

1. NUEVAS REALIDADES LIGADAS AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

1.1 Datos sociodemográficos

En la actualidad se contabilizan en España casi 8 millones y medio de personas mayores (INE, 2014). Esta cifra, supone el 18.1% de la población total. En el caso de personas que superan los 80 años, el dato es de 2.650.992, por lo que son el 5.7% de la población total y el 31.4% de la población mayor. Es decir, 2 de cada 10 personas en España son mayores y 3 de cada 10 personas mayores son octogenarias. De estas personas que han superado los 80 años, el 63.7% son mujeres y el 36.3% son hombres. La cifra de población centenaria es de 13.165 personas, de las cuales el 79.2% son mujeres.

Tabla 1. Población por edad y sexo, 2014

2014	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total	46.771.341	22.985.676	23.785.665
Población 65 y más años	8.442.427	3.613.455	4.828.972
<i>Porcentaje 65 y más años</i>	<i>18,1</i>	<i>15,7</i>	<i>20,3</i>
Población 80 y más años	2.650.992	961.067	1.689.925
<i>Porcentaje 80 y más años</i>	<i>5,7</i>	<i>4,2</i>	<i>7,1</i>
Población 100 y más	13.165	2.737	10.428

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

En el año 1996, el porcentaje de población mayor ascendía a 15.6% y el de población octogenaria a 3.5%. En los últimos 18 años la cifra de población mayor se ha incrementado en un 26.3%, mientras que la de población de 80 y más años ha aumentado en un 48.1%; casi duplicándose. La población centenaria ha crecido en un 58.7%. Esta elevación dispar entre los grupos se debe a lo que se ha venido denominando como la "democratización de la vejez" o democratización de la supervivencia, el aumento de la esperanza de vida generalizado para la mayoría de la población (Pérez-Díaz, 2005). Además, hay que tener en cuenta, que en las franjas de entre los 70-79 años se encuentran las cohortes que sufrieron déficits de población causados por la guerra civil y postguerra.

Estas cifras se modificarán con la incursión de las cohortes nacidas en el "baby-boom" en la franja de los 65 años. El fenómeno conocido como "baby-boom" y generalizado en muchos países europeos tras la 2ª Guerra Mundial, se caracterizó por un fuerte aumento de la fecundidad entre 1957-1977. Esas generaciones representan actualmente un tercio de toda la población y llegarán a la edad de jubilación hacia la tercera década del siglo (2020). (Barrio et al, en prensa).

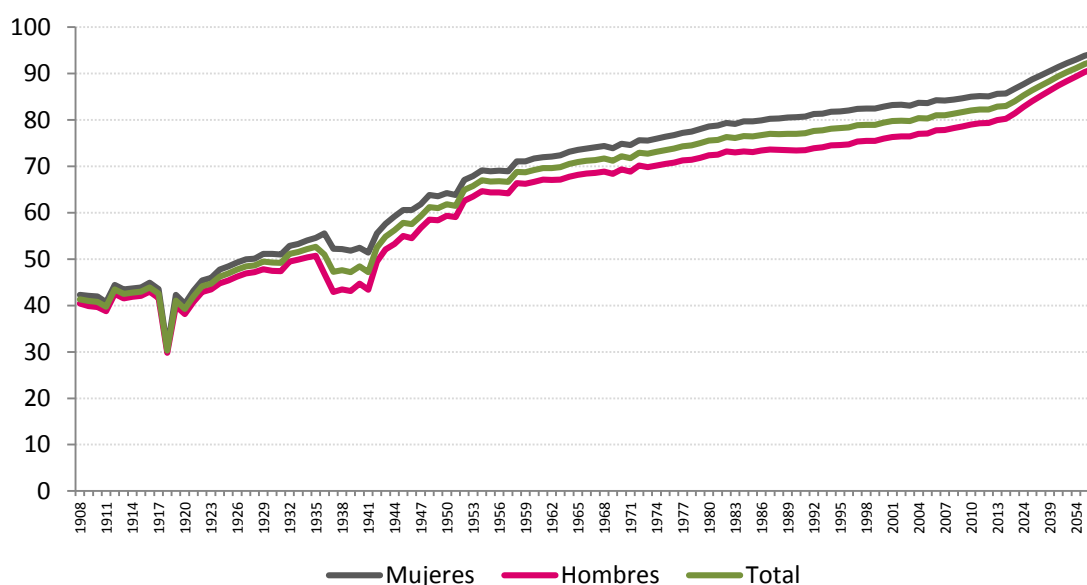
Tabla 2. Población por edad y sexo, 1996

1996	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total	39.669.392	19.399.548	20.269.844
Población 65 y más años	6.196.497	2.581.667	3.614.827
<i>Porcentaje 65 y más años</i>	<i>15,6</i>	<i>13,3</i>	<i>17,8</i>
Población 80 y más años	1.376.207	462.261	913.946
<i>Porcentaje 80 y más años</i>	<i>3,5</i>	<i>2,4</i>	<i>4,5</i>
Población 100 y más	5.442	1.870	3.573

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

La esperanza de vida (EV) es el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado. La esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. En los países occidentales, la esperanza de vida ha experimentado notables avances en el último siglo y se ha conseguido al reducirse la probabilidad de morir debido a los avances médicos y tecnológicos, reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en los niveles de condiciones materiales de vida y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios. (INE, 2015) Los últimos datos de 2014 (INE, datos provisionales) establecen una cifra de EV al nacer de 80.2 años en los varones y 85.7 años en las mujeres, situando la media total en 83 años. La EV en la primera década del S.XX, rondaba los 40 años, un siglo después, esta cifra se ha multiplicado por dos. Las proyecciones de población para 2064 estiman que la EV se elevará a 92.65 años de media, 94.3 años para las mujeres y 91 para los hombres.

Gráfico 1. Esperanza de Vida (EV), 1908-2014 y proyecciones 2019-2063



Fuente: Elaboración propia a partir de datos: Blog Envejecimiento[en-red], 3: diciembre (2014).

Blog Envejecimiento[en-red], 10: junio (2015). ISSN 2387-1512

2019-2063: INE: INBASE: Proyecciones de población. INE.

2014*: Datos provisionales

Según *The Ageing Report* de la Comisión Europea (2015), la esperanza de vida femenina en el año 2013 era la más elevada de la Unión Europea (UE-28). Mientras, el ratio de fertilidad es uno de los más bajos (1.3 hijos/as por mujer). En las proyecciones sobre este ratio también se prevé que España seguirá manteniéndose entre los países con menores puntuaciones. Aunque la cifra sufrirá un ligero incremento respecto al actual, se situará en 1.9 hijos/as por mujer en 2060 y nos posicionaremos en el tercer país de Europa con el ratio de fertilidad más bajo.

En las proyecciones de población se prevé que para 2050 la cifra de personas mayores ascenderá a 16.448.452, casi el doble que el actual (INE, 2014). Serán entonces el 37.6% de la población total. El dato de personas octogenarias rondará los 7 millones de personas, suponiendo el 16% de la población total y el 42.4% de la población mayor. La previsión del número de personas centenarias es de 172.459, aumentando en un 92.4%. Es decir, la cifra actual de personas centenarias se multiplicará por 13 en los próximos 36 años.

Tabla 3. Población por edad y sexo, 2050

2050	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total	43.731.748	21.125.538	22.606.209
Población 65 y más años	16.448.452	7.431.518	9.016.934
<i>Porcentaje 65 y más años</i>	<i>37,6</i>	<i>35,2</i>	<i>39,9</i>
Población 80 y más años	6.976.423	2.916.386	4.060.036
<i>Porcentaje 80 y más años</i>	<i>16,0</i>	<i>13,8</i>	<i>18,0</i>
Población 100 y más	172.459	45.844	126.615

Fuente: Elaboración propia a partir de datos: INE: INEBASE: Proyecciones de población 2014-2064. INE.

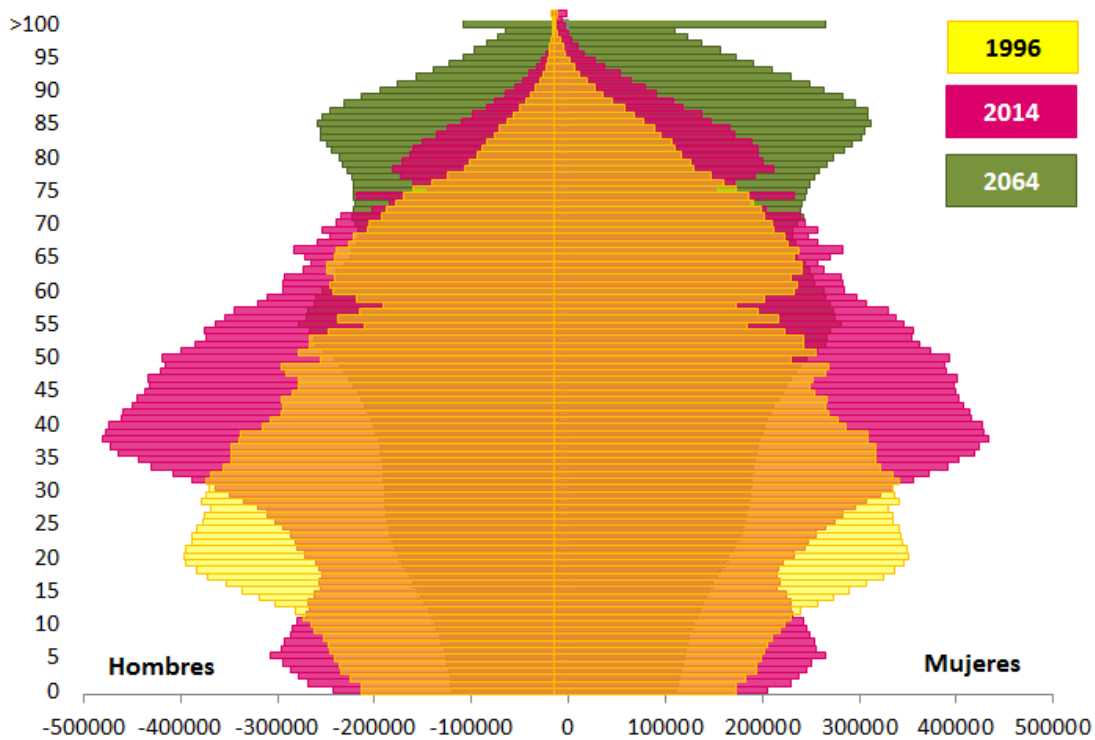
Las proyecciones de población para 2064, último año que ofrece el INE, auguran un futuro en el que casi 4 de cada 10 personas en nuestro país habrán superado los 65 años. Y 2 de cada 10 serán octogenarias.

Tabla 4. Población por edad y sexo, 2064

2064	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total	40.883.832	19.690.223	21.193.609
Población 65 y más años	15.829.223	7.105.585	8.723.641
<i>Porcentaje 65 y más años</i>	<i>38,7</i>	<i>36,1</i>	<i>41,2</i>
Población 80 y más años	8.848.483	3.771.572	5.076.913
<i>Porcentaje 80 y más años</i>	<i>21,6</i>	<i>19,2</i>	<i>24,0</i>
Población 100 y más	372.775	107.813	264.962

Fuente: INE: INEBASE: Proyecciones de población 2014-2064. INE.

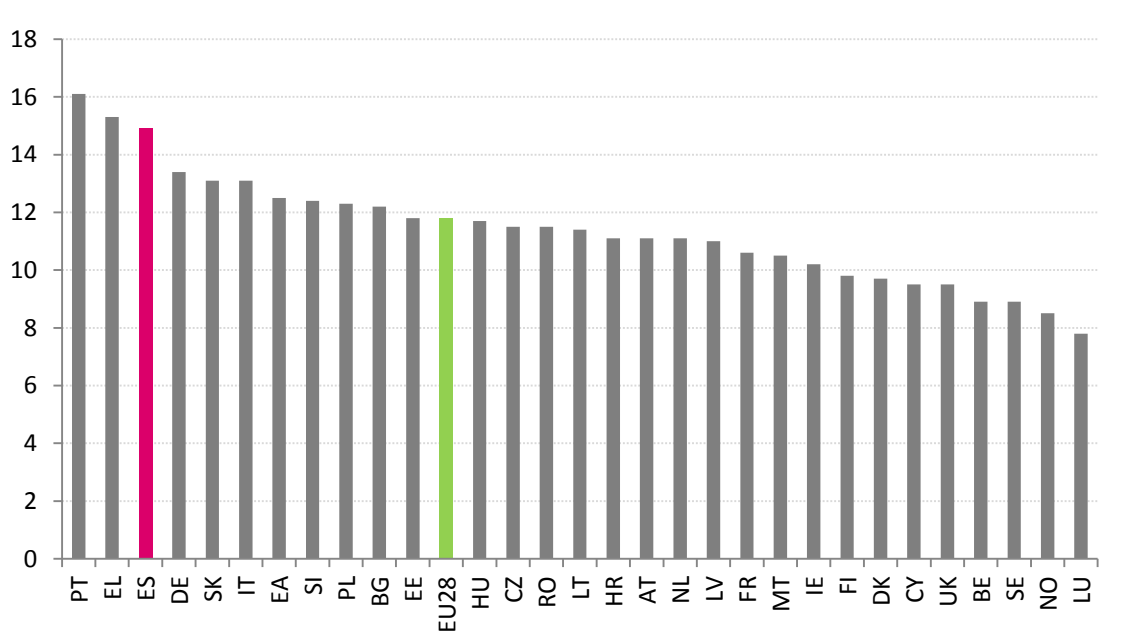
Gráfico 2. Pirámides de población, 1996, 2014 y 2064



Fuente: Elaboración propia a partir de: INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 1996. INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. INE. Proyecciones de población 2014-2064. INE.

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

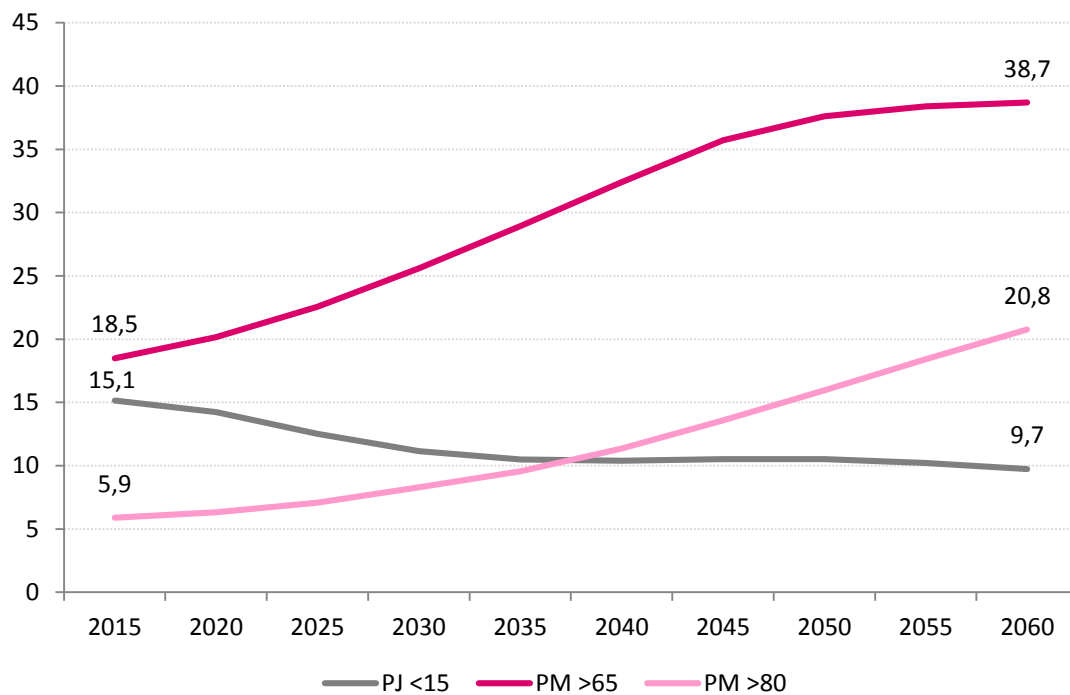
Gráfico 3. Porcentaje de personas de 80 y más años sobre el total UE-28, 2060



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

Se estima, además, una inversión de la tendencia demográfica futura por la que la proporción de personas menores de 15 años se reducirá, mientras que la de personas mayores y octogenarias irá en aumento, como ya se ha comentado. En un periodo de 20 años, hacia el año 2035, se prevé que la cifra de personas octogenarias superará a la de personas jóvenes en edades infantiles, hasta llegar a duplicarla en 2060. A comienzos del S.XXI se experimentó la primera inversión de la tendencia demográfica, superando el número de personas mayores al de niños/as. Antes de llegar a la mitad de este mismo siglo, se volverá a producir una inversión demográfica histórica con un aumento extraordinario de la población sobreenejecida, con un ritmo acelerado y con implicaciones en diferentes ámbitos de la vida. El tamaño actual de la población de edad, su crecimiento reciente y la previsible evolución futura es un desafío para los responsables políticos, el sistema sanitario, el económico y social y para los propios individuos y las familias. (Abellán y Sancho, 2011).

Gráfico 4. Evolución: Porcentaje de población menor de 15, mayores de 65 y mayores de 80, 2015-2060

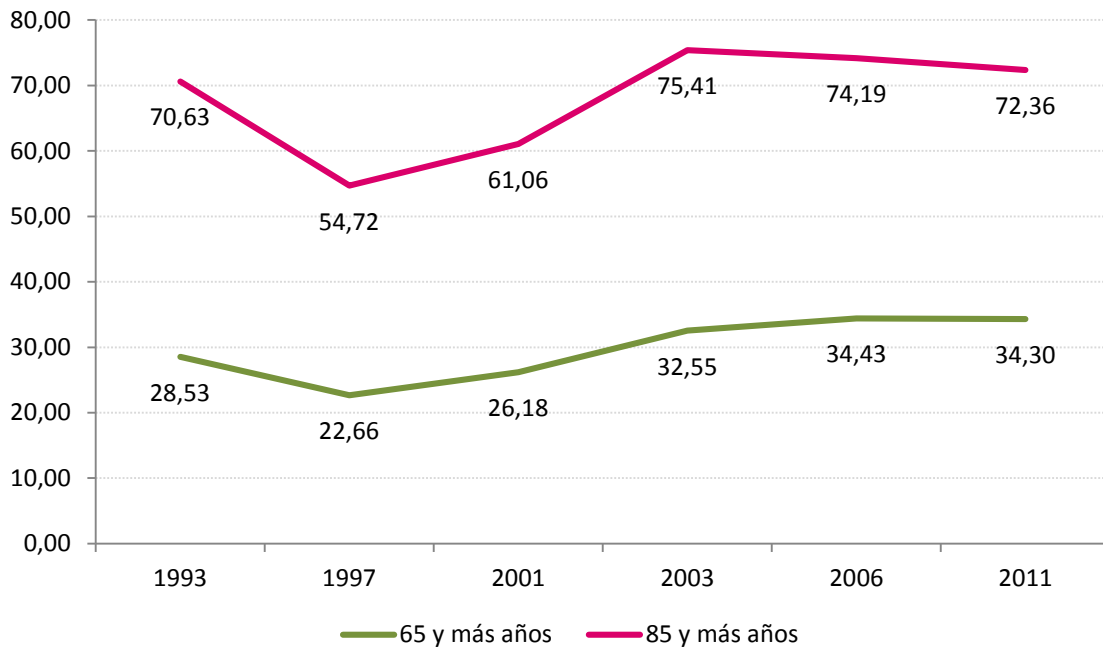


Fuente: Elaboración propia a partir de datos: INE: INEBASE: Proyecciones de población 2014-2064. INE.

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

Una de las principales tendencias a lo largo del siglo XX ha sido el cambio radical en los patrones de enfermedad y muerte. Las enfermedades crónicas y degenerativas sustituyen a las infecciosas y parasitarias; es un cambio epidemiológico global, más acentuado entre los mayores, donde las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos de enfermedades y de causas de muerte. Las mejoras en la industria farmacéutica, rehabilitación y sistema sanitario están contribuyendo a un retraso de la discapacidad y de la muerte. (Abellán y Sancho, 2011).

Gráfico 5. Dependencia para el cuidado personal, 1993-2011



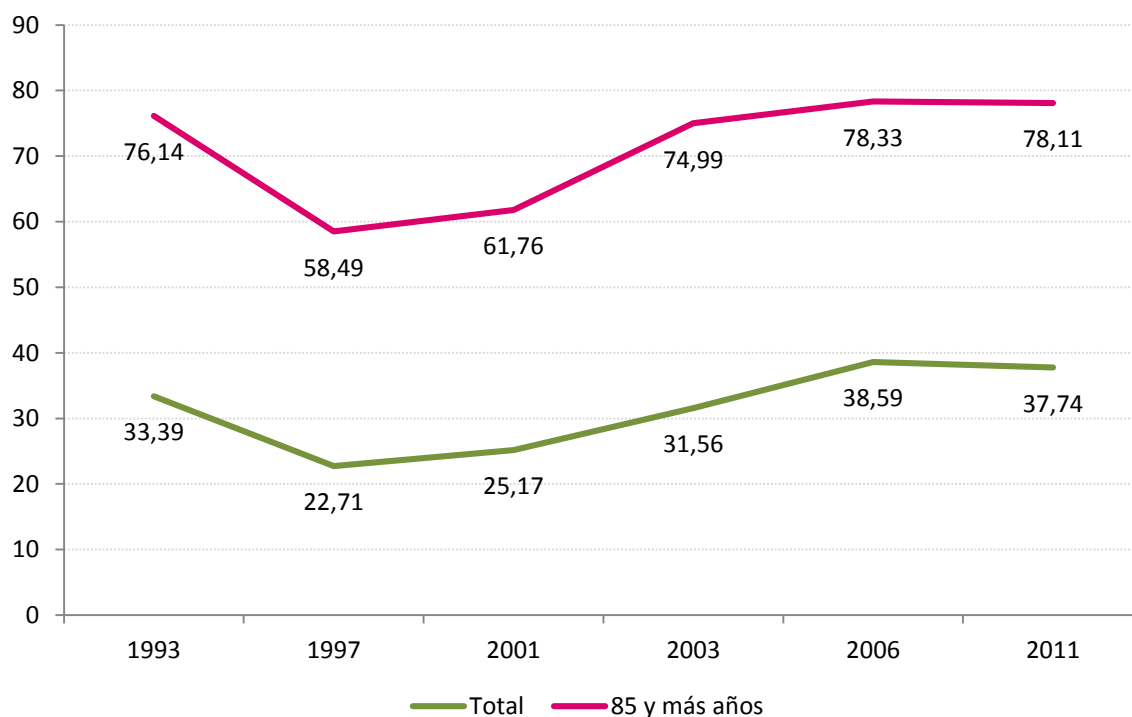
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Encuesta Nacional de Salud de España, 1993-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el ámbito del **cuidado y la necesidad de ayuda**, los cambios acontecidos durante los últimos años parecen evidenciar una tendencia ascendente en el porcentaje de población en situación de dependencia. Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE, 2011), un 34,30% de las personas mayores necesitan ayuda para el cuidado personal, mientras que en 1993 esta cifra era del 28,53%. En el caso de las personas de 85 y más años estas cifras aumentan del 70,63% en 1993 al 72,36% en 2011. El aumento de la esperanza de vida, una mayor supervivencia de las cohortes y una mayor longevidad, es una de las causas del crecimiento en el número de personas que se encuentran en esta situación, lo cual concuerda con lo comentado en el punto 1.4, del presente trabajo donde se aprecia cierta expansión de la morbilidad (Puga, Pujol, Abellán, 2014). Esto se corresponde con la existencia de un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en estas situaciones; un 76,38% de mujeres mayores de 85 años y un 64,86% de varones, al ser las mujeres protagonistas de las cohortes de más edad. La dependencia funcional para el cuidado personal de la población de 65 y más años se calcula en la ENSE a través de la capacidad para realizar 8 actividades: tomar medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar), comer (cortar la comida e introducirla en la boca), vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse, peinarse

(mujer) o afeitarse (hombre), cortarse las uñas de los pies, lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba, ducharse y bañarse, quedarse solo durante toda la noche. Se considera dependencia funcional para el cuidado personal si la persona entrevistada responde "puede realizarlo con ayuda" o "no puede realizarlo de ninguna manera" al menos a una de las actividades. En total se contabilizan en España casi 3 millones de personas mayores en situación de dependencia funcional. Cerca de 800.000 son mayores de 85 años (datos en relación con la población de 2011).

En el caso de la necesidad de ayuda para las labores domésticas, los porcentajes se elevan a casi 8 de cada 10 personas de 85 y más años y a casi 4 personas mayores de 65. Es decir, la gran mayoría de las personas de 85 años necesitan ayuda para efectuar las tareas domésticas de su hogar. La dependencia funcional para las labores domésticas se evalúa a través de la capacidad para realizar 13 actividades: utilizar el teléfono (buscar el número y marcar), comprar comida o ropa, preparar su propio desayuno, preparar su propia comida, cortar una rebanada de pan, fregar los platos, hacer la cama, cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa o el piso (fregar el suelo o barrer), limpiar una mancha del suelo, coser un botón.

Gráfico 6. Dependencia para las labores domésticas 1993-2011



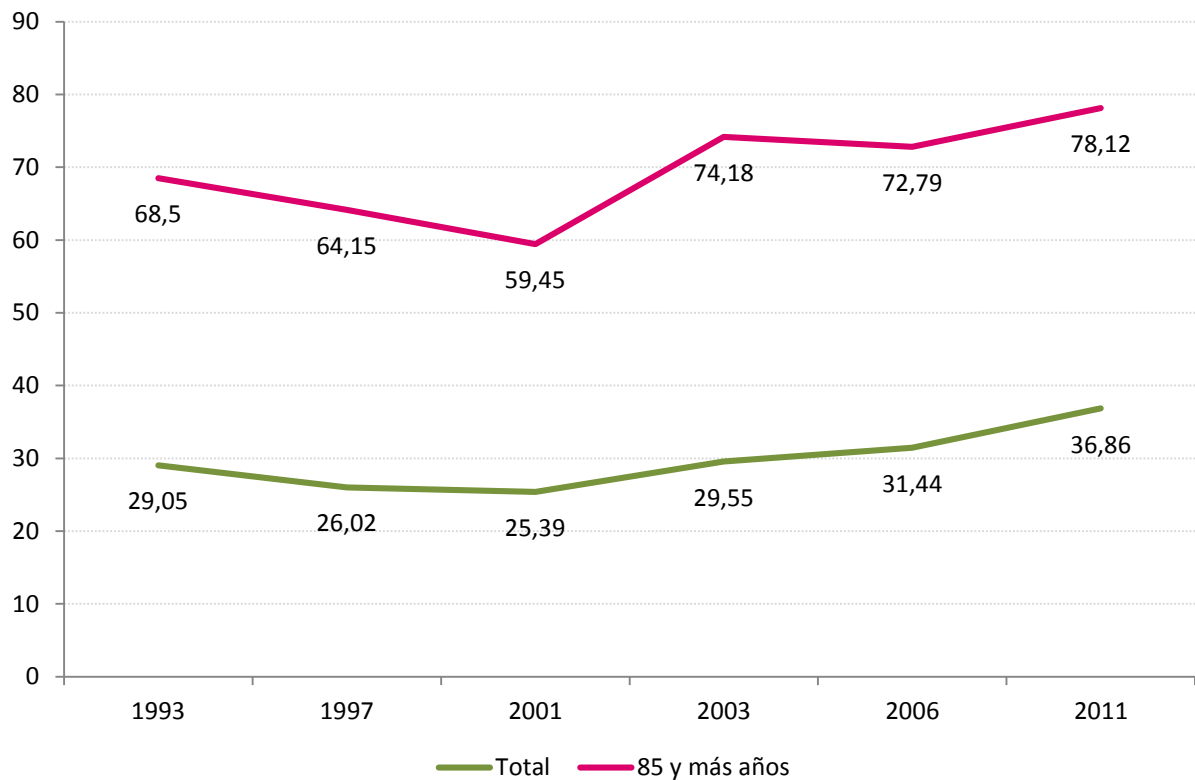
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Encuesta Nacional de Salud de España, 1993-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las cifras de personas en situación de dependencia funcional para la movilidad son similares a las anteriores; un 78,11% de las personas de 85 y más años y un 37,74% de las personas mayores se encuentran en esta situación de necesidad de ayuda. Estas cifras son las que más se han elevado respecto a 1993, en un 7,81% en el caso de personas mayores y en un 9,62% en

el de personas con 85 y más años. Por lo que, en los últimos 18 años el número de personas de 85 y más años que necesitan ayuda para la movilidad ha ascendido casi en un 10%.

La dependencia para la movilidad se evalúa a través de la capacidad para realizar 6 actividades: coger el autobús, metro, taxi, etc., administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques), andar (con o sin bastón), levantarse de la cama y acostarse, subir diez escalones, andar durante una hora seguida. Se considera dependencia funcional para la movilidad si la persona entrevistada responde "puede realizarlo con ayuda" o "no puede realizarlo de ninguna manera" al menos a una de las actividades.

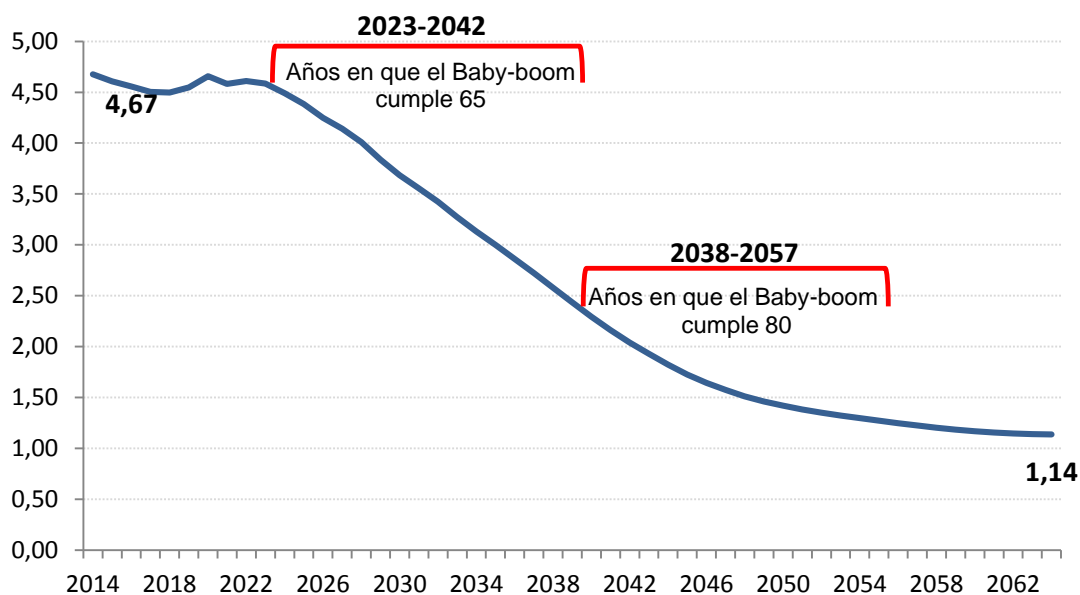
Gráfico 7. Dependencia para la movilidad 1993-2011



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

Este incremento de la población de más edad, del aumento de la esperanza de vida y del consiguiente crecimiento de la población en situación de dependencia, se estima traerá consigo un descenso del ratio de apoyo familiar. El ratio de apoyo familiar se calcula a través del número de personas de 45-64 años respecto de las de 80 y más, suponiendo que las personas de esta franja de edad (45-64) son las potenciales cuidadoras de las personas octogenarias, potenciales personas en situación de dependencia. Esto supondría que el ratio del apoyo familiar pasará del 4.67 en 2014 al 1.14 en 2064 (INE). Es decir, por cada persona octogenaria habrá 1,14 personas de entre 45 a 64 años como potencial cuidadora en el ámbito familiar. Parece necesaria una revisión de este ratio, dado que actualmente un número muy importante de personas entre 65 y 80 años también asumen importantes tareas de apoyo y cuidados.

Gráfico 8. Ratio del apoyo familiar, 2014-2064



Fuente: Elaboración propia a partir de: INE: INEBASE: Proyecciones de población 2014-2064.

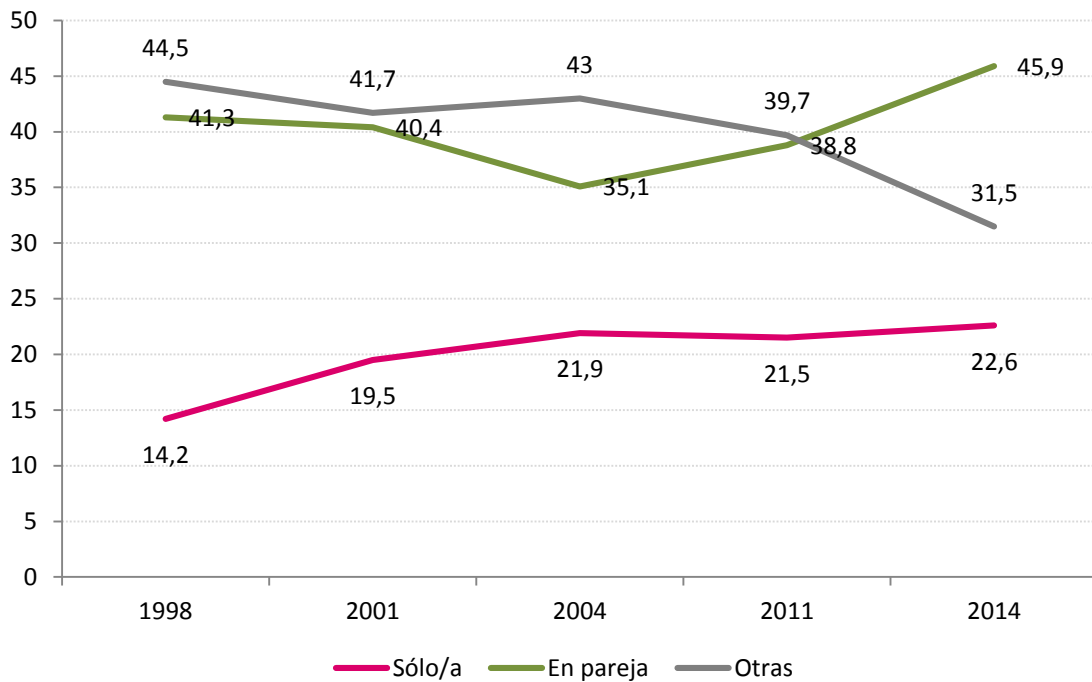
Según los datos de *The Ageing Report* (European Commission, 2015), España es el tercer país europeo con mayor ratio de dependencia, calculado en este caso con la cifra de población octogenaria en relación con la población en edad de trabajar (15 a 64 años). Es decir, en España en el periodo de 2013-2060 el número de personas mayores en relación con las potenciales en el mercado de trabajo supera a la mayoría de los países de Europa, quedando sólo por detrás de Portugal y Grecia.

1.3 Cambios sociales y económicos en la última década.

Un dato relevante sobre los cambios acontecidos en las últimas décadas en la población mayor es el **aumento de los hogares unipersonales**, los hogares formados por una persona. Según los últimos datos del INE (2014, datos provisionales) en la actualidad un 22.6% de las personas mayores viven solas. Cifra que ha ascendido del 14,2% en 1998. En total 1.853.700 personas de 65 y más años viven en soledad en España.

Esta tendencia se constata no sólo de la población mayor, sino en toda la población. En los últimos años, los hogares unipersonales han ido en aumento para todas las edades. Según el INE, en España hay 4.535.100 hogares unipersonales, es decir, formados por una única persona. De esta cifra, 1.853.700 (un 40,9%) corresponden a personas de 65 o más años que viven solas. Y, de ellas, un 72,2% están formados por mujeres (1.337.700 hogares). Comparando con los valores medios de 2013, el número de hogares unipersonales ha crecido un 2,8%. En términos absolutos hay 123.100 más. Son el tipo de hogar que más ha ascendido. La propensión a vivir solo es diferente según sexo y edad. Así, es más elevada en los hombres hasta que llegan a 55 años, y mayor en las mujeres a partir de 65 años.

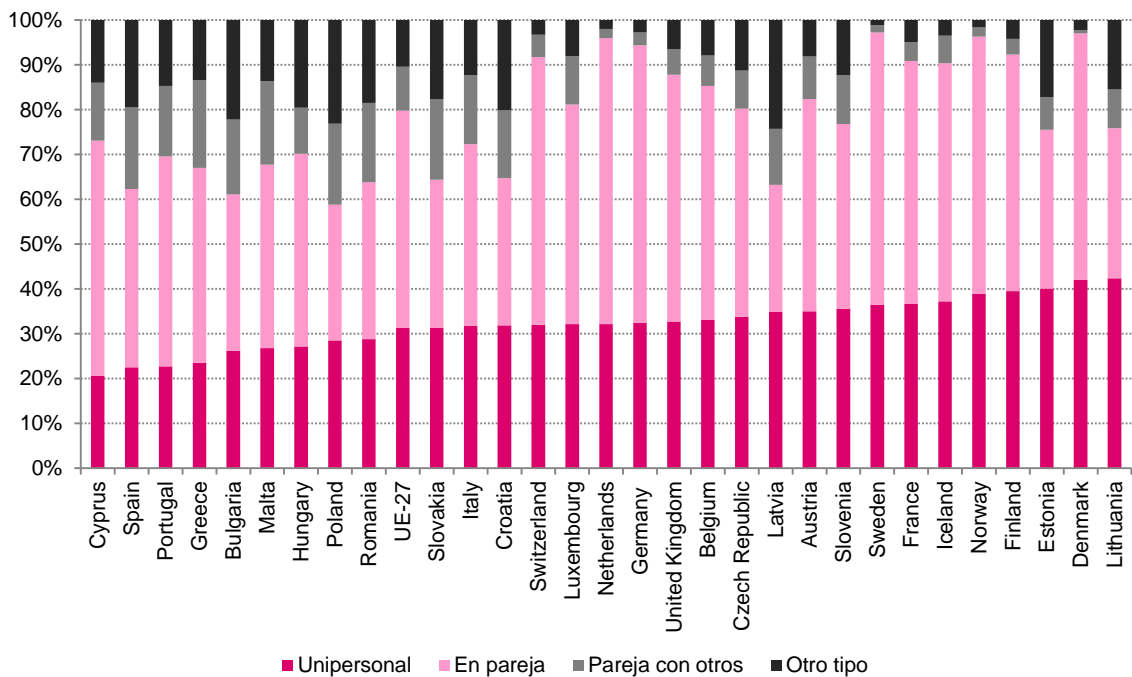
Gráfico 9. Hogares de personas de 65 y más años según la forma de convivencia, 1998-2014



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

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

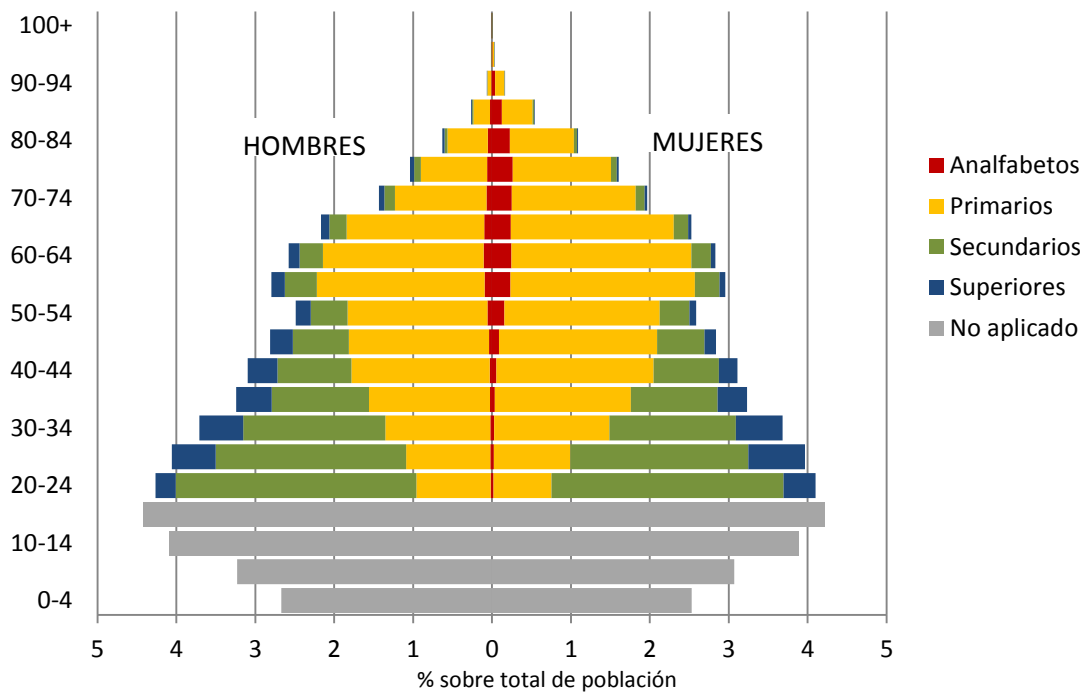
Gráfico 10. Distribución de la población de 65 y más años según tipo de hogar, 2013



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

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

Gráfico 11. Pirámide de población según nivel de estudios. España, 1991

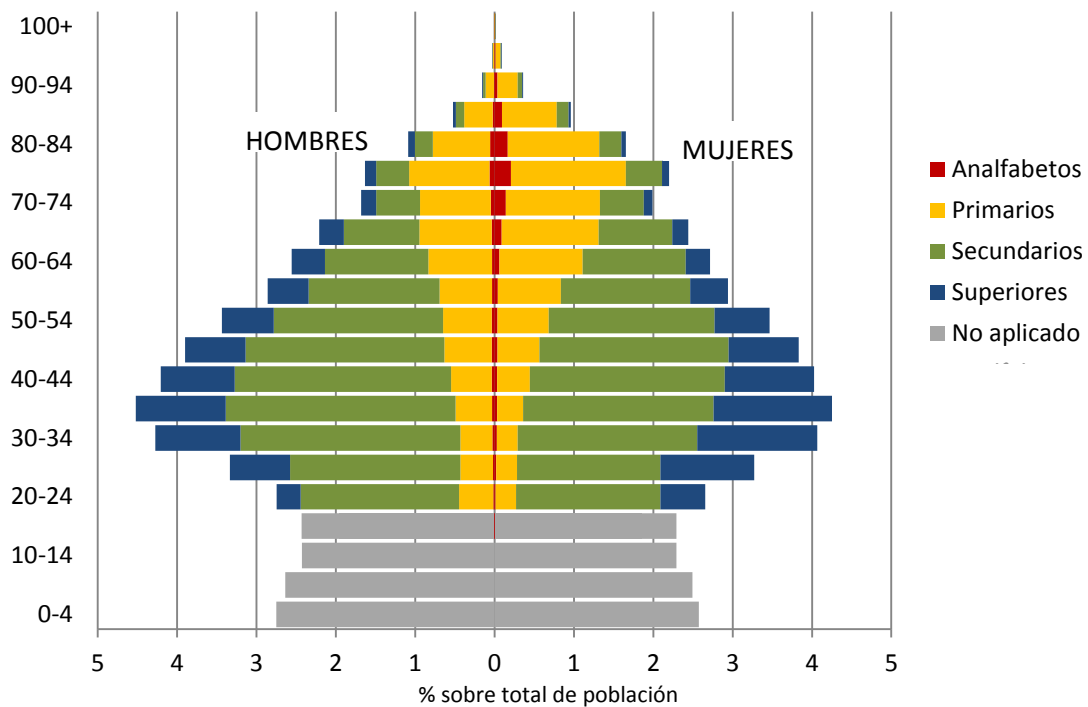


Fuente: Blog Envejecimiento[en-red], 1: abril (2015).

En el perfil de población de 2011 se observa un dibujo diferente; se estrecha la figura de población con estudios primarios y sin alfabetizar y aumenta la de estudios secundarios y superiores. Por ejemplo, el porcentaje de población de 70 a 74 años con estudios superiores ha pasado del 3.2% en 1991 al 8.1% en 2011.

En el futuro además se prevé que el nivel educativo siga aumentando ya que entre las personas de 50 a 54 años se ha pasado del 5.6% de personas con estudios superiores al 19.5%. Estas generaciones son las que en 2020 entrarán en la edad de los 65 años.

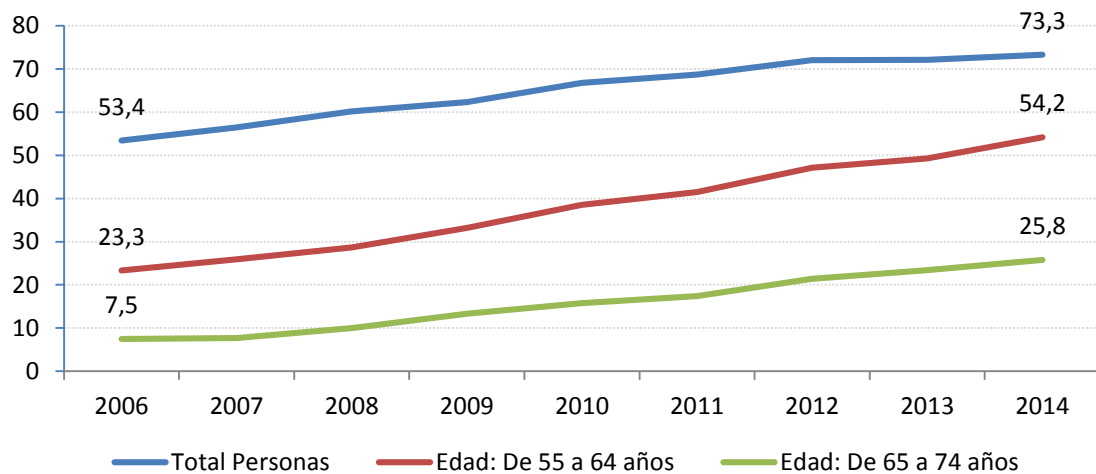
Gráfico 12. Pirámide de población según nivel de estudios. España, 2011



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

Una consecuencia de este aumento en el nivel educativo se evidencia también en el aumento del uso del ordenador y las **nuevas tecnologías de comunicación (TICs)**. El ordenador era utilizado en 2006 por un escaso 7.5% de la población mayor (de entre 65 a 74 años), mientras que en 2014 hay un 25.8% de personas que lo utilizan con frecuencia. Entre la población de 55 a 64 años, esta cifra se eleva al 54.2% que lo usan en la actualidad. Por tanto, las generaciones futuras de personas mayores utilizarán el ordenador como herramienta en su vida cotidiana de forma mayoritaria, ya que además de contar con la mitad de la población usuaria en la generación anterior, se vislumbra un descenso de la brecha digital más allá del generacional. El consumo de estas herramientas aumenta a un nivel superior al avance de las cohortes.

Gráfico 13. Uso del ordenador, 2006-2014

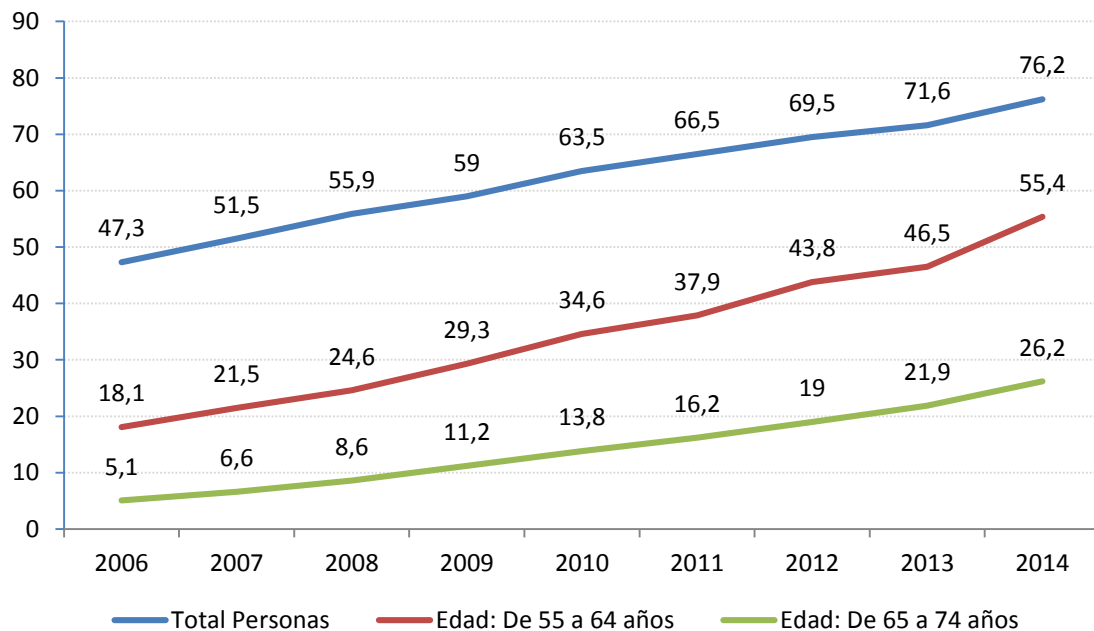


Fuente: Elaboración propia a partir de datos: INE: INEBASE: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2014.

Situación similar se percibe en el uso de internet. El uso de internet ya es mayoritario entre la población de todas las edades (76.2%). En el caso de la población mayor, más de 1 de cada 4 declara utilizarlo con asiduidad (en los últimos 3 meses). Esta cifra se ha elevado del escaso 5 de cada 100 personas en 8 años. Más de la mitad de la población de entre 55 a 64 años consume internet en nuestros días.

Tanto en el consumo de internet como en el uso del ordenador, el aumento más importante en los diferentes grupos de edad se encuentra en esta generación. Las personas entre 55 y 64 años en un periodo corto de tiempo han comenzado a integrar las TICs en su vida cotidiana de manera muy considerable. Con un aumento de más de 30 puntos porcentuales en el uso del ordenador y casi 40 en la utilización de internet. Esta población son las personas mayores del futuro más próximo, con habilidades tecnológicas y niveles educativos más elevados que las anteriores generaciones.

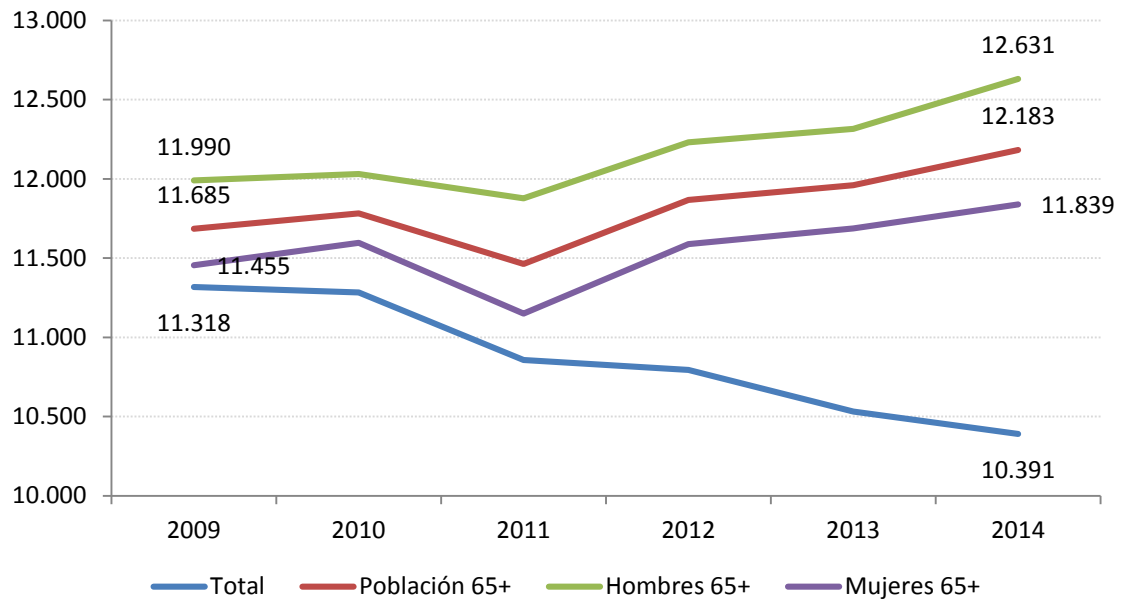
Gráfico 14. Uso de internet, 2006-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos: INE: INEBASE: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2014.

En el análisis de cambios económicos acontecidos en los últimos años se observa, cómo al contrario que en la población total, la renta neta media por persona ha evolucionado en una tendencia ascendente, excepto en el 2011, en el último periodo de 5 años. Durante la crisis económica las personas mayores en España han logrado mantener e incluso aumentar ligeramente sus estatus económico, mientras en la población total ha descendido considerablemente.

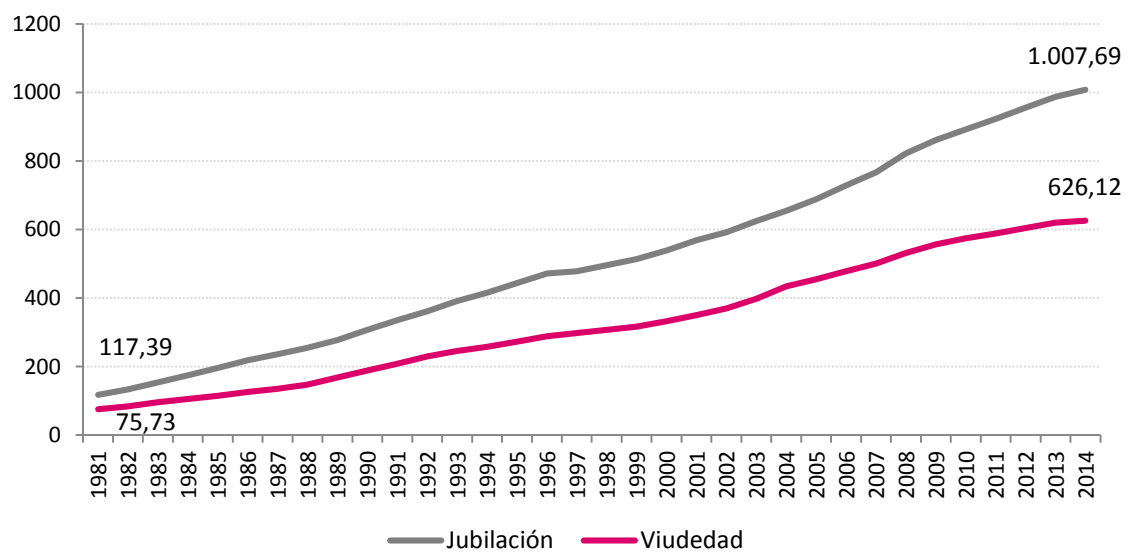
Gráfico 15. Renta anual neta media por persona según edad, 2009-2014



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

El importe de las pensiones de jubilación y viudedad no ha experimentado retrocesos, incluso en el periodo de crisis económica. El importe medio de las pensiones han aumentado considerablemente en los últimos 30 años, de 117,39 euros en 1981 a 1.007,69 en 2014 en la pensión de jubilación y de 75.73 euros a 626,12 en las de viudedad. Existe una diferencia evidente entre el importe de la pensión media de jubilación y el de viudedad. El importe medio en la pensión de jubilación va de 835,77 euros en Galicia a los 1.245,67 en el País Vasco. En el caso de la pensión de viudedad, ésta oscila entre: 528,89 euros en Galicia y los 742,49 en el País Vasco.

Gráfico 16. Importe medio de las pensiones de jubilación y viudedad, 1981-2014

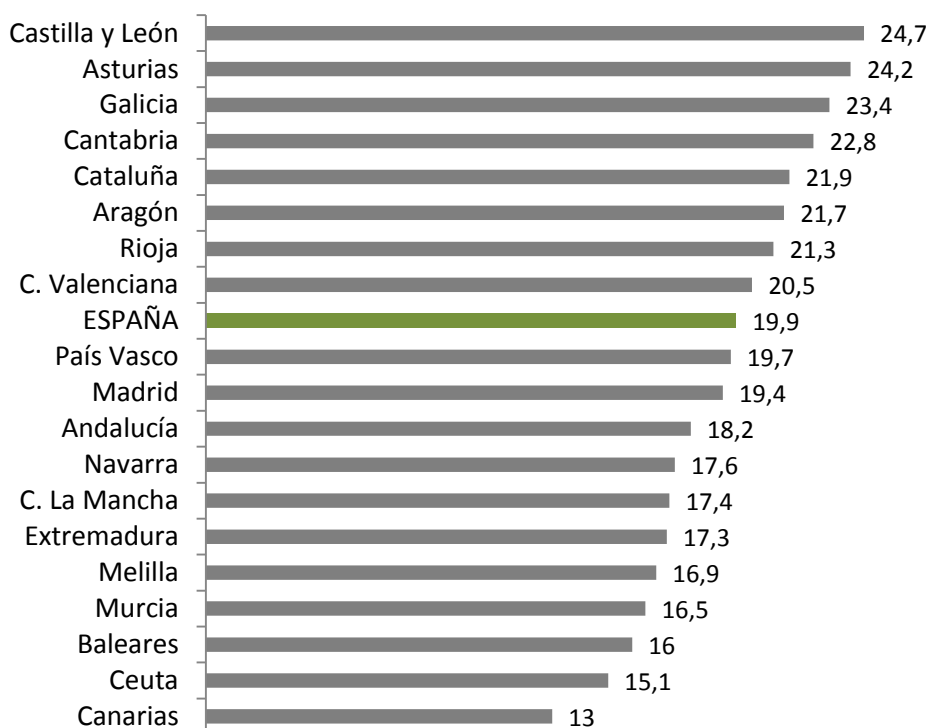


Fuente: Elaboración propia a partir de datos: INSS: Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Nota: Dato de Diciembre de cada año.

Según el último estudio publicado en el Observatorio Social de las Personas Mayores (CCOO, 2014), en el año 2013 un 19.9% de los hogares de nuestro país estaban sustentados por una persona con una pensión de jubilación. Los hogares cuya fuente principal de ingresos es una prestación de jubilación, están aumentando durante el periodo de crisis, hasta alcanzar el 20% del total de hogares en 2013. La mayor proporción de hogares sustentados por personas que cobran una prestación de jubilación se encuentra en las Comunidades Autónomas de Castilla y León (24,7%) y Asturias (24%), donde casi uno de cada cuatro hogares está sustentado por una persona jubilada, mientras que en el extremo opuesto se encuentran Comunidades como Canarias (13%) o Baleares (16%).

Gráfico 17. Hogares sustentados por una persona que cobra prestación de jubilación, 2013



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

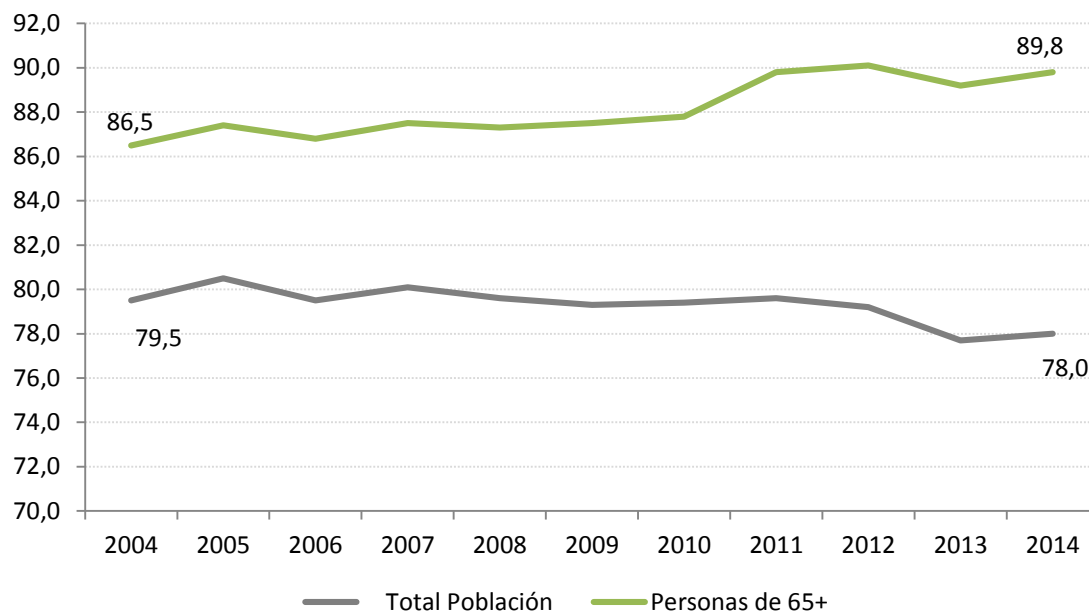
Aunque la solidaridad económica de padres y madres a hijos e hijas es una práctica habitual en nuestra sociedad, el impacto de la crisis económica actual ha supuesto un aumento de estas ayudas. El elevado índice de desempleo registrado en los últimos años, con especial incidencia en las generaciones jóvenes, ha hecho que las familias de origen cobren cada vez más importancia en el mantenimiento de otros núcleos externos al hogar. De esta manera, las personas mayores, con una mayor estabilidad económica garantizada a través de su pensión y de su vivienda en propiedad, han tenido que solventar problemas monetarios de sus parientes.

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

El régimen de tenencia de la vivienda se considera un indicador muy relevante al analizar los recursos y situación socioeconómica de las personas mayores. Supone un alivio en los

presupuestos familiares y, en consecuencia, proporciona un sentimiento importante de seguridad en esta etapa de la vida (Barrio et al, en prensa). La gran mayoría de las personas mayores tienen su vivienda en propiedad (89.8%). La línea de tendencia parece, además, ir en aumento, aunque se observa un ligero descenso de 2012 a 2013. La tenencia en propiedad para el resto de población ha ido sin embargo en leve descenso.

Gráfico 18. Personas con vivienda en propiedad según edad, 2004-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: INE: INEBASE: Encuesta de Condiciones

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

Después de la llamativa foto anterior relacionada con los cambios demográficos y de condiciones de vida acaecidos, necesitamos antes de caracterizar y definir los nuevos "tipos" de vejez que se presentan en la actualidad, responder a algunas preguntas previamente, dos de las cuales, son especialmente pertinentes para el objeto del presente trabajo. La primera cuestión tiene que ver con si el irrefutable aumento de esperanza de vida logrado en las sociedades occidentales, se ha logrado aumentando el tiempo de vida con discapacidad o sin él. Y la segunda pregunta, complementaria con la primera, si, con independencia de vivir más tiempo (con o sin discapacidad) existen o no mejoras en el funcionamiento de los individuos en diferentes áreas (física, cognitiva, emocional, independencia respecto a AVDS, etc.) a lo largo del proceso de envejecimiento; en otras palabras, si las personas nacidas en cohortes diferentes a la misma edad, tienen un mejor o peor funcionamiento en distintas áreas. Ambas preguntas nos facilitarán además de definir los tipos de envejecimiento existentes, argumentar las iniciativas y acciones que se propone que la Fundación Bancaria "la Caixa" aborde.

La respuesta a la primera pregunta es compleja. Así como es sencillo definir que es la mortalidad, es notablemente más difícil definir qué se entiende por morbilidad o discapacidad, que son conceptos claramente multidimensionales (Martin, Freedman, Schoeni, & Andreski, 2010), que varían entre los diferentes estudios y hacen difícil su comparación al basarse en definiciones distintas del mismo concepto. En general, diversas teorías analizan si el aumento de esperanza de vida, son años ganados libres de discapacidad, o por lo contrario, vivimos más a costa de vivir más años con discapacidad. Existen tres teorías clásicas que analizan esta cuestión:

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

Si bien estas tendencias, hacia la compresión, la expansión o el equilibrio, pueden sucederse en el tiempo o coexistir en distintos ámbitos espaciales, los datos existentes en el estado español (Puga, Pujol, Abellan, 2014) apuntan a un aumento de los años de vida libres de discapacidad en los últimos lustros, con un retroceso en los últimos años (aumento de los años de vida con discapacidad) debido fundamentalmente a la crisis económica y con diferencias interterritoriales, un patrón geográfico Norte-Sur con mayores esperanzas de vida libres de discapacidad concentradas en el norte, excepto Andalucía. Así pues, a la luz de los datos existentes en la actualidad, no es posible llegar a una respuesta clara a esta primera pregunta sobre si la morbilidad se comprime o no, y es necesario esperar nuevos datos que permitan - en su caso- dilucidar esta pregunta.

Respecto a la segunda cuestión, si existen o no mejoras en el funcionamiento de los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento, es decir, si las personas nacidas en cohortes diferentes a la misma edad, tienen un mejor o peor funcionamiento en distintas áreas, existe cada vez mayor evidencia acumulada de dicha mejora. Aunque hay discrepancias entre diversos trabajos en torno a la cuantificación de dicha mejoría, diferentes autores y estudios sugieren ganancias en distintas áreas de evaluación siempre a favor de las cohortes nacidas más tarde, en comparación con las cohortes nacidas antes. En definitiva, podemos afirmar que disponemos de evidencias científicas en aspectos como:

- i. Aplazamiento del declive físico, cognitivo y funcional (Linderberger, 2012; Small, Dixon y Mc Ardle, 2011; Vaupal, 2010; Falk et al, 2014) hacia edades cada vez más mayores, aunque se puede esperar que dicho declive tenga lugar antes de la muerte del individuo (Christensen et, 2008).
- ii. Mejor bienestar (Gestorf, 2015).
- iii. Menores dificultades (en mujeres) ante el afrontamiento de eventos estresantes (Perrig-Chiello, Spahni, Höpflinger y Carr, 2015).
- iv. Mayor implicación en actividades (Falk et al, 2014) de valor añadido (tiempo libre) lo que deviene en mejores conductas preventivas.
- v. Mantenimiento durante más tiempo de una identidad no relacionada con la edad (Falk et al, 2014).
- vi. Mayor satisfacción con sus contactos sociales (Falk et al, 2014)

Respondiendo conjuntamente a la primera y la segunda pregunta que se planteaban en este epígrafe, parece evidente que las mejoras en diferentes áreas de funcionamiento de los individuos, alcanzan las primeras etapas del envejecimiento, pero existen dudas (Gerstorff, Ram, Hoppmann, Willis, & Schaie, 2011; Hülür, Infurna, Ram, & Gerstorff, 2013) de las posibilidades de generalización de estas mejoras a edades muy avanzadas, que siguen -como se recogía en el pto 1.2. del presente trabajo- teniendo importante necesidades de ayuda.

1.5. Etapas vitales en el proceso de envejecimiento

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

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

En términos de envejecimiento y por definirlo en una única frase: se ha pasado de una concepción homogeneizadora de una única "tercera edad", a tres etapas diferenciadas, distintas, y muy personales de eso que hemos venido a llamar "envejecimiento". Una primera etapa donde los sujetos se conciben "mayores pero no viejos", una segunda etapa de entrada en la "fragilidad" y una tercera de "pérdida de autonomía" que adquiere diversas denominaciones en función de la literatura consultada (Yanguas, Prieto, Buiza, Etxeberria, Gonzalez, Galdona y Urdaneta, 2008; Prieto, Etxeberria, Galdona, Urdaneta y Yanguas, 2009; Broussy, 2013; Prieto, 2015). Estas tres etapas no son obligatoriamente evolutivas, ni conciernen a todos los individuos y se dan bajo el paraguas de las grandes diferencias interindividuales que acompañan siempre a la vejez.

Resumidamente:

- i. La primera etapa está caracterizada por una percepción generalizada de las personas, que se sienten mayores, pero no viejas o ancianas. Si hace no demasiados años la jubilación suponía el comienzo del fin de la vida, para las personas que actualmente se jubilan (entre los cincuenta y cinco y los sesenta y cinco años), esta etapa es el comienzo de una nueva vida. Algunos todavía son "padres mayores" de "niños pequeños", es una fase nueva, inexplorada, desconocida, dinámica, activa, llena de posibilidades novedosas, de poder cambiar el proyecto vital, de desbloquear deseos y aspiraciones pospuestas; siempre que la persona pueda hacerlo. Las personas se definen desde la adultez, siguen desempeñando las actividades y roles que han ejercido a lo largo de su vida, y lo que dejan atrás no es su vida adulta -su proyecto vital- para pasar a otra etapa, lo que abandonan en su pasado laboral, no su trayectoria vital. No perciben un paso de etapa, como el que años atrás percibían sus mayores, su conciencia está más bien anclada en la idea que su proceso madurativo no ha concluido, no hablan de desvinculación y repliegue, sino de crecimiento y desarrollo. La dificultad reside en imaginar el futuro como un espacio de proyección personal, la complicación radica a veces en conectar con el propio deseo y comprender que actividades dan sentido y canalizan el proyecto vital que cada individuo quiere desarrollar.
- ii. La segunda etapa comienza hipotéticamente cuando la salud comienza a dar los primeros síntomas de desconfianza y se pierde el dinamismo de la fase precedente.

Para las personas esta etapa es un proceso de adaptación constante hacia límites más estrechos donde la distancia entre los deseos y la realidad es cada vez mayor, donde la persona sufre una suerte de proceso de "fragilización", donde los miedos y temores hacen su aparición. Muchas personas en esta etapa constatan una "lucha sin cuartel" contra la pérdida de identidad, de protagonismo, donde los sentimientos de aislamiento y soledad van ganando espacio a lo largo de este proceso. No existe una edad concreta para ello, pero se producen dos fenómenos principalmente:

- a. La inversión de la solidaridad familiar que pasa de "padres a hijos", a de "hijos a padres". Se cambia el "centro de gravedad de la reciprocidad", los mayores pasan de ser cuidadores de las generaciones posteriores (hijos, nietos,...), a que las generaciones más jóvenes son las que comienzan a "ocuparse" de los padres (no tanto en el sentido de cuidado, como de trasposición de roles).
 - b. El síndrome de desplazamiento donde el sujeto va perdiendo su "lugar" en el mundo y en la familia, va dejando de lado roles habituales de la etapa anterior (de adulto) debido a la pérdida de vitalidad y dinamismo derivado del propio proceso de envejecimiento.
- i. La tercera etapa, en la que puede aparecer una potencial pérdida de autonomía y la consiguiente necesidad de cuidados. No es una etapa obligada y habitualmente corresponde a personas cada vez más mayores (el riesgo aumenta con la edad). Durante esta etapa, que es un proceso y no un estado (no es estrictamente necesario un declive continuado e imparable, sino que la autonomía se puede perder y reconquistar), el principal desafío después de la necesidad de cuidados, es combatir la pérdida de contacto con el mundo y los demás. Dejando de lado enfermedades que desintegran al individuo (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer), los déficits que generan dependencia, limitan y empobrecen las relaciones interpersonales, sometidas a una "lógica de atención a la dependencia" que corre el riesgo de ignorar la biografía del individuo, su identidad personal y su proyecto vital. Es la etapa de los cuidados, de la interdependencia, de poner en marcha mecanismos y modelos de atención que aseguren una calidad de vida digna, el mayor bienestar posible, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, a sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

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

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

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

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

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

Quizás los más importantes sean los cambios sociales que acompañan a esta revolución de la longevidad. De manera resumida y gráfica, Zygmunt Bauman (Bauman 2007; Bauman 2009) utiliza la metáfora de una sociedad líquida para definir aquella en que -economía aparte- se da una cada vez mayor precariedad de los vínculos humanos, un mayor individualismo, y esa "liquidez" define sociedades marcadas por un carácter transitorio y volátil de sus relaciones, sociedades que además viven en un tiempo sin las certezas de épocas anteriores. Las actuales generaciones de personas mayores, con independencia de la etapa en la que se encuentren, tienen que afrontar nuevos escenarios no esperados en una sociedad que se mueve en unos parámetros que provocan inseguridades no previstas y para las que se les hace complicado elaborar una respuesta. Estas situaciones abarcan muy distintos niveles de una sociedad en cambio, marcada en muchos casos por la precariedad económica propia o familiar, cambios en la relaciones de los hijos e intergeneracionales, cambios en el estado del bienestar y en sus prestaciones sociales, cambios en el empleo, globalización, urbanización, nuevas migraciones, desigualdades sociales y un largo etcétera.

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

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

¿Sienten ya las personas que envejecen esta situación de cambio y adquisición de nuevos roles? No existe excesiva evidencia sobre la percepción de realización de nuevos roles. Los únicos datos disponibles proceden de una encuesta elaborada por el IGOP-Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona para la Fundación Bancaria La Caixa dentro del proyecto " Sempre Acompanyants" sobre una muestra de 1219 casos de Tarrasa, Tortosa y Girona. Cuando se les pregunta a las personas mayores y no mayores si creen que están desempeñando nuevos roles, de dicho cuestionario se deriva: a) que un 79% de la muestra de personas mayores creen que realizan nuevos roles y que los hacen de forma habitual; y solo un 8% niegan la realización de actividades distintas a sus predecesores; y b) independientemente de la edad, un 79% de los encuestados, opinan que las personas mayores realizan nuevos roles. Parece pues existir una opinión mayoritaria sobre el hecho de que las personas se van a ver abocados a sincronizar sus roles, con realidades nuevas que les interpelan.

Estos cambios sociales analizados en clave "persona" en los párrafos anteriores, provocan a nivel "general" que las personas mayores instaladas en las distintas etapas del envejecimiento, tengan que desempeñar roles que no se ajustan ni conectan con lo que esperan de esa etapa de la vida y que a veces perciben que además están, lejos de sus capacidades. Dinámicas estables anteriores como la de "formación-trabajo-jubilación" se están rompiendo, los roles de género tradicionales son cada vez menos evidentes, la jubilación se hace más "borrosa" pues convivirá con empleos a tiempo parcial, distintas generaciones de menos miembros convivirán simultáneamente y ocuparán los mismos espacios lo que supone un mayor "roce"

intergeneracional, personas mayores competirán con jóvenes por empleos, y un largo etcétera de nuevas situaciones que transformarán nuestra sociedad y lo que ahora entendemos por vejez. Las últimas etapas del ciclo vital se flexibilizan y se vuelven más complejas. La necesidad de adaptación será mayor y el aprendizaje a lo largo de la vida, una herramienta imprescindible, para un futuro "líquido", cada vez más incierto y cambiante, menos previsible, que metaforizaba Bauman.

2. HACIA UN NUEVO MARCO DE COMPRENSIÓN DE LAS PERSONAS A LO LARGO DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

2.1. Tendencias en planificación gerontológica:

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

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

Se impone, por tanto, **una reformulación del actual modelo de Gobernanza** que incorpore el envejecimiento con carácter transversal en todas sus políticas sectoriales: la construcción de sus espacios públicos, barrios, ciudades y pueblos, los servicios sanitarios y sociales, los transportes, el sistema educativo, el sistema de producción, deben adaptarse a una sociedad que envejece hasta límites no previstos y que reclama su integración y participación plena en la vida social y comunitaria. En definitiva, necesitamos afrontar un esfuerzo social de gran magnitud, desde todos los sectores, afectados, públicos, y privados para conseguir un cambio integral en el que el grupo de población que envejece ocupe el lugar que le corresponde, no sólo por su potencia numérica, sino por el papel que están desempeñando ya en la construcción de una sociedad moderna, desarrollada, que genera riqueza desde el envejecimiento y sedimenta valores imprescindibles para las personas que la componen.

Desde esta perspectiva, se vislumbra que la longevidad de los países desarrollados y en consecuencia de España no solo ha de asociarse a un problemático incremento de gasto público, sino a un importante desarrollo económico al servicio de las necesidades y preferencias de sus ciudadanos más mayores. En definitiva, representa un fuerte potencial de empleo en servicios personales y de proximidad, así como del sector industrial y tecnológico. Desde la perspectiva del consumo, se vislumbra una importante oportunidad en el grupo de personas en proceso de envejecimiento en diversos ámbitos: diseño y moda, productos de cosmética, turismo, ocio, educación, espacios saludables para practicar ejercicio, etc.,... afectando así a la mayor parte de los sectores de producción. Todo ello sin olvidar, en ningún caso, el impacto socioeconómico derivado de la creciente necesidad de provisión de cuidados desde una amplia perspectiva multidimensional.

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

En Europa, USA y Australia, proliferan iniciativas innovadoras lideradas desde las propias personas mayores, que reivindican su capacidad de decisión sobre sus vidas y hacen visible su imprescindible aportación a la sociedad que han ido construyendo a lo largo de muchas décadas. Organizaciones de personas mayores como la American Association of Retired Persons (AARP), que reúne a 40 millones de socios a partir de los 50 años, bajo el lema "**servir, no ser servido**", constituye un auténtico "lobby" con capacidad de influencia en buena parte de las decisiones políticas de su país. Este modelo asociativo prolifera actualmente en muchos países europeos.

Por otra parte, la planificación gerontológica de los diferentes países y territorios, intenta afrontar el ya paradigma de la llamada "revolución de la edad", al menos desde dos perspectivas:

1.-Las iniciativas de algunos países que incorporan el **envejecimiento como elemento transversal** en la vida social, y en la toma de decisiones políticas. Francia constituye el paradigma de este posicionamiento, aprobando el 17 julio de 2014 La Ley de Adaptación de la Sociedad al envejecimiento (Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement), que conceptualmente supone un giro copernicano al enfoque "edad", hasta ahora entendido desde las políticas sociales como grupo de población que necesita "integrarse" en la sociedad. Desde esta innovadora perspectiva francesa es la sociedad en su conjunto la que se plantea introducir cambios en sus estructuras para adaptarse a la transición demográfica. El enfoque positivo de una sociedad envejecida, está presidido por el papel de la "silver economie", afirmando que la primera fuente de empleo no deslocalizado en Francia para los próximos años, será el envejecimiento. Pero no se queda ahí. Esta Ley recorre el itinerario del envejecimiento hasta el final de la vida, afrontando todos los temas que hoy preocupan a responsables políticos, planificadores y mundo académico :, tanto de carácter conceptual como de aplicación práctica: fragilidad, dependencia, permanencia en el domicilio, cuidados y cuidadores, final de vida . Todos ellos presididos por un marco conceptual que promueve la cultura de la autonomía y la sociedad de los cuidados.

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

- Planes de envejecimiento activo, que surgen con fuerza a raíz de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002) y de la difusión del documento "Envejecimiento Activo. Un Marco político" que se convirtió rápidamente en un auténtico paradigma sobre el tema y que ha sido revisado y difundido muy recientemente (Active Ageing Policy Framework, 2015). En ocasiones este tipo de planificaciones han servido para sistematizar e integrar las actividades ofrecidas desde diversas entidades públicas y privadas a personas en proceso de envejecimiento, independientes, activas y deseosas de realizar acciones focalizadas en:
 - El mantenimiento de la independencia y la prevención de la enfermedad: ejercicio físico, entrenamiento cognitivo.
 - El uso satisfactorio del tiempo libre centrado sobre todo en los viajes y las actividades derivadas de los mismos.
 - El aprendizaje, de nuevas competencias y áreas de conocimiento no exploradas hasta ese momento. Las aulas y universidades de mayores en sus diferentes acepciones tienen un papel muy relevante en este aspecto.
 - Mención aparte merece el acercamiento al mundo de las tecnologías de la Información y Comunicación: utilización de ordenadores, internet, dispositivos móviles, etc, que ha contribuido a aminorar la brecha tecnológica de manera significativa como se ha podido observar en los gráficos nº 13 y 14, abriendo todo un mundo lleno de oportunidades para las personas mayores a través de las TIC. La Obra Social La Caixa ha tenido un papel muy relevante en este proceso.
 - La participación en la vida social y comunitaria, bien a través de las asociaciones y organizaciones de mayores o de su incorporación en organizaciones de voluntariado, vecinales, confesionales, partidos políticos, etc. Sin entrar en su análisis en profundidad, parece que sus resultados son todavía limitados.
- Planificaciones de carácter sociosanitario destinadas a dar respuesta a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, y muy enfocadas a la organización y gestión de los sistemas de cuidados de larga duración sanitarios y sociales. En la mayor parte de los casos estas planificaciones giran en torno al cumplimiento del deseo de las personas que necesitan ayuda para permanecer en su domicilio, aspiración que hasta el momento no ha conseguido obtener respuestas satisfactorias a través de la coordinación, integración y diversificación de atenciones y servicios.
- Planificaciones destinadas a personas con demencias, especialmente Alzheimer, que están ocupando un papel primordial, generando Planes o Estrategias en todos los países desarrollados. El enfoque multidimensional, integrador, sociosanitario y el desarrollo de propuestas desde el principio de complementariedad en los cuidados preside este tipo de iniciativas. El mundo asociativo liderado por los familiares de las personas con demencia está teniendo un papel muy relevante en la visibilidad de estas enfermedades y la

exigencia de respuestas desde los poderes públicos y otras iniciativas de carácter privado.

Por último y desde una perspectiva más transversal e integradora, actualmente proliferan otro tipo de planificaciones centradas sobre todo en el concepto "housing" a partir de la constatación de la importancia central que tiene la vivienda para el mantenimiento de las personas en su domicilio habitual cuando necesitan ayuda. Este tema adquiere ya una perspectiva transversal y preventiva promoviendo la toma de decisiones en relación a la vivienda y el entorno cercano con anterioridad a que aparezca situación de dependencia. Existen varias iniciativas en esta línea de trabajo. Entre ellas, se destacan las realizadas en el Reino Unido y mundo anglosajón sobre todo:

- Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. A National Strategy for Housing in an Ageing Society. West Yorkshire, Communities AndLocal Government Publications, 2008.
- Providing housing support for older and vulnerable people UK.

2.1.2. Identificando prioridades para la intervención con las personas que envejecen desde la iniciativa social sin fin de lucro.

A partir de esta somera revisión realizada sobre las grandes tendencias que presiden la planificación gerontológica, nos adentramos ahora en lo que constituye el objeto central de esta aportación.

Partimos de la asunción de una evolución observada en los últimos años en la concepción de los Sistemas de Protección Social y en general en la distribución de responsabilidades que dan respuesta a las necesidades de las personas mayores. De manera sintética, constatamos que los modelos benéfico - asistenciales que imperaron hasta finales de la década de las 80 en España, dieron paso a un sistema público de servicios sociales y, mucho más tarde, a la configuración de un derecho subjetivo pleno, recogido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Partiendo así de una asunción casi plena por parte de los sistemas públicos de las necesidades básicas de las personas que necesitan ayuda, desde el ámbito privado, se produce una proliferación de programas y servicios que complementan las prestaciones básicas garantizadas por ley, sin las cuales sería prácticamente inviable la existencia de un modelo de atención de carácter integral aún insuficiente, como el que tenemos. La iniciativa social con y sin fin de lucro, a través de Obras Sociales, acciones de responsabilidad social, iniciativas de carácter voluntario, asociaciones, y una oferta cada vez mayor de programas y servicios privados con fin de lucro, configuran un mapa de iniciativas que van, más allá de la atención estricta a la dependencia, ofreciendo múltiples posibilidades a lo largo de todo el itinerario del envejecimiento, con carácter complementario a nuestro sistema público y, muy especialmente a nuestra cobertura de necesidades desde el apoyo familiar, paradójicamente denominado "informal".

En definitiva, el impresionante aumento de la esperanza de vida que está construyendo sociedades muy longevas con altas expectativas de bienestar, nos conduce- parece que sin

vuelta atrás- a la necesidad de desarrollar **un modelo colaborativo, y corresponsable** si queremos mantener y mejorar el bienestar de las sociedades modernas. El papel de la iniciativa social sin fin de lucro en este escenario es indispensable. Mucho más, después de la profunda crisis socioeconómica que estamos viviendo y que ha reducido la capacidad adquisitiva de gran parte de la población, por lo que determinados apoyos que hace unos años -aun con esfuerzo familiar- se adquirirían en el mercado privado o eran asumidos por los servicios públicos, actualmente sólo son accesibles para miles de ciudadanos desde la iniciativa social, que afronta ahora necesidades perentorias derivadas de las situaciones de dependencia.

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

La Obra Social "la Caixa" hace ya 18 años que puso en marcha la iniciativa CyberCaixa en los que se impulsa el papel activo de las personas mayores y estimula su participación en la sociedad. Sus iniciativas para acercar las TIC a las personas mayores, tanto en los Espacios como en un importante número de centros gerontológicos públicos distribuidos en todo el territorio español, han desempeñado un indiscutible papel en la disminución de la gran brecha digital que todavía separa a las personas mayores del resto de la sociedad. De hecho, más de 75.000 personas se benefician anualmente de este tipo de iniciativas. Asimismo, en este periodo se ha dado un fuerte impulso a un conjunto de acciones en el ámbito de la promoción del envejecimiento activo cuyos efectos no pasan desapercibidos ante la observación de los importantes cambios que ha experimentado este grupo de población. Valorando siempre estas iniciativas - como no podría ser de otra manera- como una aportación complementaria a otras, procedentes del sector público sobre todo, aunque también de la iniciativa social con y sin fin de lucro. Esta función inclusiva, va mucho más allá de la integración de las tecnologías en la vida cotidiana de las personas que envejecen, ya que promueve la "normalización" de este grupo de población y su participación en la vida social y comunitaria en condiciones de igualdad.

La mera observación de la evolución de las personas que envejecen en su nivel de instrucción (Gráficos 11 y 12) y en el acceso a Internet (Gráfico 14) nos obliga a valorar el grado de prioridad que este tipo de intervenciones tiene actualmente, cuando las generaciones que hoy se incorporan a la vejez presentan un perfil socioeducativo muy diferente. Si bien es necesario mantener las acciones programadas, que siguen cumpliendo una función de gran utilidad social en determinados ámbitos; parece obligado hacer una reflexión a la luz de las necesidades observadas en este grupo de población en otro momento de su itinerario vital, nos referimos a las personas en situación de fragilidad y de necesidad de cuidados.

En consecuencia se identifican a continuación un conjunto de iniciativas y acciones que deberían ser abordadas en colaboración y con carácter complementario con el sector público.

- a. **Ayuda al desarrollo madurativo de las personas y búsqueda de una sociedad más solidaria**

Cooperar en el desarrollo personal de las personas que se jubilan y a las que se abre una gran perspectiva temporal que tienen que llenar con actividades con sentido y significado, representa la apertura de una nueva vía de intervención con personas que constituyen un grupo social nuevo en constante crecimiento en los próximos años (los nacidos en el "baby boom"). Son esas personas maduras, que tienen la oportunidad -y el reto- de emprender una nueva vida sin las obligaciones laborales del pasado, alrededor de las cuales existe la oportunidad de impulsar una vejez con más calidad de vida y bienestar, que promueva un afrontamiento distinto de todo este ciclo vital y que favorezca una sociedad más justa y solidaria, a través de la implicación de los mismos en actividades de valor añadido para ellos mismos y para la sociedad en general. El cambio de valores está en la implicación de estos ciudadanos en el devenir de la sociedad, cientos de miles de personas con salud y vitalidad que demandan nuevos retos y oportunidades, constituyen una vía clave para una sociedad más justa y solidaria, una sociedad socialmente innovadora.

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

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

Anticipar la pérdida autonomía y la aparición de situaciones de fragilidad está convirtiéndose en la primera prioridad de las políticas de envejecimiento que intentan instaurar una "cultura de la autonomía" a lo largo de toda la vida y responsabilizar a la ciudadanía en que la prevención sea "un asunto de todos". (Broussy, 2013)

Existe amplia evidencia científica sobre la influencia de los modos de vida, de los determinantes sociales y psicológicos de la salud (OMS, 2008), de las oportunidades de acceso a la información y de un amplio conjunto de factores que van a predecir, en gran manera, la calidad de vida durante la vejez y el mantenimiento de la autonomía de las personas. Anticipar problemas que pueden aparecer en la vejez más avanzada, asociados a la dependencia y a las enfermedades crónicas es una prioridad indiscutible, mucho más cuando la generación de conocimiento en estas materias ha logrado que pueda ser accesible a la población. Pero además, el acceso a la información, acompañamiento y orientación que faciliten hábitos y conductas adecuadas y promuevan la toma de decisiones sobre el futuro de las personas que envejecen, es una cuestión de igualdad de oportunidades y equidad.

La diversidad de ámbitos de actuación que dan cuerpo a esta tendencia en la intervención futura es muy amplia. Desde los relacionados con la orientación y consejo para la toma de

decisiones que afectan a la vejez presente o futura, hasta el amplísimo mundo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin olvidar aspectos muy importantes como los relacionados con la vivienda, el desarrollo de relaciones sociales, la ocupación del tiempo libre, la participación social o el aprendizaje a lo largo de la vida, asumido ahora como uno de los cuatro pilares del envejecimiento activo (Active ageing policy framework 2015). Aprender a envejecer, gestionar las pérdidas, anticipar y evitar riesgos o preservar la estabilidad emocional son aprendizajes imprescindibles en el proceso de envejecimiento que abren oportunidades para mantener la autonomía personal, tan valorada con el paso del tiempo. Con este enfoque, el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida, entendido hasta hace poco, como acciones formativas en torno a la primera etapa del envejecimiento, evidencia la importancia de diseñar otro tipo de intervenciones y materiales didácticos que ayuden a conocer las consecuencias que aparecen cuando no se toman decisiones en el momento adecuado sobre nuestros hábitos, conductas, propiedades, vivienda. Permanecer en el domicilio habitual en la vejez más avanzada, dependerá en gran parte de la oportunidad de planificar nuestra vida anteriormente.

c. Afrontar la soledad.

A pesar de que los países mediterráneos, disfrutan de un número de hogares unipersonales mucho menos que el del resto del centro y norte de Europa (Gráfico 10), la soledad como modo de vida, aumenta cada día entre las personas mayores. Como se ha comentado, el primer Avance de la Encuesta continua de Hogares, informa que 1.853.700 personas mayores viven solas, de las cuales el 70% (1.074.800) son mujeres. Si bien este es un dato que puede interpretarse desde planteamientos positivos, como indicador de competencia e independencia de las personas mayores y sin duda así es, el análisis más pormenorizado de esta situación, evidencia que estamos ante una realidad social creciente que necesita una atención especial. Y es que 365.480 personas mayores de 85 años viven solas., Es en esta época de la vida, en la vejez más avanzada, cuando el impacto de los indicadores de riesgo se multiplica. Aunque todavía no disponemos de datos más precisos, sabemos que un número importante de estas personas muy mayores, mujeres en su mayoría, necesitan ayuda en su movilidad y realización de tareas domésticas (78.12%) y en su cuidado personal (72.3%) (Gráficos 5-7).

Si a estas situaciones se suman otras relacionadas con la accesibilidad de su vivienda y entorno o con bajos niveles de ingresos, como es el caso de la mayoría de las viudas, aflora con fuerza uno de los problemas más acuciantes que genera la vejez cuando se une soledad y pobreza: el aislamiento físico y emocional y, en consecuencia, el riesgo sociosanitario elevado para esas personas.

En éste sentido es importante diferenciar estos dos conceptos usados indistintamente con frecuencia (Cattan M.etall,2005):

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

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

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

Esta preocupación creciente ante el irreversible aumento de la soledad entre personas muy mayores está generando múltiples investigaciones tanto sobre sus efectos en la salud mental especialmente, como sobre la eficacia de diferentes tipos de intervenciones (Losada et al, 2012, Cattán M, 2005, **Cohen-Mansfield J, 2013**).

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

La observación de la evolución de las situaciones de soledad entre la ciudadanía que actualmente afecta a más de 4.5 millones de personas en España, nos conduce a proponer dos tipos de intervenciones:

- **Acompañamiento a personas mayores que se sienten solas.** Con carácter afectivo, personalizado, que intente dar respuesta a las preferencias y deseos de estas personas. La tendencia actual se inclina cada vez más por acompañamientos que promuevan la creación de red con otras personas del entorno cercano, en el barrio a ser posible, facilitando así la generación de relaciones más estables y la autonomía de estas personas. Todo ello, sin olvidar que existen muchos casos que siguen prefiriendo un acompañamiento en el domicilio, por causas variadas, especialmente situaciones de dependencia. No podemos olvidar en este apartado dedicado al acompañamiento, las necesidades de personas, en general dependientes y muy mayores que viven en instituciones, así como aquellas que se encuentran en el final de la vida.
- **Adquisición de habilidades y competencias para sentirse bien en soledad.** El incremento de hogares unipersonales a lo largo de todo el ciclo vital, sin entrar en otro tipo de análisis, favorece la "normalización" de este modo de vida, por lo que es esperable que cuando las personas de generaciones más jóvenes lleguen a la vejez, aparezca con menor frecuencia esa percepción de cierto abandono cargada de dramatismo y consecuencias negativas. Todo ello con especial intensidad en los países mediterráneos.

No obstante, parece necesario un posicionamiento proactivo que ofrezca iniciativas didácticas y relacionales para poder disfrutar de la soledad, y afrontarla con más competencias que las que actualmente disponen las personas muy mayores. Una vez más, este es un grupo

de población que ha carecido de opciones para anticipar este tipo de situaciones, ya que la expectativa individual y social ha sido siempre la del acompañamiento y atención en el entorno familiar. Todo un campo de intervención individual y colectiva por explorar.

d. Cuidados y personas cuidadoras.

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

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

La progresiva incorporación de las mujeres al mundo del trabajo, no ha supuesto una disminución clara de sus actividades cuidadoras en el ámbito doméstico (IMSERSO 1994, 2004. IOE, 1995). Sin embargo disponemos de información detallada sobre el impacto de la carga que supone el cuidado en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras (Rogerio J, 2011., Fast, J E et al, 1999). Así como de su repercusión en los costes de las enfermedades crónicas (Wimo *et al.*, 2002, Oliva et al, 2009). El trabajo realizado por la profesora Durán sobre "Los costes invisibles de la enfermedad (2002)" ha sido referente para muchos análisis posteriores.

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

Intensidad e incremento considerable de las horas y años de cuidados así como complejidad en las atenciones que precisan, resumen una situación difícilmente sostenible sino cuenta con la colaboración y corresponsabilidad de toda la sociedad para afrontarlo (Tobío C, Agulló S et al 2010). Todos los países desarrollados están dedicando esfuerzos para identificar intervenciones que puedan minimizar las consecuencias de los cuidados tanto personales como sociales. Es por ello que este ámbito se considera prioritario, en nuestro caso en su faceta de acompañamiento y apoyo a las personas cuidadoras.

- Dotándoles de habilidades para la realización de las tareas requeridas.
- Ofreciéndoles apoyo emocional y estrategias de afrontamiento y manejo de situaciones complejas.
- Mejorando sus habilidades de comunicación desde la certeza de que la dependencia y los cuidados es un asunto al menos de dos: cuidadores y cuidados, y que la comunicación, el consenso y la comprensión deben estar presentes en todo el proceso.
- Facilitando la coordinación y gestión de los cuidados incluyendo los tiempos de descanso imprescindibles para la persona cuidadora.

e. El modelo de atención: personalización y buentrato.

La necesidad de definir un marco conceptual consensuado y de avanzar en la introducción de cambios sustanciales y significativos en el modelo de atención a las personas mayores que necesitan apoyos, es un reto evidente, puesto de manifiesto reiteradamente desde ámbitos profesionales, personas mayores, entornos académicos y científicos, ciudadanía, etc. Es un camino relativamente reciente que está generando un movimiento importante de cuestionamiento del modelo más tradicional de atención bastante profesionalizado y muy centrado en las tareas a realizar y en la garantía de la seguridad de las personas y de los profesionales (Díaz-Veiga, Sancho, 2012) Era necesario recorrer este itinerario y avanzar en la profesionalización, sobre todo para poder adentrarse ahora en un modelo de atención con una profunda base ética en la que las personas, sus derechos, sus preferencias y su bienestar ocupan el centro de todo este planteamiento. Dignidad y promoción de la autonomía, constituyen sus principios fundamentales.

La experiencia de otros países que llevan décadas avanzando en esta línea de trabajo, evidencia que la atención centrada en la persona supone un cambio cultural profundo que exige formación y acompañamiento continuo, desaprender determinadas conductas y ejercitar otras que desplazan la atención en la tarea y la centran en la persona. Exige cambiar los roles profesionales, aprender a trabajar en equipo para tomar decisiones sólidas y compartidas y asumir riesgos controlados. Exige, en definitiva, revisar cada una de nuestras conductas cotidianas para reenfoclarlas hacia el bienestar y la autonomía de esas personas que en muchas ocasiones hace tiempo que han perdido su capacidad de decidir (Martínez, T. 2010). Se requiere, por tanto, un esfuerzo continuo para erradicar conductas instauradas desde hace años que, sin ser constitutivas de malos tratos, son francamente mejorables y minimizan, cuando no anulan, a las personas que por su fragilidad no tienen posibilidad de manifestar sus deseos, o de quejarse.

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

Aunque la problemática relacionada con los malos tratos hacia las personas mayores está ganando progresiva visibilidad, hasta hace muy poco tiempo la investigación sobre violencia

se centraba exclusivamente en el maltrato infantil y, posteriormente en la violencia de género contra las mujeres, dejando de lado los malos tratos a mayores, que ha sido la última tipología por la que se han preocupado los investigadores. Las razones de este proceso sin duda son múltiples, pero hay una, relacionada con el valor social de la vejez y los estereotipos que rodean a esta etapa de la vida que sin duda preside la causalidad de esta falta de interés ante situaciones claramente dramáticas. Es esta la razón por la que sigue siendo prioritaria la incorporación tanto a las planificaciones como a la formación de los profesionales del tema **estereotipos**, que se reproducen cada día en nuestra conducta (Fernandez-Ballesteros, R.; Bustillos, A, 2014)

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

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

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

2.4 Principios y valores del Programa de Personas Mayores de Obra Social "la Caixa"

Es en este contexto de cambio que recorre el itinerario del envejecimiento e identifica nuevas prioridades de atención, en el que se plantea una reformulación de los aspectos troncales que presiden los programas de mayores de la Obra Social la Caixa, sustentados por un conjunto de principios conceptuales que presiden este proceso, y ofrecen un marco ético que ofrezca respuesta adecuadas a las nuevas necesidades. Dichos principios surgen desde la identificación de algunos criterios que actualmente ya han obtenido consenso como para dirigir la acción estratégica de esta Entidad. Entre ellos destacamos:

- El reconocimiento de que la **heterogeneidad** es una característica irrenunciable de las personas de 55 y más años que nos lleva a trabajar de una forma individualizada. La tendencia tan consolidada en la intervención gerontológica a realizar una oferta homogénea, a cientos de miles de personas que han llegado a la vejez desde experiencias e itinerarios diferentes parece que está en proceso de extinción, aunque todavía, necesitará un esfuerzo importante desde todas las instancias implicadas
- El **enfoque transversal** en el proceso de envejecimiento. Aunque la investigación gerontológica no cesa de proporcionar evidencia sobre la íntima relación entre las distintas áreas que constituyen la vida del individuo, la manera en la que la se abordan

las cuestiones relativas al envejecimiento adolece de esa visión conectada y sistémica. Ante una cuestión compleja como es el envejecimiento donde además de lo físico, lo cognitivo y lo emocional, inciden desde el desarrollo de las ciudades, las políticas de vivienda y movilidad, el desarrollo económico y local y un largo etcétera, necesitamos, como ya se ha señalado, un modelo de gobernanza capaz de ofrecer esa mirada aglutinadora que el envejecimiento demanda.

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

Es en este marco conceptual en el que destacamos algunos principios que presidirán la acción de la Obra Social la Caixa.

1.-Dignidad:

Considerado como categoría ética fundamental. De las diversas acepciones en las que se utiliza, destacamos su intrínseca relación con el respeto y la igualdad en la consideración que merece cualquier persona y la consiguiente obligación de que sus derechos de ciudadanía sean reconocidos. Constituye la base del "buen trato" y de la lucha contra los estereotipos asociados a la edad, tan implantados en nuestra sociedad. Dignidad tiene que ver con respeto, con la asunción de que cada persona es un ser singular cuyas necesidades son multidimensionales, que tiene perspectiva propia que debe de ser respetada, que es un sujeto -independientemente de su condición- con capacidades y derechos.

2.-Autonomía.

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

3.-Participación:

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

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

4.-Corresponsabilidad:

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

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

Mayte Sancho, Fundación Matia Instituto Gerontológico

Javier Yanguas, Fundación Matia Instituto Gerontológico

Bibliografía y fuentes:

Abellán y Sancho (2011): Capítulo 1 tendencias demográficas actuales en "Libro Blanco del «Envejecimiento Activo». IMSERSO.

Barrio, E., Mayoral, O. y Sancho, M. (en prensa): Estudio condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

Bauman, Z (2007): Tiempos líquidos. Barcelona. Tusquets. 2007.

Bauman, Z (2009): El arte de la vida. De la vida como obra de arte. Paidós.

Broussy, L (2013): L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année Zero!. Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Rapport à Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie. France.

Caradec, V. (2004): Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Ed. Nathan.

Cattan, M; WHITE, M; BOND,J and LEARMOUTH,A (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing & Society 25, 41–67

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

Christensen et al. Physical and cognitive function of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. The Lancet 2013

Christensen K, McGue M, Petersen I, Jeune B, Vaupé JW. Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability PNAS. September 9, 2008 , vol. 105, no. 36, 13274–13279 .

CIS (2004): Estudio 2581. Barómetro Noviembre 2004.

Cohen-Mansfield, J ; Rotem P. (2013), Interventions for Alleviating Loneliness Among Older Persons: A Critical Review. American Journal of Health Promotion,

Díaz Veiga P, Sancho M, García A, Rivas E, Abad E, Suarez N, Mondragon G, Buiza C, Orbegozo A Y Yanguas J (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en Centros Gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. [en revisión].

Díaz Veiga P. Sancho M. (2011) Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir "como en casa". Informes portal mayores nº 132. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>

Díaz Veiga, P. Sancho Castiello, (2012) "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para "vivir como en casa". Informes Portalmayores. CSIC. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>

- Durán, M.A. (2002). Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª edición. Bilbao: Fundación BBVA
- European Commission (20015): The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). European Economy 3 | 2015.
- European Commission (2012): The 2012 Ageing report. European Economie 2/2012.
- EUSTAT: Distribution of population aged 65 and over by type of household (source: EU-SILC)
- Falk H et al (2014): Functional disability and ability 75-yeras-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. Age and Ageing , 43; 636-641.
- Fariñas, D., Pujol, R., Abellán, A. (2014): España, una vida de récord. Blog Envejecimiento[en-red], 3: diciembre (2014).
- Fast, J.E., Williamson, D.L. & Keating, N.C. (1999). The Hidden Costs of Informal Elder Care. Journal of Family and Economic Issues, 203(3), 301-326.
- Fernandez-Ballesteros, R.; Bustillos; A. ; Santacreu M. ; Schettini, Diaz-Veiga, P.; Sancho, M. (2014). "Caregivers´stereotypes effects on older adults functioning". Paper submitted for the ICAP 2014.
- Fries, JF(1980): "Aging, natural death, and the compression of morbidity". The New England Journal of Medicine, 303, p. 130-135.
- Gerstorf D, Ram N, Hoppmann C, Willis SJ, Schaie KW (2011): Cohort Differences in Cognitive Aging and Terminal Decline in the Seattle Longitudinal Study Developmental Psychology 2011, Vol. 47, No. 4, 1026–1041
- Gestorf et al (2015): Secular Changes in Late-life Cognition and Well-being: Towards a Long Bright Future with a Short Brisk Ending? SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research. 738. Berlin.
- Gruenberg, EM (1977): "The failures of success". Milbank Memorial Fund Quarterly, 55, p. 3-24.
- Hülür, G., Infurna, F. J., Ram, N., & Gerstorf, D. (2013). Cohorts based on decade of death:No evidence for secular trends favoring later cohorts in cognitive aging and terminal decline in the AHEAD study. Psychology and Aging, 28, 115-127. doi:10.1037/a0029965
- IMSERSO (2005a). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- IMSERSO 1994, Cuidados en la vejez. El apoyo informal. IMSERSO.
- INE (2015): Mujeres y hombres en España 2015. INE.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Fuentes estadísticas:
- Encuesta Continua de Hogares 2014. Nota de prensa (17/04/2015)
 - Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2014

- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008
- Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2014.
- Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 1996
- Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014.
- Proyecciones de población 2014-2064.

INSS: Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

International Longevity Centre Brazil (2015): ACTIVE AGEING: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution. Brasil

IOÉ, C. & Rodríguez, P. (1995). Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO

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

Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. A National Strategy for Housing in an Ageing Society.(2008) West Yorkshire, Communities and Local Government Publications, pp. 176.

Lindenberger, U. (2012). Human cognitive aging: Corrigir la fortune? Science, 346, 572-578. doi: 10.1126/science.1254403.

Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (proyecto). <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2155.asp>.

Losada,A ; Márquez-González,M; García-Ortiz L; Gómez-Marcos, M; Fernández-Fernández,V & Rodríguez-Sánchez,E(2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied,

Martin, L., Freedman, V. A., Schoeni, R., & Andreski, P. (2010). Trends in disability and related chronic conditions among people ages fifty to sixty-four. Health Affairs, 29, 725..

Martinez, T.(2010) La atención Gerontológica Centrada en la persona. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011): Encuesta Nacional de Salud de España, 1993-2011. Portal Estadístico.

OLIVA, J y Osuna R , (2009): Los costes de los cuidados informales en España". Presupuesto y Gasto Público, 56, pp. 163-181.

Oliva, J. Vilaplana, C. Osuna, R.(2011). El valor de los cuidados informales prestados en España a personas en situación de dependencia. Cuadernos de Trabajo Instituto de Estudios Fiscales, pt nº 10.

Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA et al. (1991): "Trading Off Longer Life for Worsening Health The Expansion of Morbidity Hypothesis". *Journal of aging and health*, 3, p. 194-216.

OMS (2002): Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores.

OMS (2002): Envejecimiento activo, un marco político. Ginebra.

OMS (2005): Determinantes sociales.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

Pérez Díaz, J. (2005): ¿Envejecimiento demográfico o democratización de la supervivencia? En *Mètode: Anuario*, ISSN-e 1133-3987, Nº. 2005, págs. 175-180.

Pérez Ortiz, L. (2006): Estructura Social de la Vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer, Madrid: IMSERSO.

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

Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., Carr, D., (2015) Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood, *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, doi:10.1093/geronb/gbv004.

PIONER NETWORK. <http://www.pioneernetwork.net/>

Prieto D, Etxeberria I, Galdona N, Urdaneta E y Yanguas J (2009): Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Colección Estudios, serie personas mayores, nº 11007. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.

Prieto et al (2015): Envejecer sin ser mayor. Nuevos roles en la participación social tras la jubilación. Colección Estudios, nº 2, Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

Proyecto MONALISA <http://www.monalisa-asso.fr/>.

Puga MD, Pujol R y Abellan A (2014): Evolución y diferencias territoriales de la esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años en España. XIV CONGRESO NACIONAL DE POBLACIÓN, AGE. Sevilla. (comunicación no publicada)..

Pujol Rodríguez, R.; Pérez Díaz, J.; Ramiro Fariñas, D.; Abellán García, A. La mayor esperanza de vida de la serie histórica. Blog Envejecimiento [en-red], 29 de junio, 2015. ISSN 2387-1512. Disponible en: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2015/06/29/la-mayor-esperanza-de-vida-de-la-serie-historica/>

Robles, A.; Pujol, R.; Abellán, A. (2015): Pirámide de educación. Blog Envejecimiento[en-red], 1: abril (2015).

Rogero, J. 2011. Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO

Small, B. J., Dixon, R. A., & McArdle, J. J. (2011). Tracking cognition–health changes from 55 to 95 years of age. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B, i153–i161, doi:10.1093/geronb/gbq093

Tabueña, C.M.(2009) Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta. Obra Social de Catalunya Caixa .

Tobío, C. Agulló, S. et al (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales nº 28. Fundacion la Caixa.

Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, 464, 536-542. doi:10.1038/nature08984.

Wimo A. (2002): Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-68

Yanguas J, Prieto D, Etxeberria I, Buiza C, Galdona N, Urdaneta E (2008): Emociones y envejecimiento. *Fundació Viure i Conviure*. Barcelona.