

# I. Autonomía Personal: análisis de la Ley de la Dependencia y el papel de los Ayuntamientos en este marco

*José María Rodríguez de Santiago*  
*Catedrático de Derecho Administrativo.*  
*Universidad Autónoma de Madrid.*

## La denominada crisis del Estado social y la moderna asistencia social

Se dice, desde hace décadas, que el Estado social está en crisis<sup>1</sup>. Afirmaciones de este tipo requieren de un esfuerzo adicional de precisión para que pueda conocerse la opinión de quienes intervienen en el debate sobre el diagnóstico de las características del Estado actual. A mi juicio, lo que se conoce como crisis del Estado social no es un decrecimiento de la eficacia deseable que deberían imponer al Estado los mandatos constitucionales y legales de actuación específicamente *social*. Yo creo que no sería correcta una frase que afirmara “en Europa, al Estado *lo social* ya no le interesa hoy, en 2009, tanto como le importó en los años 50 ó 60 del siglo XX” —cuando se construyeron las grandes estructuras públicas que caracterizaron la estatalidad europea posterior a la segunda guerra mundial—.

La realidad del moderno Estado prestador no permite hablar de una crisis en ese sentido. Los fines sociales del Estado siguen dirigiendo eficazmente su política social. Buena prueba de ello es, por ejemplo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. En términos generales, pienso que puede sostenerse que un sistema de atención a las personas dependientes como el regulado por esa Ley estatal (y las leyes autonómicas sobre Servicios Sociales, que necesariamente la complementan), basado en el reconocimiento de derechos subjetivos a las prestaciones previstas, hubiera sido inimaginable en los años

---

<sup>1</sup> Pueden verse, por ejemplo, desde perspectivas distintas, Manuel GARCÍA PELAYO, *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, 4ª ed., de 1985, reproducida en sus *Obras completas*, tomo II, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1991, pp. 1585 y ss., en concreto, p. 1592; y Carlos DE CABO MARTÍN, *La crisis del Estado social*, Barcelona, 1986.

70 u 80; como también hubiera sido entonces una extravagancia convertir en una función estatal una decisión que entonces era, casi por definición, una decisión familiar: qué hacer con el abuelo o con la abuela que ya no pueden vivir solos. Ahora la respuesta a esa pregunta ya no es sólo el resultado de una reunión de hermanos, sino el contenido de un acto administrativo (arts. 28.3 y 29.1 de la citada Ley 39/2006).

Es más, el dato sorprendente que ha puesto de manifiesto la situación de crisis económica por la que atraviesan en estos momentos las economías occidentales es que el Estado social (y no sólo las obras públicas) puede utilizarse como reactivador de la economía. Acaba de aceptarse por la vía de los hechos que el Estado social no se limita a detraer parte de la riqueza para asignársela a los más necesitados; sino que las propias prestaciones del Estado social generan riqueza y han sido utilizadas (por ejemplo, en España, en el reciente Real Decreto Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación) como parte importante de las “medidas extraordinarias para la reactivación de la actividad económica y la generación y mantenimiento del empleo”.

Lo que –en mi opinión– sí que está verdaderamente en crisis son los fundamentos sociológicos sobre los que se construyeron las estructuras del clásico Estado social<sup>2</sup>. Conviene por un momento dirigir la mirada a la situación fáctica del Estado y la sociedad actuales, en comparación con la del período citado de los años 50 ó 60 del siglo XX. El propio bienestar propiciado por el Estado social ha conducido a un proceso de “individualización” de las formas de vida que cuestiona presupuestos básicos de las estructuras del Estado social tradicional<sup>3</sup>; desde hace décadas se llama la atención sobre la circunstancia de que la familia ya no “presta socialmente” lo mismo que antes<sup>4</sup>, lo que supone un muy notable traslado de responsabilidades hacia el Estado, que se concreta en un desplazamiento de tareas con las que éste difícilmente puede cumplir sólo a través de sus estructuras administrativas; la idea de la solidaridad –tan propia del Estado social– en su vertiente intergeneracional<sup>5</sup> impide que quienes ahora deciden sobre el volumen de las prestaciones que se financiarán con impuestos no tengan en

<sup>2</sup> Sobre esto me permito remitir a José María RODRÍGUEZ DE SANTIAGO, *La Administración del Estado social*, Madrid-Barcelona, 2007, pp. 33 y ss. En esta obra se desarrollan algunas de las ideas que se exponen en este trabajo.

<sup>3</sup> Hans F. ZACHER, “Das soziale Staatsziel”, en ISENSEE/KIRCHHOF (dir.), *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*, tomo II, 3ª ed., Heidelberg, 2004, p. 745.

<sup>4</sup> Vid., por ejemplo, ya en 1972, Peter HÄBERLE, “Grundrechte im Leistungsstaat”, *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer*, tomo 30, Berlín, 1972, p. 64 (en nota núm. 84); también, Eberhard SCHMIDT-ASSMANN, “Zur Reform des Allgemeinen Verwaltungsrechts –Reformbedarf und Reformansätze–”, en HOFFMANN-RIEM/SCHMIDT-ASSMANN/SCHUPPERT (coord.), *Reform des Allgemeinen Verwaltungsrechts. Grundfragen, Schriften zur Reform des Verwaltungsrechts*, tomo I, Baden-Baden, 1993, p. 32.

<sup>5</sup> Vid. Marcos VAQUER CABALLERÍA, *La acción social. (Un estudio sobre la actualidad del Estado social de Derecho)*, Valencia, 2002, pp. 68-69, que se refiere a esta vertiente de la solidaridad con el término de “solidaridad diacrónica”.

cuenta que las previsiones demográficas indican que éstos serán soportados por un —posiblemente— estrecho segmento de ciudadanos activos de aquí a unas décadas. Junto a todo eso, también desde hace tiempo se percibe un enérgico crecimiento de las fuerzas sociales que, bajo la denominación de “tercer sector”, actúan en el ámbito de las tareas de carácter social<sup>6</sup>.

Con intención gráfica, creo posible afirmar que el *Estado de Derecho* burgués (en su origen liberal-individualista), con sus reglas y principios relativos a los derechos fundamentales (libertad y propiedad), la separación de poderes, el control judicial de la actuación del poder público, etc., es poco sensible a los cambios empíricos de la realidad social, porque se basa en abstracciones jurídico-formales que estos cambios ni siquiera llegan a rozar. Pero el *Estado social* es extremadamente sensible a esos cambios (alteraciones de las estructuras demográficas, incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, etc.), porque su objeto es precisamente actuar sobre esa realidad social empírica. Desde esta perspectiva se ha afirmado que la realización del fin social del Estado es un *proceso*<sup>7</sup> permanente: cumplida una tarea (pensemos en el ya sustancialmente logrado acceso de todos a la educación, por ejemplo), hay que pasar a otra que queda pendiente; cuando desaparece la desigualdad más patente queda libre la vista para descubrir situaciones de desigualdad que antes no llamaban la atención.

Así pues, a mi juicio, lo que se identifica con la expresión “crisis del Estado social” es la necesaria tarea de adaptación de las estructuras *estatales* al cambio de las circunstancias *sociales* que hicieron posible aquella conquista política del siglo XX.

Existe hoy un relativo consenso entre quienes con más intensidad se han dedicado al estudio de las exigencias de esa reforma estructural del Estado social sobre que las líneas directivas de la política social pasan hoy por la activación estatal de lo que se han denominado “elementos estructurales básicos de la Constitución social”: por el acento situado en la *propia responsabilidad* de los ciudadanos<sup>8</sup>, acompañada de una política orientada al pleno empleo para que pueda cumplirse la regla general del sostenimiento con el propio *trabajo*; por el mandato constitucional de *protección de la familia*<sup>9</sup> (art. 39.1 CE); y por la *colaboración* del

<sup>6</sup> Sobre esto *vid.* VAQUER CABALLERÍA, *La acción social...*, pp. 200 y ss.

<sup>7</sup> Klaus STERN, *Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland*, tomo I, Múnich, 1984, pp. 892-893.

<sup>8</sup> Así, expresamente, Peter J. Tettinger, “Verwaltungsrechtliche Instrumente des Sozialstaates”, *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer*, tomo 64, Berlín, 2005, p. 222.

<sup>9</sup> TETTINGER, “Verwaltungsrechtliche...”, pp. 224-225. Sobre esto, *vid.*, también, Víctor PÉREZ-DÍAZ, “Sistema de bienestar, familia y una estrategia liberal-comunitaria”, en Santiago MUÑOZ MACHADO, José Luis GARCÍA DELGADO y Luis GONZÁLEZ SEARA (dir.), *Las estructuras del bienestar en Europa*, Madrid, 2000, pp. 745 y ss.; Julio IGLESIAS DE USSEL, “Familia y estructuras de solidaridad en España”, en el mismo volumen colectivo, pp. 761 y ss.; y Carmen ALEMÁN BRACHO, “La familia, prestadora y destinataria de prestaciones”, *DA*, núm. 271-272 (enero-agosto 2005), pp. 237 y ss.

Estado con las fuerzas sociales<sup>10</sup>, que aproveche la energía de la espectacular aparición en escena del tercer sector que actúa en el ámbito de las tareas sociales. El Estado puede *organizar* y *garantizar* lo que sus estructuras administrativas están cada vez menos en disposición de *prestar directamente*. Al Estado (en sentido amplio: organización jurídico-pública a la que corresponda la competencia) corresponde la responsabilidad de organizar la red prestadora y de garantizar las prestaciones, pero no necesariamente la de gestionarlas de forma directa por medio de servicios de su titularidad. El relativo cambio del modelo ya es conocido en el ámbito de otros servicios públicos distintos a los de la asistencia social: del *Estado prestador* al *Estado garantizador*. Innecesario debería ser destacar que el cambio parcial en la responsabilidad asignada al Estado ha de llevarse a cabo sin que aquél afecte a la calidad y universalidad de los servicios, así como a la protección de los destinatarios de las prestaciones.

Buena parte de las ideas a las que aquí se está haciendo referencia se encuentran, por ejemplo, en la regulación de la citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia<sup>11</sup>. En la *respon-*

<sup>10</sup> Vid. Santiago MUÑOZ MACHADO, "La contribución de las organizaciones sociales a la transformación del Estado de Bienestar", en Santiago MUÑOZ MACHADO, José Luis GARCÍA DELGADO y Luis GONZÁLEZ SEARA (dir.), *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Madrid, 2002, pp. 709 y ss.; también, VAQUER CABALLERÍA, *La acción social...*, p. 209, que expresa la idea —con cita también de otros autores— de formas diversas: "responsabilidad compartida entre los poderes públicos y la sociedad civil" (MORELL OCAÑA), *acción mutua* de Estado y sociedad (GARCÍA DE ENTERRÍA), *interacción* de ambos (GARCÍA PELAYO) —cursiva mía—.

<sup>11</sup> En mi opinión, no está exenta de problemas la justificación de la competencia estatal para dictar una Ley como ésta cuando las Comunidades Autónomas han asumido íntegramente las funciones legislativa y administrativa en materia de asistencia social (art. 148.1.20 CE y correspondientes de los Estatutos de Autonomía). El legislador estatal invoca su competencia ex art. 149.1.1 CE "para regular las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles" en el ejercicio del "derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (vid. disposición final octava y art. 1.1 de la citada Ley 39/2006). Es patente que, con esa formulación literal, el mencionado derecho no se cuenta entre los "derechos constitucionales" a los que directamente alude el art. 149.1.1 CE, si bien, es posible construir un derecho con aquel contenido derivadamente a partir de diversos preceptos constitucionales como los arts. 10.1 CE (dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad), 49 y 50 CE (protección de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos; y de los ciudadanos de la tercera edad), etc. Sin embargo, es discutible que la competencia estatal para fijar condiciones básicas garantizadoras de igualdad justifique muchos de los preceptos de la Ley 39/2006. Es difícil —por citar sólo un ejemplo— sostener que al amparo de esa competencia estatal pueda llegarse a regular incluso la tipología de los centros de día y de noche (art. 24 Ley 39/2006: centros de día para menores de 65 años, centros de día para mayores, centros de día de atención especializada, etc.). Por otra parte, también plantea problemas constitucionales de tipo competencial —en mi opinión— la regulación legal del "Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" (art. 8 Ley 39/2006 y preceptos conexos). Ese órgano no es un simple "instrumento de cooperación" (como lo define el citado art. 8.1). Es una verdadera organización mixta en sentido estricto (vid., sobre este concepto, Silvia DIEZ SASTRE, "La Administración mixta en España", en Francisco VELASCO CABALLERO y Jens-Peter SCHNEIDER, *La unión administrativa europea*, Madrid – Barcelona – Buenos Aires, pp. 133 y ss.; y José María RODRÍGUEZ DE SANTIAGO, *Los convenios entre Administraciones públicas*, Madrid, 1997, pp. 319 y ss.), compuesta por representantes del Estado y de las Comunidades Autónomas, pero no integrada en la estructura administrativa ni de aquél ni de éstas, a la que se atribuyen competencias decisorias propias, y a través de la cual el Estado ejerce influencia en decisiones situadas fuera de su competencia sobre las condiciones básicas del art. 149.1.1 CE y pertenecientes, incluso, a la competencia de autoorganización autonómica [por ejemplo, determinación de los criterios de composición y actuación de los órganos autonómicos que valoran la situación de dependencia; arts. 8.2 e) y 27.1 Ley 39/2006]. Cabe preguntar, por último, por qué las Comunidades Autónomas tienen que convenir  
.../...



*sabilidad personal* se pone el acento cuando se regula “la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones”, “según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal” (art. 33) y se prevé la regulación de un tratamiento fiscal favorable de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia (disposición adicional séptima). La *colaboración con las fuerzas sociales* se convierte en uno de los “principios de la Ley” —la participación de la “iniciativa privada” y del “tercer sector” en los servicios y prestaciones” [art. 3 m) y n)]— que se concreta a lo largo de su articulado: el sistema pretende optimizar “los recursos públicos y privados disponibles” (art. 6.1), se configura como una red que integra “de forma coordinada centros y servicios, públicos y privados” (art. 6.2) y da entrada a la “participación de las organizaciones de voluntarios” (art. 16.4). Se establece como objetivo de las prestaciones “facilitar una existencia autónoma en (el) medio habitual, todo el tiempo que se desee y sea posible” [art. 13 a)], medio que, muchas veces, será el familiar; y se prevé expresamente la “prestación económica para cuidados en el *entorno familiar*” (art. 18)<sup>12</sup>.

### La asistencia social en el marco de los servicios públicos locales: perspectiva económica y del Derecho comunitario europeo de la competencia

Se trata de responder en este apartado y en parte del siguiente a la pregunta relativa a la singularidad de los servicios sociales (o de asistencia social) en el contexto del conjunto de los servicios públicos locales. ¿Tienen algo de especial los servicios sociales municipales de tratamiento de drogodependientes o asistencia a mujeres maltratadas, de asistencia domiciliaria a personas dependientes, centros de día o de noche o residencias de ancianos frente a otros servicios locales como el abastecimiento de agua, el suministro de calefacción, la recogida de residuos o el transporte público de viajeros?

.../...

con el Estado, lo que significa tanto como obtener su consentimiento sobre aspectos sustantivos de una competencia que pertenece a aquéllas (“objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones”, art. 10.2 Ley 39/2006), para obtener una financiación que —por situarse fuera del ámbito del “nivel mínimo de protección” (que pudiera entenderse amparado por el art. 149.1.1 CE)— el Estado debería poner a disposición de las Comunidades Autónomas “incondicionadamente”, según la jurisprudencia constitucional sobre las ayudas financieras del Estado para el ejercicio de competencias autonómicas (*vid.*, por todas, STC 13/1992, de 6 de febrero, en especial, FF JJ 9-10).

<sup>12</sup> Comparto la crítica formulada por el Dictamen del Consejo de Estado sobre el Anteproyecto de la Ley (Dictamen de fecha 23 de marzo de 2006) con respecto al carácter “excepcional” de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (art. 18 del texto definitivamente aprobado de la Ley 39/2006): “se sugiere una reconsideración del carácter excepcional atribuido a la prestación económica para ser atendido por cuidadores familiares, tal y como se ha propuesto en alguno de los informes obrantes en el expediente. No puede desconocerse que es, como reconoce la memoria que acompaña al Anteproyecto y su exposición de motivos, el sistema más generalizado hasta ahora, que es más adecuado que otras prestaciones al objetivo de mantenimiento del medio habitual —en términos no sólo materiales sino humanos— (...) y más acorde también con el principio (...) en relación con la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida: parece que los cambios que en este punto se produzcan no deben ser drásticos, sino progresivos, teniendo en cuenta también los medios y recursos, materiales y profesionales, con que, sobre todo al principio de su andadura, puede contar el sistema (...)” (Dictamen citado, IV, B, 1).

Yo creo que las diferencias entre estos dos tipos de tareas prestacionales locales, aquí situados uno frente a otro, determinan consecuencias jurídicas distintas, al menos, desde dos perspectivas: la de su calificación como actividades económicas, en primer lugar, y la de la intensidad de la afectación de ámbitos protegidos por los derechos fundamentales, en segundo término. Prestemos aquí atención a lo primero.

En su función de interpretar el Derecho comunitario europeo el Tribunal de Justicia tuvo que resolver una cuestión prejudicial relativa a si el requisito de que las entidades privadas que concierten el servicio de residencias de ancianos no tengan ánimo de lucro es compatible con el Derecho comunitario, en concreto, con la libertad de establecimiento: Sentencia del Tribunal de Justicia de 17 de junio de 1997, asunto C-70/95, Sodemare, Rec. p. I-03395<sup>13</sup>. El Tribunal parece aceptar –desde la perspectiva económica que nos ocupa–, de forma ciertamente no muy elocuente, la existencia de dos lógicas o racionalidades distintas en la prestación de servicios públicos: la del mercado, por una parte, y la de la satisfacción de necesidades a través del principio de solidaridad, por otra. Ésta última sería la lógica propia de la asistencia social que determinaría que no deba estimarse que el requisito de no tener ánimo de lucro sea una restricción prohibida a la libertad de establecimiento comunitaria (actual art. 43 TCE). Argumenta la Sentencia citada:

“29. De los autos del procedimiento principal se desprende que este sistema de asistencia social, cuya ejecución se confía, en principio, a las autoridades públicas, está basado en el principio de solidaridad, que se traduce en el hecho de que está destinado prioritariamente a la asistencia de quienes se encuentran en un estado de necesidad, debido a la insuficiencia de los ingresos familiares, a la falta total o parcial de autonomía o al riesgo de marginación y, después, dentro de los límites fijados por la capacidad de las estructuras y los recursos disponibles, a la asistencia a otras personas, las cuales han de soportar; no obstante, los costes de dicha asistencia en función de su situación económica, con arreglo a tarifas determinadas habida cuenta de los ingresos familiares (...). 31. Según el Gobierno italiano, el requisito de la inexistencia de ánimo de lucro resulta ser el medio más coherente teniendo en cuenta las finalidades exclusivamente sociales del sistema de que se trata en el procedimiento principal. Las decisiones tomadas en el ámbito de la organización y de la prestación de asistencia por parte de los operadores privados que no persiguen un fin lucrativo no están influidas por la exigencia de obtener beneficios de la prestación de servicios, para que estos operadores persigan con carácter prioritario las finalidades sociales. 32. A este respecto procede hacer constar que, en el estado actual del Derecho comunitario, un Estado miembro

---

<sup>13</sup> Sobre esta Sentencia puede verse Joaquín TORNOS MAS, “Significación y consecuencias jurídicas de la consideración de los servicios sociales como servicio público”, *Cuadernos de Derecho Local*, núm 6 (octubre de 2004), pp. 7 y ss., en concreto, p. 14.

puede, en el marco de la competencia que conserva para ordenar su sistema de Seguridad Social, considerar que un sistema de asistencia social, como aquel de que se trata en el procedimiento principal, implica necesariamente, para alcanzar sus objetivos, que la admisión en dicho sistema de operadores privados en calidad de prestadores de servicios de asistencia social esté supeditada al requisito de que no persigan ningún fin lucrativo”.

Más claro y expresivo es el *Libro verde sobre los servicios de interés general* [presentado por la Comisión, el 21 de mayo de 2003, COM (2003) 270 final], en el que se distingue abiertamente entre “servicios económicos” y “servicios no económicos” a los efectos de identificar bloques normativos del Derecho comunitario europeo aplicables a cada uno de los dos tipos de servicios:

“43. La distinción entre servicios de naturaleza económica y servicios de naturaleza no económica es importante, ya que unos y otros no se rigen por las mismas normas del Tratado. Así, por ejemplo, ciertas disposiciones, como los *principios de no discriminación y libre circulación de personas*, se aplican al acceso a todo tipo de servicios. Las normas en materia de *contratación pública* son aplicables a los bienes, servicios y obras adquiridos o contratados por organismos públicos con vistas a la prestación de servicios de naturaleza tanto económica como no económica. En cambio, la *libertad de prestación de servicios*, el *derecho de establecimiento* y las *normas en materia de competencia y ayudas estatales* del Tratado sólo se aplican a las actividades económicas. De igual forma, el *art. 16 del Tratado* y el *art. 36 de la Carta de los Derechos Fundamentales* únicamente se refieren a los servicios de interés económico general”.

Desde luego, no pretende el *Libro verde* expresar la idea de que esta distinción se derivara de la naturaleza de las cosas y no estuviera sometida a evolución y cambio:

“45. La gama de servicios disponibles en un determinado mercado depende de la evolución tecnológica, económica y social y ha cambiado a lo largo de los años. La distinción entre actividades económicas y actividades no económicas es, por tanto, dinámica y está en evolución constante. Un número cada vez mayor de actividades ha adquirido relevancia económica a lo largo de las últimas décadas, al tiempo que se difuminaba esta distinción para un número cada vez mayor de servicios. En su Comunicación de 2000, la Comisión presentó una serie de ejemplos de actividades no económicas. Estos ejemplos atañen especialmente a cuestiones que son intrínsecamente prerrogativa del Estado, como la educación nacional y los regímenes básicos de seguridad social obligatorios, y a ciertas actividades ejercidas por organismos cuyas funciones son esencialmente sociales y que no tienen por objeto emprender actividades industriales o comerciales. Dado que esta distinción no es estática en el tiempo, la Comisión destacó, en su informe al Consejo Europeo de

Laeken, que no sería ni posible, ni deseable, elaborar *a priori* una lista definitiva de todos los servicios de interés general que deben considerarse *no económicos*".

Desde la perspectiva a la que aquí se está haciendo referencia del carácter económico de las actividades municipales y –vinculada a ello– de la aplicación de las normas del Derecho europeo de la competencia, considero correcto el siguiente cuadro de servicios y actividades locales que distingue –admitiendo que las fronteras son flexibles y no rígidas– entre<sup>14</sup>:

- *Servicios sociales* prestados por los Municipios [a ellos se refiere el art. 25.2 k) de la Ley reguladora de las bases del régimen local (LBRL): "servicios sociales y de promoción y reinserción social", por ejemplo, en materia de cultura, bibliotecas, atención a personas dependientes, marginados, inmigrantes, etc. Son, en terminología europea, servicios de interés general, por ahora excluidos de la aplicación de las normas del Derecho europeo de la competencia.
- *Servicios públicos de carácter económico* (reservados al Municipio o prestados en régimen de concurrencia con empresas privadas) como el abastecimiento de agua, el suministro de calefacción, la recogida de residuos o el transporte público de viajeros, etc. Son, en terminología europea, *servicios de interés económico general* (art. 86.2 TCE), lo que implica que están sometidos a las reglas del Derecho europeo de la competencia, pero caben excepciones a la aplicabilidad de aquéllas, excepciones que han de superar el test del principio de proporcionalidad: la excepción de las reglas del mercado ha de estar justificada por la necesidad derivada del interés público. Por ejemplo, la fijación de precios políticos para los servicios prestados por una empresa municipal en estos ámbitos, algunas ayudas públicas a empresas privadas o derechos exclusivos de un concesionario, etc., pueden considerarse excepciones justificadas a las reglas de la competencia, o pueden –en otro plano– no considerarse ayudas públicas prohibidas (art. 87 TCE), por concederse como compensación por el cumplimiento de obligaciones de servicio público (así, con respecto al transporte, Sentencia del Tribunal de Justicia de 24 de julio de 2003, asunto C-280/00, Altmark Trans, Rec. p. I-07747, en especial, ap. 74-95).
- *Actividades meramente económicas* de los Municipios (se citan como ejemplos las instalaciones municipales de *aerobic* o *fitness*, o campos de golf<sup>15</sup>, etc.). Tienen un reconocimiento constitucional expreso (art. 128.2 CE: "se reconoce la iniciativa pública en la actividad económica") y la legislación local somete su ejercicio a la tramitación de un expediente acreditativo de la conveniencia y oportunidad de la empresa (art. 86.1 LBRL). En este ámbito, la actividad municipal está plenamente sometida a las normas europeas del Derecho de la competencia.

<sup>14</sup> Sigo aquí a Julia ORTEGA BERNARDO, "Competencias, servicios públicos y actividad económica de los Municipios (presupuestos actuales para su delimitación y su ejercicio)", *Revista de Administración Pública*, núm. 169 (2006), pp. 71 y ss.

<sup>15</sup> Julia ORTEGA, "Competencias...", p. 77.

## La asistencia social en el marco de los servicios públicos locales: perspectiva de los derechos fundamentales

### a) Prestaciones de la asistencia social y derechos fundamentales

Ya se ha dicho que el segundo criterio que podía utilizarse para distinguir entre servicios municipales como el suministro de agua o calefacción, por una parte, y la asistencia a una persona mayor en una residencia de ancianos, por ejemplo, por otra, es el de la intensidad de la afectación de ámbitos protegidos por los derechos fundamentales.

En una aproximación más bien intuitiva —hay que reconocerlo— a esta cuestión puede afirmarse que los servicios de agua, luz, teléfono, calefacción o transporte inciden *meditamente* sobre ámbitos protegidos por la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE), en la medida en que el poder público garantiza a través de ellos un estándar material de condiciones de vida que el Estado considera en cada momento como imprescindible.

Frente a esto, las prestaciones específicamente sociales afectan *inmediatamente* a ámbitos protegidos por derechos fundamentales: la asistencia sanitaria, por ejemplo, a la intimidad personal (art. 18.1 CE) y a la integridad física y moral (art. 15 CE); y la asistencia en una residencia de ancianos también a la libertad personal (art. 17.1 CE). Se ha dicho que las prestaciones sociales se caracterizan por la creación de relaciones administrativas “de alta intensidad personal”<sup>16</sup>; éste es el ámbito de la Administración de las prestaciones “a la medida de la persona”<sup>17</sup>.

Aquí “personal” significa, en primer término, *individual*. En el ámbito de las necesidades de atención sanitaria, de atención de discapacidades, o de necesidad de consejo y asesoramiento para superar una drogodependencia no hay dos ciudadanos en las mismas circunstancias<sup>18</sup>. Lo individual, como referido a la persona concreta, es un elemento estructural con el que deben contar las organizaciones administrativas que se encargan de este tipo de funciones.

Pero el carácter personal se debe explicar también desde la perspectiva mencionada de los derechos fundamentales. La mayor parte de estas prestaciones afectan a ámbitos de autodeterminación del individuo más o menos directamente situados en el círculo de

<sup>16</sup> Expresión que utiliza SCHMIDT-ASSMANN, “Zur Reform...”, p. 31, tomada de Peter KRAUSE, “Empfiehl es sich, soziale Pflege und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln?”, *Verhandlungen des zweiundfünfzigsten deutschen Juristentages*, Dictamen E, tomo I (dictámenes), Múnich, 1978, p. 11.

<sup>17</sup> Expresión que utiliza PITTSCHAS, “Formelles Sozialstaatsprinzip, materielle Grundrechtsverwirklichung und Organisation sozialer Dienstleistungen”, *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, 1977, tomo 8, p. 152.

<sup>18</sup> KRAUSE, “Rechtsprobleme einer Konkretisierung von Dienst- und Sachleistungen”, en Wolfgang GITTER/Werner THIEME/Hans F. ZACHER (coord.), *Im Dienst des Sozialrechts. Festschrift für Georg Wannagat*, Colonia-Berlín-Bonn-Múnich, 1981, p. 241.

protección de derechos fundamentales: dignidad de la persona (art. 10.1 CE), libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE), integridad física y moral (art. 15 CE), intimidad personal (art. 18.1 CE), etc. Y es en estos ámbitos en los que interviene la persona prestadora (el profesional que actúa por la organización encargada de la prestación). Este dato es determinante para la adecuada conformación normativa del marco jurídico en el que se desarrolla la relación prestacional. En concreto, es determinante para la configuración normativa de un *procedimiento* (en sentido amplio) adecuado que sirva de cauce en el que se lleva a cabo y se concreta la prestación con respeto de esos ámbitos de autodeterminación del ciudadano, lo que significa tanto como decir: con su *participación*.

Debe destacarse, sin embargo, que desde las dos perspectivas destacadas de “lo personal” (relativo al individuo concreto y afección de ámbitos personales de autodeterminación) puede hablarse de una cierta *gradación de tipos de prestaciones de servicios o materiales de carácter social en cuanto al mencionado carácter personal*. El ámbito de la intimidad personal y el libre desarrollo de la personalidad quedan, por ejemplo, intensamente comprometidos cuando se ingresa a una persona en máxima situación de dependencia en una institución de asistencia estacionaria (una de las llamadas “instituciones totales” u omnicomprensivas a las que se hará referencia más adelante). Un carácter más neutro tiene una prestación social de asesoramiento sobre posibilidades de formación profesional a un parado que busca empleo. Y entre una y otra prestación, desde la perspectiva de la que se está hablando, se situaría posiblemente una prestación de asistencia sanitaria en un caso que mereciera el calificativo de rutinario<sup>19</sup>.

### b) Los derechos fundamentales en el Estado social prestador como directivas de organización y procedimiento de los servicios sociales

Desde hace décadas forma parte de la teoría general de los derechos fundamentales la idea de que la creación por el Estado de ciertas estructuras organizativas y procedimentales constituye una forma característica de dar efectividad a aquellos derechos en el moderno Estado prestacional<sup>20</sup>. Los derechos fundamentales ya no se realizarían sobre todo *frente* al Estado interventor; sino que se desarrollan, en buena parte, *en* el Estado prestador; que debe encauzar su actividad a través de —y poner a disposición del ciudadano— formas de organización y procedimiento adecuadas para hacer valer esos derechos —*ex ante*— en la propia conformación de la prestación. En el contexto de las actividades que actualmente lleva a cabo el Estado corresponde a esta idea directiva una importancia equivalente a la que tradicionalmente se ha atribuido a la tutela judicial (normalmente, *a posteriori*) de los derechos fundamentales, que tiene lugar cuando el ciudadano acude al órgano judicial como reacción defensiva frente a una intervención estatal que pudiera

<sup>19</sup> KRAUSE, “Rechtsprobleme...”, pp. 239-240, 247, con ejemplos parecidos a los del texto.

<sup>20</sup> Sobre esta cuestión sigue siendo —a mi juicio— fundamental, a pesar del tiempo transcurrido, el trabajo de Peter HÄBERLE, “Grundrechte im Leistungsstaat”, *VVDStRL*, tomo 30, Berlín, 1972, pp. 43 y ss.

haber vulnerado el ámbito de autodeterminación personal protegido por el derecho de que se trate.

Un ejemplo del campo de la Administración prestadora que aquí se analiza puede servir para expresar gráficamente lo que quiere decirse. En el Estado de Derecho, en su representación ideal liberal individualista, el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE) pone límites a una intervención corporal en la persona de un ciudadano, contra el que se siga un proceso penal o un procedimiento disciplinario, dirigida a averiguar, mediante un análisis químico del pelo, si se consumen drogas. Naturalmente, esta eficacia defensiva del derecho fundamental sigue siendo hoy de importancia determinante.

Pero a ella debe añadirse otra que es característica de la eficacia de los derechos fundamentales en el moderno Estado social prestador. El derecho a la integridad física y moral impone directivas de configuración de la actividad prestadora estatal que afecte a ese ámbito de autodeterminación del individuo. *Frente a la asistencia médica el ciudadano no reacciona defendiéndose. Esa prestación estatal es algo que el ciudadano pretende.* Y el derecho fundamental implicado impone al Estado que dicha prestación se lleve a cabo en un marco procedimental a través del cual se articule —ex ante— la participación del individuo en la decisión sobre las medidas médicas que deben adoptarse, de forma tal que el afectado otorgue su consentimiento a las mismas después de haber obtenido la suficiente información como para que pueda hablarse de una conformidad plenamente ilustrada.

Los derechos fundamentales siguen siendo instrumentos de defensa frente a la actuación estatal que se rechaza. Y, en esa medida, siguen representando límites que separan el Estado de la sociedad y que protegen reactivamente la libertad individual frente al poder público estatal. Pero a ello debe añadirse la eficacia de los derechos fundamentales como directivas de conformación organizativa y procedimental de las prestaciones que el Estado ofrece y que el ciudadano pretende. “El Estado prestador es el Estado configurado por la Constitución que, a través de marcos adecuados de organización y procedimiento, pone a disposición del ciudadano y de los grupos en que éste se integra prestaciones que directa o indirectamente favorecen la realización de los derechos fundamentales”<sup>21</sup>.

Por lo que se refiere a los *procedimientos* propios del Estado social prestador, dos conceptos tienen especial eficacia gráfica: la denominada *reserva procedimental* y el *status activus processualis*. Con la expresión de la reserva procedimental se quiere hacer referencia a la idea de que el Estado sólo puede desarrollar su actividad prestacional en ámbitos en los que están afectados derechos fundamentales cuando existe un “mínimo de procedimiento” adecuado para que sus titulares los hagan valer<sup>22</sup>. Con el *status activus processualis*

<sup>21</sup> HÄBERLE, “Grundrechte...”, p. 55.

<sup>22</sup> HÄBERLE, “Grundrechte...”, pp. 86-88.

pretende destacarse la vertiente jurídico-procedimental de los derechos fundamentales<sup>23</sup>. El concepto abarca todas las formas de participación procedimental de los titulares de los derechos fundamentales en las prestaciones estatales que afectan a los mismos. En el procedimiento previo a la concreción de la prestación estatal –un procedimiento destinado, por tanto, a configurarla– el *status activus processualis* otorga al ciudadano la posibilidad de hacer valer lo que en dicha concreción “se debe” al contenido material de su derecho fundamental, con mayor eficacia en la práctica que la que se obtendría de una defensa judicial *a posteriori* del contenido de ese derecho<sup>24</sup>.

Los derechos fundamentales contienen también directivas concernientes a la *organización* del sistema de prestaciones sociales. Creo que puede expresarse gráficamente la idea si se dice que el derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE) de aquella persona necesitada, a la que la vida, posiblemente, ya le deja elegir entre muy pocas cosas, en el ámbito de las prestaciones sociales se transforma en un derecho a elegir entre una oferta mínima o (mejor) suficientemente plural de prestaciones; y, en paralelo, en un mandato al Estado para que organice un sistema en el que pueda ejercerse ese derecho.

Pluralismo significa aquí, también, pluralismo en los sujetos prestadores. La pluralidad de las ofertas prestacionales en este ámbito de actuación de la Administración social y el principio de colaboración de ésta con las fuerzas sociales –muy especialmente, con las que se integran en el denominado “tercer sector”<sup>25</sup>– se han señalado como directivas rectoras de la actual organización de los servicios de asistencia social<sup>26</sup>.

En términos orientativos muy generales puede afirmarse que cuanto más afectado esté, por la naturaleza de la prestación social de que se trate, el *derecho al libre desarrollo de la personalidad* del destinatario (art. 10.1 CE) –un caso claro es la atención estacionaria en una de las denominadas “instituciones *totales* u omnicomprensivas”, a las que se hará referencia inmediatamente–, mayor importancia tendrá la organización de un sistema de pluralismo en la oferta prestacional, que se corresponda con (y refleje) la variedad de las orientaciones valorativas en que aquella libertad puede plasmarse<sup>27</sup>.

<sup>23</sup> HÄBERLE, “Grundrechte...”, pp. 81-86.

<sup>24</sup> HÄBERLE, “Grundrechte...”, p. 88.

<sup>25</sup> El art. 2.8 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia define hoy el tercer sector como el conjunto de “organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales”.

<sup>26</sup> Vid., por ejemplo, TETTINGER, “Verwaltungsrechtliche Instrumente...”, pp. 220-221; y VAQUER CABALLERÍA, *La acción social...*, que se refiere a la actividad de colaboración del tercer sector (pp. 200 y ss.) con la Administración como “rasgo estructural o definitorio” del mencionado tercer sector en la actualidad (p. 204).

<sup>27</sup> En un sentido parecido, VAQUER CABALLERÍA, *La acción social...*: “la prestación en que consisten (los servicios atinentes a la persona) afecta en primer lugar a las libertades de la persona; no sólo a las libertades del beneficiario de la prestación, sino también –y esta perspectiva no siempre es tenida en cuenta– a las del prestador mismo” (p. 124); “el libre  
.../...



A mi juicio, no basta para organizar un verdadero sistema de pluralismo prestacional social con que la Administración dé entrada a la oferta de prestaciones a través de sujetos privados si de éstos se exige que reproduzcan “clónicamente” –permítase la expresión con intención gráfica– con su servicio el modelo de la prestación administrativa. El pluralismo exige el respeto del Estado en lo que se refiere al establecimiento de los *finés propios* de la organización privada prestadora (el “carácter propio” o ideario de la institución) y a la aplicación de *metodologías prestacionales* también propias<sup>28</sup>; lo que, desde luego, ha de hacerse compatible –y en absoluto es incompatible– con el control estatal de la correcta utilización de los fondos públicos que se reciben, de la observancia de los estándares de calidad establecidos en la legislación aplicable, etc.

Sin esa pluralidad no es posible hablar de un verdadero *derecho a elegir* de los destinatarios de las prestaciones<sup>29</sup>. El papel que, por ejemplo, corresponde al derecho a elegir médico en el procedimiento de la prestación de la asistencia sanitaria (primer derecho de configuración del paciente a través del cual se participa en la concreción del contenido de la prestación) lo desempeña en el ámbito de otras prestaciones personales de la asistencia social la libertad de elegir (que tampoco podrá ser ilimitada) entre organizaciones plurales prestadoras<sup>30</sup>. Esa libertad de elección es la vertiente subjetiva –que ya supone una cierta compensación de la situación de dependencia en que se encuentra quien necesita de ayuda social<sup>31</sup>– de la función administrativa de organizar el pluralismo en la prestación social. Y, en correspondencia, el pluralismo organizativo es la vertiente objetiva del derecho a elegir:

Desde un punto de vista más pegado al terreno puede destacarse la variedad de las formas jurídicas con las que la Administración incorpora a terceros a la red prestacional: la figura clásica de la concesión, o la del *concierto* (típica para la prestación de “servicios

---

.../...

desenvolvimiento de la personalidad (art. 10.1 CE) exige dejar abierta la prestación privada de los servicios atinentes a la persona, en concurrencia [no necesariamente competitiva (...)] con su prestación pública, pues de otro modo se estarían ahogando los comportamientos sociales solidarios y, en definitiva, negando a la persona como ser social (...). Llegamos así a que ambas cosas (libertad de los sujetos privados, mandato de acción a los públicos) vienen hoy demandadas desde la Constitución” (p. 125). Sobre el concepto de “servicios atinentes a la persona”, como concepto clave opuesto al de “servicios atinentes al territorio”, *vid.*, en esta obra de VAQUER, pp. 111 y ss.

<sup>28</sup> La exigencia impuesta al Estado de respetar el ideario propio –y la aplicación de metodologías también propias– de las instituciones privadas prestadoras se establece expresamente en el sistema de prestaciones sociales alemán en múltiples preceptos del Código de Derecho social (*Sozialgesetzbuch*): parágrafos 17.3 del Libro I, 4 del Libro VIII, 69 y ss. del Libro XI, 5 del Libro XII, etc.

<sup>29</sup> Hans-Heinrich TRUTE, “Wechselseitige Verzahnungen zwischen Privatrecht und öffentlichem Recht”, en HOFFMANN-RIEM/SCHMIDT-ASSMANN (coord.), *Öffentliches Recht und Privatrecht als wechselseitige Auffangordnungen, Schriften zur Reform des Verwaltungsrechts*, tomo 3, Baden-Baden, 1996, p. 211.

<sup>30</sup> TETTINGER, “Verwaltungsrechtliche Instrumente...”, p. 222.

<sup>31</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 89.

relacionados con las actividades benéficas”<sup>32</sup>), el *convenio*<sup>33</sup> u otras formas *contractuales*<sup>34</sup>, la *subvención* concedida preferentemente a sujetos que han obtenido con carácter previo una “*acreditación*” como “entidad colaboradora”<sup>35</sup>; acreditación que también puede servir para delimitar el ámbito de las instituciones en las que puede emplearse el “cheque-servicio” como “modalidad de prestación económica otorgada a personas o a familias para que con ella atiendan al pago de centros o servicios que hayan sido indicados para responder con idoneidad a su situación”<sup>36</sup>, o para delimitar el ámbito de las organizaciones que pueden proporcionar voluntarios para los “cuidados informales”<sup>37</sup>, etc.

Ha de hacerse aquí alusión, por último, a la importancia que tiene en esta materia (en la que las normas apenas pueden dirigir la actividad de la Administración a través de programas materiales, sino, fundamentalmente, regulando dos presupuestos de la actividad administrativa, como son la organización y el procedimiento) la adecuada regulación de la *formación del personal* que atenderá estas actividades de prestación. La vía más adecuada para garantizar la dirección de esta tarea administrativa es la del *personal como presupuesto de las decisiones* que aquí se adoptan<sup>38</sup>. A medio y largo plazo una dirección eficaz puede conseguirse a través de la formación de dicho personal. No puede extrañar, por eso, que las leyes reguladoras de este ámbito de actuación administrativa dediquen algunos de sus preceptos expresamente a esta cuestión, como es el caso de la ya varias veces mencionada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, cuyo art. 36 ordena la “formación y cualificación de profesionales y cuidadores”.

En esa formación (formación inicial necesaria para desarrollar las tareas de que se trate y formación continua) ha de contenerse el “programa material” que debe llevarse a la práctica de los servicios sociales, la motivación y la identificación con sus funciones por parte

<sup>32</sup> Art. 43.2 del Reglamento de Servicios de las Corporaciones Locales de 1955.

<sup>33</sup> A “convenios de colaboración” se refiere, por ejemplo, el art. 56.4 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

<sup>34</sup> El art. 28.1 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, alude a “las formas contempladas en la legislación en materia de contratación de las Administraciones públicas”.

<sup>35</sup> Sobre la acreditación como entidad colaboradora *vid.*, por ejemplo, art. 58 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

<sup>36</sup> Art. 17.2 e) de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Equivalente al “cheque-servicio” es la “prestación económica vinculada al servicio” del art. 17 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

<sup>37</sup> *Vid.* art. 67 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

<sup>38</sup> SCHMIDT-ASSMANN, “Verwaltungsorganisationsrecht als Steuerungsressource – Einleitende Problemskizze”, en SCHMIDT-ASSMANN/HOFFMANN-RIEM (coord.), *Verwaltungsorganisationsrecht als Steuerungsressource, Schriften zur Reform des Verwaltungsrechts*, tomo 4, Baden-Baden, 1997: se utilizan como instrumentos directivos en este ámbito la formación del personal y la racionalidad resultante de técnicas específicas de trabajo (p. 30); a pesar de que se da aquí una organización jerárquica en sus líneas fundamentales, domina en este ámbito una autodirección del personal a través de técnicas específicas de trabajo y criterios propios de racionalidad (p. 49).

de los empleados que aquí actúan. Es cierto que la formación del personal se sitúa en un plano relativamente alejado de la prestación concreta que se trata de dirigir; pero, por las características propias de la actividad, pocos medios directivos se ofrecen que tengan la misma eficacia que éste. Debe destacarse, no obstante, que la profesionalización tiene también sus riesgos, a los que el Derecho debe hacer frente: convertir al destinatario de la prestación en el objeto de un saber profesional y no tenerlo como un colaborador activo necesario, si es que se quiere solucionar sus problemas. Dicho de forma gráfica: “en la relación de asistencia puede aparecer un elemento de dominio cuando el asistente social atiende al destinatario de la prestación como a quien no conoce verdaderamente su problema y debe, por tanto, someterse a los criterios de la persona prestadora”<sup>39</sup>.

### c) Problemas concretos en materia de derechos fundamentales en la denominada “institución total” u omnicomprensiva

Mención especial merecen las denominadas “instituciones totales” u omnicomprensivas<sup>40</sup>, por la intensidad de la relación prestacional ofrecida, por una parte, y de la relación de sometimiento del destinatario, por otra. La intensidad del sometimiento, especialmente, plantea problemas regulativos singulares. Ejemplo típico es el de la residencia de ancianos en la que los internos viven de forma habitual<sup>41</sup>.

La prestación de asistencia social en este caso está caracterizada por tres notas: por su carácter de *prestación de servicios y material* (la diferenciación entre ambos aspectos no siempre es fácil: piénsese en la ayuda personal para comer y en los alimentos en sí, o en la habitación que se pone a disposición del residente); por su *finalidad*: el bienestar del destinatario de la prestación (las dos notas hasta ahora enunciadas son comunes, por ejemplo, con las de la prestación que ofrece cualquier establecimiento hotelero; por eso hace falta un tercer elemento caracterizador); y por su *fundamento*: la especial situación de necesidad del residente<sup>42</sup>.

La vida en una residencia de ancianos se diferencia esencialmente de la vida normal de la “persona de la calle”. La residencia aúna en sí todos los aspectos vitales que en la “vida normal” están separados. La “persona de la calle” duerme, trabaja y pasa su tiempo libre

<sup>39</sup> Rainer WAHL, “Die Aufgabenabhängigkeit von Verwaltung und Verwaltungsrecht”, en HOFFMANN-RIEM/SCHMIDT-ASSMANN/SCHUPPERT (coord.), *Reform des Allgemeinen Verwaltungsrechts. Grundfragen, Schriften zur Reform des Verwaltungsrechts*, tomo I, Baden-Baden, 1993, pp. 207-208. La cita entrecomillada la toma R. WAHL de KAUFMANN/SCHÄFER.

<sup>40</sup> En la terminología alemana *totale Institutionen*; vid. KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, pp. 26-27, que, en este punto, cita a GOFFMAN.

<sup>41</sup> El art. 2 de la Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social, define la residencia de ancianos como “el establecimiento destinado a servir de alojamiento estable y común a personas mayores, en el que se presta una asistencia integral y continuada, superando la meramente asistencial”.

<sup>42</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 16.

en sitios distintos situados bajo esferas de autoridad también diversos: el propietario de la vivienda o la comunidad de propietarios, el jefe en el puesto de trabajo y la empresa propietaria del cine; cambia de lugar y, con ello, de compañeros y autoridades; organiza con mayor o menor libertad y habilidad su tiempo para atender sus diversas obligaciones y sus deseos personales. En la residencia, sin embargo, todos los ámbitos vitales están programados desde arriba por un plan racional al que se somete el interno<sup>43</sup>.

Se define como institución total aquélla en la que residen y se desenvuelven un conjunto de individuos en condiciones personales parecidas, separados duraderamente del resto de la sociedad y que llevan una vida en común conforme a un programa reglamentado de forma omnicompreensiva<sup>44</sup>. En este régimen de vida no es fácil enumerar de forma segura y previsible los concretos derechos y obligaciones que se tienen. El derecho y la obligación permanentes discurren en paralelo con el transcurso del día<sup>45</sup>. Son también instituciones totales el cuartel, el convento y la cárcel. Desde luego, tiene su importancia que en una institución total se ingrese voluntariamente o no. Por lo que se refiere a las residencias de ancianos, constituye una realidad sociológica conocida que, en general, nadie ingresaría en ellas si pudiera seguir viviendo por su cuenta en su ámbito de desenvolvimiento habitual (familia, propio domicilio, etc.).

En la residencia todos los asuntos de la vida en común dependen de una única autoridad, las condiciones de vida están rigurosamente uniformadas por la asignación precisa de un horario concreto a cada actividad<sup>46</sup>, el interés o la preferencia personal han de ceder con carácter general ante la solución colectiva. “Una carga psicológica especialmente pesada deriva de la convivencia habitual con un numeroso grupo de personas que, por sus condiciones propias, tienden a estar centrados en sus padecimientos y enfermedades, de forma tal que es inevitable la creación de un ambiente más bien asfixiante y triste. La frecuencia con la que, por razones evidentes, fallecen internos en la residencia, pone a la muerte como figura siempre presente en la vida de los ancianos”<sup>47</sup>.

El ámbito de los derechos fundamentales que se encuentran comprometidos por la forma de vida en la residencia salta a la vista: el derecho a la intimidad personal (art. 18.1

<sup>43</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 26.

<sup>44</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 27.

<sup>45</sup> Así se pone de manifiesto, por ejemplo, en la regulación del art. 32 de la citada Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid): los residentes deberán “cumplir las instrucciones emanadas por la Dirección del centro”, “ajustarse a las prescripciones derivadas de los programas de asistencia que se les proporcionen” y “observar aquellas conductas que en el marco de este Decreto (¿?, se trata de una Orden) se determinen en los respectivos reglamentos de régimen interno”.

<sup>46</sup> No podría ser de otra manera, a pesar de que el art. 3 d) de la Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid) establezca el “respeto a la individualidad (...) y al trato diferenciado” como uno de los principios organizativos y de funcionamiento de las residencias.

<sup>47</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 30.

CE) y a la inviolabilidad del domicilio (art. 18.2 CE) están en juego cuando la dirección tiene facultades de inspección de las habitaciones; la libertad religiosa (art. 16.1 CE)<sup>48</sup> cuando se fuerza la asistencia a un acto religioso o se niega una ayuda necesaria para moverse y asistir al acto en el que se desea participar; la libertad personal (art. 17.1 CE) está afectada cuando no se presta atención a quien necesita de ayuda para poder levantarse de la cama o se obliga a volver a una hora determinada porque no se tiene llave<sup>49</sup>; la libertad de recibir información [art. 20.1 d) CE] puede verse perjudicada cuando no hay pluralidad en los periódicos que se reciben en la residencia<sup>50</sup>; la dignidad de la persona (art. 10.1 CE) cuando se regaña en público y, en general, el libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE), cuando se prohíbe desarrollar determinadas actividades en las habitaciones.

No es posible abordar jurídicamente estas cuestiones sin tener en cuenta que éstos surgen específicamente en una relación prestacional y no en un ámbito de pura autodeterminación en el que el individuo pudiera pretender “que se le dejara en paz”<sup>51</sup>. Asegurar los derechos fundamentales en la prestación asistencial constituye una concreta función del legislador en cuyo cumplimiento también fracasan fórmulas primitivas como “en la duda, por la libertad”<sup>52</sup>, porque el acento en la libertad de uno de los residentes, a veces, sólo puede realizarse a costa precisamente de la libertad o la seguridad de los demás internos o del personal prestador<sup>53</sup>, por ejemplo.

Como se puso de manifiesto más arriba, esta tarea del legislador se cumplirá, muy especialmente, mediante la adopción de adecuadas medidas de carácter organizativo y procedimental. Piénsese, por ejemplo, en la saludable eficacia aseguradora que deriva tan sólo de la regulación de un adecuado *régimen de visitas externas* y de la “publicidad natural” que con ellas se consigue<sup>54</sup>.

<sup>48</sup> El art. 19 de la Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid) regula la oferta de servicios religiosos en la residencia.

<sup>49</sup> El art. 25 de la Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid) regula las salidas y ausencias de los residentes. “Las salidas de los residentes sometidos a control continuo deberán ser conocidas previamente por la Unidad de Atención Sanitaria, que les informará sobre la conveniencia o no de las mismas. La decisión última corresponderá a los residentes, que asumirán toda la responsabilidad” (apartado 2). “Los residentes que decidan pernoctar fuera del centro deberán notificarlo previamente a la Unidad de Control, Comunicaciones y Vigilancia, a quien harán entrega de las llaves de la habitación” (apartado 1).

<sup>50</sup> Al respecto establece el art. 23.2 de la Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid) que “los residentes tendrán a su disposición libros, revistas, periódicos, material audiovisual (...) y demás medios para la ocupación activa del tiempo libre”.

<sup>51</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 108.

<sup>52</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 109.

<sup>53</sup> Piénsese en los conflictos de intereses que están detrás de los siguientes preceptos de la Orden 766/1993 (Comunidad de Madrid): “los reglamentos de régimen interior de cada residencia determinarán las reglas básicas de utilización de las habitaciones y áreas comunes del centro, así como las condiciones de uso de aparatos eléctricos o de otro tipo que pudieran originar riesgo, con el fin de garantizar el orden y la seguridad en las mismas” (art. 21.3); “en las horas de descanso de los residentes se evitará toda clase de ruidos o actividades que pudieran perturbar dicho descanso” (art. 21.4).

<sup>54</sup> KRAUSE, “Empfiehl es sich...?”, p. 103.



## 2 Marco del envejecimiento activo

### 2.1. Relaciones sociales y afectivas

**Rocío Fernández-Ballesteros y M<sup>a</sup>. Dolores López Bravo**

*Facultad de Psicología.*

*Universidad Autónoma de Madrid*

El objetivo perseguido es el de -a la luz de investigaciones sobre el tema- presentar los cambios que se producen durante el ciclo vital en diversos aspectos socio-afectivos así como los mecanismos que explican tales cambios. También, parece importante valorar qué variables permiten la promoción del funcionamiento socio-emocional positivo a edades avanzadas, mostrando el peso de factores externos versus factores internos. Finalmente, mostrar la relevancia de estudiar variables socio-afectivas a través del análisis de su relación con indicadores de salud y funcionamiento (tanto físico como cognitivo).

#### **Cambios socio-afectivos ligados al proceso de envejecimiento**

Para tratar este primer punto tomaremos como referencia las investigaciones trasversales y longitudinales que han versado sobre el estado afectivo en función de la edad a través de diversidad de indicadores de medida como son: satisfacción con la vida, bienestar o balance de afecto. Del mismo modo se mostrarán los estudios que han detallado cómo varían las relaciones sociales a lo largo del ciclo vital. Así mismo, se hará una reflexión acerca de los mecanismos explicativos que se pueden derivar de los cambios en estos indicadores de funcionamiento socio-afectivo con la edad.

Con relación al primer punto, podemos afirmar que existe una diversidad de investigaciones que muestran puntuaciones relativamente semejantes en percepción de felicidad, bienestar y satisfacción a lo largo de la vida adulta y la vejez (Diener y Suh, 1998; Rothermund & Brandtsädter, 2003; Fernández-Ballesteros, 2009). Como un ejemplo procedente de nuestro país, tomando como referencia el estudio poblacional realizado por ASEP durante los años 2002 y 2007, en la Figura 1 se observa que existen ligeras diferencias atribuibles a la edad en cuanto al autoinforme sobre satisfacción desde los dieciocho años hasta más de 65 (18-29; 30-49; 50-64; más de 65 años). Sin embargo, sí parece existir una evolución negativa en España (desde 2002 al 2007) dado que la información del grupo mayor de 65 años desciende, aproximadamente un 8% en su satisfacción.

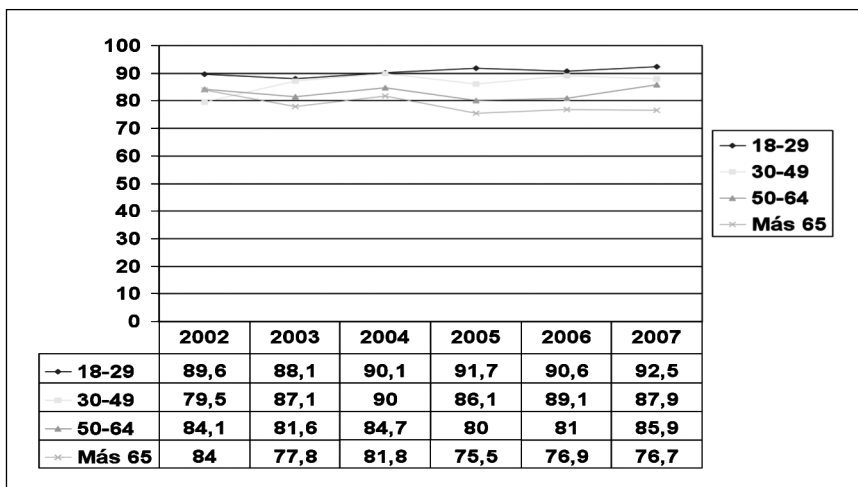


Figura 1. Satisfecho y Muy satisfecho (en porcentajes) con la vida, por grupos de edad desde 2002 al 2007 (datos de ASEP. 2007)

Esta disminución compartida en el mismo periodo de tiempo se aprecia también en la Figura 2, cuando existe referencia a la situación económica personal considerada peor por el 6% de la muestra, mientras que esto no ocurre en los grupos más jóvenes.

En resumen, a pesar de que la mayor parte de los estudios poblacionales sobre bienestar ponen de relieve muy escasas diferencias entre grupos de edad, en España encontramos una ligera diferencia que evoluciona negativamente.

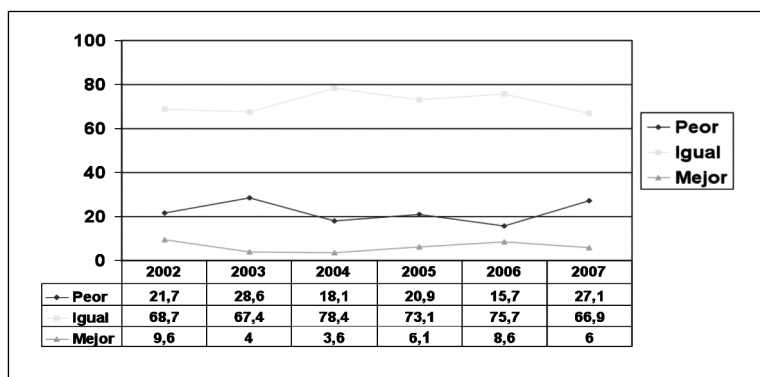


Figura 2. Evolución de la percepción (en porcentajes) en mayores de 65 años, de la situación económica personal (Datos ASEP: Fernández-Ballesteros. 2007)



Existen otras investigaciones están en la línea de estos datos. Por ejemplo en los análisis específicos sobre bienestar que se llevaron a cabo dentro del estudio longitudinal de Berlín (Baltes & Mayer, 1999), concluyen que aún encontrando índices de satisfacción altos (el 63% informó que estaba satisfecho o muy satisfecho con su vida presente y optimista con su futuro), se encontró que las puntuaciones en satisfacción con las expectativas de futuro y especialmente en la experiencia emocional positiva fueron experimentando un decremento paulatino con la edad. Específicamente los sujetos de más de 85 años informaban con menor frecuencia sobre experiencia de afecto positivo y satisfacción que aquellos que se encontraban entre 70 y 84 años.

Otra línea de estudios se centran en analizar la topografía de las emociones, mostrando, como conclusión que las personas mayores, con respecto a las más jóvenes, muestran mayor complejidad, diversidad y autorregulación emocional (por ejemplo, Carstensen et al., 2000; Labouvie-Vief y Marquez, 2004; Turk y Turk, 2005).

En un estudio reciente (Fernández-Ballesteros et al., en prensa) se analizaron comparaciones en respuesta y en balance emocional en dos grupos de edad (20-28 y 60-74 años; N= 225). Todos los participantes cumplieron diariamente, durante una semana, un auto-registro de 20 sentimientos (positivos y negativos) evaluados según ocurrencia, frecuencia e intensidad. Obtuvimos dos importantes resultados: de un lado que las personas mayores informaban tener menor ocurrencia y frecuencia de sentimientos negativos que los más jóvenes y, también, que obtenían un balance emocional significativamente más positivo.

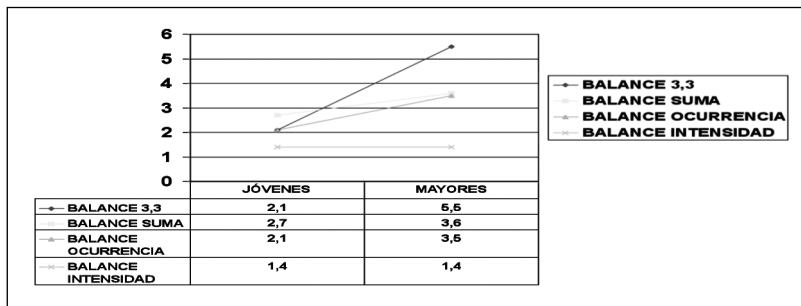


Figura 3. Balance afectivo (sentimientos positivos/negativos) en jóvenes y mayores

En general, aún teniendo presente las inconsistencias entre estudios, se destacan los siguientes resultados:

(I) que a nivel poblacional las puntuaciones en bienestar y/o satisfacción no parecen mostrar cambios relevantes atribuibles a la edad aunque aparecen algunas tendencias en

sentido inverso en datos españoles, (2) que el afecto negativo disminuye en la vejez y (3) que mejora el balance de afectivo con la edad lo cual sería atribuible a una mayor regulación emocional en la vejez.

En lo relativo a las relaciones sociales uno de los datos consistentes que muestra la investigación es el hecho de la disminución de las interacciones sociales periféricas (lo cual va ocurriendo paulatinamente desde la tercera década) y un incremento de las relaciones de mayor intimidad, asociado al proceso de envejecimiento, al mismo tiempo, que se concluye, que esta reducción en las relaciones sociales periféricas no supondría una amenaza sobre la percepción de bienestar (Antonucci, et al., 2002).

Los resultados presentados son especialmente interesantes si resaltamos que en edades avanzadas de la vida hay un incremento de pérdidas en salud y competencia, en redes sociales y en medios económicos. Los mecanismos explicativos que dan respuesta a esta aparente contradicción están en la línea de la mejora de mecanismos de autorregulación emocional (por ejemplo, Gross et al.1997). Estos mecanismos permiten, a su vez, una mejor adaptación a las circunstancias y/o afrontamiento a los cambios. En lo relativo a la disminución de las relaciones sociales estos mecanismos de autorregulación permiten que el individuo se ajuste a la posibilidad de relaciones que encuentra.

Todo esto es coherente también con el Modelo Socio-Emocional de Carstensen (Carstensen,1995; Carstensen et al. 1999) que establece como la edad se asocia a un descenso en el número de relaciones sociales, primándose con el paso del tiempo (a través de un proceso de selección que hace el individuo) las relaciones íntimas y de corte, más específicamente, afectivo.

### La promoción de factores socio-emocionales en el contexto de estudio del envejecimiento

Aún teniendo presente la capacidad adaptativa a los cambios que se producen con la edad es relevante valorar que variables del entorno y personales promueven altos niveles de bienestar y recursos sociales en edades avanzadas.

En el meta-análisis, más arriba mencionado, de Pinquart & Sörensen (2000) sintetizan los hallazgos de 286 estudios en los que se confirman las relaciones entre las variables “estatus socioeconómico”, “redes sociales” y “competencia” (entendida como mantenimiento de la independencia) con bienestar. Matizan que dentro de estatus socioeconómico el nivel de renta está más estrechamente relacionado con el bienestar que la variable nivel educativo. Dentro de las relaciones sociales la “calidad de las relaciones” se relaciona en mayor medida con bienestar con respecto al número de las mismas.

En la misma línea, en una revisión de Smith et al. (1999) sobre los determinantes de bienestar en edad avanzada, resaltan que la investigación presenta dos trayectorias de estudios; una referida a definir el bienestar en términos de variables objetivas (tales como condiciones de vivienda, acceso a recursos socio-comunitarios, recursos económicos, redes sociales, presencia de problemas de salud, etc., entre otros) y otra que pretende analizar el peso de la experiencia subjetiva de los recursos objetivos mencionados. Esta segunda aproximación define el bienestar en términos de una evaluación cognitiva y una experiencia emocional (positiva o negativa) asociada a las circunstancias y ha sido desarrollada principalmente en el campo de la psicología.

La investigación gerontológica en general concluye que son muchas las variables que determinan o pueden determinar el bienestar psicológico o la satisfacción en la vejez. En una revisión teórica llevada a cabo por Reig (2000) se expone que “la mayoría de las teorías actuales intentan explicar los diversos grados de bienestar psicológico informando en función a las influencias disposicionales, a las actividades de ocupación en la vida, a los requerimientos adaptativos, a las metas personales o a las estrategias de afrontamiento que se utilizan para hacer frente al estrés”. Concluye también que las teorías reflejan que el individuo alcanza niveles parejos de bienestar en distintas edades y que lo que varía son los modos o maneras de conseguirlo. En este sentido haciendo una revisión de estudios meta-analíticos expone que los correlatos más relevantes de bienestar psicológico son: la salud, la personalidad, y el estatus socioeconómico (como combinación de nivel de estudios, ingresos económicos y estatus laboral).

### La relevancia del estado socio-afectivo en el contexto de estudio del envejecimiento

En una revisión anterior sobre el tema (Fernández-Ballesteros, 2009) señalábamos que existen cuatro argumentos que postulan cómo las emociones son elementos constitutivos del envejecimiento óptimo:

- 1) La primera argumentación es relativa a que las emociones positivas están relacionadas con el “éxito en la vida” y realización personal.
- 2) En segundo lugar el afecto positivo provoca comportamientos adaptativos o, dicho de otra forma, maximiza el desarrollo de recursos de carácter físico, cognitivo y social, que permiten a su vez, hacer frente a las situaciones cambiantes del entorno.
- 3) El tercer argumento vincula el afecto positivo con la supervivencia, la longevidad y la salud física (menor tasa de derrames cerebrales, resfriados, accidentes, mayor respuesta inmune) y mental. En una revisión sobre este tema Pressman y Cohen (2005) proponen dos modelos generales explicativos de tales relaciones: (1) el primero está referido a la relación del afecto negativo sobre el inicio de enfermedades y (2) el

segundo muestra al afecto positivo como amortiguador frente al estrés. En esta línea de estudios se ha encontrado que el indicador de bienestar subjetivo más relacionado con mortalidad es la insatisfacción con el envejecimiento.

- 4) Por último, el cuarto argumento esgrimido se refiere a la adecuación de incluir el funcionamiento emocional en la consecución de un envejecimiento óptimo o activo. Es un hecho, que es posible potenciar los recursos emocionales como muestran diversas intervenciones en las que se pretende mejorar el estado de ánimo.

Una vez analizado el importante peso que el efecto tiene en la génesis de un envejecimiento activo, va a profundizar, desde otros enfoques, sobre la relación del afecto y las relaciones sociales (ya mostradas más arriba) y también entre las relaciones sociales y otros indicadores de salud y funcionamiento.

Tal y como muestran diversidad de estudios transversales y longitudinales sobre envejecimiento, las relaciones sociales se vinculan al mantenimiento de la salud y el bienestar psicológico (por ejemplo; Bath & Deeg, 2005). Así mismo, la investigación también ha comprobado, a través de datos transculturales, que las relaciones sociales son esenciales para la calidad de vida de las personas mayores (por ejemplo, Antonucci & cols. 2002).

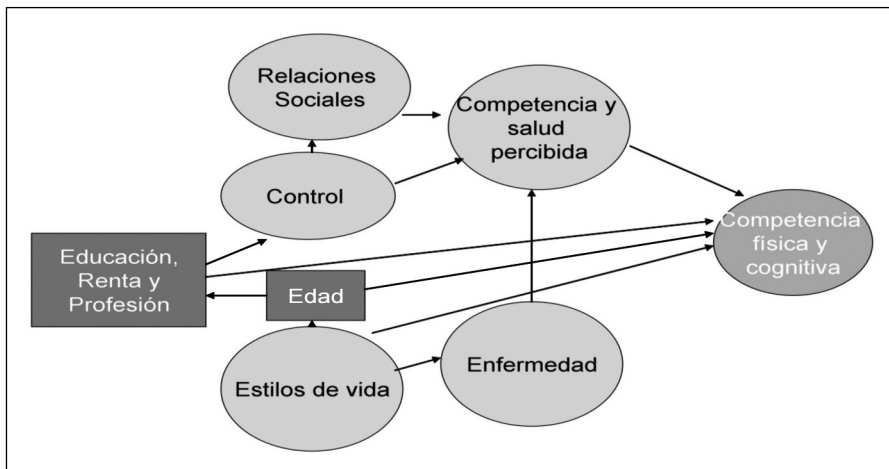
Bath & Deeg (2005) revisan los mecanismos explicativos que vinculan la participación en actividades sociales y el tamaño de las redes sociales con diversos indicadores de salud y bienestar o como contrapartida con discapacidad y mortalidad. Estos autores argumentan que las relaciones sociales son un factor protector del estrés y por lo tanto de sus efectos en la salud. Con respecto al vínculo entre las relaciones y el bienestar subjetivo y afecto, explican que el decremento de las relaciones se asocia al sentimiento de soledad. De este modo, los sentimientos de soledad predisponen en mayor grado, desde el punto de vista psicológico y conductual, a sintomatología depresiva y conductas de suicidio y desde el punto de vista fisiológico, suponen un incremento de la vulnerabilidad a la enfermedad.

En esta misma línea pero valorando los mecanismos explicativos postulados a partir de estudios que implican en concreto a personas mayores, Antonucci y cols. (2002) establecen que las relaciones sociales en las personas mayores tienen el papel de ayudar a afrontar el déficit de recursos asociados a la edad operativizados, por ejemplo, como pérdidas de familiares, diagnósticos de enfermedad o dificultades financieras. También Mendes León et al. (2003) plantean que la actividad social podría ayudar a revertir los efectos relacionados con cambios asociados a la edad como la discapacidad, mediando para ello la percepción de control interno y/o autoeficacia. Por otra parte, Buz et al. (2004) matizan que “tampoco conviene olvidar que a medida que se envejece se incrementa la probabilidad de experimentar acontecimientos vitales negativos (enfermedades, muertes de personas queridas, etc.)”. Para adaptarse de forma efectiva a los cambios negativos que se producen al final del ciclo vital se necesita disponer de recursos sociales (por ej.

redes de apoyo) e individuales (p. ej. estrategias de afrontamiento). Estos recursos ayudan a la persona mayor a mantener su autonomía, disminuyen los niveles de dependencia y explican una parte importante del proceso de adaptación a acontecimientos vitales negativos y estresantes.

Este tipo de estudios versan sobre el papel protector de las relaciones y cómo esto se manifiesta claramente cuando ciertos factores de vulnerabilidad se ponen de manifiesto. Entender el efecto diferencial que producen las relaciones a lo largo del ciclo vital permitirá comprender mejor el mecanismo protector que juegan las relaciones en función de la edad.

Finalmente, los resultados extraídos de estudio europeo sobre envejecimiento EXCELSA (Cross-European Longitudinal Study of Aging; Fernández-Ballesteros et. al, 2004) son otra muestra de la relevancia de las relaciones sociales como variable predictora, en este caso, de competencia física y cognitiva. La Figura 4 muestra el modelo explicativo resultante de esta investigación en el que se pone en relieve el peso de las relaciones sociales.



**Figura 4. Modelo Excelsa (Estudio 7 países Europeos)**  
(Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Drusini, Paul, Chareszka, Rosenmayr. 2004)

Un ejemplo de análisis específico realizado también sobre el estudio EXCELSA trató de establecer el peso conjunto de las relaciones familiares (operativizadas frecuencia de interacción alta, media y baja) y la edad (30-49; 50-64; 65-74 y 75 y más años) sobre la salud subjetiva. Los resultados (ver Figura 5) muestran que en el grupo de mayor edad (75-85 años) una frecuencia baja de relaciones familiares se asocia a los niveles más bajos de salud subjetiva con respecto al resto de grupos de edad. Esto es acorde a los estudios,

anteriormente citados, que hablan de las relaciones sociales como factor de protección claramente evidenciado en edades tardías.

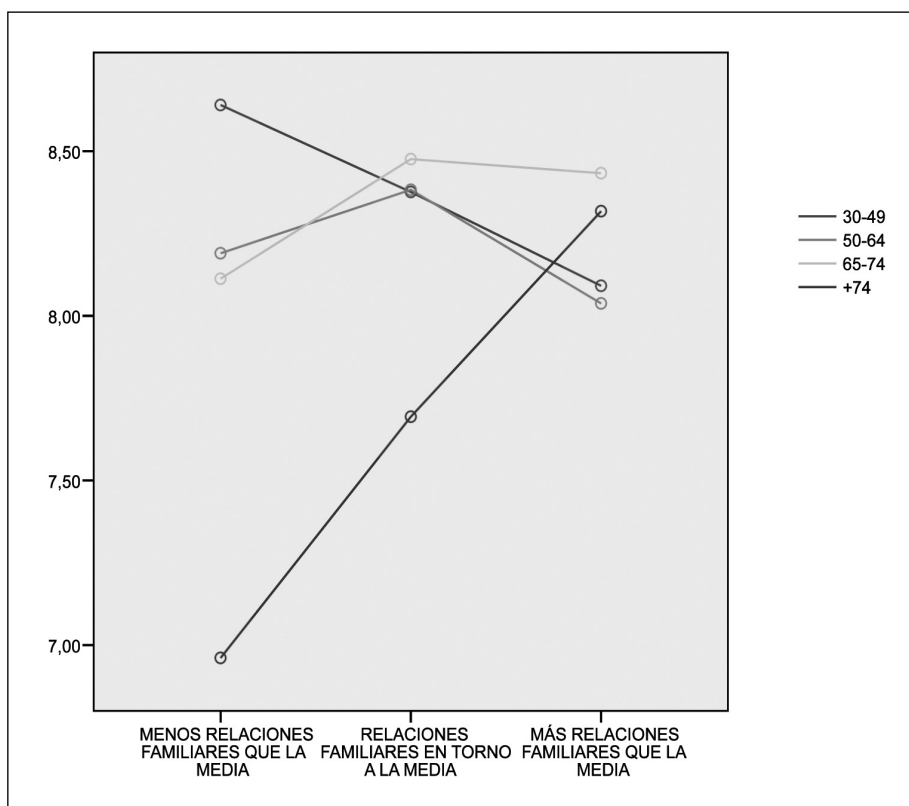


Figura 5. Relaciones familiares y salud percibida en EXCELS

## Conclusiones

Las conclusiones que se desprenden de los resultados examinados sobre funcionamiento emocional y socio-afectivo, y envejecimiento son las siguientes:

- El afecto parece mejorar a lo largo de la vida, al menos en el envejecimiento activo y saludable: 1) No declina el afecto positivo, 2) Disminuye el afecto negativo y 3) Mejora el balance entre afecto positivo y negativo
- Existen investigaciones que a nivel poblacional en España apuntan que, al contrario a lo que se supone, parece disminuir el informe de satisfacción positiva y aumentar la infelicidad (también relacionado con los aspectos económicos).

- Las variables de corte socio-emocional vienen determinadas por diversidad de variables personales y del entorno.
- Las variables socio-afectivas son una base de la calidad de vida en la vejez.

### Bibliografía

- Antonucci TC, Okorodudu C and Akiyama H. Well-Being Among Older Adults on Different Continents: Social Issues; 2002. Pág. 58, 617-627.
- Baltes PB, Mayer KU. The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1999
- Bath PA, & Deeg D. Social engagement and health outcomes among elder people: Introduction to a special section. European Journal of Ageing; 2005. Pág. 2, 24-30.
- Buz J, Mayoral P, Bueno B y Vega JL. Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. Revista Española de Geriatria y Gerontología; 2004. Pág. 39 (Supl.3) 38-45
- Carstensen LL. Evidence for life-span theory of socioemotional selectivity: Current Directions in Psychological Science; 1994. Pág. (5), 151-156.
- Carstensen LL, Isaacowitz DM. and Charles ST. 1999 Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. American Psychologist; 1999. Pág. 54, 165-181.
- Carstensen LL, Mayr U, Pasupathi M. & Nesselroade JR. Emotional experience in Everyday life across the adult life span. Journal of Personality and Social Psychology; 2000. Pág. 79, 644-655. R
- Diener E. & Suh ME. Subjective well-being and age: An international analysis. In K. Schaie, MP Lawton and M. Powell (editors), Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development; 1998 Vol 17, págs. 304-324. New York: Springer Publishing Company.
- Fernández BR. Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid. Pirámide. 2009.
- Fernández BR. Revisión del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento en la Región Europea. *¿Una sociedad para todas las Edades?*. Madrid, CEOMA; 2007
- Fernández BR, Zamarrón M, Rudinger G, Schroots JF, Hekkinen E, Drusini A, Paul C, Charzewska J. y Rosenmayr L. Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). Gerontology; 2004. Pág. 50, 330-347.

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

- Fernández BR, Cobo L, Fernández V, Caprara G. y Botella J. (en prensa) Do Inferences about Age Differences in Emotional Experience Depend on the Parameters Analyzed?. *The Happiness Studies*.
- Gross, J.J., Carstensen, I.I., Pasupathi, M., Tsai, J., Gotestam, C & Hsu, A. (1997): Emotion and aging: experience, expression and control. *Psychology and Aging*, 12, 290-299.
- Labouvie-Vief, G. & Márquez, M. (2004): Dynamic integration: Affect Optimization and Differentiation in Development. En D.Y. Dai & R.G. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion and cognition: integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp. 237-272). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mendes de Leon, C.F., Glass, T.A., Berkman, L.F. (2003): Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haven EPESE. *Am J. Epidemiol.* 157 (7): 633-642.
- Reig, A. (2000): Psicología de la vejez. Comportamiento y Adaptación, en R. Fernández-Ballesteros (dir.); *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Rothermund, K. and Brandtstadter, (2003): Coping with Deficits and losses in Later Life: From Compensatory Action to Accommodation by Klaus. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Turk C. & Turk, S. (2005): Viewing injustice. Greater emotion heterogeneity with age. *Psychology and Aging*, 20, 159-164.



## 2.2. Educación, cultura y aprendizaje

**Lourdes Bermejo García**

*Doctora en CC de la Educación. Consultora en Gerontología.  
Santander.*

### Avances en el escenario de la gerontología actual

Estamos en un momento de avances y cambios, una etapa de mejora de los recursos. Tiempos mejores para la atención de los ciudadanos más mayores. Y ello, ¿a qué se debe? Tres grandes conceptos han irrumpido y felizmente influido en el actual referente de la gerontología: el Envejecimiento Activo (EA), la Calidad de Vida y una nueva visión de las personas usuarias, que nos orientan hacia nuevas formas de relación y trabajo en las organizaciones que ofrecen servicios a los adultos mayores. Veremos algunos breves apuntes de ellos.

El **Envejecimiento Activo** (EA), es un concepto, aparentemente simple (con la optimización de oportunidades de salud, seguridad y participación), que sin embargo, es capaz de re-orientar toda actuación en gerontología hacia un horizonte antes muy evidente: la calidad de vida.

El modelo del EA ha adquirido, por su potencial y capacidad para orientar tanto la investigación como la acción y las propias políticas gerontológicas, la categoría de *Paradigma*. Aunque actualmente todavía nos encontremos en los albores de su desarrollo, pues su aplicación irá siendo progresiva tanto en cobertura (llegará a más personas), como también en más hondura (incidiendo en aspectos y derechos vinculados a la calidad de vida que aun no se contemplan).

Como consecuencia del EA, el segundo de estos grandes conceptos que está tomando cuerpo y cuya aplicación en el ámbito de las relaciones y las intervenciones profesionales las está modificando, es el de **Calidad de Vida**. Siendo consciente del riesgo de hacer un reduccionismo extremo, podemos entender por calidad de vida la opinión individual de la propia posición en la vida, dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive. Se caracteriza principalmente por su carácter:

1. *Multidimensional*: pues está formado por las diversas dimensiones que configuran el complejo mundo de la persona (con dimensiones de carácter psicológico, lo emocional, de desarrollo personal, bienestar físico y material, etc.)

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

2. Personal, y por tanto subjetivo. Es decir, que la calidad de vida no es sino lo que las personas interpretan, lo que da sentido a sus vidas en su contexto cultural y de valores y en relación con sus propios objetivos.

Estas características van a producir implicaciones inmediatas en nuestra forma de trabajo: Una se refiere a la necesaria y verdadera interdisciplinariedad y la segunda, por lo que requiere que pongamos más el punto de mira en la percepción subjetiva de la persona usuaria de los servicios, es decir, que seamos capaces de ofrecerles oportunidades significativas y valiosas de relación interpersonal y de actuación/gestión de su vida. Ello implica, entre otras cosas, cuestionar y contrarrestar la tendencia imperante hasta ahora a considerar que la calidad era, básica o únicamente, la calidad asistencial (valorando aspectos más técnicos, de carácter objetivista) sin considerar suficientemente la preferencias, capacidades y derechos de las personas usuarias.

El modelo de calidad de vida nos hace reflexionar; sea cual sea nuestro rol en los recursos, en qué medida nuestras competencias disciplinares y personales ayudan a cada persona a mejorar la calidad de vida, desde el significado que ella misma le asigne a este concepto.

Así, la consideración de la persona usuaria es el tercer eje que está cambiando. Conocer, valorar y considerar la enorme heterogeneidad de personas mayores, de sus capacidades, deseos, valores y estilos de vida resultan cada vez más imprescindibles. Un aspecto que va cobrando cada vez más auge, y que no podemos desatender, se refiere a la consideración, de forma diferenciada, de las dos dimensiones de capacidad personal (autonomía moral e independencia funcional) que permite reconocer mejor las capacidades de las personas, valorándolas y favoreciendo el ejercicio de sus derechos (a conocer, a ser informado, a elegir, a decidir atendiendo a los propios deseos y valores) independientemente de la necesidad de ayuda que pueda precisar.

Y este cambio de referentes profesionales se produce a su vez en una sociedad cambiante, o mejor dicho, seguramente estos cambios se están produciendo porque estamos en una sociedad cambiante.

Referirse actualmente a nuestra sociedad como de “la información y del conocimiento” supone reconocer que se ha producido –y continua produciéndose– un profundo cambio social, no solo por lo profundo del cambio, sino por su velocidad. Así, ser ciudadano mayor, implica, para muchas personas, afrontar cambios personales en una sociedad muy diferente a la que conocieron y en la que los cambios -acelerados e inesperados-, probablemente continúen produciéndose. Estos cambios en el escenario social y cultural es percibido por todos los ciudadanos, pero, seguramente, más aún por los más mayores, quienes perciben importantes modificaciones en aspectos cotidianos como hábitos vida diaria, usos culturales, normas de actuación y de relación, significados personales, aspectos de su identidad e imagen, etc.

En este momento en el que estamos aprendiendo a convivir todos juntos, los aprendizajes tienen un periodo de vigencia cada vez más pequeño, y la necesidad de disponer de oportunidades para una formación continua —más orientada a la mejora de las competencias personales que a la adquisición de información— se considera un requisito básico para continuar siendo miembro activo de la comunidad de la que formamos parte, se tenga la edad que se tenga.

### Educación y aprendizaje a lo largo de la vida: antecedentes y estado de la cuestión

En una sociedad democrática y que busca el progreso y el avance en los derechos y las condiciones de vida de sus ciudadanos, generar oportunidades de aprendizaje para toda la vida es sin duda uno de los elementos esenciales para el logro del Bienestar Social. Así hablar de educación en el terreno de los servicios sociales es algo imprescindible desde una visión de los servicios sociales como un conjunto de prestaciones técnicas pero, más aún, de otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente de carácter relacional, que busca no sólo la satisfacción de las necesidades sino del desarrollo de las potencialidades de las personas, para lograr una convivencia participativa en la sociedad.

De no ser así, esta sociedad (la “del Conocimiento y del Bienestar”) puede dejar en situaciones de desigualdad o, directamente, de exclusión a aquellos ciudadanos con más dificultades para aprovecharse de los beneficios que puede aportar. Es necesario el fortalecimiento de las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida, —el denominado *Long Live Learning*, (LLL)—, que requiere disponer de espacios y procesos de interacción en los que intercambiar significados, conocimientos, estrategias o experiencia, sobre aquello que interese a las personas. Ello va a ser imprescindible para que éstas puedan desarrollar sus competencias y *saberes* y, con ello, lograr el máximo desarrollo personal y calidad de vida.

La idea de que la persona “*nunca acaba su proceso de construcción*” enunciada por Heidegger y que está en el sustrato de la Pedagogía, adquiere más valor que nunca cuando se piensa en las personas mayores. Pero, ¿A qué nos referimos con *proceso de construcción*? ¿Se refiere a procesos educativos o de aprendizaje?

Frecuentemente las palabras educación y aprendizaje se utilizan como sinónimos, aunque se trata dos conceptos diferentes. Aprendizaje es mucho más amplio que educación en el sentido de que la educación implica una relación de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo “el aprendizaje es algo que sucede a los individuos a lo largo de toda su vida...es un proceso mediante el cual sus experiencias son transformadas en conocimiento, habilidades, actitudes, valores, creencias, emociones y sensaciones.” (Jarvis, 2004). Todas las personas, incluidas las mas mayores, aprendemos a lo largo y ancho de nuestra vida, pues cual-

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

quier entorno relacional o situación vivida nos proporciona experiencia de la que poder extraer aprendizajes. Las situaciones educativas, los programas socio-educativos son solo una oportunidad más en las que aprender.

Desde esta perspectiva, el aprendizaje a lo largo de la vida, ha de ser:

- **Multidimensional:** requiere de la complementariedad de oportunidades y escenarios de diverso tipo (de corte formal, no formal e informal).
- **Longitudinal:** es un proceso continuo, literalmente, hasta el final de vida.
- **Vertical:** abarca todas las dimensiones y contextos de la persona, conectando necesidades e intereses ocupacionales, personales, familiares o sociales.
- **Funcional y significativo:** ayuda a la persona a desarrollar sus competencias y desarrollar las diversas dimensiones relacionadas con su calidad de vida, desde sus valores, significados y experiencias previas.
- **Flexible y diverso:** en contenidos, situaciones, instrumentos y estrategias, materiales y medios para ese aprendizaje.

A la hora de referirse al aprendizaje a lo largo de la vida (LLL) hemos de tener en cuenta que es prácticamente imposible poder referirnos de forma breve al enorme abanico de intereses, deseos y necesidades educativas de las personas de más edad –dado el inmenso pluralismo de las personas que forman parte de este colectivo–. Sin embargo, podemos encontrar elementos comunes sobre los que avanzar y que se refieren a una idea que sobrevuela a toda situación de aprendizaje, se de ésta en entornos informales, no formales o formales. Nos referimos a la idea de competencias para la vida.

El concepto de competencia ha irrumpido en el mundo educativo desde no hace mucho, pero nos ha aportado una visión muy valiosa referida a los objetivos y contenidos educativos. Gracias a esta nueva “mirada”, el objetivo de los aprendizajes no será tanto que las personas logren *saberes*, sino que puedan adquirir un *saber hacer* y un *saber ser*.

La meta del LLL está intrínsecamente unida al desarrollo de las competencias que necesita para su vida.

**La idea de competencia** nos permite distinguir entre “*el potencial*” entendida como la capacidad de una persona y “*el desempeño*” como el uso real de ese potencial en entornos y relaciones específicos.

El desarrollo de competencias en el LLL deberá optimizar ese potencial de la persona (favorecer su *enriquecimiento*), pero también favorecerle oportunidades significativas para su desempeño (permitir su empoderamiento). Para lograr esta complementariedad entre *potencial* y *desempeño* será necesario conocer y abordar todas las posibles causas

influyentes en el desarrollo de las competencias personales; las de carácter *interno* (capacidades de la persona y otros factores emocionales o motivacionales) y lo de carácter externo, directamente vinculados al entorno, a sus relaciones con los otros, con aspectos organizativos, etc....

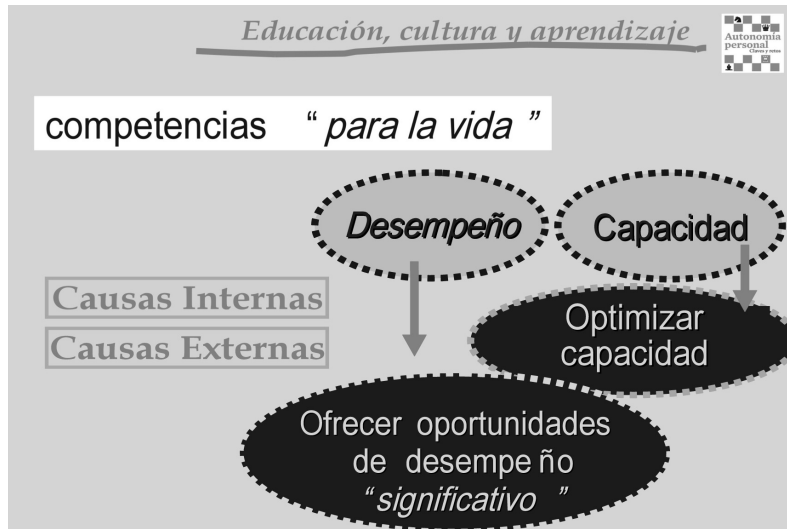


Figura 1. Competencias para la vida

Algunos ejemplos de competencias para la vida serían la capacidad de:

- De auto conocerse y autovaloración.
- De desarrollo de la creatividad personal y de las propias potencialidades.
- De relación interpersonal.
- De búsqueda y el análisis crítico de la información.
- De observación y análisis del entorno –próximo y lejano–.
- De actuación y construcción en el entorno propio.
- De adquisición de conocimientos y habilidades científicas.
- De participación en la propia identidad cultural y social.
- De aceptación de diferencias y discrepancias.
- De saber aprender.

## 2. Marco del envejecimiento activo

- De comprensión de los cambios sociales e individuales.
- De utilización de las TICS.
- De mantenimiento de la autonomía moral y la autoestima a pesar de la pérdida de independencia, etc.

Como es fácil imaginar, la adquisición de estas competencias para la vida trasciende los muros de los escenarios de la educación formal en todos los grupos de edad, en el caso de los mayores, mucho más. Las personas mayores aprenden, como todos los demás, significados, actitudes, comportamientos, informaciones en todas las relaciones y entornos en los que viven. Aquellos que viven o acuden a diario a servicios sociales o de atención sociosanitaria (centros de día o residencias) aprenden de nuestras formas de trabajo y organización, seamos nosotros conscientes o no de ello.

Una competencia adquirida y demostrada en la práctica (que podremos visualizar como la parte visible del iceberg) se alza gracias a la fortaleza de diversas dimensiones de la persona, tal y como queda reflejado a continuación. Es por ello que permitir oportunidades de LLL requiere que quienes trabajamos en instituciones con personas mayores (sean éstos propiamente socioeducativos, sociales o sociosanitarios) prestemos mucha más atención a los aspectos “invisibles” de las competencias.



Figura 2. Competencia

## El estado actual de la cuestión

Si tuviéramos que definir en dos palabras la situación actual de las oportunidades de LLL en España podríamos decir:

Que la demanda es enormemente heterogénea y la oferta que se ofrece está muy segmentada. Las personas mayores disponen de diferentes escenarios/circuitos de los que continuar aprendiendo. La siguiente agrupación (más basada en las características organizacionales de los promotores de la oferta, que en criterios estrictamente pedagógicos) podríamos encontrar tres grandes **escenarios o itinerarios para el LLL**:

- 1.- El que se ofrece desde los servicios sociales u otras instituciones de carácter no educativo.
- 2.- El que se ofrece desde asociaciones de personas mayores (CEATE, UNATE, ETC.)
- 3.- El que ofrece desde las Universidades (los Programas Universitarios de Mayores), la educación permanente de adultos o las Universidades Populares.

A pesar de las enormes diferencias que se encuentran entre ellas, es indudable que todas tienen mucho recorrido de mejora en varias áreas:

- Repensar las formas de relación profesional/participantes mayores.
- Mejorar las metodologías pedagógicas.
- Adecuar el rol (el desempeño) del docente a esta visión del LLL.

De este modo las oportunidades de aprendizaje que se brinda a las personas lograrán un mayor desarrollo de sus competencias para la vida, y que éstas le sirvan para mejorar su calidad de vida.

Considerar que las personas más mayores no dejan de ser personas adultas, aportaría indudables mejoras a nuestra forma de percibirles, y por tanto de relacionarnos y de diseñar propuestas profesionales **con ellos** (más que *para ellos*).

En el ámbito educativo, esta consideración es bien visible por cuanto la construcción del concepto de LLL no puede desligarse de la historia de la educación de adultos que –a pesar de sus luces y sombras–, ha permitido desarrollar una visión más amplia y completa del aprendizaje de la que los adultos mayores pueden beneficiarse.

En un brevísimo repaso histórico podemos comprobar como ha transcurrido esta evolución que se inició con el reconocimiento del derecho a la educación para todas las personas (recogido en la Declaración de los Derechos Humanos a mediados del siglo pasado).

Tabla. Principales hitos en la educación de personas adultas

LA EDUCACIÓN	
<b>Como derecho</b> (1940-1960)	1948- La Declaración Universal de Derechos Humanos
<b>Compensatoria</b> (1960-1975)	1967- Conferencia Internacional sobre la Crisis Mundial de Educación 1972- Informe de Faure, <i>Aprender a Ser</i>
<b>Permanente.</b> (1975-1990)	1978- Constitución Española 1982- I Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena)
<b>A lo largo de toda la vida (LLL)</b> (1990 a la actualidad)	1991- Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad 1993- Año Europeo de la Solidaridad Intergeneracional 1996 - Año Europeo E. y Formación Permanente; Informe de Delors 1999- Año Internacional de las Personas Mayores 2002- II Asamblea Mundial del Envejecimiento y el Foro Mundial de ONG sobre envejecimiento

Aunque en muchos de estos eventos se produjeron aportes ciertamente valiosos para el LLL, es especialmente relevante el denominado Informe Delors (1996) que supuso una innovación en el mundo de la educación de las personas adultas a la educación como aquel medio que las personas necesitan para el ejercicio de una ciudadanía activa y democrática. En base a esta idea, el informe ofrece una reflexión acerca de cuales han de ser los *aprendizajes básicos* de las personas, proponiendo los siguientes: *aprender a conocer y comprender; aprender a hacer e influir en el entorno propio; aprender a vivir juntos y aprender a ser personas autónomas y críticas capaces de formular juicios propios y hacer frente a las circunstancias de la vida.*

¿Cabe una definición más práctica y adecuada de lo que pueden ser aprendizajes valiosos para los adultos mayores?

### Cultura, Atención Personal y Aprendizaje

Sin embargo, generalizar el derecho al aprendizaje, y a tener oportunidades adecuadas de educación a lo largo de la vida, requiere cuestionarse acerca de un aspecto que me preocupa especialmente, y que se refiere a cómo vamos a conseguir que las personas que se encuentran en situación de dependencia y/o heteronomía puedan beneficiarse del LLL al que nos estamos refiriendo. ¿O es que no tienen derecho a continuar aprendiendo a lo largo de la vida? ¿Cómo hacer compatible este derecho a ser “ellos mismos” y a seguir aprendiendo con la necesidad de recepción de apoyos y/o cuidados en instituciones sociales o socio sanitarias?



En estos contextos, y para este tipo de ciudadanos, será la idea de aprendizaje (más global y amplia que el de educación, como se ha expuesto) aquella en la que deberemos fijarnos para hacer más posible el ejercicio de este derecho. Y, para aquellos que trabajamos en contextos organizacionales, esta cuestión deberemos vincularla a la idea de cultura y a la de cultura organizacional... Conceptos, a los que los gerontólogos no hemos prestado la necesaria atención.

Por una parte recordemos que la cultura de una sociedad se construye gracias a las aportaciones de todos sus miembros (incluidos los más mayores) por lo que *considerarlos* resulta imprescindible.

Partimos de una visión de la cultura como el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados. Es por ello que ésta influye en la forma en la que las personas interpretamos nuestra experiencia. Gracias a la cultura cada individuo otorga significados, organiza sus relaciones con los otros, elige sus comportamientos y comprende lo que sucede a su alrededor:

Y esta idea de cultura, en sentido amplio, también tiene su correlato a pequeña escala en nuestros recursos de atención a personas mayores, pues toda organización crea y mantiene su propia cultura. Ésta:

- Aunque puede ser cambiante, suele ser muy resistente a ser modificada.
- Se construye, y se aprende y transmite con el lenguaje y los modos de hacer cotidianos.
- Organiza toda la institución, también las relaciones entre las personas (al asignar y definir estilos de comunicación y *roles*), da pautas (más implícitas que explícitas) de cómo integrarse en ella (en sus grupos).
- No siempre coincide el nivel implícito con el explícito (una cosa es lo que *la gente dice* qué es su cultura –lo que consideran valioso, lo que desean promover, etc.–, y otra lo que realmente *están reproduciendo* con sus comportamientos).

Analizar la cultura organizativa de nuestras instituciones va a facilitar la comprensión de hechos y circunstancias que, de otro modo, no son fácilmente entendibles ni modificables.

Pero volviendo a los referentes teóricos a los que anhelamos acercarnos (envejecimiento activo y calidad de vida), tratar de hacerlos realidad nos lleva necesariamente a cuestionarnos cómo interaccionan las cuatro diferentes culturas que cohabitan en las organizaciones prestadoras de servicios. Me refiero a:

- La cultura de las personas usuarias.
- La cultura de las personas trabajadoras.
- La de la organización.
- La del entorno en la que se ubica.

El modo en el que se establezca esta convivencia de formas de entender la vida, se define lo que en esa institución propone como valioso, lo que es deseable, lo que está dispuesta a ofrecer y permitir para que las personas usuarias sean “ellas mismas” y logren el máximo posible de calidad de vida.

### **Lograr que la cultura de las personas usuarias no quede diluida entre las concepciones de los profesionales y las de la organización va convertirse en otra área de mejora pendiente**

Esta visión más cultural de las instituciones de atención a personas en situación de dependencia y/o heteronomía resulta una innovación pues habitualmente, no hemos considerado necesario hacer compatible los cuidados con el propio repertorio cultural de la persona destinataria de los mismos.

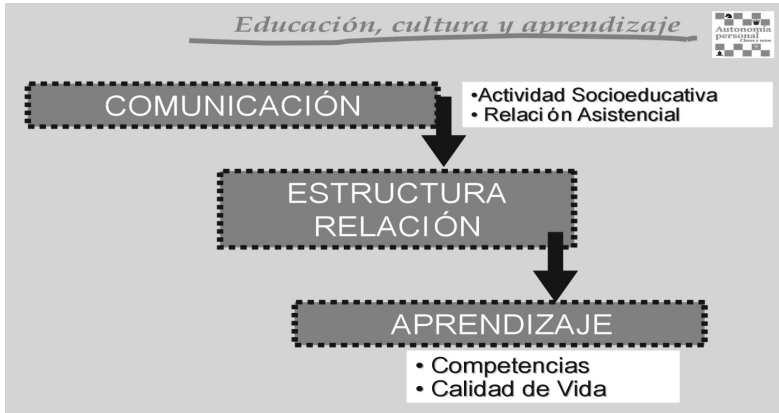
En un modelo asistencial que busca el reconocimiento del otro (incluida su cultura), surge la necesidad de cuestionarse si la forma en la que proporcionamos apoyos y/o cuidados son los adecuados. Es decir, si los planes personalizados de atención que realizamos, los programas que ofrecemos, las formas de organización de lo cotidiano (que abarca desde el uso de los espacios, la estructuración de los tiempos, las formas de relación entre personas usuarias y con el persona, etc.) están basados en lo que las personas usuarias realmente quieren y pueden hacer con sus vidas.

Una visión crítica y más humilde probablemente nos llevará a considerar que tenemos muchas áreas que mejorar si tratamos de proporcionar apoyos y cuidados culturalmente congruentes, es decir que resulten significativos, habilitadores, respetuosos con los valores y los diferentes modelos de vida de las personas usuarias.

Por último me referiré a aspectos esenciales en lo que respecta también al aprendizaje de las personas usuarias de nuestros recursos. Todos los profesionales que nos relacionamos con personas mayores debemos cuidar especialmente la forma en la que lo hacemos, pues toda comunicación propone y estructura la relación entre las personas. Si esa relación propuesta se hace desde la igualdad y el respeto entonces la persona comprueba la consideración que despierta en *el otro*. Sin embargo, un rol profesional que no considera suficientemente *al otro* desempeñando un rol de partida desigual, va a generar aprendizajes negativos para la persona: aumentando sus actitudes y comportamientos dependientes,

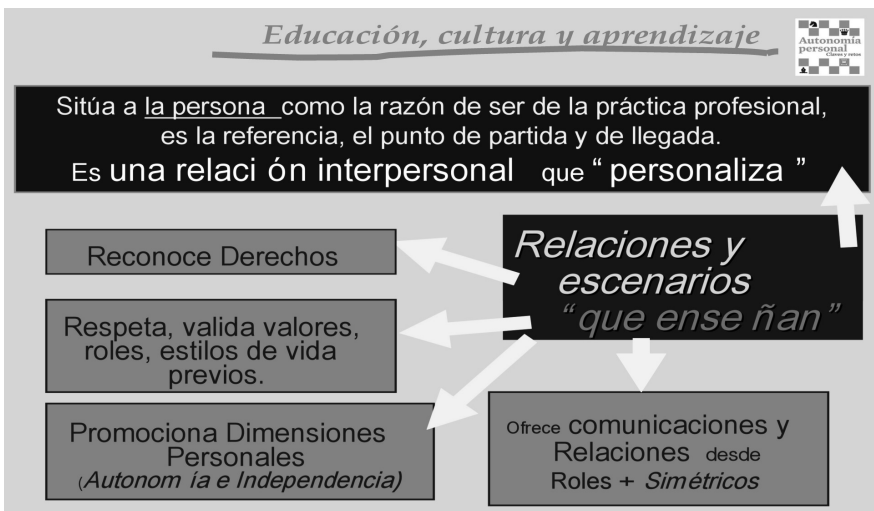
disminuyendo su autoestima, confirmando estereotipos negativos, limitando sus competencias e impactando negativamente en importantes dimensiones de su calidad de vida.

Figura 3. Comunicación, relaciones y aprendizaje



No revisar y cuidar más las relacionales interpersonales en los recursos nos puede llevar a que nuestras intervenciones profesionales, en realidad, generen situaciones de enseñanza-aprendizaje que confirmen la idea de que sus formas de pensar, actuar, sus significados y valores no tienen el mismo valor que los nuestros, logrando los efectos contrarios a los objetivos de rehabilitación o estimulación que, teóricamente, pretende la institución y nosotros como profesionales.

Figura 4. Nuestro Modelo Asistencial



Un Modelo Asistencial que no considera los aspectos culturales y relacionales que conforman la vida y el aprendizaje cotidiano de las personas usuarias resulta ya, un modelo obsoleto. Y lo peor, es que las instituciones y profesionales que continuamos empleándolo, somos cómplices, seamos conscientes o no, de la reproducción no sólo de los estereotipos más negativos sobre la vejez, sino de establecer formas paternalistas y/o de dominación hacia otras personas adultas en situación de dependencia y de mayor vulnerabilidad, que resultan ya, más que cuestionables en una sociedad como la nuestra.

## Bibliografía

- Bermejo GL. Gerontología Educativa. Cómo diseñar programas educativos con mayores. Madrid: Editorial Panamericana, Colección Gerontología Social-SEGG; 2005.
- Bermejo L. Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en centros de día de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias; 2009.
- Bermejo L. Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias; 2009.
- Bermejo, L. (Dir). Envejecimiento activo y Programas Educativos con personas mayores: Manual de Buenas Practicas Madrid: ED. Panamericana-SEGG. Colección Gerontología Social (en Prensa).
- Bermejo L. "Aprendizaje a lo largo de la vida". En el Libro Blanco de las Personas Mayores y del envejecimiento. Madrid: IMSERSO (en Prensa).
- Bermejo L, Martínez T y Mañós Q. Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias; 2009.
- Coll C. & Miras M. La representación mutua profesorado / alumno y sus repercusiones sobre la enseñanza y el aprendizaje. En Coll, C.; Palacios, J & Marchesi, A. (1996). Desarrollo psicológico y educación. Psicología de la Educación Madrid: Alianza Editorial; 1996. II Pág. 297-313.
- Colom CA, Orte SC. (Coords.) Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores. Palma: Universitat de les Illes Balears. 2001.
- Delors J. La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana Ediciones-UNESCO; 1996.

- Díaz P, Bermejo L, y Yanguas J. Guía Didáctica "Saber envejecer; prevenir la dependencia". Madrid: Obra Social de Caja Madrid; 2007 [http://www.obrasocialcajamadrid.es/ObraSocial/os\\_cruce/0,0,70055\\_0\\_0\\_0,00.html](http://www.obrasocialcajamadrid.es/ObraSocial/os_cruce/0,0,70055_0_0_0,00.html)
- Faure, Edgar y otros. Aprender a ser. Madrid: Alianza Editorial-UNESCO; 1973
- Fantova F. Comunicación y relación en la intervención social y en la gestión de calidad. En Setién, M.L. y Sacanell, E. (Coords.). La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias. Valencia; Tirant lo Blanch. 2003. Pág. 177-188
- Jarvis P. El aprendizaje y la sociedad del aprendizaje. En García Minguez J. La educación en personas mayores: ensayo de nuevos caminos. Madrid- Nancea; 2004.
- Martínez R S. La motivación para participar en procesos de formación: desafíos metodológicos. En Alonso, D., Lirio, J. y Mairal, P. Mayores activos. Teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores, Madrid- Arjé; 2007. Pág. 119-155.
- McClusky HY. The community of generations: A goal and a context for the education of persons in the later years. En Sherron RH. & Lumsden DB. Eds. Introduction to Educational Gerontology. New York Hemishere; 1978
- OMS. "Envejecimiento activo: un marco político". Revista Española de Geriatria y Gerontología 37(S2); 2002. Pág. 74-105.
- Requejo OA. La Educación de "personas mayores" en el contexto europeo. 2009 [www.usal.es/efora](http://www.usal.es/efora) Marzo 2009 Vol. 3
- Spigner-Littles D, & Anderson CE. Constructivism: A Paradigm for Older Learners. Educational Gerontology; 1999. Pág. 25, 203-209.
- Tyler J M. Geragogy: A theory for teaching the elderly. New York-London; The Haworth Press. 1988.
- Uriarte M, AE, Leturia AF. Aprendizaje a lo largo de la vida: importancia y significación para las personas mayores. En Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología; 2005. Vol. 21, N°. 5, Pág. 216-224.



## 2.3. Desmitificando la vejez. Líneas de investigación en el envejecimiento

**Mónica de la Fuente del Rey**

*Catedrática de Fisiología. Facultad de Ciencias Biológicas.  
Universidad Complutense de Madrid.*

### La vejez y su enfoque histórico

La vejez, la cualidad de ser viejo, lo que en el ser humano, según la OMS, se alcanza a los 75 años, ha tenido una consideración diferente a lo largo de la historia. Así, dependiendo del momento se ha valorado más la experiencia y sabiduría de los años que el deterioro corporal, o a la inversa, se ha considerado la juventud como el mayor de los bienes.

En las culturas antiguas, la mesopotámica, la egipcia, la china o la india, ya se recoge información sobre personajes longevos, aportaciones al estudio de la vejez y normas de vida para retrasarla. En la Biblia se refleja una buena consideración al anciano, pero se tienen escritos chinos o egipcios en los que queda de manifiesto que la vejez era considerada una desgracia por el deterioro que se experimenta en la misma. En Grecia se pasa de tener a la vejez como una maldición, en el periodo clásico, a una buena consideración de los ancianos en el periodo helenístico. También en Roma hay un cambio en la apreciación de la vejez, pero en este caso durante la República tiene una buena consideración, mientras que es tenida como una enfermedad en el Imperio. Tras el retroceso sociocultural de la Edad Media, época en la que la “Alquimia” buscaba no sólo la “piedra filosofal” sino más ardientemente el “elixir de la eterna juventud”, se llega al Renacimiento, con figuras como Leonardo da Vinci, que hizo importantes estudios sobre el aspecto de los vasos en los cadáveres de ancianos. Se pasa por unos siglos, el XVII y el XVIII, en los que los ancianos no son bien considerados, llegando al XIX en el que comienzan a existir instituciones que se dedican a su cuidado. En este siglo y en el XX se van a desarrollar los estudios científicos sobre el proceso que lleva a la vejez, el envejecimiento. Como uno de los primeros investigadores en este campo se puede citar a Metchnikoff (1845-1916), el cual comprobó que los animales de intestino largo tenían una menor longevidad que los de intestino corto, lo que le hizo pensar que algo había en el intestino que acortaba la vida de los primeros. Llegó a la conclusión que era la presencia de bacterias patógenas, productoras de toxinas, en mayor número que las saprófitas, y encontró la solución para reponer la presencia de éstas mediante la ingestión de yogur. Él mismo fue un apasionado consumidor de este producto, que permite renovar la flora intestinal, eliminando los bacilos patógenos. Otro investigador que intentó combatir el envejecimiento fue el fisiólogo Brown-Sequard (1817-1894), el cual, en base a la idea que se tenía desde la antigüedad de que en el ser humano la vejez

se acentúa cuando decaen las funciones sexuales, se inyectó extractos de testículos de cobaya para rejuvenecerse. La polémica surgida tras estas investigaciones dejó de tener interés al aparecer otra técnica para tratar el envejecimiento, la cirugía. En este sentido fue Voronoff, el auténtico protagonista. Este cirujano, médico de los eunucos en Egipto, comprobó que la extirpación de los testículos producía un decaimiento físico comparable a un cuadro de envejecimiento, y por ello, pensó que el trasplante de un testículo funcionante podría ser adecuado para rejuvenecer al individuo. De vuelta a Francia, y tras intentar infructuosamente encontrar donantes humanos, decidió utilizar testículos provenientes de los animales más cercanos al hombre, los monos. En 1920 realizó el primer trasplante testicular de mono a hombre. Tras 162 trasplantes, un incidente no controlado, la infección por sífilis de los últimos monos que utilizó, marcó el fin de este sistema para hacer más lento el deterioro del envejecimiento. Años más tarde, ya en pleno siglo XX, Niehans, desarrolló una línea experimental de tratamiento con células vivas de embriones de oveja, y el aplicar ese tratamiento, con éxito, en figuras como el Papa Pío XII le dieron fama mundial. La lista de los científicos que durante el siglo XX se han aproximado al tema del envejecimiento es larga e imposible de enumerar de forma completa.

Es evidente que las características positivas de la vejez que recogen algunas frases como la de Ingmar Bergman “Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena” o la de “En la juventud aprendemos, en la vejez entendemos” de Marie von Ebner-Eschenbach, quedan eclipsadas por las que destacan los aspectos negativos de este momento de la vida. Así, decía Juvenal “Más que la muerte es de temer la vejez” y Montesquie dejó escrito: “*Es una desgracia que haya un intervalo tan pequeño entre el tiempo en que somos demasiado jóvenes y el tiempo en que somos demasiado viejos*”. No obstante, como recoge un proverbio francés: “*Es una pena el ser viejo, pero no lo es todo el que quiere*”.

## Cómo conseguir una vejez saludable y de calidad. Cómo tener un buen envejecimiento y longevidad

Continuando con la idea final del apartado anterior lo que realmente buscamos es llegar a viejos, pero en las mejores condiciones. Hay que “*dar más vida a los años y no sólo más años a la vida*”. Para ello, lo que tenemos que conseguir es tener un buen envejecimiento, un concepto que ahora se desarrollará y que no es sinónimo de vejez. Como decía Charles A. Sainte-Beuve “*envejecer es todavía el único medio que se ha descubierto para vivir mucho tiempo*”.

### ¿Qué es el envejecimiento? ¿Qué es la longevidad?

El envejecimiento es un proceso biológico que afecta a todos los organismos vivos, especialmente a los pluricelulares y con reproducción sexual. Actualmente, los avances



alcanzados en el ámbito sanitario y social están permitiendo aumentar nuestra **esperanza de vida media o longevidad media**, la cual representa la media de años de vida para una determinada población que han nacido en la misma fecha, y depende, prioritariamente, de factores de estilo de vida. En España esta se encuentra actualmente alrededor de los ochenta, algo mayor para las mujeres y menor para los hombres. Dado que empezamos a envejecer una vez que hemos alcanzado nuestra edad reproductora, los 18-20 años, el periodo de nuestra vida en el que estamos envejeciendo es el más largo de nuestra existencia. Como indicó muy acertadamente Dröescher “*sólo se puede estar en dos momentos: creciendo o envejeciendo*”.

El proceso de envejecimiento culmina al cumplirse el tiempo que representa la **esperanza de vida máxima o longevidad máxima**, esto es, la edad máxima alcanzable por los individuos pertenecientes a una especie concreta, hecho que viene determinado genéticamente. Como miembros de la especie *Homo sapiens sapiens* podemos llegar a los más o menos 120 años que ya indicaba el Génesis podría vivir el hombre. Así, los avances sanitarios y un adecuado estilo de vida, pueden permitirnos una mayor longevidad media, pero esta no podrá superar en mucho más esos 120 años.

No es fácil definir el envejecimiento, aunque parezca aparentemente muy sencillo reconocer más o menos la edad de las personas que vemos. De hecho, hay numerosas definiciones, pero en todas se recoge la misma idea: cambios que se van sucediendo progresivamente en nuestras células y tejidos con el paso del tiempo que suponen una pérdida progresiva de rendimiento y una incapacidad para mantener la homeostasis (ese equilibrio funcional que nos permite responder adecuadamente a las modificaciones de nuestro organismo frente a estímulos internos y externos), lo que aumenta el riesgo de enfermedades y muerte.

El envejecimiento está caracterizado, según indicó el eminente gerontólogo Strehler por ser universal (tiene lugar en todos los individuos), endógeno o intrínseco (las causas del proceso tienen un origen interno), progresivo (dichas causas están presentes a lo largo de toda la vida de los individuos) y deletéreo (tiene un marcado carácter perjudicial para el individuo). Es posible que de estas 4 características las que más pueden ayudar a entender el proceso de envejecimiento sean las de que es progresivo y endógeno. Este carácter endógeno explica el hecho de que las especies animales tengan una esperanza de vida máxima muy diferente aunque vivan en ambientes y condiciones muy parecidas, pues, como antes se ha comentado, en la longevidad máxima los genes son determinantes. Sin embargo, en la longevidad media de un individuo de una especie, como sucede en el ser humano, los factores ambientales y de estilo de vida influyen decisivamente. De hecho, si los genes pueden participar en un 25% de esa longevidad media, el estilo de vida lo puede llegar a hacer en un 75%. De aquí, la importancia que tiene el fomentar adecuados hábitos que nos permitan acercarnos lo más posible y en las mejores condiciones a nuestra esperanza de vida máxima.

### *Cambios Fisiológicos con el envejecimiento*

En el envejecimiento hay cambios bioquímicos, morfológicos, fisiológicos y conductuales, pero es posiblemente la perspectiva fisiológica la que mejor defina las alteraciones que se manifiestan al envejecer. De hecho, es ese aspecto de deterioro fisiológico el que aparece siempre en las definiciones de envejecimiento. En el envejecimiento normal, el objeto de estudio de la gerontología, se dan una serie de cambios que suponen una pérdida progresiva de rendimiento funcional y del mantenimiento de la homeostasis por alteraciones en los sistemas reguladores, el sistema nervioso, el endocrino y el inmunitario, que luego se comentará. Esto es lo que hace que al envejecer se sea más proclive a sufrir procesos patológicos. De esas enfermedades, que con tanta frecuencia aquejan a los ancianos, y de los métodos de tratamiento de las mismas se ocupa la geriatría. Siguiendo la definición que Miller dio del envejecimiento en 1994 *"es un proceso que convierte a adultos sanos en frágiles, a través de una disminución de las reservas en la mayoría de los sistemas fisiológicos y de un aumento exponencial de la vulnerabilidad frente a la mayoría de las enfermedades y a la muerte"*, se percibe claramente que el proceso biológico que representa el envejecimiento es diferente de las enfermedades individuales que aparecen con el mismo.

Haciendo un breve repaso sobre los cambios funcionales que tienen lugar al envejecer, en lo que respecta a aspectos generales es evidente el deterioro de la masa ósea, por lo que se va reduciendo la estatura corporal y aparece una predisposición a la osteoporosis. La masa muscular también se va perdiendo, por lo que la fuerza va siendo menor. Aparece una redistribución del tejido adiposo, dándose en mayor medida en la zona del tronco, y la piel pierde su elasticidad. De forma más específica, la función digestiva, la renal, la respiratoria y la cardiovascular, se deterioran. De hecho, una característica del envejecimiento es la menor capacidad, de cualquier sistema fisiológico, para responder a los esfuerzos. Los sistemas reguladores experimentan un claro deterioro con el paso del tiempo. Así, nuestro cerebro no sólo va reduciendo sus neuronas, también las conexiones sinápticas y la velocidad de conducción, lo cual se manifiesta con una peor función mental. El sistema endocrino va perdiendo capacidad de liberar toda una serie de hormonas fundamentales para el funcionamiento del organismo y el sistema inmunitario, con la consecuente menor capacidad defensiva frente a las infecciones y células malignas con las que continuamente nos vamos enfrentando.

Es evidente que al envejecer el aspecto físico se deteriora con la presencia de arrugas, canas, etc, pero como indicó Santiago Ramón y Cajal *"No deben preocuparnos las arrugas del rostro sino las del cerebro"*. Es también cierto que con la edad se pierde respuesta funcional, pero siguiendo el comentario que algunos atribuyen a Woody Allen *"No me gusta envejecer, pero la alternativa me gusta todavía menos"*. Por tanto, ya que el envejecimiento y sus consecuencias son inexorables aprendamos a conseguir que el mismo se desarrolle de la forma más lenta posible.

## La Edad Biológica

Un hecho que es evidente en ese progresivo proceso que es el envejecimiento, es su enorme heterogeneidad. El envejecimiento se asocia con una gran variedad de alteraciones a todos los niveles de organización biológica, las cuales se llevan a cabo a una velocidad diferente en los diversos órganos y sistemas de cada individuo y en cada uno de los individuos de una población con la misma edad cronológica. Así, se hace evidente que el “tiempo biológico” que se manifiesta en los organismos no siempre coincide con el “tiempo cronológico” que miden los relojes, no tiene lugar al mismo ritmo. Este hecho, que se empezó a estudiar a mediados del pasado siglo, permitió establecer el concepto de “edad biológica”. Una serie de estudios, algunos llevados a cabo con un gran número de individuos y de forma longitudinal, permitieron acreditar el valor como indicador de longevidad que tiene la “edad biológica”.

El problema está hoy en tener marcadores adecuados que puedan medir esa “edad biológica”, más difícil de determinar que la edad cronológica de los individuos. Se han propuesto una serie de “biomarcadores”, que son parámetros bioquímicos, fisiológicos y psicológicos que cambian con la edad y que pueden manifestar una relación entre los mismos, la edad cronológica, la pérdida de salud y las expectativas de longevidad. Así, el tener unos parámetros “más envejecidos”, entre los que se han incluido la capacidad respiratoria, la tensión arterial y el tiempo de reacción en pruebas psicológicas, que los de la mayoría de las personas de su misma edad cronológica suponen una tendencia a morir prematuramente.

## El Sistema Inmunitario como marcador de edad biológica y predictor de longevidad

Nuestro grupo de investigación se planteó hace tiempo encontrar marcadores de edad biológica que predijeran la longevidad y que fueran relativamente fáciles de valorar, permitiéndonos, además, comprobar el efecto que factores de estilo de vida podrían tener mejorando dicha edad biológica. Basándonos en las publicaciones en las que se confirmaba al sistema inmunitario como un excelente marcador de salud (un buen estado funcional de nuestros leucocitos nos asegura una buena salud), nos propusimos comprobar si podría ser un buen marcador de edad biológica y predecir la longevidad.

### *El Sistema Inmunitario*

Desde que nacemos nos encontramos continuamente expuestos a padecer infecciones y procesos cancerosos, frente a los cuales sucumbiríamos si no fuera porque disponemos de un complejo sistema, el inmunitario, que al reconocer nuestra particular identidad nos defiende de lo extraño, los antígenos, ya sean microorganismos invasores o células que se

nos malignizan. Este sistema está constituido por una gran variedad de células (leucocitos) y moléculas capaces de reconocer y eliminar un número ilimitado de diferentes agentes extraños al organismo. El conjunto de mecanismos que se ponen en marcha para llevar a cabo esa función se conoce como “respuesta inmunitaria”. En esta respuesta se da una primera fase de reconocimiento del antígeno, para posteriormente llevarse a cabo una activación de las células y moléculas que van a permitir la eliminación del mismo. Esta activación, que constituye la segunda fase de la respuesta inmunitaria, es un conjunto de procesos que se encuentran perfectamente regulados, ya que una activación descontrolada de los leucocitos podría suponer, y de hecho lo hace, la aparición de enfermedades o la muerte del individuo. La tercera y última fase, la efectora, es la destrucción de lo extraño, lo cual implica la generación de un proceso de inflamación y oxidación que va a permitir la eliminación de los antígenos. Es evidente que tan importante como generar una buena respuesta inmunitaria capaz de eliminar los agentes infecciosos y las células malignizadas, lo es el poder cortar esa respuesta una vez ha cumplido su misión. De no conseguirse tendríamos un estado inflamatorio que podría conducir a una patología.

El sistema inmunitario es fundamental en el mantenimiento de la homeostasis corporal, siendo un claro sistema regulador; en igualdad de condiciones con los sistemas reguladores clásicos como el sistema nervioso y el endocrino. Cuando este sistema inmunitario no funciona adecuadamente tenemos toda una serie de patologías. Se podría decir que en prácticamente todas las enfermedades puede subyacer un mal funcionamiento del sistema inmunitario, pues son muchas las enfermedades de base inflamatoria que se han descrito.

### *La Comunicación Neuroinmunoendocrina*

Un hecho que hay que tener en cuenta es que el sistema inmunitario no trabaja aisladamente sino que lo hace en conexión con los otros sistemas reguladores del organismo: el sistema nervioso y el sistema endocrino. La comunicación bidireccional entre estos sistemas reguladores se confirmó científicamente hace unas tres décadas y actualmente se admite la existencia de un sistema neuroinmunoendocrino que proporciona el mantenimiento de la homeostasis corporal, y por tanto de la salud de los individuos. La demostración científica de esa comunicación, ha permitido comprender, en base a los datos experimentales, toda una serie de hechos observados en la vida cotidiana.

Es evidente que las situaciones de depresión, ansiedad o estrés emocional, provocadas por ejemplo por la pérdida de trabajo o de un ser querido, entre otras, se acompañan de una mayor propensión a padecer desde procesos infecciosos hasta cánceres o enfermedades autoinmunes, lo que supone que el sistema inmunitario se encuentra deteriorado y consecuentemente hay una peor salud. Por el contrario, situaciones agradables o una “visión optimista” de la vida nos ayuda a superar enfermedades que tienen una base inmunitaria y, en general, a tener mejor salud. Se ha comprobado que los mediadores

leucocitarios, como las citoquinas, llegan a las neuronas y actúan sobre ellas, y que los del sistema nervioso y endocrino, los neurotransmisores y hormonas, alcanzan a los leucocitos. Además, lo que puede parecer más extraño, los leucocitos producen neurotransmisores y hormonas, y las células nerviosas citoquinas. Por ello, la comunicación entre los sistemas se establece tanto mediante circuitos largos (periferia con sistema nervioso central) como a nivel local. Así, tenemos que tener en cuenta que cualquier incidencia que podamos ejercer en el sistema inmunitario repercutirá en los sistemas nervioso y endocrino, y a la inversa.

### *La Inmunosenescencia*

El deterioro que manifiesta el sistema inmunitario con la edad es evidente. De hecho, es conocido que al envejecer tienen lugar una mayor incidencia de fenómenos autoinmunes, infecciones y cánceres, patologías que indican la presencia de un sistema inmunitario poco eficiente. Además, el mayor porcentaje de muertes en la vejez tiene lugar por esos procesos patológicos, especialmente como consecuencia de los infecciosos. Tal es la importancia de una correcta inmunidad en el mantenimiento de la salud que una de las teorías enunciadas sobre las causas del envejecimiento, la “teoría inmunitaria”, hace responsable de las alteraciones que tienen lugar en el organismo con el paso del tiempo a los cambios que acontecen en el sistema defensivo. De hecho, el estado inmunitario se considera en la actualidad un claro determinante de la morbilidad y mortalidad que se da en el ser humano al avanzar la edad.

Aunque las células inmunitarias modifican su estructura y capacidad funcional en el envejecimiento, no todas parecen manifestar una clara disminución de la misma. Las hay que se encuentran más activadas y otras no muestran cambios sustanciales al envejecer. Por ello, se ha sugerido que lo que se produce al envejecer es una “reestructuración” del sistema inmunitario que afecta a cada componente de este sistema y a las interacciones entre los mismos. Estos cambios en la respuesta inmunitaria al envejecer es lo que se conoce como “inmunosenescencia”.

La “remodelación” que experimenta el sistema inmunitario con el envejecimiento se aprecia en los cambios en las subpoblaciones leucocitarias (hay más linfocitos memoria y menos vírgenes, hay más células natural killer (NK), ...), pero de forma más relevante en la capacidad funcional de sus células. Es un hecho que las etapas antes comentadas de la respuesta inmunitaria se modifican al envejecer. Los linfocitos, y especialmente los T, son las células que experimentan en mayor medida un deterioro funcional como consecuencia del envejecimiento. Una de las funciones más destacadas de los linfocitos T es su proliferación o expansión clonal en respuesta a un antígeno, la cual claramente disminuye con la edad. Como paso previo a la proliferación los linfocitos deben adherirse al endotelio y a los tejidos y migrar al sitio de reconocimiento antigénico, dos funciones no específicas que comparten con otras células inmunitarias como los fagocitos. En esa

función de adherencia participan las moléculas de adhesión, cuya expresión en las células aumenta al envejecer. No obstante, la capacidad de migrar hacia el sitio de reconocimiento antigénico, propiedad que recibe el nombre también de quimiotaxis (si va dirigida por un gradiente químico que se genera desde el foco infeccioso), se encuentra disminuida al envejecer.

Los linfocitos B también se deterioran al avanzar la edad, lo que se manifiesta en la deficiente generación de anticuerpos específicos en respuesta a la vacunación en ancianos. Los fagocitos modifican sus funciones con el envejecimiento, pero algunas de las mismas se activan en exceso al envejecer, lo que resulta peligroso y podría ser determinante para aumentar la velocidad de envejecimiento, como se comentará posteriormente. Las células fagocíticas siguen una serie de etapas en su proceso de ingestión y destrucción de los agentes patógenos. En primer lugar se adhieren a las paredes de los vasos o a los tejidos en los que se encuentran, para posteriormente moverse, es la propiedad comentada de quimiotaxis. Una vez que llegan al foco infeccioso, contactan con los agentes extraños y los fagocitan, incluyéndolos en vacuolas, fagosomas, iniciándose la etapa de destrucción de tales agentes. En este paso de destrucción se dan una serie de mecanismos, los más relevantes conllevan el aumento del consumo de oxígeno, la activación de una enzima, la NADPH oxidasa, y la consecuente producción de radicales libres, el primero de los cuales es el anión superóxido ( $O_2^{\cdot-}$ ), que posteriormente dará otros radicales y especies reactivas de oxígeno (ROS, siguiendo las iniciales de la denominación inglesa: "reactive oxygen species"). Estos radicales permitirán destruir y eliminar a los microorganismos fagocitados o procesarlos para realizar la presentación antigénica a los linfocitos T, que así pueden reconocerlos. Con el envejecimiento, en general, se da una mayor adherencia, una menor quimiotaxis y capacidad fagocítica y alteraciones en la actividad microbicida.

Las alteraciones funcionales de las células NK con la edad, cuya capacidad citotóxica disminuye claramente, pueden contribuir a la mayor incidencia de enfermedades infecciosas y especialmente neoplásicas. Los mediadores moleculares de los leucocitos, encargados de la regulación funcional de los mismos, las citoquinas, también se modifican al envejecer. De forma general se puede decir que con la edad aumentan las citoquinas proinflamatorias (como el TNF $\alpha$  o la IL-6) y disminuyen las antiinflamatorias como la IL-10. Ese aumento, al envejecer, de las citoquinas más implicadas en la respuesta humoral y en la inflamación (Th2) podría explicar la mayor susceptibilidad a padecer enfermedades autoinmunitarias e inflamatorias. Por su parte, la menor presencia de citoquinas implicadas en la respuesta celular (Th1) estaría en la base de la pérdida de respuesta frente a las infecciones y al desarrollo tumoral que se da en el envejecimiento. Además, determinados perfiles de citoquinas como es unos bajos niveles de IL-6 y elevados de IL-10 o IL-15 se ha asociado con una mayor longevidad.

### *Demostración del papel que tienen ciertos parámetros de función inmunitaria como marcadores de edad biológica y longevidad*

Como ya se ha comentado, en el intento de conseguir parámetros que sirvan de marcadores de edad biológica y por tanto nos indiquen la velocidad a la que está envejeciendo cada individuo, nuestro grupo de investigación, se propuso identificar como tales parámetros de función. Nuestro interés fue conseguir esos marcadores para el ser humano. En el hombre se puede analizar la capacidad funcional de los leucocitos utilizando una muestras de sangre periférica de unos 10 ml. De ella se pueden obtener tanto linfocitos como fagocitos (fundamentalmente neutrófilos que son los más abundantes en esa localización), como células NK.

El problema de nuestra especie es su elevada longevidad, lo que hace imposible para un investigador hacer un seguimiento a lo largo de la vida de los individuos experimentales, desde su edad adulta (momento en el que comienza el proceso de envejecimiento) hasta su muerte. Este tipo de estudios longitudinales sí son posibles, aunque costosos, utilizando animales de experimentación, como los ratones (especie en la que se efectúan la mayoría de los estudios inmunológicos), que tienen unos 2 años de esperanza de vida media, nada que ver con los 80 años que tiene el ser humano. Si bien las muestras tradicionalmente utilizadas en estos animales para llevar a cabo los estudios inmunológicos son los órganos inmunocompetentes como el bazo, timo o los ganglios, lo que significa el sacrificio de los animales y la imposibilidad de hacer un estudio longitudinal, nuestro grupo utilizó la suspensión del peritoneo. Esta localización permite obtener los distintos tipos de leucocitos sin necesidad de sacrificar al animal, y por tanto pudiendo hacer el seguimiento de cada ratón a lo largo de su vida. Además, no se requiere la utilización de anestesia, evitándose las alteraciones que la misma causa en la función inmunitaria.

Así, hemos estudiado una serie de parámetros, los recogidos en la Tabla I, valorándolos en paralelo y con metodologías muy similares tanto en los leucocitos de sangre periférica humana (obtenida en las diferentes décadas de la vida, desde la edad adulta de los veinte años a los ochenta), como en la suspensión peritoneal de ratones (a lo largo de sus meses de vida). Nuestros resultados han demostrado que en las dos especies tiene lugar una evolución semejante de dichos parámetros a lo largo de la vida de los individuos pertenecientes a las mismas.

Al envejecer, disminuyen las capacidades funcionales que son más beneficiosas, como pueden ser la respuesta linfoproliferativa frente a mitógenos (que mimetiza la que hay frente a los antígenos), la actividad NK que nos defiende frente a las células tumorales, o la IL-2, que está regulando las dos funciones indicadas, así como la capacidad de quimiotaxis, la de ingerir lo extraño por parte de los fagocitos e incluso la de tener niveles adecuados de ROS fagosomales. Sin embargo, se activan aquellas funciones que podrían resultar perjudiciales si lo hacen en exceso, como es el caso, por ejemplo, de la expresión de moléculas de adhesión que favorecen la adherencia de los leucocitos a los tejidos,

impidiéndoles cumplir llegar al sitio donde tienen que llevar a cabo su misión. También, aumentan con la edad otras funciones potencialmente peligrosas, como la liberación extracelular de radicales libres de oxígeno, la de otros compuestos oxidantes y la de citoquinas proinflamatorias, como el TNF $\alpha$ , que en cantidades elevadas causan la destrucción de las estructuras celulares.

### *Modelos para acreditar los parámetros inmunológicos como marcadores de edad biológica y longevidad*

Es evidente que para acreditar a esos parámetros como marcadores de “edad biológica” y consecuentemente de longevidad es necesario que el valor que muestren en un individuo se relacione con lo que llega a vivir el mismo. Esta acreditación la hemos conseguido gracias a dos aproximaciones: A) comprobar que sujetos con un sistema inmunitario más envejecido morían antes que los de su misma edad cronológica con mejor sistema defensivo y B) comprobar que los individuos que alcanzaban elevadas longevidades mantienen un sistema inmunológico semejante al de adultos.

A) Esta aproximación era sólo posible en animales de experimentación. En un modelo de ratones con envejecimiento prematuro, que hemos caracterizado, comprobamos que las funciones inmunitarias antes indicadas (Tabla I) estaban en dichos animales como si éstos fueran cronológicamente más viejos. Los animales que hemos denominado PAM (*prematurely ageing mice*), en relación con los no prematuramente envejecidos (denominados NPAM: *nonprematurely ageing mice*) de la misma edad, se caracterizaron por su peor respuesta en una prueba conductual, una evidencia más de la relación entre el sistema nervioso y el inmunitario. Además de una mayor inmunosenescencia (Tabla I), esos PAM manifestaron mayores niveles de ansiedad, peor respuesta a situaciones de estrés y una neuroquímica cerebral correspondiente a animales más viejos. También su sistema endocrino se mostró más envejecido. Sin embargo, lo que definitivamente aseguró tales parámetros como biomarcadores de edad biológica es que los PAM siempre mostraban una significativa menor longevidad que sus compañeros de igual edad cronológica NPAM. Este modelo tiene la ventaja de que permite detectar en cualquier población de ratones (y se ha reproducido en diferentes cepas) los que tienen una peor respuesta a las situaciones de estrés, lo que condiciona su funcionalidad a nivel de los sistemas reguladores y por tanto nos indica una mayor velocidad de su proceso de envejecimiento, esto es, una mayor edad biológica; lo que se confirma con su siempre más temprana mortalidad. Dada la idéntica evolución de los parámetros estandarizados en ratones y en el hombre, los resultados en los primeros nos permiten extrapolar al ser humano la idea de que cuando un individuo presenta valores típicos de una edad mayor en esos parámetros, tendrá una esperanza de vida más limitada.



B) La otra forma de demostrar el importante papel del sistema inmunológico en la salud y la longevidad de los individuos es la comprobación de que aquellos que llegan a edades avanzadas en buenas condiciones serán los que mantienen una funcionalidad de sus células inmunitarias semejante a la de los adultos. En personas centenarias, nuestro grupo ha comprobado que las funciones y parámetros comentados (Tabla I) se encuentran muy similares a como aparecen en los adultos jóvenes (de 30 años de edad) y en cualquier caso mucho mejores que como aparecen en los de setenta años. Un hecho similar al indicado lo hemos observado en células inmunitarias peritoneales de ratones longevos.

Todos estos resultados confirman que el sistema inmunológico es un buen marcador de salud, de edad biológica y de longevidad.

### *¿Por qué se produce la Inmunosenescencia?*

En principio, parece lógico pensar que la causa de la inmunosenescencia sea la misma que la que hace envejecer a las demás células del organismo: el estrés oxidativo que se genera por el imprescindible uso del oxígeno para la función celular. Sabido es el daño que los oxidantes producen en las moléculas y consecuentemente en la función de las células y como éstas generan defensas antioxidantes para evitarlo. Pero cada vez se tiene más claro que los oxidantes, que evidentemente son dañinos, también pueden ser necesarios para ciertas funciones celulares. Este hecho es aún más evidente en las células inmunitarias. Los leucocitos necesitan producir radicales libres y compuestos oxidantes e inflamatorios para llevar a cabo sus funciones y conseguir la destrucción de lo extraño. Hay que tener presente que la oxidación y la inflamación son procesos íntimamente relacionados. También, hay que tener en consideración que las células inmunitarias son particularmente sensibles a la oxidación dado el alto porcentaje de ácidos grasos poliinsaturados que tienen en sus membranas, el papel crítico de la señalización intracelular relacionada con esas membranas y la expresión génica que requieren en su labor defensiva. Por todo ello, si en cualquier célula del organismo es importante preservar el mencionado equilibrio entre producción de oxidantes y niveles de defensas antioxidantes, más lo es en las células de nuestro sistema defensivo, en las que dicho equilibrio puede determinar su capacidad funcional y con ello, la salud del organismo.

Para poder conocer cómo se encuentra el estado redox de los leucocitos a lo largo de la edad, nuestro grupo ha estudiado, en los mismos, los niveles de toda una serie de oxidantes y compuestos pro-inflamatorios, así como de defensas antioxidantes y anti-inflamatorias en humanos y en animales de experimentación (Tabla I). De estas defensas antioxidantes el glutatión es, posiblemente, la más relevante. En su forma reducida (GSH) se utiliza para eliminar peróxidos, lo que hace mediante la activación de otra defensa antioxidante enzimática, la glutatión peroxidasa (GPx). El glutatión oxidado que se genera

(GSSG) es un importante oxidante, teniendo que recuperarse a la forma reducida de GSH mediante la glutathion reductasa (GR), otra importante enzima antioxidante. De hecho, el índice GSSG/GSH se considera un importante marcador de estrés oxidativo celular. Como otras defensas enzimáticas antioxidantes se encuentran la superóxido dismutasa (SOD), enzima que convierte al anión superóxido en peróxido de hidrógeno y la catalasa (CAT) que, entre otras actividades, elimina el peróxido de hidrógeno pasándolo a agua.

Los resultados obtenidos por nuestro grupo muestran como los parámetros de oxidación e inflamación analizados aumentan en los leucocitos con la edad, mientras disminuyen las defensas antioxidantes y anti-inflamatorias. Como consecuencia de esta situación de estrés oxidativo y de estrés inflamatorio, se produce un aumento del daño a biomoléculas en las células inmunitarias, tanto a nivel de lípidos como del ADN nuclear (Tabla I). Estos resultados han sido obtenidos tanto en leucocitos de ratón como del ser humano. En vista de nuestros resultados y los de otros grupos se puede afirmar que los cambios que se producen en la funcionalidad de las células inmunitarias con el envejecimiento se deben al “estrés oxidativo crónico” que experimentan las mismas con el paso del tiempo.

### Participación del sistema inmunitario en el envejecimiento del organismo: teoría de la oxidación-inflamación del envejecimiento

En base a los resultados comentados que demuestran como los compuestos oxidantes y proinflamatorios, se encuentran aumentados al envejecer, hemos propuesto una nueva teoría del envejecimiento, la “teoría de la oxidación-inflamación” que sería una integración y puntualización de la teoría de la “oxidación”, y de la teoría “inflamatoria” previamente emitidas. Además de explicar la compatibilidad de ambos procesos y generar el término “*oxi-inflamm-aging*” para describir lo que sucede en el organismo con el proceso de envejecimiento, hemos sugerido la contribución del sistema inmunitario en la velocidad a la que dicho proceso acontece en cada individuo. Se parte de la base de que el envejecimiento es un estrés oxidativo e inflamatorio crónico que afectaría a todas las células del organismo, pero tendría especial relevancia en las de los sistemas homeostáticos, el nervioso, el endocrino y el inmunitario, los cuales, al no poder conservar su equilibrio redox sufrirían el daño oxidativo y, consecuentemente, manifestarían una peor capacidad funcional y de comunicación entre ellos. Todo ello conduciría a un peor mantenimiento de la homeostasis y, por tanto, a una mayor morbilidad y mortalidad, hechos típicos de la vejez. En este contexto, nuestro sistema inmunológico por su característico funcionamiento en el que requiere generar continuamente una elevada cantidad de compuestos oxidantes e inflamatorios para llevar a cabo su actividad defensiva, podría activar factores, como el ubicuo factor de transcripción NF- $\kappa$ B, que, al alcanzar un cierto grado de activación, estimularía la expresión de genes de compuestos oxidantes e inflamatorios, los cuales se generarían en mayor nivel todavía del necesario. De hecho, recientes resultados

de nuestro grupo han comprobado que ese factor NFkB muestra una gran activación en leucocitos de ratones viejos, no apareciendo la misma en los de longevos, los cuales tienen niveles similares a los de las células de adultos. Además, aquellos animales que siendo viejos presentan una activación de dicho factor semejante a la de adultos llegan a longevos y los que manifiesta una elevada activación fallecen pronto. De este modo, si esa producción de compuestos oxidantes/inflamatorios por parte de las células inmunitarias no se regula adecuadamente, se podría entrar en un “circulo vicioso” o mejor en una “espiral viciosa”, pues las nuevas situaciones que se van generando son similares, pero no idénticas, en la que mayor generación de compuestos oxidantes e inflamatorios por parte del sistema inmunitario activaría más aún la producción de los mismos, vía factores como el antes mencionado. Si esa espiral no es controlada adecuadamente, los compuestos oxidantes e inflamatorios afectarían con el tiempo no sólo a las células inmunitarias, también a todas las células del organismo, contribuyendo de este modo a mantener y/o aumentar el estrés oxidativo e inflamatorio crónico mencionado. Parece evidente, por todo lo indicado, que el sistema inmunológico puede jugar un papel trascendente en la oxidación-inflamación que subyace al envejecimiento.

Como demostración de esta hipótesis tenemos toda una serie de hechos anteriormente comentados y estamos estableciendo modelos en los que se cumple la hipótesis planteada. Así, cuando en los leucocitos de unos individuos, en comparación con los de otros de la misma edad cronológica, se detecta un estrés oxidativo e inflamatorio mayor, el funcionamiento de estas células está deteriorado y la longevidad de esos individuos es menor.

Esa relación: peor estado redox de los leucocitos => peor función de los mismos => menor longevidad del individuo, la hemos comprobado en los siguientes modelos: A) Individuos con mala respuesta al estrés emocional, estados de ansiedad y depresión. Así, en el modelo de PAM vs NPAM, los PAM que son animales con mayor ansiedad y peor respuesta al estrés, tienen un mayor estrés oxidativo en sus leucocitos que los de igual edad cronológica NPAM, sus leucocitos presentan una inmunosenescencia prematura y siempre se mueren antes los PAM que los NPAM. B) La menopausia o pérdida de estrógenos en las hembras supone otro modelo en el que se cumple lo indicado. C) La obesidad es también un modelo que estamos estudiando en el que al darse la relación indicada tiene lugar un envejecimiento prematuro.

Por otra parte, la relación: mejor estado redox de los leucocitos => mejor funcionamiento de los mismos => mayor longevidad de los individuos, la hemos comprobado en los siguientes modelos: A) Las hembras en los mamíferos, tanto en el caso de las ratas y los ratones como en los humanos, tienen una mayor longevidad media que los machos, sus células inmunitarias funcionan mejor y presentan un menor estrés oxidativo e inflamatorio en sus leucocitos. B) Individuos que llegan a gran longevidad, como los humanos centenarios o los animales que alcanzan una elevada esperanza de vida, mantienen mejor el estado redox de sus células inmunitarias y consecuentemente la función de las mismas.

### Intervenciones para mejorar el sistema inmunitario en la vejez y consecuentemente mejorar el estado de salud

Una demostración definitiva de lo comentado sobre el papel del sistema inmunitario como marcador de edad biológica y para predecir la longevidad, así como su posible intervención en la velocidad del proceso de envejecimiento, podría conseguirse si se comprueba que estrategias de estilo de vida que permitan mejorar funcionalmente a dicho sistema inmunitario, y consecuente su regulación al envejecer, cortando la espiral viciosa de oxidación e inflamación que genera, conllevan una mayor longevidad de los individuos. Seguidamente se enumerarán una serie de estrategias de estilo de vida que hemos comprobado funcionan en ese sentido.

#### *La Nutrición*

En el contexto de la nutrición, una de las estrategias que parecen más evidentes hace referencia a la utilización en la dieta de cantidades apropiadas de **compuestos antioxidantes**. Actualmente está claramente sustentado, con abundantes datos experimentales, el hecho de que la administración de antioxidantes, muchos de los cuales tienen también un carácter anti-inflamatorio, puede equilibrar el balance celular entre niveles de oxidación e inflamación con los de las defensas antioxidantes, reduciendo el estrés oxidativo e inflamatorio. Los compuestos antioxidantes pueden ser endógenos o exógenos, encontrándose los primeros en nuestro organismo para salvaguardar la existencia de unos niveles de oxidantes necesarios para el funcionamiento corporal, pero evitando la superproducción o acumulo de los mismos y consecuentemente los procesos patológicos que desencadenan. La disminución de los niveles de antioxidantes endógenos, hecho que manifiesta un gasto de estos compuestos en la neutralización del exceso de oxidantes, y que sucede en mayor medida al envejecer, se pueden solventar mediante su incorporación a nuestro organismo, a través de la dieta o mediante la suplementación de cantidades apropiadas, de antioxidantes exógenos. Dentro de estos antioxidantes exógenos, son posiblemente los más conocidos la vitamina C, la E, los carotenos o los polifenoles, aunque otros muchos, entre los que se puede mencionar a aquellos de tipo tiólico (que aumentan los niveles intracelulares de glutathione) como la tioprolina o la N-acetilcisteína, se están incorporando a la ya larga lista que hoy se tiene de estos compuestos. Toda una serie de grupos, incluido el nuestro, han comprobado que esos antioxidantes son necesarios y se utilizan para llevar a cabo una adecuada función de nuestro sistema inmunitario. Así, durante la actuación de los leucocitos éstas células van consumiendo sus reservas de antioxidantes. Esto puede explicar, tanto en animales de experimentación como en el ser humano, la mejoría de la capacidad funcional del sistema inmunitario, incluso en la edad adulta, tras la incorporación *in vitro* o la suplementación *in vivo* con diferentes antioxidantes exógenos como los antes mencionados, o con mezclas apropiadas de los mismos.

Si consideramos que al envejecer se producen mayores niveles de oxidantes junto a frecuentes estados de malnutrición y una clara disminución de los niveles de defensas antioxidantes, parece evidente que la ingestión de este tipo de compuestos podría tener un efecto beneficioso en general y en la función inmunitaria en particular; hecho que se ha comprobado tanto en sujetos humanos como en animales de experimentación (Tabla I). Además, en esos experimentos se ha observado que la ingestión de antioxidantes consigue dejar en individuos viejos los parámetros funcionales de las células inmunitarias y su estado redox con niveles similares a los que muestran en la edad adulta. Así, los antioxidantes aumentan las funciones que están disminuidas y reducen las que están muy estimuladas, manifestándose como inmunomoduladores y restaurando los niveles más apropiados para cada función. Esta capacidad moduladora parece ser ejercida a nivel de factores intracelulares ubicuos e implicados en la oxidación e inflamación como el NF- $\kappa$ B. Lo más relevante es que este “rejuvenecimiento” inmunitario que hemos observado en humanos y en ratones, se manifiesta en estos últimos con una mayor longevidad de los mismos. Este descubrimiento, realizado por nuestro grupo de investigación, es un apoyo importante a la teoría de oxidación-inflamación del envejecimiento que ha sido comentada.

El papel regulador de los antioxidantes ingeridos parece afectar no sólo al sistema inmunitario sino también a los otros sistemas reguladores, como el sistema nervioso, lo cual ha sido comprobado por diversos investigadores. De hecho, en los ratones prematuramente envejecidos (PAM) la ingestión de antioxidantes no sólo mejora el estado redox y funcional de las células inmunitarias (y de otras del organismo), también lo hace en la respuesta conductual, disminuyendo la ansiedad que los caracteriza, lo que prueba el efecto positivo que pueden ejercer a nivel del sistema nervioso y la relación entre ambos sistemas reguladores ya comentada. La prueba definitiva de la validez de esta estrategia como una herramienta útil para hacer más lento el deterioro homeostático que tiene lugar en el envejecimiento, se tiene al comprobar el significativo aumento de longevidad de los PAM cuando han ingerido una dieta enriquecida con antioxidantes.

La otra herramienta nutricional que se ha visto puede ser efectiva en el proceso de envejecimiento, al limitar la oxidación celular, es la **restricción calórica**. Esta restricción protege a los animales de experimentación, atenuando la inducción asociada a la edad de genes que codifican productos proinflamatorios y de oxidación, aumentando las defensas antioxidantes y disminuyendo el daño oxidativo, lo que realiza a través de la regulación NF- $\kappa$ B.

### *Ejercicio físico y mental*

Otra estrategia para llegar a resultados similares de mejora de la función y el estado redox de las células inmunitarias en la vejez es la realización de ejercicio físico moderado. Hay numerosos estudios que han comprobado el importante papel que tiene el ejercicio físico sobre el sistema inmunológico, en individuos adultos. No obstante, la actividad física que resulta beneficiosa para nuestro sistema defensivo es la que se lleva a cabo de forma

moderada y de manera más o menos habitual. Aunque los estudios sobre los efectos del ejercicio físico en la vejez son bastante escasos, nosotros hemos podido comprobar que la realización de ejercicios moderados conlleva un mejor estado inmunitario a cualquier edad, pero de forma más evidente al envejecer. En individuos viejos, tanto en animales de experimentación como en humanos, ese ejercicio moderado restaura la función inmunitaria deteriorada, asemejándola a la de adultos. Este papel del ejercicio se establece, al menos en parte, por la capacidad del mismo de aumentar las defensas antioxidantes de los leucocitos. También la actividad mental tiene efectos similares. Todo ello vuelve a poner de relevancia la comunicación entre el sistema nervioso y el inmunitario, y como el mantener de forma adecuada dichos sistemas y su comunicación al envejecer favorece el tener una mejor salud y longevidad.

### *La superación del estrés emocional*

Toda estrategia que permita superar el estrés emocional, lo que puede conllevar un estado de mayor felicidad, va a mejorar la función inmunitaria y el estado redox. En los seres humanos con estado de ansiedad, estrés o depresión se da una inadecuada funcionalidad de sus células inmunitarias, la cual es semejante a la de individuos cronológicamente más viejos. Los tratamientos o estrategias que reducen esos niveles de ansiedad y estrés, como por ejemplo las terapias psicológicas o las relaciones sociales, mejoran dicha funcionalidad significativamente. Como ya se ha comentado antes, la prueba definitiva de la validez de una estrategia que se manifiesta útil mejorando la función inmunitaria es la comprobación del aumento de la longevidad, y esto sólo se puede ver en animales de experimentación. ¿Cómo se consigue que los ratones estén menos estresados y aburridos?, el sistema es lo que se conoce como “enriquecimiento ambiental”. El enriquecimiento ambiental, el medio más establecido para conseguirlo es introduciendo juguetes en las jaulas de los animales que se recambian cada dos días, favorece la actividad física y mental de los animales. Hemos comprobado que dicho enriquecimiento mejora su respuesta a situaciones de estrés, la función y el estado redox de las células inmunitarias y los ratones, especialmente aquellos que mantienen el ambiente enriquecido desde la edad adulta, aumentan muy significativamente su longevidad.

## Conclusiones. Líneas de investigación en el envejecimiento

Si queremos tener una buena longevidad funcional necesitamos mantener la salud y esto viene determinado por los genes (aproximadamente en un 25%) y por el estilo de vida (en un 75%). Y la interrelación del genoma y el ambioma en ese mantenimiento de la salud es algo que se realiza desde la edad fetal, y de forma más evidente se manifiesta tras la edad adulta, esto es, durante el proceso de envejecimiento. Por tanto, independientemente de los genes que hayamos heredado, nuestro estilo de vida puede ayudarnos a conseguir y mantener esa saludable longevidad. En este contexto, el sistema inmunológico

tiene un papel relevante, pues si está bien regulado nos lo va a permitir, mientras que si no lo está va a contribuir a acelerar el proceso de envejecimiento. Por otra parte, la valoración de ese sistema inmunológico nos puede indicar a qué velocidad estamos envejeciendo y si factores de estilo de vida como una nutrición adecuada, la realización de un ejercicio físico y mental apropiados, y una buena “actitud” ante las situaciones de estrés, están siendo eficaces a la hora de conservar la salud y, por tanto, nos van a proporcionar una larga y saludable longevidad.

Ante la pregunta de si podemos conseguir hacer más lento nuestro inevitable proceso de envejecimiento, la respuesta es un sí rotundo. ¿Cómo podemos hacerlo?. Esto es, debemos: 1) Evitar hábitos nocivos; 2) Una nutrición moderada y con alimentos ricos en antioxidantes; 3) Una adecuada actividad física y mental y 4) Una actitud positiva ante la vida que nos permita sentirnos felices.

De todo lo indicado hay trabajos experimentales que lo van demostrando y queda mucho por hacer; siendo en ese contexto de la base oxidativa e inflamatoria del envejecimiento, el deterioro de los sistemas fisiológicos, especialmente los homeostáticos y en las estrategias útiles para hacer más lento el inexorable proceso del envejecimiento, en el que se desarrollan la mayoría de las líneas de investigación actuales en gerontología biológica.

## Bibliografía

- De la Fuente M. Sistema Inmunitario y Envejecimiento. Madrid, JA.; Rol, A.; Zamora, S. (ed.) *El Reloj Biológico del Envejecimiento*”. Universidad de Murcia. 2002: 73-89.
- De la Fuente M. Inmunosenescencia. Bioquímica y Fisiopatología del Envejecimiento. Ed. Instituto de España y Real Academia Nacional de Farmacia (Monografía nº 12). 2003:133-168.
- De la Fuente M. Efecto de los antioxidantes sobre el sistema inmunitario en el envejecimiento. Actualización en Nutrición, Inmunidad e Infección. Ed. Panamericana. 2003: 133-145.
- De la Fuente M. Sistema Inmunitario y Ejercicio Físico”. Marcos JF y Galiano D (ed). *Ejercicio Salud y Longevidad*. Junta de Andalucía. 2003: 165-191.
- De la Fuente M. El envejecimiento desde la Biología: ¿Conocemos los límites?. Monografías Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. 2004: 39-51.
- De la Fuente M. La Gerontología en España . El Estado de España. Real Academia de Doctores de España. Ed. Borealia Asesores Editoriales SL. 2005: 714-731.

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

- De la Fuente M. El sistema inmunitario en el envejecimiento. M. Cascales y P. García Barreno (eds). Bioquímica y Fisiopatología del Sistema Inmune. Instituto de España. 2007: 193-243.
- De la Fuente M. Efecto del envejecimiento en el sistema inmunitario. T. Ortiz (ed). Envejecer con Salud. Editorial Planeta, S.A. 2007: 65-87.
- De la Fuente M. Envejecimiento del sistema inmunitario. Sastre J, Pamplona R, Ramón JR (eds). Biogerontología Médica. Ergon. SEGG. 2009: 135-152.
- De la Fuente M. Teorías del envejecimiento. Varela G, Alonso E (eds). Retos de la Nutrición en el Siglo XXI ante el Envejecimiento Poblacional. Instituto Tomás Pascual Sanz y Universidad San Pablo CEU. 2009: 29-48.
- De la Fuente M. ¿Hasta dónde el deporte es saludable?. Nuevas miradas sobre el Envejecimiento. Ed: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO ). 2009: 293-320.
- De la Fuente M, Miquel J. An update of the oxidation-inflammation theory of aging. The involvement of the immune system in oxi-inflamm-aging". Current Pharm Design. 2009; 15:3003-3026.
- Miquel J, Ortega E, Hernanz A, De la Fuente M. Papel del sistema inmunitario en el envejecimiento. Rodríguez L (ed). Actualizaciones en Aspectos Básicos y Clínicos del Envejecimiento y la Fragilidad. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. 2009: 143-166.
- De la Fuente M. Desarrollo de la respuesta del sistema inmunitario. JAF Tresguerres (ed.). Fisiología Humana. 4ª Edición. McGraw Hill Interamericana de Mexico. 2010: 353-373.



**Tabla I. Cambios en funciones inmunitarias y en parámetros de estrés oxidativo en leucocitos peritoneales de ratones viejos versus adultos y PAM versus NPAM, así como en células inmunitarias de sangre periférica humana de personas mayores versus adultos.**  
**Efectos de la ingestión de dietas suplementadas con antioxidantes en ratones viejos, PAM y en hombres y mujeres de setenta años.**

	Ratones viejos y PAM	Hombres y mujeres mayores	Suplementación con antioxidantes
<b><i>Funciones Inmunitarias</i></b>			
Adherencia de macrófagos y linfocitos	Aumenta	–	Disminuye
Adherencia de neutrófilos y linfocitos	–	Aumenta	Disminuye
Movilidad de macrófagos y linfocitos	Disminuye		Aumenta
Movilidad de neutrófilos y linfocitos	–	Disminuye	Aumenta
Capacidad fagocítica de macrófagos	Disminuye		Aumenta
Capacidad fagocítica de neutrófilos	–	Disminuye	Aumenta
ROS y anión superóxido intracelular leucocitos	Disminuye	–	Aumenta
Anión superóxido en neutrófilos	–	Aumenta	Disminuye
Respuesta proliferativa de linfocitos a mitógenos	Disminuye	Disminuye	Aumenta
Actividad <i>Natural Killer</i> (NK)	Disminuye	Disminuye	Aumenta
Secreción de IL-2	Disminuye	Disminuye	Aumenta
<b><i>Compuestos oxidantes y pro-inflamatorios</i></b>			
Anión superóxido extracelular	Aumenta	–	Disminuye
Glutation oxidado (GSSG)	Aumenta	Aumenta	Disminuye
Índice Glutación oxidado/ Glutation reducido (GSSG/GSH)	Aumenta	Aumenta	Disminuye
Secreción del factor de necrosis tumoral alpha (TNF $\alpha$ )	Aumenta	Aumenta	Disminuye
Prostaglandina E2 (PGE2)	Aumenta	–	Disminuye
.../...			

## 2. Marco del envejecimiento activo

	Ratones viejos y PAM	Hombres y mujeres mayores	Suplementación con antioxidantes
<b>Compuestos oxidantes y pro-inflamatorios</b>			
.../...			
Niveles de producción de Óxido Nítrico (NO)	Aumenta	–	Disminuye
Actividad de xantín oxidasa (XO)	Aumenta	–	Disminuye
<b>Defensas antioxidantes</b>			
Niveles de glutathion reducido (GSH)	Disminuye	Disminuye	Aumenta
Actividad de superóxido dismutasa (SOD)	Disminuye	Disminuye	Aumenta
Actividad de catalase (CAT)	Disminuye	Disminuye	Aumenta
Actividad de glutathion peroxidasa (GPx)	Disminuye	–	Aumenta
Actividad de glutathion reductasa (GR)	Disminuye	–	Aumenta
<b>Daño oxidativo</b>			
Niveles de malondialdehyde (MDA) (peroxidación lipídica)	Aumenta	Aumenta	Disminuye
Niveles de 8oxo-7,8dihydro-2deoxiguanosine (8oxodG) (oxidación ADN)	Aumenta	–	Disminuye
Activación del factor de transcripción nuclear kB (NFkB)	Aumenta	–	Disminuye

## 2.4. Programa Saber envejecer. Prevenir la dependencia

**Sheila Martín Gómez**

*Técnico del Departamento de Atención a Personas Mayores.  
Obra Social Caja de Madrid.*

### Antecedentes. Contexto social

El envejecimiento demográfico caracteriza la época en la que vivimos, gracias, principalmente, a los avances en los ámbitos sanitarios, económicos y sociales. La población adulta se ha convertido, así, en uno de los segmentos de la población que crece más rápidamente en todos los países del mundo.

Actualmente según datos del INE en España hay más de 7,7 millones de personas mayores y las previsiones para el año 2040 se proyectan a 14.569.813 personas mayores, lo que presentará un 27,7% de la población española en ese momento.

Este aumento de la longevidad es altamente positivo pero tiene sin embargo, repercusiones profundas respecto a cuestiones como la calidad de vida de las personas mayores, el envejecimiento saludable y la integración social.

Cada vez son más las personas mayores que llegan a la edad adulta en buenas condiciones físicas y mentales, lo que les va a permitir desarrollar casi cualquier tipo de actividad. Si tradicionalmente la vejez se ha relacionado con enfermedad, discapacidad y jubilación, hoy en día hay que entender esta nueva etapa de la vida como una etapa activa, estimulante y plena, como un momento para satisfacer las expectativas personales.

La Asamblea Mundial de Naciones Unidas, en la que Obra Social Caja Madrid participó muy activamente, abordó por primera vez la situación de los mayores desde esta perspectiva y apostó por responder a los desafíos que supone el envejecimiento a través de la construcción de una sociedad para todas las edades.

Para conseguir este objetivo, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, hace un llamamiento para desempeñar un trabajo conjunto a favor de las personas mayores, proponiendo tres grandes ejes de acción:

- **Salud:** Promoción del fomento de la salud y el bienestar en la vejez.

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

- **Seguridad:** Creación de un entorno social propicio y favorable.
- **Participación:** Participación plena de las personas mayores en el desarrollo.

En este sentido define el envejecimiento activo, como el único deseable, por cuanto se aleja del envejecimiento dependiente.

Según dicta la Organización Mundial de la Salud, envejecer activamente es:

“El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.”

Es en este momento, es cuando todos los escenarios del envejecimiento apuntan a la necesidad de desarrollar un programa que potencie el envejecimiento activo y saludable, que promueva el empoderamiento de los mayores.

Obra Social Caja Madrid, en su afán de estar presentes en la respuesta a los nuevos retos y oportunidades que conlleva el envejecimiento de la sociedad española, en colaboración con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, inició en el año 2004 una investigación cualitativa con personas mayores, con el fin conocer lo que supone envejecer saludablemente y las carencias en sus hábitos o conocimientos para lograr una vejez satisfactoria.

En este momento nace el programa “Saber envejecer. Prevenir la dependencia” un proyecto hecho por y para los mayores.

Desde el primer momento las personas mayores son parte integrante, fundamental y decisiva del programa. En esta fase previa formaron parte de los grupos de discusión donde pudieron aportar su visión, experiencia y conocimiento sobre:

- Percepciones en torno al envejecimiento.
- Expectativas vitales en esta etapa de su existencia.
- Representaciones simbólicas sobre el envejecimiento saludable y las acciones más adecuadas para prevenir la dependencia.

De esta forma empiezan a tomar cuerpo los aspectos diferenciadores del programa, en el que la opinión de la persona mayor es fundamental para avanzar en él.

Este marco de actuación global se convierte en el paradigma del programa “Saber Envejecer Prevenir la Dependencia”.

El programa trata, con igual importancia, de evitar la exclusión social y contribuir a una sociedad “para todas las edades” como reza el lema de la II Asamblea del envejecimiento.

Los resultados de esta investigación sentaron las bases para la elaboración de los materiales pedagógicos que se han ido elaborando en las distintas etapas del programa.

- **“21 Cuadernos didácticos”**. Dirigidos a las personas mayores, tratan los diversos aspectos que constituyen las bases del envejecimiento satisfactorio. Cada uno de ellos ofrece información general, pautas y consejos, ideas y acciones para conseguir cambios sobre uno de los temas detallados a continuación:

Saber envejecer. Prevenir la dependencia I	Saber envejecer. Prevenir la dependencia II
• Alimentarse bien.	• Dormir es salud.
• Controla tu salud.	• Cuidar nuestro cuerpo.
• Prevenir caídas.	• Mente en forma.
• ¡Cómo nos cambian los años!	• Cuidar la vista y el oído.
• Aprender.	• Depresión. No, gracias
• Ejercicio físico.	• Tomar decisiones
• Cuidar mi casa.	• Participar es vivir
• Buenas relaciones	• Familia.
• Mujeres.	• Cuando falta tu pareja.
• Hombres.	• Por favor, trátame bien.
	• Relaciones sexuales

- **“Guía pedagógica”**. Constituye una nueva aportación a los cuadernos didácticos y su objetivo es ayudar a profesionales y formadores, a la aplicación práctica y formativa de “enseñar a envejecer”, que les permita ofrecer a los destinatarios finales, las personas mayores, no sólo conocimientos, sino también propuestas y motivos para mejorar y disfrutar de la vida.
- **“Material Audiovisual”**. Es un novedoso material que viene a completar los anteriores. A través de 15 cortos, que muestran divertidas situaciones cotidianas, se lanzan consejos prácticos sobre los diversos temas desarrollados en los cuadernos didácticos.



### Programa de Formación

En el año 2008 se pone en marcha una nueva fase del programa, la de formación, cuyo objetivo es capacitar y facilitar a las personas mayores recursos para conseguir un envejecimiento activo y con éxito, contribuyendo con ello a la prevención de la dependencia.

Ésta se inició con una fase piloto en dos Comunidades Autónomas: Asturias y Madrid, siendo el objetivo implantarlo en todas las CC.AA.

Elementos clave del programa son:

- a) Formación de formadores
- b) Formación de personas mayores
- c) Evaluación

#### *Formación de formadores*

Una formación específica y de calidad a los profesionales es la primera característica diferenciadora del programa. Diseñada e impartida por Lourdes Bermejo experta en envejecimiento activo y miembro del grupo de trabajo que elaboró el material didáctico.

Los objetivos de la formación son:

#### **Objetivos:**

- Capacitar en intervención socioeducativa integral.
- Generar promotores de cambio en personas y grupos.
- Trasladar la visión de Obra Social Caja Madrid a los mayores beneficiarios del programa.

#### **Los contenidos de la formación son:**

- Envejecimiento y dependencia.
- Intervenciones socioeducativas con mayores.
- El programa “Saber envejecer. Prevenir la dependencia”.
- Evaluación cuantitativa y cualitativa.

### **La duración es:**

16 h. lectivas

Mediante esta formación Obra Social Caja Madrid, está siendo pionera en la formación de profesionales en el envejecimiento activo.

### ***Formación de personas mayores***

La misión del programa es que constituya, más allá de una suma de actividades, un proceso de capacitación y empoderamiento. En éste se trabajan aquellas actitudes y conocimientos que facilitan la toma de decisiones de las personas para cambiar sus hábitos o comportamientos hacia aquellos que les ayuden a envejecer mejor.

### **Los objetivos de la formación son:**

- Ayudar a las personas mayores a que se reconozcan como protagonistas de su proceso de envejecimiento.
- Demostrar que se puede aprender de mayor y mejorar para vivir mejor.
- Facilitar el inicio de nuevos hábitos saludables.
- Posibilitar que los mayores mejoren sus competencias personales y sociales.

### **Los beneficiarios / as de la formación son personas mayores:**

- Interesadas en aprender a afrontar saludable y satisfactoriamente su envejecimiento.
- Que deseen adquirir conocimientos que mejoren su calidad de vida.
- Dispuestas a compartir experiencias vitales con otras personas.
- Beneficiarios de los centros en los que se desarrolla el programa.

### **Características de las Acciones Formativas:**

- 20 sesiones: 1h30m / semana (30 horas totales) :
- 15 sesiones de aula, 3 prácticas (complementarias) y 2 de evaluación

## 2. Marco del envejecimiento activo

---

**15 Sesiones de aula.** Sus contenidos son elegidos y priorizados por cada grupo de mayores de entre los temas que ofrecen las fichas didácticas y que se agrupan en 3 bloques temáticos:



- Alimentarse bien.
- ¡Cómo nos cambian los años!
- Controla tu salud.
- Cuidar la vista y el oído.
- Depresión, no gracias.
- Dormir es salud.
- Prevenir caídas.
- Cuidar nuestro cuerpo.



- Aprender.
- Cuidar mi casa.
- Ejercicio físico.
- Mente en forma.
- Participar es vivir.
- Tomar decisiones.



- Buenas relaciones.
- Cuando falta tu pareja.
- Familia.
- Hombres.
- Mujeres.
- Relaciones Sexuales.
- Por favor, trátame bien.

**3 Sesiones prácticas** corresponden a la identificación, organización y desarrollo de las actividades complementarias.

Las actividades complementarias son aquellas autogestionadas por los propios mayores, que derivan de las temáticas tratadas en el programa.

En éstas los mayores toman un papel protagonista tanto en su diseño como en su organización.

**2 Sesiones de evaluación.** Una corresponde a la sesión inicial en la que con los propios mayores, se concreta el Programa, pues ellos seleccionan los temas y el orden de los mis-



mos y en la que se miden sus expectativas respecto a la utilidad del programa y la última en la que los participantes evalúan junto con el monitor la experiencia.

### *Metodología en el desarrollo de la acción formativa*

Es de destacar que este programa de Obra Social Caja Madrid utiliza una metodología y sistemas pedagógicos innovadores: son los propios mayores los encargados de elegir, priorizar y dirigir los temas a tratar. Además, es el primer programa de formación para mayores que utiliza un material audiovisual práctico.

La metodología es **flexible** pues, permite adaptarse a las peculiaridades de cada realidad, persona, grupo y entorno y participativa de modo que pueda crearse un contexto capaz de favorecer la comunicación, el aprendizaje y la motivación.

Siempre se parte de los conocimientos y experiencias previas de las personas mayores y todo ello se aprovecha para profundizar e insertar nuevos conocimientos, ideas, actitudes, habilidades, forma de actuación. etc.

Se trata de un aprendizaje que busca abordar los temas más importantes de la vida de los participantes: intereses, costumbres, sus formas de pensar y de actuar cotidianamente.

También es un aprendizaje que moviliza aspectos muy importantes de la de la persona:

- El cognitivo: adquiriendo nuevos conocimientos, analizando los previos, siempre relacionando todo su saber.
- El socioafectivo, se favorecen nuevas relaciones, el sentido del humor, el disfrute y sentimientos positivos.

Combina teoría y práctica, formación y actuación pues ofrece a los mayores la posibilidad de participar en sesiones formativas de aula y en actividades complementarias.

En el desarrollo de las sesiones del curso las diferentes perspectivas e intereses de los participantes de los cursos son tenidas en cuenta de un modo muy especial.

Se aprende a envejecer en base a cómo uno ha vivido, por eso las sesiones del curso ofrecen los contenidos, de modo que los distintos participantes lo incorporen a su particular estilo de vida.

### Elementos diferenciadores del programa:

	SABER ENVEJECER. PREVENIR LA DEPENDENCIA	OTROS PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES ACTIVAS
PERSONA MAYOR	CODISEÑADORA Participación activa: Protagonista "Por y para ellos" ⇒ Empoderamiento ⇒ Favorece el cambio (hábitos saludables)	RECEPTORA Participación pasiva : ⇒ Dependencia.
PARADIGMA DE ACTUACIÓN	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Metodologías grupales, escucha activa, diferencial y transformadora.	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Metodologías unidireccionales, estructuración no participativa.
TEMATICAS TRATADAS	Fruto de investigación previa con la SEGG y de grupos de discusión con mayores. Priorización por parte de cada grupo.	Libre criterio de profesionales y/o mayores de órganos directivos.
FORMACIÓN DE MONITORES/ AS	Los profesionales del programa reciben formación específica antes y durante todo el proceso.	Sin formación especializada para afrontar procesos específicos desde metodologías de empoderamiento de la persona mayor.
EVALUACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS	Inicio- fin y en proceso. Cualitativa y cuantitativa. Formadores, mayores y directores. Permite intervenir y reconducir.	Se recogen memorias finales que "informan" de la actividad realizada.

En la tabla se puede observar una comparación con otros programas socioeducativos, de los aspectos tratados con anterioridad

Cabe destacar que el programa "Saber Envejecer Prevenir la Dependencia" parte de una acción codiseñadora con el propio mayor; es el propio mayor, a través de los grupos de discusión, el que ajusta la metodología grupal de la acción, según las necesidades manifestadas por el propio grupo.

Esto lo diferencia de otros programas socio-educativos donde el mayor es el receptor de información, y por tanto se convierte en un consumidor pasivo de la actividad.

### *Evaluación del Programa*

Con el fin de garantizar el éxito del programa se realiza una evaluación exhaustiva inicio-fin y en proceso. El seguimiento continuo y la posibilidad de introducir correcciones a lo largo del proceso son herramientas de calidad que favorecen una mejora constante.

La evaluación del programa permite certificar si éste se aplica en condiciones óptimas, siguiendo su diseño y comprobando la idoneidad de su continuidad. Esto implica la valoración de todos los agentes que intervienen a lo largo del proceso de capacitación de las personas mayores.

Los objetivos planteados en la evaluación obedecen a las siguientes necesidades:

- Responder a las demandas de mejora constante establecidas por la ONU en 2002.
- Corregir posibles desviaciones del programa.
- Detectar oportunidades de mejora.
- Impactar en el target objetivo: Los prescriptores institucionales de CC.AA., los mayores, los formadores y la sociedad donde se actúa.

### *Resultados de la fase piloto*

La fase piloto del programa se ha desarrollado en Madrid y Asturias con la siguiente participación.

**Ayuntamiento de Madrid** 10 centros, con **208 participantes**

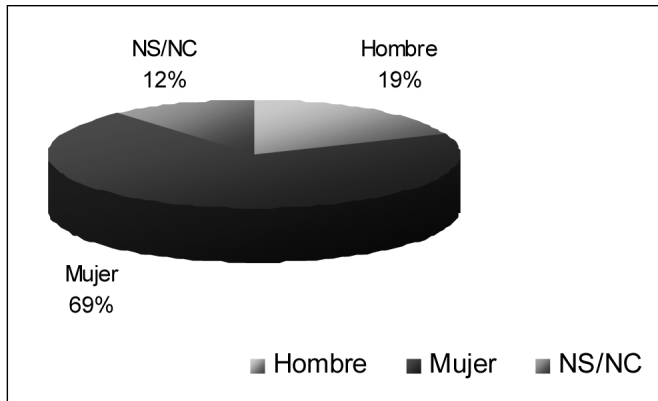
**Principado de Asturias:** 8 centros con **158 participantes**

#### **Perfil del participante:**

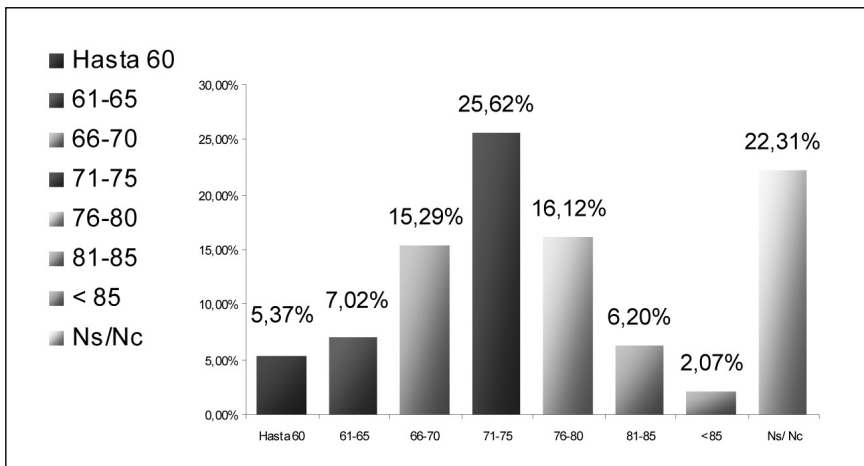
La evaluación arroja un perfil de los participantes en los **18 centros que se ha desarrollado el programa:**

El **perfil tipo** de los participantes es de una **mujer**, con una edad comprendida entre los **71 y 75 años** de edad, con **estudios primarios**, y su estado civil **casada o viuda**.

Perfil por sexo



Perfil por edad



### *Evaluación / Valoración del Programa – Personas mayores*

La evaluación cuantitativa elaborada en el comienzo del programa, nos permitió realizar una visualización de las expectativas de las personas mayores en su fase inicial y en su momento final. Datos que están reflejados en la siguiente tabla:

Percepción de Utilidad del Programa	Inicio	Fin	Incremento
	Completamente de Acuerdo + De Acuerdo		
Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a	78,1%	96,5%	+18,4%
Expresarse con libertad	81%	98,8%	+17,8%
Realizar una actividad beneficiosa para mí	81,8%	98,8%	+16,9%
Comunicarse con los/as demás	81,4%	98,2%	+16,8%
Hacer nuevas amistades	81,4%	98,2%	+16,8%
Desarrollar el afán de superación	80,6%	95,9%	+15,3%
Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a	83,4%	95,9%	+12,5%
Aprender cosas nuevas	84,7%	97,1%	+12,4%
Mejorar y mantener la buena salud	84,8%	97,1%	+12,3%

Las expectativas de los personas mayores al iniciar el curso sobre la utilidad del mismo eran muy elevadas, superiores en todos los aspectos medidos al **78%**, lo que favorece la consecución de los objetivos de empoderamiento y capacitación.

Todas ellas se han visto superadas al finalizar el programa en más de un **12%**, estando todas ellas por encima del **95%**.

El **100%** de los participantes afirma que los formadores del programa han favorecido el intercambio de ideas y ha estimulado el trabajo, y más del **99%** que han tenido en cuenta su opinión.

El **98%** creen que el programa les ha ayudado a reflexionar sobre su forma de actuar.

El **90%** afirma que el programa le ha motivado a cambiar hábitos de vida.

El **99.4%** de los participantes afirma haber disfrutado con el programa y que volvería a participar en él.

**El 98.2% de los participantes afirma que la formación recibida le va a ayudar a prevenir la dependencia.**

### *Evaluación / Valoración del Programa – Directores de los Centros*

Un **77.8%** los directores de los centros están satisfechos con las temáticas impartidas.

Un **94.4%** y un **100%** respectivamente valoran positivamente su aplicabilidad y su ajuste al paradigma del Envejecimiento Activo.

**El 100% afirman estar satisfecho con “Saber envejecer.  
Prevenir la dependencia”.  
Todos ellos han solicitado poner en marchas nuevas convocatorias.**

### *Evaluación / Valoración del Programa – Formadores*

Al iniciar el programa sólo **un 35%** de los formadores manifestó disponer **de los conocimientos necesarios acerca de las personas mayores y del proceso de envejecimiento para afrontar el programa “Saber envejecer. Prevenir la dependencia”**, frente a un **100%** que lo afirman al finalizar el mismo.

## Resultados adicionales del programa

El programa como trasmisor de valores de conocimiento en un aprendizaje mutuo entre los diversos agentes que componen la acción, ha revertido en la implicación de los participantes en el desarrollo de las actividades propuestas por el centro receptor del programa “Saber envejecer. Prevenir la Dependencia”.

Esto ha permitido:

- Descubrir oportunidades de mejora, aprendizaje y participación de los mayores en su propio centro.
- Mayores más activos y participativos.
- Mayores transmisores del valor del envejecimiento activo y de la idea fuerza del programa “eres capaz, merece la pena”, “si quieres, puedes” para trabajar con otros grupos de participación en las variables emocionales y de autoconcepto.
- Que el grupo de participantes sea utilizado como grupo generador de debate sobre las necesidades de la población mayor.

# 3. Estabilidad y Seguridad Personal: bases de la autonomía

## 3.1. Vulnerabilidad social y seguridad económica

*Inmaculada Álvarez Ayuso*

*Profesora del Departamento de Análisis Económicos.*

*Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.*

*Universidad Autónoma de Madrid.*

El objetivo de este trabajo es el de cuantificar el grado de desprotección al que se ven sometidos los individuos en los países de la OCDE durante el año 2003, mediante el cálculo de un Índice de Vulnerabilidad Social. La estimación de dicho índice se ha llevado a cabo a partir de la suma ponderada, siguiendo el Análisis de Componentes Principales, de los distintos indicadores que recogen los diversos aspectos sociales.

### Introducción

La vulnerabilidad **social** es una noción, tal y como se desarrollo en el trabajo Minujín (1999), que permite analizar la complejidad dinámica de situaciones de pobreza, en particular aquellas derivadas de los programas neoliberales de reforma y de ajuste estructural aplicados intensamente durante la década de los noventa. Así mismo, podemos identificar aquellas zonas en las que se observa un proceso de exclusión social acentuado.

Por otra parte, la vulnerabilidad social acentúa el efecto de las catástrofes en el proceso de desarrollo. Catástrofe hace referencia a aquellas situaciones que ponen en tensión y que extremen las características pre-existentes del sistema socioeconómico (IPCC, 2001). En ese caso, el grado de vulnerabilidad social determina la capacidad para anticipar y recuperarse del impacto de las catástrofes naturales (véase, Blaikie et. al., 1996). Así pues, tanto la pobreza como las catástrofes naturales se ven amplificadas por la existencia de vulnerabilidad social como dimensión del riesgo.

En numerosos países se observan unas fuertes discrepancias, al igual que una falta de conciencia política respecto a la necesidad de proveer un cierto estado de bienestar y de políticas de carácter social. Por este motivo, resulta de gran relevancia el análisis de la vulnerabilidad social.

Diversos autores, como es el caso de Atkinson (1999) y Barr (2004), han tratado de sistematizar los principales objetivos económicos de los sistemas de protección social contemporáneos, entre los que destacan los siguientes: reducción de la desigualdad y la pobreza, aseguramiento frente a la incertidumbre, igualdad intergeneracional de oportunidades, optimización de las decisiones individuales en el ciclo vital y protección frente a la insuficiencia de los mercados privados. Para el cumplimiento de dichas funciones los instrumentos son muy variados. Entre ellos, destacan la inversión pública así como el impulso de las actividades de investigación y desarrollo (Ayala, Delgado y Álvarez, 2005). En este sentido, la falta de inversión en gasto social genera un incremento en la desprotección de los individuos. Dicho efecto se puede medir a partir del indicador que hemos denominado *índice de vulnerabilidad social*. A continuación se realiza una cuantificación de un índice de vulnerabilidad social en los países que constituyen la OCDE.

El trabajo se organiza como sigue: en primer lugar, se lleva a cabo una definición del *índice de vulnerabilidad social* así como la selección de los indicadores que lo componen. A continuación, y dada la disponibilidad de bases de datos, se realiza el cálculo de dicho índice a partir de los Indicadores Mundiales de Desarrollo del Banco Mundial. Por último, se presentan las principales conclusiones y las referencias bibliográficas empleadas.

## Definición del Índice de Vulnerabilidad Social y selección de indicadores

Numerosos autores han realizado propuestas acerca de cómo llevar a cabo la medición de la vulnerabilidad social. Así por ejemplo, se podría definir como la combinación entre las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y la Línea de la Pobreza (LP). Para cada familia, el indicador NBI combina 5 indicadores de hacinamiento, tipo y salubridad de la vivienda, escolaridad, empleo y grado de instrucción del jefe de familia. Se lo vincula a la identificación de “pobres estructurales”, o lo que es lo mismo, aquellos que provienen de una pobreza histórica. Por su parte, LP hace referencia a la cantidad de ingreso necesario para cubrir un conjunto amplio de necesidades básicas: alimentación, vivienda, vestido, educación, salud, transporte y ocio, y se relaciona con el concepto de “nuevos pobres”, es decir aquellos de sectores medios empobrecidos como consecuencia del proceso de ajuste económico reciente (Minujin, 1998).

La carencia de políticas sociales destinadas a cubrir necesidades básicas y a reducir la pobreza genera desigualdades, que se traducen en una mayor vulnerabilidad social. En el



cuadro 1 se resumen los indicadores seleccionados en cada una de las categorías, dada la disponibilidad de datos.

**CUADRO 1: Indicadores que componen el Índice de Vulnerabilidad Social**

<i>Categorías</i>	<i>Indicadores</i>
POBLACIÓN	Crecimiento de la población – indicador 1 Población rural (como porcentaje de la población) – ind2 Tasa de fertilidad (nacimientos por mujer) – ind3
POBREZA	Dependencia (dependientes de la población en edad de trabajar) – ind4
INGRESOS	GNI (Gross National Income) per cápita (\$ corrientes)* - ind5 Indice de Precios al Consumo (2000=100) – ind6
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	Patentes/Investigadores en I+D (por cada millón de habitantes)* - ind7 Artículos científicos y técnicos/ Investigadores en I+D (por cada millón de habitantes)* - ind8
INDICADORES SOCIALES	Gasto público en sanidad (%PIB)* - ind9 Ratio de matriculaciones en educación primaria, secundaria y terciaria (% grupo edad)* - ind10, ind11, ind12 Promedio inmunidad sarampión, rubéola y DPT (%Niños 12-23 meses)* - ind13 Esperanza de vida al nacer (años)* - ind14 Mortalidad en menores de 5 años (por cada 1000 nacidos vivos) – ind15

\* En algunos de los indicadores se considera su inversa, dado que ésta es la que mantiene una relación directa con el índice de vulnerabilidad que se pretende calcular.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de World Bank (2005).

Una vez elegidas las variables e indicadores pertinentes, la construcción del índice a partir de la agregación de los mismos se puede llevar a cabo mediante dos métodos alternativos:

El método de diferencias o Progreso Medio. Este método es el utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y busca medir las diferencias o “progreso medio” en una población diferenciada. Su construcción es relativamente simple, aunque hace uso de estimaciones o valores teóricos máximos y mínimos.

Sin embargo, aún cuando esto último no es un defecto en sí mismo, lo cierto es que no siempre existen estimaciones para todos los niveles de desagregación de la información –como por ejemplo el PIB per cápita– y en ocasiones no es claro cual es el criterio para fijar los valores mínimos y máximos de un procedimiento.

Por tanto, este método de construcción de índices adolece de un límite muy preciso, que es la exactitud de las estimaciones y el de la pertinencia y tino en el uso de ciertos valores mínimos y máximos en cada cálculo. No obstante lo anterior, si es posible utilizar las estimaciones del PNUD –en variables por separado o en índices– para hacer análisis regional o cartográfico, siempre y cuando –en el caso de utilizar variables aisladas– se utilice el método de estratificación correcto.

*El Método de Componentes Principales.* Este método se ha utilizado en innumerables ocasiones para identificar –dentro de un grupo de variables correlacionadas– cual o cuales de las variables explican la mayor cantidad de la variabilidad de un fenómeno (Novales, 2005).

La agregación en un *Índice de Vulnerabilidad Social* (IVS) de los indicadores seleccionados se lleva a cabo mediante el Análisis de Componentes Principales a partir de una suma ponderada de cada uno de los mismos, de la siguiente manera:

$$IVS = \sum_{i=1}^{15} \omega_i \cdot Z_i$$

Donde: son las ponderaciones, que se obtienen mediante la aplicación del Análisis de Componentes Principales, y hace referencia a los indicadores tipificados, cuyas categorías se resumen en el cuadro 1.

La pertinencia en la utilización del Análisis de Componentes Principales viene dada por el cálculo de la **Varianza Total Explicada**, que indica cuanto de la variabilidad del conjunto de indicadores se explica por los primeros factores. Tal y como nos muestra el cuadro 2, en nuestro caso, los tres primeros factores explican el 66.331% de la varianza. Por ello, se aceptan como pertinentes las variables, y son susceptibles de ser usadas en la construcción de una medida resumen (índice) que sintetice en un único *Índice de Vulnerabilidad Social* (IVS) los distintos aspectos de la desprotección social considerados en el análisis.

Cuadro 2. Varianza Total Explicada

Componente		Autovalores iniciales (a)			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
		Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
Bruta	1: Crecimiento población	5.258	35.054	35.054	5.258	35.054	35.054
	2: Población rural	2.816	18.775	53.829			
	3: Tasa fertilidad	1.875	12.502	66.331			
	4: Dependencia	1.290	8.598	74.929			
	5: GNI per cápita	.885	5.898	80.826			
	6: IPC	.767	5.112	85.938			
	7: Patentes/inves. I+D	.692	4.615	90.553			
	8: Artículos/inves. I+D	.533	3.554	94.107			
	9: Gasto sanidad	.307	2.044	96.151			
	10: Matriculaciones primaria	.234	1.558	97.709			
	11: Matriculaciones secundaria	.144	.958	98.667			
	12: Matriculaciones terciaria	.112	.745	99.412			
	13: Inmunidad sarampión, rubéola y DPT	.052	.350	99.762			
	14: Esperanza de vida	.026	.176	99.938			
	15: Mortalidad	.009	.062	100.000			
Reescalada	1: Crecimiento población	5.258	35.054	35.054	5.258	35.054	35.054
	2: Población rural	2.816	18.775	53.829			
	3: Tasa fertilidad	1.875	12.502	66.331			
	4: Dependencia	1.290	8.598	74.929			
	5: GNI per cápita	.885	5.898	80.826			
	6: IPC	.767	5.112	85.938			
	7: Patentes/inves. I+D	.692	4.615	90.553			
	8: Artículos/inves. I+D	.533	3.554	94.107			
	9: Gasto sanidad	.307	2.044	96.151			
	10: Matriculaciones primaria	.234	1.558	97.709			
	11: Matriculaciones secundaria	.144	.958	98.667			
	12: Matriculaciones terciaria	.112	.745	99.412			
	13: Inmunidad sarampión, rubéola y DPT	.052	.350	99.762			
	14: Esperanza de vida	.026	.176	99.938			
	15: Mortalidad	.009	.062	100.000			

Por otra parte, el factor de ponderación ( $\omega_j$ ) que deberá usarse en la construcción del *Índice de Vulnerabilidad Social*, a través de la ecuación (1), se encuentra en la tabla de **Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en las Componentes** que arroja el Análisis de Componentes Principales.

**Cuadro 3. Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en las Componentes.**

	<i>Componente</i>
INDICADOR 1: Crecimiento población	0,0914
INDICADOR 2: Población rural	0,0627
INDICADOR 3: Tasa fertilidad	0,0903
INDICADOR 4: Dependencia	0,0304
INDICADOR 5: GNI per cápita	0,1593
INDICADOR 6: IPC	0,1642
INDICADOR 7: Patentes/inves. I+D	-0,0743
INDICADOR 8: Artículos/inves. I+D	0,0024
INDICADOR 9: Gasto sanidad	0,1090
INDICADOR 10: Matriculaciones primaria	0,0765
INDICADOR 11: Matriculaciones secundaria	0,1367
INDICADOR 12: Matriculaciones terciaria	0,0861
INDICADOR 13: Inmunidad sarampión, rubéola y DPT	0,1039
INDICADOR 14: Esperanza de vida	0,1555
INDICADOR 15: Mortalidad	0,1793

Como podemos observar en el cuadro 3, los indicadores que presentan las mayores ponderaciones son los números 5, 6, 11, 14 y 15. Estos indicadores hacen referencia a las medidas de ingresos, GNI (Gross National Income) per cápita (\$ corrientes) e Índice de Precios al Consumo (2000=100), y los relacionados con el ratio de matriculaciones en educación secundaria y la esperanza de vida al nacer así como la mortalidad infantil. Por tanto, el ranking de estos indicadores es el que determinará en mayor medida el del *Índice de Vulnerabilidad Social* obtenido.

Así mismo, este dato nos permite destacar la influencia que ejercen cada uno de los indicadores seleccionados sobre el grado de desprotección social al que se ven sometidos los individuos en algunos países. Dado que los dos primeros indicadores a destacar hacen referencia a la cuantía de los ingresos per cápita, las políticas destinadas a conseguir la convergencia en renta, como es el caso de los Fondos de Cohesión en la Unión Europea, son de gran relevancia a la hora de conseguir el bienestar social. Por su parte, las ponderaciones obtenidas destacan la importancia de intensificar las políticas de capital social, relacionadas con el gasto público en educación y sanidad.

## Evidencia Empírica para los países de la OCDE durante el año 2003

La metodología expuesta en el apartado anterior ha permitido calcular un *Índice de Vulnerabilidad Social* que agrupa a los principales factores determinantes. Debido a la existencia de numerosas similitudes, se ha seleccionado el conjunto de países que componen la OCDE durante el año 2003, el último año para el que la base de datos empleada proporciona las variables. Los indicadores seleccionados reflejan la evolución del impacto social de las políticas implementadas. En el cuadro 4 aparecen dichos indicadores, junto con sus respectivos estadísticos descriptivos.

La suma ponderada de los indicadores analizados, siguiendo la metodología expuesta en el apartado anterior, ha permitido el cálculo de un *Índice de Vulnerabilidad Social*, que nos permite identificar el grado de desprotección social al que pueden verse sometidos determinados países en base a las características analizadas.

Los resultados obtenidos en la elaboración del *Índice de Vulnerabilidad Social*, recogidos en el Cuadro 5, muestran las desigualdades existentes. Como se puede observar en el Cuadro 5, los valores se encuentran ordenados en sentido ascendente, es decir de menor a mayor desprotección social. Así pues, la situación de Suecia, que es la más favorable, contrasta con la de Eslovaquia, México y Turquía, que son los países de mayor vulnerabilidad social. Así mismo, la mayor parte de los países analizados poseen un grado de vulnerabilidad social inferior a la media. En concreto, nos referimos a Suecia, Islandia, Japón, Australia, Bélgica, España, Holanda, Alemania, Dinamarca, Reino Unido, Finlandia, Noruega, Portugal, Canadá, Suiza, Francia, Italia, República Checa, Austria y Nueva Zelanda, que representan dos tercios sobre el total de la OCDE. A continuación, Estados Unidos se sitúa muy próximo a la media, seguido de Grecia, Hungría, Polonia, Luxemburgo, Korea, Irlanda, Eslovaquia, México y Turquía, cuya situación se perfila más desalentadora, dado que sus *Índices de Vulnerabilidad Social* exceden el valor de la media.

Cuadro 4. Indicadores que componen el Índice de Vulnerabilidad Social

País	Grec. Pob.	Pob. Rural	Fert.	Depend.	GNP*	IPC	Pat.*	Arts.*	Gasto* Sanidad	Matric.* Primaria	Matric.* Secund.	Matric.* Terciar.	Inmun.*	Esp.* Vida	Morta. Infantil
ALEMANIA	0,0400	11,9140	1,34	0,4739	0,000040	104,4600	0,0104	0,0739	0,1169	0,0097	0,0100	0,0206	0,0110	0,0128	5,0000
AUSTRALIA	1,1036	8,1060	1,75	0,4801	0,000046	110,4900	0,0321	0,2330	0,1550	0,0098	0,0065	0,0155	0,0108	0,0125	6,2000
AUSTRIA	0,2971	32,2250	1,39	0,4725	0,000037	105,9400	0,0092	0,5184	0,1858	0,0097	0,0101	0,0207	0,0123	0,0126	6,0000
BELGICA	0,4153	2,4890	1,61	0,5088	0,000039	105,8100	0,0194	0,5314	0,1543	0,0095	0,0064	0,0167	0,0121	0,0128	5,0000
CANADA	0,8509	20,6800	1,52	0,4490	0,000041	107,7400	0,0322	0,1541	0,1490	0,0100	0,0095	0,0173	0,0108	0,0126	6,7000
DINAMARCA	0,2397	14,9000	1,76	0,5027	0,000030	107,0300	0,0190	0,9667	0,1371	0,0098	0,0078	0,0160	0,0104	0,0130	5,9000
ESLOVAQUIA	0,2045	41,9720	1,17	0,4233	0,000020	120,3800	0,0108	1,7872	0,1896	0,0097	0,0112	0,0311	0,0101	0,0136	8,0000
ESPAÑA	0,4490	21,6970	1,26	0,4710	0,000059	110,0100	0,0080	0,1308	0,1845	0,0093	0,0086	0,0170	0,0103	0,0126	4,0000
ESTADOS UNIDOS	0,8429	22,0840	2,01	0,5011	0,000026	106,8300	0,0119	0,0225	0,1525	0,0100	0,0108	0,0123	0,0106	0,0129	8,0000
FINLANDIA	0,2497	41,0340	1,76	0,4913	0,000037	105,0800	0,0295	1,4576	0,1810	0,0098	0,0079	0,0117	0,0103	0,0128	4,0000
FRANCIA	0,4646	24,1190	1,89	0,5321	0,000040	105,8000	0,0172	0,1001	0,1356	0,0095	0,0093	0,0187	0,0109	0,0126	5,5000
GRECIA	0,2541	39,1320	1,27	0,4994	0,000036	110,9100	0,0083	0,4076	0,1990	0,0104	0,0104	0,0146	0,0114	0,0128	5,0000
HOLANDA	0,4808	10,2030	1,75	0,4767	0,000078	110,4500	0,0170	0,2243	0,1732	0,0093	0,0082	0,0176	0,0103	0,0127	5,7000
HUNGRÍA	-0,3056	34,5770	1,30	0,4491	0,000157	120,3000	0,0159	0,5942	0,1826	0,0098	0,0097	0,0227	0,0101	0,0138	7,3000
IRLANDA	1,6154	40,1560	1,98	0,4798	0,000037	113,5900	0,0142	1,3906	0,1822	0,0096	0,0095	0,0200	0,0123	0,0129	6,6000
ISLANDIA	0,3466	7,0650	1,99	0,5266	0,000032	114,2000	0,0729	37,8862	0,1203	0,0099	0,0090	0,0183	0,0105	0,0125	4,0000
ITALIA	-0,0761	32,5730	1,29	0,4928	0,000046	108,1300	0,0071	0,0518	0,1556	0,0099	0,0102	0,0188	0,0112	0,0125	6,0000
JAPÓN	0,1365	20,7600	1,33	0,4866	0,000029	98,1080	0,0104	0,0886	0,1549	0,0099	0,0097	0,0203	0,0102	0,0122	4,6000
KOREA	0,5688	16,4640	1,45	0,3935	0,000083	110,7000	0,0146	0,2699	0,3781	0,0100	0,0110	0,0122	0,0104	0,0135	5,0000
LUXEMBURGO	1,0095	7,5010	1,63	0,5153	0,000022	106,9500	0,0149	129,5552	0,1889	0,0100	0,0104	0,0869	0,0106	0,0136	5,7000
MEXICO	1,4499	24,9870	2,21	0,5993	0,000161	116,7900	0,0027	0,0807	0,3651	0,0091	0,0132	0,0466	0,0107	0,0128	28,0000
NORUEGA	0,5275	24,4510	1,80	0,5289	0,000023	106,9300	0,0487	1,3660	0,1248	0,0099	0,0088	0,0135	0,0115	0,0127	4,6000
NEUZA ZELANDA	1,7639	13,8750	1,94	0,5064	0,000064	107,2200	0,0278	0,8933	0,1510	0,0100	0,0088	0,0140	0,0114	0,0126	6,0000
POLONIA	-0,0942	36,9990	1,24	0,4316	0,000189	108,2700	0,0155	0,2583	0,2264	0,0100	0,0099	0,0168	0,0102	0,0134	7,0000
PORTUGAL	0,7304	31,9350	1,42	0,4806	0,000085	111,6400	0,0069	0,8147	0,1525	0,0082	0,0087	0,0188	0,0103	0,0131	5,0000
REINO UNIDO	0,1687	10,3140	1,64	0,5204	0,000035	106,5000	0,0094	0,0565	0,1557	0,0099	0,0056	0,0157	0,0117	0,0129	6,5000
REPÚBLICA	0,0098	25,3310	1,18	0,4154	0,000140	106,6800	0,0092	0,5593	0,1563	0,0096	0,0104	0,0297	0,0102	0,0133	5,0000
SUECIA	0,3579	16,6460	1,71	0,5387	0,000035	106,6300	0,0202	0,5014	0,1274	0,0091	0,0069	0,0131	0,0104	0,0125	3,9000
SUÍZA	0,8197	32,4590	1,41	0,4756	0,000025	102,2800	0,0141	0,4434	0,1542	0,0093	0,0102	0,0225	0,0113	0,0124	5,7000
TURQUÍA	1,5477	32,9970	2,43	0,5199	0,000357	280,4400	0,0014	0,0841	0,2338	0,0109	0,0132	0,0404	0,0140	0,0146	39,0000
Media	0,5490	23,3215	1,61	0,4881	0,000074	114,5429	0,0177	6,0501	0,1774	0,0097	0,0094	0,0220	0,0109	0,0129	7,4967
Desv. Tip.	0,5317	11,5289	0,32	0,0415	0,000074	31,6907	0,0144	24,3080	0,0598	0,0005	0,0017	0,0146	0,0009	0,0005	7,2978
Rango	2,0695	39,4830	1,26	0,2058	0,000335	182,3320	0,0715	129,5326	0,2612	0,0026	0,0076	0,0752	0,0039	0,0023	35,1000

\* En estos casos se ha considerado el dato invertido, puesto que es el que mantiene una relación directa con el Índice de Vulnerabilidad Social.  
 Los indicadores en negrita son aquellos de mayor ponderación en el Índice de Vulnerabilidad Social, y por tanto los que determinan el ranking por países en mayor medida.  
 Fuente : Elaboración propia a partir de World Bank (2005).

Cuadro 5. Índice de Vulnerabilidad Social en los países de la OCDE. Año 2003

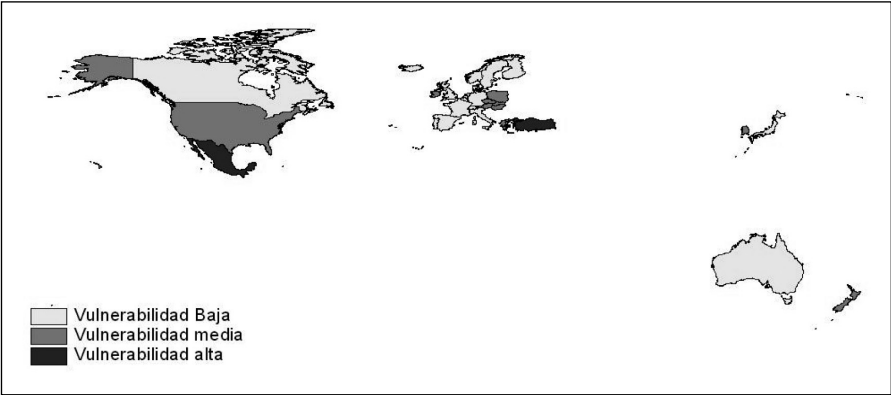
<i>Países</i>	<i>Índice de Vulnerabilidad social</i>
SUECIA	-0,87
ISLANDIA	-0,76
JAPON	-0,69
AUSTRALIA	-0,58
BELGICA	-0,56
ESPAÑA	-0,55
HOLANDA	-0,54
ALEMANIA	-0,49
DINAMARCA	-0,49
REINO UNIDO	-0,47
FINLANDIA	-0,46
NORUEGA	-0,46
PORTUGAL	-0,37
CANADA	-0,36
SUIZA	-0,33
FRANCIA	-0,31
ITALIA	-0,28
REPÚBLICA	-0,08
AUSTRIA	-0,06
NUEVA ZELANDA	-0,03
ESTADOS UNIDOS	0,07
GRECIA	0,12
HUNGRÍA	0,23
POLONIA	0,24
LUXEMBURGO	0,30
KOREA	0,40
IRLANDA	0,42
ESLOVAQUIA	0,55
MEXICO	2,05
TURQUÍA	4,38
Media	0,00
Desv. Típica	1,00
Rango	5,25

Fuente: Elaboración propia a partir de World Bank (2005)

3. Estabilidad y Seguridad Personal: bases de la autonomía

A continuación, se ha llevado a cabo un análisis cartográfico utilizando un Sistema de Información Geográfica (SIG), lo que nos ha permitido realizar la estratificación del *Índice de vulnerabilidad Social* así como analizar territorialmente dicho fenómeno, para lo cual nos hemos basado en el uso del programa ArcView Versión 3.2. La figura 1 muestra el análisis cartográfico llevado a cabo sobre el *Índice de Vulnerabilidad Social*, como resultado del cual se ha obtenido la estratificación de dicha variable en base al método de *Natural Breaks* o *Cortes Naturales*, que ha sido seleccionado entre distintos métodos de estratificación (Véase el Cuadro 6).

Figura 1. Índice de Vulnerabilidad Social en los países de la OCDE. Año 2003



Cuadro 6. Método de Estratificación Natural Breaks

Estratos	Límite Mínimo	Límite Máximo
Estrato 1: Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Holanda, Islandia, Japón, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza	-0.87	-0.28
Estrato 2: Austria, Estados Unidos, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Korea, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Polonia, República Checa	-0.28	0.55
Estrato 3: Eslovaquia, México y Turquía	0.55	4.38



El método de estratificación de *Cortes Naturales*, que automáticamente calcula el SIG, es conocido como *Optimización de Jenk* y utiliza las fallas o depresiones en la distribución de la frecuencia para establecer las fronteras entre los estratos. Su aplicación garantiza la homogeneidad de los estratos, sin perder la heterogeneidad entre ellos. Es muy útil en análisis de características que no son homogéneas, pero que tienden a agruparse en un número limitado de casos.

Como se puede observar tanto en la figura 1 como en el Cuadro 6, se ha llevado a cabo una estratificación de los países considerados en base al *Índice de Vulnerabilidad Social*. Al estrato 1 pertenecen los países que poseen los valores más bajos correspondientes a dicho índice, con cifras comprendidas entre  $-0.87$  y  $-0.28$ . Por tanto, este conjunto de países resulta ser el más privilegiado en este aspecto, dado que gozan de las mejores prestaciones a nivel social. En una situación intermedia se encuentran los países pertenecientes al estrato 2, con valores para el *Índice de Vulnerabilidad Social* entre  $-0.28$  y  $0.55$ . Por último, los países más desprotegidos y vulnerables a nivel social son los pertenecientes al estrato 3, cuyo valor del *Índice de Vulnerabilidad Social* oscila entre  $0.55$  y  $4.38$ .

Cada uno de los tres países que conforman el norte de América pertenece a un estrato distinto. Así pues, Canadá se encuentra en el primero, Estados Unidos, con un nivel intermedio en el segundo, y México en el último. Por tanto, en este último caso es necesario que las autoridades realicen un esfuerzo a la hora de tratar de proveer a los individuos de una cobertura social, dado que en caso contrario el efecto de los desastres naturales podría verse agudizado y la emigración hacia Estados Unidos en busca del “*sueño americano*” continuará siendo la única salida viable para miles de mexicanos que arriesgan sus vidas cada año.

Por su parte, en el viejo continente europeo, la mayoría de los países que formaban parte de la Unión Europea con anterioridad a la incorporación de Europa del Este, que denominamos UE-15, se encuentran en el primer estrato, lo que refuerza la idea de **cohesión social** motivada por la creación por parte de la Comisión Europea de los **Fondos Estructurales y de Cohesión**. Estos países son Alemania, Bélgica, España<sup>1</sup>, Finlandia, Francia, Portugal, Holanda, Dinamarca, Reino Unido y Suecia. Por su parte, Noruega y Suiza, que no forman parte de la Unión Europea, aunque sí pertenecen a Europa Occidental, también se encuentran situados en el primer estrato. Por su parte, Austria, Grecia, Irlanda, Italia y Luxemburgo, con un *Índice de Vulnerabilidad Social* intermedio, deben proveerse de mayor protección social y, en algunos casos, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Los países de reciente incorporación a la Unión Europea como Polonia,

---

1 España y Portugal son dos de los mayores beneficiarios de los Fondos Estructurales y de Cohesión provenientes de la Unión Europea. Por tanto, este es el motivo en gran medida de los logros obtenidos a nivel de cobertura social en ambos países, dado que una parte importante de las inversiones realizadas en materia de capital social, educación y sanidad, proceden de estos fondos. Véase el trabajo de Cordero (2005).

República Checa y Hungría se encuentran en el segundo estrato, mientras que Eslovaquia pertenece al tercer estrato, al igual que Turquía, que se perfila como candidato.

Además, comparten una situación privilegiada, dado que se encuentran en el primer estrato, Australia, Islandia y Japón. En este último caso, el análisis de la media nacional nos impide observar las divergencias existentes entre el mundo rural y el urbano, aunque dada la elevada densidad de población en las ciudades es preciso destacar el enorme esfuerzo por parte de las autoridades en la provisión de protección social a los individuos. Por último, en el segundo estrato nos encontramos con Korea y Nueva Zelanda.

## Conclusiones

En la presente investigación se comenzó llamando la atención acerca de la necesidad de estimar un *Índice de Vulnerabilidad Social*, que recogiese el grado de desprotección social al que se encuentran sometidos los ciudadanos. En nuestro caso concreto, nos hemos basado, dadas las similitudes, en el conjunto de países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Dicho índice, que ha sido calculado para el año 2003 a partir de los **Indicadores Mundiales de Desarrollo** publicados por el Banco Mundial, contiene los aspectos sociales más relevantes. Así pues, se han considerado los cambios demográficos, la pobreza, el nivel de ingresos, la producción científica así como diversos indicadores sociales relacionados, principalmente, con la educación y las condiciones de vida y salud.

La agregación en un *Índice de Vulnerabilidad Social* de los indicadores seleccionados se ha llevado a cabo mediante el Análisis de Componentes Principales a partir de una suma ponderada de cada uno de los mismos, donde las mayores ponderaciones corresponden a los indicadores que hacen referencia a las medidas de ingresos y a los relacionados con el ratio de matriculaciones en educación secundaria, la esperanza de vida al nacer así como la mortalidad infantil. Por tanto, las ponderaciones obtenidas destacan la gran relevancia de las políticas destinadas a conseguir la convergencia en renta, así como las relacionadas con el gasto público en educación y sanidad, con el objeto de mejorar el bienestar social y obtener un mayor crecimiento económico.

De esta manera, hemos obtenido un *Índice de Vulnerabilidad Social*, que nos ha permitido agrupar al conjunto de países analizados, atendiendo a su grado de desprotección social, en diversos estratos a partir de un **Sistema de Información Geográfica** (SIG), que nos ha proporcionado un análisis cartográfico así como la estratificación siguiendo el método *Natural Breaks* o de *Cortes Naturales*.

Destaca el hecho de que la mayor parte de los países considerados en el estudio forman parte de los dos primeros estratos, que son los de menor desprotección social. Por tanto, se observa un reparto equitativo en lo que a cobertura social se refiere. Sin embargo, sobresalen tres países dentro del grupo de los más desfavorecidos en este aspecto. Este

es el caso de México, Eslovaquia y Turquía. En primer lugar, los gobiernos centrales deberían concienciarse del problema que esto supone, tratando de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y de incrementar la cuantía, no solo en el caso de los procedentes de la cooperación internacional sino también en el de los que provienen de la actividad recaudatoria en el interior del país.

Por su parte, la OCDE, en calidad de organismo al que pertenecen estos países, debe prestar su ayuda, acompañada de la auditoria y vigilancia necesarias para asegurar la adecuada utilización de la misma así como el cumplimiento de los compromisos que esta conlleva. De manera particular, Eslovaquia, que ya ha pasado a formar parte de la Unión Europea, comenzará a beneficiarse de las ayudas procedentes de los Fondos Estructurales y de Cohesión a partir del año 2007, lo que hace presagiar una mejora en sus indicadores, mientras que Turquía, que opta a pertenecer al bloque europeo, necesita mejorar sus agregados macroeconómicos si desea ver cumplido su objetivo. Por último, México posee importantes carencias en cuanto a protección social, dada la casi imperceptible colaboración con el país vecino y la escasez de recursos procedentes de su Gobierno Central, debido principalmente a la incompetencia de su sistema recaudatorio y de Seguridad Social.

## Referencias Bibliográficas:

- Ayala L., M.J. Delgado e I. Alvarez (2005): "Protección social y productividad". *Revista Presupuesto y Gasto Público*, no. 39-(2/2005). Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Atkinson, A.B. (1999): *The Economic Consequences of Rolling Back the Welfare State*, Cambridge: The MIT Press.
- Blaikie P., T. Cannon, I. Davis, B. Wisner (1996) Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres. La Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, 374p.
- Barr, N. (2004): *The Economics of the Welfare State*, 4ªed., Oxford University Press.
- Barro R. and X. Sala-i-martín (1995): Economic Growth. McGrawHill.
- Cadena E. (2005): "El neoliberalismo en México: saldos económicos y sociales". Quivera Nueva Época, *Revista de Estudios Urbanos, Regionales, Territoriales, Ambientales y Sociales*. Vol. I, pp. 197-236.
- Cancelo J.R. y P. Uriz (1994): "Una metodología general para la elaboración de índices complejos de dotación de infraestructuras". *Revista de Estudios Regionales*, Nº 40, pp. 167-188.
- Cordero G. (2005): "La rentabilidad económica y social de los Fondos Estructurales: experiencia y perspectivas". *Revista Presupuesto y Gasto Público*, no. 39-(2/2005). Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

- Delgado M.J. y I. Álvarez (2001): "Metodología para la elaboración de Índices de Equipamientos de Infraestructuras Productivas". *Revista Momento Económico*, N° 117, Universidad Nacional Autónoma de México, septiembre-octubre 2001.
- Delgado M.J. y I. Álvarez (2004): "Capital público y eficiencia productiva: evidencia para la UE-15". *Revista Hacienda Pública Española*, 168-(1/2004), pp. 27-46.
- García I., C. Gil, P. Pascual y M. Rapún (1996): Una metodología multivariante para la ordenación de las infraestructuras regionales. Comunicación presentada en la XXII Reunión de Estudios Regionales.
- García I., C. Gil, P. Pascual y M. Rapún (1998): Capital público, productividad regional y efectos desbordamientos. Comunicación presentada en el V Encuentro de Economía Pública.
- IPCC(2001): Climate change, Intergovernmental Panel on Climate Change.
- Lucas, Robert E. Jr. (1988): "On the mechanics of economic development". *Journal of monetary economics*, 22, 3-42.
- Mankiw N.G., D. Romer and D.N. Weil (1992): "A contribution to the empirics of economic growth". *Quarterly Journal of Economics*, 107, pp 407-437.
- Minujin, Alberto (1999). "¿La gran exclusión? Vulnerabilidad y exclusión en América Latina". En Filmus, Daniel (comp.) **Los noventa**. Política, sociedad y cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo. Buenos Aires, Eudeba, pp. 53-77.
- Minujin, Alberto (1998): "Vulnerabilidad y exclusión social en América Latina", en "Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes". Editores: Eduardo Bustelo y Alberto Minujin. UNICEF-Editorial Santillana. Bogotá, Colombia.
- Novales A. (2005): Econometría. Ed. McGrawHill.
- Romer P. (1986): "Increasing returns and long-run growth". *Journal of political economy*, Vol. 94, no. 5, pp 1002-1037.
- Sala-i-martin X. (1994): Apuntes de Crecimiento Económico. Antoni Bosch Editor.
- Schultz T. (1960): "Capital formation by education". *Journal of Political Economy*, 69, 571-583.
- Schultz T. (1961): "Investment in human capital". *American Economic Review*, 51, 1-17.
- Solow R.M. (1956): "A contribution to the theory of economic growth". *Quarterly journal of economics*, 70, 1 (February), 65-94.
- Uzawa H. (1965): "Optimal technical change in an aggregative model of economic growth". *International economic review*, 6(January), 10-31.
- World Bank (2005): World Development Indicators 2005, Washington: World Bank CD-ROM.

## 3.2. Programa de Mayores Vulnerables: aislamiento y maltrato

**Pilar Serrano Garijo**

*Jefa del Dpto. de Programación, Evaluación y Desarrollo.*

*Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.*

*Ayuntamiento de Madrid.*

### Introducción

Antes de pasar a referir las acciones que desde el Ayuntamiento de Madrid realizamos en el campo de los mayores vulnerables, se hace necesario un pequeño repaso conceptual que nos ayudará en la comprensión del programa, así como una breve descripción de los mayores madrileños.

Cuando hablamos de vulnerabilidad a nivel general, se produce una asociación con representaciones tales como pobreza, desempleo, marginación, exclusión social, o aislamiento social, pero también con dependencia e incluso vejez, términos que pueden muy bien englobarse en la vulnerabilidad como susceptibilidad al daño que, en el caso de los mayores nos interesa especialmente cuando sus consecuencias son el aislamiento, la muerte en abandono, la autonegligencia y el maltrato.

Es un concepto semejante al de fragilidad, entendiendo la misma como la probabilidad de sufrir dependencia, institucionalización y muerte, y aplicable a los ancianos con un marcado declinar de su vitalidad.

Lo interesante es que, tanto vulnerabilidad como fragilidad hacen referencia a “riesgo”, lo que coloca a ambas situaciones en una posición de reversibilidad, posible a priori, y más probable cuanto más precozmente se aborden los factores que las favorecen.

En el caso de la vulnerabilidad los factores pueden englobarse en sociodemográficos (edad, género, educación, ingresos, estado civil, estatus familiar), de salud (problemas de salud crónicos, enfermedad aguda, salud mental) o psicosociales (características de la personalidad, destrezas y capacidades, estrés crónico, objetivos vitales), estos últimos de importancia capital.

Otro tema de interés es que el término vulnerabilidad puede aplicarse tanto a los individuos como a las poblaciones, en ámbitos macro, mezo o micro, con indicadores específicos.

### 3. Estabilidad y Seguridad Personal: bases de la autonomía

En el caso de las grandes ciudades como Madrid la priorización de las actividades ha de contemplar necesariamente los riesgos de sus diferentes distritos o barrios. Como ejemplo baste citar las grandes diferencias entre el casco histórico y las áreas periféricas, ambas zonas vulnerables, pero por razones diferentes y con afectación de distintos grupos de población, mayores en el primer caso y jóvenes en el segundo.

En cuanto a los mayores madrileños, las características de los 600.000 existentes no son diferentes de las de otras ciudades españolas. No obstante, merece la pena señalar algunos aspectos demográficos, tasa de envejecimiento, soledad y mortalidad, de interés para nuestro trabajo.

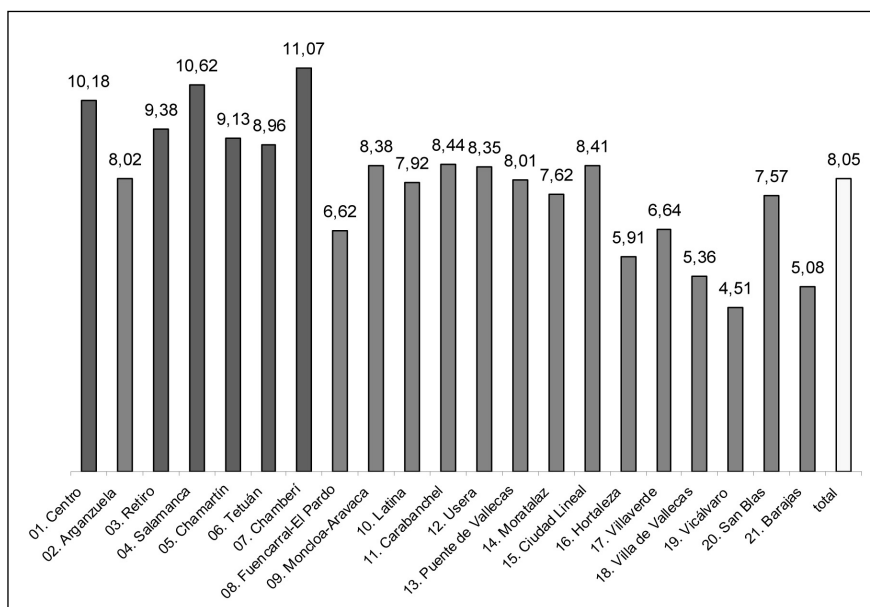
La tabla nos muestra la distribución por edades de nuestra población y se han señalado los distritos con mayor proporción de mayores, y de mayores de 80 años en particular. En cuanto a los mayores que viven solos en nuestra ciudad, hay alrededor de 137.000 mayores de 65 y prácticamente 58.000 mayores de 80, con una distribución muy irregular entre los diferentes distritos.

Porcentaje	0 a 14	15 a 64	65 y más	80 y más	>65 solos	>80 solos
01. Centro	8,92	74,44	16,63	5,99	32	40
02. Arganzuela	12,31	71,14	16,55	5,53	26	34
03. Retiro	11,45	67,58	20,97	6,76	23	31
04. Salamanca	10,85	66,74	22,4	7,94	25	31
05. Chamartín	12,71	66,68	20,61	6,68	23	30
06. Tetuán	11,09	69,04	19,87	6,6	26	34
07. Chamberí	10,12	67,08	22,8	8,61	25	32
08. Fuencarral-El Pardo	13,73	69,48	16,79	4,39	19	28
09. Moncloa-Aravaca	14,16	67,14	18,7	5,86	22	30
10. Latina	11,46	67,22	21,32	5,39	21	34
11. Carabanchel	13,06	68,12	18,82	5,28	23	34
12. Usera	14,4	67,67	17,94	5,15	23	35
13. Puente de Vallecas	14,02	68,32	17,66	4,83	24	36
14. Moratalaz	13,21	65,11	21,68	4,87	20	33
15. Ciudad Lineal	12,57	66,75	20,68	5,78	24	35
16. Hortaleza	15,24	69,41	15,35	3,57	19	30
.../...						

### 3. Estabilidad y Seguridad Personal: bases de la autonomía

Porcentaje	0 a 14	15 a 64	65 y más	80 y más	>65 solos	>80 solos
.../...						
17. Villaverde	15,06	68,37	16,56	3,65	21	36
18. Villa de Vallecas	16,03	71,76	12,21	2,88	21	32
19. Vicálvaro	17,98	69,63	12,38	2,36	18	32
20. San Blas	15,56	67,27	17,16	4,58	22	36
21. Barajas	16,07	72,06	11,86	2,81	18	27
total	13,04%	68,38%	18,58%	5,38%	23%	32%

Esta tabla puede ayudarnos a comprender las diferencias en la mortalidad general (el gráfico muestra la tasa de mortalidad/1000 habitantes) y quizás también las existentes en el hallazgo de cadáveres en sus domicilios.



Y precisamente la alarma social creada por los fallecimientos en abandono puede considerarse el detonante que propició la puesta en marcha de nuestro programa.

A sabiendas de la complejidad del fenómeno, se ha planteado el programa de un modo lo más integral posible, en un intento de abordaje desde diferentes ópticas, con actividades de sensibilización poblacional, detección de personas en riesgo e intervención general

y especializada. Evidentemente en un tema como este es inevitable la coordinación de distintos agentes implicados. Como todo programa que pretende ser innovador, se hace imprescindible realizar formación a los profesionales y no podemos olvidar la necesidad de investigar y evaluar.

## Programa de Apoyo a los Mayores Vulnerables, con especial referencia al Aislamiento y el Maltrato

### *Antecedentes*

Con estas directrices se inicia la andadura en **2.004**, lo que supuso una novedad por la creación de un “observatorio” de fallecidos en abandono, en referencia a los cadáveres encontrados por los servicios de emergencias municipales tras una apertura de puerta. Y el iniciar en abril de ese año la Detección, Valoración, Intervención y Seguimiento de personas mayores en situación de riesgo de exclusión social, para conocer quiénes, cuántos y dónde se encuentran y para incorporar a los que viven aislados a los servicios sociales, los servicios de salud y las redes informales de apoyo.

Ese mismo año se firmó el Protocolo de Colaboración entre el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid y el Instituto Madrileño de la Salud (actualmente Servicio Madrileño de Salud) para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad, y que cristalizó en septiembre de **2.005** con la firma de una adenda en la que se fija el perfil de las personas a atender, precisamente los mayores solos, con dependencia funcional y necesidades sociosanitarias no cubiertas.

La incorporación en **2.006** de un equipo específico de apoyo psicológico domiciliario para personas en aislamiento social, merced a la firma de un convenio con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, supuso un cambio importante, actualmente consolidado.

En **2.007** comienzan otro tipo de actividades más comunitarias con carácter de screening y sensibilización vecinal.

Tras los avances obtenidos en el campo del aislamiento social, **2008** marca el inicio del abordaje del trato inadecuado a mayores, de manera que se pusieron las bases para la detección e intervención general, además de incorporar la coordinación con SAMUR SOCIAL, para la atención a mayores vulnerables.

Es en este año, **2.009**, cuando se inicia la detección e intervención general en maltrato a mayores. En el momento de celebrarse estas jornadas estamos diseñando el abordaje específico y pendientes de un protocolo de coordinación sociosanitaria municipal con SAMUR PC.



Precisamente esa evaluación continua es la que nos ha obligado a realizar múltiples modificaciones y también a proponer la incorporación de nuevas actividades que se han ido desarrollando paulatinamente según las posibilidades.

Esta pequeña introducción debe servirnos para comprender mejor los diferentes aspectos del programa que desarrollaremos a continuación, que no van a seguir un orden cronológico como el descrito, sino que se expondrán por el tipo de actividad.

Evidentemente el recorrido de años en el tema de aislamiento hace que se tengan muchos más datos de este tema que en el de maltrato, del que solo podemos esbozar algunas cosas.

## Objetivos

El Programa de Apoyo a los Mayores Vulnerables con Especial Referencia al Aislamiento y el Maltrato tiene como **Objetivo General** "Evitar las situaciones de vulnerabilidad social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, detectar las necesidades de atención socio sanitario que pueda presentar este conjunto de ciudadanos e intervenir con las oportunas medidas de protección social encaminadas a la resolución de la problemática identificada" y se concibe desde la óptica de la vulnerabilidad entendida como carencia, como la situación de menoscabo que indica tanto una ausencia de elementos esenciales en el desarrollo personal, como una insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar esa posición. Algo explicable por la coexistencia de los dos estados: la dificultad o necesidad de algo (que debemos de detectar) y la ausencia de mecanismos o instrumentos de compensación (que debemos de proporcionar).

En él confluyen actividades de **Sensibilización, Detección, Intervención, Formación y Evaluación**, planificadas en el tiempo, ya que precisamos conocer e identificar al mayor en riesgo social de aislamiento y maltrato y de igual manera detectar, valorar e intervenir en el mayor aislado o maltratado.

**Sensibilización** con el objeto de visualizar el problema y fomentar la inclusión de la ciudadanía como fortaleza hacia las personas mayores en situaciones de riesgo.

**Detección** o screening, actuando sobre población de alto riesgo, como la atendida por los servicios de emergencia, o con algún factor de riesgo conocido, como la soledad para la búsqueda de aislamiento o la dependencia para la de negligencia.

La existencia de casos de riesgo, requieren de un abordaje e **intervención** acorde a la situación.

Evidentemente, en un programa tan complejo es imposible trabajar en solitario, es por ello que **la coordinación es básica**, y como todo programa que pretende ser innovador, se hace imprescindible realizar **formación** a los profesionales y no podemos olvidar la necesidad de **investigar y evaluar**.

Todo esto es lo que reflejan los **objetivos específicos**, algunos de cuyos logros explicaremos a continuación.

- Disponer de un protocolo de actuación ante distintos niveles de necesidad y aplicarlo a la detección de la vulnerabilidad e intervención en casos de aislamiento y negligencia.
- Crear un sistema de coordinación de recursos hasta conseguir un trabajo en red, con implicación de servicios sociales y sanitarios, así como de la familia, el voluntariado y otros agentes sociales.
- Establecer un sistema de registro que permita la observación continua del fenómeno a nivel poblacional.
- Sensibilizar a los profesionales y la población en general sobre la importancia del aislamiento social y el trato inadecuado.
- Capacitar a los trabajadores municipales para el abordaje individual de situaciones de aislamiento social y de trato inadecuado.
- Adquirir un mayor conocimiento sobre la vulnerabilidad social de las personas mayores, con especial referencia al aislamiento y la negligencia.

#### *Coordinación*

Son muchos los agentes, tanto municipales como extramunicipales, que hacen posible el abordaje de este complejo programa, apoyando su realización en las distintas fases.

- **Departamentos de Servicios Sociales de los Distritos municipales**, con labores de detección e intervención.
- **Servicios de Emergencias de la DG de Emergencias y Protección Civil**, facilitándonos los listados de los mayores atendidos en aperturas de puerta, para la detección de ancianos en riesgo.
- **Padrón municipal**, imprescindible para la obtención de listados de mayores susceptibles de screening.
- **Salud Ambiental**, dependiente de **Madrid Salud**, que notifica las actuaciones en casos de Síndrome de Diógenes, para la detección de ancianos en riesgo.
- **SAMUR SOCIAL**, notificando sus actuaciones en mayores, para la detección de ancianos en riesgo.
- **SAMUR PC**, ultimando su colaboración en la notificación de actuaciones en mayores, para la detección de ancianos en riesgo.

- **Servicio Madrileño de Salud**, fundamental en la fase de intervención.
- **Asociaciones de Voluntarios**, son imprescindibles en la fase de intervención para apoyo a la soledad. Colaboran con nosotros Solidarios para el Desarrollo y Amigos de los Mayores. En la actualidad está en estudio la incorporación de Desarrollo y Asistencia para la intervención con casos de aislamiento probado.
- **Registro Civil**, nos permite obtener datos sobre los fallecidos.
- Queda mencionar el convenio de colaboración con el **Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid** y la participación de la **Universidad Complutense** para el tema de aislamiento. En maltrato contaremos con la **Universidad Autónoma**, siempre a través del convenio de colaboración aludido.

#### *Detección*

Cualquiera de los agentes, nombrados en el apartado anterior, con capacidad de detectar puede derivar para permitirnos hacer un primer filtro, telefónico, presencial o contra documento. Para ello se usan cuestionarios estructurados en los que se registran los factores de riesgo conocidos y los protectores.

Eliminados los casos carentes de riesgo, el resto es sometido a un estudio más profundo, iniciándose el proceso de intervención.

Hasta el momento actual las **poblaciones sometidas a detección** han sido las siguientes:

- Mayores de 65 años que viven solos.
- Los atendidos por servicios de emergencias (apertura de puertas).
- Mayores atendidos por SAMUR SOCIAL.
- Cuidadores (sin límite de edad) de mayores dependientes.
- Otros (derivados de distritos o de nuestra central de llamadas, de salud ambiental...)

La valoración de población de bajo riesgo, mayores que viven solos sin otro factor conocido, descubre riesgo por soledad o por necesidad sociosanitaria en uno de cada diez (0,4 de los cuales son aislados), mientras que en la población con otros factores como la atención por los servicios de emergencia, las cifras se elevan a 44% en riesgo y 2% en aislamiento.

El SAMUR Social es una fuente enorme de información, con un 60% de los casos atendidos con alta sospecha de autonegligencia o maltrato.

Los cuidadores estudiados, a pesar de acumular gran número de estresores de riesgo de maltrato, presentaron un prevalencia de sospecha de maltrato del 0,3.

Desde el 2.006 hasta el momento actual (se han desechado los casos atendidos con anterioridad a esa fecha por no haber seguido idénticos criterios que ahora) han formado parte de nuestra población diana 8.038 personas, de las cuales han podido ser sometidas a valoración para detectar riesgo 4.452. No se han podido clasificar 3.586, el 44% de la población diana, la gran mayoría procedente de la actuación sobre población general, los mayores que viven solos sin otro factor de riesgo conocido.

**De aquellos que han podido ser sometidos a las pruebas de cribado (4.452, el 56% de la población diana) la mayoría estaban libres de riesgo, 3.608, el 81%.**

## Intervención

En una primera fase se hace una valoración de riesgos a través del análisis de situación donde participa un equipo interdisciplinario compuesta por técnicos del Departamento (diplomados en trabajo social y en enfermería) y del Servicio de Apoyo Psicológico (psicólogos) en un espacio de encuentro que hemos dado en llamar **Mesa de Vulnerabilidad** (espacio de integración de información), que establece las medidas específicas según las necesidades socio-sanitarias. Se baraja la presencia de factores de riesgo y de factores protectores, el equilibrio entre ambos, su interacción, la reversibilidad o irreversibilidad del riesgo, etc.

En la valoración se emplean los indicadores que han demostrado hasta el momento actual tener relevancia para la clasificación en población de riesgo sociosanitario y/o de aislamiento y/o maltrato.

En una segunda fase se establece la intervención propiamente dicha, poniendo en marcha dispositivos inespecíficos para los casos de riesgo y específicos para aquellos usuarios mayores con perfil de aislamiento o negligencia.

Merece la pena recordar que este tipo de programas carece de interés sin una red amplia de soporte social y sin la coordinación con diferentes agentes. Entendiendo que, siendo todos muy importantes, hay que considerar especialmente a algunos de ellos, como la convivencia intergeneracional para combatir la soledad o la coordinación socio sanitaria par ancianos frágiles. Se barajan dos recursos protectores que se articulan directamente, el servicio de TAD y la derivación a una asociación de voluntarios para acompañamiento.

También es de gran utilidad el respiro de fin de semana y el apoyo a cuidadores para prevenir el trato inadecuado. Este último es de gran interés para casos de sospecha de trato inadecuado a mayores dependientes y con indicios de cuidadores sobrecargados. Para estos, el Ayuntamiento de Madrid desde la Dirección General de Mayores dispone de un programa de apoyo como medida protectora y preventiva de los posibles malos tratos, llamado “Cuidar al Cuidador”. Su objetivo es conseguir el alivio de la sobrecarga y sus consecuencias, mediante el abordaje de los problemas en actividades grupales de apoyo psicológico, con sesiones de carácter educativo y terapéutico. Se trata de mejorar las consecuencias del impacto de los cuidados sobre la calidad de vida de estos cuidadores, en aspectos de control emocional, salud física, relaciones sociales y familiares.

La intervención, siempre individualizada, a través de los Servicios Sociales y los equipos de de Apoyo Psicológico y Social de la DGM, se realiza desde un enfoque multidisciplinar; integral y coordinado.

Transcurrido un tiempo aproximado de 6 meses, se hace seguimiento para comprobar la eficacia de las medias, es decir si el riesgo se ha controlado.

De 2006 hasta la actualidad, **se ha intervenido sobre todos las personas que estaban en riesgo, 844, el 19% de las clasificadas.**

- Los que presentan necesidad sociosanitaria y/o soledad se orientan a recursos generales y las medidas tomadas han demostrado su eficacia. Amortiguado al quedar el caso en conocimiento de los servicios sociales, el 13% del total. **De cada 100 personas detectadas en riesgo, 87 son atendidos y protegidos por recursos específicos o generales y 13 permanecen en situación de riesgo** a pesar de la intervención, ya que, no estando en aislamiento, rechazan el ofrecimiento hecho por los servicios sociales, entendiendo que, sin haber desaparecido, el riesgo se ha amortiguado al quedar el caso en conocimiento de los servicios sociales
- Los mayores en aislamiento social o autonegligencia se atienden en el programa específico (SA). Aunque el riesgo no desaparece por completo, salvo en los casos sometidos a custodia, disminuyen sus necesidades no cubiertas y los fallecidos no lo hacen en abandono. Los resultados son buenos, si tenemos en cuenta la población diana del programa. Podemos estimar que el **40% de los casos cerrados corresponden a un ingreso involuntario, mientras que el 60% de los atendidos pueden permanecer en el entorno comunitario o residencial** con apoyos formales o informales **de manera voluntaria**. En suma, el Servicio de Apoyo Psicológico domiciliario pretende y consigue que la población en aislamiento y necesidades sociosanitarias, acceda a los recursos

formales o informales y, cuando fracasa en el intento de normalización, contribuye a la custodia del presunto incapaz.

#### Formación

Dirigida a profesionales que trabajan con mayores, hemos incluido temas de vulnerabilidad en aquellas actividades formativas que promovemos desde la DGM, solos o con la participación del Instituto de Formación Municipal.

Hemos organizado y coordinado **17 actividades formativas** con inclusión de la vulnerabilidad social entre sus temas, con la asistencia de **1.383 profesionales** desde 2005 hasta abril de 2009.

Cabe destacar que en 2008, se celebró la jornada anual de la DGM precisamente con el tema del maltrato, dando el pistoletazo de salida al programa.

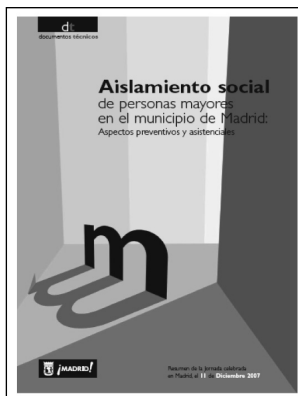


El calendario previsto para 2009 contempla la realización de Sesiones formativas "Personas mayores en condiciones especiales de vulnerabilidad social (aislamiento y maltrato)" (cuatro ediciones), un Curso "Vulnerabilidad social: aislamiento y maltrato, perfiles y directrices para la atención a personas mayores" (una edición), así como la inclusión del tema en la Jornada anual de la DGM.

El número se incrementaría aun más de haber incluido la participación en cursos externos que escapan de nuestro control como los realizados con sociedades científicas, universidades u otras administraciones.

Otra actividad en el seno de la formación es la publicación de **libros o documentos técnicos**, que pueden ser consultados en la Web municipal, sea cual sea el formato elegido para su edición.

- En 2.008 se editó en formato CD el libro “Aislamiento Social de Personas Mayores en el Municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales”.



- En 2.009 “Malos Tratos a los Mayores: Observa y Actúa

### *Sensibilización*

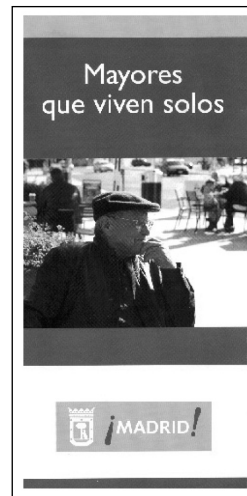
En el año 2.008 se inicia la fase de Sensibilización, específicamente en el distrito Centro, al tener la información previa de ser una zona geográfica con mayor incidencia de emergencias y fallecidos solos. Se realizaron entrevistas con trabajadores de establecimientos públicos de los barrios de Universidad y Embajadores.

En 2.009, las actividades de sensibilización se han extendido a agentes vecinales, asociaciones y centros de reunión de mayores.

Estas actividades se refuerzan con la **publicación y distribución** de libros y folletos.

<http://www.munimadrid.es/>

- Mayores que viven solos. Folleto editado en 2.007 del que ya se han distribuido 18.731 en domicilios de personas mayores y diversos actos.
- Los mayores y sus vecinos. Libro divulgativo editado en 2.007 del que se han distribuido 1.324 en las actividades de sensibilización.
- Libro “Buen Trato a las Personas Mayores”.



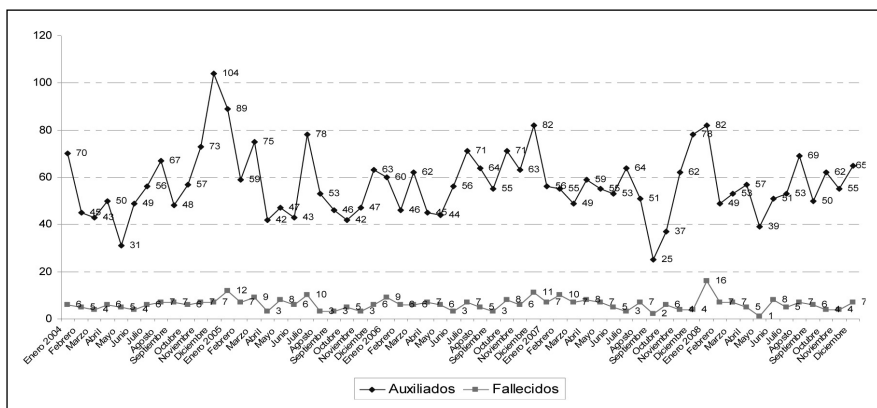
## Investigación

Recogeremos entre los trabajos efectuados los que nos parecen más significativos para la planificación, en especial los que hacen referencia a la distribución territorial y la cuantificación.

Desde muy pronto se estableció el **observatorio de emergencias y de fallecimientos en abandono**, con el fin de poder controlar estas actuaciones y utilizarlas como “termómetro” para medir la eficacia a largo plazo de las medidas desarrolladas.

Tenemos pues información de carácter temporal y espacial desde enero de 2004.

Emergencias totales por años





La gráfica nos muestra una línea irregular, con picos invernales, algo común con la mortalidad en general.

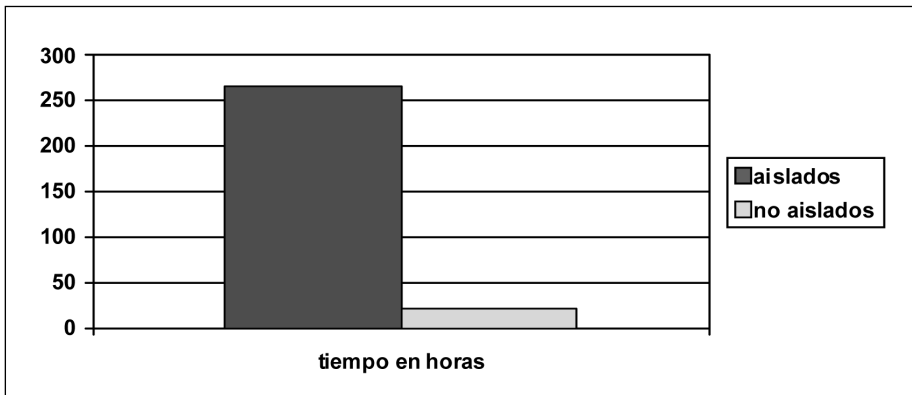
En cuanto a la distribución espacial, encontramos grandes diferencias entre distritos, tanto en emergencias en general como en hallazgo de cadáveres.

Otra de las cuestiones básicas ha sido determinar hasta que punto las personas atendidas por los servicios de emergencias pueden ser consideradas en aislamiento y sobre todo cuantos cadáveres hallados corresponden a esa categoría.

La visita sistemática de un trabajador social y el uso de cuestionarios estructurados nos ha permitido hacer esa clasificación, y encontrar indicadores fiables. Con ciertos matices, puesto que se ha ido depurando la información con el paso del tiempo, podemos estimar que alrededor de un 20% de los cadáveres corresponden a personas aisladas.

Un dato que siempre se ha mostrado muy orientativo ha sido el tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta el descubrimiento del cadáver, claramente superior en los aislados.

Cadáveres hallados por los servicios de emergencias									
año	total	sin datos	clasificados	Sin Riesgo	%	En Situación de riesgo	%	En Aislamiento	%
2005	73	13	60	33	55	15	25	12	20
2006	77	14	63	34	54	16	25	13	21
2007	72	6	66	35	53	15	23	16	24
2008	77	0	77	39	51	22	29	16	21



### 3. Estabilidad y Seguridad Personal: bases de la autonomía

Abundando en el tema del aislamiento se ha hecho una aproximación a la **búsqueda de “núcleos” de aislamiento en los distritos**, en este caso con fallecidos en aislamiento y aislados atendidos por el SAP.

Con todas las reservas que la prudencia impone, y sabiendo que habría que hacer distinción entre zonas por densidad de población, podemos hacernos idea de la dispersión o concentración de los casos en los distritos. Lo haremos con algunos ejemplos de esto.

La leyenda de los mapas se ha recogido como sigue:

Fallecidos en aislamiento y aislados atendidos por el SAP			
	2.005		2.007
	2.006		2.008

Si tomamos distritos periféricos, podemos ver los casos concentrados en los núcleos de población. Es el caso de Fuencarral, Moncloa, Vicálvaro o Villa de Vallecas (en el mapa).



Cuando nos situamos en distritos mas alejados del margen, un vistazo al mapa nos parece indicar dispersión y profusión en el fenómeno, como es el caso de Puente de Vallecas o menor frecuencia con cierta concentración, como ocurre con Ciudad Lineal.



De la zona más central, cabe destacar distritos como Salamanca, muy dispersos, o Tetuán con los casos mas agrupados.



La distribución del distrito Centro también nos marca las zonas que deberían tener una atención preferente, ya que se aprecia una distribución en reloj de arena muy marcada y no debemos olvidar que en todos los estudios destaca como el más afectado.



En un intento de aproximación numérica se ha usado un índice sintético para ver la **distribución territorial del aislamiento social entre los mayores madrileños**, con el fin de conocer si la ciudad de Madrid, tiene tasas semejantes de mayores en aislamiento social en todo su territorio o si, por el contrario, hay zonas de mayor afectación.

Se utilizan los registros de 365 personas mayores de 65 años en aislamiento social, procedentes de diferentes fuentes de información y se estudia la distribución geográfica de los casos con el fin de buscar, áreas de mayor frecuencia.

1. Cadáveres hallados por los servicios de emergencias, correspondientes a personas en aislamiento social (2004-2008).
2. Personas auxiliadas por los servicios de emergencias (bomberos, policías) en sus domicilios en los que se evidencia aislamiento social (2006-2008).
3. Personas con un expediente en salud ambiental por acumulación de basuras (Diógenes) (Diciembre 2006-2008).
4. Personas atendidas por Samur Social en situación de aislamiento (2008).
5. Personas atendidas por el servicio de apoyo psicológico domiciliario (2006-2008).

Con el fin de hacer las pertinentes comparaciones, se halla la tasa (por 10.000) correspondiente a la ciudad, tomando como referencia la población de mayores de 65 en 2008.

población >65 años	1	tasa 1	2	tasa 2	3	tasa 3	4	tasa 4	5	tasa 5
601.728	141	2,34	14	0,23	35	0,58	31	0,52	144	2,39

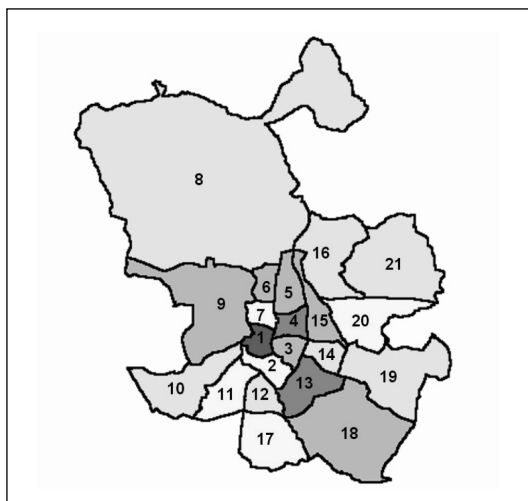
Las cifras se ponen en relación con el número de mayores de la ciudad y de sus 21 distritos.

Al tratarse de tasas muy distintas, no parece pertinente hacer un simple sumatorio para conocer el aislamiento en general, por ello la tasa se reduce a índice, estimando en uno el de la población general, de manera que la referencia de la ciudad se convierte en uno y el índice para una zona concreta se corresponde con el múltiplo de la media de la ciudad. Es decir, las frecuencias obtenidas de cada una de las fuentes de intervención, se relativizan con la media de la ciudad, a fin de obtener cifras comparables.

Y esto se hace con las cinco variables estudiadas.



Si hacemos una media con los índices obtenidos, seguiremos teniendo la unidad para el conjunto de la ciudad y una aproximación al problema del aislamiento social en los distritos basado en los cinco indicadores estudiados.

La tasa por 10.000 en el periodo señalado para cada uno de los indicadores es: 2.34, 0.23, 0.58, 0.52 y 2.39 respectivamente. Tras relativizar los valores, dividiéndolos por la media de la ciudad, se considera la unidad el índice sintético global. La comparación entre distritos, nos muestra una gran dispersión: < 0.5 (7 distritos), 0.5-0.99 (5), 1-1.49 (6), 1.5-1.99 (2), y uno de ellos claramente diferenciado (2.54). Esta diferencia es estadísticamente significativa.



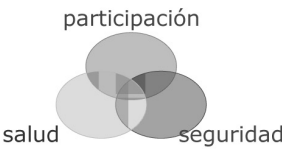
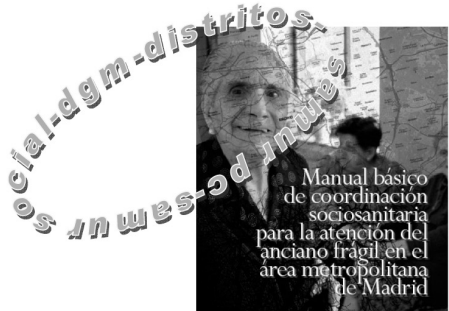
Por lo tanto, vemos que las diferentes fuentes de información nos indican que el aislamiento social no es un fenómeno homogéneo desde el punto de vista geográfico y consideramos que la identificación de las zonas de mayor afectación es crucial para la planificación de los servicios preventivos y de intervención. El mapa, particularmente, nos invita a profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo y su distribución territorial.









Por este motivo en el momento de celebrarse las jornadas se está realizando un estudio del entorno de los mayores aislados, que recoge variables de vivienda, existencia de centros de servicios y de relación, accesibilidad y habitabilidad de la zona en general y del que aún no pueden ofrecerse datos.



## Principios de prevención y atención

- Apoyo a la vulnerabilidad social
  - ☐ Programas de atención a mayores
  - ☐ Coordinación socio sanitaria (red municipal)
  - ☐ Programas específicos
    - VULNERABILIDAD
    - AISLAMIENTO
    - MALTRATO
- Apoyo a la fragilidad
  - ☐ Programas de atención a mayores
  - ☐ Coordinación socio sanitaria (red general)
- Envejecimiento activo





Para finalizar, como ya hemos comentado con anterioridad, hay que recordar que este tipo de programas solo tiene interés si se dispone de una red amplia de soporte social y de la coordinación con diferentes agentes, en lo que podríamos considerar prevención secundaria y terciaria.

Pero sin duda, en la prevención primaria, hay que situar la promoción del envejecimiento activo: participación, salud y seguridad, son los pilares básicos del mismo y la ausencia de cualquiera de ellos nos hace vulnerables.

## Bibliografía

- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Documento Técnico. Jornadas Anuales: "Malos Tratos a Mayores" observa y actúa". 2008.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Los mayores y sus vecinos: Libro divulgativo editado en 2007.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Libro "Buen Trato a las Personas Mayores": Libro divulgativo editado en 2009.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Mayores que viven solos: folleto editado en 2007.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Los malos tratos en las personas mayores: folleto editado en 2009.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. En CD-ROM. "Aislamiento Social de Personas Mayores en el Municipio De Madrid: Aspectos Preventivos y asistenciales". 2008.
- Servicio Madrileño de Salud. Ayuntamiento de Madrid. Manual de coordinación socio-sanitaria para la atención del anciano frágil en el área metropolitana de Madrid: folleto editado en 2007..





## 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo

### 4.1. El Asociacionismo en las personas mayores

**Margarita García Durá**

*Secretaria General de Unión Democrática de Pensionistas (UDP).  
Madrid.*

#### Introducción

La Unión Democrática de Pensionistas de España es una organización con más de un millón de asociados, creada en el año 1977 por y para los mayores, donde defendemos sus intereses y nos esforzamos en que tengan una vida participativa y plena dentro de la sociedad que nos ha tocado vivir.

Para empezar, intentaremos concretar un poco más el término “*personas mayores*”. Desde la antigüedad hasta el momento presente la sociedad ha dado un valor cultural distinto al hecho de ser mayor, que es el término que se utiliza ahora como sinónimo de viejo. Así, por ejemplo, para Aristóteles la vejez comenzaba a partir de los 50 años, mientras que para Hipócrates comenzaba a partir de los 56. San Agustín fijaba el límite en los 60 años, mientras que San Isidoro de Sevilla lo fijaba a los 70. Ahora lo fijamos en los 65 años, edad en que se termina nuestra etapa laboral. Pero lo cierto es que la edad cronológica no responde siempre a la edad psicológica, o sea, a la capacidad del individuo de funcionamiento intelectual y a su potencial de ser útil a la sociedad. Y los mayores no somos un grupo homogéneo con idénticas características, sino un grupo heterogéneo de distintas edades y con distintas capacidades.

Pero si nos ceñimos a esta edad de 65 años, nos encontramos que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística sacados del Padrón Municipal de 2008, en ese año había contabilizadas en España más de siete millones y medio de personas de 65 y más años.

Actualmente, las personas mayores son, en términos porcentuales, el 16,7 del total de la población. La esperanza de vida al nacer es en España de 77 años para los varones y 83,5 años para las mujeres. Para el año 2030 ésta esperanza de vida se calcula en 80,89 y 86,92, años respectivamente y las proyecciones de las Naciones Unidas sobre la población mundial para el año 2050 nos dicen que España será el segundo país más envejecido del mundo.

Todos estos datos nos vienen a indicar que los mayores formamos una parte muy importante de la sociedad y lo vamos a ser cada vez más. También nos indica que el tramo que tenemos por delante a partir de los 65 años, se va ampliando de forma sostenida. Y en esa etapa de nuestra vida, al parecer cada vez más larga, no podemos quedarnos inactivos. Por el contrario, queremos participar activamente en esta nueva sociedad y queremos que se nos tenga en cuenta, de acuerdo con el peso que tenemos, cuando se toman las decisiones que van a afectar nuestro presente y nuestro futuro. Por otra parte, creemos que la sociedad no puede ignorar el potencial que representamos y que, si se nos facilitan los cauces adecuados, podemos poner a su servicio.

Y la mejor herramienta de que disponemos los mayores en estos momentos para la participación social y la mejora del espacio público es el Asociacionismo. Éste consiste en organizar y planificar las acciones reflexionadas previamente por un colectivo de personas, que se constituyen como entidad o Asociación, para mejorar la calidad de vida de las personas que forman esta Asociación y también la del colectivo que representan, en nuestro caso el colectivo de personas mayores. La labor de estas Asociaciones tiene que ser solidaria y compartida.

## Asociacionismo

El Asociacionismo empieza a jugar un cierto papel en España hacia los años 60, en que comienzan a surgir algunos tímidos intentos de participación social que se concretan en el año 1964 en la Ley de Asociaciones de 24 de Diciembre, que da ciertas posibilidades, aunque muy limitadas, a la constitución de asociaciones. Esta Ley permitió la actuación de algunas Asociaciones que se agrupaban en torno a la iglesia católica, como Cáritas y de otras como la Cruz Roja Española o algunas asociaciones de servicios a los discapacitados.

El marco legal en el que se movían las Asociaciones databa de 1.964 y 1.965, por lo que contenía artículos y disposiciones inconstitucionales que quedaron derogados de forma implícita con la aprobación de la Constitución, pero no de una manera explícita, por lo que resultaba un marco bastante ambiguo.

En el mes de junio de 2002, el Consejo de Ministros da luz verde al Proyecto de Ley de Asociaciones que, una vez publicado en el B.O.E., viene a sustituir a la Ley de Asociaciones de 1964, al Decreto 1440/1965 que complementa dicha Ley y a la Orden de 10 de julio de 1965 que regula el funcionamiento de los registros de asociaciones.

La historia del movimiento asociativo de los mayores en nuestro país va íntimamente unida a la historia de la democracia y de la participación social. En un análisis por colectivos realizado por el CIS recientemente mediante distintas encuestas, se determina que la afiliación de las personas mayores de 65 años está muy concentrada en organizaciones afines a su entorno generacional como las asociaciones de jubilados y pensionistas. En estos momentos el número de asociaciones de mayores en España se acerca a los 5000. De estas, alrededor de 1900 están integradas en UDP.

Si en el ámbito cuantitativo hemos alcanzado niveles muy importantes, con un aumento progresivo de asociaciones y asociados, es a escala cualitativa donde podemos observar mayores transformaciones en el tipo de organizaciones que forman hoy el movimiento asociativo. Esto tiene que ver con la dinámica propia de un sistema mixto de bienestar donde las asociaciones están sometidas a un mayor control administrativo en su colaboración con las Administraciones Públicas por lo que tienden a desaparecer las entidades con estructuras administrativas más deficientes.

Por otra parte, el asociacionismo parece haber ido evolucionando de un mayor peso de las funciones reivindicativas a un mayor peso de las funciones prestacionales, aunque siempre se mantiene un poso reivindicativo que puede aflorar cuando las circunstancias lo requieran.

Es de señalar que en la actualidad, en los países desarrollados se produce un interés por el voluntariado y el asociacionismo sin precedentes en años anteriores, es el llamado *“boom de la solidaridad”* o *“revolución asociativa mundial”*. La sociedad en general se interesa por estos temas, se comienza a ser consciente de su importancia y aumenta considerablemente su visibilidad, incluso en los medios de comunicación, aunque todavía queda mucho camino que recorrer en este campo.

El asociacionismo es el resultado de relaciones sociales que se generan en las sociedades modernas y desarrolladas. Está claro que el desarrollo del asociacionismo está íntimamente ligado al reconocimiento del principio de libertad de asociación.

Para conseguir que se nos escuche en los Foros donde se debaten nuestros intereses, hay que fortalecer el tejido asociativo. Para las asociaciones de mayores como la que yo represento hoy aquí, la participación social es uno de nuestros grandes desafíos. Sin participación no puede haber integración social ni posibilidad de defender una vejez digna. Consideramos que la participación de las personas mayores en la vida económica, social, cultural y política de su país es crucial para lograr esta vejez digna. Y esta participación sólo puede conseguirse mediante el asociacionismo. Tal como está estructurada la sociedad de nuestros días, las personas una a una no tienen la fuerza que da la suma de todos. Las empresas se unen, los países se unen y hasta los continentes se unen. La unión hace la fuerza y nosotros, en UDP, somos muy conscientes de ello y es el lema por el que nos regimos todos.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

Para poner un ejemplo yo, como Margarita, no tendría en estos momentos la atención de una concurrencia tan nutrida. Estoy aquí y me puedo hacer oír por vosotros porque represento a más de un millón de personas mayores que forman parte de UDP.

Y los mayores queremos hacernos oír y queremos participar en los asuntos públicos que nos conciernen, porque nos corresponde y porque así está reconocido en todas las Constituciones de los países desarrollados del mundo. En la nuestra, en su Artículo 9.2, se señala que los poderes públicos han de facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. Los Estados tienen que legitimar el poder que ostentan reconociendo que LA SOBERANIA RESIDE EN EL PUEBLO Y DEL PUEBLO EMANAN SUS PODERES, y nosotros, los mayores, somos también una parte de ese pueblo.

Ahora bien, los mayores también tenemos que ser conscientes de nuestras responsabilidades y de que la participación es también un compromiso que nace de la solidaridad y de la reciprocidad que enriquece a las personas y fortalece a la sociedad. La ciudadanía ha de ser activa y, como tal exigir sus derechos, pero también debe estar dispuesta a asumir sus responsabilidades. Y los que trabajamos dentro de la esfera del asociacionismo tenemos que asumir la responsabilidad de defender los intereses del colectivo que representamos, sobre todo, los de aquellos que son más frágiles y vulnerables.

Una sociedad realmente democrática es aquella en la que los ciudadanos pueden participar a través del cauce que ellos elijan. Las asociaciones son una opción clara para hacer efectiva esta participación, son también medios para identificar problemas de desarrollo social y personal, son remedios contra el aislamiento y la soledad y son fuente de satisfacción personal y potenciación de la auto-estima.

### Función de las Asociaciones

En las Asociaciones desarrollamos funciones muy diversas y todas ellas importantes:

- Función participativa. Es la base del asociacionismo y el tejido donde se desarrollan los proyectos y los objetivos comunes.
- Función reivindicativa. Pertenecer a una asociación nos facilita los medios para hacernos oír en los foros que nos interesan para defender nuestros derechos y demandas.
- Función Representativa. Fuertemente vinculada a la democracia participativa y cuyo fin es representar a un colectivo, a veces infra-representado, en un contexto determinado.
- Función social. Las asociaciones nos facilitan la relación social. Son espacios de convivencia y apoyo mutuo donde no existe la exclusión ni el aislamiento.

- Función integradora. Corresponde a las asociaciones la función de integrar problemas colectivos y necesidades sociales y llevarlos a las instancias que pueden facilitar soluciones a los mismos.
- Función pedagógica. Las asociaciones deben ser también herramientas y espacios formativos.
- Función transformadora. Las asociaciones tienen que liberar el potencial creativo de las personas y ayudarles a desarrollar sus habilidades y capacidades.
- Función Económica. Supone la eficiencia en la gestión (sin ánimo de lucro) de unos recursos que pueden facilitar a las asociaciones la Administración o entidades privadas.

## Política social y Asociacionismo de los mayores

En España cada vez se va teniendo más en cuenta el movimiento asociativo de los mayores y, como ejemplo, podemos citar al Consejo Estatal de Personas Mayores, del cual formo parte, órgano asesor y consultivo del Gobierno en el que están representadas las principales asociaciones de mayores del Estado Español y donde también están representados los Consejos Regionales.

También podemos citar El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2006-2008 del Reino de España, pilar de inclusión social dentro de la estrategia europea de cohesión social y desarrollo sostenible, que ha implementado, en colaboración con las ONG's, proyectos propios o concertados con corporaciones locales para la realización de programas de intervención social integral. Asimismo, podemos citar las acciones del Plan Estatal del Voluntariado (2005-2009).

En el futuro, la política social tendrá que potenciar aquellas asociaciones que mejor representen los intereses de los mayores y presten mejores servicios a este colectivo.

En UDP vamos a hacer todo lo posible para que nuestras asociaciones sean grupos eficaces, bien organizados y con capacidad de orientar y canalizar las inquietudes de los mayores. Y vamos a seguir formando a nuestros directivos para ayudarles a que puedan seguir realizando, de la mejor manera posible, la encomiable labor que están haciendo en beneficio de los mayores y de la sociedad en general.

La agrupación y organización de personas mayores para conseguir objetivos comunes es uno de los ejes de UDP. Por eso, desde hace años realizamos en España campañas de expansión y promoción del asociacionismo.

Pedimos a los poderes públicos que nos ayuden y apoyen sin reservas al tejido asociativo de las personas mayores como factor clave para impulsar las políticas sociales.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

Vienen tiempos difíciles. El colectivo que yo represento ha sido testigo de profundos cambios y transformaciones sociales. Lo que hoy es este país es la consecuencia del esfuerzo y privaciones de muchos años por parte de las generaciones que hoy somos los mayores. Hemos tenido que trabajar muy duro para conseguir una vejez digna y, desde luego, no vamos a dar ni un solo paso atrás. El asociacionismo nos puede ayudar en esta meta.

## 4.2. Participación, ocio y formación para las personas mayores

**Antoni Rivero Fernández**

*Responsable d'Estudis i Consultoria.*

*Institut de l'Envel·liment.*

*Universitat Autònoma de Barcelona.*

### Introducción

A continuación voy a exponer una serie de reflexiones sobre participación, ocio y formación de las personas mayores, que nos han surgido en el Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona a lo largo de nuestras investigaciones sobre la capacidad actual de los equipamientos socioculturales para la promoción del envejecimiento activo.

Cuando empleo el término equipamientos socioculturales me refiero a un conjunto amplio y diverso de espacios sociales para la realización de actividades de ocio y de formación. Es importante distinguir, por un lado, los equipamientos específicos para personas mayores –los usuarios deben tener 60 o más años, normalmente–. Su denominación no es la misma en toda España. Por ejemplo, en Madrid se conocen como centros o clubes de mayores; en Andalucía se conocen como “centros de día” –que en otros sitios refieren centros diurnos para personas mayores con dependencia–; en Cataluña se denominan “casals de gent gran /casales de mayores”; y en otras zonas son hogares de mayores. Por otro lado, están los equipamientos para la población en general o generalistas –los usuarios pueden ser de cualquier edad–. Sin pretender ser exhaustivo, en este grupo incluiríamos las bibliotecas, los equipamientos deportivos y los centros culturales de ámbito municipal (aquí de nuevo se emplean diferentes nombres, no me extenderé, pero en Madrid serían los centros culturales de distrito).

Pido su atención en este sencillo punto inicial, pues refleja una dimensión del cambio que se ha acumulado en las últimas décadas en las preferencias del colectivo de las personas mayores respecto a sus actividades a las cuales me referiré a continuación. Hace 20 años, probablemente, y si fuera más de 30 años, seguro, no habría realizado esta diferenciación entre equipamientos. Mi exposición, como nuestra investigación, se habría centrado exclusivamente en los centros de mayores, pues sería en ellos donde se desarrollaría la actividad sociocultural de las personas mayores.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, refleja del envejecimiento activo (I)

---

Hoy en día, y en el futuro aún más intensamente, el colectivo de las personas mayores que emplean equipamientos socioculturales no se limita a los centros de mayores. Éstos se encuentran en los equipamientos generalistas, ya sean las bibliotecas, los equipamientos deportivos y como los centros culturales. Esta presencia que representa un cambio en los usos de los equipamientos por parte de las personas mayores responde a cambios profundos en sus preferencias como grupo social. Estos cambios se pueden resumir en lo siguiente:

- Hay nuevas preferencias, que diversifican las preferencias del colectivo.
- Hay ajustes en el peso de las preferencias, lo que antes era minoritario ahora ya no lo es tanto.
- Hay una dilución de aquello que es propio al colectivo y sirve para distinguirlo de otros (por grupo de edad). Personas mayores que no se reconocen como mayores. Preferencias de los mayores que no son distintas del resto de la población.
- Hay preferencias contrapuestas entre las personas mayores que incluyen:
  - A) la participación exclusiva en equipamientos para personas mayores
  - B) la participación en equipamientos que no sean para personas mayores
  - C) la falta de participación en ningún tipo de equipamiento.

Uno de los puntos centrales de nuestra investigación consiste en los factores de atracción (positivos y negativos) que cuentan los distintos equipamientos socioculturales para la participación de las personas mayores. Entre estos factores hemos analizado las motivaciones para asistir (y para no hacerlo). Los principales puntos se pueden resumir en el cuadro adjunto. Sobre este punto, resulta destacable que algunas motivaciones aparecen para algunos como factor positivo de atracción de un tipo de equipamiento, al tiempo que para otras personas aparece como factor negativo de atracción. En particular esto sucede con la configuración de espacios sólo para personas mayores. Encontramos que para algunos esto resulta un factor clave de utilización de un tipo de equipamientos, mientras que para otros explica el motivo por el cual no se acude a ellos. Por otro lado, las relaciones sociales, tanto las previas o independientes a la participación en el equipamiento, como las que se pueden formar en estos espacios son motivos que pueden explicar tanto la participación como la no participación. En este sentido, los factores personales emergen como un factor sustantivo para explicar la participación de las personas mayores en los equipamientos y el sentido que toman el resto de factores.

Lo poco que he señalado sobre las preferencias del colectivo de personas mayores tiene, a mi entender, una gran repercusión sobre el diseño de las actuaciones de promoción de la participación, del ocio y de la formación de las personas mayores. Tanto para el conjunto de las Administraciones Públicas (Estado, CCAA, Diputaciones y Ayuntamientos), como



#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

para las entidades no lucrativas (asociaciones, fundaciones, etc.) y las entidades lucrativas (empresas de servicios...). En definitiva para todas aquellas organizaciones que pretenden promover o facilitar o vender actividades en este ámbito a las personas mayores.

Permítanme que acabe mi exposición con dos recomendaciones para las organizaciones

- Si pretendes llegar al mayor número posible de personas mayores deberás ofrecer una oferta VARIADA, que incluya actividades y espacios SÓLO para personas mayores; y, que, al mismo tiempo, cuente con actividades y espacios donde NO SÓLO hayan personas mayores. Además deberás incluir actividades que se desarrollen fuera de los equipamientos, en la calle. Y a ser posible, no siempre con una participación que resulte organizada de una forma explícita.
- En el caso particular de los ayuntamientos, especialmente los de más de 50.000 habitantes, la recomendación anterior comporta pasar de programar las actividades para las personas mayores en cada centro de forma individual a planificar en términos de ciudad (tanto por el territorio, como por los grupos de población destinatarios), con una lógica participativa, de género, intergeneracional, transversal y de trabajo en red.

**Cuadro. Motivaciones de las personas mayores en relación con la participación en equipamientos socioculturales, según tipo de usuarios**

USUARIOS DE CENTROS PARA MAYORES	USUARIOS (MAYORES) DE CENTROS PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL
<p>¿Por qué van al centro de mayores?</p> <p>A. Por ser un espacio de encuentro con otras personas mayores y porque pueden hacer actividades no organizadas (jugar a las cartas, ver la televisión, charlar, leer la prensa, etc.)</p> <p>B. Por ser un espacio de encuentro con otras personas mayores y por las actividades organizadas (gimnasia, formación, talleres, etc.)</p>	<p>¿Por qué van al centro generalista?</p> <p>A. Por la actividad concreta que allí se organiza.</p> <p>B. Por la posibilidad de relacionarse con diferentes grupos de personas.</p> <p>C. Por la organización de las actividades y del centro.</p>
NO USUARIOS DE CENTROS	
<p>¿Por qué no van a ningún centro?</p> <p>A. Por que no quieren sentirse obligados en su vida cotidiana.</p> <p>B. Por no tener interés en las actividades realizadas.</p> <p>C. Por considerar que los centros no son para ellos.</p> <p>D. Por desconocimiento.</p> <p>E. Por relaciones sociales</p>	



## 4.3. Derechos y libertades de las personas mayores con dependencia

**Mercè Mas Quintana**

*Miembro del Consell Assesor de la Gent Gran de Barcelona.*

### Introducción

Al iniciar la presentación de este “Documento abierto de los derechos y libertades de las personas mayores con dependencia” surgen estas preguntas:

- ¿Es útil este documento?
- ¿Es necesario?
- ¿Recoge derechos y libertades de este colectivo diferentes de los que reconoce a todas las personas, por el hecho de serlo, la Declaración Universal de los derechos Humanos que ya tiene mas de 60 años?

No, no recoge derechos diferentes. Es cierto que todos estos derechos y libertades están incluidos, de forma explícita o implícita en la Declaración Universal, pero también es cierto que muchas veces no les son reconocidos a las personas mayores.

La necesidad de que les sean reconocidos queda patente, entre otros, en dos afirmaciones de NU:

- El preámbulo al documento marco de la 1ª Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena 1982), afirma 25 años después de la Declaración, la creencia de que: “Los derechos fundamentales e inalienables contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos son plena e íntegramente aplicables a las personas mayores, y a su derecho a una vida de calidad.
- Fragmento del texto del documento marco del área de trabajo de derechos del II Foro Mundial del Envejecimiento Madrid 20 años después, ...“pese a los años transcurridos desde la Declaración Universal, los derechos humanos de las personas mayores no son reconocidos en la práctica por muchos países con diferentes niveles de desarrollo”.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

En los últimos decenios se han producido cambios importantes tanto cuantitativos como cualitativos en el colectivo de las personas mayores. Es indudable que somos un grupo cada vez mas heterogéneo, con una progresiva diversificación y aumento de las edades.

No podemos por tanto generalizar, pero nos atrevemos a afirmar que las personas que nos hemos integrado a este colectivo en los últimos decenios y los que lo están haciendo ahora somos unos “nuevos viejos”.

A las últimas generaciones de personas mayores que habíamos interiorizado, por imitación, una imagen de la vejez definida por criterios de exclusión, de dependencia y de una corta esperanza de vida se nos ha presentado el desafío de desarrollar un nuevo modelo que resalta criterios de mantenimiento de la inclusión, de la actividad, de la participación activa.

Es la primera vez en la historia en que las personas, al jubilarse tenemos por delante la posibilidad de una larga etapa de vida. No tenemos un modelo a seguir; no podemos compararnos con las generaciones anteriores. Los nuevos viejos estamos creando un nuevo modelo. Una autopercepción positiva nos hace capaces de reivindicar nuestro lugar en la sociedad y de cambiar con nuestra participación activa la percepción que los demás tienen de nuestro colectivo.

Se suele hablar del % de personas mayores que estadísticamente se supone que serán dependientes y no del % , mucho mayor, de los que seguirán siendo autónomos.

Entendemos por autonomía de decisión, por empoderamiento, la facultad humana para gobernar las acciones propias, la propia vida.

Corremos el riesgo de que se considere como carente de autonomía personal a una persona con algún grado de dependencia física, sensorial o incluso niveles bajos de dependencia psíquica, sin tener en cuenta si sigue teniendo autonomía de decisión.

Según informes de la C.E. la tercera parte de los europeos de mas de 80 años gozan de autonomía funcional plena y participan en actividades productivas en beneficio de sus familiares o de las comunidades a las que pertenecen.

Respondiendo a ese cambio de autopercepción, desde hace mas de 30 años, han ido apareciendo en el mundo desarrollado documentos de derechos impulsados por grupos de participación de personas mayores que recogían los derechos con mas peligro de serles vulnerados a las personas mayores, especialmente cuando se trata de personas mayores con dependencia.

El documento que les presentamos es un texto abierto de reconocimiento de los derechos y libertades de las personas mayores con dependencia. Forma parte del programa del CAGG de Barcelona y del Ayuntamiento de Barcelona. “Hacer crecer la participación, construyendo un nuevo enfoque compartido”.

Proyecto 3 “La calidad de los servicios dirigidos a las personas mayores en situación de fragilidad”, como medio para impulsar una cultura que promueva la autonomía y participación de las personas mayores con dependencia y estimule que las organizaciones de servicios reconozcan su capacidad de decidir y escoger.

Nace, respondiendo a una preocupación previa, por el impulso de dos órganos de participación: el Consejo Asesor de Personas Mayores de Barcelona y el grupo de trabajo de Personas Mayores del Consejo Municipal de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona, que tienen conocimiento de una carta en Francia que recoge los derechos de las personas mayores con dependencia y se interesan por ella.

El encargo parte del Consejo Asesor de Personas Mayores dentro del marco del Programa “Personas Mayores y Participación”, Barcelona 2002 y su eje de trabajo es el de “Participación y calidad”.

El proceso seguido parte pues del estudio de la Carta de derechos y Libertades de la persona mayor con dependencia elaborada por la FNG y el Ministère de l'Emploi et de la Solidarité de Francia. Se encarga la investigación de documentos e iniciativas semejantes en diversos países y finalmente se estudia y analiza la documentación recogida.

Los principales documentos trabajados son:

- La citada carta francesa, en sus versiones de 1987 y 1999.
- Un documento del Comité Europeo para la Cohesión Social elaborado por un grupo de expertos europeos, que recoge los criterios que podrían dar lugar a una carta europea de los derechos de las personas mayores con dependencia, que recoge 10 recomendaciones. Dic.01.
- El libro Blanco de las Personas Mayores con dependencia del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña 2002, que también recoge 10 recomendaciones.
- Las propuestas del grupo de trabajo de personas mayores del Consejo Municipal de Bienestar Social.

### Metodología de la elaboración del documento abierto

Los objetivos del proceso metodológico de elaboración del documento se centran en que este ha de ser un documento trabajado desde la participación activa de las personas mayores de la ciudad de Barcelona y también del resto de la sociedad.

##### *Idea de documento abierto*

Los cambios continuados de nuestra sociedad y en especial del colectivo de las personas mayores plantean que este documento permanezca abierto a la participación ciudadana, a revisar con nuevas aportaciones, especialmente de las personas mayores, cuando lo crean necesario.

El documento es presentado, debatido y se recogen las aportaciones de:

- El Plenario del Consejo Asesor de las personas mayores CAGG.
- Las Comisiones Sectoriales de Personas Mayores de los 10 Distritos de la Ciudad.
- Personas mayores con dependencia.
- Grupos de expertos: Universidad, Administración Pública, empresas de servicios, etc.

Presentación pública del documento con las aportaciones recogidas durante el proceso en la jornada: "Participación y calidad de servicios"; presentación y aprobación por parte del plenario del Consejo Asesor de Personas Mayores; y presentación del documento en las jornadas participativas "Iª Convención Las voces de las Personas Mayores", Barcelona. Febrero 2003.

El documento se compone de tres partes:

1. Introducción, que expone el proceso de su creación.
2. Derechos, que recoge los 14 que se ha considerado más necesario salvaguardar.
3. Recomendaciones, vinculadas a los respectivos derechos, que amplían y detallan puntos relacionados con ellos.

Aún que estos derechos están interrelacionados entre sí, pueden agruparse en tres bloques:

- Derechos inherentes a la persona, cuya vulneración afecta a la libertad y autonomía de la persona.
- Son responsabilidad de ella misma y de su entorno.
- Derechos relacionados con la cobertura de sus necesidades con prestaciones y servicios de calidad.
- Responsabilidad de la Administración Pública en todos sus niveles.

- Derechos relacionados con sus posibilidades de participación y bienestar.
- Responsabilidad de la sociedad en general.

#### *Iniciativas para mantener vivo el documento*

La importancia de los temas que trata el Documento Abierto, hicieron que posteriormente, se siguiera considerando que su contenido debía ser objeto de un proceso sistemático y continuado de difusión, que permitiera avanzar en la consolidación de la cultura de participación y autonomía de las personas mayores en cualquier situación en la que se encuentren.

Se creó un grupo participativo de trabajo y se acordó incluir el “Proyecto Poster” de difusión del documento en el programa “Comunicación y Personas Mayores” del CAGG 2004-2006, proyecto a trabajar por las propias personas mayores actuando como agentes promotores de una cultura de autonomía.

Se diseñó un poster en el que se invitaba a las personas mayores de cada distrito a participar y aunque hubo respuesta en la mayoría de distritos, solo se formalizó un equipo de personas mayores dispuestas a liderar el proyecto en dos distritos.

Se formó a estos voluntarios y ellos se encargaron de convocar a las personas interesadas en asistir a una reunión en hogares de personas mayores, centros cívicos y similares; de presentar en distintas sesiones el documento y de ir debatiendo con los asistentes cada uno de los derechos.

En esos y en los otros distritos las personas mayores redactaron artículos en su revista del distrito, artículos en periódicos locales y participaron en entrevistas en programas de radio.

La IIª Convención “Las voces de las personas mayores” se celebró en enero 2007 con el lema “Personas Mayores y Participación”. La mayoría del trabajo se centró en los espacios de participación “Espacios de trabajo simultáneo y experiencias”, uno de los cuales fue “La práctica de los derechos de las personas mayores en situación de dependencia”. Entre las conclusiones de este espacio estaba la de continuar impulsando proyectos de difusión del documento abierto.

El CAGG asumió este compromiso y se ha puesto en marcha un proyecto basado en sesiones de cine-forum con películas en cuyo argumento se vulneran los derechos de las personas mayores. En dichas sesiones una persona mayor presenta el documento, se da un tiempo para que los asistentes lo lean y lo tengan presente durante la proyección de la película y después la misma persona mayor coordina el debate. Se han realizado ya muchas sesiones y hay demanda para muchas más.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, recoge en su artículo 4 los derechos y deberes de las personas con dependencia. En este artículo se recogen de forma explícita muchos de los derechos y libertades reconocidos en el documento abierto. Así, los derechos que recogía el documento abierto adquieren ahora el rango de derechos legalmente reconocidos. La ley va mas allá y en el punto 4,3 afirma que los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto a los derechos enumerados.

Podría parecer que ya no es necesario seguir divulgando el documento abierto pero creemos que no es así. Para impulsar una cultura de autonomía y participación de las personas con dependencia, y especialmente en el caso de las personas mayores es necesario seguir impulsando una cultura de autonomía y participación.

La difusión y debate de las ideas esenciales de este documento pueden contribuir a fomentar que estos derechos y libertades sean reconocidos, y sobre todo respetados.

### Bibliografía

- AGE Concern England "Charters of Rights to Community Care for Older People". June 1989.
- Ajuntament de Barcelona. Drets Civils "Barcelona, ciutat de drets humans. Carta europea de salvaguarda dels drets humans a la ciutat". 2001.
- Association Luxembourgeoise de Gérontologie/Gériatrie. "Charte des Droits de la personne âgée dépendante en Luxenbourg". 1999.
- FNG Fondation Nationale de Gérontologie y Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat a la Santé et a l'Action Sociale. "Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante. 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social "Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència". 2002.
- Grupo de expertos europeos convocado por el Comité Europeo para la Cohesión Social. "Project de Charte des Droits des personnes âgées dépendantes". Versión final, pendiente de la aprobación de los Estados miembros. 12 de diciembre 2001.
- IMSERSO. "Libro Blanco de la Dependencia, 2 diciembre 2004.



## 4.4. Los programas intergeneracionales y el fomento del envejecimiento activo

**Sacramento Pinazo Hernandis**

*Profesora de Psicología Social. Universidad de Valencia.*

**Mariano Sánchez Martínez**

*Profesor de Sociología. Universidad de Granada.*

### Los programas intergeneracionales y el envejecimiento activo. Concepto y alcance

Envejecimiento activo e intergeneracionalidad van unidos de la mano. Los párrafos 42 y 43 del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) son una muestra de ello: “La solidaridad entre generaciones en todos los niveles en las familias, comunidades y naciones es fundamental para la consecución de una sociedad para todas las edades”. “En el ámbito familiar y a nivel comunitario, los vínculos intergeneracionales son beneficiosos para ambos”. Y los puntos 7 y 17 de la Declaración Ministerial de León. Una Sociedad para todas las edades: retos y oportunidades. Conferencia Ministerial de la CEPE sobre envejecimiento de noviembre de 2007: “Fomentar una imagen positiva de las personas de edad, en particular mediante el sistema educacional y campañas en los medios de difusión, puede contribuir en gran medida a que se aprecie de manera más generalizada la aportación que estas personas pueden hacer a la sociedad”. “Alentamos el desarrollo de actividades para dar a conocer entre el público la importante y variada contribución que pueden hacer las personas de edad a sus familias y a la sociedad”. “Estamos decididos a promover la solidaridad intergeneracional como uno de los principales pilares de la cohesión social y de la sociedad civil. Favorecemos las iniciativas destinadas a sensibilizar al público sobre el potencial de los jóvenes y de las personas mayores, a promover la comprensión del envejecimiento y a alentar la solidaridad intergeneracional”.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) tal y como vemos en su página web, en todo el mundo pero sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad, y establece diez puntos clave sobre el envejecimiento y el ciclo vital. El sexto de los puntos dice lo siguiente: “Las personas mayores con buena salud son un recurso para sus familias, comunidades y economías” (OMS, 2007). La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad, a lo que ha denominado los tres pilares básicos del envejecimiento activo.

La OMS ya lleva tiempo hablando del envejecimiento activo; de hecho, en el año 2002 lanzó su propuesta de marco político para el Envejecimiento Activo documento de referencia y lectura obligada para la comprensión del significado de envejecer de modo activo. Para Alexander Kalache, responsable por entonces del Programa Global de Envejecimiento de la OMS, y uno de los principales artífices de dicho marco político, el planteamiento de la OMS “proporciona una guía para el diseño de políticas de envejecimiento activo multisectoriales que aumenten la salud y la participación de la población mayor al tiempo que aseguren que las personas mayores tienen la seguridad, la protección y el cuidado adecuados cuando precisen de ayuda”.../... “El envejecimiento activo debería permitir a las personas desarrollar su potencial para el bienestar físico, social y mental a lo largo de su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades”.../...

“El enfoque de la OMS sobre el envejecimiento activo también enfatiza que el envejecimiento tiene lugar en contextos donde hay otras personas. Esta es la razón por la que tanto la interdependencia como la solidaridad intergeneracional (un dar y recibir de doble sentido entre individuos y entre las generaciones mayores y las más jóvenes) son dos principios importantes del envejecimiento activo” (Kalache, 2007: 33, 37 y 38).

Alan Walker, profesor de Política Social y Gerontología Social en la Universidad de Sheffield (Reino Unido), y reconocido experto en el tema del envejecimiento activo, también ha escrito sobre la conexión del envejecimiento activo con las relaciones intergeneracionales. En el cuarto de los siete principios a incorporar al envejecimiento activo, expresa lo siguiente: “El mantenimiento de la solidaridad intergeneracional es un factor importante en un enfoque moderno del envejecimiento activo. Este factor significa tanto equidad entre las generaciones como la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen a las distintas generaciones. El envejecimiento activo es intergeneracional: se refiere al futuro de todos y no sólo al de las personas mayores”.

“Todos somos parte interesada en esta tarea porque todo el mundo quiere vivir una vida larga y saludable” (Walker, 2006: 85). Alan Walker entiende por ‘actividad’ cualquier acción que contribuya al bienestar, y considera que el envejecimiento activo debe ser, necesariamente, intergeneracional, participativo y empoderizante o capacitante, y un concepto preventivo a lo largo de todo el ciclo vital.

En definitiva, el envejecimiento activo, entendido de esta forma, es cosa de todos, mayores, jóvenes y generación intermedia, y no sólo de las personas de más edad; de ahí la necesidad de introducir el enfoque intergeneracional.

### ¿A quiénes benefician los programas intergeneracionales?

Cada vez más se desarrollan en todo el mundo estudios que muestran los beneficios de las interacciones intergeneracionales tanto para los niños o jóvenes como para los mayores, y en ello insisten las distintas definiciones propuestas por los organismos oficiales. Por ejemplo, la definición del Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales se refiere expresamente al tema de los beneficios: “Los programas intergeneracionales son medios para el intercambio intencionado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales” (Hatton Yeo y Ohsako, 2001). La definición de Generations United insiste más en el ‘beneficio para todos’:

“Actividades o programas que incrementan la cooperación, la integración y el intercambio entre personas de distintas generaciones. Estas personas comparten sus saberes y recursos y se apoyan mutuamente en relaciones que benefician tanto a los individuos como a su comunidad. Estos programas proporcionan oportunidades a las personas, a las familias y a las comunidades para disfrutar y beneficiarse de la riqueza de una sociedad para todas las edades” (Generations United, s.f.). Para el Gobierno de Gales lo importante, como beneficio último, es la cohesión comunitaria: “La práctica intergeneracional tiene como fin reunir a gente en actividades intencionadas y mutuamente beneficiosas que promuevan mayor comprensión y respeto entre las generaciones y que contribuyan a construir comunidades más cohesionadas. La práctica intergeneracional es inclusiva, y se basa en los valiosos recursos que jóvenes y mayores tienen tanto para ofrecérselos entre sí como a quienes les rodean” (Welsh Assembly Government, 2008: 8). Y así podríamos seguir.

**¿Qué razones justifican la existencia de los programas intergeneracionales? Podemos citar las siguientes:**

- a. El creciente envejecimiento de la población obliga a plantearse modos creativos de hacer frente a la demanda de servicios y cuidados para las personas mayores, y en consecuencia, es necesario organizar servicios integrados, que ofrezcan oportunidades para el beneficio mutuo y simultáneo y para el acercamiento de niños/jóvenes y mayores. Más aún, en un momento en el que los modelos familiares varían y el contacto intergeneracional intrafamiliar disminuye, los programas intergeneracionales pueden reforzar el encuentro entre personas de distintas generaciones. Como bien muestran las dos citas que plasmamos a continuación: “Los cambios demográficos están modelando una nueva sociedad, y se acelerarán a partir de 2010: cada vez habrá menos jóvenes y adultos, cada vez habrá más trabajadores de edad, jubilados y ancianos. Nuestras sociedades deberán inventar nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan las jóvenes generaciones y los ciudadanos de edad más avanzada. Será necesario que todos los agentes contribuyan a gestionar estos cambios: deben desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones, hechas de

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

apoyo mutuo y transferencia de competencias y experiencias” (Comisión Europea, 2005: 23).

“Desde mediados de los años 60, gerontólogos, psicólogos, educadores y especialistas en desarrollo humano han venido informando del aumento del número de personas mayores en nuestra población, del crecimiento del número de comunidades segregadas por edades y de la disminución de las interacciones consistentes y frecuentes entre los miembros jóvenes y mayores de nuestras familias. [...] Estas tendencias han promovido el desarrollo de un nuevo campo de servicio social: los programas e intercambios intergeneracionales”

- b. Es necesario luchar en nuestras sociedades contra una segregación por motivos de edad según la cual cada persona, en virtud de su edad, tendría que hacer (o dejar de hacer) determinadas cosas que —se supone socialmente— son las que le corresponden hacer a su edad: formación —de los 4 a los 18 ó más—, trabajo —de los 18 a los 65, jubilación— de los 65 en adelante, etcétera.

Los cambios sociales acaecidos en los últimos tiempos hacen necesario un replanteamiento de esta división que ya es caduca. En todos los países de la Unión Europea se apuesta desde hace tiempo por el aprendizaje a lo largo de la vida como forma más adecuada para afrontar los profundos cambios económicos, sociales y culturales en curso. En el año 2000, el Consejo Europeo de Lisboa situó el aprendizaje permanente como uno de los objetivos fundamentales de las políticas públicas de los Estados miembros. Algunos de los mensajes clave allí expuestos fueron: i) garantizar el acceso universal y continuo al aprendizaje con el objeto de obtener y renovar las cualificaciones requeridas en la sociedad del conocimiento; ii) desarrollar métodos y contextos eficaces de enseñanza y aprendizaje para el aprendizaje continuo; iii) conseguir que todos los ciudadanos de Europa, a lo largo de toda su vida, puedan acceder fácilmente a una información y un asesoramiento de calidad sobre oportunidades de aprendizaje; iv) ofrecer oportunidades de aprendizaje permanente tan próximas a los interesados como sea posible; v) facilitar y ampliar el acceso al aprendizaje a cualquier edad procurando ofrecer a todos las mismas oportunidades; vi) favorecer que las personas puedan aprender durante toda la vida y planificar aprendizaje, trabajo y vida familiar; y vii) animar y equipar a los ciudadanos para que puedan participar más activamente en todas las esferas de la vida.

Un beneficio añadido que tiene la práctica intergeneracional y que la diferencia de otros tipos de trabajos de desarrollo comunitario es su cuestionamiento de los estereotipos por razones de edad tanto en relación con los jóvenes como con los mayores. Recientemente, Alan Hatton-Yeo y Celeste Watkins, de la Fundación Beth Johnson (2004), hablaban del potencial de los programas intergeneracionales para reducir el edadismo: “Algo específico del desarrollo comunitario intergeneracional es la necesidad de que los proyectos tengan un beneficio mutuo para ambas generaciones y, por tanto, es esencial

que entiendan lo que es el edadismo y cuál es su impacto en todos los participantes (Granville, 2002: 10). El edadismo se refiere a la edad y a los prejuicios (Bytheway, 1995: 3). Aunque la discriminación por edad es vista con más frecuencia en relación a las personas mayores, debería reconocerse que los jóvenes experimentan igualmente ese tipo de discriminación por parte de los adultos. .../... El desarrollo comunitario intergeneracional encaja con el principio de justicia social del trabajo de desarrollo comunitario. Reconoce los desequilibrios de poder existentes no sólo entre los propios jóvenes y mayores sino también a la hora en que la sociedad, en conjunto, percibe a las distintas edades." (Hatton-Yeo y Watkins, 2004: 7).

Fue Robert Butler el primero en acuñar el término ageism = edadismo, definiendo el edadismo como la discriminación asociada a la edad. El edadismo implica que tan pronto como una persona es denominada "mayor", automáticamente se le considera de poco valor; una carga para la sociedad, lenta para aceptar los cambios, incapaz de cuidar de sí misma, sorda o estúpida, como un niño o 'encantador'.

La participación en interacciones intergeneracionales posibilita experiencias placenteras para las personas mayores y mejora su autoimagen y su identidad al incrementar su sentimiento de ser útiles para los demás. Ellas se ven mejor; se valoran de modo más positivo y los demás también les etiquetan "menos negativamente".

Incluso personas mayores que se encuentran en centros residenciales, personas dependientes, pueden participar en programas intergeneracionales y beneficiarse a nivel psicológico y físico de este tipo de interacciones, aumentando la interacción social, su movilidad y reduciendo sus tiempos de sueño o somnolencia.

**Pero ¿qué más beneficios se pueden lograr? podemos hablar de beneficios para las personas mayores, beneficios para los niños y/o jóvenes, beneficios para ambos y beneficios para la comunidad en general.**

- a. Beneficios para las personas mayores. Las personas mayores que participan en programas intergeneracionales se sienten más felices que otros mayores de su misma edad y condiciones de salud. Algunas investigaciones han mostrado que el incremento en la actividad física, cognitiva y social que se obtiene a partir de los programas intergeneracionales puede ayudar a mejorar la salud para la población que envejece y mejorar el aprendizaje en los más jóvenes. Los mayores pueden aprender nuevas tecnologías, pueden ayudar a los niños a mejorar sus habilidades lectoras, compartir cariño y amistad con las generaciones más jóvenes, proporcionar experiencias de aprendizaje para los jóvenes. La participación en un programa intergeneracional, además, proporciona una oportunidad para que ambos aprendan nuevas habilidades; da a niños o jóvenes y mayores un sentido de utilidad a sus vidas; ayuda a aliviar miedos que los niños o jóvenes pueden tener sobre la vejez y el envejecimiento; ayuda a los niños o jóvenes

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

a entender su propio envejecimiento, a conocer y aceptar los cambios en su propio cuerpo, que llegarán; rejuvenece y energiza a los más mayores; ayuda a reducir la sintomatología depresiva en los mayores; reduce el aislamiento de los mayores.

Siguiendo a MacCallum et al. (2006), este listado de beneficios contrastados en la literatura especializada puede resumirse en el siguiente cuadro:

Beneficios para los mayores:

- cambios en el humor, aumento de la vitalidad
- mejora de la capacidad para hacer frente a la enfermedad física y mental
- incremento en el sentimiento de valía personal
- oportunidades de aprender
- huida del aislamiento
- renovado aprecio por las propias experiencias de la vida pasada
- reintegración en la familia y en la vida comunitaria
- desarrollo de la amistad con gente más joven
- recepción de ayuda práctica en actividades como compras o transporte
- dedicar tiempo a la gente joven y combatir los sentimientos de aislamiento
- incremento de la autoestima y motivación
- compartir experiencias y tener una audiencia que aprecia los logros
- respeto, honor y reconocimiento de su contribución a la comunidad
- aprender acerca de la gente joven
- desarrollo de habilidades y, en particular, de habilidades sociales y del uso de nuevas tecnologías
- transmitir tradiciones, cultura y lenguaje
- pasarlo bien e implicarse en actividades físicas
- exposición a la diferencia
- ayudar a fortalecerse frente a la adversidad

- b. Beneficios para los niños y/o jóvenes. Los niños y jóvenes obtienen también beneficios positivos en su participación en programas intergeneracionales:

Mejoran sus habilidades sociales, sobre todo la empatía y la tolerancia hacia el diferente, obtienen mejores resultados académicos y tienen menos riesgo de participar en comportamientos de riesgo social.

Beneficios para niños y jóvenes (a partir de MacCallum et al., 2006):

- incremento en el sentimiento de valía, autoestima y confianza en uno mismo
- menor soledad y aislamiento
- tener acceso al apoyo de adultos durante momentos de dificultad
- aumento en el sentimiento de responsabilidad social
- percepción más positiva de las personas mayores
- mayor conocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores
- proveerse de habilidades prácticas
- mejora en los resultados en la escuela
- mejora en las habilidades lectoras
- menor implicación en actos violentos y uso de drogas
- estar más saludable
- aumento del optimismo,
- fortalecerse frente a la adversidad
- incremento del sentido cívico y de la responsabilidad con la comunidad
- aprender sobre la historia y los orígenes y las historias de los otros
- construir la propia historia de vida
- disfrute y alegría
- ganar respeto por los logros de los adultos
- recibir apoyo en la construcción de la propia carrera laboral
- actividades de ocio alternativo frente a los problemas, particularmente drogas, violencia y conducta antisocial

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

- c. Beneficios para ambas generaciones. Pero es que, además, las relaciones entre generaciones proporcionan algo que no se puede conseguir en ningún otro lugar:

Estas relaciones conectan a unos y a otros con el pasado, con el futuro y con el fluir de la vida. Cuando niños y jóvenes tienen relaciones cercanas con personas mayores, los más jóvenes tienen una mejor autoestima y un mayor conocimiento de sí mismos. Los mayores que participan en actividades con niños y jóvenes pueden afrontar mejor el estrés, tolerar mejor la frustración y tener una mayor perspectiva de los acontecimientos, siendo capaces de analizarlos mejor y de manera más objetiva. Las investigaciones realizadas desde la psicología o la sociología muestran que las personas mayores que están en contacto continuado con generaciones más jóvenes experimentan muchos beneficios cognitivos, incluyendo entre otros, una reducción en las pérdidas de memoria, en la sintomatología depresiva, en los sentimientos de soledad y aislamiento y un incremento en la satisfacción con la vida.

- d. Beneficios para la comunidad en general. Los programas intergeneracionales ayudan a romper las barreras entre edades y los estereotipos de los unos hacia los otros, ayudan a construir redes sociales y a desarrollar puentes en la comunidad y modelos de comportamiento cívico; impulsan el voluntariado, proporcionan voluntarios para servicios comunitarios y animan a la gente a trabajar con otros en grupos comunitarios.

Beneficios para la comunidad (a partir de MacCallum et al. 2006):

- reconstrucción de redes sociales
- desarrollo del sentimiento de comunidad
- construcción de una sociedad más inclusiva
- romper las barreras y los estereotipos
- construcción de cohesión social
- construir y fortalecer la cultura
- aliviar la presión parental
- construir redes sociales y desarrollar puentes en la comunidad
- modificar los estereotipos
- desarrollar modelos de comportamientos cívicos
- construir, mantener y revitalizar oportunidades comunitarias e infraestructura pública



- producir arte público
- desarrollar el voluntariado
- proporcionar voluntarios para servicios comunitarios y animar a la gente a trabajar con otros en grupos comunitarios
- crear historias en común
- cuidar el medio ambiente

La cantidad de beneficios y el tipo de beneficios logrado dependerá en mucho del programa intergeneracional en el que los interactuantes se hallen inmersos. Existen variedad de ejemplos de programas intergeneracionales a lo largo del territorio español, en Europa y en muchos otros lugares del mundo: programas centrados en el ocio/entretenimiento, en la educación/formación, en el apoyo social, etc.; programas coordinados, por ejemplo, desde centros escolares, desde residencias o centros de día, desde bibliotecas, desde asociaciones (de voluntariado, de mayores o juveniles). En cuanto a los tipos de programas intergeneracionales existentes, hasta el momento se han impuesto dos criterios taxonómicos, el del servicio y el educativo.

Lo más común es clasificar estos programas en conexión con el concepto de servicio, aunque en relaciones de intercambio de servicios no se puede hablar de un único beneficiario sino que lo normal es que las personas a las que se califique como “prestadoras-de-servicio-a-otras” se beneficien y reciban “algo” del mismo intercambio en el que participan (Kaplan, 2001). Según esta clasificación nos encontramos con:

- a. programas intergeneracionales en donde mayores sirven a niños y jóvenes (como tutores, mentores, preceptores y amigos, cuidadores,...)
- b. programas intergeneracionales en donde niños y jóvenes sirven a mayores (les visitan, les acompañan, tutorizan algunas tareas realizadas por los mayores,...)
- c. programas intergeneracionales en donde mayores colaboran con niños y jóvenes para servir a la comunidad (por ejemplo, en proyectos de desarrollo medio ambiental o en atención a problemas sociales)
- d. programas intergeneracionales en donde mayores, jóvenes y niños se comprometen juntos y se prestan mutuo servicio en actividades informales de aprendizaje, diversión, ocio, deporte, exposiciones,...

Por supuesto que el criterio del servicio no es ni mucho menos el único que se ha utilizado para la distinción de diferentes modelos de programas intergeneracionales.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

Por ejemplo, MacCallum et al. (2006), a partir de Whitehouse, Bendezu, FallCreek y Whitehouse (2000), distinguen cuatro tipos de prácticas intergeneracionales en virtud de su nivel de interacción:

**Nivel 1** (yuxtaposición): distintos grupos generacionales comparten un local y mantienen contactos esporádicos; se intenta que los grupos implicados, por un lado, perciban que están en un entorno seguro y, por el otro, se vaya dando lugar a un acercamiento y colaboración entre ellos.

**Nivel 2** (intersección): los participantes comienzan a interactuar; ya no sólo coinciden en un lugar sino que realizan alguna actividad conjuntamente. Aún el nivel de interacción es bajo y cada participante sigue teniendo como referente a su propio grupo generacional. Las visitas de niños o jóvenes a residencias de personas mayores son un ejemplo de un programa de este tipo: es habitual que esta actividad no suponga que niños, jóvenes y mayores dejen de verse, ante todo, como miembros de sus respectivas generaciones.

**Nivel 3** (agrupamiento): niños, jóvenes y mayores se integran en grupos (o en parejas) de nueva creación para trabajar conjuntamente en la realización de un programa intergeneracional. En este nivel la innovación es evidente y la interacción, continuada durante el período de tiempo que dura el programa. Los programas intergeneracionales en los que personas mayores acuden a un centro escolar; durante todo el curso académico, para actuar de mentores y tutores con niños en fase de aprendizaje de la lectura, son un buen ejemplo de un programa de este tipo.

**Nivel 4** (convivencia): en este nivel el mejor ejemplo de programa intergeneracional está representado por los centros intergeneracionales.

Más allá de una serie de actividades conjuntas organizadas durante un tiempo, hablamos en este caso de una situación cotidiana de convivencia intergeneracional en la que las personas deciden y planean, sobre la marcha, sus relaciones, objetivos y tareas comunes. Este nivel es el más cercano al ideal de una sociedad para todas las edades. (Newman y Sánchez, 2007: 55).

Al comienzo del desarrollo de los programas intergeneracionales en EE.UU. (1960 y 1970), estas iniciativas estuvieron centradas en paliar el conflicto intergeneracional mediante el fomento de mejores actitudes y entendimiento entre jóvenes y mayores, y también se dedicaron a promover actividades de apoyo a personas mayores con escasos recursos, intentando mejorar el acercamiento entre las generaciones situadas en los extremos del ciclo vital (Sánchez y Díaz, 2005).

Pero, tal y como dice Matt Kaplan, todo esto está cambiando:

“El campo de los programas intergeneracionales está evolucionando. Si tradicionalmente muchas de estas iniciativas han estado destinadas a conseguir diversión, amistad y experiencias de aprendizaje para los niños, jóvenes y mayores participantes, ahora se está prestando más atención al potencial de los programas intergeneracionales para funcionar como soluciones a problemas sociales” (Kaplan, 1994).

Los programas intergeneracionales se han ido interesando cada vez más por los problemas y el desarrollo comunitario (educación, apoyo a las familias, cuidado de niños y de mayores, salud, relaciones interculturales, capital social, etc.), con una repercusión sentida por toda la sociedad.

### Puesta en marcha de un programa intergeneracional

Ahora bien, para conseguir unos buenos resultados y aprovechar los beneficios de la intergeneracionalidad, no basta con reunir a un grupo de personas de distintas edades para que hagan algo. No, rotundamente no. La intergeneracionalidad de un programa no se justifica con la co-presencia, y, además, la simple coincidencia de personas más jóvenes y más mayores en un lugar no garantiza que la interacción sea positiva. La historia de estos programas ha demostrado que no todo vale; es más, si las cosas no se hacen bien, más que unir y cohesionar, las generaciones se pueden separar al quedar manifiestas sus diferencias.

«Para hablar de intergeneracionalidad no basta con estar juntos; lo importante es hacer y hacerse juntos, y que ese hacer vaya más allá de la mera interacción y pase a la relación. [...] Por tanto, la clave del término intergeneracional está no tanto en lo generacional sino en el inter; en él entre» (Newman y Sánchez, 2007: 42).

Los programas intergeneracionales que mejor funcionan son aquellos que cuentan con una adecuada gestión y planificación, saben facilitar una buena colaboración entre distintas entidades y son capaces de conectarse con la comunidad dentro de la cual se llevan a cabo. A este respecto, el Gobierno de Gales ha publicado un documento en el que ha recopilado la siguiente lista de factores que parecen claves en los mejores programas intergeneracionales (Welsh Assembly Government, 2008: 10-11):

- Todos los participantes se benefician.
- Todos los puntos de vista son igualmente escuchados y tratados con un mismo respeto.
- Las personas participantes mejoran el entendimiento y el respeto mutuo.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

- Existe una buena planificación.
- Se utilizan técnicas apropiadas para facilitar la comunicación.
- Se prevé tiempo suficiente para promover la comunicación y el contacto entre los participantes.
- Se valoran y reconocen las distintas formas que tienen las personas de contribuir al programa.
- Los prejuicios de las personas en torno a otras generaciones son cuestionados para comprobar si resultan válidos.
- Las personas se ponen de acuerdo sobre lo que quieren conseguir juntas y evalúan si lo han logrado.

A lo que nosotros añadimos que, en el momento de poner en marcha un programa intergeneracional, no se debe olvidar que ha de ser diseñado específica e intencionadamente para conseguir una relación entre-generaciones; debe ser planificado cuidadosamente; todas las personas que intervengan en el programa deben entenderlo.

Se debe reconocer el papel de la/s generación/es intermedia como facilitadora del programa; debe tener continuidad en el tiempo y no tratarse de acciones aisladas; tiene que conseguir un impacto positivo para las dos generaciones participantes; la unión de los dos grupos generacionales debe conseguir mejorar la calidad de vida de ambos y, por ende, la de los demás.

Y además, en un programa intergeneracional es esencial contar...

- Roles claros y significativos para los participantes
- Relaciones entre jóvenes/niños y mayores propiciadas intencionadamente (el servicio sólo no basta; los sentimientos y los vínculos son esenciales)
- Reciprocidad entre mayores y jóvenes/niños
- Reconocimiento de las contribuciones realizadas por todas las generaciones
- Capacidad de respuesta a las necesidades de la sociedad.

### **Evaluar, evaluar, ...y al final, evaluar**

¿Por qué evaluar? ¿Para qué evaluar? ¿Qué evaluar? ¿Cómo podríamos saber, si no, qué tipos de logros concretos se consiguen con un programa intergeneracional?

Sólo con un buen diseño de proyecto intergeneracional, acompañado de una rigurosa evaluación, podremos saber qué funciona y qué no, para evitar cometer errores futuros y para que otros puedan aprender de nuestra experiencia. Cada vez más se desarrollan estudios que muestran los beneficios de las interacciones intergeneracionales antes nombrados -tanto para los niños o jóvenes como para los mayores o la comunidad en general.

¿Por qué evaluar? Porque la evaluación da pistas sobre cómo mejorar el programa; porque si está bien diseñada, es factible (realista, prudente y económica), legítima (realizada legal y éticamente) y precisa (determinando el mérito y valor del programa), es una herramienta de gran utilidad (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1988).

¿Para qué evaluar? Recogemos las respuesta a esta cuestión en el siguiente cuadro:

- Para saber cómo funciona el Programa Intergeneracional: cómo se desarrolla, cómo cambia, cómo se adapta
- Para saber hasta qué punto el Programa Intergeneracional se realizó según lo planificado
- Para mejorar el diseño o la ejecución del programa
- Para demostrar el valor que tiene el Programa Intergeneracional
- Para cumplir con los requisitos de quienes financian el programa
- Para conseguir aumentar la financiación futura del Programa Intergeneracional
- Para desarrollar el conocimiento sobre el campo intergeneracional
- Para orientar el diseño de políticas
- Para evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos
- Para motivar al personal y a los participantes en el Programa Intergeneracional.
- Para vender mejor el programa ante terceros.
- Para facilitar que el Programa Intergeneracional puede realizarse en otro lugar
- Para mostrar la profesionalidad del trabajo realizado.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

- Para demostrar el compromiso firme con respecto a los objetivos del Programa Intergeneracional.
- Para conocer la efectividad del programa (eficacia –si se han conseguido los objetivos previstos y en qué medida– y eficiencia –relación entre los objetivos logrados y los medios empleados–)
- Para la adaptación del programa a su entorno: grado en que el programa es relevante para los destinatarios.

¿Qué evaluar? Dimensiones de la evaluación. Podemos evaluar el programa al completo o bien el proceso –‘evaluación de proceso’– (cómo se ha ejecutado el programa de principio a final: cómo fue planificado, cómo se ha desarrollado, cómo se ha implantado, cómo se ha difundido, etc.), el contexto o los productos –‘evaluación de resultados’– (describiendo, interpretando, juzgando, y valorando los logros e incidencia que ha tenido el programa, identificando los resultados inmediatos, los impactos y los costos).

Para hacer una correcta evaluación de un programa intergeneracional se recomienda seguir los siguientes pasos:

- Decidir qué evaluar; cuáles son las expectativas con respecto a la evaluación, para evitar que, una vez finalizada, no se corresponda con lo que se esperaba aprender con respecto al programa.
- Estudiar qué posibilidades tenemos de conseguir los datos necesarios en la evaluación; instrumentos típicos de recogida de datos son las entrevistas, los cuestionarios, los grupos de discusión, los diarios, etc....
- Hacer el diseño de la evaluación del proceso de planificación y ejecución del programa intergeneracional: cómo vamos a obtener la información, quién/es nos la van a facilitar, cuándo, cómo, etc...
- Hacer el diseño de la evaluación de los resultados; Para ello podemos optar, por ejemplo, por un diseño casi-experimental (se comparan los posibles cambios ocurridos entre un grupo experimental y otro de control).
- Preparar el presupuesto necesario para la evaluación y asegurarse de que se cuenta con la financiación más adecuada.
- Recoger de modo sistematizado toda la información anterior en un “plan de evaluación”, es decir, un documento en el que se listen todos los aspectos y elementos a tener en cuenta para llevar a cabo la evaluación.
- Asegurarse de contar con la plena disposición de participantes y personal en el proceso de evaluación.

Veamos a continuación tres ejemplos de programas intergeneracionales que han sido evaluados y nos permiten hablar de los resultados alcanzados, de un modo más contundente.

Pamela Xaverius y Mark Mathews (2003) diseñaron dos estudios con el fin de investigar el efecto de las actividades intergeneracionales en el nivel de implicación y la expresividad de los participantes mayores. El Estudio 1 se llevó a cabo con personas mayores con buen estado de salud que participaban en un centro de actividades múltiples para mayores. El Estudio 2 se llevó a cabo con personas mayores diagnosticadas de demencia que vivían en residencias. En los gráficos que se muestran a continuación se pueden observar los resultados obtenidos durante la realización de actividades intergeneracionales (línea con cuadrados grises) y los obtenidos en actividades no estructuradas (línea con círculos blancos) en los dos estudios (ver gráficos 1 y 2). En ambos casos la implicación de los mayores fue mayor cuando se trataba de realizar actividades intergeneracionales.

Gráfico 1

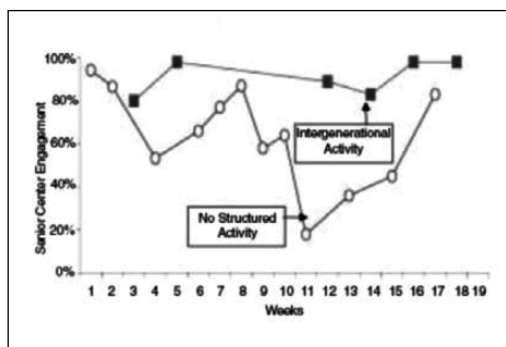
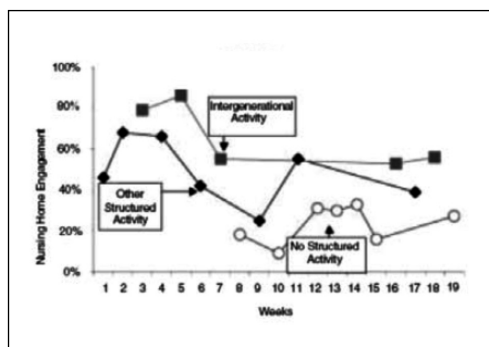


Gráfico 2



Segundo ejemplo. A finales de los 80, intrigados por el potencial que tenía la padrinazgo, Public/Private Ventures –organización americana sin ánimo de lucro que desde hace 30 años realiza investigaciones y desarrolla programas que mejoran las vidas de las personas que pertenecen a grupos sociales más desfavorecidos– quiso determinar si creando relaciones entre los adultos y los jóvenes se podrían conseguir beneficios positivos en los jóvenes. Desde entonces, han examinado no sólo de qué maneras se pueden beneficiar los jóvenes por la mentorización, si no también cuáles son las cualidades que caracterizan las formas más eficaces de llevar a cabo programas basados en la mentorización. En una investigación que tuvo lugar entre 2004 y 2005, Public/Private Ventures implicó a 10 organizaciones de la entidad Big Brothers, Big Sisters (grupo de personas mayores voluntarias que participan en programas intergeneracionales), 71 escuelas y 1.139 jóvenes de 9 a 16 años asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento (con mentorización) y a un grupo control (sin mentorización). El objetivo central de la investigación fue responder a la cuestión siguiente: ¿funciona la mentorización en las escuelas? Y con este fin diseñaron

un estudio para entender mejor qué es lo que realmente sucede cuando se une en un programa intergeneracional a personas mayores con jóvenes en situación de riesgo. Con este fin, se analizaron cinco programas de mentorización que se estaban llevando a cabo en EE.UU. Estas cinco iniciativas estudiadas implicaban a personas de diferentes edades y situaciones (abuelos custodios, personas mayores que participan en voluntariado, madres adolescentes, jóvenes con medidas preventivas, estudiantes en peligro de fracaso escolar y absentismo).

La Virginia Tech University ha evaluado el programa intergeneracional que lleva realizando desde hace varios años: Neighbours Growing Together. Se trata de un centro intergeneracional compartido –ubicado en un edificio de la propia universidad– en el que niños (menores de 6 años) y mayores de un centro de día para personas con alguna situación de dependencia se unen a diario para realizar actividades conjuntas programadas y planificadas cuidadosamente. En Estados Unidos existen más de 250 centros intergeneracionales compartidos similares a éste. En la investigación observacional realizada por Shannon Jarrot y Kelly Bruno (2003), utilizando una muestra compuesta por 48 personas adultas afectadas de demencia y asistentes al centro intergeneracional ONEGeneration Daycare, en California (EE.UU.), las autoras encontraron que aquellas personas mayores con demencia que participaban de actividades intergeneracionales mostraron un mayor nivel de afecto que el grupo control.

Finalmente diremos que los buenos programas intergeneracionales, aquellos que permiten conseguir todos estos beneficios que hemos mostrado no suceden por casualidad: requieren una cuidadosa planificación, entrenamiento, seguimiento y consistencia. Muchas de las variables que afectan a los programas y que han sido asociadas con prácticas eficaces incluyen una minuciosa dirección a lo largo del programa y sesiones de entrenamiento para los participantes, el diseño de actividades que promuevan la interacción dirigidas a ayudar a los participantes a conocerse los unos a los otros y a explorar temas de interés común, y asegurar que las actividades del programa sean apropiadas culturalmente y en función del momento de desarrollo evolutivo de sus participantes. Los programas que suponen una única ocasión de encuentro o que implican un contacto superficial, son cualitativamente diferentes de aquellos programas que conllevan experiencias más intensas y una comunicación más profunda y continuada. Estos últimos conducen mucho mejor a la formación de relaciones significativas y de aquí que los que participan en ellos consideren que tienen un profundo impacto en sus vidas.

## Bibliografía

- Comisión Europea. Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2005.



- Generations United (s.f.). Defining Intergenerational Programming. En Consultado el 20 de enero de 2010. [http://www.gu.org/IG\\_Ov8191324.asp](http://www.gu.org/IG_Ov8191324.asp).
- Hatton YA. y Ohsako T. Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional. Hamburgo: Instituto de la UNESCO para la Educación; Eds. 2001.
- Hatton YA and Watkins C. Intergenerational Community Development: A Practice Guide. Stoke on Trent: The Beth Johnson; 2004.
- Jarrot S y Bruno K. Shared sites intergenerational programs: a case study. Journal of Applied Gerontology 26, 3, 239-257; 2003.
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1988). The personnel evaluation standards. Thousand Oaks CA: Corwin Press.
- Kalache A. The World Health Organization and Global Aging. En M. Robinson W. Novelli C. Pearson y L. Norris. Eds., Global Health & Global Aging (pp. 31-46). San Francisco CA: Jossey-Bass. 2007.
- Kaplan M. 1994 Promoting Community Education and Action through Intergenerational Programming. Children's Environments, 11(1), 64-84. Kaplan, M. (2001). School-based Intergenerational Programs. Hamburgo: Unesco Institute for Education.
- MacCallum J, Palmer D, Wright P, Cumming-Potvin W, Northcote J, Booker M. y Tero C. Community building through intergenerational exchange programs. Australia: National Youth Affairs Research Scheme: 2006.
- Newman S. A History of Intergenerational Programs. En S. Newman and S.W. Brummel Eds. Intergenerational Programs. Imperatives, Strategies, Impacts, Trends Binghamton NY: The Haworth Press, Inc. 1989. Pág. 1-16.
- Newman S. y Sánchez M. Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos. En: M. Sánchez (Dir.), Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades. Barcelona. La Caixa; 2007. pp. 37-69.
- Sánchez M. y Díaz P. Los programas intergeneracionales. En S. Pinazo y M. Sánchez (Dir.), Gerontología. Actualización, innovación y propuestas Madrid: Pearson; 2005. (pp. 393-430).
- Walker A. Active ageing in employment: Its meaning and potential. Asia-Pacific Review; 2006. 13 (1), 78-93.
- Welsh Assembly Government (2008). A Strategy for Intergenerational Practice in Wales; 2008.

#### 4. Participación de los mayores en la sociedad, reflejo del envejecimiento activo (I)

---

<http://wales.gov.uk/about/programmeforgovernment/strategy/publications/oldepeople/intergenerational/?lang=en>

- Xaverius P. y Mathews M. Evaluating the impact of intergenerational activities on elders' engagement and expressiveness levels in two settings. *Journal of Intergenerational Relationships*; 2003. 1 (4), 53-69.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores

### 5.1. Preparación para una jubilación activa. Curso dirigido a funcionarios de la Administración Pública

**Carmen Leal Casas**

*Jefa de Sección de Programas de Inserción Social y Laboral. Ayuntamiento de Valencia.*

**Sacramento Pinazo Hernandis**

*Profesora de Psicología Social. Universidad de Valencia.*

#### Descripción

Curso 30 horas; enmarcado dentro del Programa de formación continua para funcionarios.

Seis sesiones, 5 horas.

Dirigido a: Funcionarios de la Administración Pública que deseen preparar con antelación su adaptación a la jubilación.

Plazas: 20 personas.

Lugar: Lugar céntrico, sala aireada y con luz natural, con mobiliario que se pueda retirar fácilmente. Un día en sala que disponga de ordenadores (como Centro de día la Amistad, o algún Centro de la Universidad Popular o similar). Visita Centro Municipal de Actividades de Personas Mayores y Centro Gerontológico Comunitario.

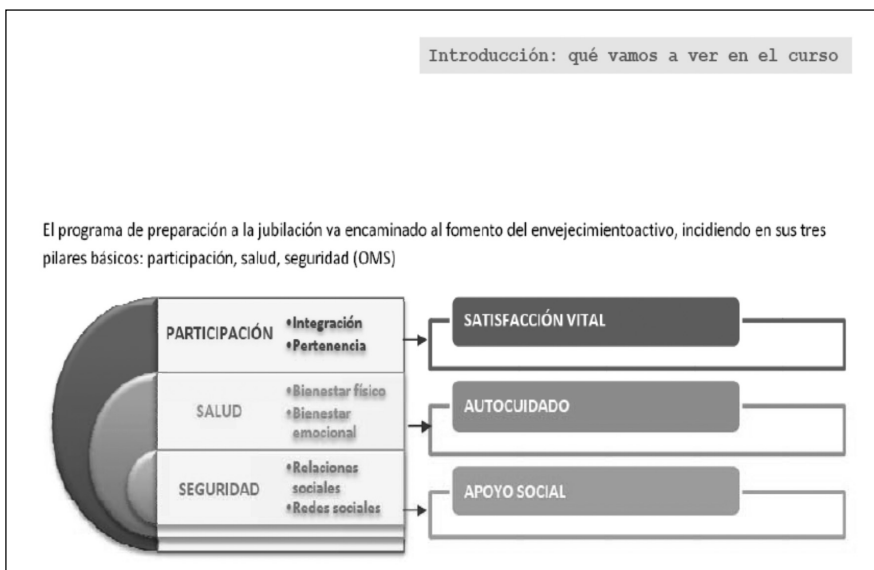
Tres ediciones del curso: 2008 (Valencia); 2009 (Alicante, Valencia).

#### Criterios de selección

- Se primará a los que estén más próximos a su jubilación.
- No haber participado como destinatario en algún tipo de curso similar anteriormente.
- Restantes criterios contemplados en el Acuerdo General de Formación.

### Objetivos...

Y en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.



### Qué pretendemos...

- Sensibilizar y reflexionar sobre los cambios que conlleva la jubilación.
- Desear disfrutar el nuevo momento de la vida.
- Comprender que la vida está llena de cambios (crisis = oportunidad).
- Valorar la importancia de ampliar la red de relaciones.
- Conocer cómo planificar mejor la economía, retrasar la dependencia, los recursos disponibles.
- Conocerse mejor a uno mismo (límites y fortalezas).
- Entender cuáles son los derechos y obligaciones.
- Cambiar las creencias erróneas y los estereotipos negativos frecuentemente asociados a la vejez. Para ello, se trata de ofrecer una imagen equilibrada en la que junto a los posibles riesgos aparezcan también las múltiples posibilidades que se abren a medida que nos hacemos mayores.

- Dotar a los trabajadores mayores de información, recursos y experiencias que faciliten la transición a la jubilación y un buen ajuste a la nueva situación.
- Informar sobre los recursos formativos, sociales, culturales y recreativos que ofrece la comunidad en la que vive la futura persona jubilada.
- Animar a que el participante prepare su propia agenda personal, su lista de objetivos vitales a alcanzar y los medios que va a necesitar para lograrlos, diferenciando entre aquellos medios de los que ya dispone y aquellos que va a tener que desarrollar o conseguir.
- En suma, de lo que se trata es que las personas aseguren el control de su propia vida.

### Metodología

- El curso está organizado a través de la audiovisión de cintas de video y charlas coloquio, con expertos de cada uno de los temas. A lo largo del curso se implementarán diversos cuestionarios, tanto individuales como en grupo, que nos sirvan para la reflexión y planificación de la jubilación.
- El módulo sobre aspectos jurídicos y financieros, se impartirá parcialmente en un aula informática, con prácticas informáticas.
- En el módulo sobre vida saludable y control de estrés, se realizarán prácticas de actividad física.
- El módulo sobre utilización significativa del tiempo: recursos comunitarios, culturales, etc., se impartirá parcialmente también en aula de informática. Y en la sede de dos Centros de Actividades. Así mismo, se contará con la participación de personas jubiladas activas de diferentes organismos y programas de la provincia donde se imparte el curso.
- Al inicio del curso se reparte dossier con lecturas, contenido del curso y ejercicios para realizar en casa.
- En cada una de las sesiones se reparten folletos divulgativos sobre la materia tratada. En las sesiones sobre recursos, el material a repartir será tanto genérico como específico de la provincia y de la propia zona donde resida la persona participante.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

Cuestionario previo (1)

.....

Curso de Preparación a la Jubilación, octubre 2008

Cuestionario de inscripción en el curso

Para formalizar su inscripción en este curso necesitamos que cumplimente el siguiente cuestionario. Su aportación es fundamental para que podamos conseguir los objetivos del curso. GRACIAS

Edad.....  
Sexo.....  
Años de contrato en la Administración Pública.....  
Puesto de trabajo que ocupa.....  
Funciones que desempeña.....

Variables sociodemográficas

Intereses

Expectativas

Uso del tiempo libre  
Proyectos en marcha  
Integración comunitaria/  
Participación

¿Qué cuestiones relacionadas con el tema general del curso desea que sean abordadas?

¿Qué resultados concretos espera conseguir de este curso?

Si cuenta con experiencia en la realización de actividades de ocio, deporte, tiempo libre, o proyectos de voluntariado o participación explique brevemente a continuación en qué han consistido y dónde los ha llevado a cabo.

Por favor, una vez cumplimentado, remita este documento a Carmen Leal

MUCHAS GRACIAS

### Cuestionario previo (1). Resultados

**Variables sociodemográficas:** Del total de participantes: 19, mayoritariamente fueron mujeres (13) de una edad entre 50 y 60 años; frente a los varones (6) mayoritariamente entre 61 y 65 años de edad. Fundamentalmente trabajaban en la Administración Autonómica, y en orden decreciente en la Administración Local, Diputación y el Estado. Sus puestos de trabajo prioritariamente eran de la rama administrativa, entre categorías

profesionales A y D. Los años de cotización en la Administración Pública se repartieron entre los 20 y 35 años.

### **Intereses:**

- Pensiones-pacto de Toledo.
- Jubilación anticipada; la jubilación parcial.
- Actividades y lugares de información.
- Información de lugares de seguimiento envejecimiento-salud.
- Ocupación del tiempo; actividades a realizar; programa de voluntariado social.
- La planificación de la jubilación.
- Como llegar con buena salud física y mental.
- Información; consejos.

### **Expectativas:**

Mejorar la actitud ante la jubilación de forma más positiva.

- Obtener orientación para el entretenimiento y qué actividades realizar.
- Pautas para llegar con buena salud.
- Prepararme en general para la jubilación.
- Aclaraciones sobre la jubilación parcial y anticipada.
- Información sobre voluntariado social; ayuda para un futuro mejor.
- Nuevas perspectivas.

### **Uso del tiempo libre:**

Aire libre y ejercicio por cuenta propia; Trabajos agrícolas; Escribir en revistas profesionales; Caminar y Recordar tiempos pasados; Cine; Lectura; Viajar en coche; Internet; Pertenecer a una plataforma; Pertenecer a clubes culturales y/o deportivos; Escuchar música; Fotografía; Visitar exposiciones; Actividad deportiva; Asistir a los cursos de la Nau gran; Funciones sindicales; Actividades de manualidades.

### Cronograma del curso...

Curso de Preparación a la Jubilación.Valencia, octubre 2008

	Lunes 13 octubre	Martes 14 octubre	Miércoles 16 octubre	Jueves 16 octubre	Viernes 17 octubre	Lunes 20 octubre
Tema	Presentación curso Imagen social	Salud y ejercicio físico	Aspectos jurídicos y financieros Recursos sociales	Jubilación, Nido vacío, cambios en la relación familiar, de pareja, abuelos- nietos	Relaciones sociales y familiares	Cuidados de salud y cierre
9-10	Presentación curso CLeal/SPinazo pretest	Sesión teórica JFernández	Sesión teórica JFBlasco	Sesión teórica CLeal/SPinazo	Sesión teórica SPinazo/CLeal	Sesión teórica JFernandez
10-10.30	Sesión teórica SPinazo/CLeal	Ejercicios saludables	Sesión teórica JFBlasco	Documental 'Jubilación 1' 'Jubilación 2'	Fragmentos película o documental	Ejercicios de grupo
10.30-11	Ejercicios de Grupo (cuestiones) y debate	Sesión teórica físio	Ejercicios en sala informática (AVIM-CV)	debate	debate	debate
11-11.30	*	P	U	A	S	A
11-30-12.3	Sesión teórica SPinazo/CLeal	actividad con fisio relajación	Visita La Amistad	Ejercicios de grupo (texto)	Sesión teórica SPinazo/CLeal	Sesión teórica CLeal/SPinazo
12.30-13	Fragmentos 'A propósito de Schmidt'	actividad con fisio	Videos Nau Gran/ ATE/Nagusilán	Sesión teórica CLeal	Mesa redonda Con mayores que practican envejecimiento productivo	post-test Evaluación del curso
13-14	Debate Ejercicios de grupo	ejercicios para casa	Recursos sociales, culturales, educativos, participac social	Sesión teórica SPinazo	coloquio	Devolución resultados test Reflexiones finales

### Contenidos del curso...

Aspectos jurídicos y financieros (I sesión). Prof.: Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Objetivo: "Seguridad"

- Marco normativo aplicable a la prestación por jubilación (legislación general; legislación específica).
- Alternativas posibles para alcanzar la pensión por jubilación (Base reguladora. Periodo de carencia. Porcentaje aplicable).
- Compatibilidades (otros trabajos remunerados, otras prestaciones SS). Fuentes de ingresos. Planificación financiera personalizada.
- Cálculo de la prestación (determinación de la base reguladora y aplicación del porcentaje consecuencia de los años de cotización acreditados durante la vida laboral del trabajador).
- Sobre disposición de bienes y otras cuestiones.



**Vida saludable (1 sesión) Prof.: Enfermería y Fisioterapeuta. Objetivo: “Salud”**

- El proceso de envejecimiento.
- Salud y ejercicio físico.
- Cuidados del cuerpo. Controles de salud.
- Hábitos saludables y errores comunes.
- Alimentación.
- Sueño.
- Gimnasia mental.
- Primeros auxilios.
- Prevención del estrés. Estrategias de afrontamiento.
- Técnicas de Relajación.

**Aspectos psico-sociales (2 sesiones) Prof.: Psicología del Envejecimiento. Objetivos: “Salud y Seguridad”**

- Envejecimiento, jubilación y nido vacío.
- Aspectos demográficos.
- ¿Qué significa ‘ser mayor’?
- Mitos y realidades sobre la vejez.
- Impacto de la jubilación (relaciones sociales, familia, pareja).
- Adaptación familiar y social.
- Atención y cuidados a otros (la dependencia, la abuelidad).
- Vivienda y estilo de vida.

**Recursos comunitarios, culturales, educativos, de participación ciudadana y voluntariado social (2 sesiones). Prof.: Técnico de la Administración Bienestar Social. Objetivo: “Participación”**

- Utilización significativa del tiempo, planificación.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

- Asociacionismo (SECOT, HARTU-EMANAK) y Voluntariado (NAGUSILAN, voluntariado de museos).
- Programas Intergeneracionales (tenemos mucho en común).
- Actividades en los Centros de Mayores (AVIM-CV, CMAPM).
- Aulas de la Tercera Edad, Universidad de los Mayores, Universidad Popular.
- Centros de informática (valencia.ya).
- Recursos de Servicios Sociales, culturales.
- Programas, ayudas, subvenciones.
- Mesa redonda “Envejecimiento productivo”.

Cuestionarios inicio (2) sobre mitos y estereotipos: “Facts on aging quiz”. Cuestionarios inicio (3) sobre mitos y estereotipos: “¿Qué piensa usted de la vejez?”. Resultados

Curso PPJ, mayo 2009, ¿Qué piensa usted de la vejez?

N = 4 grupos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Progresistas-					1	1	1	1			Anticuadas-
Ricas-					1	1	1	1			Pobres-
Generosas-			1	1	2						Tacañas-
Seguras-			1	1		1	1				Inseguras-
Saludables-					1		3				Enfermas-
Felices-			1	1	2						Infelices-
Optimistas-			1	3							Pesimistas-
Expectantes-					1		3				Resignadas-
Productivas-				2			1	1			Improductivas-
Aseadas-		1	1	2							Sucias-
Alegres-		1		1	2						Aburridas-
Activas-			2		1	1					Pasivas-
Sexuadas-					2			2			Asexuadas-
Sociables-			3	1							Poco sociables-



## Valoración de los cursos

### A mejorar:

- Ampliar el número de horas del módulo sobre aspectos jurídicos y financieros.
- Eliminar el apartado sobre primeros auxilios del módulo sobre cuidados de salud y calidad de vida.
- El lugar de realización del curso que sea más céntrico y con mayor medios de transporte.
- La publicidad del curso que sea clara y concisa.

### A resaltar:

- Esperaban un curso teórico, con bajas expectativas por el tema, y aburrido. Les sorprendió por todo lo contrario.
- Desapareció prácticamente desde el primer día la resistencia al trabajo individual y en grupo. Se mantuvieron los grupos hasta el final, con una buena predisposición e interacción.
- No se produjo absentismo, excepto algún caso y algún día por motivos médicos.
- El 100% de los participantes manifestaron que recomendarían el curso a otros colegas.
- Además de pasárselo bien, todas las personas participantes manifestaron que el curso había sido provechoso, que habían aprendido y conocido nuevas personas.
- No esperaban que hubiera tanta oferta de actividades y recursos en general.
- Cambiaron mayoritariamente sus expectativas de futuro, sintiendo que les esperaba una buena etapa en sus vidas. Las personas que les faltaban menos de un año para jubilarse manifestaron que afrontaban con mayor optimismo la jubilación.
- Que había sido muy enriquecedor y empático estar junto a otras personas en su misma situación, y por ende lo transmitido por los miembros de la mesa redonda.
- Cuando tuvieran la oportunidad de la jubilación anticipada se lo pensarían muy bien antes, dada la aminoración de las cuantías económicas mensuales.



## 5.2. Importancia del Voluntariado de mayores

**José Luis Jordana Laguna**

*Director del “Programa Voluntarios Culturales de Mayores para enseñar Museos y Catedrales de España”. Madrid.*

### Introducción

Como es de conocimiento de la mayoría de los aquí presentes, este programa nació en el año 1993 con motivo de ser declarado “Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad Intergeneracional” y fue creado y planificado por la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE), entidad sin ánimo de lucro de ámbito estatal, que desde hace treinta años viene trabajando con las personas mayores desde la cultura, por la cultura y para la cultura. La cultura como tradición, la cultura como saber; la cultura como creatividad, la cultura como motivación y la cultura como participación de las personas mayores. Este programa de “Voluntariado Cultural” fue desde 1993 promovido por la Unión Europea y apoyado sucesiva y económicamente por la Fundación Caja de Madrid, el Ministerio de Cultura, el IMSERSO y, desde hace cinco años por la Obra Social Caja Madrid.

### El voluntariado nace, crece, vive y se desarrolla en el filo de la navaja

A los que venimos trabajando desde hace más de veinticinco años en Programas de Voluntariado no nos son ajenas frases hechas que suelen circular en este campo y que hablan por sí solas de las dificultades y peligros que subyacen siempre en todo programa de voluntariado: “El voluntariado se mueve siempre en la cuerda floja”. “El voluntariado camina y avanza siempre al filo de la navaja”. Esto ya lo sabíamos los profesionales de nuestra entidad cuando decidimos emprender este ambicioso programa de Voluntariado Cultural de Museos. Hace más de veinte años que escuché a un experto en Voluntariado, en un importante Congreso internacional, que “el mayor enemigo del voluntariado que hay en la sociedad actual son los sindicatos”. En efecto, en aquella época los sindicatos, los comités de empresa, los colegios profesionales, las agrupaciones de trabajadores, etc. acusaban genéricamente al voluntariado de “quitar puestos de trabajo”, de “intrusismo laboral”, de “competencia desleal”, de utilizar a los voluntarios “como mano de obra barata”, etc. y se solía afirmar que el voluntariado era de países tercermundistas o en vías de desarrollo, no de países modernos, industrializados y avanzados.

### Los mayores y jubilados potencial de primer orden del voluntariado

Hace apenas cinco años tuve la oportunidad de participar en Adra (Almería) como ponente en unas Jornadas de Preparación a la Jubilación organizadas por la Federación Estatal de Jubilados y Pensionistas de CC.OO. a la que asistían cerca de 300 personas mayores miembros de este sindicato. Les expliqué que para vivir con salud integral (física, mental y social en terminología de la OMS), con bienestar personal y calidad de vida tenían que luchar contra las tentaciones de inmovilismo físico (la pasividad, la inactividad, el descanso mal entendido), del inmovilismo cerebral (la pérdida de intereses, el aburrimiento, la tristeza y melancolía), del inmovilismo afectivo (la pérdida de seres queridos, la anorexia vital, la soledad) y del inmovilismo social (el aislamiento y la automarginación). Les hablé de la necesidad de permanecer activos, participativos y útiles a la sociedad durante la etapa de la jubilación, no sólo como medio de mantener el bienestar, la salud y la calidad de vida, sino por la necesidad de ser alguien, de hacer algo y de sentirse útiles. Les hablé de los diferentes y posibles campos de acción, de participación y de voluntariado (asistencial, social, cultural, educativo, ecológico-medio ambiental, de desarrollo comunitario, etc.) en los que cada uno de ellos se podrían integrar. Les hablé, por supuesto, de los Voluntarios Culturales Mayores que enseñan la riqueza cultural, histórico-artística y científica que se encierra en los Museos de España y les invité a enrolarse en este ambicioso programa. Los más de trescientos sindicalistas veteranos, con su líder histórico Marcelino Camacho a la cabeza, cerraron mi intervención con un prolongado aplauso.

Porque está patente que las personas mayores, con mayores niveles educativos y culturales, con más elevada esperanza de vida, teniendo por delante entre quince y veinticinco años tras su jubilación laboral, con abundante tiempo libre disponible, con deseos de seguir activos y participativos, de mantener su autoestima y sentirse útiles socialmente, constituyen un magnífico potencial humano para colaborar como voluntarios en cualquier programa que se precie.

### En el voluntariado no se puede ni se debe improvisar

Como en otros campos y profesiones para ser eficaces y eficientes en el voluntariado hay que querer, hay que saber y hay que poder hacer. Del voluntariado como del asociacionismo todos hablan y todos creen saber. Y por eso muchos programas de voluntariado, así como muchas asociaciones, sobreviven con más pena que gloria o desaparecen al poco tiempo por inanición y desánimo de sus directivos y, sobre todo, de los propios voluntarios. Nuestra entidad, la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad, lleva más de veinticinco años impartiendo cursos de formación sobre Voluntariado, como también sobre Animación Sociocultural y Mayores, tanto a profesionales y técnicos como a los voluntarios

de aquellas instituciones que destacan por sus programas de voluntariado, como son Cruz Roja Española, Caritas Española, Parroquias, Fundaciones, Ordenes Religiosas, etc.

En el voluntariado como en muchos otros asuntos hay que hilar muy fino si se quiere llegar a buen puerto. Esto significa que cuando queremos desarrollar un Programa de Voluntariado con personas mayores, se acepta y se supone el QUERER. Pero no es suficiente porque de inmediato hay que exigir el SABER y el SABER HACER. Luego vendrá el PODER y el PODER HACER. En efecto, hay que saber cuáles son los principios básicos que fundamentan el voluntariado. Hay que conocer los objetivos que se persiguen. Hay que saber planificar, organizar, desarrollar y evaluar un programa de voluntariado. Hay que conocer cuáles son los derechos y deberes de los voluntarios. Hay que conocer cuáles son los peligros, los obstáculos y posibles desviaciones del voluntariado. Qué características y cómo debe ser hoy día un voluntariado moderno, democrático, eficaz y eficiente. Qué funciones cumple. Cuáles son los aspectos jurídicos que rigen, por un lado, el voluntariado y sus relaciones con los sujetos beneficiarios y, por otro, que rigen las relaciones entre los voluntarios y la organización voluntaria. Hay que saber hacer, hay que saber establecer cautelas previas para evitar que se creen vínculos laborales y que se pueda acusar de competencia desleal. Hay que saber evitar en el voluntariado posibles peligros como el individualismo, el amateurismo, el voluntarismo, el paternalismo, el asistencialismo, el dirigismo, entre otros. Hay que saber y estar vigilantes para que los voluntarios no decaigan en sus motivaciones, no sufran de rutina, de desánimo, de desorganización, de burocratización, que no padezcan el fenómeno de “quemamiento”, de insatisfacción, etc. Y todo esto no se improvisa.

### **Los voluntarios complementan, nunca suplen a los profesionales en activo**

La Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE), su Comité Ejecutivo y sus profesionales y técnicos que dirigen y desarrollan el programa de “Voluntariado Cultural de Museos”, llevado a cabo con personas mayores, han cuidado desde el inicio todos aquellos aspectos del programa que pudieran dar pie a acusaciones más o menos justificadas de “intrusismo laboral” y/o “competencia desleal”.

Desde el primer acto de presentación en Madrid de este programa de Voluntariado Cultural a los medios de comunicación ya anunciamos públicamente que “en el Museo del Prado no entrarían Voluntarios Culturales Mayores para no entrar en conflicto con los Guías Profesionales de Turismo que están a la puerta a la espera de grupos de visitantes, de turistas, de grupos organizados, etc.”. Lo hemos cumplido a rajatabla a pesar de que en diversas ocasiones, oralmente y por escrito, nos lo han pedido expresamente algunos directores del Museo del Prado. Igualmente y posteriormente hemos asumido el compromiso con la APIT (Asociación Nacional de Guías Profesionales de Turismo) de no entrar con voluntarios culturales en el Museo Thyssen por las mismas razones.

### Los Voluntarios Culturales Mayores que enseñan los Museos de España nacen en respuesta a una necesidad y a una demanda

Nosotros, los directivos y técnicos de la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad, acudimos a las llamadas y requerimientos de los directores de los diferentes Museos de España que quieren contar con este servicio de voluntariado cultural para poder cumplir con las funciones y misiones propias de los museos. Como es bien sabido, los museos tienen como fines y obligaciones el estudio e investigación de sus colecciones y objetos, su conservación y restauración, así como exponerlos, difundirlos y enseñarlos a los ciudadanos que individualmente o en grupo se acercan a visitarlos.

Este programa debe su éxito, entre otras cosas, al nacer como respuesta a un vacío, a una necesidad, a una demanda, de estas instituciones museísticas que no cuentan en su mayoría con personal de plantilla que se dedique a enseñar sus riquezas culturales, históricas y artísticas al público visitante. Por otra parte, los Guías Profesionales de Turismo, por diversas causas circunstancias, sólo enseñan determinados Museos y Monumentos (casos de Granada, Toledo, Madrid, Las Palmas, Sevilla, Valencia, etc.), bien por escasez de titulados, homologados y/o habilitados para este menester; bien por dedicarse a otras actividades turísticas más rentables o atractivas, lo que es normal y lógico en trabajadores autónomos (circuitos y rutas nacionales e internacionales, tours panorámicos en autocar o a pie, servicios a agencias de viaje, paquetes turísticos, etc.). Cuando arrancó este Programa la mayoría de los Museos de España no contaba ni dentro ni fuera de sus instalaciones con guías profesionales de plantilla y/o de turismo que pudieran enseñar sus riquezas culturales a los a los grupos de visitantes. Este hecho es fácilmente comprobable.

### Objetivos generales y específicos del programa

#### *Objetivo General:*

Que las personas mayores, convenientemente preparadas, puedan enseñar de forma voluntaria y altruista los Museos y el Patrimonio Histórico-Artístico español a los niños y jóvenes estudiantes y a los grupos de adultos y jubilados que se acerquen a visitarlos.

#### *Objetivos Específicos:*

- a) **Museológico:** Promover los museos de España y aumentar el número de sus visitantes individuales y grupales, prestando así una eficaz ayuda a los museos que no cuentan con este servicio.



- b) **Gerontológico:** Mejorar el bienestar, la salud integral y la calidad de vida de las personas mayores, así como prevenir su envejecimiento patológico al permanecer activas, dinámicas, participativas y útiles a la sociedad.
- c) **Cultural:** Acercar las riquezas culturales e histórico-artísticas que se encuentran en los museos a los grupos que se acercan a visitarlos.
- d) **Social:** Prestar un servicio a la sociedad ayudando a elevar los niveles educativos y culturales de la población, especialmente de los niños y jóvenes estudiantes, así como de las personas mayores y de otros colectivos marginados del disfrute de los bienes culturales.

### Planificación del programa de voluntariado:

#### a) Fase de información y difusión:

- Dirigida a los diferentes museos.
- Dirigida al colectivo de las personas mayores.

#### b) Fase de captación y selección de voluntarios:

- Captación de personas mayores interesadas.
- Selección según aptitudes y actitudes.

#### c) Fase de formación y motivación:

- Formación como Voluntarios Culturales de Museos.
- Formación específica en el museo elegido.

#### d) Fase de aplicación y desarrollo:

- Difusión a Colegios e Institutos y Centros de Mayores.
- Enseñanza de los museos a los grupos de visitantes.

#### e) Fase de seguimiento y evaluación:

- Evaluación por parte de los museos participantes.

- Evaluación por parte de los voluntarios mayores.
- Evaluación por parte de la entidad responsable.
- Evaluación por parte de colegios y centros beneficiarios.
- Evaluación por parte de las entidades colaboradoras.

### La Ley del Voluntariado está para cumplirse

Así pues, podemos afirmar que los Voluntarios Culturales Mayores, de conformidad con lo expresado en la Ley del Voluntariado, no **“suplen”** al profesional en activo, sino que **“complementan”** a los mismos en aquellos museos y en aquellos determinados colectivos poblacionales y sociales a los que no llega su acción. Este principio básico, nuestra entidad lo ha defendido y llevado a la práctica siempre y en todo lugar. Los directivos de APIT me conocen y saben que soy sincero cuando afirmo, en privado y en público, que “si los Guías Profesionales de Turismo atendieran y dieran servicio a los diferentes grupos de edades y grupos sociales, nacionales y extranjeros, que visitan determinados museos de España, nuestra entidad retiraría a los Voluntarios Culturales de dichos museos”. Pero, también puedo decir, para tranquilidad y satisfacción de los centenares de voluntarios culturales mayores que dedican su esfuerzo y dedicación a este programa en el estado español, que, hoy por hoy, los Guías Profesionales de Turismo u otros titulados superiores o diplomados universitarios homologados, no alcanzan ni pueden atender y prestar este servicio a todos los museos de España.

De donde se deduce, y esta fue una de las más claras conclusiones a las que arribamos conjuntamente los directivos de la CEATE y de la APIT, tras las largas conversaciones y debates mantenidos en el Museo de América de Madrid durante semanas y meses, que hay campo para el trabajo de ambos colectivos, tanto para los profesionales en activo y como para los Voluntarios Culturales Mayores. Conclusión que así mismo han reconocido diferentes Ministros y autoridades del mundo del trabajo y de la cultura. Y este fue el punto de partida del Acuerdo firmado por la Presidenta y Vicepresidente de la APIT, Asociación Nacional de Guías Profesionales de Turismo, y por el Presidente y el Secretario General de la CEATE, Confederación Española de Aulas de Tercera Edad, José de las Heras Gayo y José Luis Jordana Laguna, este último Director del Programa de Voluntariado Cultural de Museos.

### Seguimiento y evaluación del programa

#### a) De los Colegios y Centros beneficiarios:

La CEATE tiene recogidos centenares de testimonios de Colegios, Institutos, Centros Culturales y Asociaciones de Jubilados que han disfrutado con las enseñanzas de los

mayores, que alaban este programa, reconocen su éxito y felicitan a los voluntarios por su entrega y buen hacer. En estos comentarios se reconoce la preparación y buena disposición de los voluntarios, su adaptación a los niños de diferentes edades, su aportación positiva, la transmisión de conocimientos y saberes, etc.

### **b) De los propios Voluntarios Culturales Mayores:**

La CEATE cuenta con múltiples opiniones de Voluntarios Culturales Mayores que participan en este programa y que aseguran haber mejorado su bienestar personal, su calidad de vida, su autoestima, su autorrealización, su felicidad y su compromiso social. Muchos voluntarios afirman que, gracias a participar en este programa, han mejorado sus niveles educativos y culturales, han encontrado renovada ilusión de vivir; se sienten útiles, satisfechos de servir a los demás, les ayuda a estimular las neuronas, a relacionarse y comunicarse con los demás, etc.

### **c) De los Directores de los Museos:**

La CEATE ha pedido en diversas ocasiones por escrito a los Directores de Museos y a los responsables de otras instituciones culturales que participan en el programa su parecer sobre la marcha y funcionamiento del mismo, habiendo recibido muchos juicios y valoraciones altamente positivos que constan en nuestros archivos.

### **d) De Autoridades e Instituciones:**

La CEATE ha recibido de muchas instituciones y entidades, públicas y privadas, oralmente y por escrito, el reconocimiento por el aspecto innovador de este programa, por sus ambiciosos objetivos y por sus llamativos resultados. Y, así mismo, el estímulo para seguir desarrollándolo en el futuro.

### **e) De la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE):**

La CEATE reconoce que este programa está en consonancia con su filosofía y con los objetivos fundacionales de conformidad con sus Estatutos, representando en la actualidad la actividad más importante y destacada en sus XXX Años de funcionamiento desde su creación “al servicio de los Mayores y la Cultura”, juntamente con las actividades del centenar de Aulas de Tercera Edad integradas en la misma.

## **A modo de Conclusiones: datos a destacar**

- 15 años de funcionamiento del programa, celebrado con un acto público presidido por la Directora de la Obra Social Caja Madrid y otras autoridades del IMSERSO, Comunidad de Madrid, Ayuntamiento, etc.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

- Más de 1200 Voluntarios Culturales Mayores, participando activa y altruistamente en este programa.
- Más de 100 museos beneficiarios.
- También algunos palacios, catedrales, iglesias, ermitas, cascos históricos, monumentos, Jardín Botánico, Parque Temático FAUNIA, Biblioteca Nacional, etc.
- En Madrid más de 3 millones de visitantes beneficiarios, la mayoría niños y jóvenes estudiantes.
- Programa abierto a otros colectivos sociales marginados del disfrute de los bienes culturales: sordos, minusválidos, discapacitados, síndrome de Down, Esclerosis Múltiple, Niños con Inteligencia Reducida, inmigrantes, etc.
- Programa con gran repercusión mediática.
- Programa que ayuda a presentar una nueva imagen de los mayores, activos, participativos y útiles a la sociedad.
- Programa con gran aceptación pública y enorme repercusión social.
- Programa "sine die", que funciona ininterrumpidamente durante todos los días del año.
- Programa creado, dirigido y gestionado por la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE), entidad con 30 años de experiencia al servicio de los mayores y la cultura.
- Enorme repercusión internacional, especialmente en Iberoamérica, donde siguiendo el ejemplo de España y de la CEATE se están formando Voluntarios Culturales Mayores para enseñar los museos de Chile, Guatemala, Paraguay, Perú, Bolivia, Colombia, etc

## ANEXO N° I

NÚMERO DE BENEFICIARIOS EN MADRID (3 AÑOS)				
MUSEOS	2006	2007	2008	TOTAL
Museo de Ferrocarril	53.235	44.970	35.675	133.880
Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía	26.515	29.930	29.565	86.010
Museo Naval	20.850	18.898	24.010	63.758
Museo Geo-Minero	21.170	21.330	18.860	61.360
Museo de América	24.655	18.465	15.020	58.140
Museo de la Ciudad	17.230	17.580	15.805	50.615
Museo del Aire	10.925	18.095	13.115	42.135
Museo Casa de la Moneda	9.150	10.365	17.335	36.850
Museo de Bellas Artes de San Fernando	9.505	14.255	10.375	34.135
Museo Arqueológico Nacional	11.950	15.170	4.230	31.350
Museo Nacional de Antropología	13.395	9.290	3.640	26.325
Museo Nacional de Ciencias Naturales	8.200	8.265	8.445	24.910
Museo Sorolla	8.155	6.575	8.330	23.060
Museo de Arte en Vidrio de Alcorcón	5.620	8.635	7.360	21.615
Museo Lázaro Galdiano	6.475	6.600	6.525	19.600
Museo Nacional de Artes Decorativas	5.250	5.165	5.565	15.980
Museo de Madrid: Orígenes (San Isidro)	2.755	5.750	4.240	12.745
Ermita San Antonio de la Florida	3.065	3.130	3.365	9.560
Museos de Madrid: Historia (Municipal)	4.070	4.620	cerrado	8.690
Museo del Libro (Biblioteca Nacional)	-----	1.950	4.425	6.375
Museo Cerralbo	5.670	cerrado	cerrado	5.670
Jardín Botánico	1.750	1.675	2.115	5.540
Parque Temático FAUNIA	-----	1.755	1.170	2.925
Museo del Ejército	cerrado	cerrado	cerrado	cerrado
Museo Romántico	cerrado	cerrado	cerrado	cerrado
Museo Nacional de Reproducciones Artísticas	cerrado	cerrado	cerrado	cerrado
Parque Juan Carlos I	cerrado	cerrado	cerrado	cerrado
<b>TOTALES</b>	<b>269.590</b>	<b>272.468</b>	<b>239.170</b>	<b>781.228</b>

ANEXO N° 2

ESTADÍSTICAS		
Exclusivamente referidas a los Voluntarios Culturales Mayores de Madrid.		
<b>a) Por edades:</b>		
Voluntarios entre	55-59 años	9 %
	60-64 años	40 %
	65-69 años	31 %
	70-74 años	12 %
	75-79 años	5 %
	Más de 80 años	3 %
<b>b) Por sexo:</b>		
Hombres:	52 %	
Mujeres:	48 %	
<b>c) Por procedencia:</b>		
De Madrid capital:	85 %	
De Madrid comunidad:	15 %	
<b>d) Por estudios:</b>		
Primarios:	15 %	
Bachillerato:	40 %	
Universitarios:	45 %	

## 5.3. Convivencia intergeneracional: conocimiento y opinión de los mayores

*Elvira Pereyra Macazana; M<sup>a</sup> Cruz Tena-Dávila y Matilde González Molina*

*Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.*

*Dirección General de Mayores.*

*Área de Gobierno Familia y Servicios Sociales.*

### Introducción

Uno de los pilares del **envejecimiento activo** es la oportunidad de la participación de las personas mayores en su sociedad, por ello, es importante recabar su opinión y conocimiento de todos aquellos programas, recursos o actividades que se diseñan hacia y para ellos.

Dentro de este marco están los Programas Intergeneracionales que promueven el contacto entre personas de diferentes edades, los jóvenes ayudan entre otros beneficios a mantener a los mayores saludables.

En este punto la Dirección General de Mayores apoya la participación y liderazgo de las personas mayores. A través del programa de información y control de calidad, se establecen circuitos de opinión y valoración de los diferentes programas y recursos de la Dirección General de Mayores.

### Objetivo

Identificar el conocimiento, la opinión e implicación que tiene un colectivo de personas mayores del municipio de Madrid sobre los programas intergeneracionales.

### Material y Método

Se ha realizado la encuesta a un grupo de mayores autónomos que participaron en el Programa de Ejercicio al Aire Libre de la DGM durante el 2009, por tanto son usuarios de los Servicios Sociales.

La muestra es de 78 usuarios, con una edad media de 74 años. 81% mujeres y 19% hombres.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

La encuesta se realizó vía telefónica, mediante un cuestionario estructurado, con respuesta múltiple, recogemos datos de:

- Conocimiento de los programas intergeneracionales.
- Opinión y beneficios que les aporta.
- Utilización.
- Implicación.

### Resultados:

- Resultados sobre el CONOCIMIENTO de los programas intergeneracionales.

1º

<i>Conocimiento de los programas intergeneracionales</i>		
<b>Programas intergeneracionales</b>		
	N	%
SI	10	12,8
NO	67	85,9
NS/NC	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Como vemos un **86%** manifiesta **no conocer** los programas intergeneracionales.

### 2º Conocimiento del programa Vive y Convive

<b>Programa Vive y convive</b>		
	N	%
SI	19	24,4
NO	57	73,1
NS/NC	2	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>



En esta ocasión conocen el programa específico un 25%, el doble que cuando se les pregunta por lo genérico.

### 3º Saber a quien o quienes van dirigidos los programas intergeneracionales

	N	%
La sociedad en general	23	29,5
Las personas mayores	19	24,4
Las personas jóvenes	5	6,4
Otros	1	1,3
NS/NC	36	46,2

A destacar que un **46% no sabe o no contesta**. Este elevado % puede estar relacionado con el desconocimiento de los programas intergeneracionales.

### 4º A quien cree que va dirigido el programa Vive y Convive

Población objetivo		
	N	%
A personas mayores y jóvenes	28	35,9
Solo a mayores de 60 años	16	20,5
Solo a personas jóvenes	0	-
NS/NC	34	43,6
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Concuerda con los datos que se han obtenido en la misma pregunta sobre los Programas Intergeneracionales, no saben el 44%.

De los que saben, **todos** reconocen que va dirigido a los mayores bien solos o con jóvenes.

El concepto intergeneracional solo lo aplica el 20% de la muestra.

### 5º ¿Cómo conoció el Programa Vive y Convive?

Destaca la diversidad de agentes que intervienen en la difusión del Programa.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

Al ser una población activa y con apoyo informal, es decir, con buen círculo de relaciones, sus fuentes de información se encuentran en los medios de comunicación, apoyo informal, y los profesionales del Programa de Ejercicio al Aire Libre.

Vía de información del servicio <sup>26</sup>		
	N	%
Medios de comunicación	7	36,8
Familiares, amigos, vecinos, cuidadores	6	31,6
Profesional del programa ejercicio al aire libre	3	15,8
Centros de Municipal de Mayores	3	15,8
Otros	1	5,3
NS/NC	1	5,3

- Resultados sobre la OPINIÓN de los mayores de los programas intergeneracionales

### 6° Beneficios que ofrece un programa intergeneracional

Beneficios de los programas intergeneracionales		
	N	%
Compartir experiencias	30	38,5
Relaciones sociales	26	33,3
Respeto mutuo/entendimiento/tolerancia	18	23,1
Ayuda mutua	16	20,5
Envejecimiento activo/saludable	10	12,8
Otros	0	-
NS/NC	29	37,2

Se observa que un 13 % de los usuarios contestan que los programas intergeneracionales, benefician a un envejecimiento saludable, frente a un 39% de los mismos que opinan, que les proporciona compartir experiencias.

7º Sobre el perfil de conviviente que ¿le parece más interesante, la convivencia con mayores, jóvenes, universitarios u otro perfil de personas?

Tipología de convivencia		
	N	%
Indistintamente jóvenes y personas más mayores	26	33,3
Todos los jóvenes	21	26,9
Jóvenes universitarios	10	12,8
Personas mayores	5	6,4
NS/NC	16	20,5
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

La convivencia les resulta más beneficiosa si es con jóvenes en un 40%.

Solo un 7% elegiría mayores. Indistintamente un 33%.

8º ¿Qué le parece que este programa, como recurso para los mayores?

	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Existencia del programa Vive y Convide	74	8,73	1,038

Del 1 al 10, la mayoría opina un notable alto.

- Resultados sobre la VINCULACIÓN de los mayores al programa

9º. ¿Si lo solicitase en algún momento?

Solicitud		
	N	%
SI	2	2,6
NO	62	79,5
NS/NC	14	17,9
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

A destacar el “no” con un 80%. Solo responden afirmativamente un 3%.

El 18% de no sabe o no contesta, no tiene una opinión definida, asunto que nos debe de hacer reflexionar.

### 10º Los motivos de no solicitarlo

Motivo de no solicitud <sup>27</sup>		
	N	%
No lo necesita (fuerte apoyo informal...)	55	88,7
Desconfianza	5	8,1
No dispone de espacio en el domicilio	5	8,1
No le parece interesante	4	6,5
Convivencia (es difícil convivir)	1	1,6
Otros	2	3,2
NS/NC	0	-

El motivo de disponer de un fuerte apoyo informal lo manifiestan en un 90% , por tanto no lo considera necesario.

El resto de las justificaciones: desconfianza (8%), falta de interés (7%), y dificultad de convivencia (2%), refleja que quedan aspectos a mejorar entre las generaciones.

No existe ningún caso en el que no supieran opinar de sus razones, constata que el mayor sabe lo que necesita y quiere, o el porqué de no quererlo.

- Resultados sobre la IMPLICACIÓN en el Programa

### 11º Se pregunta sobre le interés que tienen en ser informados

**Ante la pregunta** ¿si les parece interesante que volvamos a llamarle para informarle más detenidamente **sobre este programa?** Un 94% de este colectivo contestaron que **no**.

## Resumen de resultados

Los mayores encuestados tienen un conocimiento de los programas intergeneracionales, tanto en su objetivo como contenido, muy escaso.

Con un grado de recomendación del 20% y una implicación nula (6%).

Respecto a la utilización del recurso en algún momento, constataron NO un 79,5%, siendo las razones aducidas: **no necesitarlo**.

### Conclusiones y comentarios

El conocer el nivel de conocimiento de los programas intergeneracionales y específicamente del P.Vive y Convive nos ha proporcionado información sobre **aspectos a mejorar**:

- Debemos de mejorar y ampliar la transmisión de la información dirigida a la población, sobre políticas de envejecimiento activo, como son los Programas Intergeneracionales.
- Debemos de explicar sus objetivos. La importancia de la implicación de los mayores en estos programas, radica en entender para qué: son de ayuda mutua y no de apoyo o asistencia, motivo por el cual, el grupo estudiado, activo físico y relacionalmente, no ha entendido el sentir los programas intergeneracionales en términos de solidaridad
- Mejorar la transmisión de valores “en y entre” ambas generaciones; la manera de romper barreras y estereotipos es mediante la formación y la educación basada en el conocimiento mutuo

### *Por tanto con los resultados obtenidos hacemos las siguientes reflexiones:*

ESCASO CONOCIMIENTO de los Programas Intergeneracionales. El primer paso de la participación “es el saber del tema” y esto depende de una correcta información y comunicación de qué y para qué.

FAVORABLE OPINIÓN: durante años se han orientado las políticas sociales en las necesidades y proveer recursos sin desarrollos, paralelamente políticas de “derecho” a oportunidades, motivo por el cual se valora un recurso sin conocerlo por el hecho de “ser dado”.

ESCASA VINCULACIÓN: los Programas Intergeneracionales en su propio diseño llevan implícitos RESPONSABILIDAD Y SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, por ello es necesaria una educación que promuevan la cultura de la solidaridad.

NULA IMPLICACIÓN: es indispensable para la implicación, el papel del mayor como agente activo a participar o contribuir; no como mero agente pasivo, receptor de servicios dados. Requiere compromiso de la sociedad y exigencia de los mayores para interpretar este papel, avanzando hacia el “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

El Envejecimiento Activo es una filosofía de trabajo con los mayores y para los mayores, por tanto requiere de su implicación y conocimiento para obtener los resultados esperados.

## 5.4. Programa de Ejercicio al Aire Libre para mayores del Ayuntamiento de Madrid

**Esperanza Molina Díaz y Roberto Ibarra Pujana**

*Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.*

*Dirección General de Mayores.*

*Ayuntamiento de Madrid.*

### Introducción

Uno de los tres pilares del Envejecimiento Activo es la promoción de estilos de vida saludables que favorezcan un envejecimiento positivo, una vida más larga y además con calidad.

En los últimos años, en numerosos países, se han llevado a cabo investigaciones sobre los efectos de la actividad física. El resultado es que sin el ejercicio, adaptado a las necesidades de cada uno, es imposible alcanzar y mantener el nivel óptimo de bienestar. No es el único hábito saludable necesario para ello, pero es imprescindible.

A pesar de los esfuerzos realizados desde diversas instituciones, especialmente desde el Ayuntamiento de Madrid, para extender la práctica de la actividad física entre nuestros mayores, y a pesar de los logros conseguidos en este empeño, aún son numerosas las personas mayores sedentarias o con un nivel de actividad física muy bajo, lo que nos lleva a plantear este programa.

Es necesario aumentar la oferta de lugares para hacer ejercicio físico, que complementen los centros de mayores convencionales, ya que éstos son escasos, y no es necesaria la utilización de medios tan complejos para cubrir una necesidad básica como la de practicar ejercicio.

En esta filosofía el Ayuntamiento de Madrid inicia en el año 2006 un programa de Ejercicio al Aire Libre para Mayores.

Es una alternativa que contribuye a fomentar hábitos saludables y facilita a las personas mayores la práctica de una actividad física adecuada, en entornos próximos a sus domicilios: jardines, plazas, parques,... (lugares accesibles a todos los mayores). Pero además es un formato distinto, donde la actividad programada sale a la calle, haciendo ver a los demás que los mayores son un grupo de población activa, como cualquier otro, sensibilizando a la sociedad y ayudando a borrar los estereotipos que se tienen de los mayores.

### Objetivos

El programa tiene como objetivo general promover el ejercicio físico en espacios abiertos y la autonomía en su práctica, de forma que esta actividad saludable se convierta en un hábito cotidiano.

Otros objetivos específicos buscados son:

- Mejorar la condición física de los mayores.
- Educar al mayor en los beneficios del ejercicio y en las técnicas de autocontrol.
- Motivar al mayor para que sea co-responsables de su salud y calidad de vida.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Promocionar el ejercicio en espacios abiertos y el uso de aparataje instalados en muchos parques de Madrid, conocidos como áreas de mayores.

La población diana son los mayores de más de 60 años del municipio de Madrid y sin contraindicación médica para la realización de ejercicio.

### Metodología

Presentamos el esquema abreviado de la metodología que seguimos en el programa (Figura 1).

Figura 1. Metodología del programa

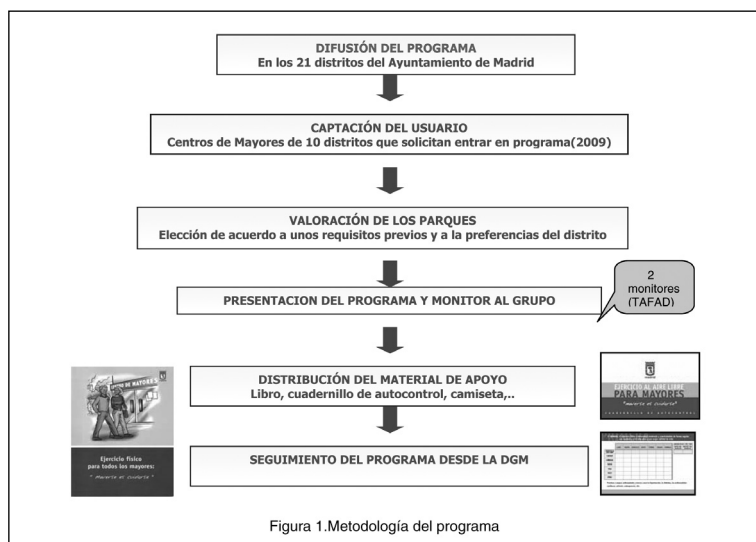


Figura 1. Metodología del programa

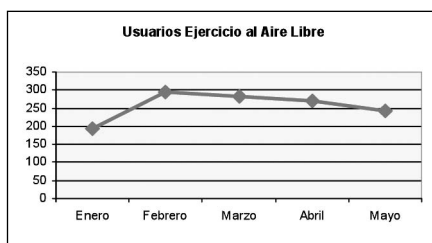


## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

La intervención de la actividad se realiza con una frecuencia de dos días a la semana, las sesiones son de una hora de duración y en horario de mañana. Los grupos tienen un máximo de 25-30 usuarios.

Los dos monitores con que cuenta el programa son formados por técnicos de la DGM en otros aspectos que no es la actividad física propiamente dicha. Aspectos que deben saber transmitir a los mayores, como es el educar en técnicas de autocontrol, formar en nociones básicas sobre los beneficios del ejercicio (nociones de educación para la salud), potenciar la autonomía para la práctica del ejercicio y asesorar en el uso correcto de los aparatos de mantenimiento físico instalado en los espacios abiertos.

El programa se ha llevado a cabo en 10 distritos del municipio de Madrid, en general con un grupo de usuarios por distrito, salvo en tres de ellos que han contado con dos grupos. Como puede verse en la siguiente tabla, el total de usuarios que asistió fue de aproximadamente unos 300, con una adherencia al programa satisfactoria y una media de asistencias por sesión de entre 10-14 usuarios.



	S-Sesiones																		
	A-Asistencias																		
	U-Usuarios																		
	GRUPOS	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO		
DISTRITOS		S	A	U	S	A	U	S	A	U	S	A	U	S	A	U	S	A	U
CHAMBERI	Galileo	0	0	0	8	108	20	9	121	20	5	52	18	6	81	16	VACACIONES		
FUENCARRAL	Vaguada I	3	75	30	8	185	32	9	210	31	5	80	30	6	114	24			
	Vaguada II	3	22	18	8	76	13	9	113	18	5	39	15	6	46	13			
USERA	Pradolongo	4	12	3	8	33	19	9	67	14	4	26	17	8	82	15			
P. VALLECAS	Azorin	4	20	7	8	64	16	8	89	17	4	43	17	8	118	16			
C. LINEAL	Calero	2	13	23	6	89	30	9	141	21	5	58	28	6	87	18	VACACIONES		
HORTALEZA	Huerta Salud	6	72	13	8	72	13	9	91	15	8	66	15	8	73	15			
VILLAVERDE	C. Angolos	4	62	24	8	137	22	8	141	23	4	54	23	8	104	22	9	67	14
	El Espinillo	4	49	20	8	109	18	8	100	18	4	28	18	8	72	15	VACACIONES		
VICALVARO	Vicálvaro I	2	10	10	8	132	32	9	145	31	4	100	43	8	230	47			
	Vicálvaro II	2	17	24	8	74	31	9	79	23									
S BLAS	Paraíso	0	0	0	3	44	22	9	146	29	5	62	31	6	92	31			
BARAJAS	Juan Carlos I	4	50	22	5	72	28	9	99	21	5	35	16	6	47	10			
TOTAL		38	402	194	94	1195	296	114	1542	281	58	643	271	84	1146	242	9	67	14
Media usuarios/sesión		enero			febrero			marzo			abril			mayo					
		10,6			12,7			13,5			11			13,6					

### *Participación de los mayores en el programa*

Otro de los pilares en el envejecimiento activo es la participación de los mayores en los programas o actividades organizadas para ellos. Esta participación se basa en este caso en recoger la opinión que estos mayores tienen del programa en sus diferentes aspectos, a través de un extenso cuestionario que se realiza por vía telefónica.

## Resultados

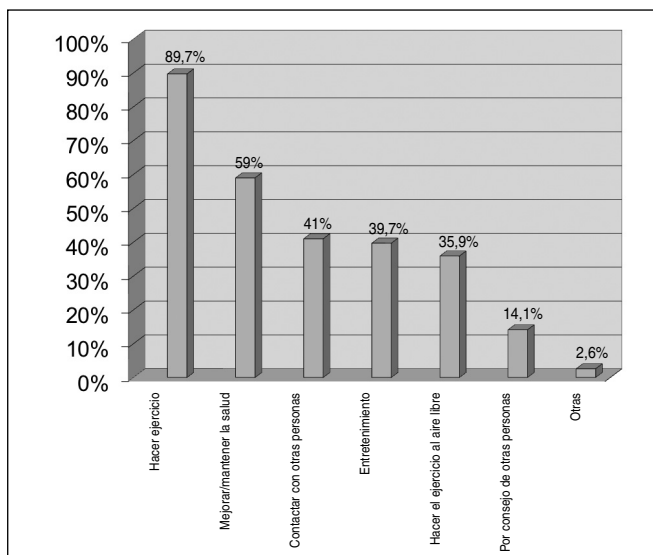
La muestra a quien va dirigida la encuesta es de un total de 143 usuarios, obteniendo respuesta de 78 (54,5% del total). El resto no quiso responder, o no se encontraron tras sucesivas llamadas. Por tanto solo quisieron participar algo más del 50%.

La edad media de los encuestados es de 74 años y en el 81% fueron mujeres.

Se elabora un cuestionario que integra variables dicotómicas y preguntas cerradas en base a una escala de valoración de 0 a 10, así como preguntas abiertas destinadas a recoger las sugerencias de los usuarios. Los resultados han sido analizados por un programa estadístico de análisis de datos.

Cuando preguntamos los motivos de solicitud de inscripción, la mayoría (89,7%) responde que por hacer ejercicio sin precisar en muchas ocasiones los beneficios de su práctica. En porcentajes menores responden: mejorar la salud, conocer otras personas, o como entretenimiento; y en tan solo el 14% por recomendación de profesionales de la salud. Un 35,9% dicen realizarlo por el tipo de formato al aire libre. (Ver figura 2).

**Figura 2. Motivos de solicitud**



Analizamos los resultados del programa durante su realización en el año 2009 (periodo de enero a junio). Evaluamos las variables: satisfacción del usuario respecto a la organización general; beneficios observados y sugerencias.

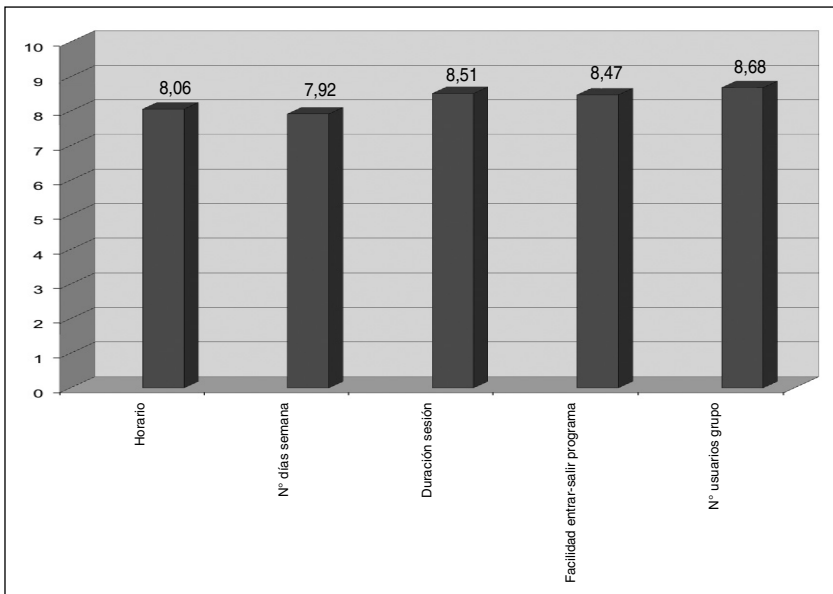
### Satisfacción del usuario

Evaluamos la satisfacción del usuario con relación a cuatro aspectos: organización general, contenido de las sesiones, profesionales que imparten la actividad y espacios elegidos para su desarrollo.

En cuanto a la organización general del programa, como puede verse en la figura 3, la puntuación en nº de usuarios/grupo, facilidad entrada/salida del programa, duración de las sesiones y horario, esta por encima de 8 (en una puntuación del 0 al 10). Solamente el nº de días/semana se encuentra en 7,92.

Consideramos un estándar de calidad las puntuaciones por encima de 8.

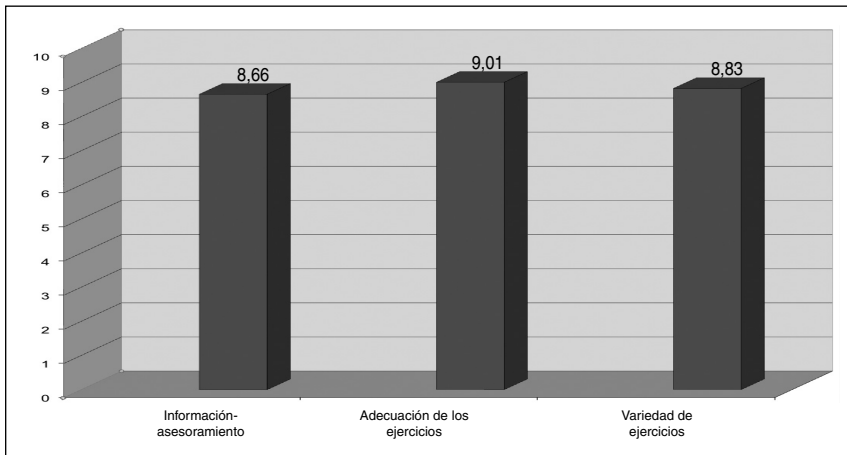
Figura 3. Organización general del programa



## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

El contenido de las sesiones, en cuanto a información-asesoramiento, adecuación de los ejercicios a las capacidades de los usuarios, y variedad de ejercicios realizados; obtenemos puntuaciones entre 8,7 y 9.

Figura 4



Todos los indicadores en relación a los profesionales (atención / vigilancia de las sesiones, seguimiento de los usuarios), fueron valorados por encima de 8,5, destacando el trato y actitud de los profesionales como uno de los indicadores mejor valorado en el estudio (9,18).

Competencia técnica del profesional	78	8,99
<b>Trato y actitud del profesional</b>	78	<b>9,18</b>
Atención/vigilancia en las sesiones	78	8,81
Seguimiento de los usuarios	77	8,56

El programa se realiza en lugares idóneos y que han sido valorados previamente por profesionales, generalmente parques con posibilidad de realizar circuitos según las instrucciones del monitor y en un porcentaje considerable estos lugares disponen de aparataje para mantenimiento físico.

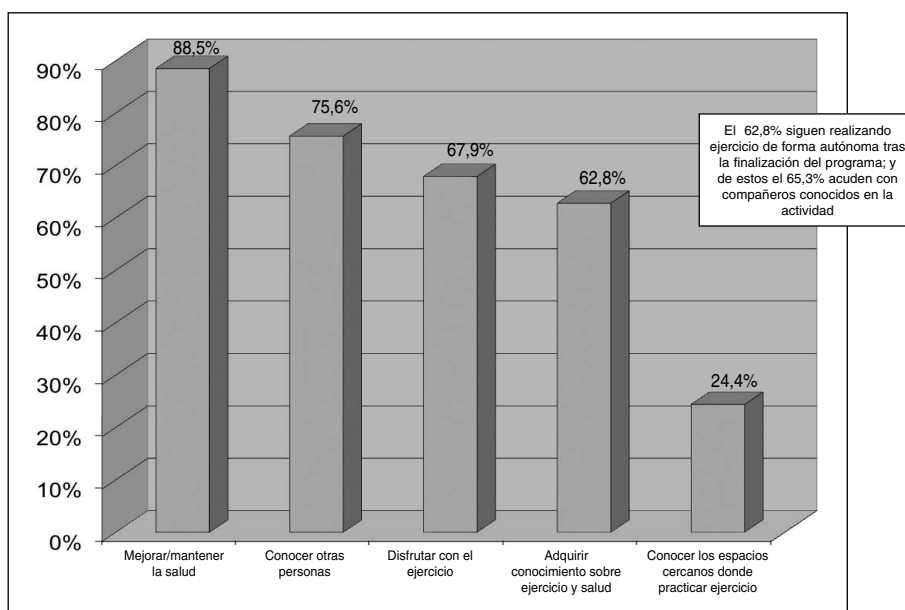
En cuanto al parque seleccionado para la actividad, observamos que el usuario tiene especial preferencia por aquellos espacios que además de circuito para la marcha, dispone de zonas con elementos para mantenimiento físico. Así en parques sin aparataje la valoración es de 8,03 y en parques con estos elementos es de 9,2.

El formato específico de ejercicio “al aire libre” ha sido muy bien valorado (con un 8,65). Supone realizar el ejercicio en un ambiente más puro, más estimulante visualmente y en espacios accesibles a todos.

### Beneficios observados

Los resultados que se han conseguido con el programa son muchos, pero los más valorados por el usuario son: mejorar la salud y por tanto la calidad de vida, conocer a otras personas (contenido socializador), disfrutar con la práctica del ejercicio y adquirir conocimientos sobre el ejercicio y sus efectos en la salud (figura 5).

Figura 5



Cuando se les pregunta si realizan ejercicio por cuenta propia, sin monitor tras la finalización del programa, el 62,8% nos contesta afirmativamente, y un 65,3% de los casos acuden con compañeros que han conocido realizando esta actividad.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

Si comparamos los resultados obtenidos por los usuarios con los motivos que les impulsaron a inscribirse, observamos como estos superan ampliamente las expectativas. Especialmente en los siguientes aspectos; el 88,5 % dicen encontrar mejoría de la salud y calidad de vida frente al 59% que esperaban encontrar estos beneficios; el 75,6% haber hecho nuevas relaciones sociales, frente al 41%; y el 62,8% haber adquirido nuevos conocimientos sobre el ejercicio y conceptos de educación para la salud. También el 67,9% dicen disfrutar con el ejercicio y el 24,4% conocen espacios próximos a sus domicilios donde poder practicar el ejercicio.

### Aspectos a mejorar propuestos por el usuario-Sugerencias

De los 78 usuarios que han participado en el cuestionario, cuando se les pregunta si mejorarían, añadirían o eliminarían algo en el programa, 40 usuarios (51,3%) responden que no modificarían nada, y 35 usuarios (44,9%) añadiría o mejoraría algún aspecto (figura 6).

Figura 6

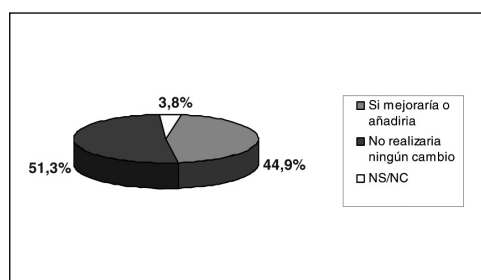
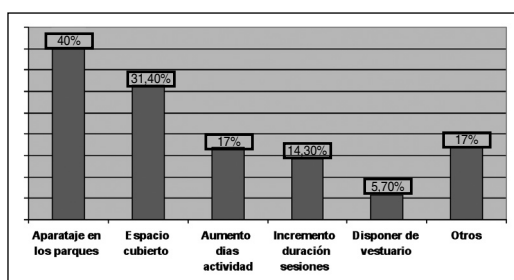


Figura 7



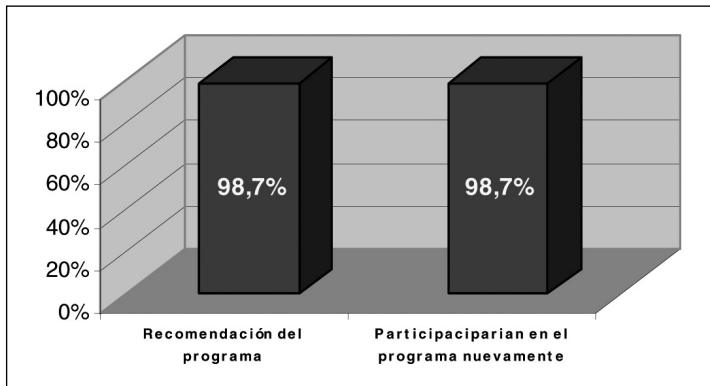
Como puede verse en la figura 7, disponer de aparataje de mantenimiento físico y de un espacio cubierto para los días con malas condiciones climatológicas son las sugerencias más frecuentes.

### Valoración general del programa y recomendación del servicio

El 98,7% de los encuestados recomendaría el programa de ejercicio al aire libre a otras personas, y la satisfacción global que les merece es de un 9,18 (destacado como el indicador más alto del estudio, junto al trato y actitud de los profesionales).

Por otro lado, el 98,7% de los usuarios querría volver a participar en el programa nuevamente (figura 8).

Figura 8



## Conclusiones

- Las principales razones que motivan la solicitud, es el combatir el sedentarismo, mejorar la salud y conocer a otras personas son los motivos primordiales. También en un 35,9% de los casos el que el programa sea al aire libre es causa para su solicitud.
- El programa ha sido considerado por el usuario de gran utilidad, consiguiendo principalmente mejorar aspectos como su estado de salud, relaciones sociales y en definitiva aumentar su calidad de vida.
- Los aspectos mejor valorados en el programa son el trato y la actitud de los profesionales (9,18), la adecuación de los ejercicios a la condición física (9,0) y las variedad de ejercicios que han realizado (8,83).
- Se consigue que el ejercicio se convierta en un hábito saludable, ya que en el 68% de los casos continúan realizándolo de forma autónoma. Además por el efecto socializador, el 65,3% lo siguen realizando en compañía de compañeros conocidos durante la actividad.
- Aspectos a mejorar sugeridos por los mayores son: disponer de más equipamientos (aparatos de mantenimiento físico en los parques), aumentar la duración del programa y disponer de espacios cerrados para días con malas condiciones climatológicas.

En cuanto a la **Conformidad y experiencia con el servicio**:

- La valoración al referirse al aprendizaje que el programa les ha reportado, todo lo aprendido sobre ejercicio físico se valoró con una media de 8,90, lo aprendido sobre

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

los efectos del ejercicio en la salud con un 8,80 y la incidencia que ha supuesto el programa para crear hábito y autonomía para seguir realizándolo es de 8,27.

	N	Media	Desv. Típica
Lo aprendido sobre ejercicio físico	77	8,90	1,083
Lo aprendido sobre los efectos del ejercicio en la salud	76	8,80	1,222
Incidencia que ha supuesto el programa para crear hábito y autonomía para seguir realizando ejercicio	74	8,27	1,616



## 5.5. El Ejercicio te Cuida: de la investigación a la autonomía personal

*Fabian Quesada Gómez; Miguel Pizarro Sánchez y Nuria Fernández Osuna*

*Dirección General de Deportes. Consejería de los Jóvenes y del Deporte.*

*Junta de Extremadura.*

### Introducción

El Ejercicio te Cuida es un programa de la Junta de Extremadura liderado por dos Consejerías:

1. **La Consejería de los Jóvenes y del Deporte.**
  - a. Dirección General de Deportes.
2. **La Consejería de Sanidad y Dependencia.**
  - a. Dirección General de Atención Socio-sanitaria.
  - b. Dirección General de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Está dirigido científica y técnicamente desde la **Universidad de Extremadura**.

### Justificación

El programa El Ejercicio te Cuida (BOE de 7 de julio de 2006) es una respuesta comunitaria a la necesidad de aportar un nuevo servicio social y sanitario sostenible, coste-efectivo, de apoyo a los servicios sociales disponibles para la promoción efectiva de un envejecimiento activo y prevención de la dependencia, basado en una práctica de ejercicio físico en grupo, incrementando la red social de las personas mayores.

El programa ha supuesto la transferencia decidida a la realidad de la evidencia científica generada a través de un estudio piloto previo:

Gusi, Reyes, González, Herrera y García. *Cost-utility of walking programme for moderately depressed, obese, or overweighted elderly women in primary care: a randomised controlled trial.* BMC Public Health 2008; 8.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

El estudio permitió verificar la gran eficiencia y equidad de un modelo en atención primaria para promocionar la Actividad Física y la Salud, en personas con un perfil distinto al que ya están utilizando los servicios disponibles en la actualidad (dinamización deportiva, municipal y privada).

### Objetivos

- Contribuir al **envejecimiento activo** de nuestros mayores, generando en ellos una **autonomía personal** en cuanto a la práctica de actividad física.
- **Aunar los esfuerzos** de diferentes sectores del bienestar social, sanitario, investigador y deportivo para las personas mayores.
- **Crear una red de apoyo** de los servicios sociales y sanitarios para atender a la comunidad de mayores.
- Innovar, evaluar y preparar **nuevos protocolos** para personas mayores con especiales necesidades (prevención de caídas, demencia, etc).

### Metodología

El equipo de atención primaria (centros de salud) o social (centros de mayores) remite a las personas mayores con obesidad, colesterol, diabetes o ansiedad/depresión moderada al técnico en salud deportiva (Ldo. en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte), que se encuentra situado en el gabinete de un centro de mayores de la Junta de Extremadura. Periódicamente se evalúa y aconseja (nivel de capacidad funcional, salud relacionada con la calidad de vida, parámetros de salud, etc...) y posteriormente se ofrece un programa de ejercicio de 2 a 4 días a la semana basado en caminar y realizar ejercicios amenos para el grupo.

### Resultados

Resultados tras evaluar a 4237 personas en el primer año de programa.

Mejoras medias estadísticamente significativas ( $p < .01$ ) respecto a los valores iniciales en:

1. Mejora del nivel de ansiedad/depresión un 24%.
2. Reducción del 14% de los dolores por mejora en flexibilidad y movilidad de:
  - a. Hombros: 37%.

- b. Parte baja de la columna y muslos: 98%.
- c. Aumento 6% fuerza de agarre de la mano.
- 3. Mejora del equilibrio 9% = reducción 25% de las caídas.
- 4. Mejora de un 13% de resistencia a la fatiga.
- 5. Reducción media del 29% de consultas médicas.
- 6. Reducción del consumo de medicamentos vinculados con la depresión/ansiedad, dolores e hipertensión.

## Servicio

### Estructura



### *Cobertura*

El programa comenzó con 22 técnicos en salud deportiva (todos Ldos. En Ciencias de la Actividad Física y el Deporte), repartidos por toda la Comunidad Autónoma. Han ido aumentando hasta los 37 técnicos en salud deportiva actuales.

Estos técnicos dan un servicio a un total de 115 localidades.

El número de usuarios que ya han sido evaluados, al menos una vez, asciende a los 8.300.

El número de usuarios activos desarrollando el programa de actividad física dirigida es de más de 6000.

#### a. Agentes Implicados

##### **Clientes INternos:**

##### a. Directos:

- Director del programa,
- 1 Coordinador Institucional,
- 1 Coordinadora de Inspección de Calidad,
- 2 Investigadores
- 37 Dinamizadores salud-deportivos.

##### b. Indirectos:

- Hogares de Mayores,
- Centros de Salud,
- Ayuntamientos.

**Clientes EXternos:** los Usuarios del programa.

b. Redes de Comunicación

CLIENTE A ↔ CLIENTE B		MEDIOS	FRECUENCIA
DIRECTOR	COORDINADORES	TELÉFONO, MAIL, REUNIONES	SEMANAL
DIRECTOR	INVESTIGADORES	REUNIONES, MAIL	DIARIA
DIRECTOR	DINAMIZADORES	TELÉFONO, MAIL, REUNIONES	MENSUAL
COORDINADORES	INVESTIGADORES	TELÉFONO, MAIL, REUNIONES	SEMANAL
COORDINADORES	DINAMIZADORES	TELÉFONO, MAIL, CORREO, REUNIONES, EVENTOS, VISITAS	SEMANAL
COORDINADORES	USUARIOS	TELÉFONO (encuestas de satisfacción)	TRIMESTRAL
COORDINADORES	HOGARES MAYORES	TELÉFONO Y MAIL	ESPORÁDICA
COORDINADORES	CENTROS DE SALUD	TELÉFONO Y CORREO	ESPORÁDICA
COORDINADORES	AYUNTAMIENTOS	TELÉFONO Y CORREO	ESPORÁDICA
DINAMIZADORES	USUARIOS	CLASES, CONSULTAS, EVENTOS, TELÉFONO	DIARIA
DINAMIZADORES	HOGARES MAYORES	CONSULTAS, EVENTOS Y REUNIONES	SEMANAL
DINAMIZADORES	CENTROS DE SALUD	VISITAS	MENSUAL
DINAMIZADORES	AYUNTAMIENTOS	VISITAS, REUNIONES, TELÉFONO	ESPORÁDICA

c. Funcionamiento básico

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

### d. Subprogramas:

- Muévete con Nosotros



- Gabinetes de Atención ETC.



- ETC en Personas con Diversidad Funcional



## Formación

Todo programa tiene que pasar por una fase de investigación (para comprobar su idoneidad) antes de convertirse en servicio. Una vez que es servicio, no podemos conformarnos con saber que está consolidado y que es adecuado y muy válido, sino que lo tenemos que someter a un constante análisis para detectar carencias e ir subsanándolas a través de la optimización de recursos y la formación continua.

Es por ello que, El Ejercicio te Cuida cuenta con un Cuadro de Mando Integral, el cual contempla cuatro dimensiones que se van analizando a través de unos indicadores de gestión.

### a. Cuadro de Mando Integral

Las dimensiones del CMI son:

1. Aprendizaje y Crecimiento del programa.
2. Clientes (internos directos e indirectos y externos).
3. Procesos Internos.
4. Perspectiva Económica.

### b. Indicadores de Gestión

#### a) *Aprendizaje y Crecimiento*

El análisis de los indicadores de gestión de esta dimensión nos permite desde detectar carencias formativas de los técnicos en salud deportiva, hasta comprobar el estado del instrumental que manejan para las valoraciones, pasando por comprobar los avances en cuanto a producción científica, entre muchos otros.

#### b) *Clientes*

El análisis de los indicadores de esta dimensión nos permite desde comprobar el grado de satisfacción de los usuarios, técnicos, coordinadores, aytos., centros de salud, hogares de mayores... hasta detectar las carencias (en instalaciones, personal, comunicación, coordinación con otros programas...), pasando por optimizar el protocolo de ampliación a nuevas localidades en función de varios criterios objetivos, entre muchos otros.

#### c) *Procesos Internos*

Indicadores cuyo análisis nos permite encontrar soluciones para mejorar la red de comunicación entre los agentes, optimizar la gestión de la lista de sustituciones de técnicos, entre otros muchos.

#### d) *Perspectiva Económica*

Para optimizar el desglose presupuestario

## Conclusiones

*El Ejercicio te Cuida* pretende ser una **herramienta de apoyo**, al cambio progresivo iniciado hacia una cultura de atención más social, sostenible y basada en la **promoción de la autonomía y prevención de la dependencia**. Ejercicio basado en caminar, ejercicios sencillos y charla como tecnología social y sanitaria, de forma que pueda implementarse razonablemente en todo el territorio, facilitando la equidad socio-demográfica del servicio.

El objetivo es que el usuario adquiera unos hábitos que le permitan un uso activo de su tiempo de ocio y de manera autónoma lleven a cabo sesiones de actividad física al margen del programa.



## 5.6. Algo más que teleasistencia

*Rosario Romero Chaparro; Paloma Giménez Díaz-Oyuelos; Cristina Gaisse Herrero; Ana Isabel Hernanz Vallecillo; Pilar Serrano Garijo; M<sup>a</sup> Cruz Tena-Dávila y Florencio Martín Tejedor*

*Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid.*

La Organización Mundial de la Salud sostiene que se puede afrontar el envejecimiento de las personas mayores promulgando programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas de mayor edad. Estos programas han de basarse fundamentalmente en las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores.

El Servicio de Teleasistencia municipal se ha concebido, desde su implantación en el Ayuntamiento de Madrid a comienzos de los años 90, como un recurso de acompañamiento y atención para personas mayores en situación de riesgo por razones de edad, de discapacidad, de dependencia o de soledad. Se ha reforzado también como recurso de protección social que promueve la autonomía, la independencia, la seguridad y favorece la permanencia del mayor en el domicilio.

A partir del año 2008, con más de 85.000 personas mayores utilizando el servicio de Teleasistencia, se inició un nuevo modelo de gestión, con el objetivo de fomentar y promover el envejecimiento activo entre la población mayor del servicio de teleasistencia municipal impulsando el mantenimiento de las relaciones interpersonales, ofreciendo actividades de ocio y culturales, incluyendo dispositivos que refuercen la prevención de accidentes, promoviendo la participación activa, disminuyendo la percepción subjetiva de aislamiento social, informando de actividades de interés, promocionando las relaciones sociales y asegurando una asistencia inmediata.



Las nuevas prestaciones se contemplan dentro de los tres pilares fundamentales en el envejecimiento activo: participación, salud y seguridad.

### ENVEJECIMIENTO ACTIVO: PARTICIPACIÓN. Actividades socio-culturales

Estas actividades están destinadas, fundamentalmente, a usuarios del servicio que viven solos o que presentan escasas o nulas relaciones sociales. El objetivo de las mismas es promover las relaciones interpersonales y evitar el aislamiento. El procedimiento de selección y captación se realiza a través de las llamadas de seguimiento semanales del servicio, ofreciendo su participación a los mayores que por perfil pueden beneficiarse de las mismas. En todas ellas se ofrece transporte adaptado para los usuarios con algún grado de dependencia.

Desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009 se han desarrollado 141 actividades, con la participación de más de 3.610 usuarios. La edad media de los mayores fue de 79 años. La temática de las actividades fue la siguiente:

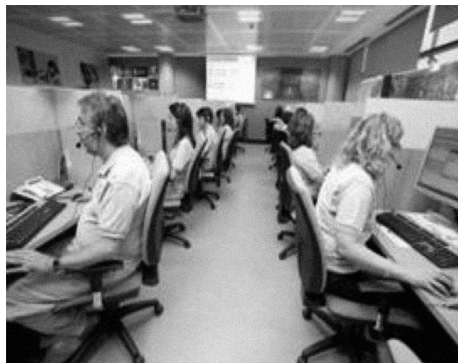
- **Actividades culturales:** Visitas a Museos (Prado, Reina Sofía, del Traje, Tifológico, Antropológico, de la Ciudad, etc), a exposiciones fotográficas, al Congreso de los Diputados, al Palacio Real, Monasterio de El Escorial, a Caixaforum etc.
- **Actividades de Ocio:** Asistencia a cines, a capea, a la Jornada Andaluza gastronómica, a una grabación de un programa de TV.
- **Actividades de formación/salud:** Asistencia a charlas de nutrición, charla sobre envejecer feliz, a un taller de desarrollo personal etc.
- **Fomento de autonomía físico/psíquica:** realización de talleres de rizoterapia, musicoterapia, taichí, agua gim, etc.
- **Actividades de cultura/ocio:** Visita al jardín botánico, al templo de Debod, al Planetario, al Teatro flamenco Carmen etc.

### ENVEJECIMIENTO ACTIVO: PARTICIPACIÓN. Información Telefónica Periódica

El servicio de Teleasistencia ofrece a todos los mayores asesoramiento en materia jurídica, psicológica, económica y social mediante profesionales especializados en estas materias. Dado que es una prestación novedosa, y por tanto, poco conocida por los usuarios, mensualmente en las llamadas telefónicas de seguimiento, se informa de la existencia de este

servicio. Durante el año 2009 se recibieron 5.905 llamadas de usuarios solicitando asesoramiento en estas materias, siendo el **asesoramiento jurídico** el más demandado: casi 3.000 llamadas. Las consultas más frecuentes fueron las relacionados con procedimientos y elaboración de testamentos, herencias y declaración de herederos, información sobre trámites para separaciones y divorcios, la elaboración de contratos de arrendamiento, procesos de incapacitación, elaboración de demandas civiles, denuncias por negligencias médicas, impago de pensión de alimentos, entre otros.

Respecto al **asesoramiento económico**, las consultas más frecuentes versaron sobre dudas en la realización de la declaración de la renta, de tramites bancarios, solicitud de información sobre facturas, sobre ayudas económicas para mayores, descuentos por minusvalía, ayudas económicas de la ley de dependencia etc.



Por último, con relación al **asesoramiento psicológico**, se hace acompañamiento telefónico al usuario en estados de ánimo deprimidos, situaciones de soledad, crisis por conflictos familiares, elaboración de duelos por fallecimiento de parejas, situaciones de sobrecarga del cuidador etc.

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO: PARTICIPACIÓN. Carta de servicios

El Ayuntamiento de Madrid elaboró y aprobó la Carta de Servicios del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria en el año 2008 con el objetivo de hacer visible el servicio entre la ciudadanía de Madrid informando de las responsabilidades y compromisos adquiridos con el ciudadano y dando a conocer los derechos y responsabilidades que contraen los mayores con este servicio.

La carta de servicios fomenta la participación de los usuarios instando a que realicen llamadas a las centrales de atención para efectuar sugerencias o reclamaciones o, de igual forma, a través del teléfono 010 o correo electrónico de [munimadrid.es](mailto:munimadrid.es)

Figura. Carta de servicios del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria

**SERVICIOS PRESTADOS**

Los objetivos del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria son:

- Proporcionar compañía, seguridad y tranquilidad al beneficiario/a y sus familiares.
- Garantizar la comunicación interpersonal las 24 horas del día.
- Potenciar la autonomía personal.
- Prevenir situaciones de riesgo por razones de edad, discapacidad, dependencia o soledad.
- Proporcionar una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia, a través de personal especializado.

**El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria incluye:**

- **Seguimiento telefónico:**
  - Instalación de un aparato de teleasistencia en el domicilio de la persona usuaria, que permite la comunicación entre ella y el Centro de Atención de llamadas.
  - Entrega de una Unidad de Control Remoto, de tipo portátil o portátil, con botón pulsador para comunicaciones.
  - Instalación en los domicilios, en su caso, de dispositivos periféricos, que podrán ser detectores de caídas, gas o humos, dispensador de medicación, sensores de ocupación de sillas y de apertura de frigoríficos/microondas, dispositivo adaptado a deficiencias visuales, sistema GPS de localización del usuario/a.

**Atención personal:**  
Las comunicaciones entre los usuarios/as y el Centro de Atención, podrán ser:

- 1) De seguimiento y atención personal: llamadas de seguimiento, de control, de mantenimiento de agenda (medicación, citas médicas), a petición del usuario/a.
- 2) Por Emergencia: con atención telefónica, con movilización de recursos (unidad móvil, ambulancia, policía...).

**Coste del Servicio de Teleasistencia:**

- De 65 hasta 79 años: sólo se abona el coste de la Teleasistencia si la persona usuaria percibe la pensión máxima contributiva de la Seguridad Social.
- A partir de los 80 años, o si la persona tiene una pensión inferior a la pensión máxima contributiva, el servicio es gratuito.
- Las llamadas que recibe el usuario/a son a cargo del mismo.

**CARTA DE SERVICIOS**  
**Servicio de Teleasistencia Domiciliaria**  
**¡MADRID!**

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO: SALUD. Reducción riesgos de soledad y aislamiento

Aproximadamente el 50% de los mayores que disponen del servicio de Teleasistencia en su domicilio viven solos, de los cuales más del 65% tienen más de 80 años.

Algunas investigaciones apuntan que entre el 10% y el 14% de los mayores confiesan sentirse frecuentemente solos, mientras que un porcentaje un tanto más elevado, alrededor de la tercera parte, declaran padecer este sentimiento de forma ocasional. Ello confirma que la mayoría de las personas mayores de nuestro entorno no se encuentran solas ni aisladas sino, por contra, perfectamente integradas en sus ambientes familiares.

Para reducir los riesgos de soledad y aislamiento, el servicio de teleasistencia, ofrece a todos los mayores atención las 24 horas del día, los 365 días del año, asegurando con ello una interrelación telefónica permanente. Los contactos servicio/ usuario son siempre bi-direccionales: llamadas que realiza el usuario al centro de atención y llamadas que el servicio realiza al domicilio del usuario.

De las 7.830.412 comunicaciones recibidas y realizadas en el servicio de Teleasistencia durante el año 2009 se han seleccionado las que, a priori, pueden identificarse como necesidad por parte del usuario de sentirse acompañado y las realizadas por el centro de atención semanalmente a los usuarios del servicio. El número total se refleja en el cuadro siguiente:

COMUNICACIONES USUARIO ↔ CENTRO DE ATENCIÓN	Nº DE LLAMADAS
Hablar/ saludar/ conversar	178.070
Pulsación por error	168.497
Petición información sobre recursos/ sistema	55.815
Llamadas de seguimiento	5.047.344
<b>TOTAL</b>	<b>5.449.726</b>

Un alto porcentaje de las pulsaciones por error es efectuado por usuarios que se sienten solos y utilizan el servicio como forma de mantener un contacto con una persona conocida, en este caso las operadoras.

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO: SALUD. Resolución inmediata de situaciones de emergencia socio-sanitaria

El Servicio de Teleasistencia Municipal recibe llamadas las 24 horas del día los 365 días del año. Del total de llamadas, aproximadamente el 9% se clasifican como petición de ayuda por emergencia, sobre todo de carácter sanitario. El protocolo de actuación establecido para estas situaciones determina la movilización inmediata de las Unidades móviles del servicio, la comunicación y movilización de servicios de emergencia sanitaria Summa I 2 y la información de la situación a los familiares de los usuarios.

La rapidez en la intervención y el protocolo de actuación conjunto de todos los servicios de emergencia, se traducen en seguridad y tranquilidad, conceptos básicos que repercuten directamente en la confianza y en la salud psíquica de los mayores.

Durante el año 2009, se atendieron en el servicio más de 880.000 llamadas, de las cuales 96.856 correspondieron a comunicaciones por emergencia de diferente etiología. El resumen de las llamadas se refleja en el cuadro siguiente:

LLAMADAS POR EMERGENCIA	Nº DE LLAMADAS	%
Emergencia sanitaria	66.547	68,71
Emergencia social	9.864	10,18
Crisis de soledad /angustia	1.847	1,91
Otros( Alarma sin respuesta)	18.598	19,2
<b>TOTAL</b>	<b>96.856</b>	<b>100%</b>

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

La movilización de recursos que originaron las llamadas por emergencia ascendió a 209.918 distribuidos según la tabla siguiente:

RESOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN: MOVILIZACIÓN DE RECURSOS	Nº DE LLAMADAS	%
Movilización de Unidad móvil	66.053	31,47
Movilización familiares/ vecinos /amigos	61.053	29,08
Intervención Recursos Sanitarios	52.383	24,95
Intervención de Servicios Sociales	627	0,3
Intervención de Policía	467	0,22
Intervención de Bomberos	131	0,06
Otros	29.204	13,91
<b>TOTAL</b>	<b>209.918</b>	<b>100%</b>

### ENVEJECIMIENTO ACTIVO: SEGURIDAD. Información sobre medidas de protección

Todas las personas necesitan sentirse seguras en el ámbito en el que residen y fundamentalmente en sus domicilios. En algunas ocasiones se producen robos, engaños, timos etc. que les hace sentirse inseguros en sus propios hogares.

Como medida para prevenir este tipo de incidentes, el Servicio de Teleasistencia, a través de las llamadas de seguimiento semanal, realiza campañas informativas de prevención y protección como instrumento para ofrecer seguridad y ayuda a los mayores.

Los mensajes más frecuentes que se ofrecen están relacionados con no abrir la puerta a desconocidos, hacer uso del servicio de teleasistencia siempre que detecten una situación de fraude o de riesgo etc. Se les informa, asimismo, que ante cualquier visita de personas desconocidas informen inmediatamente a sus familiares y al servicio de teleasistencia para poner en marcha mecanismos de protección.

En este sentido, durante el año 2009 se realizaron más de 5.000.000 de llamadas de seguimiento que se utilizaron para ofrecer este tipo de mensajes. Se realizaron conjuntamente campañas informativas relacionadas con las medidas de protección física que deben adoptar para prevenir la ola de calor durante los meses de verano.

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO: SEGURIDAD. Instalación de dispositivos periféricos como medidas de protección y prevención

Estadísticamente, las personas mayores son más propensas a sufrir accidentes domésticos motivados, fundamentalmente, por la aparición de déficits sensoriales y la disminución de la capacidad funcional. Los más frecuentes son: las caídas, las quemaduras, los incendios, las explosiones y, en menor medida, las intoxicaciones y electrocuciones.

Para ofrecer seguridad y prevenir la aparición de accidentes, el servicio de teleasistencia instala en los domicilios de los mayores dispositivos periféricos que previenen y protegen a los usuarios de riesgos en el hogar:

Para establecer el dispositivo más idóneo, se realiza el cuestionario de detección de riesgo Socio-sanitario, Test de Barber, mediante el cual se detectan los riesgos y déficits en todos los usuarios.

Los dispositivos utilizados en el servicio son los siguientes: GPS, detectores de gas y humo, dispensadores de medicación, sensores de ocupación cama sillón y de frigorífico, y detectores de caídas. Todos los dispositivos, ante su activación, generan un aviso técnico en las centrales de atención, que tienen consideración de alarma, y ponen en marcha los protocolos definidos para resolución de emergencias.

La funcionalidad y el modo de utilización de los dispositivos es el siguiente:

- **Detector de humos:** Dispositivo que, mediante conexión vía radio, permite la activación del terminal de teleasistencia ante la detección de humo en el domicilio.
- **Detector de gas:** Dispositivo que se activa ante la detección de gas.
- **GPS:** Dispositivo que permite la localización del usuario vía satélite (GPS o GSM). Tiene un sistema de fácil uso (botones diferenciados, tamaño reducido) y puede ser activado tanto dentro como fuera del domicilio o por la propia central de atención en situaciones de necesidad de localización exacta del usuario. Funciona con tarjeta SIM.
- **Detector de caídas:** Dispositivo que detecta la pérdida de verticalidad de la persona. El dispositivo emite una alarma a la Central de Atención cuando se produce una pérdida de verticalidad brusca en un tiempo determinado. Puede ser activado también mediante activación voluntaria del botón, en cuyo caso la señal que envía al Centro de Atención es la misma que la producida por la Unidad de Control Remoto.
- **Sensor de apertura de frigorífico o microondas:** Dispositivo con sistema de imán, programable en tiempo, que detecta la inactividad en la apertura del frigorífico o del microondas, enviando un aviso con codificación diferenciada a la central de atención.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

- **Dispositivo adaptado a deficiencias sensoriales:** Dispositivo que, a través de un sistema de teclado y pantalla, y con conexión al terminal de teleasistencia, permite la comunicación entre el usuario y la central de atención.
- **Sensor de ocupación de cama/sillón:** Dispositivo que emite un aviso a la central de atención si sobrepasado el tiempo programado no se detecta actividad.
- **Dispensador de medicación:** Dispositivo que permite la administración de fármacos con la pauta que se establezca en dosis y horario. Permite al usuario tomar la medicación dentro de un tiempo determinado, actuando como recordatorio de la misma. Si el usuario no accede a la medicación en el tiempo establecido, el dispensador emitirá un aviso a la Central de Atención con una codificación diferenciada.

El número de dispositivos instalados en los domicilios de las personas mayores a 31 de diciembre de 2009 es el reflejado en el cuadro siguiente:

DISPOSITIVOS PERIFÉRICOS	NÚMERO
DETECTORES DE HUMO	1.954
DETECTORES DE GAS	1.796
G.P.S.	701
DETECTORES DE CAÍDAS	340
SENSORES DE FRIGORÍFICO/ MICROONDAS	240
DISPOSITIVOS DEFICIENCIAS AUDITIVAS	33
SENSOR CAMA/ SILLÓN	16
DISPENSADOR DE MEDICACIÓN	6
<b>TOTAL</b>	<b>5086</b>

## Conclusión

El Servicio de Teleasistencia del Ayuntamiento de Madrid no es meramente un servicio de atención ante llamadas; además apoya a los mayores en diversas situaciones y les acompaña permanentemente. Se puede afirmar, por tanto, que el Servicio se consolida como un recurso muy activo en la promoción y el fomento del envejecimiento activo, ofreciendo oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a todos los mayores del municipio.



## Bibliografía

- Envejecimiento activo. Un marco político. Revista Española de Geriátría y Gerontología: 2002 Pág. 37(S2) y 74-105.
- Animación sociocultural y envejecimiento activo: un desafío mutuo. Gómez GL.
- La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Iglesias de UJ. Observatorio de Personas Mayores: Instituto de Migraciones y Personas Mayores.
- Servicio Promoción de la Salud: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores.
- Fundación MAPFRE. Estudio: Investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores.
- Dirección General de Mayores: Memoria 2009.
- Pliego de prescripciones Técnicas del Contrato de Gestión del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria del Ayuntamiento de Madrid.



## 5.7. Programa de Adecuación de Viviendas y Accesibilidad para personas mayores

**Cristina Ródenas Parra**

*Departamento de Atención a Personas Mayores.*

*Obra Social. Caja Madrid.*

### Antecedentes

Ante la grave situación de habitabilidad de numerosas viviendas donde residen personas mayores, sin recursos económicos suficientes para afrontar las reformas que les permitan vivir en unas condiciones dignas y adecuadas a sus necesidades, Obra Social Caja Madrid pone en marcha en 2006 el programa “Adecuación de viviendas de personas mayores” en la Comunidad de Madrid.

### La realidad hoy

Las personas mayores son hoy más vulnerables que a principio de los años 90. Su tasa de pobreza alcanza el 28,5%, superando en más de 8,5 puntos la media de la población española<sup>1</sup>. En España más del 30% de las personas con más de 65 años tiene alguna discapacidad. El 72% de estos mayores declaran problemas de movilidad. A éstos les siguen en importancia los problemas para la vida doméstica y para las actividades de autocuidado<sup>2</sup>. Obra Social responde a una demanda básica de las personas mayores, uno de los colectivos que sufren de forma más acusada la actual situación de crisis económica.

En la Comunidad de Madrid existen más de 16.000 viviendas cuyas condiciones de habitabilidad son infrahumanas y en las que residen más de 39.000 personas mayores. Más del 40% de las personas mayores tienen dificultad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La situación de la vivienda es:

- Sin calefacción 140.417.
- Sin gas por tubería 97.681.

<sup>1</sup> Encuesta Condiciones de Vida Año 2007. INE.

<sup>2</sup> EDAD: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia en 2008.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

- Sin cuarto de baño dentro 8.547.
- Sin ascensor 5 de cada 10<sup>3</sup>.

De las 895.421 personas mayores<sup>4</sup>, 245.800 (27%) tienen alguna discapacidad<sup>5</sup>.

Un ejemplo de los expedientes del programa:

*Expediente 023/09.*

*Valoración social.*

*“Mujer de 77 años en situación de precariedad social al carecer de ingresos suficientes para poder hacer frente a los gastos de primera necesidad. Vive sola, aunque tiene un hijo que se encuentra internado en proceso de desintoxicación.”*

*“Francisca presenta un estado de salud muy quebradizo con problemas graves de columna que le dificultan la movilidad. Además, está pendiente de una operación de cataratas.”*

*“Recibe la visita de una auxiliar de ayuda a domicilio tres veces por semana, aunque tiene graves dificultades para asearse sola cada día.”*

*“El estado de la vivienda de Francisca es de deterioro general, con humedades en paredes y techos y deficiencias severas en la instalación eléctrica. Los ingresos mensuales de 496 euros por pensión de viudedad, son insuficientes para afrontar el coste de una reforma.”*

*“Por lo expuesto, se valora imprescindible la adaptación geriátrica del cuarto de baño y muy necesarias el resto de adecuaciones planteadas, con el fin de prevenir accidentes dentro del domicilio y mejorar la calidad de vida de la propietaria.”*

*Madrid, 12/03/200*

---

<sup>3</sup> Encuesta Condiciones de Vida Año 2007. INE

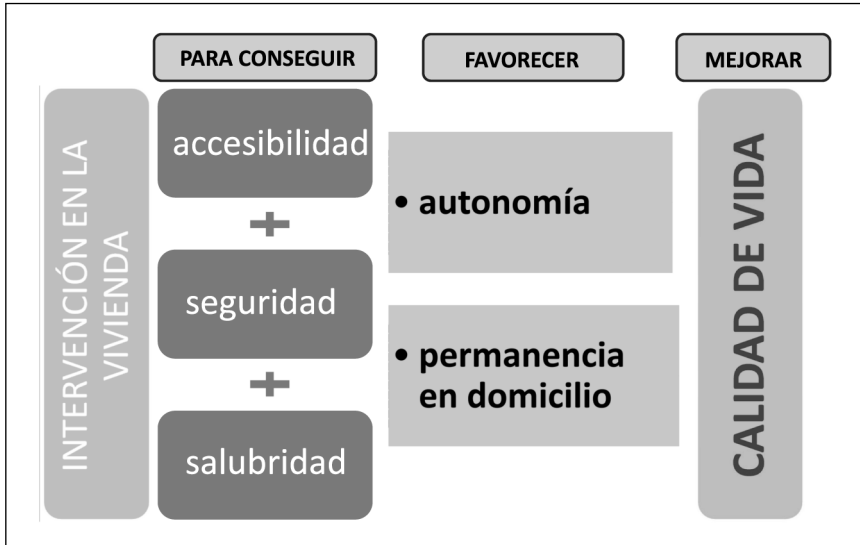
<sup>4</sup> EDAD: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia en 2008.

<sup>5</sup> Informe Cáritas Madrid 2006. Información contrastada con el Observatorio de Mayores de Obra Social Caja Madrid.

## Objetivos del programa

Que las PERSONAS MAYORES SIN RECURSOS accedan a un derecho social básico:

### UNA VIVIENDA DIGNA, ACCESIBLE Y ADECUADA



El programa consiste en acometer las reformas necesarias en las viviendas para conseguir:

- **ACCESIBILIDAD.** Poder utilizar sin restricciones todas las estancias de la vivienda facilitando la MOVILIDAD en los desplazamientos. Eliminación de barreras, adaptación del cuarto de baño y de la cocina. Así se facilita el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma INDEPENDIENTE.
- **SEGURIDAD.** Modificar o sustituir los elementos que supongan un riesgo para la vida en el hogar, como la instalación eléctrica y las conducciones de gas o agua.
- **SALUBRIDAD.** Eliminar humedades, suciedad y cualquier otro elemento que pueda ser perjudicial para la salud.

Cubriendo estas necesidades básicas aseguramos la posibilidad de la PERMANENCIA DE LA PERSONA MAYOR EN EL HOGAR.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

- **OTRAS ACTUACIONES.** Solventar problemas graves de climatización (calefacción), sustituir el mobiliario imprescindible deteriorado (cocina y fregadero) y remozar pintura o suelos deteriorados.

Que una vivienda sea HABITABLE la convierte en un HOGAR. Proporciona a las personas mayores una patente mejora en su CALIDAD DE VIDA y en muchos casos LES CAMBIA LA VIDA.

### Estructura del programa

Obra Social Caja Madrid articula el programa en colaboración con Cáritas Madrid y Fundación Constructora Benéfica y se estructura de la siguiente manera:

- **Detección de casos.** A través de 462 puntos de la red de atención situados en las parroquias.
- **Valoración social y selección.** Determinar qué casos se ajustan a los requisitos del proyecto (edad, estado de salud, condiciones económicas, grado de dependencia y necesidad social) y cuáles son los más acuciantes.
- **Valoración técnica.** Análisis técnico para discriminar las actuaciones y el alcance de la reforma.
- **Intervención.** Ejecución de la obra.
- **Seguimiento.** Satisfacción de los beneficiarios y constatación de la bondad y eficacia de la actuación realizada.

### Beneficiarios

- Personas **mayores de 65 años** o menores de esta edad que tengan alguna discapacidad (10% de las actuaciones).
- Que quieran **permanecer en sus hogares** y puedan hacerlo a medio plazo.
- Con **necesidad de adecuación** de su vivienda para evitar la dependencia causada por motivos de accesibilidad, movilidad, salubridad, etc.
- **Sin recursos económicos** suficientes para hacerlo por sus propios medios (ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional).

Los beneficiarios indirectos son las familias, que reciben un apoyo real en sus tareas básicas de atención y cuidados, y la sociedad en general, que recupera a través de este proyecto a las personas mayores en riesgo de aislamiento y exclusión social.

### Resultados obtenidos

<b>PROGRAMA octubre 2006/julio 2009</b>			
<b>DURACIÓN MESES</b>	<b>INTERVENCIONES REALIZADAS</b>	<b>PRESUPUESTO CONSUMIDO</b>	<b>INTERVENCIÓN MEDIA</b>
<b>34</b>	<b>239</b>	<b>1.096.709</b>	<b>4.589</b>

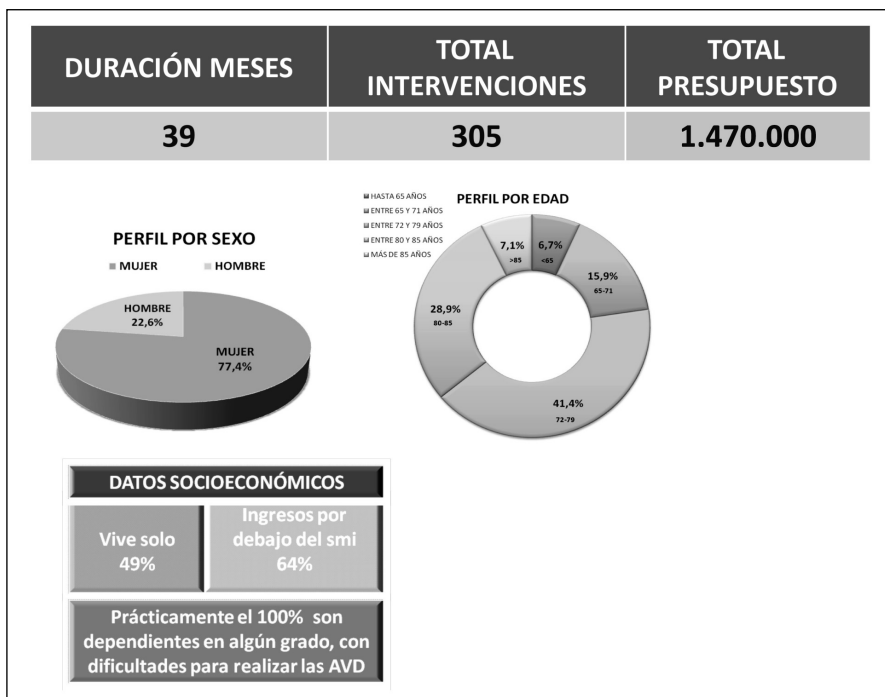
Presupuesto 2006/2007 – 700.000 euros

Presupuesto 2008/2009 - 770.000 euros

Un 10% de esta dotación presupuestaria se destina a la adecuación de viviendas de personas dependientes menores de 65 años.

<b>EXPEDIENTES</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>
<b>2006</b>	<b>33</b>	<b>165.817,03</b>
<b>2007</b>	<b>72</b>	<b>354.533,32</b>
<b>2008</b>	<b>94</b>	<b>433.237,61</b>
<b>2009 (*)</b>	<b>40</b>	<b>143.120,96</b>
<small>(*) Datos de 2009 hasta el mes de julio.</small>		

Extrapolando los datos, se calcula que el número de intervenciones en 2009 llegará a **110**, por lo que a la finalización del programa habremos llegado a:



## Elementos diferenciadores

### Voluntariado

#### SOCIAL

La red de voluntarios de Cáritas mantiene CERCANÍA con los beneficiarios. Para los mayores en situación de aislamiento supone el contacto con la realidad. El ACOMPAÑAMIENTO es un valor clave que mejora sustancialmente sus vidas.

#### TÉCNICO

Tanto en la planificación como en la ejecución de las obras colaboran profesionales cualificados de forma desinteresada.

### Alojamiento y seguimiento

En algunos casos es imprescindible buscar un alojamiento temporal durante la reforma. Durante este período así como al finalizar la obra, se realiza un seguimiento periódico para comprobar el bienestar del beneficiario.



### *Atención integral*

Existe una NECESIDAD SOCIAL de atención, acompañamiento y apoyo.

Además de la adecuación técnica de la vivienda, se procura una atención integral a la persona mayor; solventando otros riesgos como son la exclusión social y el aislamiento.

*Expediente 023/09.*

*Francisca*

*“Ayer cumplí 78 años. Las piernas no me dolían tanto y salí a la calle a comprar algunas cosas. Hacía sol. Hablé con el panadero, que se alegró de verme después de tanto tiempo. Al regresar a casa me sentía contenta. Como cada viernes, me visitó Almudena y compartimos unas galletas con café que hizo en la nueva cocina.*

*Ahora todo huele bien y no hace frío. Me dijo que estaba muy guapa; es que por la mañana me había duchado.*

*Sonó el teléfono: mi hijo llamó para felicitarme y decirme que pronto estaría en casa.”*



## 5.8. Valor de las sugerencias de los usuarios en la mejora de los servicios municipales

*M<sup>a</sup> Sol García Carpio y M<sup>a</sup> Carmen Martín Díez*

*Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.*

*Dirección General de Mayores.*

*Ayuntamiento de Madrid.*

### Justificación

Es importante conocer el valor que tienen las sugerencias que hacen los usuarios en el funcionamiento de los servicios, sabiendo que la realización de sugerencias esta englobado en los pilares de seguridad y participación del “envejecimiento activo”.

### Objetivos

1. Desde hace tiempo, la Dirección General de Mayores ha apostado por la mejora continua de los servicios prestados y el control de calidad.

La pretensión es llegar a la excelencia en sus servicios, por ello a la hora de valorarlos no se conforma con el simple aprobado, sino que considera que su funcionamiento es óptimo si se recogen puntuaciones notables.

2. La DGM cuenta con un servicio de control de calidad para todos sus programas. Dentro de los estudios de calidad se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios. Estas están diseñadas específicamente para cada servicio y en ellas se recogen también sus sugerencias.

Los objetivos de las encuestas de satisfacción son:

- Conocer como evalúan los usuarios (mayores y familia) los servicios.
- Conocer lo que desean los mayores/usuarios.
- Orientar los cambios de acuerdo con la evaluación.
- Participación de los mayores en el diseño de los recursos.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

En definitiva el objetivo es conseguir una MAYOR CALIDAD.

Los mayores, a través de las encuestas de satisfacción, sugerencias y quejas ponen de manifiesto todas aquellas actuaciones que pueden suponer una “mejoría” de los servicios que prestamos.

Esta valoración “siempre es una percepción del servicio”. Es algo subjetivo.

Son por tanto una herramienta útil y de gran valor en la organización de estos servicios.

### Metodología

Análisis de las encuestas y sugerencias recogidas en los cuestionarios de satisfacción realizadas a los usuarios de los diferentes servicios. Organizando los resultados en cuatro áreas:

- Fortalezas, todas aquellas áreas puntuadas con 8 o por encima de 8, que supondrían un estándar de calidad alto.
- Debilidades, todas las puntuadas por debajo de 8, e indicarían áreas a mejorar, que supondrían señales de alerta de descenso de calidad.
- Amenaza, sería la no recomendación del servicio en un porcentaje alto de usuarios, igualmente supondría una señal de alerta de descenso de calidad.
- Oportunidades, todas aquellas sugerencias que no estarían valoradas en las diferentes áreas especificadas en la encuesta. Serían puntos también a tener en cuenta a la hora de revisar los servicios, suponen áreas de mejora, ajuste de calidad, y expectativas del usuario.

### Resultados

Se realiza un recorrido por los diferentes servicios y agrupación de las sugerencias en las diferentes áreas anteriores:

- Servicios de SAD, Comidas, Lavandería y Ayudas Técnicas (camas y grúas).

Los servicios de comidas, lavandería y AT, están englobadas dentro del SAD.

Todos ellos tuvieron una valoración general notable y fueron recomendados en un alto porcentaje.

Prácticamente todas las sugerencias se recogen dentro del área de fortalezas. Existen muy pocas debilidades y las sugerencias recogidas dentro del área de oportunidades hacen referencia directa a la gestión municipal y organización del servicio (> nº de horas, en caso del SAD; Flexibilidad en la modificación del horario de entrega por motivos justificados, en el caso de comidas; Flexibilidad en el día de la entrega de la ropa, en lavandería y Variedad de modelos para poder adaptarlos a las características del domicilio y usuario en el servicio de A Técnicas).

Todos ellos son recomendados en un alto porcentaje.

- Servicios de CD Concertado y Municipal, Áreas residenciales y Apartamentos

En estos servicios se recogen numerosas sugerencias dentro del área de fortalezas y muy pocas o ninguna en debilidad, como es el caso de residencias. Pero si varias oportunidades que hacen referencia directa a la organización y funcionamiento de los centros (Flexibilidad en el transporte; Aumentar la frecuencia en las actividades de formación a familiares, entre otras en CD; Permitir la contratación, por parte del familiar, de cuidadoras para el residente, en áreas Residenciales; Aumento de los días permitidos de vacaciones en Apartamentos).

Pero aún así la valoración media y recomendación es alta.

- Servicios de TAD, Ejercicio al aire libre, Actividades preventivas y Podología.

Los servicios de TAD, y ejercicio al aire libre, han sido valorados muy positivamente y en ninguno de ellos se recogen sugerencias englobadas en el área de puntos débiles; y las recogidas en el área de oportunidades hacen referencia a la organización y funcionamiento del servicio (que las llamadas de seguimiento, continúen realizándose durante las vacaciones de los usuarios a números de teléfonos alternativos, en TAD y algunas como que la actividad se realice durante más tiempo y en una época del año más adecuada, en ejercicio al aire libre).

- En actividades preventivas las sugerencias recogidas como áreas de mejora hacen sobre todo referencia a la tramitación del servicio (Disminución de la burocracia para facilitar el trámite o Expedición del certificado medico por personal sanitario municipal).
- Y por último, el servicio de Podología es muy bien acogido y recomendado, y las mejoras hacen referencia a la gestión del mismo (Proporcionar podología domiciliaría para personas con movilidad reducida).

En todos la recomendación y la valoración media es muy buena.

- Programa Vive y Convive, tarjeta MadridMayores y Agenda de Mayores.

## 5. Experiencias sobre la autonomía de los mayores (I)

---

Lo mismo que en los servicios anteriores ocurre en el P.Vive y Convive, donde las mejoras hacen referencia a la gestión y funcionamiento (continuación del programa en época de vacaciones). En la Agenda hacen referencia más a la difusión y gestión (enviar la agenda a partir de los 60 años o utilizar el coste del CD en otra alternativa, ya que es poco útil para las personas mayores).

En cuanto a la Tarjeta MadridMayores es un servicio en el que no se recogen fortalezas y sí muchas debilidades, pero sin embargo, tiene una notable valoración media y es recomendada en un alto porcentaje. Las áreas de mejora recogidas hacen referencia directa a los beneficios sociales, que en general son poco conocidos.

- Rediseño del P. Cuidar al Cuidador con las aportaciones de los usuarios.

Las sugerencias que plantean los usuarios de todos los servicios tienen reflejo en las modificaciones de algunos de ellos, como fue el caso del nuevo programa de cuidar al cuidador.

Programa que se viene desarrollando desde el 2004 en todos los distritos de Madrid, destinado a dar apoyo psicoterapéutico a familiares y cuidadores principales (sobrecargados) de personas mayores dependientes.

Es una actividad grupal (grupo máximo de 20 cuidadores), dirigido por dos psicólogos, con 14 sesiones semanales de una hora y media de duración.

La encuesta se realizó a 134 cuidadores de personas dependientes que participaron en los grupos terapéuticos del primer semestre del 2009.

El 74% de los entrevistados son mujeres, y el 72% son mayores de 60 años. El parentesco con el dependiente es sobretodo cónyuge e hijo/a. El 75% cuida desde hace más de tres años.

El 20% de los dependientes tienen incapacidad física, el 40% psíquica y el 40% mixta. Todo esto nos da una idea del elevado grado de sobrecarga que tienen los cuidadores.

Los resultados obtenidos nos muestran un grado de satisfacción sobresaliente con relación a este programa. Como podemos observar todo son fortalezas, la única sugerencia que se puede considerar debilidad es la cantidad de cuestionarios que se realizan para la valoración del usuario antes y después de realizar el programa, que por otra parte son necesarios ya que es lo que nos ha permitido a través de su análisis valorar los beneficios del programa en los cuidadores y verificar la necesidad de que el programa se mantenga.

A pesar de obtener una buena puntuación global y ser recomendado en un 97% de los casos, estando dispuestos a repetirlo incluso el 85% de los cuidadores, se recogen

una gran cantidad de sugerencias que tras su estudio han sido tenidas en cuenta para hacer mejoras en el programa.

- Modificaciones del nuevo contrato relacionadas con las sugerencias

Tras la finalización del contrato anterior, en el nuevo contrato se contemplan modificaciones importantes relacionadas con estas sugerencias recogidas.

Así pues, aunque la estructura organizativa del programa ha sido valorada muy positivamente, muchas sugerencias han ido dirigidas a esta área, solicitando el aumento de la duración del mismo y realización de grupos más homogéneos. El nuevo programa pasa a tener 24 sesiones, 10 más que el anterior, distribuidas en tres grupos a los que acudirán cuidadores con grados de carga semejantes

Las sugerencias hacen mención también a la necesidad de incorporar otros profesionales que puedan abordar otra temática más enfocada al cuidado de dependientes. Para ello se contará con enfermeras y terapeutas.

La necesidad que tienen los cuidadores de tener un espacio dedicado a ellos y a su propio cuidado queda manifiesta en las sugerencias que hacen con respecto a dedicar tiempo y espacio a otras actividades de ocio, distracción, e incluso el fomentar la continuidad del grupo fuera de las sesiones. Esto no se contempla en el nuevo programa, pero si se está planteando desde la DGM la posibilidad de estudiar y hacer algo al respecto. (CLUB DEL CUIDADOR).

## Conclusiones

- Las sugerencias de los usuarios son una herramienta de fácil manejo y gran valor en la organización de los servicios.
- Las sugerencias deberían ser tenidas en cuenta a la hora de revisar o redactar los nuevos contratos (PARTICIPACION).
- A través de las sugerencias los usuarios tienen una participación activa en todos los servicios.





## 6. Algunas claves y retos en la promoción del envejecimiento activo

**Florencio Martín Tejedor**

*Director General de Mayores.*

*Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid*

### Introducción

El Envejecimiento Activo es un término que engloba conceptos, propuestas y convencimientos de que se puede vivir saludablemente, con calidad de vida hasta el final. Es un concepto moderno, propio de una sociedad compuesta por individuos con diferentes edades y que tiene como objetivo de interés general, que todos lleguen a consumir su curso vital de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades.

Para ello, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga, esta debe ir acompañada de oportunidades continuas en, **participación, seguridad y salud**.

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término “Envejecimiento Activo” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer otros factores y sectores, además de la mera atención sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones.

Con excesiva frecuencia se intenta asociar dependencia, discapacidad y edad, como si aquellas fueran acompañantes inevitables, producidas por el envejecimiento. Esto es rotundamente falso, la inmensa mayoría de las personas mayores (más del 70%) no sufren discapacidad alguna y más del 85% son totalmente independientes y realizan una vida normal y autónoma hasta edades muy avanzadas. Por tanto, puede afirmarse con seguridad que la discapacidad y la dependencia son consecuencia de factores variados, entre los que destaca muy llamativamente la enfermedad.

Si bien la salud física ocupa un lugar fundamental en este proceso del envejecimiento, no es menor la importancia de otros factores. Los factores psicológicos tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales etc., son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento activo.

Por tanto, el vocablo “activo” hace referencia no sólo a la capacidad para estar físicamente activo, sino también a la implicación en cuestiones sociales, económicas, anímicas, culturales y cívicas. Es por ello que se incluyen en la actitud “activa” ante la vida también a los mayores frágiles, vulnerables y dependientes. La adaptabilidad a lo largo de la vida es un elemento esencial para un buen envejecimiento.

Según las Naciones Unidas, España, en el año 2050 será el país con más tasa de población mayor de 60 años del mundo y así, tal como nuestra sociedad ha abordado políticas para los jóvenes, es hora de tomar conciencia respecto al reto que supone el envejecimiento de las sociedades, las necesidades sanitarias y sociales de las personas de edad y la contribución de las personas mayores a la sociedad.

El envejecimiento activo se aplica tanto a las personas como a los grupos de población y exige políticas sociales basadas en los siguientes aspectos:

### Salud, Seguridad y Participación

El aislamiento físico y emocional es un factor de alto riesgo que afecta a la salud y el bienestar, mientras que el apoyo social, tanto emocional como material, pueden tener efectos positivos a nivel de la salud. De ahí la importancia de generar políticas y programas que incentiven las relaciones entre estos factores.

#### *¿Qué queremos decir con estos conceptos?*

**SALUD.** Los modos de vida que favorecen un envejecimiento sano se forman en época temprana de la vida. El buen envejecimiento o envejecimiento sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la ausencia, presencia o gravedad de factores de riesgo. Por ello, se debe de dar cobertura a programas que promuevan hábitos saludables, especialmente los que hagan hincapié en el ejercicio físico y la nutrición.

**SEGURIDAD.** La seguridad de los mayores, tanto en materia de pensiones, de vivienda, de accesibilidad a servicios sociales, al transporte, a los servicios de salud, a la educación, a la cultura, a la seguridad en los espacios públicos, son materias ineludibles en una sociedad de derechos. Muchas personas de edad pueden llegar a estar jubiladas durante 20 años o más.

El buen envejecimiento requiere políticas sociales que aseguren un nivel mínimo y adecuado de seguridad y de prestaciones para las personas de edad.

**PARTICIPACIÓN.** Se debe estimular la cohesión y fortalecer la interdependencia de las generaciones. Los programas intergeneracionales, la actividad social y la participación de las personas mayores son estrategias eficaces que contribuyen a fomentar una sociedad equitativa para todas las edades.

Mantener la autonomía –a propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria– es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos.

Las administraciones locales hemos pasado en relativamente pocos años, de una etapa en la que el objetivo principal era proporcionar servicios básicos (o cubrir necesidades básicas), a una etapa, todavía reciente, de gestionar y planificar con eficiencia recursos para proporcionar nuevos servicios que proporcionen a las personas mayores oportunidades en todos los aspectos de la vida.

Las referencias normativas a la competencia local en materia de promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia son muy escasas.

La ley 7/1985 Reguladora de Bases de Régimen Local, establece, en su artículo 25.2, letra K) competencias de los Ayuntamientos de “prestación de los servicios sociales, y de promoción y de reinserción social”, y específicamente, a los de más de 50.000 habitantes.

En la Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, la única referencia la encontramos en su artículo 23: Atención a Mayores, en el punto 3: Las líneas fundamentales de actuación de los servicios sociales, donde señala serán, en el punto c) “promover la autonomía de las personas mayores estimulando el desarrollo de sus habilidades en beneficio de su bienestar físico y psíquico”. Pero, no especifica si se trata de una línea de trabajo que compete a la Atención Social Primaria, ya que en el artículo 31, donde se detallan dichas funciones, no encontramos ninguna referencia a la promoción de la autonomía de las personas mayores. En todo caso, podríamos considerar la promoción de la autonomía personal como incluida en el apartado letra g) que especifica la función de las Corporaciones Locales de “Desarrollo de programas comunitarios para la promoción social de individuos y grupos de población, así como para la prevención y detección precoz de situaciones de riesgo”.

Finalmente, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define el concepto de “autonomía” (capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” –Artículo 2– ), pero no especifica qué administración pública

debería promover la autonomía personal. No aparece ninguna referencia en el artículo 12 sobre participación de las Entidades Locales, ni cuando se definen, en la Sección 3ª, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado.

Ante esta escasez de marco normativo, otros elementos como la proximidad a los ciudadanos y la tradición cultural han hecho que las actividades de contenido preventivo y de promoción hayan sido asumidas por las Corporaciones Locales.

Por tanto se debe de priorizar en las políticas sociales la participación social, la educación, el asociacionismo, el voluntariado, y el liderazgo como medidas de intervención que potencian los determinantes personales y psicológicos, esto es la capacidad de autoeficacia de cada uno.

**Volviendo a los pilares del envejecimiento activo, vamos a hacer un repaso de los diferentes recursos y servicios desde esa óptica, a sabiendas que esos atributos están presentes en mayor o menor medida en todos ellos.**

### I. DIRIGIDOS HACIA LA PARTICIPACIÓN, SEGURIDAD Y SALUD:

#### I.1. PARTICIPACIÓN, SEGURIDAD Y SALUD A TRAVÉS DE LAS OPORTUNIDADES, PROTECCIÓN, EDUCACIÓN Y APRENDIZAJE

##### I.1.1. Centros de Día

Los Centros de Día, bien de titularidad municipal, bien a través de conciertos con empresas privadas, atienden las necesidades sociosanitarias preventivas y rehabilitadoras de mayores con deterioro físico y/o cognitivo fomentando su participación en la vida social, aumentando su seguridad, compensando la pérdida de autonomía, controlando su salud y facilitando así la permanencia en su medio habitual y retrasando la institucionalización.

Además facilita apoyo a los familiares y/o cuidadores principales del mayor:

El Ayuntamiento de Madrid dispone de 4.508 plazas de Centros de día, distribuidas en 60 centros de titularidad municipal, de los cuales 40 son para la atención de mayores con dependencia física con un total de 1.700 plazas, y 20 destinados a usuarios con deterioro cognitivo, con un total de 1.230 plazas.

Cuenta también con 275 plazas en 11 centros concertados para la atención de mayores con dependencia física y 1.303 plazas en 31 centros concertados destinados a usuarios con deterioro cognitivo.

El índice de cobertura es del 0.75% en Madrid, frente al 0.64% en España.

Las encuestas de calidad recogen una valoración general de 8.65 puntos sobre 10 y se recomienda en un 96% de los casos en los Centros de Día Municipales, y una valoración general de 8.44 puntos y se recomienda en un 94.4% de los casos en los Centros de Día Concertados.

Es fácil comprender que la salud es básica en el envejecimiento activo y de hecho el término que primero alcanzó popularidad fue el de envejecimiento saludable.

Aunque las competencias en materia de salud no nos son propias, si tenemos un enorme potencial como veremos a continuación en las estrategias de promoción:

## 2. DIRIGIDOS HACIA LA SALUD:

### 2.1. SALUD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN Y EL APRENDIZAJE

#### 2.1.1. **Talleres en Centros Municipales de Mayores (CMM), en colaboración con otras entidades:**

- Programa de prevención de la Dependencia **“El reto de la autonomía”** (En convenio de colaboración con “La Caixa”).

Este programa proporciona instrumentos:

- Conocimientos e información.
- Metodológicos.
- Materiales (Libros y DVD).

Con el fin de potenciar las habilidades existentes y adquirir conocimientos favoreciendo la autonomía o retrasando procesos que puedan comportar una disminución o pérdida de las capacidades.

En el año 2008 se han impartido un total de 199 talleres y se han beneficiado 3174 personas mayores.

- Programa de formación **“Saber envejecer: prevenir la dependencia”** (en convenio de colaboración con Caja Madrid).

El programa lo conforman talleres divididos en tres bloques fundamentales: cuidar la salud, vivir bien y sentirse bien. En cada uno de ellos, los mayores eligen los temas que más les interesan o preocupan, profundizándose en ellos dándoles pautas, información, y creando una mesa de diálogo y debate en la que ellos mismos pasan a ser los protagonistas y a contar sus experiencias.

Desde finales del año 2008, en 6 centros se han realizado 21 talleres participando 83 mayores.

### 2.1.2. **Charlas y cursos formativos** en Centros Municipales de Mayores en colaboración con otras áreas municipales:

#### – Transportes Urbanos

Mediante charlas la EMT da a conocer la evolución del transporte público en la ciudad de Madrid y el uso correcto de los mismos como medida de prevención de accidentes.

En estas charlas han participado hasta el momento 1.337 socios de los Centros Municipales de Mayores.

#### – Seguridad en el hogar y en la calle (en colaboración con la escuela de bomberos y protección civil).

Mediante charlas y material divulgativo se informa a los mayores de pautas a seguir para evitar accidentes domésticos y en la vía pública.

En el año 2008 han participado en estas charlas 1490 mayores.

#### – Programa de **Educación vial para mayores** (en colaboración con la comunidad educativa de la Policía Municipal).

Se basa en la realización de charlas sobre prevención de accidentes de tráfico y cursos formativos en seguridad vial para mayores voluntarios que a su vez pasan a ser agentes sensibilizadores de otros mayores.

En el último año han acudido 973 mayores a las charlas.

## 2.2. SALUD A TRAVÉS DEL AUTOCUIDADO

### 2.2.1. Jornadas “**Moverse es cuidarse**” (en colaboración con la Dirección General de Deportes)

Fomentan el ejercicio físico en el entorno donde viven los mayores, a través de jornadas anuales (1 por distrito) que constan de una parte teórica donde se informa de los beneficios de la actividad física y otra práctica mediante la realización de ejercicios dirigidos por monitores de educación física.

En el año 2008 han participado 1074 mayores.

### 2.2.2. Actividad física

En los CMM se fomenta la actividad física en varias de sus disciplinas (ejercicio, gimnasia, baile, etc.)

La importancia que tiene la actividad física en el envejecimiento activo queda plasmada en el hecho de que es la actividad que tiene mas frecuencia de participación.

Los CMM cuentan con 22.000 plazas en diferentes modalidades de actividad física.

### 2.2.3. Ejercicio al aire libre

Aprovechando los espacios naturales de los que disponemos, próximos a los domicilios de los mayores, y como alternativa a la utilización de instalaciones o como actividad complementaria a la misma, se pone en marcha esta actividad grupal dirigida por profesionales, que contribuye a **crear hábitos saludables** que mantengan una buena calidad de vida.

Se pretende que los participantes, tras unos meses de entrenamiento y asesoramiento, adquieran el hábito y los conocimientos para continuar practicando esta actividad, solos o en grupo.

Hasta el momento se han beneficiado de él unos 300 usuarios.

Las encuestas de calidad recogen una valoración general de 9.18 puntos y se recomienda en un 98.7% de los casos.

### 2.2.4. Fisioterapia preventiva y de mantenimiento

Su finalidad es mejorar la capacidad personal de los mayores con patologías crónicas tendentes a la invalidez, evitando y/o retrasando el deterioro progresivo, mediante actividades de fisioterapia grupal de mantenimiento.

Se atiende a 3.492 usuarios en 48 grupos, en 36 centros municipales.

Las encuestas de calidad recogen una valoración general de 8.89 puntos y se recomienda en un 98.2% de los casos.

**Como no podía ser de otro modo, hay situaciones complementarias.**

## 3. DIRIGIDOS HACIA LA SEGURIDAD Y SALUD:

### 3.1. SEGURIDAD Y SALUD A TRAVÉS DE LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Servicios que atienden a población vulnerable con medidas que previenen y actúan ante situaciones críticas para el mayor, y que conllevan una disminución de la calidad de vida.

### 3.1.1. Servicio de ayuda a domicilio

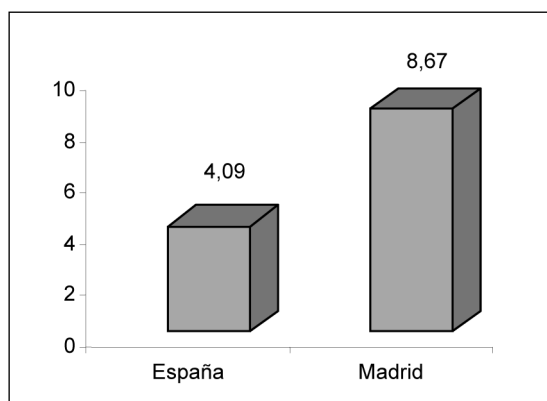
Ofrece atenciones o cuidados personales, domésticos, sociales y técnicos, potenciando la autonomía personal y la integración social en el medio y apoyando a la organización familiar, evitando situaciones de crisis personal y familiar.

En el año 2008 se han atendido a 52.845 mayores en 44.868 domicilios, con una media mensual de horas por domicilio de 19.09.

El índice de cobertura es del 8.67% en Madrid, frente al 4.09% en España.

Las encuestas de calidad recogen una valoración general de 8.27 y se recomienda en un 83.65% de los casos.

Índice de cobertura de SAD



### 3.1.2. Comidas a domicilio

Garantizando una dieta adecuada se previenen situaciones de riesgo de malnutrición y sus consecuencias sobre la salud y la independencia.

Ampliándose la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

Con este servicio también se evitan riesgos de accidentes ocasionados con motivo de la preparación de las comidas en personas mayores con autonomía limitada.

Durante el año 2008 se han atendido a 2.317 usuarios.

Las encuestas de calidad recogen que se recomienda en un 96.1% de los casos.



### 3.1.3. Coordinación sociosanitaria

Con el fin de dar una atención integral a los mayores que se encuentran en situación de especial fragilidad, por sufrir dependencia y disponer de escasa red social, y optimizar recursos sociales y sanitarios, se ha establecido un convenio de colaboración entre los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid y los servicios Sociales del Ayuntamiento, a través del cual durante el año 2008 se ha atendido en coordinación a 1235 mayores de 65 años, que viven solos con necesidades sociosanitarias que requerían una atención conjunta.

### 3.1.4. Programa de mayores vulnerables

Existe un grupo indeterminado de mayores en los que la confluencia de ciertos determinantes sociales y sanitarios favorecen situaciones de aislamiento. La dificultad para detectarlos y poder trabajar con ellos para normalizar su situación ha hecho necesario el diseño de programas específicos. De esta necesidad surge el Programa de Ancianos frágiles en alto riesgo de aislamiento social y atención integral al maltrato.

#### a) Programa de ancianos frágiles en alto riesgo de aislamiento social

Este programa ha valorado durante el año 2008 a 2.357 mayores en riesgo y han sido atendidos por el equipo especializado de apoyo psicológico domiciliario 69 mayores en aislamiento.

#### b) Programa municipal de atención integral del maltrato al mayor

El maltrato es un fenómeno oculto, difícil de detectar, por lo que el programa se ha iniciado poco a poco intentando detectar casos en distintas fuentes.

Por un lado se estudió la posibilidad de encontrar algún caso de negligencia o cualquier otro tipo de maltrato entre los cuidadores del programa “cuidar al cuidador”, ya que su alto nivel de sobrecarga es uno de los factores de riesgo. De una población diana de 675 cuidadores, se consiguió valorar a 230 cuidadores y persona dependiente a su cargo, encontrándose un solo caso de sospecha de trato inadecuado.

Otras fuentes de detección que derivan a nuestro programa por sospecha de maltrato son los distritos y SAMUR.

En el año 2009 desde el distrito han sido derivados 14 casos para su estudio y atención social.

### La seguridad se ve favorecida por diversas actuaciones.

#### 4. DIRIGIDOS HACIA LA SEGURIDAD:

##### 4.1. SEGURIDAD A TRAVÉS DEL DERECHO A SERVICIOS DE CALIDAD

Para garantizar los derechos y protección de los mayores, sobre todo en situaciones de especial vulnerabilidad, se ha potenciado el sistema de calidad de los servicios. Este sistema ofrece garantías a los usuarios del municipio de Madrid de que los servicios que recibe son conformes con los usos, costumbres y métodos reconocidos como de alto nivel asistencial.

##### 4.1.1. Programa de calidad de los servicios y programas de la DGM

Existe un sistema para evaluar la calidad municipal a través de las Cartas de Servicio donde se recogen los compromisos municipales con relación al ciudadano.

En la actualidad, está finalizada la Carta de Servicios de Teleasistencia municipal, se está realizando la de Centros de Día y está prevista para el próximo año la del Servicio de Ayuda a Domicilio.

La D.G.M. cuenta con un sistema propio para el control de calidad de sus servicios que vigila el cumplimiento de los estándares marcados en nuestros programas y reflejados en los pliegos técnicos, en caso de gestión externa, mediante visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, visitas a entidades y visitas a otras dependencias.

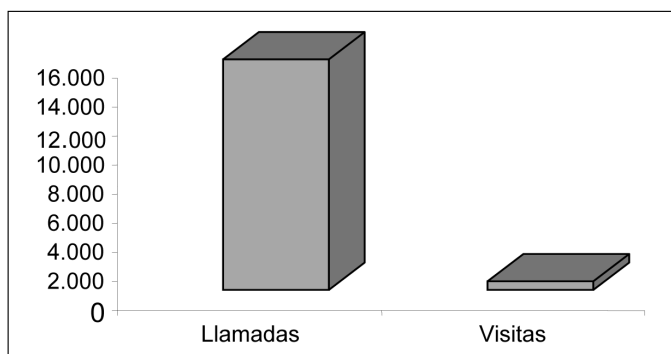
Se han realizado a lo largo del 2008, 13.500 llamadas y 2.772 visitas presenciales y en lo que va de año 2009, 15.841 llamadas y 598 visitas.

Calendarización:

2007	2008	2009
C.D. Municipales	Apartamentos	Act. Preventivas
TAD	Áreas Residenciales	C.M.M.
	Ayudas Técnicas	Lavandería
	C.D. Concertados	TAD
	Comidas a domicilio	Agenda Mayores
	SAD	Cuidar al Cuidador
	TAD	Podología
	Tarjeta Madridmayor	Vive y Convive
		.../...

2007	2008	2009
.../...		
		C.D. Municipales
		Ejercicio al Aire Libre
		Tarjeta Madridmayor
		SAD
		Ayudas Técnicas
		Apartamentos
		Residencias
		Comidas
		C.D. Concertados

**EVOLUCIÓN CONTROL DE CALIDAD**  
Llamadas y visitas realizadas desde Enero a Septiembre de 2009



### 4.1.2. Servicio de información y asesoramiento

Presta información a demanda e información proactiva, educando y potenciando en los mayores la utilización y selección eficaz de los servicios y recursos.

A través del sistema de información general 010, oficinas de atención al ciudadano Línea Madrid y a través de la central de llamadas de la Dirección General de Mayores.

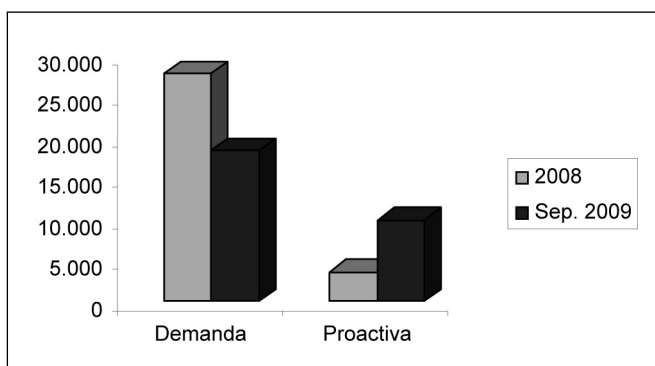
Desde la Central de Llamadas de la DGM se han realizado en 2008 un total de 31.280 llamadas, de las cuales 27.686 son de información a demanda y 3.594 proactivas.

En lo que va de año se han realizado 28.294 llamadas, de las cuales 18.371 son de información a demanda y 9.923 de información proactiva.

## 6. Algunas claves y retos en la promoción del envejecimiento activo

Información		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Total
<b>Información a Demanda y asesoramiento</b>	Teleasistencia y otras	1.693	1.729	1.785	1.639	1.418	1.435	1.569	1.204	2.122	14.594
	Tarjeta Madridmayor	334	267	306	424	465	578	605	277	521	3.777
	<b>Total</b>	<b>2.027</b>	<b>1.996</b>	<b>2.091</b>	<b>2.063</b>	<b>1.883</b>	<b>2.013</b>	<b>2.174</b>	<b>1.481</b>	<b>2.643</b>	<b>18.371</b>
<b>Información Proactiva</b>	Campaña "Cuidar al Cuidador"	1.311	0	0	0	0	0	0	0	0	1.311
	Detección Riesgo de Aislamiento	159	145	120	134	160	151	143	189	176	1.377
	Recursos Riesgo de Aislamiento	26	89	22	0	0	0	0	0	0	137
	Modificación tarifa lavandería	84	306	0	0	0	0	0	0	0	390
	Captación usuarios Vive y Convive	20	62	183	7	0	0	0	0	0	272
	Apoyo a la soledad	0	0	232	1.206	645	619	201	487	285	3.675
	Campaña SAD	0	0	0	316	824	827	441	159	60	2.627
	Campaña "Centros de Día"	0	0	0	0	0	0	119	15	0	134
	<b>Total</b>	<b>1.600</b>	<b>602</b>	<b>557</b>	<b>1.663</b>	<b>1.629</b>	<b>1.597</b>	<b>904</b>	<b>850</b>	<b>521</b>	<b>9.923</b>

Información y Asesoramiento



### 4.2. SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA PROTECCIÓN. SEGURIDAD Y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES CON NECESIDADES

Recursos destinados a que el mayor permanezca en su domicilio en las mejores condiciones bio-psico-sociales, dándoles apoyo, protección, seguridad y dignidad tanto a ellos como a sus cuidadores.

#### 4.2.1. Respiro familiar

Se desarrolla en Centros de Día y Residencias de titularidad municipal, durante los fines de semana, en régimen diurno con el fin de facilitar descanso a aquellas familias que tienen

a su cargo a personas mayores dependientes, dar apoyo a los cuidadores proporcionando la guarda del mayor mientras se encuentre allí.

Se cuenta para ello con un total de 200 plazas.

### 4.2.2. Teleasistencia domiciliaria

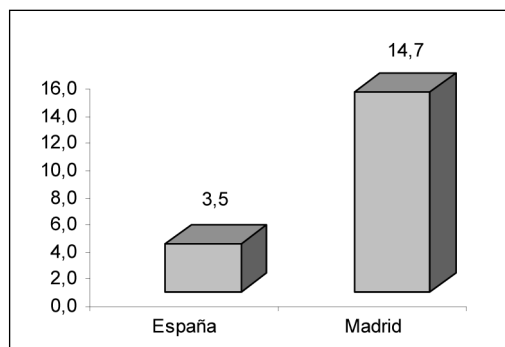
Presta ayuda y atención telefónica permanente a los mayores; proporcionando compañía, seguridad y tranquilidad al usuario y sus familiares, potencia la autonomía personal, previene situaciones de riesgo por razones de edad, discapacidad, dependencia o soledad y presta una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia a través de personal especializado.

Cuenta también con dispositivos de seguridad (GPS, detectores de caídas, detectores de gas, detectores de humo, sensores de apertura de frigorífico/microondas y dispositivos para deficiencias auditivas).

En el año 2008 este servicio atendió a aproximadamente 100.902 usuarios, instalándose 85.966 dispositivos y 2.063 periféricos (dispositivos de seguridad).

La cobertura de TAD en Madrid con respecto a España (datos INE 2006) es de 14.7% frente a un 3.5%.

Índice de cobertura de Teleasistencia



Las encuestas de calidad recogen una valoración general de 9.54 y se recomienda en un 97% de los casos.

### 4.2.3. Ayudas técnicas de atención a la dependencia

Como medida de seguridad y protección, el programa de ayudas técnicas de atención a la dependencia, es un recurso que favorece la movilización de los mayores en el domici-

lio ayudando a los cuidadores informales y formales en la tarea del cuidado. Con ello se consigue mejorar el confort y calidad de vida de los mayores dependientes.

En el año 2008 se suministraron 177 grúas y 613 camas articuladas.

Las encuestas de calidad recogen la opinión de que el 76.9 % de los usuarios consideran que la ayuda es suficiente.

### 4.2.4. Adaptaciones geriátricas

Con el mismo fin que los anteriores servicios en cuanto a proporcionar seguridad y protección a las personas mayores, se realizan adaptaciones geriátricas en el domicilio de estas personas para minimizar riesgos de accidentes, mantener la autonomía y dar apoyo a los cuidadores.

En el año 2008 se han indicado 1.866 modificaciones del entorno (obras) y 3.478 productos de apoyo.

## Si a la seguridad le añadimos participación...

## 5. DIRIGIDOS HACIA LA PARTICIPACIÓN Y SEGURIDAD:

### 5.1. PARTICIPACIÓN Y SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA OPORTUNIDAD DE EXPRESAR CÓMO QUIEREN SUS RECURSOS

Con las Sugerencias y Reclamaciones se fomenta la participación de los mayores, se asegura su protección y se reducen las desigualdades.

Existe un sistema general de sugerencias y reclamaciones del Ayuntamiento de Madrid que recoge estas desde la Web municipal, teléfono 010, oficinas de registro, oficinas de atención al ciudadano Línea Madrid, correo postal y fax.

En lo que va de año, se han recogido en la Dirección General de Mayores un total de 257 sugerencias o reclamaciones desde estas vías. El tiempo medio de contestación es de 58 días.

Además, la DGM cuenta con un servicio de Control de Calidad donde damos voz a los usuarios o/ y familiares de los distintos servicios, para que nos hagan llegar por un lado la valoración de estos con sus puntos débiles o fuertes, y por otro nos sirva de referencia para nuevos compromisos de trabajo, donde queremos mejorar basándose en necesidades reales, preferencias y actitudes de las personas mayores.

Hasta septiembre de 2009 se han realizado 2.388 encuestas a usuarios y familiares, recoigiéndose 650 sugerencias.

### 5.2. PARTICIPACIÓN Y SEGURIDAD A TRAVÉS DEL FOMENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES, EDUCACIÓN Y AUTONOMÍA

Hombres y mujeres, por igual, se benefician de actividades sociales a todas las edades, y los que continúan interactuando con otros, tienden a ser más saludables en comparación con los que se mantienen aislados. La participación social es un hecho con especial trascendencia, dado que los mayores de hoy día, cuando se jubilan, lo hacen en plena forma física y mental, de forma que disponen de amplias expectativas de ocio para favorecer un envejecimiento activo.

Los centros de mayores tienen una amplia oferta de actividades que fomentan las relaciones sociales, la participación activa, la educación y su autonomía.

El Ayuntamiento de Madrid dispone de 84 centros en los 21 distritos de Madrid con un total de 231.137 socios.

En ellos se realizan actividades de:

- Participación social e integración en la comunidad (talleres de comunicación, desarrollo personal, expresión corporal, voluntariado...)
- Seguridad, ocio, cultura y educación (manualidades, reflexología, encuadernación...)
- Actividades de promoción de la autonomía físico- psíquica (terapia ocupacional, taller de memoria, actividades preventivas, relajación...)

La valoración media recogida en las encuestas de calidad es de 8.59 puntos y lo recomiendan el 96.3% de los usuarios.

## 6. DIRIGIDOS SOBRE TODO HACIA LA PARTICIPACIÓN:

Con el fin de que los mayores participen en el ámbito económico, social, cultural y político, tanto en la toma de decisiones como a través de trabajos remunerados o de colaboraciones sin remunerar:

Existe un gran interés por parte del Ayuntamiento de Madrid en fomentar la participación, existiendo específicamente un área de participación ciudadana dependiente del Área de Gobierno de Economía y Empleo y Comisiones, de Participación en las Juntas de Distrito. Más específico de mayores:

### 6.1. PARTICIPACIÓN A TRAVÉS DEL LIDERAZGO Y OPORTUNIDADES

#### 6.1.1. Desde el liderazgo el **Consejo Sectorial de Personas Mayores**

Aprobado por acuerdo plenario su organización y reglamento en Octubre de 2006 y puesto en marcha en 2008, es un órgano de participación ciudadana **de carácter consultivo** que promueve el intercambio, puesta en común y adopción de soluciones ante las nuevas necesidades que se plantean en relación con la atención de las persona mayores.

Canaliza la participación de los mayores que, a través de las organizaciones y asociaciones más representativas, van a consultar y asesorar para que las actuaciones e iniciativas en materia de mayores respondan lo mejor posible a los intereses de este colectivo.

Está constituido por: un presidente y 23 vocales (5 representantes de asociaciones, 5 representantes de otras instituciones, 3 representantes de otros foros de participación, 5 representantes de las Juntas Directivas de los CMM y 5 representantes del Ayuntamiento de Madrid).

Hasta el momento en el año 2009 se han celebrado 3 reuniones.

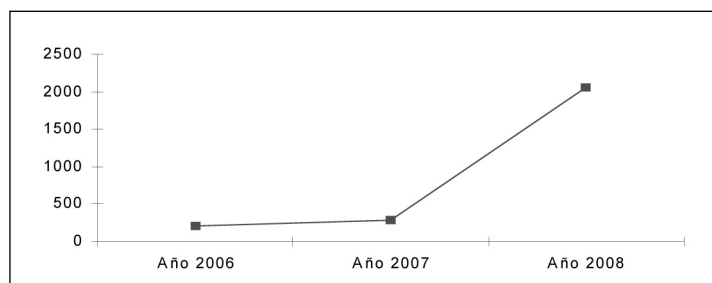
#### 6.1.2. Desde las oportunidades la **tarjeta madridmayores.es**

Esta tarjeta identifica a los titulares como socios de los Centros Municipales de Mayores además de permitirles disfrutar de productos y servicios en condiciones ventajosas con respecto al resto de la población. (moda, librerías, ópticas, clínicas dentales, herbolarios...). Estos beneficios han aumentado exponencialmente desde su puesta en marcha hasta la actualidad.

Actualmente hay distribuidas 246.014 tarjetas.

Opinión de los mayores:

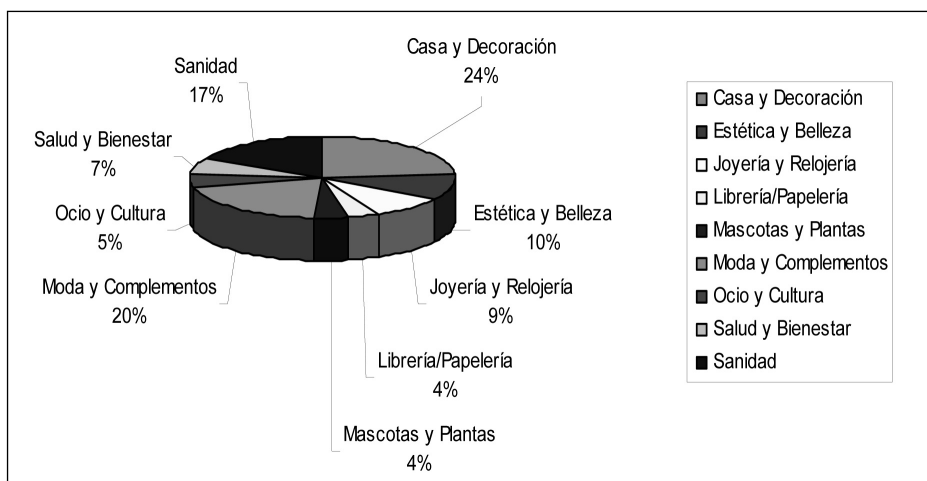
**Evolución beneficios sociales**



Las encuestas de satisfacción incluidas en el control de calidad muestran una valoración media de 7.97 y el 94.6% de los usuarios la recomiendan.



### Acuerdos Beneficios Sociales por sectores



## 6.2. PARTICIPACIÓN A TRAVÉS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO INFORMAL, ACTIVIDADES INTERGENERACIONALES Y VOLUNTARIADO

### 6.2.1. Reconocimiento de la contribución al trabajo informal como cuidadores a través del Programa psicoterapéutico Cuidar al Cuidador y Grupos de participación a través del CLUB DEL CUIDADOR

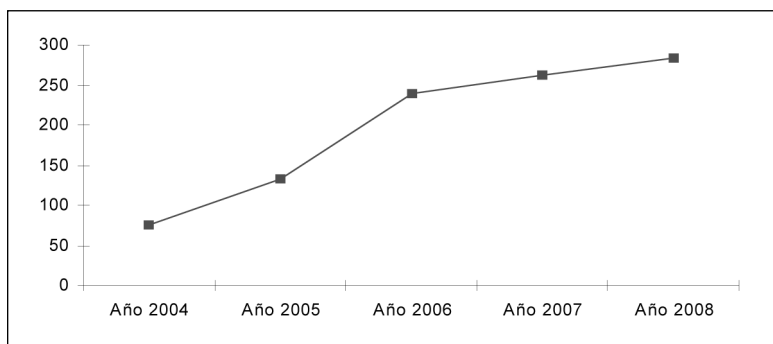
Los cuidadores informales presentan riesgo elevado de enfermar y es necesario darles apoyo con asistencia temporal, formación y/o ayudas económicas.

Con el apoyo a los cuidadores se contribuye a la permanencia del mayor en su entorno habitual.

En el Programa han participado hasta el momento cerca de 1.100 cuidadores principales de mayores dependientes, siendo el 82% mujeres, con una edad media de 66 años.

Las encuestas muestran una satisfacción media de 8.82 puntos y se recomienda en el 85.1% de los casos.

Cuidadores por año



Como proyecto novedoso contaremos en breve con el **Club de Cuidadores**, lugar de encuentro donde los cuidadores tendrán oportunidad de participar activamente en actividades lúdicas, educativas, voluntariado y expresar sus necesidades, inquietudes y opiniones. Grupos de autoayuda y participación, de ámbito municipal.

### Objetivos:

- Potenciar el reconocimiento social hacia la figura del cuidador.
- Ayudar a los cuidadores en su tarea.
  - Facilitándoles la labor de cuidar.
  - Apoyándoles en su integración social

### 6.2.2. Actividades intergeneracionales a través de Programa Vive y Convive (en convenio de colaboración con Caixa Catalunya”)

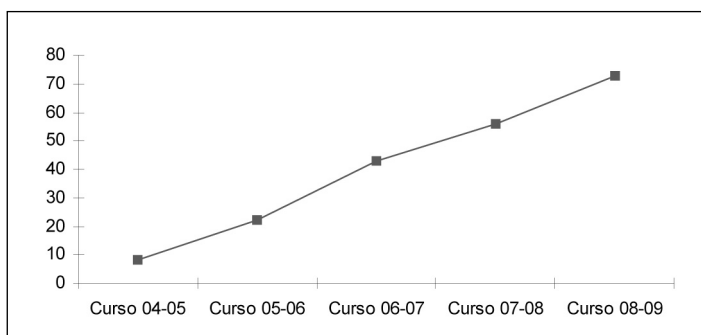
Es un programa basado en la solidaridad y transmisión de valores intergeneracionales.

Los mayores participan poniendo a disposición de jóvenes estudiantes su domicilio, y el joven ofrece compañía y apoyo.

Promueve las relaciones intergeneracionales favoreciendo la convivencia de personas mayores con jóvenes estudiantes, y a la vez contribuye a mantener a la persona mayor en su domicilio, previniendo el aislamiento y la soledad.

Desde el año 2004 y hasta el momento han participado en el programa 180 personas mayores realizándose un total de 202 convivencias.

Convivencias por curso



La encuesta de satisfacción en relación con el programa obtiene una puntuación media de 8.69 puntos, siendo recomendado por el 84.2% de los mayores entrevistados.

**6.2.3. Relaciones con organizaciones de voluntariado** donde se potencia la solidaridad y la colaboración de los mayores hacia los mayores, a través de convocatoria pública de subvenciones donde se fomenta la actuación de ONGs y otras entidades sin ánimo de lucro que trabajan por y para mejorar el bienestar de las personas mayores en Madrid; algunos de estos proyectos son presentados por mayores (Fundación Desarrollo y Asistencia).

Participación de los mayores como voluntarios en los Centros Municipales de Mayores a través de grupos de crecimiento personal y autoayuda, dirigiendo talleres y grupos de acogida.

Por medio del Club del Cuidador se intentará promocionar el voluntariado entre los propios cuidadores.

***“Todas estas actividades mantienen y aumentan sus contactos sociales y su bienestar mental, a la vez que hacen que se sientan reconfortados por su contribución a la sociedad”.***

Como hemos podido ver, de una manera más o menos intensa, nuestros recursos promocionan el envejecimiento activo, aunque es mucho lo que queda por hacer, sobre todo en el campo de la participación.

*“Los mayores tienen el derecho y la obligación de hablar, y las administraciones y la sociedad de escuchar”*

### Algunas claves y retos finales

- En la promoción de la autonomía personal es clave “aprender a vivir”. Ello significa, si se consigue, que se ha aprendido a envejecer. Y un requisito para aprender a vivir es el esfuerzo. Porque no hay objetivo, meta o reto que se logre sin esfuerzo. Por más que los medios de comunicación y la propaganda pretenda decirnos lo contrario. Esforzarse por hacer cosas para y por los demás (voluntariado); esforzarse por uno mismo (autoestima, superación); esforzarse por ser positivo, vivir con optimismo, eliminando los pensamientos negativos automáticos; esforzarse por diversificar aficiones, relaciones, diversiones, ... mirando siempre al futuro.
- Dice un proverbio chino que “la vejez comienza cuando el recuerdo es más fuerte que la esperanza”.
- Pero hay un reto importante ante nosotros hoy día y es “hacer visibles a los mayores”. Este reto implica mostrar a la sociedad y poner en valor la nueva imagen de los mayores: positivizar la vejez –podríamos decir– y es que los mayores son un activo de nuestra sociedad: Tienen edad y experiencia, y libertad, ... Tienen capacidad de influencia, de aprendizaje, de cambio, ... Tienen tiempo, dinero, ... Tienen deseos y proyectos de futuro.
- Ahora bien, con todo esto que tienen nuestros mayores, nada les vendrá dado gratuitamente. Como ocurre con cualquier otro colectivo, o ante cualquier reto infantil, juvenil o de persona mayor, solo conseguirán los mayores superar el reto de su “visibilidad en positivo” si se esfuerzan por conseguirlo, si se empeñan en ser protagonistas de sus propios proyectos de futuro. Solo así y de ninguna otra forma.