio número 2.279*. Madrid: CIS.

CIS (2006): *Condiciones de vida de las Personas Mayores. Estudio nº 2.647*. Septiembre. Madrid: CIS.

CIS (2008): *Barómetro de marzo. Estudio nº 2.758*. Madrid: CIS.

CIS (2009): *Barómetro de mayo. Estudio nº 2.801*. Madrid: CIS.

Clemente, A.R., y Andrés, C. (2008): «Miedo al ratón. Aspectos psicológicos y pedagógicos del uso de las nuevas tecnologías por perso-

nas mayores», en Cabedo, S. (dir.), J*ornadas de mayores y nuevas tecnologías*. Castellón: Universidad Jaime I.

Coll, C., y Martín, E. (1994): «Aprendiendo de la experiencia». *Cuadernos de Pedagogía,* 223, marzo, pp. 8-15.

Coll, C., Onrubia, J., y Maruri, T. (2008): «Ayudar a aprender en contextos educativos: el ejercicio de la influencia educativa y el análisis de la enseñanza», en *Revista de Educación*, 346. Mayo-agosto, pp. 33-70.

Coll, C., Palacios, J., y Marchesi, A. (comps.) (1990): *Desarrollo psicológico y educación. Psicología de la Educación II*. Madrid: Santillana, pp. 297-313.

Coma, M., et al. (2009): *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores*. Barcelona: Obra Social Caixa Catalunya.

Comisión Europea (1999): *Hacia una Europa para todas las edades. Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones*. Bruselas: COM. 21 de mayo, 221-final. (No publicada en el Diario Oficial).

Comisión Europea (1999): *New Paradigm in Ageing Policy,* Conference communication. [Citado en Ervik, R. (2006)].

Comisión Europea (2004): *Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo*. Bruselas: COM. 3 de marzo, 146- final. (No publicada en el Diario Oficial).

Comisión Europea (2006): *El futuro demográfico de Europa: transformar un reto en una oportunidad*. Bruselas: COM. 12 de octubre, 571-final. (No publicada en el Diario Oficial). Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0571:FIN:ES:PDF

Comisión Europea (2007): *Promover la solidaridad entre generaciones*. Bruselas: COM. 10 de mayo, 244-final. (No publicada en el Diario Oficial).

Comisión Europea (2008): *Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society*. Bruselas: COM. Disponible en: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=89&newsId=419

Comisión Europea (2008): *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projectio Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060). European Economy, 7*. Bruselas: COM. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication13782_en.pdf

Comisión Europea (2009): *The 2009 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*.

European Economy, 2. Bruselas: COM. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

Comisión Europea (2009): *Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE (Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico)*. Bruselas: COM. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0180:FIN:ES:PDF

Comisión Europea (2009): *Intergeneracional solidarity*. Bruselas: COM.

Comisión Europea (2010): *Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*. Bruselas: COM.

Comisión Europea (2010): *Propuesta para la celebración del Año Europeo de Envejecimiento Activo*. Bruselas: COM

Comisión Europea. Eurostat. *Data Navigation Tree*. Consultado en mayo de 2008.

Comisión Europea. Eurostat. *Statistics. Population and Social Conditions*. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes

Communities and Local Government (2008): *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. A nacional Strategy for Housing in an Ageing Society*. Londres: Communities an Local Government Publications.

Conde-Ruiz, J.I., y Galazo, V. (2010): «Asegurar la sostenibilidad y reforzar el dinamismo del sistema de pensiones español», en Mulas-Granados, C. (coord.), *El Estado dinamizado*. Madrid: UCM-FIIAPP.

Consejo Estatal de Personas Mayores, 3º (2009): *Las relaciones intergeneracionales. III Congreso Estatal de Personas Mayores*. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.imsersomayores.csic.es

Crespo, M. (2007): *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Como Mantener su bienestar»*. Madrid: Imserso.

Croucher, K., Hicks, L., Bevan, M., y Sanderson, D. (2008): «Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida». *Perfiles y tendencias,* 36, diciembre. Madrid: Imserso

Cruz-Jentoft, A.J., Franco, A., Sommer, P., Baeyens, J.P., Jankowska, E., Maggi, A., Ponikowski, P., Rys, A., Szczerbinska, K., Milewicz, A. (2009): «European Silver Paper». *J Nutr Health Aging,* 13, pp. 448-52.

Cuddy, A.J., Norton, M.I., y Fiske, S. (2005): «This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype». *J. Social Issues,* 61, pp. 267-285.

Cumming, E., y Henry, W.E. (1961): *Growing old: the process of disengagement.* Nueva York: Basic Books.

Daatland, O., y Herlofson, K. (2003): «Families and welfare state: Substitution or complementarity», en *OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Final Report.* Haifa: Universidad.

Daatland, S.O., y Lowenstein, A. (2005): «Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance». *European Journal of Ageing,* 2 (3), pp.174-182.

Delahaye, B.L., y Ehrich L.C. (2008): «Complex Learning Preferences and strategies of Older Adults», en *Educational Gerontology,* 34, pp. 649-662.

Delors, J. (coord.) (1996): *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI.* Madrid: Santillana. Ediciones UNESCO.

Díaz Casanova, M. (2000): *El cambio social planificado y la cultura, el desarrollo social en las zonas rurales deprimidas.* Madrid: Editorial Complutense.

Díaz, P., Bermejo, L., y Yanguas, J. (2007): *Guía Didáctica «Saber envejecer, prevenir la dependencia».* Madrid: Obra Social de Caja Madrid.

Dickinson, A., Newell, A.F., Smith, M.J., y Hill, R.L. (2005): «Introducing the Internet to the over-60s: Developing an email system for older novice computer users», en *Interacting with Computers,* 17, pp. 621-642.

Díez Nicolás, J. (1997): «Encuesta del Bienestar ONCE 96/97», en Muñoz, S., García Delgado, J.L., y González Seara, L., *Las estructuras del Bienestar.* Madrid: Civitas, pp. 661-790.

Dizy, D., Fernández, M., y Ruiz, O. (2008): *Economía y personas mayores.* Madrid: Imserso.

Donati, P. (1999): «Familia y generaciones. Desacatos». *Revista de Antropología Social,* 2, pp. 27-49.

Donati, P. (2006): *Repensar la sociedad. El enfoque relacional.* Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.

Duay, D.L., y Bryan, V.C. (2008): «Learning in Later life: What Seniors Want in a Learning Experience», en *Educational Gerontology,* 34, pp. 1070-1286.

Durán Heras, Mª A. (1988): *De puertas adentro.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Durán Heras, Mª A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad,* (2.ª ed.). Bilbao: Fundación BBVA.

Durán Heras, Mª A. (2007): *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?* Madrid: Espasa.

Elvira, D., Rodriguez, P., y Zoa, T. (2005): *Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España*. Madrid : Fundación Edad Vida.

Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores, 10º (2008): *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal: políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones*. Burgos: Universidad.

Enterprising solutions for Health (EH) SL (En prensa): *Atlas de Buenas Prácticas a nivel internacional para la Promoción de la Autonomía Personal*. Madrid: Imserso

Ernst, J.M., y Cacioppo, J.T. (1999): «Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness». *Applied and Preventive Psychology,* 8, pp. 1-22.

Ervik, R. (2006): «Pitfalls and Possibilities of Active Ageing Conceptualisations and Policies». Comunicación presentada en el congreso *Towards a Multiage Society: The cultural dimension of age policies*. Bruselas.

Esping-Andersen, G., y Palier, B. (2010): *Los tres grandes retos del Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel.

Esteve, F., y Muñoz del Bustillo, R. (2005): *Conceptos de economía*. Madrid: Alianza.

Estudio sobre la solidaridad intergeneracional en las familias españolas en tiempos de crisis. (2009). Madrid: Mensajeros de la paz. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.mensajerosdelapaz.com

Etxezarreta, M., Idoate, E., Iglesias, J., y Junyent, J. (2009): *Qué pensiones, qué futuro*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Eurobarómetro: Special Eurobarometer nº 283. (2007): «Health and long-term care». Mayo-Junio.

Eurobarómetro Flash FB. Series nº 247. (2008): «Family Life and the needs of an ageing population». Septiembre.

Eurobarómetro Flash FB. Series nº 269. (2009): «Intergeneracional Solidarity». Marzo.

Evans, W., y Rosenberg, I.H. (eds.) (1992): *Biomarkers: The 10 determinants of aging you can control*. Nueva York: Simon & Schuster.

Exon-Smith, A.N. (1988): *Geriatría. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Pediátrica.

Faure, E. (coord.) (1972): *Aprender a Ser*. Madrid: Alianza-Unesco.

Febrer de los Ríos, A., y Soler, A. (1989): *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: INDE.

Fernández López, A. (2008): «Envejecimiento y mercado de trabajo», en *El envejecimiento de la población*. Madrid: CES.

Fernández, C., Macías, L., Mas, C., y Orte, M.C. (2008): «Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre el alumnado de la Universidad oberta per a majores de les Illes Balears», en *X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores*. Burgos: Universidad.

Fernández-Ballesteros, R. (1986): «Envejecimiento competente», en Carretero, M., Palacios, J., y Marchesi, A. (dirs.), *Psicología evolutiva,* 3. Madrid: Alianza Universidad.

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (1992): *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud*. Barcelona: SG.

Fernández-Ballesteros, R. (2006): «Geropsychology: An Applied Field for the 21st Century». *European Psychologist,* 11, pp. 312-324.

Fernández-Ballesteros, R. (2008): *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingën: Hogrefe & Huber (traducción al español en Pirámide, 2009).

Fernández-Ballesteros, R. (2009): «Jubilación y Salud». *Humanitas. Humanidades médicas,* 37 (tema del mes on-line), pp. 1-23.

Fernández-Ballesteros, R. (en prensa): «Quality of Life in old age. Conceptual and methodological issues». *Applied Research in Quality of Life*.

Fernández-Ballesteros, R., Huici, C., Bustillos, A., Molina, M.A., Caprara, M.G., y Zamarrón, M.D. (2007): *Estrategias para la Reducción de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (ERENVE)* (Memoria de investigación no publicada). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid-Imserso.

Fernández-Ballesteros, R., Fernández, V., Cobo, L., Caprara G., y Botella, J. (2009): «Do inferences about age differences in emocional experience depend on the parameters analyzed?». *Journal of Happiness Studies*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Molina, M.A., Cabras, E., Schettini R., et al. (en revisión): «Cognitive plasticity into the oldest old». *International Psychogeriatric*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Molina, M.A., Cabras, E. Schettini R., et al. (en revisión): «Cognitive plasticity in usual and impaired aging». *Psychology and Aging*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Díez Nicolás, J., Molina, M.A., y Schettini, R. (en revisión): «Mortality, survival and participation in the study 90+». *J. Epidemiology and Community Health*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Diéz Nicolás, J., López-Bravo, M., Molina, M.A., y Schettini, R. (en revisión): «Productivity in Old Age». *Research on Aging*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Díez Nicolás, J., Montero, P., Mañanes, V., Molina, M.A., Schettini, R., y Hernández, A. (en revisión), «Envejecer activo: Funcionamiento físico, salud y estilos de vida en ELEA». *Revista de Geriatría y Gerontología*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Montero, P., Lopez-Bravo, M., y Molina, M.A. (en revisión): «Successful ageing. Outcomes and predictors». *International Psychogeriatric*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Rudinger, G., Schroots, J., Drusini, A., Heikinnen, E., Paul, C., Charzeska, L., y Rosenmayr, L. (2004): «Assessing competence. The European Survey on Ageing Protocol». *Gerontology,* 50, pp. 330-347.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Tárraga, L., y Calero, M.D. (2007): «Cognitive plasticity and cognitive impairment», en Fernández-Ballesteros R. (ed.), *Geropsychology. European Perspectives for an Ageing World.* Göttingen: Hogrefe & Huber (traducción al español en Pirámide, 2009).

Fiatarone M.A. (2002): «Exercise to prevent and treat functional disability». *Clin Geriatr Med,* 18, pp. 431-462.

Forstmeier, S., y Maercker, A. (2008): «Motivational reserve: Lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age». *Psychology and Aging,* 23, pp. 886-899.

Fries, J.F. (1980): «Aging, natural death and the compression of morbidity». *Journal of Medicine.* New England, 303, pp. 130-135.

Fries, J.F. (1989): *Aging well.* Reading: Mass., Addison-Wesley Pub.

Fries, J.F. (2002): «Succesful aging-an emerging paradigm of gerontology». *Clin Geriatr Med,* 18, pp. 171-182.

Fries, J.F., y Crapo, L.M. (1981): *Vitality and aging.* Nueva York: Freeman and Co.

Fundación Encuentro (2009): *Informe España 2009. Una interpretación de su realidad Social.* Madrid: Fundación Encuentro.

Fundación Foessa (2008): *Informe sobre exclusion social y pobreza.* Madrid: Fundación Foessa.

Fundación «La Caixa» (2008): «El reto de la autonomía, un programa de prevención de la dependencia». *Sesenta y más,* 272. Madrid: Imserso.

Ganzenmüller Roig, C. (2007): «La Garantía y Protección de los derechos de las personas mayores», en *Academía Sevillana del notariado* (Conferencias 2006-2007).

García Ferrando, M. (2005): *Postmodernidad y Deporte: Entre la Individualización y la Masificación. Encuesta de Hábitos deportivos de los españoles*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Mínguez, J. (2004): *La educación en personas mayores: ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.

García Sanz, B. (coord.) (1997): *Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones*. Madrid: Imserso-Universidad Complutense.

García, F. (coord.), et al. (2001): *El mundo rural en la era de la globalización. Incertidumbres y potencialidades*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Garrido, T. (coord.) (2001): *Manual de bioética*. Madrid: Ariel Ciencia.

Gatto, S.L., y Tak, S.H. (2008): «Computer, Internet and E-mail Use Among Older and Adults: Benefits and Barriers», en *Educational Gerontology,* 34, pp. 800-811.

Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M., y Beets, G. (2008): *Future Elderly Living Conditions in Europe*. París: INED.

Gázquez, J.J., y Pérez Fuentes, C. (2008): «El reto de la disponibilidad, formación y uso de las tecnologías en los mayores universitarios», en *X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores*. Burgos: Universidad.

Geary, D.C., y Bjorklund, D.F. (2000): «Evolutionary developmental psychology». *Child Development,* 71, pp. 57-65.

Geddens, M., y Benington, J. (2002): *Local partnerships and social exclusion in the EU*. Londres: Routledge.

GIE (2007): *Prevención de la dependencia. Preparación para la jubilación. Estudio dos*. Barcelona: Fundació Viure i Conviure. Caixa Cataluña.

Gil Calvo, E. (2003): *El Poder Gris*. Barcelona: Mondadori.

Gilligan, C. (1982): *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's development*. Massachusetts: Harvard University Press.

Gimeno, M. (dir.) (2009): *España 2009: informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España*. Madrid: Fundación Orange. Disponible en: http://www.fundacionorange.es/areas/25_publicaciones/e2009.pdf

Glendennig, F. (1984): «Educational Gerontology. Towards a necesary discipline?», en *Gerontology: Social and behavioural perspectives*. Kent: Bromley Croom Helm, pp. 225-234.

Goldberg T.H., y Chavin S.I. (1997): «Preventive medicine and screening in older adults». *J Am Geriatr Soc,* 45, pp. 344-354.

Goldstein, N. (1992): «El tiempo libre y el tiempo liberado del anciano». *Revista Argentina de Gerontología de Geriatría,* abril-junio, 2, Buenos Aires.

Gómez Pavón, J. (2004): «La prevención de la dependencia, una labor de todos. XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología». *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 39, supl 2.

Gómez-Pavón, J., Martín, Y., Baztán, J.J., Regato, P., Formiga, F., Segura, A., et al. (2007): «Prevención de la dependencia en las personas mayores». *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 42, pp. 15-56.

Gompertz, B. (1825): «On the nature of the function expressive of the law of human mortality and on a new mode of determining the value of life contingencies». *Phylosophical Transactions of de Royal Society of London,* 115, pp. 513-585.

González Montalvo J.I., Baztán J.J., y Rodríguez-Mañas L. (1994): «Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad». *Med Clin (Barc),* 103, pp. 441-444.

González, I. (2003): «A Fondo: En el 2050, uno de cada tres mayores habrá superado la barrera de los 80 años». *Sesenta y más,* 216. Madrid: Imserso.

González, I. (2005): «España será el segundo país más envejecido del mundo en 2050». *Sesenta y más,* 241, Madrid: Imserso.

Guillemard, A.M. (1992): *Análisis de la política de vejez en Europa,* Madrid: Imserso.

Guisset, M.J. (2008): «Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer?». *Gérontologie et société,* 126, pp. 77-89.

Hartu-emanak (2009): *Aprendizaje permanente, participación social. Una concepción del envejecimiento activo desde la perspectiva de Hartu-emanak.* Bilbao: Hartu-emanak.

Haveman-Nies, A., De-Groot, L., y Van Staveren, W.A. (2003): «Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA Study». *Age Ageing,* 32, pp. 427-434.

Hayflick, L. (1994): *How and why we age.* Nueva York: Ballantine Books.

Hazzard, W.R. (1999): «Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximun quality and quantity», en Hazzard, W.R., Blass, J.P., Ettinger, Jr. W.H., Haltes, J.B, y Ouslander, J.G. (eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4.ª ed.). Nueva York: McGraw Hill; pp. 239-244.

Heckhausen, J., et al. (2005): «Experience of control», en Johnson, M.L., Bengston, V.L., Coleman, P.G., y Kirkwood R.B.L. (eds.), *Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Heckhausen, J., y Schulz, R. (1995): «A life-span theory of control». *Psychological Review,* 102, pp. 284-304.

Herzog, A.R., Ofstedal, M.B., y Wheeler, L.M. (2002): «Social engagement and its relationship to health». *Clin Geriatr med,* 18, pp. 593-609.

Heywood, F.S., y Turner, L. (2007): *Better outcomes, lower costs*. Bristol: School for Policy Studies, University. Department for Work and Pensions.

Höpflinger, F. (2009): «Introduction: concepts, définitions et théories», en Perrig-Chiello, P. Höpflinger, F., y Suter, Ch., *Générations - structures et relations. Rapport «Générations en Suisse»*. Zurich et Genève: Seismo, pp. 18-41.

Iglesias de Ussel, J. (2001): *La soledad de las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Imserso.

Imserso (1998): *Incidencia socioeconómica de los programas de vacaciones para mayores*. Madrid: Imserso.

Imserso (2002a): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Imserso.

Imserso (2002b): *Aprendizaje de nuevas tecnologías por alumnos universitarios mayores y su proyección sobre la mejora de la calidad de vida*. Madrid: Imserso-Universidad de Granada.

Imserso (2004): *Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores*. Madrid: Imserso.

Imserso (2006a): *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: Imserso.

Imserso (2006b): «*Proyecto Geroned*». *Informe I+D+I,* 178. Madrid: Imserso.

Imserso (2006c): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Madrid: Imserso. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html

Imserso (2006d): *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Madrid: Imserso.

Imserso (2006e): *Jornadas de Prevención e Intervención en Malos Tratos a Personas en Situación de Dependencia*. Madrid: Imserso.

Imserso (2007): *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Encuesta 2006. Madrid: Imserso. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf

Imserso (2008): *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Imserso.

Imserso (2009a): «Un perfil de las personas mayores en España, 2009». *Informes Portal Mayores,* 97. Madrid: Imserso. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos09.pdf

Imserso (2009b): *Informe de las redes sociales y la participación social de las personas mayores en el medio rural*. Madrid: Imserso (en prensa).

Imserso (2009c): *Informe de los cuidadores informales desde una perspectiva de género*. Madrid: Imserso (en prensa).

Imserso (2009d): *Informe de los cuidadores profesionales no sanitarios*. Madrid: Imserso (en prensa).

Imserso-FEMP (1998): *Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. Madrid: Imserso.

Imserso-IDES (1990): *Impacto Económico del Programa Vacaciones Tercera Edad*. Madrid: Imserso.

Imserso-Price Waterhouse (1997): *Incidencia Socioeconómica de los Programas de Vacaciones para Mayores y Termalismo Social del Imserso*. Madrid: Imserso.

INE (2004): *Anuario Estadístico de España 2004*. (Edición en CD-ROM). Madrid: INE.

INE (2006): *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: INE.

INE-INEBASE (2001): *Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001*. Madrid: INE.

INE-INEBASE (2006): *Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales. Estado de salud y Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*. Madrid: INE.

INE-INEBASE (2007): *Revisión del padrón Municipal de Habitantes*. Madrid: INE.

INE-INEBASE (2010-2060): *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de población de 2001. Escenario 1*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Cifras de población y censos demográficos*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Encuesta de morbilidad hospitalaria*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Encuesta de población activa*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Proyecciones de población a largo plazo*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Tablas de mortalidad*. Madrid: INE.

INE-INEBASE: *Defunciones según la causa de muerte*. Madrid: INE.

Insalud (1995): *Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores*. Madrid: Insalud.

Iwarsson, S., y Stahl, A. (2003): «Accessibility, usability and Universal Design-positioning and definition of concepts describing person-environment relationships». *Disability and Rehabilitation,* 25 (2), pp. 57-66.

Izard, C.E. (1991): *The psychology of emotions.* Nueva York: Plenum Press.

Jylha, M. (2004): «Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging». *Canadian Journal on Aging,* 23 (2), pp. 157-168.

Kalache, A., y Kickbusch, I. (1997): «A global strategy for healthy aging». *World Health,* 4, pp. 4-5.

Kickert, W.J.M. (1997): *Public management and administrative reform in Western Europe.* Londres: Edward Elgar Pub.

Kinsella, K., y Phillips, D.R. (2005): «Global Aging: The Challenge of Success». *Population Bulletin,* 60, 1. Disponible en: http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf

Kinsella, K., y Wan, H. (2009): *An Aging World: 2008.* Washington: U.S. Census Bureau. Disponible en: http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf

Kirkwood, T.B.L. (2005): «The biological science of human ageing», en Johnson, M.L., Bengston, V.L., Coleman, P.G., y Kirkwood, R.B.L. (eds.), *Age and Ageing.* Cambridge: Cambridge University Press.

Kunzmann, U. (2007): «Wisdom. Adult development and emotional-motivational dynamics», en Fernández-Ballesteros, R. (ed.), *Gero-Psychology, European Perspectives for an Aging World.* Gottingën: Hogrefe & Huber.

Laakkonen, M.L., y Kaisu Pitkälä, K. (2009): «Ethical care in dementia». BMJ 339.

Labouvie-Vief, G. (1995): «Dynamic integration: affect cognition, and the self in adulthood». *Current Directions in Psychological Science,* 12, pp. 201-206.

Labouvie-Vief, G. (2005): «Personality and ageing», en Johnson, M.J. (ed.), *Age and Ageing,* pp. 229-237. Cambridge: Cambridge Pub.

Lafortune, G., Balestat, G., y Disability Study Expert Group Members (2007): «Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications». *OECD Health Working Papers,* 26. Disponible en: http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf

Landwerlin, G.M. (2006): *Padres e hijos en la España actual.* (Colección Estudios Sociales). Barcelona: La Caixa.

Lemieux, A. (1997): *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid: Imserso.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., y Klas, S.V. (2002): «Longevity increased by positive self-perceptions of aging». *Journal of Personality & Social Psychology,* pp. 261-270.

Levy, B.R., y Langer, E.J. (1994): «Aging free from negative stereotypes: Successful memory among the American Deaf y in China». *Journal of Personality & Social Psychology,* 66, pp. 935-943.

Levy, B.R., Haushorff, J., Hencke, R., y Wei, J.Y. (2000): «Reducing cardiovascular stress with positive stereotypes of aging». *Journal of Gerontology,* 55, pp. 205-213.

Lindenberg, U., y Baltes, P.B. (1997): «Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from Berlin Aging Study». *Psychology and Aging,* 12, pp. 410-432.

Lindenberger, U., y Reischies, F.M. (1999): «Limits and Potentials of Intellectual Functioning in Old Age», en Baltes P.B., y Mayer K.U. (eds.), *The Berlin Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.

Litago, C., Martín Lesende, I., Luque, A., Alba C. de, Baena, J.M., Hoyos, M.C. de, y Gorroñogoitia, A. (2005): «Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2005». PAAPS. *Aten Primaria,* 36 (supl. 2), pp. 93-101.

Lloyd, J. (2008): *The State of Intergenerational Relations Today*. Londres: ILC-UK.

López Doblas, J. (2005): *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Imserso.

López Moraleda, R. (2006): «Las vacaciones para mayores del Imserso se modernizan». *Sesenta y más,* 250. Madrid: Imserso.

Loriaux, M. (1995): «Les conséquences de la révolution démographique et du vieillissement sociétal: restructuration des âges et modification des rapports entre générations». *Sociologie et Sociétés,* XXVII, 2, pp. 9-26.

Lupton, M.K., Stahl, D., Archer, N., et al. (2009): «Education, occupation and retirement age effects on the age of onset of Alzheimer's disease» *ZZ* 29, pp. 270-275.

Lüscher, K. (2000): «Ambivalence: A key concept for the study of intergenerational relations», en Trnka, S. (ed.), *Family issues between gender and generations,* pp. 11-25. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

MacCallum, J., Palmer, D., Wright, P., Cumming-Potvin, W., Northcote, J., Booker, M., y Tero, C. (2006): *Community building through inter-*

generational exchange programs. Australia: National Youth Affairs Research Écheme.

Mace, R.L., Hardie, G.J., y Place, J.P. (1990): «Accessible environments: Toward universal design», en Preiser, W., Visher, J., y White, E. (eds.), *Design interventions: Toward a more human architecture,* pp. 155-176. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

MacKinlay, E. (2005): «Death and spitiruality», en Johnson, M.L., Bengston, V.L., Coleman, P.G., y Kirkwood, R.B.L. (eds.), *Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Magai, C. (1996): *Handbook of emotion, adult development, and aging*. Nueva York: Academic Press.

Magai, C. (2001): «Emotion over life span», en Birren, J.E., y Shaie, K.W. (eds.), *Handbook of the psychology of Aging* (5.ª ed.). Nueva York: Academic Press.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., y Beecham, J. (2007): *Deinstitutionalisation and Community Living-outcomes and costs: report of a European Study,* 2. Canterbury: Tizard centre, University of Kent.

Martín Granizo, M. (1987): *La incapacitación y figuras afines*. Madrid: Colex.

Martín Solbes, V.M. (2008): «Posibilidades de desarrollo social educativo de personas mayores», en *Revista RES,* agosto.

Martínez de Miguel, S. (2003): *Reconstruyendo la educación de personas mayores: estudio cualitativo de necesidades*. Madrid: Grupo Editorial Universitario.

Martínez Maroto, A. (2002): *Temas jurídicos relacionados con la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Afal.

Martínez Maroto, A. (coord.) (2006): *Diez Temas Jurídicos del Portal Mayores*. Madrid: Imserso.

Martínez Rodríguez, S. (2002): «Ocio y desarrollo personal en la vejez», en *Boletín ADOZ, Revista de Estudios de Ocio,* 24, pp. 9-15.

Martínez Rodríguez, S. (2007): «La motivación para participar en procesos de formación: desafíos metodológicos», en Alonso, D., Lirio, J., y Mairal, P., *Mayores activos. Teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores*. Madrid: Arjé.

Martinez, A. (coord.), et al. (2009): *Nuevas miradas sobre envejecimiento*. Madrid: Imserso.

Martínez, R., y Navarro, C. (2009): «Pobreza y condiciones de vida», en Ayala, L. (coord.), *Desigualdad, pobreza y privación*. Madrid: Fundación Foessa.

McClearn, G.E. (1996): «Markers of aging», en Birren J.E. (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged,* 2, pp. 97-105. San Diego: Academic Press.

Mehr, D.R., y Tatum, P.E. (2002): «Primary prevention of diseases in old age». *Clin Geriatr Med,* 18, pp. 407-430.

Meil, G. (2003): «La figura del abuelo en las familias españolas de la actualidad». *Portularia,* 3, pp. 33-47.

Meil, G. (2006): *Padres e hijos en la España actual.* Barcelona: Fundación La Caixa.

Meyyazhagan, S., y Palmer, R.M. (2002): «Nutritional requirements with aging. Prevention of disease». *Clin Geriatr Med,* 18, pp. 557-576.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): «La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio Federal de Familia, Personas Mayores, Mujer y Juventud (2006): *Experiencias para Iniciativas.* Berlín: Ministerio Federal de Familia, Personas Mayores, Mujer y Juventud.

Miret, P. (2006): «Escolarización, mercado de trabajo y emancipación familiar en España: un análisis longitudinal a escala de comunidad autónoma», en *Papeles de Geografía,* 43, pp. 73-92.

Montero, P., Zamarrón, M.D., y Fernández-Ballesteros, R.: «The role of anthropometry, body composition and gender on active ageing». *Journal of Nutrition and Metabolism.*

Montoro, J., Pinazo, S., y Tortosa, M.A. (2007): «Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios». *Revista de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología,* 42 (3), pp. 158-166.

Moos, R.H. (ed.) (1986): *Coping with life crises. An integrated approach.* Nueva York: Plenum Press.

Moral, A. del (2003a): «Programas estrella del Imserso: Programa de Termalismo Social». *Sesenta y más,* 222. Madrid: Imserso.

Moral, A. del (2003b): «Programas Estrella del Imserso: Vacaciones para mayores». *Sesenta y más*, 221. Madrid: Imserso.

Moral, A. del (2006): «Ocio y Cultura en los viajes del Imserso». *Sesenta y más*, 253. Madrid: Imserso.

Moreno, L. (ed.) (2009): *Reformas de las políticas de bienestar en España.* Madrid: Siglo XXI.

Muñoz del Bustillo, R. (ed.) (2000): *El estado de bienestar en el cambio de siglo.* Madrid: Alianza.

Muñoz del Bustillo, R. (ed.) (2008): «La visión del desarrollo social en el Siglo XXI», en *VI Informe Foessa.* Madrid: Fundación Foessa.

Naciones Unidas (2002): *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. A/CONF.197/9. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2006): *World Population Prospects 2006*. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2009): *World Population Ageing 2009*. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

National Institute on Aging (2007): *Why Population Aging Matters. A Global Perspective*. Disponible en: http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/9E91407E-cFE8-4903-9875-D5AA75BD1D50/0/WPAM.pdf

Nelson, T. (ed.) (2002): *Ageism: Stereotypes y prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Neugarten, N. (1975): «The old and the young old». *The Gerontologist,* 15, 49.

Newman, S., y Sánchez, M. (2007): «Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos», en Sánchez, M. (dir.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Fundación la Caixa, pp. 37-69.

O´Callaghan, X., y Pedreira, A. (1995): *Introducción al Derecho y Derecho Civil Patrimonial*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.

O'Mahony, D., y Gallagher, P.F. (2008): «Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria». *Age & Ageing,* 37, pp. 138-141.

O'Neill, D., Wiliams, B., y Hastie, I. (2002): «Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores». *Revista Española de geriatría y gerontología,* 37, pp. 289-356.

INJUVE (2006): *Informe anual jóvenes 2006*. Madrid: INJUVE.

OECD (2000): *Reforms for an Ageing Society*. París: OECD Publishing.

OECD (2005): *Pensions at a glance*. París: OECD Publishing. Disponible en: http ://www.oecd.org/document/20/0,3343,fr_2649_34757_34863636_1_1_1_1,00&&en-USS_01DBC.html

OECD (2006) : *Live Longer, Work Longer*. París: OECD Publishing. Disponible en: http://www.oecd.org/document/42/0,3343,en_2649_34747_36104426_1_1_1_1,00.html

Olózabal, I. (2009): «Introduction Génerale», en Olozabal, I. (dir.), *Qui sont les baby-boomers devenu? Aspects sociaux d'une génération viellissante*. Québec: Editions Nota bene.

OMS (1989): *Envejecimiento saludable*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1998): *La política SALUD21 para la Región Europea de la OMS.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS (2002): *Active Ageing. A Policy Framework*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

OMS (2007): *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Disponible en: http://www.who.int/ageing/AFCSpanish-final

Organismo Autónomo Programas Educativos Europeos (2010): *Grundtvig 2000-2010* (abril). Madrid: OAPEE.

Orté, C., y Gambas, M. *Los programas universitarios para mayores en la construcción del espacio europeo de enseñanza superior.* Palma de Mallorca: Universidad Islas Baleares.

Ortega Esteban, J. (2005): «La educación a lo largo de la vida: la educación social, la educación escolar, la educación continua. Todas son educaciones formales». *Revista de Educación,* 338.

Ortiz, C., y Font, C. (2008): «La mujer de +50 y las nuevas tecnológicas. Zona urbana y zona rural», en Cabedo, S. (dir.), *Jornadas de mayores y nuevas tecnologías*. Castellón: Universidad Jaime I.

Osuna, M.J. (2006): «Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia». *Revista Multidisciplinar de Gerontología,* 16 (1), pp. 16-25.

Palmore, E.B. (1999): *Ageism. Negative and positive*. Nueva York: Springer.

Pankow, L.J., y Solotorov, J.M. (2007): «Biological aspects and theories of aging», en Blackburn J.A., y Dulms C.N. (eds.), *Handbook of Gerontology. Evidence-based approaches to theory practice and policy.* Hoboken: John Wiley & Son.

Parlamento Europeo (2001): *Informe sobre el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*. Consultado en julio de 2003 en: http://europa.eu.int/commm/employment_social/news/2003/jan/ ACTE_ES_PDF.pdf.

Parlamento Europeo (2008): *Informe sobre el futuro demográfico de Europa* (provisional). A6-0024/2008. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.europarl.europa.eu

Penninx, B.W.J.H., Van Tilburg, T., Kriegsman, D.M.W., Deeg, D.J.H., Boeke, A.J.P., y Van Eijk, J.T.M. (1997): «Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The longitudinal aging study, Amsterdam». *American Journal of Epidemiology,* 146 (6), pp. 510-519.

Pérez Díaz, J. (2004): «Poder tener abuelos: la normalización demográfica española». *Geriatrianet.com, 6* (1), pp. 2-13.

Pérez Ortiz, L. (2002): «Indicadores sociales», en Sancho Castiello, M., *Envejecer en España,* pp. 63-82. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pérez Ortiz, L. (2003): *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzo del siglo XXI.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Pérez Ortiz, L. (2006): *La estructura social de la vejez en España.* Madrid: Imserso.

Pérez Salanova, M. (2003): *Las asociaciones de personas mayores como actores en la construcción de nuevos enfoques del envejecimiento.* Informe de resultados Proyecto I+D+I Envejecimiento 2002.

Pérez Salanova, M. (2008): *Desarrollando la participación de las personas mayores. Oportunidades y retos de la implantación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en los servicios de atención domiciliaria.* Informe de resultados Proyecto I+D+I Envejecimiento 2006-2007.

Pérez Salanova, M. (2009): *Los Consejos de Personas mayores, la participación social y el Envejecimiento Activo.* Informe de resultados. Proyecto I+D+I Envejecimiento 2007-2008.

Pérez Salanova, M. (en prensa): «Dones grans, participació i vida quotidiana: Mujeres mayores, participación y vida cotidiana». *Revista Barcelona Societat.* Barcelona: Ayuntamiento.

Pérez Salanova, M. (2009): «Reflexionando sobre la autonomía y la longevidad», en *Autonomía y dependencia en la vejez. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas,* 16. Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas.

Pérez-Díaz, V., Chuliá, E., y Alvarez-Miranda, B. (1998): *Familia y Sistema de Bienestar.* Madrid: Fundación Argentaria.

Pérez-Díaz, V., y Rodríguez, J.C. (2007): *La generación de la transición: entre el trabajo y la jubilación.* Barcelona: Fundación La Caixa.

Pérez-Ortiz, L. (2005): Actividades, actitudes y valores, en Sánchez Castello, M. (coord.), *Las personas Mayores en España,* 1, pp. 547-642. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales, Imserso.

Peterson, D.A. (1985): «The Development of Education for Older People in the USA», en Glendennig, F., *Educational Gerontology. International perspectives,* pp. 81-100. Londres: Croom Helm.

Pheasant, S. (1996): *Bodyspace: anthropometry, ergonomics and the design of work* (2.ª ed.). Londres: Taylor and Francis.

Pinazo, S., Sánchez, M., Sáez, J., Díaz, P., y López, J. (2009): «La mejora de la convivencia escolar desde la intergeneracionalidad. La mentorización como recurso». *Informació Psicológica,* 95, pp. 27-45.

Pinazo, S., y Kaplan, M. (2007): «Los beneficios de los programas intergeneracionales». en Sánchez M. (dir.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades,* pp. 70-101. Barcelona: Fundación la Caixa.

Pinazo, S., y Montoro, J. (2005): «La relación entre los abuelos/as y los nietos/as. Factores que predicen la calidad de esta relación intergeneracional». *Revista Internacional de Sociología,* 38, mayo-agosto, pp. 147-168.

Pinquart, M. (2001): «Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance». *Journal of Happiness Studies,* 2, pp. 375-405.

Pinquart, M. (2003): «Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults». *Journal of Social and Personal Relationships,* 20 (1), pp. 31-53.

Pitarch, A., Álvarez Platero, A., y Monferrer, P. (2009): «El ePEL: la gestión del aprendizaje a lo largo de la vida», en *RED, Revista de Educación a Distancia.* Número monográfico VIII, abril. Disponible en: http://www.um.es/ead/red/M8

Pont, P. (2005): *Efectes d'un programa d'Activitat Física sobre la memoria en la gent gran.* Tesis doctoral. INEFC de Barcelona. Disponible en: http://www-tdx.cat/TDX-0601106-112723.

Pont, P. y Carroggio, M. (2007): *Ejercicios de Motricidad y Memoria con Personas Mayores.* Barcelona: Paidotribo.

Pratchett, L., Durose, C., Lowndes, V., Smith, G., Stoker, G., y Wales, C. (2009): *Empowering communities to influence local decisitions making - A systematic review of evidence.* Londres: Department for Communities and Local Government.

Prieto, D., et. al. (2009): *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento.* Madrid: Imserso.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., y Mann, A.H. (1997): «Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI». *Psychol Med,* 27, pp. 323-332.

Public Health Agency of Canada (2003): *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Car.* Ottawa: Canadian Health Network. Disponible en: http://www.ctfphc.org

Puga, M.D. (2007): «Cien años y más. Las claves de una longevidad exitosa». *Informe I+D+I,* 56. Madrid: Imserso.

Puga, M.D., y Abellán, A. (2006): «Las escalas territoriales del envejecimiento». *Semata,* 18, pp. 121-141.

Puga, M.D., Abellán, A., y Sancho, M.T. (2006): «Mayores y familia en la sociedad actual», en *Informe España 2006,* pp. 261-333. Madrid: Fundación Encuentro.

Puyol Antolín, R. y Abellán García, A. (2006): *Envejecimiento y dependencia.* Madrid: Mondial Assistance.

Ramos Torre, R. (1990): *Cronos dividido.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Ramos Torre, R. (1995): «Uso del tiempo y ocio de los mayores», en *Las actividades económicas de las personas mayores.* Barcelona: Secot.

Ramos, J. A., y Pino, E. del (2009): «Un análisis político del cambio en el sistema de pensiones en España», en Moreno, L. (ed.), *Reformas de las políticas del bienestar en España,* pp. 137-170. Madrid: Siglo XXI.

Raymond, E., Gagné, D., Sévigny, A., y Tourigny, A. (2008): *La participation sociale des aînés dans une perspective de viellissement en santé.* Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.

Ready, R.E., Carvalho, J.O., y Weinberger, M.I. (2008): «Emotional complexity in younger, midlife, and older adults». *Psychology and Aging,* 23 (4), diciembre, pp. 928-933.

Regato, P. (2003): «El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria», *Jano,* extra abril LXIV, 1474.

Requejo, A. (2003): *Educación permanente y educación de adultos: intervención socioeducativa en la edad adulta.* Barcelona: Ariel.

Requejo, A. (2009): «La Educación de personas mayores en el contexto europeo», en *EFORA,* 3, Marzo. Disponible en: www.usal.es/efora

Ribera, J.M. (1999): «Alimentación, nutrición, salud y envejecimiento», en Ribera, J.M., Gil Gregorio, P. (eds.), *Alimentación, nutrición y salud en el anciano,* pp.11-24. Madrid: Edimsa.

Ribera, J.M. (2003): «¿Se puede envejecer con éxito?», en Ribera, J.M., y Gil Gregorio, P. (eds.), *Prevención en geriatría ¿Es posible?,* pp. 11-22. Madrid: Edimsa.

Ribera, J.M. (2005): «Cuestiones éticas en Geriatría», en Ribera, J.M. (ed.), *Geriatria XXI. Manuales médicos.*

Riley, M.W. (1988): «Forward», en Schaie, K.W., y Campbell R.T. (eds.), *Methodological Issues in Aging Research.* Nueva York: Springer Pub.

Roberson, D. Jr. (2005): «The Potencial of Self-Directed Learning: Practical Implications for Facilitadors of Older Aduls», en *Activities, Adaptation & Aging,* 29 (3).

Rodin, J. (1980): «Managing the stress of aging. The role of control and coping», en Levine. S, y Ursin, H. (eds.), *Coping and health,* pp. 171-202. Nueva York: Plenum Press.

Rodin, J. y Langer, E. (1977): «Long-term effects of control-relevant intervention with the institutionalized aged». *Journal of Personality and Social Psychology,* 35, pp. 897-902.

Rodríguez Cabrero, G. (1997): *Participación social de las Personas Mayores.* Madrid: Imserso.

Rodríguez Cabrero, G. (2008): «Envejecimiento y políticas activas», en *El envejecimiento de la población.* Colección Documentos. Madrid: CES.

Rodríguez, P., y Sancho, M.T. (2002): «Envejecimiento y Protección Social de la dependencia en España: Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro». *Revista de Intervención Psicosocial.* Madrid: Colegio de Psicólogos.

Rodriguez, P. (2004): «Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas», en *Perfiles y tendencias,* 11. Madrid: Imserso.

Rogero, J. (en prensa): *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Imserso.

Rowe, J.W., y Khan, R.L. (1987): «Human aging: Usual and Successful». *Science*, 237, pp. 143-149.

Rubio Herrera, R. (2004): *La soledad en las personas mayores españolas.* Madrid: Portal Mayores, Imserso. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf

Ruipérez, I., et al. (2003): «Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles». *Revista Española de geriatría y gerontología,* 38, pp. 281-287.

Ruiz Torres, A. (dir.) (1989): *Multidisciplinary study on aging and health condition of the population of Nogueira de Ramuin.* Madrid: Tecnipublicaciones.

Saco, A., Dapía, M., y Méndez, A. (2006): «Diferencias cualitativas en la atención a las personas mayores dependientes en el medio rural gallego». *Informe I+D+I,* 144. Madrid: Imserso.

Sáez Carreras, J. (coord.) (2003): *Educación y aprendizaje en las personas mayores.* Madrid: Dykinson.

Saez, F. (2003): «La educación durante toda la vida», en *Revista Sinéctica,* 22, febrero-julio.

Sáez, J. (2009a): «Importancia de la intergeneracionalidad en las políticas contemporáneas de atención a las personas mayores». *Enlace en Red,* julio, pp. 12-13.

Sáez, J. (2009b): «La intergeneracionalidad o la potencialidad de un concepto inexplorado». *Espai Social,* 9, pp. 4-7.

Sagardui-Villamor, L., et al. (2005): «Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986-1999». *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci,* 60, pp. 1028-1034.

Sainsbury, D. (1999): *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford: Oxford University Press.

Sánchez Caro, C., y Sánchez Caro, J.M. (1999): *Protección de datos de carácter personal relativos a la salud*. Madrid: Agencia de Protección de Datos.

Sánchez Martínez, E. (2003): «La elaboración de un programa educativo para mayores. ¿Qué podemos aprender de la experiencia americana?», en *Educación y aprendizaje en las personas mayores,* pp. 241-252. Madrid: Dykinson.

Sánchez, M., Díaz, P., López, J., Pinazo, S., y Sáez, J. (2008): *INTERGEN. Descripción, análisis y evaluación de los programas intergeneracionales en España. Modelos y buenas prácticas. Resumen ejecutivo*. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.redintergeneracional.es/

Sánchez, M., et al. (2007): *Programas intergeneracionales: Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Sánchez, M., y Pinazo, S. (2009): «Las relaciones intergeneracionales en la familia», en Parada, J.L., y González, J.J. (eds.), *La familia como espacio educativo,* pp. 73-96. Murcia: Instituto Teológico de Murcia.

Sancho, M., et. al. (2006): «Saber envejecer. Prevenir la Dependencia. Un modelo para el diseño de materiales didácticos», en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, pp. 2-16.

Sanderson, W., y Scherbov, S. (2008): «Rethinking Age and Aging». *Population Bulletin,* 63, 4. Disponible en: http://www.prb.org/pdf08/63.4aging.pdf

Santamarina, C. (dir.) (2010): *Percepciones en niños y adolescentes de las personas mayores*. Madrid: Imserso.

Santamarina, C. (dir.) (2002): *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: Imserso.

Saraceno, Ch. (2002): *Social Assistance Dynamics in Europe*. Bristol: Policy Press.

Sario, B. de (2009): «Essere anziani e volontari in Europa. Un confronto fra casi nazionali di partecipazione sociale e associativa», en Mirabile, M. L. (dir.), *Vitta Attiva? I «giovanni anziani» fra insecurezza i partecipazione*. Roma: CGIL- EDIESSE.

Schaie, K.W. (2005a): *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal Study.* Nueva York: Oxford University Press.

Schaie, K.W. (2005b): «What can we learn from longitudinal studies of adult development?». *Research on Human Development, 2,* pp. 133-158.

Schalock, R.L., y Verdugo, M.A. (2003): *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.* Madrid: Alianza Editorial.

Schulz, R., y Keckhausen, J. (1998): «Emotion and control: A life span perspective», en Schaie, A., y Lawton, K.W., *Annual Review of Gerontology and Geriatrics,* 17, pp. 185-205.

Seals, C.D., Agarwal, R., Doswell, F., y Thomas, C.M. (2008): «Lifelong Learning: becoming Computer Savvy al a later Age», en *Educational Gerontology,* 34, pp. 1055-1069.

Secot (1995): *Las actividades económicas de las personas mayores.* Madrid: Secot.

Sek Kim, Y. (2008): «Reviewing and Critiquing Computer Learning and Usage Among Older Adults», en *Educational Gerontology,* 34, pp. 709- 735.

SEMEG (2004): *Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores.* Madrid: Planner media.

SemFYC (2007): *Estudio sobre Promoción del Ejercicio Físico*. Madrid: SemFYC.

Sen, A. (2009): *La idea de la justicia.* Madrid: Taurus.

Serdio, C. (2004): *Envejecimiento, mujer y educación: estudio cualitativo sobre la participación educativa de la mujer mayor.* Granada: Grupo Editorial Universitario.

Serdio, C. (2006): *Mujeres que envejecen, mujeres que aprenden.* Salamanca: Universidad Pontificia.

Smith, J., y Baltes, P.B. (1993): «Differential psychological ageing: Profiles of the old and very old». *Ageing and Society*, 13, pp. 581-587.

Soler, A. (2004): *Evaluación de la eficacia del programa de intervención psico-socio-motriz para ancianos (PIPSMA) sobre el bienestar de las personas mayores.* Tesis doctoral. Barcelona: Facultad de Psicología.

Spidla, V. (2007): «Active Aging and the European Employment Strategy». *The Journal AARP International,* invierno, pp. 26-31.

Spigner-Littles, D., y Anderson, C.E. (1999): «Constructivism: A Paradigm for Older Learners», en *Educational Gerontology,* 25, pp. 203-209.

Spitzer, M. (2005): *Aprendizaje, Neurociencia y la escuela de la vida*. Barcelona: Ediciones Omega.

Springate, I., Atkinson, M., y Martin, K. (2008): *Intergenerational Practice: a Review of the Literatura (LGA Research Report F/SR262)*. Slough: NFER.

Staats, A.W. (1975): *Social behaviorism*. Nueva York: Dorsey Press.

Staudinger, U.M. (1999): «Older and wiser. Integrating results on the relationship between age and wisdom-related performance». *International Journal of Behavioral Development,* 23, pp. 1200-1214.

Staudinger, U., Freund, A.M., Linden, M., y Maas, I. (1999): «Personality and Life regulation: facets of psychological resilience in old age», en Baltes P. B., y Mayer K.L. (eds.), *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100,* pp. 302-328. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Stebbins, R.A. (2004): «Ocio serio: ¿debemos fomentarlo?», en *Boletín ADOZ, Revista de Estudios de Ocio,* 28, pp. 47-50.

Steinfeld, E., White, J., Levine, B., et al. (2010): *Inclusive Housing. A Pattern Book: Design for Diversity and Equality.* Nueva York: Center for Inclusive Design and Enviromental Access.

Subirats, J. (1992): *La Vejez como oportunidad*. Madrid: Imserso.

Subirats, J. (dir.) (2004): *Pobreza y Exclusión Social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en: http://www.estudis.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfes016cos_esp

Subirats, J. (dir.) (2006): *Fragilidades Vecinas. Narraciones de exclusión social urbana*. Barcelona: Icaria.

Subirats, J. (dir.) (2007): *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Taylor, S. (2002): *Lazos Vitales*. Madrid: Santillana.

Terenzi, P. (2008): «Relación social y realismo crítico en la obra de Pierpaolo Donnati». *Revista Española de Sociología,* 10, pp. 39-52.

Terreros, J.L. (coord.) (2007): *Los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

The Gallup Organisation (2009): «Intergenerational Solidarity: analytical report». *Flash Eurobarometer,* 269. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_en.htm

Tibbitts, C. (1963): «La gérontologie social, ses origines, sa portée, ses tendances». *Revue internationale de sciences sociales,* XV, 3, pp. 353-370.

Tobío, C., Fernández Cordón, J.A., y Agulló, M.S. (1998): *Análisis cuantitativo de las estrategias de compatibilización famlia-empleo en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Touraine, A. (1992): *Critique de la modernité*. París: Fayard.

Townsend, P. (1962): *The last refuge. A survey of residential institutions and homes for the aged*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Triadó, C., Celdrán, M., Conde, L, Montoro, J., Pinazo, S., y Villar, F. (2008): *Envejecimiento productivo. La provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Informe de investigación. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.imserso.es

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M.J., y Celdrán, M. (2006): «Percepciones cruzadas entre abuelos y nietos en una muestra de díadas: una aproximación cualitativa». *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 41 (2), pp. 100-110.

U.S. Government (2008): *Physical Activity Guidelines for Americans*. U.S Government Printing Office.

Ubasart, G. (ed.) (2009): *Barcelona per l'acció comunitària. Guia de xarxes d'intercanvi solidari*. Barcelona: Ajuntament.

UDP, y Simple Lógica (2008): *Percepción de la evolución de la atención a mayores y niños*. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.mayoresudp.org

UNESPA (2010): *Reflexiones para la reforma. Para un debate sobre los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar*. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/unespa-dictamencomision-01.pdf

U.S. Department of Health and Human Services (2005): *The Guide to Clinical Preventive Services 2005. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/gcpspu.htm

Vega, C. (2009): *Culturas del Cuidado en Transición*. Barcelona: UOC.

Vicent, J.A., Phillipson, C., y Downs, M. (2006): *The futures of old age*. Londres: Sage.

Villa, J.M. (2005): «Los mayores de 65 representan el 17% de la población española». *Sesenta y más,* 241. Madrid: Imserso.

Villar, F. (2003): «Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación». *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 38, pp. 86-94.

Viriot, J.P. (2003): *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités* (Collection le Lien Social). París: Presses Universitaires de France.

Walker, A. (1981): «Towards a political economy of old age». *Ageing and Society,* 1 (1), pp. 73-94.

Walker, A. (2001): *Ageing and Intergenerational Relations*. Transcripción del seminario. Londres: The Daiwa Anglo-Japanese Foundation. Consultado el 19 de febrero de 2010, en: http://www.dajf.org.uk

Walker, A. (2006): «Active ageing in employment: Its meaning and potential». *Asia-Pacific Review,* 13 (1), pp. 78-93.

Walker, A. (2007): «Why involve older people in research?». *Age and Ageing*, 36, pp. 481-483.

Walker, A., y Naegle, G. (1999): *The Politics of Old Age in Europe*. Londres: University Press.

Wenzel, E. (1982): «Perspectives of the WHO Regional Ofice for Europe. Health Promotion and Lifestyles». *Hygie*.

Yang, L., Krampe, R.T., y Baltes, P.B. (2006): «Basic Forms of Cognitive Plasticity Extended Into the Oldest-Old: Retest Learning, Age, and Cognitive Functioning». *Psychology and Aging,* 21, pp. 372-378.

Yanguas, J. (2008): *Emociones y envejecimiento*. Barcelona: Obra Social La Caixa.

Yanguas, J. (dir.) (2009): *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento* (Colección Estudios), Serie Personas Mayores, 11007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Yuste, N., Rubio, R., y Aleixandre, M. (2004): *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Zaidi, A. (2008): «Rasgos y características del envejecimiento de la población a través de la perspectiva europea», en *El envejecimiento de la población*. (Colección Documentos). Madrid: CES.

Zambrana, J.L., Delgado, M., Cruz, G., et al. (2001): «Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna». *Medicina Clínica,* 116. Barcelona, pp. 652-654.

Zunzunegui, M.V., Béland, F., Sánchez, M.T., y Otero, A. (2009): «Longevity and relationships with children: the importance of the parental role». *BMC Public Health,* 9, pp. 351-360.

* **Toda la información nacional e internacional sobre personas mayores puede consultarse en la página Web del Imserso-Portal Mayores:** http://www.imsersomayores.csic.es/

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

- AFC Red de ciudades amigables con las personas mayores *(age friendly cities)*

- Acceplam Grupo de investigadores y profesionales especializado en el estudio de la accesibilidad a los espacios, productos y servicios para personas con distintas limitaciones funcionales
- Aepum Asociación estatal de programas universitarios para mayores
- Asimelec Asociación multisectorial de empresas españolas de electrónica y comunicaciones
- AVD Actividades de la vida diaria
- BASE Estudio transversal de una muestra de personas mayores de 90 años que viven de forma autónoma con el fin de proceder a su estudio bio-psicosocial
- Bepad Batería de evaluación del potencial de aprendizaje en demencias
- BOE Boletín Oficial del Estado
- BBPP Buenas prácticas
- CC.AA. Comunidades autónomas
- CCLL Corporaciones locales
- CD Disco compacto *(compact disc)*
- CE Comisión Europea
- CEADAC Centro de referencia estatal de atención al daño cerebral
- Ceapat Centro de referencia estatal de autonomía personal y ayudas técnicas
- Ceate Confederación española de aulas de tercera edad
- CEE Comunidad económica europea
- Cepas Centros de educación permanente de adultos
- Cermi Comité español de representantes de minusválidos
- CIE Clasificación internacional de enfermedades
- Cimop Comunicación, imagen, opinión pública, S.L.
- CIS Centro de investigaciones sociológicas
- Citic Centro de innovación y tecnologías de la información
- CSIC Consejo superior de investigaciones científicas
- Desal Departamento de asuntos económicos y sociales de Naciones Unidas
- DVD Disco versátil digital *(digital versatil disc)*
- ECV Encuesta condiciones de vida
- EET Encuesta de empleo del tiempo libre
- ELEA Estudio longitudinal sobre envejecimiento activo

- ENS Encuesta nacional de salud
- EPA Educación permanente de adultos
- EPF Encuesta presupuestos familiares
- EPM Encuesta personas mayores
- EUIT Escuela técnica superior de ingeniería de telecomunicaciones
- EULI Esperanza de vida libre de incapacidad
- EXCELSA Estudio piloto para adaptar el *«european survey on ageing protocol»*
- Feader Fondo europeo agrícola de desarrollo rural
- Fedamer Federación de asociaciones de mujeres rurales
- FEM Fondo económico mundial
- FEMP Federación española de municipios y provincias
- FR Factores de riesgo
- HTA Hipertensión arterial
- IAGG Asociación internacional de gerontología y geriatría
- IC Índice de cobertura
- IDT Instituto de desarrollo tecnológico
- Imserso Instituto de mayores y servicios sociales
- INE Instituto nacional de estadística
- Intergen Intergeneracional
- Interheart Estudio para comparar la importancia de determinados factores de riesgo del infarto de miocardio a nivel mundial
- IPC Índice de precios de consumo
- IPREM Indicador Público Renta de Efectos Múltiples
- IRPF Impuesto sobre la renta de las personas físicas
- IVA Impuesto sobre el valor añadido
- Lapad Ley 39/ 2006, de 16 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia
- LDL Lipoproteínas de baja densidad
- Lismi Ley 13/ 1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos
- Logse Ley 1/ 1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema educativo
- Mipaa Plan internacional de acción sobre el envejecimiento *(Madrid International plan of action on ageing)*
- MCI Deterioro cognitivo leve
- OCDE Organización para la cooperación y el desarrollo económico
- OIT Organización internacional del trabajo
- OMS Organización mundial de la salud
- ONG Organizaciones no gubernamentales
- PAC Política agraria común

- PAP Programa de aprendizaje permanente
- PGG Cuidado de enfermedades y síndromes geriátricos
- PIB Producto interior bruto
- PMM Personas mayores
- PR Prevención de la fragilidad y la dependencia
- PUM Programas universitarios de mayores
- RAE Real academia española
- SAAD Sistema para la autonomía y atención a la dependencia
- SAD Servicio de ayuda a domicilio
- SCO Sanidad y consumo
- Secot Seniors españoles para la cooperación técnica
- Semfyc Sociedad española de medicina de familia y comunitaria
- Share Salud, envejecimiento y jubilación en Europa *(Survey of health, ageing and retirement in Europe)*
- SISAAD Sistema de información del sistema para la autonomía y atención a la dependencia
- SIUSS Sistema de información de usuarios de servicios sociales
- SOC Selección, optimización y compensación
- SOVI Seguro obligatorio de vejez e invalidez
- SP Sustentador principal
- TDT Televisión digital terrestre
- TICs Tecnologías de la información y de la comunicación
- UAB Universidad autónoma de Barcelona
- UAH Universidad de Alcalá de Henares
- UAM Universidad autónoma de Madrid
- UE Unión Europea
- UGI Unión geográfica internacional
- Unate Universidad nacional aulas de tercera edad
- Unece Comisión económica para Europa de Naciones Unidas *(United Nations economic comission for Europe)*
- Unesco Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura
- URJC Universidad Rey Juan Carlos
- USPSTF Panel independiente de expertos americanos en la prevención y la medicina basada en la evidencia. *(United States preventive services task force)*
- UUPP Universidades populares
- VGG Valoración geriátrica general o global
- VGI Valoración geriátrica integral

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1.	Nacimientos en España 1900-2009	36
Gráfico 2	Esperanza de Vida al nacer. Europa de los 27	37
Gráfico 3.	Esperanza de Vida al nacer por sexo, 2000-2009	38
Gráfico 3a.	Esperanza de Vida a los 65 años por sexo 1900-2009	39
Gráfico 4	Inversión de la tendencia demográfica	41
Gráfico 5	Evolución de la población mayor, 1900-2049	42
Gráfico 6	Población de 65 y más años en la Unión Europea 2010	43
Gráfico 7	Sex ratio entre las personas mayores, 1900-2049	44
Gráfico 8	Diferencia entre la población de varones y mujeres por franja de edad, 2050	45
Gráfico 9	Velocidad de envejecimiento de la población	45
Gráfico 10	Población Española 2010, 2010, 2049. Pirámides Superpuestas	46
Gráfico 11	Diferencia entre la población 2009-2049. Grupos Quinquenales de edad	47
Gráfico 12	Evolución del Ratio de Apoyo familiar	47
Gráfico 13	Mapa de España de la distribución de la población mayor por hábitat	50
Gráfico 14	Mapa de España de la distribución de la población mayor en las grandes urbes	50
Gráfico 15	Población según tamaño municipal, 2009	51
Gráfico 16	Población grandes grupos de edad. Comunidad autónoma, 2009	51
Gráfico 17	Población Extranjera según continente de procedencia, 2009	52
Gráfico 18	Población Extranjera según nacionalidad, 2009	53
Gráfico 19	Tasas por 100.000 habitantes de enfermos de 65 o más años. Dados de alta por diagnóstico y grandes grupos de edad. Ambos sexos, 1985-2009	55
Gráfico 20	Defunciones según su causa, 1950-2008	57
Gráfico 21	Defunciones según su causa y grupo de edad-2008	58
Gráfico 22	Filiación	59
Gráfico 23	Estado civil de las personas de 65 y más años, 1970-2010	61
Gráfico 24	Porcentaje de viudez según edad, 1970-2001	62
Gráfico 25	Personas según tipo de hogar y edad	63

Gráfico 26 Generaciones de mujeres con algún progenitor vivo por edad (probabilidades anuales). España 1991 67
Gráfico 27 Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda, 2008 68
Gráfico 28 Cuidadores según tipo de hogar donde vive el dependiente, 2008 68
Gráfico 29 Pirámide de cuidadores principales de personas de 65 y más años distinguiendo nacionalidad, 2008 . 69
Gráfico 30 Conocimiento y utilización de recursos sociales, 1998-2010 70
Gráfico 31 Incremento en la realización de actividades, 1993-2010 72
Gráfico 32 Actividades nuevas iniciadas después de la jubilación o a partir de los 65 años, 1993 y 2010 73
Gráfico 33 Realización de actividades según sexo, 1993-2010 74
Gráfico 34 Modelo espacial de la participación en el trabajo de voluntariado en Europa, 2004 74
Gráfico 35 Preferencia de dónde le gustaría vivir..... 76
Gráfico 36 Tasa de actividad de la población de 16 y más años por sexo y grupos de edad, 1970 y 2010 77
Gráfico 37 Años esperados de vida tras la jubilación en distintos Países del mundo, por sexo, 2004 79
Gráfico 38 Evolución del ratio de dependencia de mayores de la población española 80
Gráfico 39 Estabilidad y declive en características físicas, psicológicas y sociales en función de la edad en puntuaciones 118
Gráfico 40 Curvas de aprendizaje (plasticidad cognitiva a través de una tarea de aprendizaje de palabras) a distintas edades 123
Gráfico 41 Frecuencia de emociones positivas y negativas en jóvenes y mayores 127
Gráfico 42 Habilidades de afrontamiento del estrés..... 129
Gráfico 43 Distribución de estilos de regulación emocional en función de la edad 130
Gráfico 44 Enfoque del ciclo de la vida sobre envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud 132
Gráfico 45 Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento 134

Gráfico 46 Estereotipos de la vejez en España en porcentajes de acuerdo 139
Gráfico 47 Adjetivos que describen mejor a las personas mayores en 1ª, 2ª, 3ª elección 141
Gráfico 48 Ingresos medios de las personas mayores, 2007 ... 175
Gráfico 49 Diferencias respecto a las renta media de la población española por tramos de edad 177
Gráfico 50 Los ingresos de la población española por CC.AA. (euros corrientes) 179
Gráfico 51 Ingresos medios relativos de las personas mayores por CC.AA. 180
Gráfico 52 Diferencias respecto al gasto medio de la población española por tramos de edad 189
Gráfico 53 Diferencias entre ingresos y gastos, año 2008 190
Gráfico 54 Distribución del gasto en consumo de los hogares españoles (hogares consustendor principal mayor de 65 años y población total) 192
Gráfico 55 Evolución de las tasas de pobreza en los años noventa 200
Gráfico 56 Evolución de las tasas de pobreza en los años 2003-2007 201
Gráfico 57 Tasas de pobreza con alquiler imputado, ECV 2007 . 204
Gráfico 58 Distribución del total de horas semanales dedicadas a ayuda a otros hogares y actividades asociativas y horas semanales dedicadas en promedio a cada actividad 210
Gráfico 59 Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por sexo Personas de 65 y más años 211
Gráfico 60 Distribución porcentual de las horas totales semanales dedicadas a ayuda a otros hogares. Personas de 65 y más años 212
Gráfico 61 Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por edad. Personas de 65 y más años 215
Gráfico 62 Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al voluntariado. Personas de 65 y más años 216
Gráfico 63 Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al cuidado de otras personas por ingresos del hogar. Personas de 65 y más años..... 218

Gráfico 64 Horas totales semanales y promedio semanal de horas dedicadas al voluntariado por ingresos del hogar. Personas de 65 y más años 218
Gráfico 65 Prevalencia del sedentarismo por grupos de edad .. 270
Gráfico 66 Percepciones de compañía 355
Gráfico 67 Conocimiento y uso de las personas mayores de los servicios sociales 407
Gráfico 68 Evolución IC Hogares y Clubes 2004-2009 416
Gráfico 69 Evolución del número de plazas y del presupuesto dedicado al Programa de Termalismo Social 419
Gráfico 70 Evolución IC Teleasistencia 2004-2009 422
Gráfico 71 IC Servicio de Ayuda a domicilio y Residencias .. 423
Gráfico 72 Evolución IC Residencias 1975-2009 424
Gráfico 73 Evolución IC Servicio de Ayuda a Domicilio 1999-2009 425
Gráfico 74 Evolución IC Centros 2002-2009 426
Gráfico 75 Evolución de los Servicios Sociales de Apoyo Familiar 2002-2009 427
Gráfico 76 Población rural. Distribución por sexo 473
Gráfico 77 Personas Mayores. Nivel educativo, sexo y hábitat 480
Gráfico 78 Porcentaje de personas mayores según el tipo de actividades que realizan 484
Gráfico 79 Convivencia de las personas mayores. Porcentajes 538
Gráfico 80 Evolución del porcentaje de personas que viven solas, por grupos quinquenales de edad. 1991-2001 542
Gráfico 81 Porcentaje de personas viviendo solas por sexo según su edad (años cumplidos) 544
Gráfico 82 Distribución por sexo de la población mayor solitaria, según la edad, en años cumplidos, de las personas 545
Gráfico 83 Composición de la población mayor solitaria, por sexo, en los censos de población 1981, 1991, 2001 546
Gráfico 84 Varones mayores de 65 años solos, por estado civil..... 547
Gráfico 85 Mujeres mayores de 65 años solas, por estado civil 547
Gráfico 86 Nivel de estudios de las personas mayores que viven solas en España. Censos 1991 y 2001 548

Gráfico 87 Varones mayores de 65 años solos, por nivel de estudios 548
Gráfico 88 Mujeres mayores de 65 años solas, por nivel de estudios 548
Gráfico 89 Nivel de Instrucción de las personas mayores, según sexo 605
Gráfico 90 Diferencias de género riesgo de pobreza hogares unipersonales UE 2009 611
Gráfico 91 Distribución del tiempo diario. Personas Mayores de 65 años 613
Gráfico 92 Convivencia 618
Gráfico 93 Población Mayor de 65 años en hogares unipersonales en Europa y España 620
Gráfico 94 Preferencia por cuidados familiares 1993/2010 según el hábitat 641
Gráfico 95 Personas cuidadoras en relación con el sexo de la persona mayor que necesita ayuda 643

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Indicadores de Solidaridad Intergeneracional en la Unión Europea 170
Cuadro 2. Fuente principal de renta según la edad del sustentador principal 174
Cuadro 3. Ingresos relativos de las personas mayores respecto a la media de la población española 178
Cuadro 4. Gasto relativo de las personas mayores respecto a la media de la población española 188
Cuadro 5. Indicadores de desigualdad en la distribución de la renta en España 193
Cuadro 6. Descomposición de la desigualdad por grupos de edad 195
Cuadro 7. Tasas de pobreza de las personas mayores 2008 198
Cuadro 8. Tasas de pobreza de las personas mayores 1980-2008 199
Cuadro 9. El patrón de pobreza en las personas mayores 202
Cuadro 10. El tiempo en la economía relacional 208
Cuadro 11. Distribución de cuidadores y horas de cuidados por edades 214
Cuadro 12. Distribución de cuidadores y horas de cuidados por edades y actividad 215
Cuadro 13. Economía cívica y solidaria según nivel de estudios 216
Cuadro 14. Usuarios de Servicios Sociales según sector 415
Cuadro 15. Programa de Vacaciones. Número de plazas ofertadas y su Financiación. Evolución 2000-2011 418
Cuadro 16. Pensiones medias de jubilación y viudedad 488
Cuadro 17. Incremento de la vida solitaria entre 1991 y 2001, por grandes grupos de edad 541
Cuadro 18. Hombres y mujeres que viven en solitario por grupos quinquenales Edad. Porcentaje 543
Cuadro 19. Personas viudas viviendo solas en España. Comparativa 1991 y 2001 545
Cuadro 20. Estado civil de las personas mayores que viven solas en los censos de población de 1981, 1991 y 2001 546
Cuadro 21. Edad de entrada a la vejez según sexo 601
Cuadro 22. Mujeres según nivel de estudios alcanzado 604

Cuadro 23. Participación de personas mayores en actividades formativas 606
Cuadro 24. Evolución 2004-2010 riesgo de pobreza con alquiler imputado 610

AUTORES Y COLABORADORES DEL LIBRO BLANCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

- Dª Purificación Causapié Lopesino, Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso
- D. Antonio Balbontín López-Cerón, Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso
- D. Manuel Porras Muñoz, Vocal Asesor, Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso
- D.ª Adela Mateo Echanagorría, Técnico Superior, Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso

B. AUTORES QUE HAN REALIZADO APORTACIONES (POR CAPÍTULOS)(*)(**)

Capítulos	Autores
Capítulo 1.- *Tendencias emergentes en proceso de envejecimiento*	• D. Antonio Abellán García (Centro Superior de Investigaciones Científicas) • D.ª Maite Sancho Castiello (Fundación Matía) • Dª Elena Barrio Truchado (Fundación Matía) • Dª Cecilia Esparza Catalán - (Centro Superior de Investigaciones Científicas)
Capítulo 2.- *El reto de una nueva ciudadanía para las personas mayores*	• **D. Joan Subirats Humet** (Universidad Autónoma de Barcelona)
Capítulo 3.- *Posibilidades y limitaciones de la edad*	• **D.ª Rocío Fernández Ballesteros** (Universidad Autónoma de Madrid)
Capítulo 4.- *La economía de las personas mayores*	• **D. Gregorio Rodríguez Cabrero** (Universidad de Alcalá de Henares) • D. Luis Ayala Cañón (Universidad Rey Juan Carlos) • D.ª Mercedes Sastre García (Universidad Complutense de Madrid) • D. Manuel Sánchez-Montañés Ramos (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -Imserso) • D. Aurelio Fernández López (Secretaría de Estado de la Seguridad Social)

(*) Los autores que figuran en letra negrita tienen *artículo de autor*.

(**) Salvo los artículos de autor todos los Capítulos han sido revisados y adaptados al contenido general.

Capítulos	Autores
Capítulo 5.- *Envejecer con buena salud*	• **Dr. José Manuel Ribera Casado** (Universidad Complutense de Madrid) • Dr. Pedro Gil Gregorio (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología) • Dra. Pilar Regato Pajares (Medicina de Familia - Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) • D. Alberto Infante Campos (Escuela de Salud Pública Carlos III) • D. Ángel Calle Montero - (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • Dra. Olga Giménez Ribota (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 6.- *La actividad física*	• D.ª Pilar Pont Geis (Consejo Superior de Deportes) • D.ª Angels Soler Vila (Consejo Superior de Deportes)
Capítulo 7.- *Educación a lo largo de la vida*	• D.ª Lourdes Bermejo García (Gerontóloga)
Capítulo 8.- *Diversidad y participación*	• **D. Joan Subirats Humet** (Universidad Autónoma de Barcelona) • D.ª Mercé Pérez Salanova (Universidad Autónoma de Barcelona)
Capítulo 9.- *Imagen y medios de comunicación*	• D.ª Loles Díez Aledo (Periodista) • Dª Milagros Juárez Bustos (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 10.- *Derechos de las personas mayores*	• D. Antonio Martínez Maroto (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 11.- *Recursos de servicios y programas sociales*	• D. Manuel Porras Muñoz (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • Dña. Francisca Ramos Martín de Argenta (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • Subdirección General de Gestión - Imserso
Capítulo 12.- *Vivienda*	• D.ª Cristina Rodríguez Porrero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • D. Fernando Alonso López (ACCEPLAN - Universidad Autónoma de Barcelona) • D.ª Nieves Peinado Margalef (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • D. Miguel A. Valero Duboy (Universidad Politécnica de Madrid)

Capítulos	Autores
Capítulo 13.- *Entorno y hábitat: medio rural y medio urbano*	• **D.ª María Ángeles Durán Heras** - (Centro Superior de Investigaciones Científicas) • D. **Alexandre Kalache** (The New York Academy of Medicine) • D.ª Adela Mateo Echanagorría (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 14.- *Formas de vida y convivencia*	• **D.ª Ramona Rubio Herrera** (Universidad de Granada) • D. Juan López Doblas (Universidad de Granada) • D.ª Adela Mateo Echanagorría (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 15.- *Relaciones intergeneracionales*	• D. Mariano Sánchez Martínez (Universidad de Granada)
Capítulo 16.- *Género y Envejecimiento*	• D.ª Carmen Mestre Vergara (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • D.ª Victoria García Espejo - (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Capítulo 17 - *Bioética y cuidados*	• D.ª **Victoria Camps Cervera** (Universidad Autónoma de Barcelona - Centro Superior de Investigaciones Científicas - Fundación Alternativas) • D. José Carlos Bermejo Higuera (Médico y Gerontólogo - Padres Camilos de Cantoblanco, Madrid) • D.ª Adela Mateo Echanagorría (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Supervisión de estructura, de propuestas y conclusiones	• D. Manuel Porras Muñoz (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • D. Pablo Cobo Gálvez (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Bibliografía	• D.ª Beatriz Ramírez Sanz (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso) • Dª Mª del Carmen Merino Araujo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)
Tratamiento de Textos	• D.ª María Ángeles García Matallana - (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - Imserso)

C. OTRAS, ENTRE LAS PRINCIPALES ORGANIZACIONES Y ENTIDADES, PARTICIPANTES EN EL LIBRO BLANCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

MINISTERIOS Y ORGANISMOS DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Salud, Política Social e Igualdad)
- Ministerio de Educación (Aprendizaje a lo largo de la vida y Universidades)
- Ministerio de Fomento (Urbanismo y Vivienda)
- Ministerio de Medio Ambiente, Rural y Marino (Desarrollo Rural)
- Ministerio de Cultura
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (Seguridad Social)
- Ministerio de Justicia
- Ministerio de Ciencia e Innovación (Nuevas Tecnologías)
- Centro de Investigaciones Sociológicas
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Consejo Superior de Deportes
- Instituto de la Mujer
- Mutualidad de Funcionarios - MUFACE

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA: Consejerías con competencias en política social y personas mayores. (Diecinueve. Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas)

ADMINISTRACIÓN LOCAL

- Federación Española de Municipios y Provincias - FEMP
- Ayuntamiento de Fuenlabrada (Madrid)
- Ayuntamiento de Leganés (Madrid)
- Ayuntamiento de Zaragoza
- Ayuntamiento de Ripoll
- Ayuntamiento de Ávila

UNIVERSIDADES

- Universidad de Alicante
- Universidad Autónoma de Barcelona
- Universidad Autónoma de Madrid
- Universidad Carlos III de Madrid
- Universidad de Castilla-La Mancha
- Universidad Complutense de Madrid
- Universidad de Granada
- Universidad Internacional Menéndez Pelayo
- Universidad de Málaga
- Universidad del País Vasco
- Universidad Politécnica de Madrid
- Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

- Universidad de Valencia

ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

- Consejo Estatal de Personas Mayores (Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo)
- Consejo General de Imserso
- Consejo Estatal de ONG

ORGANIZACIONES DE PERSONAS MAYORES

- Unión Democrática de Pensionistas - UDP
- Confederación de Organizaciones de Mayores - CEOMA
- Federación d`Associacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC
- Sección de CCOO del Consejo Estatal de Personas Mayores.
- Solidaridad Intergeneracional.

CENTROS DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN PRIVADOS

- Centro de Estudios Tomillo
- Instituto de Investigación, Mercados y Opinión (CIMOP)
- Abest, Innovación social
- IE, Instituto de Empresa
- Demométrica

ORGANIZACIONES DE REPRESENTACIÓN Y PARTICIPACIÓN

- Confederación Española de Organizaciones Empresariales - CEOE
- Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa - CEPYME
- Plataforma de ONG de Acción Social
- Plataforma de Voluntariado de España
- Sociedad Española de Ornitología

ORGANIZACIONES CULTURALES Y EDUCATIVAS RELACIONADAS CON PERSONAS MAYORES

- Confederación estatal de Asociaciones y Federaciones de Alumnos y exalumnos de los programas de Universidades de Mayores - CAUMAS
- Federación Española de Universidades Populares (FEUP)
- Universidad Popular de Extremadura
- Universidad Popular de Murcia
- Confederación de Aulas de Tercera Edad (CEATE)
- Federación de Asociaciones de Educación de personas adultas
- Asociación Universitaria Rector Sabater de Alumnos y exalumnos del Aula Senior de la Universidad de Murcia
- Federación de Asociaciones de Educación de personas Adultas - FAEA,
- Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores - AEPUM

EXPERIENCIAS

- «Los mayores también cuentan»
- Asociación Desarrollo y Asistencia
- «El banco de la sabiduría popular»
- Proyecto «Artesaneando» en la Campiña de Jerez