

PERSONAS QUE ENVEJECEN
EN EL S. XXI:
NUEVAS REALIDADES

*Primero,
las personas*

CUIDAR COMO NOS
GUSTARÍA SER CUIDADOS



Obra Social "la Caixa"

EDICIÓN

Obra Social "la Caixa"

AUTORES

Mayte Sancho, Matia Instituto
Javier Yanguas, Matia Instituto
Elena del Barrio, Matia Instituto

*PERSONAS QUE ENVEJECEN
EN EL S. XXI:*
NUEVAS REALIDADES

*Primero,
las personas*

**· CUIDAR COMO NOS
GUSTARÍA SER CUIDADOS**

Sumario

1

Nuevas realidades ligadas al envejecimiento de la población

1.1. Datos sociodemográficos	7
1.2. Condiciones de vida de las personas a partir de los 65 años	12
1.3. Cambios sociales y económicos en la última década	16
1.4. Los estudios de las cohortes y la comprensión de la morbilidad	23
1.5. Etapas vitales en el proceso de envejecimiento	26
1.6. Los nuevos roles de las personas mayores: inquietudes y necesidades	29

2

Hacia un nuevo marco de comprensión de las personas a lo largo del proceso de envejecimiento

2.1. Tendencias en planificación gerontológica	33
2.1.1. Del impacto socioeconómico del envejecimiento a la construcción de una sociedad de los cuidados	33
2.1.2. Identificación de prioridades para la intervención con personas que envejecen desde la iniciativa social sin ánimo de lucro	37
2.2. El Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”: de los homenajes a la vejez a una nueva mirada a las personas mayores en el siglo XXI	47
Principios y valores del Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”	47

3

Bibliografía y fuentes

1

Nuevas realidades

ligadas al envejecimiento
de la población



1.1. Datos sociodemográficos

En la actualidad, se contabilizan en España casi 8 millones y medio de personas mayores (INE, 2014). Esta cifra supone el 18,1 % de la población total. En el caso de personas que superan los 80 años, la cifra es de 2.650.992, por lo que se trata del 5,7 % de la población total y el 31,4 % de la población mayor. Es decir, 2 de cada 10 personas en España son mayores, y 3 de cada 10 personas mayores son octogenarias. De estas personas que han superado los 80 años, el 63,7 % son mujeres, y el 36,3 % son hombres. La cifra de población centenaria es de 13.165 personas, de las cuales el 79,2 % son mujeres.

En el año 1996, el porcentaje de población mayor ascendía al 15,6 %, y el de población octogenaria, al 3,5 %. En los últimos 18 años, la cifra de población mayor se ha incrementado en el 26,3 %, mientras que la de población de 80 y más años ha aumentado en el 48,1 %, casi duplicándose. La población centenaria ha crecido en el 58,7 %. Este aumento dispar entre los grupos se debe a lo que se ha venido denominando como *democratización de la vejez* o *democratización de la supervivencia*, un aumento de la esperanza de vida generalizado para la mayoría de la población (Pérez-Díaz,

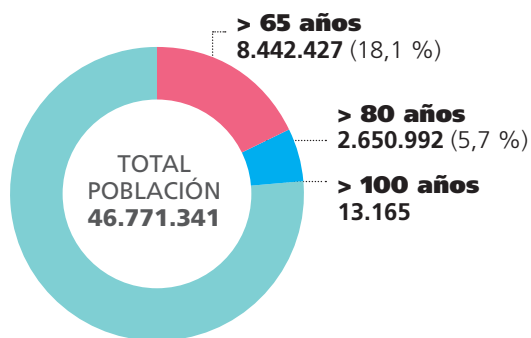
2005). Además, hay que tener en cuenta que en la franja de 70-79 años se encuentran las cohortes que sufrieron déficits de población causados por la Guerra Civil y la posguerra.

Estas cifras se modificarán con la incursión de las cohortes nacidas a raíz del *baby-boom*, en la franja de los 65 años. Este fenómeno, conocido como *baby-boom* y generalizado en muchos países europeos tras la Segunda Guerra Mundial, se caracterizó por un fuerte aumento de la fecundidad entre 1957 y 1977. Esas generaciones representan actualmente un tercio de toda la población y llegarán a la edad de jubilación hacia la tercera década del siglo, en 2020 (Barrio *et al.*, 2015).

La esperanza de vida (EV) es el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado. La EV es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones de la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones, y, en base a ello, de las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. En los países occidentales, la EV ha experimentado notables avances

TABLAS 1, 2, 3 Y 4. POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

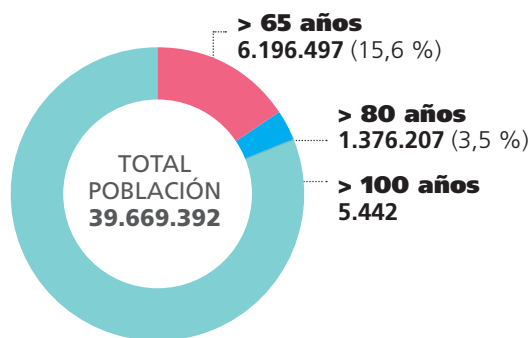
2014



	HOMBRES	MUJERES
> 65 años:	3.613.455 (15,7 %)	4.828.972 (20,3 %)
> 80 años:	961.067 (4,2 %)	1.689.925 (7,1 %)
> 100 años:	2.737	10.428

Fuente: INE, INEbase, Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014.

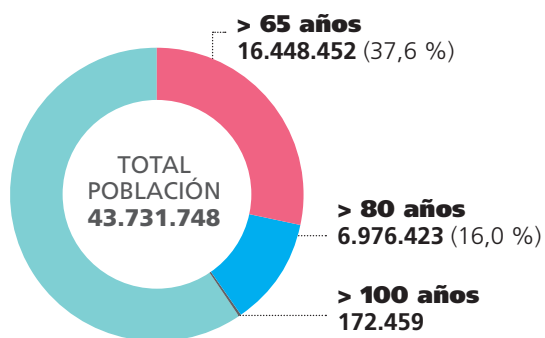
1996



	HOMBRES	MUJERES
> 65 años:	2.581.667 (13,3 %)	3.614.827 (17,8 %)
> 80 años:	462.261 (2,4 %)	913.946 (4,5 %)
> 100 años:	1.870	3.573

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, INEbase, Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 1996.

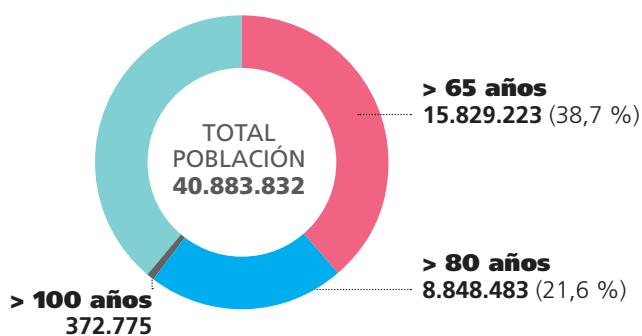
2050



	HOMBRES	MUJERES
> 65 años:	7.431.518 (35,2 %)	9.016.934 (39,9 %)
> 80 años:	2.916.386 (13,8 %)	4.060.036 (18,0 %)
> 100 años:	45.844	126.615

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, INEbase: Proyecciones de población 2014-2064.

2064



	HOMBRES	MUJERES
> 65 años:	7.105.585 (36,1 %)	8.723.641 (41,2 %)
> 80 años:	3.771.572 (19,2 %)	5.076.913 (24,0 %)
> 100 años:	107.813	264.962

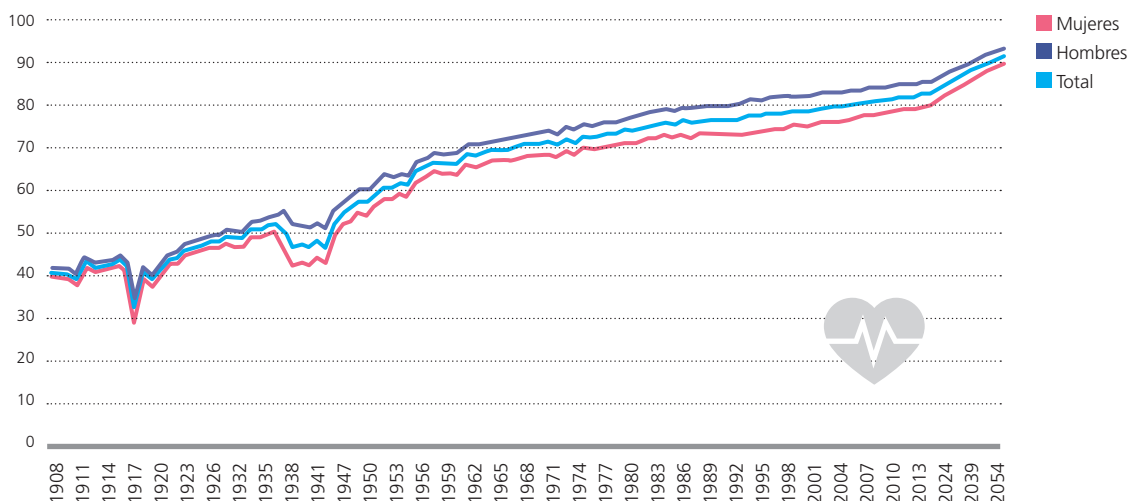
Fuente: INE, INEbase: Proyecciones de población 2014-2064.

en el último siglo, lo que se ha logrado al reducirse la probabilidad de morir gracias a los adelantos médicos y tecnológicos, a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, a los cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, a la mejora en los niveles de las condiciones materiales de vida y en la educación, así como al acceso de la población a los servicios sanitarios (INE, 2015). Los últimos datos de 2014 (INE, datos provisionales) establecen una cifra de EV al nacer de 80,2 años en los varones y 85,7 años en las mujeres, situando la media total en 83 años. La EV en la primera década del siglo xx rondaba los 40 años. Un siglo después, esta cifra se ha multiplicado por dos. Las proyecciones de población para

2064 estiman que la EV se elevará a 92,65 años de media, 94,3 años para las mujeres y 91 para los hombres.

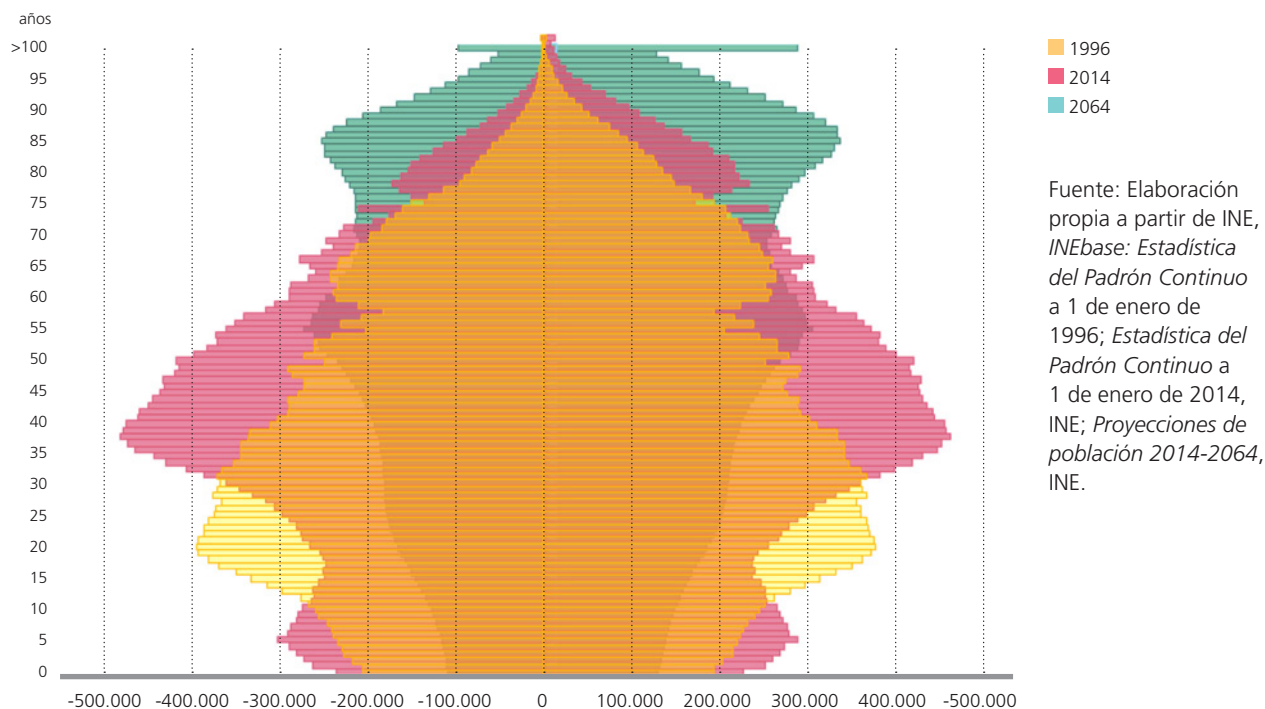
Según *The Ageing Report* de la Comisión Europea (2015), la EV femenina española en el año 2013 fue la más elevada de la Unión Europea (UE-28). En cambio, la ratio de fertilidad fue una de las más bajas (1,3 hijos por mujer). En las proyecciones sobre esta ratio, también se prevé que España seguirá manteniéndose entre los países con menores puntuaciones. Aunque la cifra sufrirá un ligero incremento con respecto a la actual, se situará en 1,9 hijos por mujer en 2060, posicionándonos como el tercer país de Europa con la ratio de fertilidad más baja.

GRÁFICO 1. ESPERANZA DE VIDA (EV) 1908-2014 Y PROYECCIONES 2019-2063



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del blog Envejecimiento[en-red], 3 (diciembre 2014) y 10 (junio 2015), ISSN 2387-1512; 2019-2063, INE, *INEbase: Proyecciones de población*; INE, 2014, datos provisionales.

GRÁFICO 2. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, 1996, 2014 Y 2064



En las proyecciones de población, se intuye que para 2050 la cifra de personas mayores ascenderá a 16.448.452, casi el doble que la actual (INE, 2014). Serán entonces el 37,6 % de la población total. La cifra de personas octogenarias rondará los 7 millones de personas, suponiendo el 16 % de la población total y el 42,4 % de la población mayor. La previsión del número de personas centenarias es de 172.459, aumentando en el 92,4 %. Es decir, la cifra actual de personas centenarias se multiplicará por 13 en los próximos 36 años.

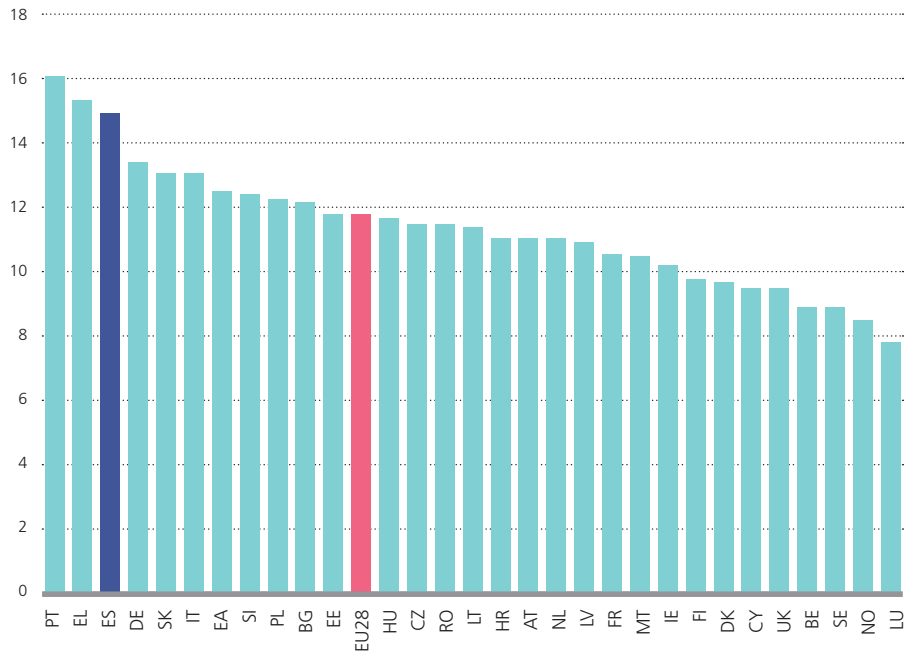
Las proyecciones de población para 2064, último año que ofrece el INE, auguran un futuro en el que casi 4

de cada 10 personas en nuestro país habrán superado los 65 años. Y 2 de cada 10 serán octogenarias.

Según las proyecciones de Eurostat (European Commission, 2015), España será en 2060 el tercer país de la UE-28 con mayor proporción de personas octogenarias, por detrás de Portugal y Grecia.

Se estima, además, una inversión de la tendencia demográfica futura. En un periodo de 20 años, hacia 2035, se prevé que la cifra de personas octogenarias superará a la de personas jóvenes en edades infantiles, hasta llegar a duplicarla en 2060. A

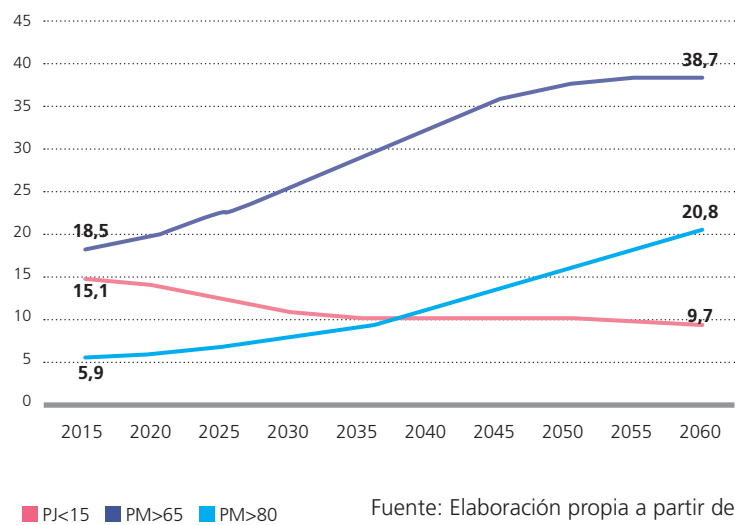
GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 80 Y MÁS AÑOS SOBRE EL TOTAL DE LA UE-28, 2060



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de European Commission (2015), «The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)», *European Economy*, 3, 2015.

principios del siglo XXI se experimentó la primera inversión de la tendencia demográfica, superando el número de personas mayores al de niños y niñas. Antes de llegar a la mitad de este mismo siglo, volverá a producirse una inversión demográfica histórica, con un aumento extraordinario de la población sobrevenida, a un ritmo acelerado y con implicaciones en distintos ámbitos de la vida. El tamaño actual de la población de edad, su crecimiento reciente y su previsible evolución futura son desafíos para los responsables políticos, el sistema sanitario, económico y social, y para los propios individuos y las familias (Abellán y Sancho, 2011).

GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LOS PORCENTAJES DE POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS, MAYOR DE 65 Y MAYOR DE 80, 2015-2060



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, INEbase: Proyecciones de población 2014-2064.

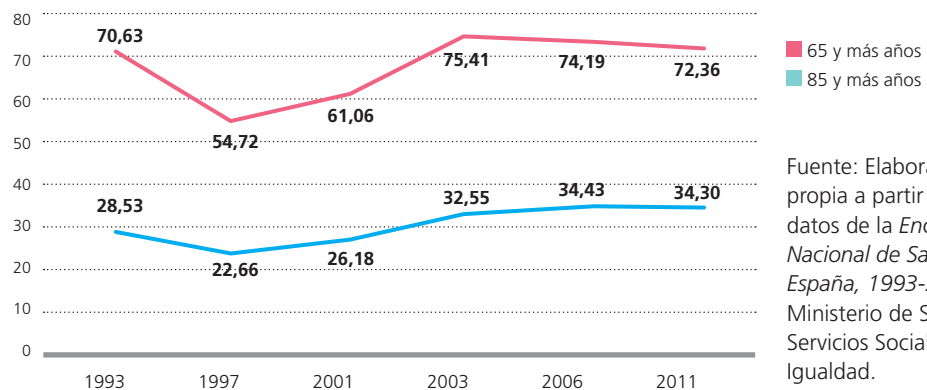
1.2. Condiciones de vida de las personas a partir de los 65 años

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, en que las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos entre enfermedades y causas de muerte. Las mejoras en la industria farmacéutica, la rehabilitación y el sistema sanitario están contribuyendo a un retraso en la discapacidad y la muerte (Abellán y Sancho, 2011).

En el ámbito del **cuidado y la necesidad de ayuda**, los cambios acontecidos durante los últimos años

parecen evidenciar una tendencia ascendente en el porcentaje de población en situación de dependencia. Según los últimos datos de la *Encuesta Nacional de Salud de España* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011), el 34,30 % de las personas mayores necesitan ayuda para su cuidado personal, mientras que en 1993 esta cifra era del 28,53 %. En el caso de las personas de 85 y más años, estas cifras aumentan del 70,63 % en 1993 al 72,36 % en 2011. El aumento de la EV, una mayor supervivencia de las cohortes y una mayor longevidad son algunas de las causas del crecimiento en el número de personas que se encuentran en esta situación, lo que concuerda con lo expuesto en el punto 1.4 del presente trabajo, don-

GRÁFICO 5. DEPENDENCIA PARA EL CUIDADO PERSONAL, 1993-2011



de se aprecia cierta expansión de la morbilidad (Puga *et al.*, 2014). Esto se corresponde con la existencia de un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en estas situaciones: el 76,38 % de las mujeres mayores de 85 años y el 64,86 % de los varones, al ser las mujeres las protagonistas de las cohortes de más edad. La dependencia funcional para el cuidado personal de la población de 65 y más años se calcula en la ENSE a través de la capacidad para realizar ocho actividades: tomar medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que deben tomarse); comer (cortar la comida e introducirla en la boca); vestirse, desnudarse y elegir la ropa para ponerse; peinarse (las mujeres) y afeitarse (los hombres); cortarse las uñas de los pies; lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba; ducharse y bañarse, y quedarse solo durante toda la noche. Se considera que la persona entrevistada presenta dependencia funcional para el cuidado personal si responde «Puede realizarlo con ayuda» o «No puede realizarlo de ninguna manera» al menos a una de las actividades. En total, se contabilizan en España casi 3 millones de personas mayores en situación de dependencia funcional. Cerca de 800.000 son mayores de 85 años (datos en relación con la población de 2011).

En el caso de la necesidad de ayuda para las labores domésticas, los porcentajes se elevan a casi 8 de cada 10 personas de 85 y más años, y a casi 4 personas mayores de 65. Es decir, la gran mayoría de personas de 85 años necesitan ayuda para efectuar las tareas domésticas de su hogar. La dependencia funcional para las labores domésticas se evalúa a través de la

capacidad para realizar 13 actividades: utilizar el teléfono (buscar el número y marcar), comprar comida o ropa, prepararse su propio desayuno, prepararse su propia comida, cortar una rebanada de pan, fregar los platos, hacer la cama, cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa o el piso (fregar el suelo o barrer), limpiar una mancha del suelo y coser un botón.

Las cifras de personas en situación de dependencia funcional para la movilidad son similares a las anteriores: el 78,11 % de las personas de 85 y más años y el 37,74 % de las personas mayores se encuentran en esta situación. Estas cifras son las que más se han elevado con respecto a 1993, en el 7,81 % en el caso de las personas mayores y en el 9,62 % en el de las personas de 85 y más años. Así, en los últimos 18 años el número de personas de 85 y más años que necesitan ayuda para la movilidad ha aumentado casi en el 10 %.

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

GRÁFICO 6. DEPENDENCIA PARA LAS LABORES DOMÉSTICAS, 1993-2011

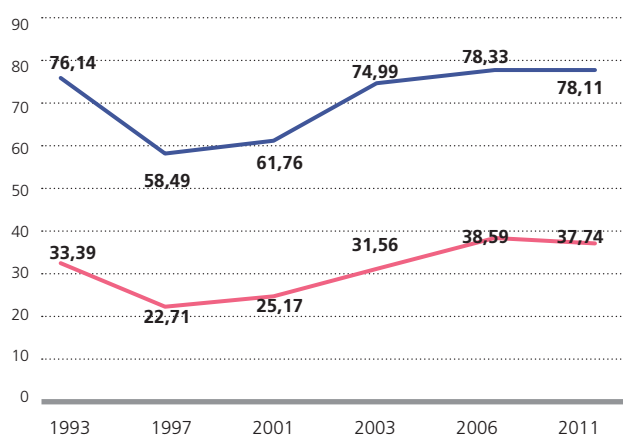
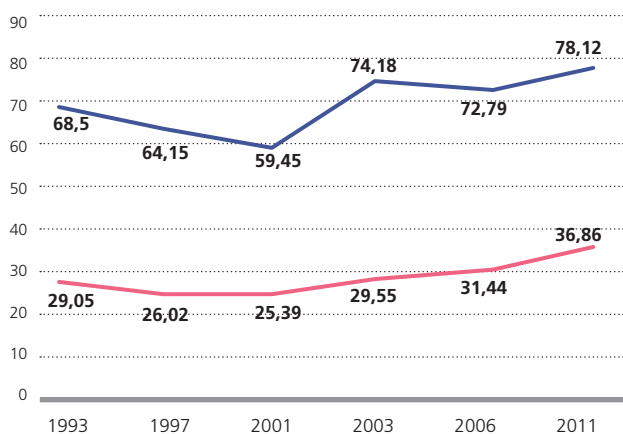


GRÁFICO 7. DEPENDENCIA PARA LA MOVILIDAD, 1993-2011



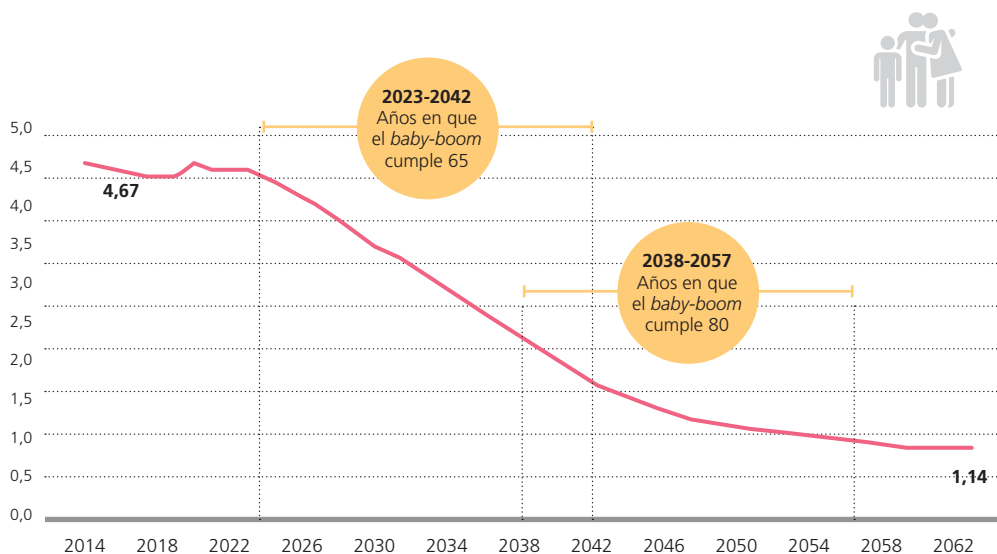
■ Total ■ 85 y más años

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la *Encuesta Nacional de Salud de España, 1993-2011*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La dependencia para la movilidad se evalúa a través de la capacidad para realizar seis actividades: coger el autobús, metro, taxi, etc.; administrarse su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques); andar (con o sin bastón); levantarse de la cama y acostarse; subir diez escalones y andar durante una hora seguida. Se considera dependencia funcional para la movilidad si la persona entrevistada responde «Puede realizarlo con ayuda» o «No puede realizarlo de ninguna manera» al menos a una de las actividades.

Este incremento de la población de más edad, del aumento de la EV y del consiguiente crecimiento de la población en situación de dependencia, se estima traerá consigo un descenso de la ratio de apoyo familiar. La ratio de apoyo familiar se calcula a partir del número de personas de 45-64 años con respecto a las de 80 y más, suponiendo que las personas de esta franja de edad (45-64) son las potenciales cuidadoras de las octogenarias, potenciales personas en situación de dependencia. Esto supondría que la ratio de apoyo familiar pasará del 4,67 en 2014 al 1,14 en 2064 (INE). Es decir, por cada persona octogenaria habrá 1,14 personas de entre 45 y 64 años como potenciales cuidadoras en el ámbito familiar. Parece necesaria una revisión de esta ratio, dado que actualmente un número muy importante de personas de entre 65 y 80 años también asumen tareas de apoyo y cuidados.

GRÁFICO 8. RATIO DE APOYO FAMILIAR, 2014-2064



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, INEbase: *Proyecciones de población 2014-2064*.

Según los datos de *The Ageing Report* (European Commission, 2015), España es el tercer país europeo con mayor ratio de dependencia, calculada en este caso a partir de la cifra de población octogenaria en relación con la población en edad de trabajar (de

15 a 64 años). Es decir, en España, en el periodo 2013-2060, el número de personas mayores en relación con las potenciales en el mercado de trabajo supera a la mayor parte de los países de Europa, quedando solo por detrás de Portugal y Grecia.

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

1.3. Cambios sociales y económicos en la última década

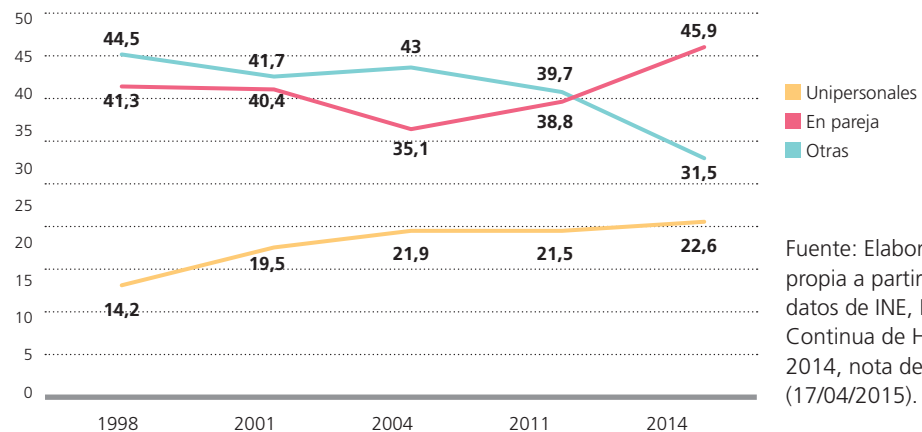
Un dato relevante sobre los cambios acontecidos en las últimas décadas en la población mayor es el **aumento de los hogares unipersonales**, los formados por una sola persona. Según los últimos datos del INE (2014, datos provisionales), en la actualidad el 22,6 % de las personas mayores viven solas. En 1998, esta cifra era del 14,2 %. En total, 1.853.700 personas de 65 y más años viven solas en España.

1. Llamamos "propensión" al cociente entre el número de personas de cada grupo de edad que viven solas y el número total de personas en ese grupo de edad

Esta tendencia se constata no solo en la población mayor, sino en toda la población. En los últimos años, los hogares unipersonales han ido en aumento para todas las edades.

Según el INE, en España existen 4.535.100 hogares unipersonales, es decir, formados por una única persona. De esta cifra, 1.853.700 (el 40,9 %) corresponden a personas de 65 o más años que viven solas. Y, de estos hogares, el 72,2 % están formados por mujeres (1.337.700). Comparándolo con los valores medios de 2013, el número de hogares unipersonales ha crecido en el 2,8 %. En términos absolutos, hay 123.100 hogares unipersonales más. Son el tipo de hogar que más ha aumentado. La propensión¹ a vivir **en soledad** es distinta según sexo y edad. Así, es más elevada en los hombres hasta alcanzar los 55 años, y mayor en las mujeres a partir de 65 años.

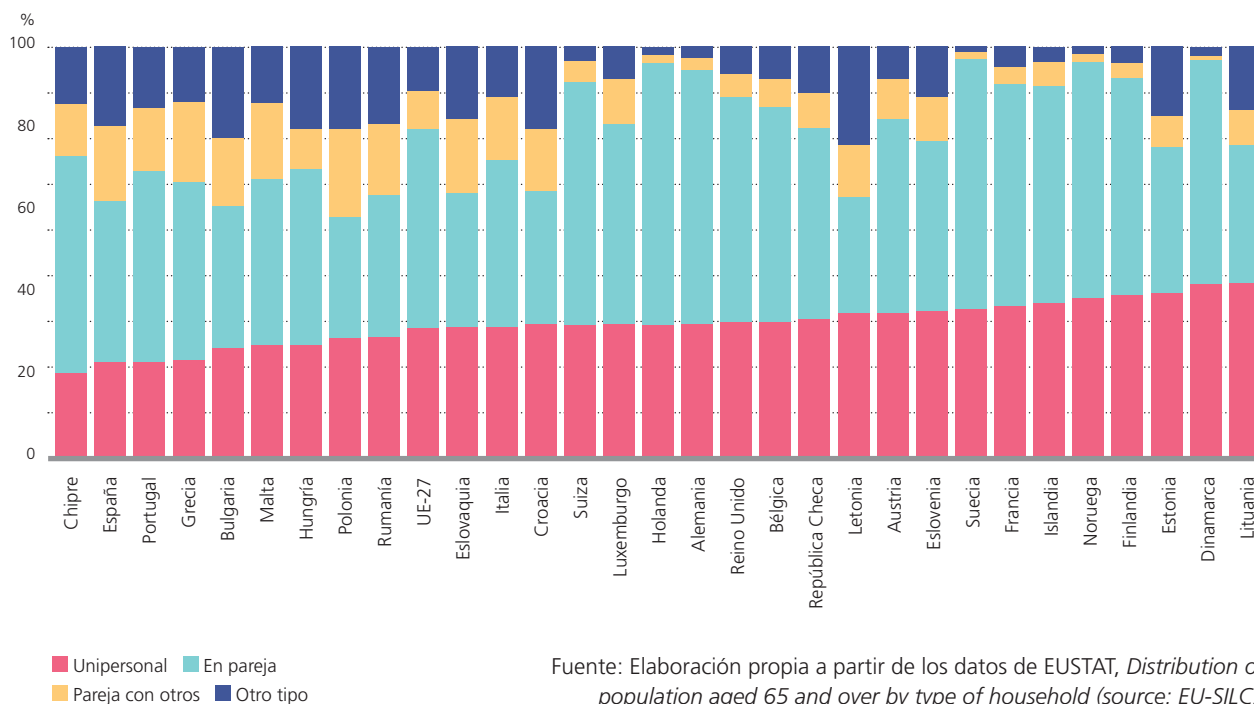
GRÁFICO 9. HOGARES DE PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS SEGÚN LA FORMA DE CONVIVENCIA, 1998-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, Encuesta Continua de Hogares 2014, nota de prensa (17/04/2015).



GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS SEGÚN EL TIPO DE HOGAR, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EUSTAT, *Distribution of population aged 65 and over by type of household* (source: EU-SILC).

Aun así, en comparación con los datos europeos España es uno de los países con menores porcentajes de población que vive sola de la UE-27 (2013).

Otro importante cambio social en la población de más edad es la mejora en su **nivel de instrucción**. En la pirámide de población según el nivel de estudios de 1991, se muestra cómo, en las cohortes de edades más elevadas, existía una cifra considerable de personas sin alfabetizar, y una gran mayoría que contaban únicamente con estudios primarios.

En el perfil de población de 2011 se observa un dibujo distinto: se estrecha

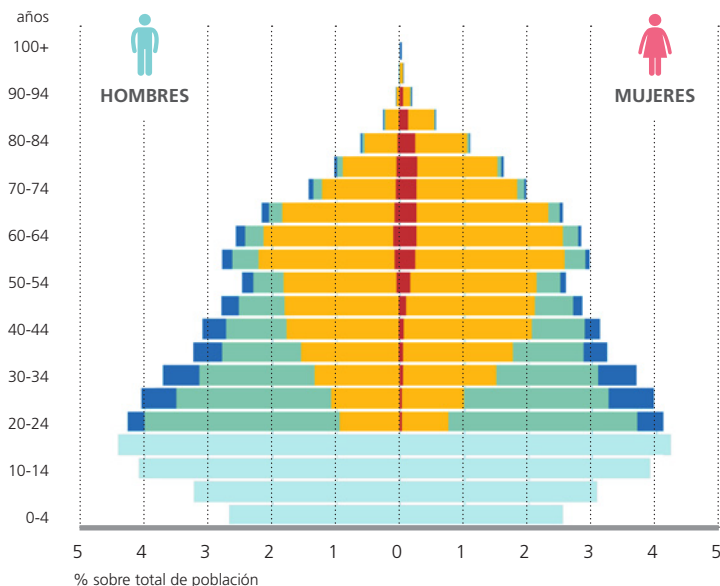
la figura de población con estudios primarios y sin alfabetizar, y aumenta la que posee estudios secundarios y superiores. Por ejemplo, el porcentaje de población de 70 a 74 años con estudios superiores ha pasado del 3,2 % en 1991 al 8,1 % en 2011.

En el futuro, además, se prevé que el nivel educativo siga aumentando, ya que entre las personas de 50 a 54 años se ha pasado del 5,6 % de personas con estudios superiores al 19,5 %. Esta generación es la que en 2020 entrará en la franja de edad de 65 años.

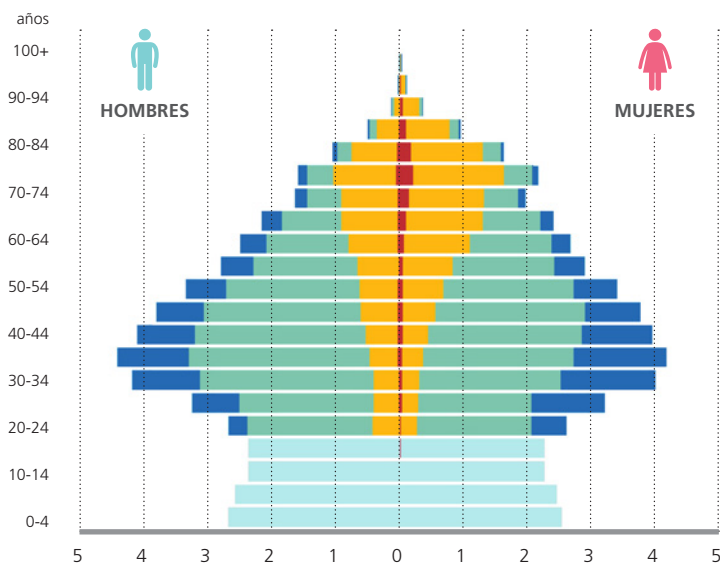
Una consecuencia de este aumento en el nivel educativo se evidencia

GRÁFICO 11 Y 12. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS. ESPAÑA

1991



2011



■ Analfabetos ■ Primarios ■ Secundarios ■ Superiores ■ No aplicado

Fuente: Blog Envejecimiento[en-red], 1 (abril 2015).

también en el aumento del uso del ordenador y las **nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)**. El ordenador era utilizado en 2006 por un escaso 7,5 % de la población mayor (de 65 a 74 años), mientras que en 2014 lo utilizaban con frecuencia el 25,8 % de estas personas. Entre la población de 55 a 64 años, esta cifra se eleva al 54,2 % que lo usan en la actualidad. Por lo tanto, las generaciones futuras de personas mayores utilizarán el ordenador como herramienta en su vida cotidiana de forma mayoritaria, ya que, además de contar con la mitad de la población usuaria en la generación anterior, se vislumbra un descenso de la brecha digital más allá del generacional. El consumo de estas herramientas aumenta a un nivel superior al avance de las cohortes.

Una situación similar se percibe en el uso de Internet, que ya es mayoritario entre la población de todas las edades (76,2 %). En el caso de la población mayor, más de 1 de cada 4 personas declaran utilizarlo con asiduidad (en los últimos tres meses). Esta cifra se ha elevado desde el escaso 5 de cada 100 personas en ocho años. Más de la mitad de la población de entre 55 y 64 años utiliza Internet en nuestros días.

Tanto en el consumo de Internet como en el uso del ordenador, el aumento más importante en los distintos grupos de edad se encuentra en la citada generación. En un periodo corto de tiempo, las personas de entre 55 y 64 años han empezado a integrar las TIC en su vida cotidiana de forma muy considerable, registrando un aumento de más de 30 puntos porcentuales en el uso del ordenador y casi de 40 en la

utilización de Internet. Esta población está formada por las personas mayores del futuro más próximo, con habilidades tecnológicas y niveles educativos más elevados que las anteriores generaciones.

En el análisis de los cambios económicos acontecidos en los últimos años, se observa cómo, al contrario que en la población total, la renta neta media por persona ha evolucionado con una tendencia ascendente, excepto en 2011, en el último periodo de cinco años. Durante la crisis económica, las personas mayores en España han logrado mantener, e incluso aumentar ligeramente, su estatus económico, mientras que el de la población total ha descendido considerablemente.

GRÁFICO 13. USO DEL ORDENADOR, 2006-2014

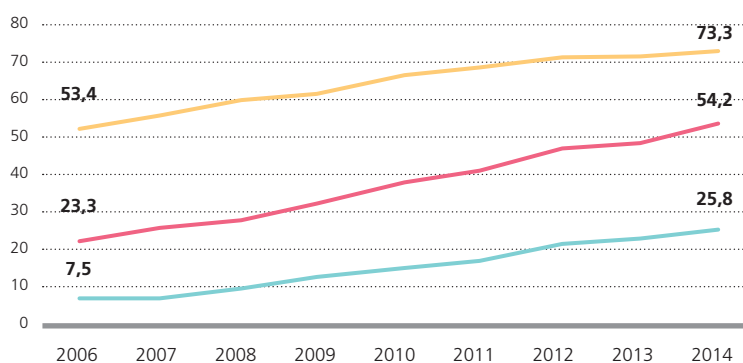
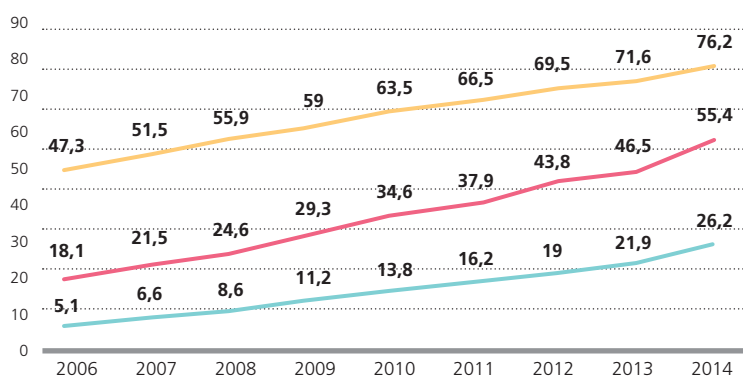


GRÁFICO 14. USO DE INTERNET, 2006-2014

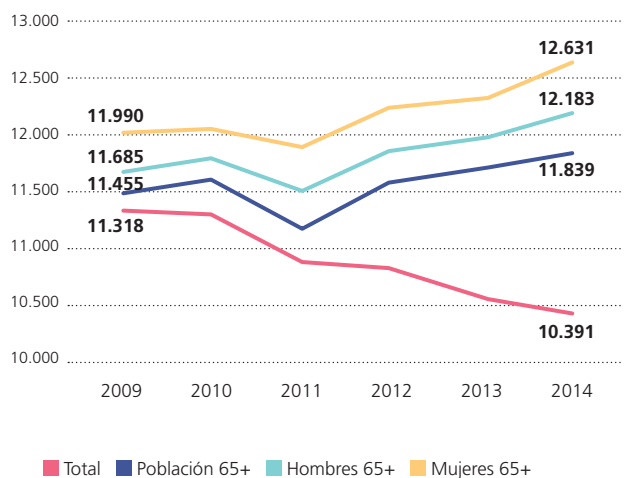


■ Total personas ■ Edad: de 55 a 64 años ■ Edad: de 65 a 74 años

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, *INEbase: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares 2014*.

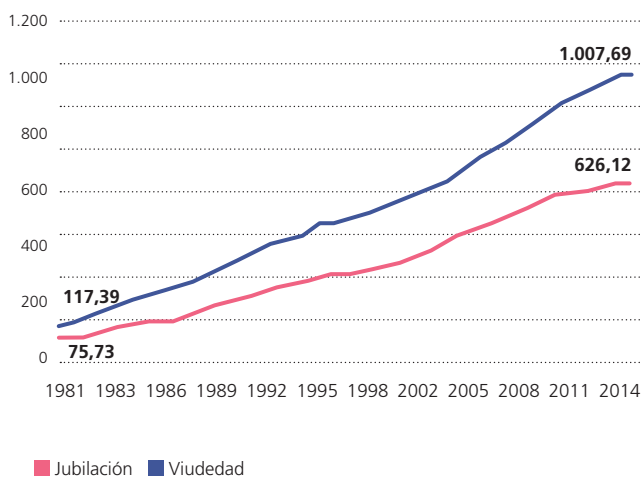
Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

GRÁFICO 15. RENTA ANUAL NETA MEDIA POR PERSONA SEGÚN EDAD, 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INE, INEbase: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2014.

GRÁFICO 16. IMPORTE MEDIO DE LAS PENSIONES DE JUBILACIÓN Y VIUEDAD, 1981-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INSS, Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, datos del diciembre de cada año.

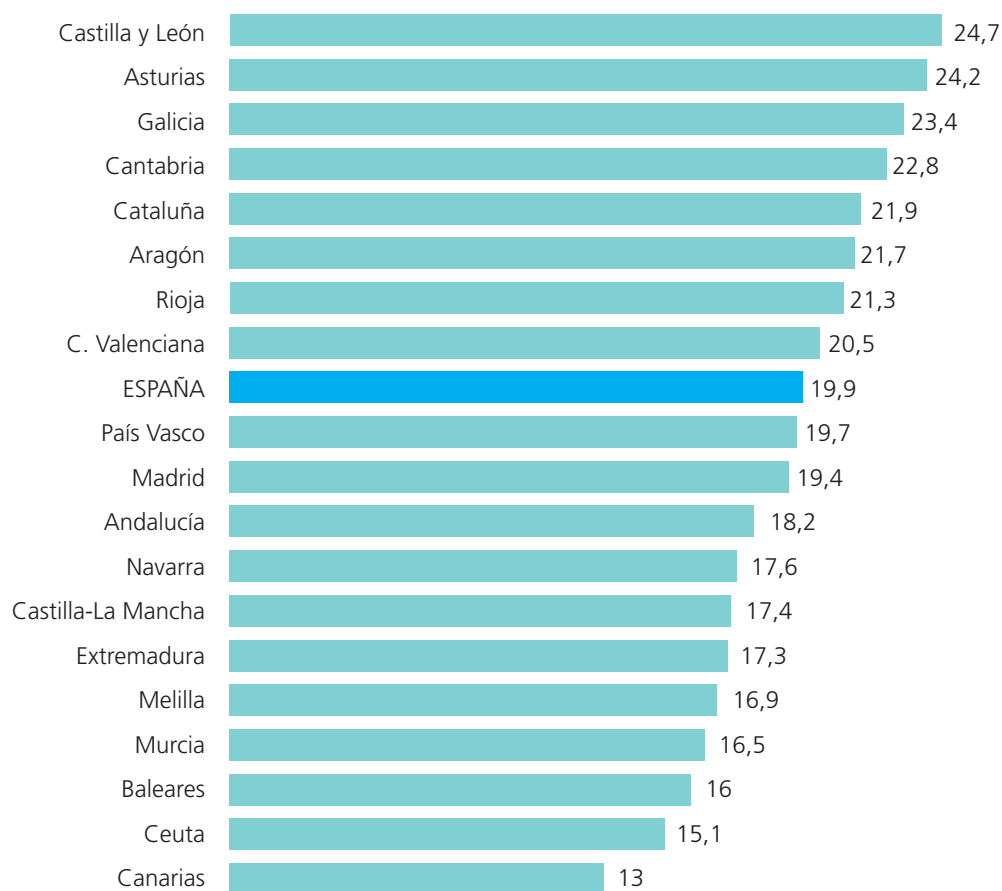
El importe de las pensiones de jubilación y viudedad no ha experimentado retrocesos, incluso en el periodo de crisis económica. El importe medio de las pensiones ha aumentado considerablemente en los últimos treinta años, de 117,39 euros en 1981 a 1.007,69 en 2014 para la pensión de jubilación, y de 75,73 euros a 626,12 para la de viudedad. Existe una diferencia evidente entre el importe de la pensión media de jubilación y el de viudedad. El importe medio de la pensión de jubilación va de 835,77 euros en Galicia a 1.245,67 en el País Vasco. En el caso de la pensión de viudedad, esta oscila entre 528,89 euros en Galicia y 742,49 en el País Vasco.

Según el último estudio publicado en el *Observatorio Social de las*

Personas Mayores (CCOO, 2014), en el año 2013 el 19,9 % de los hogares de nuestro país estaban sustentados por una persona con una pensión de jubilación. Los hogares cuya fuente principal de ingresos es una prestación de jubilación **han aumentado** durante el periodo de crisis, hasta alcanzar casi el 20 % del total de los hogares en 2013. La mayor proporción de hogares sustentados por personas que cobran una prestación de jubilación se encuentra en las comunidades autónomas de Castilla y León (24,7 %) y Asturias (24 %), donde casi 1 de cada 4 hogares está sustentado por una persona jubilada, mientras que en el extremo opuesto se encuentran comunidades como Canarias (13 %) y Baleares (16 %).



GRÁFICO 17. HOGARES SUSTENTADOS POR UNA PERSONA QUE COBRA PRESTACIÓN DE JUBILACIÓN, 2013



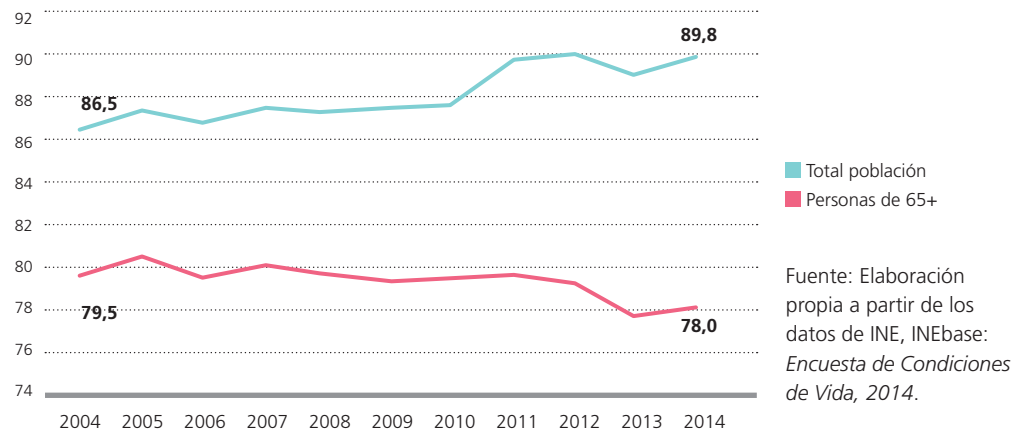
Fuente: CCOO (2014), *Observatorio Social de las Personas Mayores 2014. Para un envejecimiento activo.*

Aunque la solidaridad económica de padres y madres con sus hijos/as es una práctica habitual en nuestra sociedad, el impacto de la crisis económica actual ha supuesto un aumento de estas ayudas. El elevado índice de desempleo registrado en los últimos años, con especial incidencia en las generaciones jóvenes, ha hecho que las familias de origen cobren cada vez más importancia en el mantenimiento de otros núcleos externos al hogar. De esta forma, las personas mayores, con una mayor

estabilidad económica garantizada a través de su pensión y de su vivienda en propiedad, han tenido que solventar problemas monetarios de sus parientes.

La vivienda, desde el punto de vista más economicista, es un bien que puede ser disfrutado como patrimonio. Puede convertirse en una pesada carga o, muy al contrario, en la liberación de una parte importante del presupuesto, que se puede invertir en sufragar otras necesidades (Pérez Ortiz, 2006).

GRÁFICO 18. PERSONAS CON VIVIENDA EN PROPIEDAD SEGÚN LA EDAD, 2004-2014



El régimen de tenencia de la vivienda se considera un indicador muy relevante al analizar los recursos y la situación socioeconómica de las personas mayores. Supone un alivio en los presupuestos familiares y, en consecuencia, proporciona un sentimiento importante de seguridad en esta etapa de la vida (Barrio

et al., 2015). La gran mayoría de personas mayores tienen su vivienda en propiedad (89,8 %). La línea de tendencia parece, además, ir en aumento, aunque se observa un ligero descenso de 2012 a 2013. La tenencia en propiedad para el resto de la población ha ido, sin embargo, en leve declive.

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

1.4. Los estudios de las cohortes y la comprensión de la morbilidad

Después de la llamativa foto anterior relacionada con los cambios demográficos y en las condiciones de vida acaecidos, necesitamos, antes de caracterizar y definir los nuevos «tipos» de vejez que se presentan en la actualidad, responder previamente a algunas preguntas, dos de ellas especialmente pertinentes para el objeto del presente trabajo.

La primera cuestión tiene que ver con si el irrefutable aumento de la EV logrado en las sociedades occidentales se ha conseguido aumentando el tiempo de vida con discapacidad o sin ella. Y la segunda pregunta, complementaria de la primera, se refiere a si, con independencia de vivir más tiempo (con o sin discapacidad), existen o no mejoras en el funcionamiento de los individuos en distintas áreas (física, cognitiva, emocional, independencia con respecto a las actividades de la vida diaria, etc.) a lo largo del proceso de envejecimiento.

En otras palabras, si las personas nacidas en cohortes distintas tienen a la misma edad un mejor o peor funcionamiento en distintas áreas. Ambas preguntas nos facilitarán, además de definir los tipos de

envejecimiento existentes, argumentar las iniciativas y acciones que se propone que aborde la Fundación Bancaria "la Caixa".

La respuesta a la primera pregunta es compleja. Mientras que es sencillo definir qué es la mortalidad, resulta notablemente más difícil definir qué se entiende por morbilidad o discapacidad, que son conceptos claramente multidimensionales (Martin *et al.*, 2010), que varían entre los distintos estudios y que son difíciles de comparar al basarse en definiciones distintas del mismo concepto.

En general, varias teorías analizan si el aumento de la EV son años ganados libres de discapacidad o, por lo contrario, vivimos más a costa de vivir más años con discapacidad. Existen tres teorías clásicas que analizan esta cuestión:

- 1. La teoría de la compresión de la morbilidad**
- 2. La teoría de la expansión de la morbilidad**
- 3. La hipótesis del equilibrio dinámico**

TEORÍAS CLÁSICAS QUE ANALIZAN SI EL AUMENTO DE LA EV SON AÑOS GANADOS LIBRES DE DISCAPACIDAD O SI VIVIMOS MÁS A COSTA DE VIVIR MÁS AÑOS CON DISCAPACIDAD

- 1. La teoría de la compresión de la morbilidad** (Fries, 1980), que establece que la vida humana tiene un límite hacia el que se acerca la EV, y que las enfermedades crónicas y la discapacidad a ellas asociada pueden comprimirse hacia el final de la vida, retrasando su aparición, gracias a estilos de vida más saludables y a la mejora de los tratamientos y cuidados sanitarios, lo que resultaría en un descenso del número de años vividos con discapacidad.
- 2. La teoría de la expansión de la morbilidad** (Gruenberg, 1977; Olshansky *et al.*, 1991), que establece que la ganancia en EV significa más años vividos con enfermedades crónicas y discapacidad, pues estima que los problemas se inician a la misma edad, pero se vive más tiempo con ellos debido a las mejoras en las intervenciones sanitarias que pueden prolongar la vida (en este caso, las mejoras sanitarias pueden retrasar la aparición de la discapacidad, pero esas personas viven más tiempo, lo que conduce, en definitiva, a una expansión del tiempo vivido con problemas).
- 3. La hipótesis del equilibrio dinámico** (Manton, 1982), que establece que una mayor longevidad conlleva también un incremento del tiempo con discapacidad, pero se reduce el tiempo vivido con discapacidad severa, gracias a las intervenciones médicas y a los cambios en los estilos de vida, que reducen el impacto de las enfermedades crónicas sobre la discapacidad.

Si bien estas tendencias, hacia la compresión, la expansión o el equilibrio, pueden sucederse en el tiempo o coexistir en distintos ámbitos espaciales, los datos existentes en el Estado español (Puga *et al.*, 2014) apuntan a un aumento de los años de vida libres de discapacidad en los últimos lustros. Se registra un retroceso en los últimos años (aumento de los años de vida con discapacidad), debido fundamentalmente a la crisis económica y con diferencias

interterritoriales, un patrón geográfico norte-sur con mayor EV libre de discapacidad concentrada en el Norte del Estado respecto del Sur, excepto Andalucía, que mantiene un patrón similar al del Norte del Estado. Así pues, a la luz de los datos existentes en la actualidad, no es posible obtener una respuesta clara a esta primera pregunta sobre si la morbilidad se comprime o no, y es necesario esperar nuevos datos que permitan, en su caso, dilucidar esta pregunta.

Con respecto a la segunda cuestión, si existen o no mejoras en el funcionamiento de los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento, es decir, si las personas nacidas en cohortes distintas tienen a la misma edad un mejor o peor funcionamiento en distintas áreas, existe cada vez mayor evidencia acumulada de dicha mejora. Aunque existen discrepancias entre distintos trabajos en torno a la cuantificación de dicha mejoría, diferentes autores y estudios sugieren ganancias en distintas áreas de evaluación, siempre a favor de las cohortes nacidas más tarde, en comparación con las cohortes nacidas antes.

Respondiendo conjuntamente a la primera y segunda pregunta que se planteaban en este epígrafe, parece evidente que las mejoras en distintas áreas de funcionamiento de los individuos alcanzan las primeras etapas del envejecimiento, pero existen dudas (Gerstorf *et al.*, 2011; Hülür *et al.*, 2013) sobre las posibilidades de generalización de estas mejoras a edades muy avanzadas, que —como se recogía en el apartado 1.2 del presente trabajo— siguen teniendo importantes necesidades de ayuda.

PODEMOS AFIRMAR QUE CONTAMOS CON EVIDENCIAS CIENTÍFICAS EN ASPECTOS COMO:

1. Aplazamiento del declive físico, cognitivo y funcional (Lindenberger, 2012; Small *et al.*, 2011; Vaupel, 2010; Falk *et al.*, 2014) hacia edades cada vez más mayores, aunque se puede esperar que dicho declive se produzca antes de la muerte del individuo (Christensen *et al.*, 2008).
 2. Más bienestar (Gerstorf *et al.*, 2015).
 3. Menores dificultades (en mujeres) ante el afrontamiento de eventos estresantes (Perrig-Chiello *et al.*, 2015).
 4. Mayor implicación en actividades (Falk *et al.*, 2014) de valor añadido (tiempo libre), lo que deviene en mejores conductas preventivas.
 5. Mantenimiento durante más tiempo de una identidad no relacionada con la edad (Falk *et al.*, 2014).
 6. Mayor satisfacción con los contactos sociales (Falk *et al.*, 2014).
-

1.5. Etapas vitales en el proceso de envejecimiento

El aumento de la EV trae consigo un cambio en la significación de las edades. Comprender y caracterizar cómo viven las personas las distintas circunstancias y condiciones del envejecimiento es básico para poder formular iniciativas que apoyen las diferentes situaciones de necesidad y ayuda.

Una cuestión parece clave: el vivir más conlleva un aumento de la diversificación y fragmentación de las distintas etapas de la vida y la vejez (Broussy, 2013; International Longevity Centre-Brazil, 2015). A la tríada tradicional infancia-adulthood-vejez, se han agregado distintas etapas en el último siglo, niñez-preadolescencia-adolescencia-juventud-adulthood-vejez, y esta última actualmente puede subdividirse al menos en otras tres subetapas, madurez-fragilidad-cuidados, que complejizan y singularizan el ciclo vital.

En términos de envejecimiento, y por definirlo con una única frase, se ha pasado de una concepción homogeneizadora de una única «tercera edad» a tres etapas diferenciadas, distintas y muy personales, de eso que hemos venido en llamar *envejecimiento*. Una primera etapa donde los sujetos se conciben «mayores pero no viejos», una segunda etapa de entrada en la «fragilidad» y una tercera de «pérdida de autonomía» que adquiere distintas

denominaciones en función de la literatura consultada (Yanguas *et al.*, 2008; Prieto *et al.*, 2009; Broussy, 2013; Prieto *et al.*, 2015). Estas tres etapas no son obligatoriamente evolutivas ni conciernen a todos los individuos, y se dan bajo el paraguas de las grandes diferencias interindividuales que acompañan siempre a la vejez.

Resumidamente:

Primera etapa:

La primera etapa está caracterizada por una percepción generalizada de las personas, que se sienten mayores pero no viejas ni ancianas. Si hace no demasiados años la jubilación suponía el comienzo del fin de la vida, para las personas que actualmente se jubilan (entre los 55 y los 65 años), esta etapa es el comienzo de una nueva vida. Algunos todavía son «padres mayores» de «niños pequeños». Es una fase nueva, inexplorada, desconocida, dinámica, activa, llena de posibilidades novedosas, de poder cambiar el proyecto vital, de desbloquear deseos y aspiraciones postpuestas; siempre que la persona pueda hacerlo. Las personas se definen desde la adultez, y siguen desempeñando las actividades y roles que han ejercido a lo largo de su vida. Y lo que dejan atrás no es su vida adulta —su proyecto vital— para pasar a otra etapa; lo que abandonan es su pasado laboral, no su trayectoria vital. No perciben un paso de etapa, como el que años atrás percibían sus

mayores. Su conciencia está más bien anclada en la idea de que su proceso madurativo no ha concluido. No hablan de desvinculación y repliegue, sino de crecimiento y desarrollo. La dificultad reside en imaginar el futuro como un espacio de proyección personal, y la complicación radica a veces en conectar con el propio deseo y comprender qué actividades dan sentido y canalizan el proyecto vital que cada individuo desea desarrollar.

Segunda etapa:

La segunda etapa comienza hipotéticamente cuando la salud empieza a dar los primeros síntomas de desconfianza y se pierde el dinamismo de la fase precedente. Para las personas, esta etapa es un proceso de adaptación constante hacia límites más estrechos, donde la distancia entre los deseos y la realidad es cada vez mayor, donde la persona sufre una suerte de proceso de «fragilización», donde los miedos y temores hacen su aparición. Muchas personas en esta etapa constatan una «lucha sin cuartel» contra la pérdida de identidad, de protagonismo, donde los sentimientos de aislamiento y soledad van ganando espacio a lo largo de este proceso. No existe una edad concreta para ello, pero suelen producirse dos fenómenos:

/ **a.** La inversión de la solidaridad familiar, que pasa «de padres a hijos» a «de hijos a padres». Se cambia el «centro de gravedad de la reciprocidad»: los mayores pasan de ser cuidadores de las generaciones posteriores (hijos, nietos, etc.) a que las generaciones más jóvenes empiecen a «ocuparse» de los padres (no tanto en el sentido de cuidado como de trasposición de roles).

/ **b.** El síndrome de desplazamiento, donde el sujeto va perdiendo su «lugar» en el mundo y en la familia, va dejando de lado roles habituales de la etapa anterior (de adulto), debido a la pérdida de vitalidad y dinamismo derivada del propio proceso de envejecimiento.

Tercera etapa:

En la tercera etapa puede aparecer una potencial pérdida de autonomía y la consiguiente necesidad de cuidados. No es una etapa obligada, y habitualmente se corresponde con personas cada vez más mayores (el riesgo aumenta con la edad). Durante esta etapa, que es un proceso y no un estado (no es estrictamente necesario un declive continuado e imparable, sino que la autonomía se puede perder y reconquistar), el principal desafío, después de la necesidad de cuidados, es combatir la pérdida de contacto con el mundo y con los demás. Dejando a un lado las enfermedades que desintegran al individuo (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer), los déficits que generan dependencia limitan y empobrecen las relaciones interpersonales, sometidas a una «lógica de atención a la dependencia» que corre el riesgo de ignorar la biografía del individuo, su identidad personal y su proyecto vital. Es la etapa de los cuidados, de la interdependencia, de poner en marcha mecanismos y modelos de atención que aseguren una calidad de vida digna, el mayor bienestar posible, partiendo del respeto pleno a la dignidad y los derechos de la persona, a sus intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva.

El último documento de consenso que revisa el paradigma del envejecimiento activo, que lleva por título *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution* (International Longevity Centre-Brazil, 2015), hace énfasis en cuestiones similares a las expresadas en este epígrafe, aunque de forma más general. Parte de una idea central, que es la necesidad de abandonar las nociones que actualmente tenemos sobre la jubilación y el envejecimiento, proponiendo un abordaje más flexible, menos rígido y estructurado. El documento expone la irrupción de una nueva etapa dentro del envejecimiento, que denomina *gerontolescencia* —equiparable, en términos generales, a la primera fase antes propuesta—, caracterizada por unos años vividos en plenitud desde la sexta década en adelante; y enfatiza, igualmente, la resiliencia y la adaptación de las personas mayores. Además, este documento, con respecto al publicado por la OMS en 2002, incluye el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto pilar del envejecimiento activo (los otros tres son la salud, la participación y la seguridad).

Resumidamente, existe un consenso general en el que el aumento de la EV trae consigo la irrupción de distintas etapas de lo que se entiende por vejez. Una primera etapa plena de vitalidad, donde el individuo sigue buscando la máxima expresión de su desarrollo madurativo; una segunda marcada por el inicio de las situaciones de fragilidad, y una tercera —no obligatoria— definida por una posible necesidad de cuidados. Esta complejidad de lo que se entiende por vejez requiere:

- 1. Nuevos acercamientos conceptuales**, ya que estamos hablando de casi tres décadas de vida, donde se pasa de una culminación del proceso madurativo (etapa de desarrollo) a la finalización de la vida del individuo. Se trata del mismo tiempo de vida que entre los 30 y los 60 años, o entre los 20 y los 50.
- 2. Nuevas y múltiples intervenciones**, desde la idea de aprendizaje a lo largo de la vida, tanto para poder desarrollar el proyecto personal como para hacer frente a la fragilidad, a la inversión de roles, etc.
- 3. Viene sin «manual de instrucciones»**. No conocemos en profundidad todavía los retos implícitos de cada etapa, y tenemos que generar conocimiento y habilitar recursos en torno a ellos y a la relación entre cada etapa y las generaciones que la preceden y la anteceden.
- 4. Estas realidades han llegado para quedarse**, y la perspectiva es que la inversión en investigación de la salud agrande aún más esta complejidad.

1.6. Los nuevos roles de las personas mayores: inquietudes y necesidades

El aumento de la EV y el cambio en la significación de las etapas analizado anteriormente se entrecruzan con algunos cambios sociales y otras situaciones derivadas de la inversión en salud y vida saludable, que ponen a prueba la capacidad de adaptación de las personas mayores a los cambios, transformando los roles y las situaciones que deben vivir. En otras palabras, las tres etapas descritas en el punto anterior se entrelazan con nuevos cambios con los que interaccionan y de los que surgen otras nuevas realidades, que en este momento apenas podemos intuir, pero que caracterizarán el envejecimiento en el futuro.

Quizá los más importantes sean los cambios sociales que acompañan a esta revolución de la longevidad. De forma resumida y gráfica, Zygmunt Bauman (Bauman, 2007; Bauman, 2009) utiliza la metáfora de una sociedad líquida para definir aquella en la que —economía aparte— se da una cada vez mayor precariedad

de los vínculos humanos y un mayor individualismo. Además, esa «liquidez» define sociedades marcadas por un carácter transitorio y volátil de sus relaciones; sociedades que, además, viven en un tiempo sin las certezas de épocas anteriores. Las actuales generaciones de personas mayores, con independencia de la etapa en la que se encuentren, deben afrontar nuevos escenarios no esperados en una sociedad que se mueve dentro de unos parámetros que provocan inseguridades no previstas, y para las que se les hace complicado elaborar una respuesta. Estas situaciones abarcan muy distintos niveles de una sociedad en cambio, marcada en muchos casos por la precariedad económica propia o familiar, cambios en las relaciones de los hijos e intergeneracionales, cambios en el estado del bienestar y en sus prestaciones sociales, cambios en el empleo, globalización, urbanización, nuevas migraciones, desigualdades sociales... y un largo etcétera.

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

En otras palabras, al propio envejecimiento y al cambio en dicho proceso se suman y yuxtaponen otras variables de carácter «contextual» (fuera del individuo) que caracterizan su vida cotidiana y la de sus allegados, a las que debe dar una respuesta casi obligada y para las que no se siente preparado. Sería largo caracterizar todas estas posibles situaciones, pero basten algunos ejemplos para desentrañar los nuevos roles y situaciones subyacentes:

- 1.** Hace escasas décadas, para cuando las personas llegaban a la edad legal de jubilación, la generación que las precedía había fallecido y la que las sucedía funcionaba de forma autónoma y estaba instalada en la fase adulta. Hoy, en cambio, muchos mayores de 60 años viven y sienten otra realidad si, como resulta frecuente, sus padres todavía están vivos y tienen hijos a su cargo.
- 2.** Cada vez es más común encontrar mujeres entre la séptima y octava década de su vida que vuelven a tener a sus hijos y nietos en su casa (por motivo de separaciones, divorcios o crisis económica), que vuelven a ser «amas de casa» en el sentido tradicional, cuando ya llevaban décadas sin ejercer ese rol, cuando sus capacidades son cada vez menores y tienen que dar un súbito vuelco a su proyecto de vida para adaptarse a las nuevas situaciones.
- 3.** Existen hombres y mujeres que, al final de la sexta década de su vida y principios de la séptima, buscan completar su pensión, que sigue siendo, a corto plazo y quizás a largo, el sustento de su familia, cuando su proyecto vital y sus capacidades marcaban otros derroteros, una realidad para la que se deben formar.

¿Sienten ya las personas que envejecen esta situación de cambio y adquisición de nuevos roles?

No existe excesiva evidencia sobre la percepción de la realización de nuevos roles. Los únicos datos disponibles proceden de una encuesta elaborada por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la Universidad Autónoma de Barcelona para la Fundación Bancaria "la Caixa" dentro del proyecto *Siempre acompañados*, sobre una muestra de 1.219 casos de Terrassa, Tortosa y Girona. Cuando se pregunta a personas mayores y no mayores si creen que están desempeñando nuevos roles, de dicho cuestionario se deriva: a) que el 79 % de la muestra de personas mayores creen que realizan nuevos roles y que los hacen de forma habitual, y solo el 8 % niegan la realización de actividades distintas a las de sus predecesores; y b) independientemente de la edad, el 79 % de los encuestados opinan que las personas mayores realizan nuevos roles. Así pues, parece existir una opinión mayoritaria sobre el hecho de que las personas se van a ver abocadas a sincronizar sus roles con realidades nuevas que las interpelan.

Estos cambios sociales, analizados en clave «personal» en los párrafos anteriores, provocan a nivel «general» que las personas mayores, instaladas en las distintas etapas del envejecimiento, deban desempeñar roles que no se ajustan ni conectan con lo que esperan de esa etapa de la vida, y que a veces perciban que, además, están lejos de sus capacidades. Dinámicas

estables anteriores, como la de «formación-trabajo-jubilación», se están rompiendo; los roles de género tradicionales son cada vez menos evidentes; la jubilación se hace más «borrosa», pues convivirá con empleos a tiempo parcial; distintas generaciones de menos miembros convivirán simultáneamente y ocuparán los mismos espacios, lo que supone un mayor «roce» intergeneracional; personas mayores competirán con jóvenes por empleos, y un largo etcétera de nuevas situaciones que transformarán nuestra sociedad y lo que ahora entendemos por vejez. Las últimas etapas del ciclo vital se flexibilizan y se vuelven más complejas. La necesidad de adaptación será mayor, y el aprendizaje a lo largo de la vida, una herramienta imprescindible para un futuro «líquido», cada vez más incierto y cambiante, menos previsible, como metaforizaba Bauman.

2

Hacia un nuevo marco de comprensión

de las personas a lo largo del proceso de envejecimiento



2.1. Tendencias en planificación gerontológica

2.1.1. Del impacto socioeconómico del envejecimiento a la construcción de una sociedad de los cuidados

La descripción realizada hasta aquí ofrece una fotografía, por un lado, de la impactante transición demográfica y sus correspondientes consecuencias sociales y económicas en las que estamos sumidos la mayor parte de los países desarrollados, y por otro, de las consecuencias de estos cambios en el propio proceso de envejecimiento y en su vivencia. Todos los países desarrollados, en mayor o menor medida, están intentando reaccionar ante una nueva estructura de las sociedades modernas que exige respuestas distintas y adecuadas a las características de la ciudadanía que las integra.

Se impone, por lo tanto, **una reformulación del actual modelo de gobernanza** que incorpore el envejecimiento con carácter transversal en todas sus políticas sectoriales: la construcción de sus espacios públicos, barrios, ciudades y pueblos, los servicios sanitarios y sociales, los transportes, el sistema educativo y el sistema de producción deben adaptarse a una sociedad que envejece hasta

límites no previstos y que reclama su integración y participación plena en la vida social y comunitaria. En definitiva, debemos realizar un esfuerzo social de gran magnitud, desde todos los sectores afectados, públicos y privados, para conseguir un cambio integral en el que el grupo de población que envejece ocupe el lugar que le corresponde, no solo por su importancia en número, sino también por el papel que ya desempeña en la construcción de una sociedad moderna, desarrollada, que genera riqueza desde el envejecimiento y que sedimenta valores imprescindibles para las personas que la componen.

Desde esta perspectiva, se vislumbra que la longevidad de los países desarrollados, y en consecuencia de España, no solo se asociará a un problemático incremento del gasto público, sino también a un importante desarrollo económico al servicio de las necesidades y preferencias de sus ciudadanos más mayores. En definitiva, representa un fuerte potencial de empleo en servicios personales y de proximidad, así como del sector industrial y tecnológico. Desde la perspectiva del consumo, se vislumbra una importante oportunidad generada por el grupo de personas en proceso de envejecimiento en distintos ámbitos —diseño y moda,

productos de cosmética, turismo, ocio, educación, espacios saludables para practicar ejercicio, etc.—, que afectaría a la mayor parte de los sectores de producción. Todo ello, sin olvidar, en ningún caso, el impacto socioeconómico derivado de la creciente necesidad de provisión de cuidados desde una amplia perspectiva multidimensional.

Es necesario, y también justo, difundir este mensaje, aún poco frecuente, que puede ayudar al necesario cambio de percepción de la sociedad en relación con la vejez, asociada con excesiva frecuencia a dependencia, enfermedad o gasto (CIS, 2004). La reflexión sobre un nuevo modelo de gobernanza de nuestra sociedad contribuirá a la difusión de una imagen mucho más positiva y ajustada a la realidad sobre las personas mayores, potenciales consumidoras de este gran mercado «gris» que se está impulsando en todos los países desarrollados, desde la percepción de que el envejecimiento supone un fuerte potencial de desarrollo económico y de empleo que, junto con el creciente papel de las personas mayores en la transferencia de atenciones y cuidados no remunerados, hace posible el mantenimiento de una sociedad del bienestar.

En Europa, Estados Unidos y Australia proliferan iniciativas innovadoras lideradas desde las propias personas mayores, que reivindican su capacidad de decisión sobre sus vidas y que hacen visible su imprescindible aportación a la sociedad que han ido construyendo a lo largo de muchas décadas. Organizaciones de personas mayores

como la American Association of Retired Persons (AARP), que reúne a 40 millones de socios mayores de 50 años bajo el lema «**Servir, no ser servido**», constituyen auténticos *lobbies* con capacidad de influencia en buena parte de las decisiones políticas de su país. Este modelo asociativo prolifera actualmente en muchos países europeos.

Por otra parte, la planificación gerontológica de los distintos países y territorios intenta afrontar el paradigma de la denominada *revolución de la edad* al menos desde dos perspectivas:

1. Las iniciativas de algunos países que incorporan el **envejecimiento como elemento transversal** en la vida social y en la toma de decisiones políticas. Francia constituye el paradigma de este posicionamiento. El 17 de julio de 2014 aprobó la Ley de adaptación de la sociedad al envejecimiento (Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement), que conceptualmente supone un giro copernicano al enfoque de la «edad», que hasta ahora entendía al colectivo de mayores desde las políticas sociales como un grupo de población que necesita «integrarse» en la sociedad. Desde esta innovadora perspectiva francesa, es la sociedad en su conjunto la que se plantea introducir cambios en sus estructuras para adaptarse a la transición demográfica. El enfoque positivo de una sociedad envejecida, está presidido por el papel de la *silver économie*, que afirma que la primera fuente de empleo no deslocalizado en Francia para los próximos años será el envejecimiento.

Pero no se queda ahí. Esta ley recorre el itinerario del envejecimiento hasta el final de la vida, afrontando todos los temas, tanto de carácter conceptual como de aplicación práctica, que hoy preocupan a responsables políticos, planificadores y mundo académico: fragilidad, dependencia, permanencia en el domicilio, cuidados y cuidadores, y final de vida. Todos estos aspectos se insertan en un marco conceptual que promueve la cultura de la autonomía y la sociedad de los cuidados.

2.

El **abordaje sectorial o especializado** más tradicional para dar respuesta a las necesidades de este amplio y diverso grupo de población, muy utilizado en países anglosajones y en Canadá. Generalmente, este planteamiento se estructura en tres grandes bloques:

a. Planes de envejecimiento activo que surgen con fuerza a raíz de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) y de la difusión del documento *Envejecimiento activo. Un marco político*, que se convirtió rápidamente en un auténtico paradigma sobre el tema y que ha sido revisado y difundido muy recientemente (International Longevity Centre Brazil, 2015). En ocasiones, este tipo de planificaciones han servido para sistematizar e integrar las actividades ofrecidas desde distintas entidades públicas y privadas a personas en proceso de envejecimiento, independientes, activas y deseosas de realizar acciones focalizadas en:

» El mantenimiento de la independencia y la prevención de la enfermedad: ejercicio físico, entrenamiento cognitivo.

» El uso satisfactorio del tiempo libre centrado sobre todo en viajes y en las actividades derivadas de los mismos.

» El aprendizaje de nuevas competencias y áreas de conocimiento no exploradas hasta ese momento. Las aulas y universidades de mayores, en sus distintas modalidades, juegan un relevante papel en este aspecto.

» Mención aparte merece el acercamiento al mundo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) —utilización de ordenadores, Internet, dispositivos móviles, etc.—, que ha contribuido a disminuir la brecha tecnológica de forma significativa, como se ha podido observar en los gráficos 13 y 14. Se ha abierto así todo un mundo lleno de oportunidades para las personas mayores a través de las TIC. La Obra Social “la Caixa” ha desempeñado un importante papel en este proceso.

» La participación en la vida social y comunitaria, bien a través de las asociaciones y organizaciones de mayores o de su incorporación en organizaciones de voluntariado, vecinales, confesionales, partidos políticos, etc. Sin entrar en un análisis en profundidad del fenómeno, parece ser que sus resultados son todavía limitados.

b. Planificaciones de carácter sociosanitario destinadas a dar respuesta a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, y muy enfocadas a la organización y gestión de los sistemas sanitarios y sociales de cuidados de larga duración. En la mayor parte de los casos, estas planificaciones giran en torno al cumplimiento del deseo

de las personas que necesitan ayuda para permanecer en su domicilio, aspiración que hasta el momento no ha logrado obtener respuestas satisfactorias a través de la coordinación, integración y diversificación de atenciones y servicios.

- Planificaciones destinadas a personas con demencias, especialmente el alzhéimer, que ocupan un lugar primordial en la generación de planes y estrategias en todos los países desarrollados. El enfoque multidimensional, integrador y sociosanitario, así como el desarrollo de propuestas desde el principio de la complementariedad en los cuidados, presiden este tipo de iniciativas. El mundo asociativo liderado por los familiares de las personas con demencia está jugando un papel muy relevante en la visibilidad de estas enfermedades y en la exigencia de respuestas desde los poderes públicos y otras iniciativas de carácter privado.

Por último, y desde una perspectiva más transversal e integradora, en la actualidad proliferan otro tipo de planificaciones centradas sobre todo en el concepto de *housing*, a partir de la constatación de la gran importancia que tiene mantener a las personas en su domicilio habitual cuando necesitan ayuda. Este tema adquiere una perspectiva transversal y preventiva con la promoción de la toma de decisiones sobre la vivienda y el entorno cercano antes de que aparezca la situación de dependencia. Existen varias iniciativas en esta línea de trabajo, entre ellas las realizadas en

el Reino Unido y, especialmente, en el mundo anglosajón:

- / *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. West Yorkshire: Communities and Local Government Publications, 2008.
- / *Providing Housing Support for Older and Vulnerable People*¹, Reino Unido.

2.1.2. Identificación de prioridades para la intervención con personas que envejecen desde la iniciativa social sin ánimo de lucro

A partir de esta sumaria revisión de las grandes tendencias que presiden la planificación gerontológica, nos adentramos ahora en el objeto central de esta aportación.

Partimos de la asunción de una evolución observada en los últimos años en la concepción de los sistemas de protección social y, en general, en la distribución de responsabilidades que dan respuesta a las necesidades de las personas mayores. De forma sintética, constatamos que los modelos benéfico-asistenciales que imperaron hasta finales de la década de los años ochenta en España dieron paso a un sistema público de servicios sociales y, mucho más tarde, a la configuración de un derecho subjetivo pleno, recogido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Partiendo, así, de una asunción

*<https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-housing-for-older-and-vulnerable-people/2010-to-2015-government-policy-housing-for-older-and-vulnerable-people>

cuasi plena por parte de los sistemas públicos de las necesidades básicas de las personas que necesitan ayuda, en el ámbito privado proliferan programas y servicios que complementan las prestaciones básicas garantizadas por ley, sin las cuales sería prácticamente inviable la existencia de un modelo de atención de carácter integral como el que tenemos, aún insuficiente. La iniciativa social con y sin ánimo de lucro, a través de obras sociales, acciones de responsabilidad social, iniciativas de carácter voluntario, asociaciones y una oferta cada vez mayor de programas y servicios privados con ánimo de lucro, configuran un mapa de iniciativas que van más allá de la atención estricta a la dependencia. Se ofrecen así múltiples posibilidades a lo largo de todo el itinerario del envejecimiento, con carácter complementario de nuestro sistema público y, muy especialmente, de la cobertura de necesidades desde el apoyo familiar, paradójicamente denominado *informal*.

En definitiva, el impresionante aumento de la esperanza de vida, que está construyendo sociedades muy longevas con altas expectativas de bienestar, nos conduce —parece ser que sin vuelta atrás— a la necesidad de desarrollar un **modelo**

colaborativo y corresponsable

si queremos mantener y mejorar el bienestar de las sociedades modernas. El papel de la iniciativa social sin ánimo de lucro en este escenario es indispensable. Mucho más, después de la profunda crisis socioeconómica que estamos viviendo, que ha reducido la capacidad adquisitiva de gran parte de la población, por lo que determinados apoyos que hace unos años —y con mucho esfuerzo familiar— se adquirirían en el mercado privado o eran asumidos por los servicios públicos, en la actualidad solo son accesibles para miles de ciudadanos desde la iniciativa social, que afronta ahora necesidades perentorias derivadas de las situaciones de dependencia.

Desde esta nueva realidad observada, ¿cuáles son los temas prioritarios que la Obra Social “la Caixa” debe asumir para ofrecer respuestas a necesidades sociales no cubiertas en materia de envejecimiento?

La Obra Social “la Caixa” hace ya dieciocho años que puso en marcha las CiberCaixa, en las que se impulsa el papel activo de las personas mayores y se estimula su participación en la sociedad. Las iniciativas para acercar las TIC a las personas mayores, tanto en los EspacioCaixa como en

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

un importante número de centros gerontológicos públicos distribuidos por todo el territorio español, han desempeñado un indiscutible papel en la disminución de la gran brecha digital que aún separa a las personas mayores del resto de la sociedad. De hecho, más de 75.000 personas se benefician anualmente de este tipo de iniciativas. Asimismo, en este periodo se ha dado un fuerte impulso a un conjunto de acciones en el ámbito de la promoción del envejecimiento activo cuyos efectos no pasan desapercibidos ante la observación de los importantes cambios que ha experimentado este grupo de población. Estas iniciativas deben ser siempre valoradas—como no podría ser de otra forma— como una aportación complementaria de otras procedentes sobre todo del sector público, aunque también de la iniciativa social con y sin ánimo de lucro. Esta función inclusiva va mucho más allá de la integración de las tecnologías en la vida cotidiana de las personas que envejecen, ya que promueve la «normalización» de este grupo de población y su participación en la vida social y comunitaria en condiciones de igualdad.

La mera observación de la evolución de las personas que envejecen con respecto a su nivel de instrucción (gráficos 11 y 12) y al acceso a Internet (gráfico 14) nos obliga a valorar el grado de prioridad que este tipo de intervenciones tiene actualmente, cuando las generaciones que hoy se incorporan a la vejez presentan un perfil socioeducativo muy distinto. Si bien es necesario mantener las acciones programadas, que siguen cumpliendo una función de gran

utilidad social en determinados ámbitos, parece obligado reflexionar a la luz de las necesidades observadas en este grupo de población en otro momento de su itinerario vital. Nos estamos refiriendo a las personas en situación de fragilidad y de necesidad de cuidados.

En consecuencia, se identifican a continuación un conjunto de iniciativas y acciones que deberían ser abordadas en colaboración con el sector público y para complementarlo:

1. Ayuda al desarrollo madurativo de las personas y búsqueda de una sociedad más solidaria

Cooperar en el desarrollo personal de las personas que se jubilan, y ante las cuales se abre una gran perspectiva temporal que deben llenar con actividades con sentido y significado, representa una nueva vía de intervención con personas que constituyen un grupo social nuevo en constante crecimiento en los próximos años (hijos del *baby boom*). Es en torno a esas personas maduras, que tienen la oportunidad —y el reto— de emprender una nueva vida sin las obligaciones laborales del pasado, donde se da la oportunidad de impulsar una vejez con mayor calidad de vida y bienestar, que promueva un afrontamiento distinto de todo este ciclo vital y que favorezca una sociedad más justa y solidaria, a través de su implicación en actividades de valor añadido para ellas mismas y para la sociedad en general. El cambio de valores está en la implicación de estos ciudadanos en el devenir de la

sociedad, cientos de miles de personas con salud y vitalidad que reclaman nuevos retos y oportunidades, y que constituyen una vía clave para una sociedad socialmente innovadora.

Para ello, es necesario impulsar una comprensión e intervención distintas sobre esta primera etapa del envejecimiento, que debe ser abordada desde paradigmas de desarrollo y no de prevención de las pérdidas, como hace habitualmente la gerontología. Se hace ineludible partir de necesidades psicológicas que activan comportamientos como son la autonomía, la competencia, el crecimiento y el desarrollo personal, para dar respuesta a la necesidad natural de comprometer intereses, poner en práctica habilidades y superar retos. Es necesario dar respuesta a la exigencia básica de estas personas de ser los dueños y controlar su propio destino, de ser libres para iniciar comportamientos, de ser capaces de tomar decisiones y que estas decisiones determinen las acciones, de ser agentes causantes de lo que les sucede. Y, pivotando sobre ello, iniciar acciones de transformación e innovación social.

2. Prevención de la fragilidad y la dependencia desde iniciativas multidisciplinares de anticipación

Anticipar la pérdida de autonomía y la aparición de situaciones de fragilidad está convirtiéndose en la primera prioridad de las políticas de envejecimiento, que intentan instaurar una «cultura de la autonomía» a lo largo de toda la vida y concienciar a la ciudadanía de que la prevención es

«un asunto de todos» (Broussy, 2013).

Existe amplia evidencia científica sobre la influencia de los modos de vida, los determinantes sociales y psicológicos de la salud (OMS, 2002), las oportunidades de acceso a la información y un amplio conjunto de factores que van a predecir, en gran manera, la calidad de vida durante la vejez y el mantenimiento de la autonomía de las personas. Anticipar problemas que pueden aparecer en la vejez más avanzada, asociados a la dependencia y a las enfermedades crónicas, es una prioridad indiscutible, mucho más teniendo en cuenta que el conocimiento generado sobre estas materias lo ha hecho accesible a la población. Pero, además, el acceso a la información, así como el acompañamiento y la orientación que faciliten hábitos y conductas adecuadas y promuevan la toma de decisiones sobre el futuro de las personas que envejecen, son cuestiones de igualdad de oportunidades y equidad.

La variedad de ámbitos de actuación que fundamentan esta tendencia en la intervención futura es muy amplia, desde los relacionados con la orientación y el consejo para la toma de decisiones que afectan a la vejez presente o futura, hasta el amplísimo mundo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin olvidar aspectos muy importantes como los relacionados con la vivienda, el desarrollo de relaciones sociales, la ocupación del tiempo libre, la participación social o el aprendizaje a lo largo de la vida, asumido ahora como uno de los cuatro pilares del envejecimiento activo (International

Longevity Centre Brazil, 2015). Aprender a envejecer, gestionar las pérdidas, anticipar y evitar riesgos o preservar la estabilidad emocional son aprendizajes imprescindibles en el proceso de envejecimiento que abren oportunidades para mantener la autonomía personal, tan valorada con el paso del tiempo. Con este enfoque, el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida, entendido hasta hace poco como las acciones formativas en torno a la primera etapa del envejecimiento, evidencia la importancia de diseñar otro tipo de intervenciones y materiales didácticos que ayuden a conocer las consecuencias derivadas de no tomar decisiones en el momento adecuado sobre hábitos, conductas, propiedades, vivienda, etc. Permanecer en el domicilio habitual en la vejez más avanzada dependerá en gran parte de la oportunidad de haber planificado la vida anteriormente.

3. **Afrontar la soledad**

A pesar de que los países mediterráneos registran un número de hogares unipersonales mucho menor que el del resto del centro y norte de Europa (gráfico 10), la soledad como forma de vida aumenta cada día entre

las personas mayores. Como se ha comentado, el primer avance de la *Encuesta Continua de Hogares* del INE informa de que 1.853.700 personas mayores viven solas, de las cuales el 70 % (1.074.800) son mujeres. Si bien este es un dato que puede ser interpretado desde planteamientos positivos, como indicador de competencia e independencia de las personas mayores, y sin duda así es, un análisis más pormenorizado de esta situación pone de manifiesto que estamos ante una realidad social creciente que necesita una atención especial. Y es que 365.480 personas mayores de 85 años viven solas, y es en esa época de la vida, en la vejez más avanzada, cuando el impacto de los indicadores de riesgo se multiplica. Aunque todavía no contamos con datos más precisos, sabemos que un número importante de estas personas muy mayores, mujeres en su mayoría, necesitan ayuda para su movilidad y la realización de tareas domésticas (78,12 %), así como para su cuidado personal (72,3 %) (gráficos 5-7).

Si a estas situaciones se suman otras relacionadas con la accesibilidad de la vivienda y el entorno o con bajos niveles de ingresos, como es el caso de la mayoría de las viudas, aflora

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

con fuerza uno de los problemas más acuciantes que genera la vejez cuando se le unen la soledad y la pobreza: el aislamiento físico y emocional y, en consecuencia, un riesgo sociosanitario elevado para esas personas.

En este sentido, es importante diferenciar estos dos conceptos, usados indistintamente con frecuencia (Cattan *et al.*, 2005):

/ **Soledad:** Concepto circunscrito al aislamiento emocional. Sentimiento subjetivo desagradable de ausencia o pérdida de relaciones.

/ **Aislamiento social:** Situación objetiva de ausencia o escasez de contactos entre la persona mayor y su red cercana.

Algunos países han afrontado la soledad de las personas mayores como un asunto de estado. Sirva de ejemplo el proyecto **MONALISA** (Mobilisation Nationale contre l'Isolément Social des Âgés), promovido por el Gobierno francés en 2012 y que reúne a la sociedad civil, organizaciones de voluntariado, asociaciones de mayores y cuidadores, sindicatos, etc. en torno a una importante movilización en todo el país con el objeto de generar redes sociales de acompañamiento de estas personas mayores, especialmente rondando los 75 años, que viven en situación de aislamiento social.

Esta preocupación creciente ante el irreversible aumento de la soledad entre personas muy mayores está generando múltiples investigaciones tanto sobre sus efectos especialmente en la salud mental, como sobre la eficacia de distintos tipos de

intervenciones (Losada *et al.*, 2012; Cattan *et al.*, 2005; Cohen-Mansfield y Rotem, 2013).

Aunque en España existen iniciativas de acompañamiento ante situaciones de soledad no deseada (Federación Amigos de los Mayores, Cruz Roja, etc.), las dimensiones y la importancia creciente de este tema imponen un esfuerzo que recaerá en gran medida en la iniciativa social, dado que los poderes públicos deben hacer frente por imperativo legal a las situaciones de dependencia y a las múltiples necesidades de recursos y servicios que estas generan.

La observación de la evolución de las situaciones de soledad entre la ciudadanía, que en la actualidad afecta a más de 4,5 millones de personas en España, nos conduce a proponer dos tipos de intervenciones:

/ **Acompañamiento de personas mayores que se sienten solas.** De carácter afectivo, personalizado, que intente dar respuesta a las preferencias y deseos de estas personas. La tendencia actual se inclina cada vez más por acompañamientos que promuevan la creación de red con otras personas del entorno cercano, a ser posible en el propio barrio, facilitando así la generación de relaciones más estables y la autonomía de estas personas. Todo ello, sin olvidar que existen muchos casos en que se sigue prefiriendo un acompañamiento en el domicilio, por causas variadas, especialmente en situaciones de dependencia. No podemos olvidar, en este apartado dedicado al acompañamiento, las necesidades de personas, en general dependientes y muy ma-

yores, que viven en instituciones, así como las de aquellas otras que se encuentran en el final de la vida.

/ **Adquisición de habilidades y competencias para sentirse bien en soledad.**

El incremento de hogares unipersonales a lo largo de todo el ciclo vital, sin entrar en otro tipo de análisis, favorece la «normalización» de esta forma de vida, por lo que es esperable que, cuando las personas de generaciones más jóvenes lleguen a la vejez, se dé con menor frecuencia esa percepción de cierto abandono cargada de dramatismo y consecuencias negativas. Este fenómeno se produce con especial intensidad en los países mediterráneos.

No obstante, parece necesario un posicionamiento proactivo que ofrezca iniciativas didácticas y relacionales para poder disfrutar de la soledad y afrontarla con mayores competencias de las que actualmente tienen las personas muy mayores. Una vez más, este es un grupo de población que ha carecido de opciones para anticipar este tipo de situaciones, ya que la expectativa individual y social ha sido siempre la del acompañamiento y la atención en el entorno familiar. Todo un campo de intervención individual y colectiva por explorar.

4.

Cuidados y personas cuidadoras

La mayor parte de las necesidades de las personas mayores que necesitan ayuda son cubiertas en el ámbito doméstico, en la intimidad, mayoritariamente por parte de hijas y esposas, pero también de otros miembros de la familia y entorno cercano. Es por ello por lo que las dimensiones del denominado *cuidado informal* son impactantes desde cualquier prisma de análisis.

El Instituto de Estudios Fiscales difundía en 2011 un estudio de la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (INE, 2008) que cuantificaba en 4.600 millones las horas de cuidado familiar prestadas en el año 2008. La traducción monetaria de esta ingente cantidad de horas nos lleva a cifras que serían equivalentes a entre un 3,24 % y un 5,37 % del PIB del mismo año, en función de los escenarios de costes y horas utilizados, con importantes diferencias interautonómicas (Oliva et al., 2011).

La progresiva incorporación de las mujeres en el mundo del trabajo no ha supuesto una disminución clara de sus actividades cuidadoras en el ámbito doméstico (IMSERSO, 1994; Ioé y Rodríguez, 1995). Sin embargo, contamos con información detallada sobre el impacto de la carga que supone el cuidado en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras (Rogero, 2011; Fast et al., 1999), así como de su repercusión en los costes de las enfermedades crónicas (Wimo, 2002; Oliva i Osuna, 2009). El trabajo *Los costes invisibles de la*

enfermedad (2002), de la profesora Durán, ha sido un referente para muchos análisis posteriores.

Quizás el avance más importante observado en los últimos años en relación con los cuidados radique en el reconocimiento unánime de la necesidad de un abordaje complementario para hacer frente a esta situación. Las dimensiones y la intensidad de los cuidados que requieren hoy en día las personas en situación de dependencia son inabarcables si no se cuenta con la colaboración de los servicios profesionales, sanitarios y sociales; la iniciativa social sin ánimo de lucro para asumir tareas de acompañamiento, y las familias. Cabe destacar, además, el importante papel que está desempeñando el conocido como *ejército de protección social invisible*, constituido hasta hace poco por las hijas, actualmente acompañadas por cientos de miles de empleadas del hogar, inmigrantes en su mayoría, que hacen posible el mantenimiento de estas personas en su domicilio y la compatibilización de la vida laboral y doméstica de las mujeres.

Intensidad e incremento considerable de las horas y años de cuidados, así como complejidad de estas atenciones, resumen una situación difícilmente sostenible si no se cuenta con la colaboración y corresponsabilidad de toda la sociedad para afrontarla (Tobío *et al.*, 2010). Todos los países desarrollados están dedicando esfuerzos para identificar intervenciones que puedan minimizar las consecuencias de los cuidados tanto personales como sociales.

Por ello este ámbito se considera prioritario, en nuestro caso en su faceta de acompañamiento y apoyo a las personas cuidadoras:

- / Dotándolas de habilidades para la realización de las tareas requeridas.
- / Ofreciéndoles apoyo emocional y estrategias de afrontamiento y manejo de situaciones complejas.
- / Mejorando sus habilidades de comunicación desde la certeza de que la dependencia y los cuidados suponen un asunto constituido al menos por dos partes: personas cuidadoras y personas cuidadas. Y que la comunicación, el consenso y la comprensión deben estar presentes en todo el proceso.
- / Facilitando la coordinación y gestión de los cuidados, incluidos los tiempos de descanso imprescindibles para la persona cuidadora.

5. **El modelo de atención:** **personalización y buen trato**

La necesidad de definir un marco conceptual consensuado y de avanzar en la introducción de cambios sustanciales y significativos en el modelo de atención a las personas mayores que necesitan apoyo es un reto evidente, puesto de manifiesto reiteradamente desde ámbitos profesionales, personas mayores, entornos académicos y científicos, ciudadanía, etc. Es un camino relativamente reciente que está generando un movimiento importante de cuestionamiento del modelo más tradicional de atención, bastante profesionalizado y muy centrado en las tareas a realizar y en la garantía de la seguridad de

las personas y de los profesionales (Díaz-Veiga y Sancho, 2012). Era necesario recorrer este itinerario y avanzar en la profesionalización, especialmente para poder adentrarse ahora en un modelo de atención con una profunda base ética en el que las personas, sus derechos, sus preferencias y su bienestar ocupan el centro de todo este planteamiento. Dignidad y promoción de la autonomía constituyen sus principios fundamentales.

La experiencia de otros países que llevan décadas avanzando en esta línea de trabajo evidencia que la atención centrada en la persona supone un cambio cultural profundo que exige formación y acompañamiento continuo, desaprender determinadas conductas y ejercitar otras que desplazan la atención de la tarea y la centran en la persona. Exige cambiar los roles profesionales, aprender a trabajar en equipo para tomar decisiones sólidas y compartidas, y asumir riesgos controlados. Exige, en definitiva, revisar cada una de nuestras conductas cotidianas para reenfoclarlas hacia el bienestar y la autonomía de esas personas que, en muchas ocasiones, hace tiempo que han perdido su capacidad de decidir

(Martínez, 2010). Se requiere, por lo tanto, un esfuerzo continuo para erradicar conductas instauradas desde hace años que, sin ser constitutivas de malos tratos, son francamente mejorables y minimizan, cuando no anulan, a las personas que, por su fragilidad, no tienen posibilidades de manifestar sus deseos, o de quejarse.

Y es que uno de los pilares de este cambio reside en identificar las mejores formas de instaurar una cultura del buen trato, erradicando así una auténtica lacra social, los malos tratos, demasiado ocultos en la vejez, pero con una incidencia intolerable (Tabueña, 2009).

Aunque la problemática relacionada con los malos tratos hacia las personas mayores está ganando cada vez mayor visibilidad, hasta hace muy poco tiempo la investigación sobre violencia se centraba exclusivamente en el maltrato infantil y, posteriormente, en la violencia de género contra las mujeres, dejando a un lado los malos tratos a los mayores, que ha sido la última tipología por la que se han preocupado los investigadores. Las razones de este proceso son seguramente múltiples, pero una de

Xxxdestacat Los temas relativos a los cuidados deben ser contemplados como una cuestión social que únicamente puede afrontarse desde la responsabilidad compartida, la solidaridad y el buen trato.

ellas, relacionada con el valor social de la vejez y los estereotipos que se asignan a esta etapa de la vida, sin duda preside la causalidad de esta falta de interés ante situaciones claramente dramáticas. Por ello sigue siendo prioritaria la incorporación, tanto en las planificaciones como en la formación de los profesionales, del tema de los **estereotipos** que reproducimos cada día en nuestra conducta (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2014).

Estamos todavía ante una percepción distorsionada de la realidad de este grupo de población, en virtud de identificarlo erróneamente con la enfermedad, la dependencia, la fragilidad, las carencias y, en consecuencia, la carga social. Estas representaciones sociales generan una clara infravaloración de la vejez como etapa de la vida que hace posible que nuestra sociedad pueda convivir con un grado de tolerancia que resultaría inadmisibles ante situaciones similares acaecidas a cualquier otro grupo de población. La lucha contra este tipo de situaciones pasa por un itinerario ya conocido, pero no suficientemente implantado: conocer para actuar, sensibilizar, formar e intervenir de la forma más eficaz (OMS, 2002).

La iniciativa social, una vez más, juega un papel imprescindible en todas las fases del camino marcado, con especial incidencia en la sensibilización, formación y difusión de buenas prácticas (Pérez Rojo *et al.*, 2011). Todo ello, con carácter complementario a las competencias y obligaciones asignadas a los poderes públicos.

2.2. El Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”: de los homenajes a la vejez a una nueva mirada a las personas mayores en el siglo XXI

Principios y valores del Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”

Es en este contexto de cambio que recorre el itinerario del envejecimiento e identifica nuevas prioridades de atención donde se plantea una reformulación de los aspectos troncales que presiden el Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”,

sustentado en un conjunto de principios conceptuales que presiden este proceso y que ofrecen un marco ético para dar respuesta adecuadas a las nuevas necesidades. Dichos principios surgen de la identificación de algunos criterios que actualmente ya han obtenido consenso para dirigir la acción estratégica de esta entidad. Entre ellos, destacamos:

/ El reconocimiento de que la **heterogeneidad** es una característica irrenunciable de las personas de 55

DENTRO DE ESTE MARCO CONCEPTUAL, DESTACAMOS ALGUNOS PRINCIPIOS QUE PRESIDIRÁN LA ACCIÓN DE LA OBRA SOCIAL “LA CAIXA”:

1. Dignidad

Se considera una categoría ética fundamental. De sus distintas acepciones, destacamos la intrínseca relación que mantiene con el respeto y la igualdad en la consideración que merece cualquier persona, y la consiguiente obligación de que sus derechos de ciudadanía sean reconocidos. Constituye la base del «buen trato» y de la lucha contra los estereotipos asociados a la edad, tan implantados en nuestra sociedad. Dignidad tiene que ver con respeto, con la consideración de cada persona como un ser singular con necesidades multidimensionales y una perspectiva propia que debe ser respetada, como un sujeto —independientemente de su condición— con capacidades y derechos.

2. Autonomía

Este concepto, incorporado progresivamente en la intervención gerontológica y convertido ya en paradigma, ocupa hoy un lugar esencial en la elaboración del marco teórico y ético sobre las respuestas a las necesidades de las personas. La autonomía está relacionada con la capacidad de elección, con la libertad y, especialmente, con el derecho a mantener el control sobre la propia vida y sobre el entorno cotidiano. Se ha convertido en un valor social en alza y, como tal, debe estar presente en toda planificación. Su aplicación exige el respeto a la autodeterminación de las personas y al derecho a recibir los apoyos necesarios para tomar decisiones libres y voluntarias. Lleva implícito el reconocimiento de la heterogeneidad de las personas y sus preferencias, y, en consecuencia, la necesidad de diversificar al máximo las opciones que se presentan a las personas que envejecen.

y más años que nos lleva a trabajar de forma individualizada. La tendencia, tan consolidada en la intervención gerontológica, de realizar una oferta homogénea para cientos de miles de personas que han llegado a la vejez desde experiencias e itinerarios distintos parece ser que está en proceso de extinción, aunque todavía requerirá un importante esfuerzo desde todas las instancias implicadas para cambiarla.

/ El **enfoque transversal** en el proceso de envejecimiento. Aunque la investigación gerontológica no cesa de proporcionar evidencia sobre la íntima relación entre las distintas áreas que constituyen la vida del individuo, la forma de abordaje de las cuestiones relativas al envejecimiento adolece de esa visión conectada y sistémica.

Ante una cuestión compleja como es el envejecimiento, en que, además de lo físico, lo cognitivo y lo emocional, inciden el desarrollo de las ciudades, las políticas de vivienda y movilidad, el desarrollo económico y local y un largo etcétera, necesitamos, como ya se ha señalado, un modelo de gobernanza capaz de ofrecer esa mirada aglutinadora que el envejecimiento reclama.

/ Desde estos criterios, se impone un abordaje evolutivo del envejecimiento, siempre presidido por el criterio de **normalización** de este amplio grupo de personas, cada vez más integrado en itinerarios vitales en los que la edad no es un determinante tan significativo como otros: nivel de instrucción, actividad profesional, capacidad adquisitiva, aficiones, preferencias, etc.

3. Participación

La Organización Mundial de la Salud establece este principio como uno de los pilares determinantes del envejecimiento activo, junto con la salud, el aprendizaje a lo largo de la vida y la seguridad. Supone un cambio de enfoque radical con respecto a la concepción tradicional del envejecimiento, asociada a estereotipos de pasividad y ausencia de un papel social identificado. La participación es un derecho, una vez más intrínseco al reconocimiento de las personas como ciudadanos protagonistas de la construcción de la sociedad donde viven.

Implica la necesidad de que la voz de las personas que envejecen sea tenida en cuenta en cualquier proceso de toma de decisiones que les incumba, así como la obligación de integrarlas e incluirlas en las iniciativas en que deseen participar desde la solidaridad y la responsabilidad ciudadana. La participación efectiva tiene que ver, además, con otros principios aquí tratados, como la dignidad y la autonomía.

4. Corresponsabilidad

Solo desde la responsabilidad colectiva e individual compartida, desde la colaboración solidaria que integre los esfuerzos realizados por los distintos departamentos de las administraciones públicas, la iniciativa social con y sin ánimo de lucro, los movimientos de participación comunitaria y el mundo asociativo, podremos ofrecer un respuesta digna y acorde a los deseos y preferencias de las personas. La variedad de sus necesidades, apoyos y atenciones así lo requiere.

Es necesario generar un movimiento ciudadano en el que se impliquen todas las generaciones y los sectores sociales para construir una sociedad del bienestar para todas las edades. La responsabilidad compartida es la única vía para la construcción de un proyecto de vida activa y saludable para toda la ciudadanía.

3

Bibliografía y fuentes



- / Abellán, A. y Sancho, M. (2011). Cap. 1. Tendencias demográficas actuales. A IMSERSO, Libro Blanco del envejecimiento activo.
- / Barrio, E., Mayoral, O. y Sancho, M. (2015). Estudio de las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- / Bauman, Z. (2007). Tiempos líquidos. Barcelona: Tusquets.
- / Bauman, Z. (2009). El arte de la vida. De la vida como obra de arte. Barcelona: Paidós.
- / Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population: France: Année Zero!. Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Informe para Mme. Michèle Delaunay, ministra delegada de Personas Mayores y Autonomía.
- / Caradec, V. (2004). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris: Ed. Nathan.
- / Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, 41-67.
- / CCOO (2014). Para un envejecimiento activo. Observatorio Social de las Personas Mayores.
- / Christensen et al. (2013). Physical and cognitive function of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *The Lancet*.
- / Christensen, K., McGue, M., Petersen, I., Jeune, B. y Vaupel, J. W. (2008). Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *PNAS*, 105(36), 13274-13279.
- / CIS (2004). Estudio 2581. Barómetro noviembre 2004.
- / Cohen-Mansfield, J. y Rotem, P. (2013). Interventions for Alleviating Loneliness Among Older Persons: A Critical Review. *American Journal of Health Promotion*.
- / Díaz-Veiga, P., Sancho, M., Garcia, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragon, G., Buiza, C., Orbegozo, A. y Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [en revisión].
- / Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2012). Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para «vivir como en casa». Informes Portal Mayores. CSIC, 132. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- / Durán, M. A. (2002). Los costes invisibles de la enfermedad. 2.ª ed. Bilbao: Fundación BBVA.
- / European Commission (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). *European Economy*, 3.
- / European Commission (2012). The 2012 Ageing report. EUSTAT: Distribution of population aged 65 and over by type of household (source: EU-SILC). *European Economy*, 2.

- / Falk, H. et al. (2014). Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age Ageing*, 43, 636-641.
- / Fariñas, D., Pujol, R. y Abellán, A. (2014). España, una vida de récord. *Blog Envejecimiento[en-red]*, 3 de diciembre.
- / Fast, J. E., Williamson, D. L. y Keating, N. C. (1999). The Hidden Costs of Informal Elder Care. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3), 301-326.
- / Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2014). Caregivers' stereotypes effects on older adults functioning. Paper Submitted for the ICAP.
- / Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- / Gerstorf, D., Ram, N., Hoppmann, C., Willis, S. L. y Schaie, K. W. (2011). Cohort Differences in cognitive aging and terminal decline in the Seattle Longitudinal Study. *Developmental Psychology*, 47(4), 1026-1041.
- / Gerstorf et al. (2015). Secular Changes in Late-life Cognition and Well-being: Towards a Long Bright Future with a Short Brisk Ending? *SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research*, 738, Berlin.
- / Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55, 3-24.
- / Hülür, G., Infurna, F. J., Ram, N. y Gerstorf, D. (2013). Cohorts based on decade of death: No evidence for secular trends favoring later cohorts in cognitive aging and terminal decline in the AHEAD study. *Psychology and Aging*, 28, 115-127. doi:10.1037/a0029965.
- / IMSERSO (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- / IMSERSO (1994). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. IMSERSO-INE (2015). *Mujeres y hombres en España 2015*.
- / Instituto Nacional de Estadística (INE). *Fuentes estadísticas*:
- / Encuesta Continua de Hogares, 2014. Nota de prensa (17/04/2015).
- / Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2014.
- / Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.
- / Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares, 2014.
- / Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 1996.
- / Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014.
- / Proyecciones de población 2014-2064.
- / INSS. *Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- / International Longevity Centre Brazil (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Brazil.

- / Ioé, C. y Rodríguez, P. (1995). Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: IMSERSO.
- / Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- / Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods (2008). A National Strategy for Housing in an Ageing Society. West Yorkshire: Communities and Local Government Publications, pp. 176.
- / Lindenberger, U. (2012). Human cognitive aging: Corriger la fortune?. *Science*, 346, 572-578. doi:10.1126/science.1254403.
- / Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (proyecto). Recuperado de: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2155.asp>.
- / Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M., Fernández-Fernández, V. y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*.
- / Manton, K. G. (1982). The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*, 60(2), 183-244.
- / Martin, L., Freedman, V. A., Schoeni, R. y Andreski, P. (2010). Trends in disability and related chronic conditions among people ages fifty to sixty-four. *Health Affairs*, 29, 725.
- / Martínez, T. (2010). La atención gerontológica centrada en la persona. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). Encuesta Nacional de Salud de España, 1993-2011. Portal Estadístico.
- / Oliva, J. y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 163-181.
- / Oliva, J., Vilaplana, C. y Osuna, R. (2011). El valor de los cuidados informales prestados en España a personas en situación de dependencia. Instituto de Estudios Fiscales. (Papeles de Trabajo; 10)
- / Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A. et al. (1991). Trading off longer life for worsening Health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health*, 3, 194-216.
- / OMS (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores.
- / OMS (2002). Envejecimiento activo, un marco político. Ginebra.
- / OMS (2005). Determinants sociales. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
- / Pérez Díaz, J. (2005). ¿Envejecimiento demográfico o democratización de la supervivencia? *Mètode: Anuario*, ISSN-e 1133-3987, 2005, 175-180.
- / Pérez Ortiz, L. (2006). Estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid: IMSERSO.
- / Pérez Rojo, G., Sancho M. et al. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

- Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- / Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F. y Carr, D. (2015). Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbv004.
- / Pioneer Network. Recuperado de: <http://www.pioneernetwork.net/>
- / Prieto, D., Etxeberria, I., Galdona, N., Urdaneta, E. y Yanguas, J. (2009). Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (Colección Estudios, Serie Personas Mayores; 11007)
- / Prieto, D., Herranz, D. y Rodríguez, P. (2015). Envejecer sin ser mayor. Nuevos roles en la participación social en la edad de la jubilación. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. (Colección Estudios; 2)
- / Proyecto MONALISA. Recuperado de: <http://www.monalisa-asso.fr/>
- / Puga, M. D., Pujol, R. y Abellán, A. (2014). Evolución y diferencias territoriales de la esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años en España. XIV Congreso Nacional de Población, AGE. Sevilla (comunicación no publicada).
- / Pujol Rodríguez, R., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D. y Abellán García, A. (2015). La mayor esperanza de vida de la serie histórica. Blog Envejecimiento[en-red], 29 de junio. ISSN 2387-1512. Recuperado de: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2015/06/29/la-mayor-esperanza-de-vida-de-la-serie-historica/>
- / Robles, A., Pujol, R. y Abellán, A. (2015). Pirámide de educación. Blog Envejecimiento[en-red], 1 de abril.
- / Rogero, J. (2011). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO.
- / Small, B. J., Dixon, R. A. y McArdle, J. J. (2011). Tracking Cognition-Health Changes From 55 to 95 Years of Age. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B, i153-i161. doi:10.1093/geronb/gbq093.
- / Tabueña, C. M. (2009). Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta. *Obra Social de Catalunya Caixa*.
- / Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. V. y Martín, M. T. (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. *Fundación "la Caixa"*. (Estudios Sociales; 28)
- / Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, 464, 536-542. doi:10.1038/nature08984.
- / Wimo, A. (2002). Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-68.
- / Yanguas, J., Prieto, D., Buiza, C., Etxeberria, I., González, M. F., Urdaneta, E. y Galdona, N. (2008). *Emocions i envelliment*. Barcelona: Fundació Viure i Conviure.



www.obrasociallacaixa.org