

# DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD PARA MAYORES durante la crisis del COVID-19





**DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES  
EN MATERIA DE SALUD PARA MAYORES**  
durante la crisis del COVID-19



# Créditos

**European Anti-Poverty Network (EAPN)** es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea.

En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 19 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

**Título:** Estudio “Determinantes de las desigualdades en materia de salud para mayores durante la crisis del COVID-19”.

**Edita:** EAPN España  
C/ Tribulete 18 Local. 28012 Madrid  
Telf. 917860411.  
eapn@eapn.es www.eapn.es

**Depósito legal:** M-25606-2021

**Coordinación:** Secretaría Técnica EAPN-ES

## **Autores/as:**

- Malgesini Rey, Graciela, Responsable de Incidencia Política y Asuntos Europeos de EAPN-ES y co-chair del EUISG, Grupo de Inclusión Social de EAPN EU.
- Jiménez Laserna, Natalia, Técnica Dinamizadora de EAPN-ES
- Guntín Ubierno, Rosalía, Vicepresidenta de asuntos europeos, relación con el Tercer Sector y movimientos sociales de EAPN-ES
- Llano Ortiz, Juan Carlos, Responsable de Investigación EAPN-ES

**Fecha:** septiembre 2021

## **Financiado por:**



Esta publicación ha recibido el apoyo económico del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 dentro del Programa de Subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF (Expediente: IRPF 101 / 2020 / 227 / 4/). La información contenida en la publicación no refleja la posición oficial del Ministerio.

**Diseño:** [www.pontella.es](http://www.pontella.es)

**©de la Edición:** EAPN España



Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal y como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.

# Contenido

CRÉDITOS .....	4
RESUMEN EJECUTIVO .....	9
1. INTRODUCCIÓN .....	14
2. LAS PERSONAS MAYORES DESDE UN PUNTO DE VISTA DEMOGRÁFICO.....	17
2.1. Las personas de 65 a 79 años .....	18
2.2. Las personas de más de 80 años .....	20
2.3. Ámbito rural y urbano.....	22
2.4. Salud y esperanza de vida saludable .....	22
2.5. La población mayor en riesgo de pobreza y exclusión .....	23
2.5.1. Distribución del riesgo de pobreza y exclusión social por edad.....	24
2.5.2. Distribución del riesgo de pobreza y exclusión social por sexo .....	25
2.5.3. Consecuencias de la pobreza en la salud y el bienestar.....	28
3. SOLEDAD NO DESEADA .....	30
3.1. Hogares unipersonales .....	31
3.2. Sentimiento de soledad no deseada .....	33
3.3. Desigualdad de género, pobreza y soledad no deseada.....	33
4. EDADISMO .....	39
4.1. ‘Tercera’ edad .....	40
4.2. Una aproximación al edadismo .....	41
4.3. Determinantes del edadismo .....	44
4.4. Escala del edadismo .....	45
4.5. Efectos del edadismo .....	45
4.6. Edadismo y sexismo.....	46
4.7. Edadismo, desigualdad y violencia de género.....	47
4.8. Otras fuentes de abusos y maltrato a las personas mayores .....	48
5. LA ‘SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL’ EN CUESTIÓN.....	50
5.1. Las personas mayores: ¿una clase ‘pasiva’? .....	51
5.2. Alcance y límites de la solidaridad intergeneracional .....	52
5.3. Solidaridad intergeneracional en el debate sobre las pensiones (Consejos vendo que para mí no tengo).....	53
5.4. Síndrome de las/os abuelas/os esclavas/os.....	56

5.5. Edadismo y debate sobre las pensiones.....	58
5.6. El edadismo en el análisis del gasto sanitario.....	59
<b>6. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y LOS CUIDADOS.....</b>	<b>61</b>
6.1. El impacto de la pandemia.....	64
6.2. La situación en las residencias.....	66
6.3. La atención sanitaria de las personas mayores durante la pandemia y el edadismo.....	70
6.4. Actuaciones del Gobierno Central.....	71
6.4.1. El enfoque del IMSERSO.....	73
6.5. La pandemia de COVID-19 y las personas mayores.....	74
<b>7. LAS POLÍTICAS EUROPEAS.....</b>	<b>77</b>
<b>8. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>82</b>
8.1. Las personas mayores como sujetos de derechos.....	83
8.2. Promover y apoyar el envejecimiento activo.....	84
8.3. Combatir la soledad y promover la participación.....	87
8.4. Combatir la violencia de género.....	90
8.5. Combatir los abusos y el maltrato.....	91
8.6. Combatir el edadismo y reforzar la solidaridad intergeneracional.....	91
8.7. Inclusión social y mejorar el bienestar de los grupos de personas mayores en mayor desventaja y/o situación de vulnerabilidad.....	95
8.7.1. Las personas en riesgo de pobreza y exclusión social.....	95
8.7.2. Las personas con discapacidad y/o enfermedad crónica.....	96
8.7.3. La población mayor de origen inmigrante.....	98
8.7.4. Las personas mayores LGTBI.....	99
8.7.5. Las personas que viven en zonas rurales aisladas.....	100
8.7.6. Enfoque transversal de género.....	101
8.8. Las residencias y los cuidados de larga duración con equidad y calidad....	103
8.9. Recomendaciones.....	108
<b>9. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS Y EXPERIENCIAS INNOVADORAS.....</b>	<b>113</b>
9.1. Mesa Estatal por la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas Mayores.....	115
9.2. Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores.....	116
9.3. Proyecto europeo DAPAS.....	118
9.4. Proyecto CONVIVE.....	120
9.5. Proyecto UIU - Unidad Intergeneracional Urbana.....	121
9.6. Cohousing Senior Trabensol.....	122

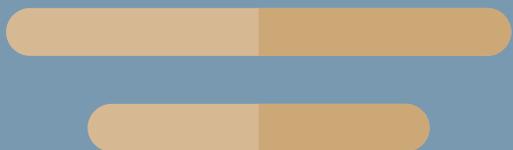
9.7. INTecum .....	123
9.8. Programa Mentor 'Ricardo Duque' .....	124
9.9. Grandes Vecinos .....	125
9.10. Cohousing Senior .....	126
9.11. Ecoaldea de Valdepiélagos .....	127
9.12. Quédate con nosotr@s .....	128
9.13. 'Enrédate': Red social para las personas mayores .....	129
9.14. Programa 'Buen Trato a las Personas Mayores' .....	130
9.15. Cohabita Rivas .....	131
9.16. A gusto en mi casa .....	132
9.17. Integr@tención .....	133
9.18. Fronteira2020 .....	134
9.19. Ruralcare .....	135
9.20. Tertulias digitales .....	136
9.21. A tu lado siempre.....	137
9.22. Hogar y Café .....	140



## RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del estudio es exponer las causas de las desigualdades que afectan a la población mayor y que tienen un impacto directo en la determinación de su salud y bienestar, incluyendo aspectos como la soledad no deseada, el aislamiento, el edadismo y las violencias. Estos determinantes se han agravado por la pandemia de COVID-19 y los efectos específicos sobre las personas mayores con situaciones de vulnerabilidad añadida, como la discapacidad, las patologías previas o la institucionalización en residencias.

El estudio analiza las actuaciones públicas que han afectado a estos grupos, debido a las carencias previas del propio sistema de atención socio sanitaria y, por otra, a las malas praxis. Finalmente, se formulan las principales recomendaciones y propuestas para mejorar la salud integral de la población mayor y su bienestar.



## 1

## Las personas mayores en riesgo de pobreza y exclusión

Uno de los determinantes de la salud más importante es la pobreza.

El 20,5% de la población de personas mayores está en riesgo de pobreza y exclusión, fundamentalmente debido a que tienen ingresos por debajo del umbral de la pobreza.

- › Las personas mayores en riesgo de pobreza y exclusión social se enfrentan a un **mayor riesgo de no acceder correctamente al sistema de atención socio sanitaria** debido a la falta de recursos, carencias económicas, aislamiento social y familiar. Esto ocurre también por la falta de información sobre las ofertas y servicios disponibles para estas personas.
- › Las personas que sufren pobreza no tienen **capacidad económica** para aprovechar las ofertas de la “economía plateada”, aquella dirigida a proporcionar servicios para esta franja de edad por parte de empresas privada, como centros residenciales y “cohousing” especializados, domótica, cuidados profesionales, terapias innovadoras, etcétera.
- › Existen **2,144 millones de personas que no han cotizado lo suficiente**, porque han trabajado en la economía sumergida o por las características del mercado de trabajo, con contratos esporádicos, y por lo tanto no tienen derecho a jubilación, pensión no contributiva, o pensión por discapacidad.
- › **Las mujeres viudas** las más afectadas y en mayor riesgo de pobreza y exclusión.
- › El trabajo de cuidados invisibilizado de las mujeres conduce a que tengan **peor salud y pensiones más bajas**, con una brecha de pensiones de alrededor del 34%.

## 2

## Soledad involuntaria y aislamiento

La soledad no deseada, los problemas de salud mental, la distancia de los centros de atención socio sanitaria son otros factores determinantes de la salud y el bienestar de las personas mayores.

Muchas personas mayores se enfrentan a una gran situación de soledad involuntaria, sobre todo en aquellas zonas donde es más difícil la interacción y donde no se facilitan los espacios para esta socialización. Esta situación se agrava en los casos en los que sufren discapacidad o dependencia.

- › **En las zonas rurales, la mayoría de las personas residentes son personas mayores.** Con las dificultades de conducir (debido a la edad, a la falta de carnet de conducir o de vehículo), más la escasez de medios de transporte, estas personas suelen encontrarse aisladas o directamente abandonadas. La mayoría de los pueblos rurales carecen de una infraestructura sanitaria estable y la oferta de atención está alejada del lugar de residencia. Cuando acceden a los recursos residenciales se les envía a aquellos disponibles, que suelen estar lejos de su entorno.
- › **La brecha digital que sufre este grupo de población es más elevada que la del resto**, lo cual contribuye a profundizar los procesos de aislamiento involuntario y de desconexión social. La brecha digital no es sólo de usabilidad, de accesibilidad ya que no tienen dinero para poder comprar un ordenador, sino también de conectividad, ya que, aunque tuvieran un ordenador o se lo proporcionaran, en algunas zonas rurales no llega internet.
- › Por efecto de la **pandemia**, esta soledad involuntaria se ha visto exacerbada debido a las medidas sanitarias restrictivas impuestas y al mayor aislamiento familiar.

## 3

## Soledad y pobreza personas mayores LGTBI

Muchas personas LGTBI mayores no han llegado a tener una pareja estable y sufren especialmente situaciones de soledad involuntaria.

- › Igualmente, se añade la **dificultad de vivir en residencias** por temas de discriminación por razón de orientación sexual.
- › **La falta de opciones de atención social** condiciona su capacidad de desarrollar una buena calidad de vida, especialmente si necesitan cuidados de larga duración.

## 4

## Invisibilización y “edadismo”

La discriminación generalizada de las personas debido a su edad, el ‘edadismo’, tiene un enorme impacto en las desigualdades en materia de bienestar y salud física y mental.

En un contexto de rápido envejecimiento y de incremento de este grupo de edad, la sociedad tiende a valorar a la juventud como un valor principal y a rechazar las experiencias y capacidades de las personas mayores.

- › **La sociedad española** invisibiliza la situación social de las personas mayores como parte de un problema de discriminación estructural y social.
- › El “edadismo” o **discriminación por edad** afecta especialmente a la población mayor de 65 años, especialmente la que no cuenta con elevados ingresos.
- › La pandemia está contribuyendo a generar una **visión paternalista** de este grupo, centrada en sus aspectos de fragilidad y vulnerabilidad.

## 5

## Sistema público de atención sociosanitaria insuficiente y fragmentado

El sistema público de atención ha ido cambiando para adaptarse a las nuevas condiciones demográficas del país, pero no al ritmo e inversión suficientes, ni con la calidad necesaria para garantizar los derechos de las personas atendidas.

No hay un modelo de atención sociosanitaria común para las personas mayores. Como modelo alternativo al modelo residencial se plantea el modelo de atención domiciliaria. Un modelo donde, además, haya una mayor participación de las personas mayores en sus propias decisiones.

- › Existen una diversidad de **buenas prácticas** en la atención residencial de algunas residencias (ejemplo Ceuta), que podrían estandarizarse y transferirse a otros lugares.
- › Desde el **sistema público** no se está abordando suficientemente esta problemática.
- › Por ejemplo, **muchas personas con una pensión baja** viven lejos y no pueden acceder a las recetas telemáticas porque no pueden pagarse un taxi para recoger la medicación y si, además, tenía limitada la movilidad tampoco podía coger un autobús. Asimismo, la reducción de las prestaciones no permite acceder a una residencia pública cercana al hogar.

## 6

## Actuaciones públicas con consecuencias negativas durante la pandemia

El edadismo, las deficiencias del modelo de atención sociosanitaria preexistente, las diferencias territoriales, las políticas sanitarias aplicadas, las menores oportunidades de las personas mayores que viven en pobreza y que sufren vulnerabilidades añadidas son factores que jugaron un papel determinante en la mayor mortalidad por la pandemia de COVID-19 en este grupo de edad.

Durante los primeros meses de la pandemia, en particular, se ha actuado con **falta de previsión** frente a la pandemia en los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad.

- › Ha existido una **gran demora en el tiempo de reacción**, lo cual generó un elevado número de personas fallecidas.
- › Los protocolos que se han puesto en marcha **no cumplen con los derechos humanos** de las personas institucionalizadas.
- › **Se ha olvidado a las personas sin hogar** que son mayores y/o tienen una discapacidad; este grupo especialmente vulnerable está en “tierra de nadie”.
- › La pandemia ha puesto en evidencia el **tabú de la elaboración psicológica y social de la muerte y el duelo**, así como de los aspectos concretos relativos a las responsabilidades sobre voluntades y cuidados paliativos.



## Principales recomendaciones para la salud integral de la población mayor, con la experiencia de la pandemia

- › Incluir los derechos de las personas mayores en el centro del debate político
- › Revisar y mejorar el sistema de atención sociosanitario
- › Revisar en profundidad la situación y condiciones de las residencias actuales
- › Garantizar la equidad y la calidad de la atención integral en las Comunidades Autónomas.
- › Implantar administraciones accesibles y ágiles
- › Apostar por la innovación, luchar contra la discriminación y a favor de la inclusión social en el ámbito comunitario
- › Incrementar la participación social de las personas mayores
- › Combatir la brecha digital

# 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es exponer las causas de las desigualdades que afectan a la población mayor, especialmente aquellos desafíos relativos a sus derechos humanos, a su inclusión social, específicamente, a la atención social y sanitaria.

En este sentido, se analizan los problemas detectados en el bienestar de las personas mayores en la última década, los cuales se han exacerbado a raíz de la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, cuyo impacto y consecuencias también se estudian.

El estudio se fundamenta en un análisis bibliográfico, en fuentes estadísticas diversas y, específicamente, de la explotación de los microdatos de la Encuesta Europea de salud, publicada el 26 de abril de 2021, así como en una investigación cualitativa original, que recoge las conclusiones y la información generada a través de tres encuentros con personas expertas en el tema desde la práctica social, representantes políticos y de las organizaciones sociales de la sociedad civil.

Para la parte cualitativa, las fuentes de recogida de información han sido tres encuentros con actores e informantes clave en estos procesos quienes, en la gran mayoría de los casos, también eran personas mayores.

El primero de estos encuentros fue el Taller **“Servicios sociales y dependencia: respuesta sociosanitaria para personas mayores, especialmente en situaciones de emergencia”**. En él participaron personal técnico, directivo y voluntario de entidades del Tercer Sector de Acción Social y miembros de las Administraciones Públicas que trabajan en el área de Servicios sociales y en el de la atención a la dependencia. Este taller contó con una metodología participativa de trabajo en grupos para abordar el impacto de la pandemia sobre un modelo de envejecimiento y de atención sociosanitaria que presentaba lagunas importantes antes de la llegada de la pandemia. Sus objetivos fueron:

1. Diagnosticar, exponer y debatir las situaciones particulares y, en muchos casos, extremas vividas recientemente durante el confinamiento provocado por la COVID-19, así como el resto de las medidas de aislamiento social, que claramente han afectado a las personas mayores de forma muy directa.
2. Reflexionar sobre las características de los sistemas de atención sociosanitaria de las personas mayores y, en ese contexto, indagar sobre las situaciones vividas recientemente durante el confinamiento provocado por la COVID-19, así como el resto de las medidas de aislamiento social, que claramente han afectado a las personas mayores de forma muy directa.
3. Debatir sobre la experiencia de la atención a las personas mayores por parte de las entidades sociales y de los servicios sociales durante la pandemia.

El segundo encuentro fue el **“Foro de debate: “Lucha contra el aislamiento de nuestras/os mayores tras la pandemia: nuevas formas de cuidado, más allá de las Residencias”**. En éste se expusieron nuevas fórmulas (co-housing o viviendas colaborativas, redes vecinales de apoyo a la autonomía, pueblos adaptados a las necesidades de las personas mayores...) que permiten ofrecer un enfoque innovador basado en la autonomía, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y la reducción de las situaciones de exclusión social, que se han visto incrementadas exponencialmente a raíz de la pandemia. El tercer encuentro celebrado fue la **Jornada: “Experiencias de mayores durante la pandemia: la necesidad de un cambio profundo en el modelo sociosanitario**. Esta Jornada se celebró durante el período de consulta pública de la propuesta de la Comisión Europea **“Libro verde sobre el envejecimiento -Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones”** y en un momento de debate social originado en el hecho de que las personas mayores han sido el colectivo poblacional más afectado por la situación de emergencia provocada por la Covid19 desde el punto de vista de sus derechos humanos. A las situaciones de aislamiento y abandono se ha sumado la crisis sanitaria, que les ha afectado de forma muy directa y con consecuencias

dramáticas en muchos casos, al tratarse de personas más vulnerables. La Jornada constituyó un espacio de análisis de la situación, reflexión y debate, donde se abordaron temas a nivel europeo, estatal y autonómico, contando con las aportaciones de personas con una larga experiencia de activismo en la defensa de los derechos de las personas mayores.

En este estudio se aborda cómo la experiencia de la pandemia de COVID-19 está resultando una 'tormenta perfecta' que azota a las personas mayores, especialmente las más vulnerables, así como a otros grupos fragilizados por la pobreza, la desigualdad, la discriminación y las lagunas del Estado del bienestar.

La sociedad española se enfrenta a múltiples desafíos que han quedado expuestos en estos últimos meses y, dentro de este contexto, hay oportunidades para introducir cambios profundos que conduzcan a una sociedad inclusiva. Pero también existen tendencias marcadas por la inercia, que pueden llevar a que nada o poco cambie, después de superada la fase álgida de esta crisis.

Las decisiones que se tomen hoy serán esenciales para afrontar en una determinada dirección estos problemas los próximos años.

## 2. LAS PERSONAS MAYORES DESDE UN PUNTO DE VISTA DEMOGRÁFICO



La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores, las que tienen 65 o más años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2020, el 15,4% de la población tiene menos de 16 años, el 36,0% entre 16 y 44 años, el 29,2% tiene entre 45 y 64, y el 19,4% 65 o más años.<sup>1</sup> Este último porcentaje, correspondiente a la población mayor, era del 19,3% en 2019, lo cual indica una evolución hacia el aumento.

A continuación, realizamos un análisis demográfico de la población dividiéndola en dos grupos, de 65 a 79 y de 80 y más años.

## 2.1. Las personas de 65 a 79 años

La población mayor de 65 a 79 años está compuesta por 6.445.050 personas. Las personas que están en los últimos años de este grupo representan aproximadamente la mitad de las que están en los primeros años. Esta relación puede estar influida por el impacto de la pandemia, que ha afectado especialmente a las personas con mayor edad.

**Tabla 1:** Población general de 65 a 79 años empadronada en España

	Ambos sexos	Porcentaje
65 años	527.982	8,2
66 años	500.938	7,8
67 años	499.056	7,7
68 años	492.879	7,6
69 años	458.836	7,1
70 años	443.655	6,9
71 años	456.302	7,1
72 años	471.539	7,3
73 años	425.869	6,6
74 años	401.601	6,2
75 años	412.754	6,4
76 años	385.469	6,0
77 años	372.504	5,8
78 años	313.618	4,9
79 años	282.048	4,4
<b>Total</b>	<b>6.445.050</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/ extranjeros) por edad (año a año) y sexo

Con respecto a la distribución por sexo, se observa una leve mayoría de mujeres, con un 53,8%, en tanto que los hombres se sitúan en el 46,2%. Con 79 años, esta distribución se modifica, con un 56,7% de mujeres y un 43,3% de hombres.

<sup>1</sup> INE, Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020 – Notas de prensa, 21 de abril de 2020, página 2, disponible en: [https://www.ine.es/prensa/pad\\_2020\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/pad_2020_p.pdf)

**Tabla 2:** Población de 65 a 79 años empadronada en España, por sexo

	Hombres	Mujeres
65 años	252.958	275.024
66 años	238.357	262.581
67 años	237.728	261.328
68 años	234.560	258.319
69 años	216.487	242.349
70 años	208.067	235.588
71 años	211.932	244.370
72 años	217.804	253.735
73 años	195.380	230.489
74 años	182.174	219.427
75 años	185.623	227.131
76 años	172.163	213.306
77 años	164.651	207.853
78 años	137.595	176.023
79 años	122.125	159.923
<b>Total</b>	<b>2.977.604</b>	<b>3.467.446</b>
<b>Porcentajes</b>	<b>46,2%</b>	<b>53,8%</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/ extranjeros) por edad (año a año) y sexo

**Tabla 3:** Población de 65 a 79 años empadronada en España, por nacionalidad

	Españoles/as	Extranjeros/as
65 años	95.551	32.431
66 años	470.048	30.890
67 años	470.173	28.883
68 años	465.087	27.792
69 años	433.511	25.325
70 años	418.867	24.788
71 años	433.708	22.594
72 años	449.945	21.594
73 años	404.979	20.890
74 años	382.758	18.843
75 años	397.225	15.529
76 años	370.123	15.346
77 años	358.933	13.571
78 años	301.356	12.262
79 años	271.448	10.600
<b>Total</b>	<b>6.123.712</b>	<b>321.338</b>
<b>Porcentajes</b>	<b>95,0%</b>	<b>5,0%</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/ extranjeros) por edad (año a año) y sexo

El 95% de la población de 65 a 79 años es española. Las personas extranjeras representan sólo el 5%

## 2.2. Las personas de más de 80 años

La proporción de personas octogenarias sigue aumentando gracias a la mayor longevidad; ya representan el 6,1% de toda la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los mayores. Las personas centenarias llegan a un total de 18.217 empadronadas, de las cuales 14.180 son mujeres y 4.037 hombres.

La población de 80 y más años se reduce a medida que aumenta la edad, de manera relativamente progresiva. Las personas que tienen entre 80 y 90 años (inclusive) corresponden al 84,5% de este grupo de edad, mientras que el 15,5% restante se distribuye entre los 91 y más años.

**Tabla 4:** Población general de 80 y más años empadronada en España

	Frecuencia	Porcentaje
80 años	335.831	11,7
81 años	214.122	7,5
82 años	233.969	8,2
83 años	250.744	8,8
84 años	259.169	9,1
85 años	236.328	8,3
86 años	217.717	7,6
87 años	202.844	7,1
88 años	181.810	6,4
89 años	152.259	5,3
90 años	132.668	4,6
91 años	106.933	3,7
92 años	87.639	3,1
93 años	66.584	2,3
94 años	52.911	1,8
95 años	39.005	1,4
96 años	29.096	1,0
97 años	20.614	0,7
98 años	14.571	0,5
99 años	9.430	0,3
100 y más	18.217	0,6
<b>Total</b>	<b>2.862.461</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo

**Tabla 5:** Población de 80 y más años empadronada en España, por sexo

	Hombres	Mujeres
80 años	142.480	193.351
81 años	87.889	126.233
82 años	94.978	138.991
83 años	99.942	150.802
84 años	99.953	159.216
85 años	90.151	146.177
86 años	80.821	136.896
87 años	73.326	129.518
88 años	63.940	117.870
89 años	52.279	99.980
90 años	43.014	89.654
91 años	33.540	73.393
92 años	26.410	61.229
93 años	19.112	47.472
94 años	14.445	38.466
95 años	10.079	28.926
96 años	7.253	21.843
97 años	5.000	15.614
98 años	3.230	11.341
99 años	2.078	7.352
100 y más	4.037	14.180
<b>Total</b>	<b>1.053.957</b>	<b>1.808.504</b>
<b>Porcentajes</b>	<b>36,8%</b>	<b>63,2%</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo

Las mujeres de 80 y más años representan el 63,2% de este grupo de edad, en tanto que los hombres son el 36,8%. Esta feminización continúa hasta llegar al 77,8% del total de las personas centenarias, frente al 22,2% de los hombres que alcanzan dicha edad.

La población mayor de 80 años es casi en su totalidad española. Las personas extranjeras representan sólo el 2,1%. Si se considera el tramo de personas entre 80 y 90 años, el 91,7% del total de extranjeras se sitúa en esa franja, mientras que, en el caso de la población española, el porcentaje se reduce al 84,3%.

**Tabla 6:** Población de 80 y más años empadronada en España, por nacionalidad

	Españoles/as	Extranjeros/as
80 años	325.777	10.054
81 años	205.516	8.606
82 años	226.566	7.403
83 años	244.591	6.153
84 años	253.866	5.303
85 años	232.071	4.257
86 años	214.240	3.477
87 años	199.955	2.889
88 años	179.368	2.442
89 años	150.291	1.968
90 años	130.930	1.738
91 años	105.621	1.312
92 años	86.663	976
93 años	65.863	721
94 años	52.350	561
95 años	38.604	401
96 años	28.798	298
97 años	20.399	215
98 años	14.412	159
99 años	9.328	102
100 y más	18.036	181
<b>Total</b>	<b>2.803.245</b>	<b>59.216</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>97,9%</b>	<b>2,1%</b>

Fuente: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2021. Nacional. Población (españoles/ extranjeros) por edad (año a año) y sexo



## 2.3. Ámbito rural y urbano

En 2019, el mayor número de personas de edad se concentra en las ciudades (en Madrid y Barcelona viven 1.011.955, muchas más que en el conjunto de los 5.877 municipios rurales. Sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es más acentuado en el mundo rural. En los municipios rurales, con 2000 habitantes o menos, residen 770.580 personas mayores, el 28,5% del total. Este envejecimiento demográfico es uno de los factores que acelera la despoblación. Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria y Aragón son las comunidades autónomas más envejecidas (más del 21% de mayores de 65 años). Baleares, Murcia, y Canarias son las comunidades autónomas con proporciones más bajas, inferiores al 16%.<sup>2</sup>

## 2.4. Salud y esperanza de vida saludable

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Antes de la pandemia, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,7 años, y los hombres de 80,4 años (INE), con una brecha de 5,3 años entre mujeres y hombres.<sup>3</sup> Estas cifras se encontraban entre las más altas de Europa y del mundo.

La 'esperanza de vida saludable' pretende añadir una nueva dimensión de calidad a la cantidad de años vividos. Este concepto es especialmente importante, porque la longevidad es un indicador demográfico fundamental, **pero el tipo de vida que se puede desarrollar a partir de las condiciones de salud ayuda a comprender mejor las circunstancias en las que viven las personas mayores.**

La 'esperanza de vida saludable' **está basada en dos dimensiones, morbilidad crónica y salud autopercebida.** Según la Encuesta Europea de Salud del año 2020, con datos nacionales, en el grupo de edad de 65 a 74 años, el 82 % de la población señala alguna enfermedad o problema de salud crónico, una tasa que llega al 85,2 % de las mujeres y es del 78,1 % en los hombres. Con respecto a la salud autopercebida, el 27,6 % la considera "regular" y un 11,6 % "mala o muy mala", nuevamente con una visión más negativa por parte de las mujeres.<sup>4</sup> En esta valoración intervienen factores físicos, mentales y emocionales, por lo que los fenómenos negativos como la soledad no deseada y/o el aislamiento involuntario pueden condicionar la respuesta a la baja.

2 Pérez Díaz, Julio; Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, Pilar y Ramiro Fariñas, Diego (2020), "Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos", en **Informes EnR Envejecimiento en red**, Número 25, marzo. CSIC. Páginas 9-12. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

3 INE, Mujeres y Hombres, 4. Salud, Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por periodo y sexo. Brecha de género.

4 Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. INE, Encuesta Europea de Salud 2020.

Al llegar a los 85 años, **el porcentaje de la población con enfermedades crónicas o problemas de salud crónico percibidos es del 92,6 %**, un proceso que aumenta con la edad y que se da de forma más pronunciada en las mujeres. La longevidad está acompañada por enfermedades o dolencias crónicas, en la casi totalidad de las personas (89,9 % para las que tienen entre 75 y 84 años y 92,6 %, para las de 85 y más años, en ambos casos, con mayor incidencia entre las mujeres).<sup>5</sup> Las personas mayores de 65 años representan el 48,0% de las hospitalizaciones (de los 12 meses anteriores a la Encuesta Europea de salud), con más ingresos por parte de los hombres (51,3%), que de las mujeres (46,0%): **conforme avanza la edad, aumenta el porcentaje de hospitalizaciones**.<sup>6</sup> Con respecto a la salud autopercebida, a medida que avanza la edad del grupo de población **se observa un empeoramiento progresivo**. Las mujeres valoran más negativamente su salud que los hombres. **Las personas de 85 y más años tienen una percepción algo más negativa que las de las edades precedentes**, con un 38,2 % que considera que su salud es “regular” y un 29,7 % que es “mala o muy mala”. Hay más mujeres que hombres que valoran su salud muy negativamente (34,3 % y 21 % “mala o muy mala”, respectivamente).<sup>7</sup>

## 2.5. La población mayor en riesgo de pobreza y exclusión

De acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida publicada en 2021, el 20,5% de la población de personas mayores de 64 años está en Riesgo de Pobreza y Exclusión Social, fundamentalmente debido a que tienen ingresos por debajo del umbral de la pobreza para su tipode hogar.

El Riesgo de Pobreza y Exclusión Social (tasa AROPE) de las personas mayores de 65 años era del 22,9% en 2010 y llegó a su punto más bajo en 2014, con el 14,9%. Desde 2015 comenzó a subir hasta llegar al 17,6 % en 2018, debido a la continua desactualización de las pensiones, entre otros factores.<sup>8</sup> A pesar de las dos subidas de las cuantías en los 2 últimos años, para compensar las pérdidas sufridas entre 2008 y 2018, **el último dato de la tasa AROPE de la población mayor es 4,8 puntos porcentuales más alta que la del año anterior y, además, la más alta de los últimos 9 años**.

5 Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. En porcentaje. INE, Encuesta Europea de Salud 2020. Estado de salud. Cifras relativas. Enfermedades crónicas

6 Las personas mayores de 65 años suponen el 44,4% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población (2015). Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a la población mayor: en 2015, ya suponen el 54,9%. Un alta hospitalaria se produce por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria. INE, Encuesta de morbilidad hospitalaria de 2015 y Abellán (2018), Loc. Cit.

7 Valoración del estado de salud percibido de la población española de 75 a 85 y más años, por sexo y en porcentajes.

8 Adrian, F. Varela, Las pensiones volverán a ganar poder adquisitivo por segundo año consecutivo, tras perder 2 puntos entre 2008 y 2018, **Business Insider**, 1 diciembre de 2020, disponible en: <https://www.businessinsider.es/pensiones-ganan-poder-adquisitivo-segundo-ano-consecutivo-765651>

**Gráfico 1:** Población mayor de 65 años en Riesgo de Pobreza y/o Exclusión Social (indicador AROPE), en Riesgo de Pobreza y con Carencia Material Severa, 2010-2020 (%)



Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2020. Resultados nacionales, Riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020) (renta año anterior a la entrevista). Riesgo de pobreza o exclusión social y de sus componentes por edad y sexo.

### 2.5.1. Distribución del riesgo de pobreza y exclusión social por edad

Desde la crisis económica de la década pasada y hasta el presente, las personas mayores han registrado tasas más bajas del indicador Riesgo de Pobreza y Exclusión (AROPE) que la población juvenil, infantil y adulta.

**Tabla 7:** Población en riesgo de pobreza y/o exclusión (indicador AROPE), en riesgo de pobreza y con carencia material severa, por grupos de edad (%)

	Menores de 16 años	De 16 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 y más años
Tasa de Riesgo de Pobreza o Exclusión Social (indicador AROPE)	31,2	30,3	25,6	26,4	20,5
En riesgo de pobreza	27,6	22,7	19,4	19,2	18,8
Con carencia material severa	9,1	9,9	7,5	6,7	3,2
Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años)	7	10,5	8	13,3	..

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2020. Ibidem

Esta diferencia en la tasa de AROPE por edad se ha debido a la capacidad protectora de las pensiones, que ha actuado como factor de estabilidad económica, en comparación con otros grupos de población que perdieron sus ingresos o los redujeron drásticamente, así como por la baja cobertura de las transferencias directas de renta a los hogares con niños, niñas y adolescentes, la creciente precariedad del empleo y la elevada persistencia del desempleo juvenil. La Comisión Europea ha indicado que, en comparación con otros grupos de edad, España 'protege' más a las personas mayores con respecto a la pobreza, debido a la 'adecuación' de las cuantías de las pensiones.<sup>9</sup> Esta afirmación es correcta: el sistema jubilatorio español tiene una capacidad más protectora que la media europea y que la de los sistemas de algunos de los países con mayor desarrollo económico de Europa.<sup>10</sup>

No obstante, se deben tener en cuenta dos importantes matizaciones. La primera es que **muchas de las personas jubiladas distribuyen sus ingresos con sus familiares más jóvenes y empobrecidos**, con lo cual su nivel de vida resulta deteriorado, sin que este hecho quede adecuadamente registrado en las estadísticas.<sup>11</sup> Casi uno de cada tres hogares españoles (el 29,1%) está sustentado económicamente por una persona mayor de 65 años (17,8% hombres y 11,3% mujeres).<sup>12</sup>

La segunda matización que se debe hacer es que, a pesar de que su tasa de Riesgo de Pobreza y Exclusión es la más baja de la población por grupos de edad, **la situación a la que se enfrentan en las últimas décadas de su trayectoria vital es grave debido a los factores añadidos de vulnerabilidad social, relacionados con la esperanza de vida no saludable.**

## 2.5.2. Distribución del riesgo de pobreza y exclusión social por sexo

En 2019, apenas se podía apreciar una desigualdad entre hombres y mujeres mayores de 65 años con respecto a la tasa de Pobreza y Exclusión Social. Los datos del año 2020 revelan un aumento de la desigualdad de género; concretamente el indicador AROPE es 3,8 puntos porcentuales más alto en las mujeres respecto de los hombres y lo mismo ocurre con la Tasa de Riesgo de Pobreza (4,2 puntos más)

<sup>9</sup> COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT, Country Report Spain 2020. Accompanying the document COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN COUNCIL, THE COUNCIL, THE EUROPEAN CENTRAL BANK AND THE EUROGROUP. 2020 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011 (COM(2020) 150 final), Brussels, 26-2-2020, página 60, disponible en: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-country-report-spain\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-country-report-spain_en.pdf)

<sup>10</sup> De este modo, España se sitúa más de 2 puntos por debajo de la media europea de pobreza y exclusión, según las estadísticas de EUROSTAT. En Alemania, por ejemplo, el riesgo de pobreza afecta a casi un 18% de los jubilados y acumulan 7 años seguidos con peores cifras de exclusión social entre sus pensionistas que España. Un jubilado español cobra un 83% de su último salario, un alemán apenas un 52% y un británico, un 28,4%. Este nivel de cuantías tiene un reflejo en el gasto en concepto de pensiones. España está entre los países de la UE que más gasta en pensiones públicas en relación con el tamaño de su economía, que ascendía a un 12,2% del PIB en 2016, frente al 10,1% de Alemania. Ver: Adrián F. Varela, "Riesgo de pobreza en los jubilados: este gráfico explica cómo España ha mejorado sus cifras desde 2012 mientras Alemania las ha empeorado", en **Business Insider**, 13 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.businessinsider.es/espana-tiene-menos-jubilados-riesgo-pobreza-alemania-807279>

<sup>11</sup> En el año 2012 más de 300.000 familias españolas en las que no trabajaba nadie convivían con una persona jubilada. Luis Doncel, "Con una pensión comen todos", en **El País**, 24 de marzo de 2012, disponible en [https://elpais.com/sociedad/2012/03/24/actualidad/1332607962\\_224569.html](https://elpais.com/sociedad/2012/03/24/actualidad/1332607962_224569.html)

<sup>12</sup> INE, Encuesta de Presupuestos Familiares 2020, Distribución según sexo y edad del sustentador principal, disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608)

**Tabla 8:** Población en riesgo de pobreza y/o exclusión (indicador AROPE), en riesgo de pobreza y con carencia material severa, por sexo (%)

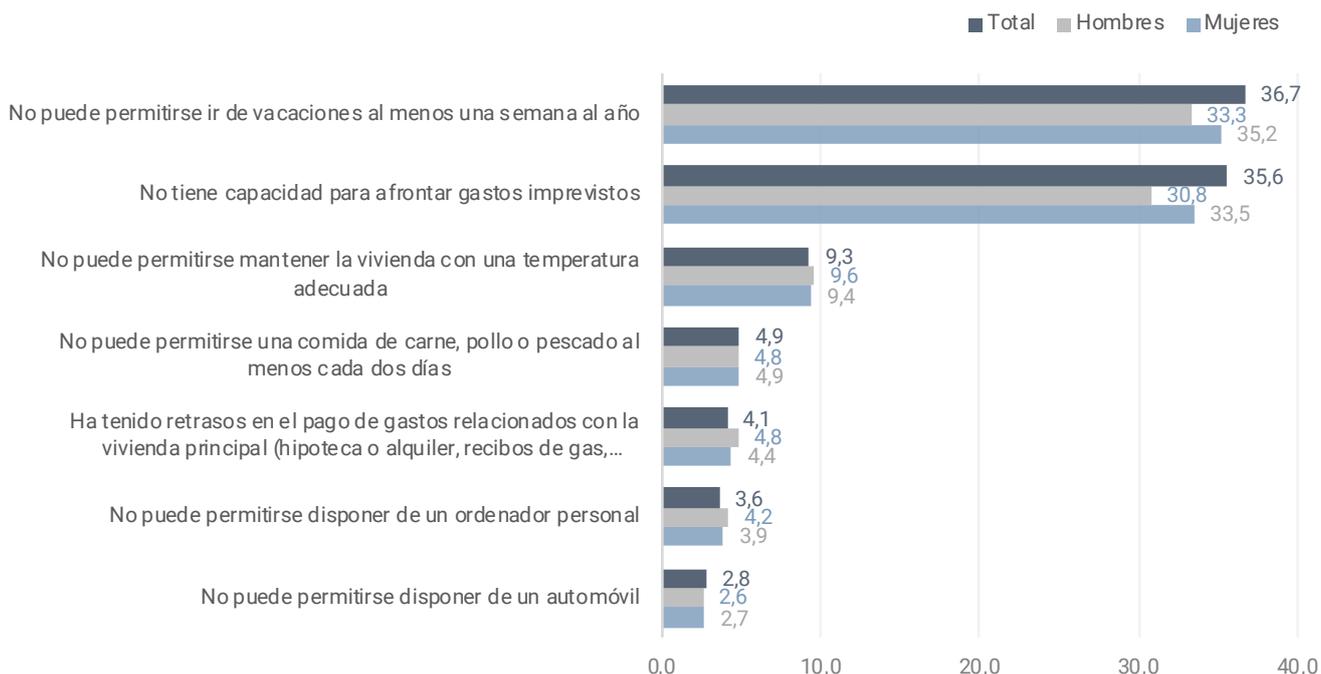
	Hombres	Mujeres
Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)	18,4%	22,2%
En riesgo de pobreza (renta año anterior a la entrevista)	16,4%	20,6%
Con carencia material severa	3,5%	3,0%

Fuente: Ibidem

Como se puede observar en la tabla anterior, el indicador global denominado Carencia Material Severa funciona de manera similar en ambos sexos, incluso es medio punto porcentual más elevada entre los hombres<sup>13</sup>. No obstante, este dato promedio encierra diferencias importantes, si se analizan las variables que lo componen. La más destacada es la correspondiente a la “imposibilidad de ir de vacaciones fuera de la casa una vez al año”, con un 35,2% de las personas mayores afectadas, donde se registran más mujeres (36,7%) que hombres (33,3%). Las mujeres presentan tasas más elevadas en las variables correspondientes a la “incapacidad de afrontar gastos imprevistos” (con un 35,6% frente al 30,8% de los hombres), “no pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado, o su equivalente vegetariano, al menos cada dos días” (4,9% frente a 4,8%) y “no pueden permitirse disponer de un automóvil” (2,8% frente a 2,6%). Por su parte, a los hombres les afecta más la “pobreza energética” (9,6% frente a 5,3% de las mujeres), tienen un mayor porcentaje de “retrasos con los gastos relacionados con la vivienda principal” (4,8% frente a 4,1%) y disponen de un ordenador personal en menor proporción (4,2% frente al 3,6%).

**Gráfico 2:** Personas con carencia material por edad y sexo (%)

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2020, Resultados nacionales. Carencia material. Personas con carencia material por edad y sexo. Unidades: Porcentaje de personas



13 En 2020, la tasa AROPE media de este grupo de edad es de 16,4%, la de las mujeres es de 17,8% y la de los hombres, de 14,5%. Datos de Riesgo de pobreza y exclusión, pobreza relativa y carencia material severa de las personas de 65 y más años, en porcentajes de la población. INE, Encuesta de condiciones de vida 2020, Indicadores Estrategia Europa 2020.

Destaca el hecho de que casi la mitad (37%) de las personas mayores de 65 años **tengan dificultades para llegar a fin de mes** y que, en el caso de las mujeres, esta proporción sea más alta que la de los hombres, con 38,2% y 35,2% respectivamente.

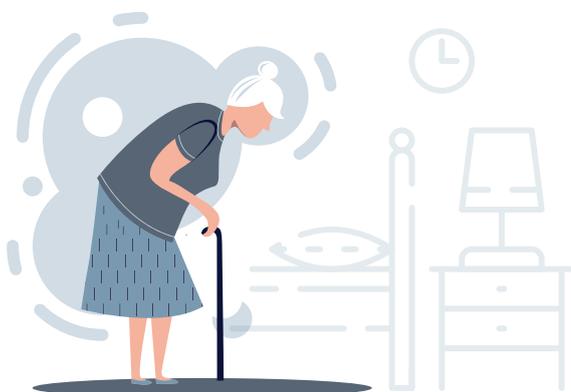
**Tabla 9:** Población en riesgo de pobreza y/o exclusión (indicador AROPE), en riesgo de pobreza y con carencia material severa, por sexo (%)\*

	Dificultad				Facilidad			
	Con mucha dificultad	Con dificultad	Con cierta dificultad	Total dificultad	Con cierta facilidad	Con facilidad	Con mucha facilidad	Total facilidad
Total	6,4	9,3	21,3	37,0	34,8	25,9	2,3	63
Hombres	5,6	8,5	21,1	35,2	34,6	27,4	2,8	64,8
Mujeres	7,0	9,8	21,4	38,2	34,9	24,7	1,9	61,5

\*El porcentaje de aquellos que no consta es mínimo y no están reflejados en la tabla.

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2020, Resultados nacionales. Carencia material. Personas por dificultades para llegar a fin de mes y edad y sexo

La desigualdad de género que expresan las estadísticas se explica en parte porque las mujeres son la mayoría de las personas mayores que no han cotizado lo suficiente debido a los períodos dedicados al trabajo reproductivo, porque han trabajado en la economía sumergida o por las características del mercado de trabajo, con contratos esporádicos.<sup>14</sup> Por lo tanto, son la mayoría de quienes carecen de derecho a jubilación o pensión por discapacidad. Esta cifra puede aproximarse a 2,144 millones de personas, si se tiene en cuenta que el número total de mayores de 65 años residentes en España (INE a 1 enero de 2021) es de 9.371.743, de los cuales según datos de Instituto Nacional de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de 2020) perciben algún tipo de prestación contributiva 7.022.667, y que hay otras 204.420 pensiones no contributivas por jubilación para personas mayores de 65 años.<sup>15</sup> Las mujeres viudas son las más afectadas por la pobreza económica, debido a las bajas cuantías de sus pensiones.



El trabajo de cuidados invisibilizado de las mujeres conduce a que tengan peor salud y pensiones más bajas. Para el año 2020, la pensión media de mujeres fue de 817,3 € y la de los hombres de 1.237,9 €, es decir, una brecha de 420 €. En otras palabras, la pensión media de los hombres es un 51% más elevada que la de las mujeres.

14 Con 15 años de cotización, que es mínimo exigido para acceder a la pensión de jubilación, se aplica un 50% a la base reguladora. Esto es, se obtiene una cuantía igual a la mitad de la base reguladora.

15 Fuente: "Perfil del pensionista no contributivo de la Seguridad Social y del beneficiario de prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad". IMSERSO. 2020. Esta pensión no contributiva es una prestación económica que se concede a todas aquellas personas que se encuentran en situación de necesidad, cuando carezcan de recursos suficientes y no hayan cotizado nunca o no tengan el tiempo mínimo de cotización para poder solicitar la pensión de Jubilación Contributiva.

### 2.5.3. Consecuencias de la pobreza en la salud y el bienestar

Además de la variable de la edad ya analizado, **existe un factor que es determinante en la valoración de la propia salud: la situación de pobreza que afecta a 2 de cada 10 personas mayores de 65 años.** El porcentaje de personas de 65 años o más que son pobres y cuyo estado de salud percibido es “bueno” o “muy bueno” es del 38,6 %, 15 puntos porcentuales superior a la que se registra entre las que no están en pobreza (53,2 %). Por el lado contrario, los porcentajes con salud “mala” o “muy mala” son, también, mucho más elevados entre las personas mayores en pobreza: 23,6% con respecto al 15,8% entre las que no lo son.

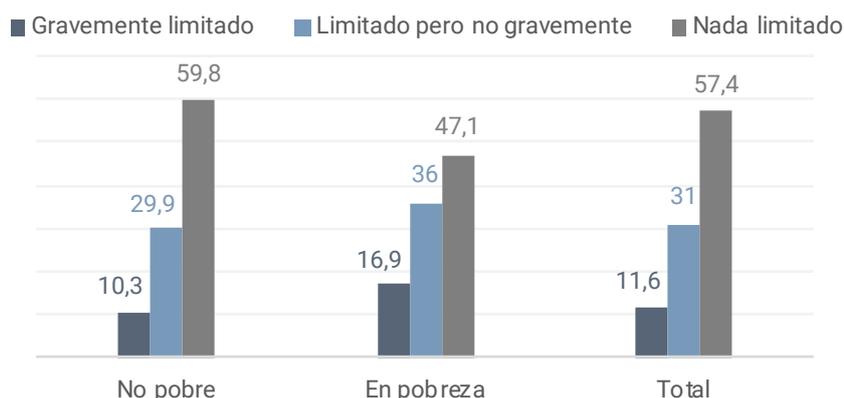
**Tabla 10:** Estado de salud autopercibido de las personas mayores de 65 años en los últimos 12 meses, según si están en situación de pobreza

Estado de salud autopercibido	Situación de pobreza		
	No	Si	Total
Muy bueno	8,10%	5,20%	7,60%
Bueno	45,10%	33,40%	43,10%
Regular	31,00%	37,80%	32,10%
Malo	12,30%	18,50%	13,40%
Muy malo	3,50%	5,10%	3,80%

Fuente: Explotación propia de los microdatos de la Encuesta Europea Salud año 2020

Según los últimos datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, publicada en 2021, el 57,4%, de las personas mayores de 65 años no habían observado ninguna clase de limitación para realizar actividades que la gente habitualmente hace. **Nuevamente, en este aspecto existen importantes diferencias según la situación de pobreza (47% para las que están en pobreza y 60% para las que no lo están) y sexo (63,4% para los hombres y 52,7% para las mujeres).**

**Gráfico 3:** ¿En qué medida se ha visto limitado debido a un problema de salud para realizar actividades que la gente habitualmente hace?



Fuente: Explotación propia de los microdatos de la Encuesta de Condiciones de Vida, publicada en 2021.

Las personas mayores en riesgo de pobreza y exclusión social se enfrentan a una mayor probabilidad de no acceder correctamente al sistema de atención sociosanitaria debido a la falta de recursos, carencias económicas, aislamiento social y familiar, así como a la falta de acceso a la información sobre las ofertas y servicios disponibles.

Presentan especiales dificultades para conseguir ayudas externas que les permitan mejorar la calidad de vida, la movilidad y mantener la autonomía, como son los audífonos, gafas o lentillas, muletas, sillas de ruedas, automóviles adaptados, o para adaptar la vivienda a fin de facilitar la movilidad. Sólo una parte de estos gastos, si se tiene una discapacidad certificada, superior al 33%, es cubierto por las administraciones públicas, muchas veces con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas; es decir, que el grado de cobertura depende del lugar del residencia de la persona, no de las necesidades o circunstancias de la persona.<sup>16</sup> Esta situación afecta negativamente a quienes sufren pobreza, especialmente si las dificultades no alcanzan dicho 33% de discapacidad o si la sufren, pero no consiguen que se les valore esta situación, por estar en lista de espera.

Las personas mayores en pobreza carecen de la capacidad económica para aprovechar las ofertas de la “economía plateada”, aquella dirigida a proporcionar servicios para esta franja de edad por parte de empresas privadas, como los centros residenciales integrales y “cohousing” especializados, la domótica en la vivienda, los cuidados profesionales y terapias innovadoras, que no están incluidos en los tratamientos financiados por la Seguridad Social (además de los servicios turísticos, culturales, deportivos y recreativos ofertados desde el sector privado).

La pobreza de recursos y de relaciones de apoyo también se manifiesta en inseguridad residencial. En las ciudades hay barrios completos con edificios sin ascensores porque las personas residentes no los pueden costear. Las mujeres solas son mayoría entre las personas mayores que se han visto forzadas a abandonar sus viviendas con renta antigua en las ciudades, a raíz de la presión inmobiliaria.

<sup>16</sup> IMSERSO (2009), Prestaciones en España Para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de Dependencia Recursos Estatales y Autonómicos, disponible en: [https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/33012\\_gprestaciones.pdf](https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/33012_gprestaciones.pdf)

### 3. SOLEDAD NO DESEADA



### 3.1. Hogares unipersonales

En España, según la Encuesta Continua de Hogares del INE, **hay 4.849.900 personas viviendo solas en el año 2020**. De esta cifra, 2.131.400 (un 43,6%) tienen 65 o más años. De ellas, 1.511.000 (un 70,9%) son mujeres.

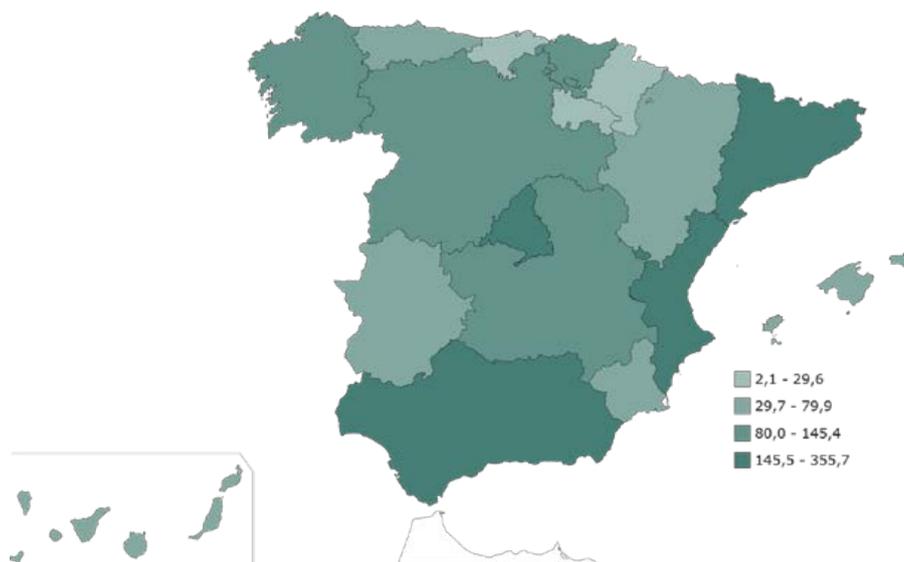
En cuanto a los hogares unipersonales de personas menores de 65 años, la proporción de ambos sexos tampoco es más pareja, aunque de signo contrario, ya que el 59,1% están formados por hombres y el 40,9% por mujeres (1.629.700, frente a 1.128.800).

Por grupo de edad, los hogares unipersonales de personas de 65 y más años aumentaron un 6,1% en 2020, mientras que los formados por menores de 65 años disminuyeron un 0,9%. Por sexo, los hogares unipersonales de mujeres se incrementaron un 1,9% y los de hombres aumentaron un 2,1%.

Considerando la edad, **el 44,1% de las mujeres mayores de 85 años viven solas**, frente al 24,2% de los hombres.

Como era esperable, la mayor parte de estos hogares se sitúan en las comunidades de mayor población, es decir, las zonas mediterráneas y Madrid.

**Mapa 1:** Hogares unipersonales de personas mayores de 65 años en España



Fuente: INE, Encuesta continua de hogares, 2020, Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/I0/&file=02014.px#tabs-mapa>

Entre los 65 y 69 años, la mayoría de los hombres y mujeres siguen viviendo en pareja, pero esas proporciones disminuyen regularmente según avanza la edad, con un retroceso muy marcado en las mujeres. Al final de su vida los hombres siguen viviendo básicamente en pareja, por lo que apenas aumenta el tipo de convivencia con otros familiares u otras situaciones, ni la soledad (sólo uno de cada cinco vive en soledad a los 85 y más años). Entre las mujeres el patrón es diferente. El descenso de las que viven en pareja contribuye al aumento de las otras formas de convivencia; crecen notablemente la convivencia con otros familiares u otras personas (45,7% a partir de los 85 años) y la soledad (40,1% a esas mismas edades).

La posibilidad de que una mujer de edad vuelva a casarse, tras viudez o divorcio, es mucho menor que la de un hombre. Aunque no hay datos recientes, según el Movimiento Natural de la Población de 2012, 4.161 varones (viudos o divorciados) de 60 y más años volvieron a casarse frente a sólo 1.202 mujeres de esas edades; los varones tienden a casarse con mujeres de menor edad.

La razón fundamental de estos patrones de convivencia divergentes entre hombres y mujeres es la mayor mortalidad masculina que rompe el hogar formado por la pareja, y deja a la mujer bien en soledad, bien en otras formas de convivencia, con alguna hija (o hijo) u otros parientes, u otro tipo de hogar, sin relación de parentesco. Otra explicación posible es que los varones mayores se casan más que las mujeres, debido a la posible pérdida de la pensión de viudedad que afecta especialmente a estas últimas.<sup>17</sup>

La institucionalización es otra forma de convivencia fuera del hogar. Vivir en alojamientos colectivos, sobre todo en residencias de mayores, se hace más frecuente con la edad y entre las mujeres.

Las proporciones de personas institucionalizadas son aún bajas comparadas con otros países del centro y norte de la UE. En el último Censo de Población, de 2011, un 5,2% de los hombres y un 8,7% de las mujeres de 75 y más años vivían en alojamientos colectivos; a partir de los 85 años eran 9,2% y 14,1% respectivamente. En los años previos a la crisis económica de 2008, el número de plazas en residencias de mayores era creciente, denotando una mayor propensión a esta forma de vida. De acuerdo con Abellán y Pujol (2014): *“Tras la ruptura de la pareja, si ha existido este tipo de convivencia, vivir en soledad, cohabitar con otras personas, generalmente familiares, o ir a institución, depende de planteamientos culturales y familiares (obligación y reciprocidad asumidas por los hijos, deseo de independencia, carga del cuidado en caso de dependencia), razones económicas (coste de la institucionalización, nivel de la pensión, patrimonio familiar), entorno físico (condiciones del alojamiento familiar, número de habitaciones), contexto político (desarrollo de servicios sociales de atención domiciliaria), o de avances tecnológicos (dispositivos que permiten autonomía en soledad).”*<sup>18</sup>

17 ¿Pierdo la pensión de viudedad si me caso o tengo pareja de hecho? Disponible en: <https://loentiendo.com/perder-pension-viudedad-matrimonio-pareja-de-hecho/>

18 Abellán, Antonio y Pujol, Alberto (2014), “Las mujeres envejecen solas, los hombres envejecen en pareja”, en CSIC, **Blog Envejecimiento en Red**, disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/Las-mujeres-envejecen-solas-los-hombres-envejecen-en-pareja.pdf>

## 3.2. Sentimiento de soledad no deseada

No todas las personas mayores que están/viven solas se sienten solas. **Las variables psicosociales y de salud tienen más influencia que las características sociodemográficas para explicar la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad.**

En 1984, los psicólogos Daniel Perlman y Letitia Peplau definieron a la soledad como aquella experiencia en la que la persona tiene menos relaciones sociales de las que le gustaría tener y que por esta razón se experimenta como la carencia de vínculos interpersonales que dotan de sentido a la vida e informan la identidad personal.<sup>19</sup>

En 1987, la psicóloga holandesa Jenny De Jong Gierveld sostuvo que la soledad es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen, es decir, en el modelo de la discrepancia cognitiva, donde a mayor diferencia entre lo esperado y la realidad, mayor es la soledad experimentada. La escala desarrollada para medir este fenómeno distingue entre la 'soledad emocional' y la 'soledad social'.

Diversos estudios han mostrado que vivir solo puede ser un factor de riesgo de depresión y desnutrición, pero también se ha demostrado que las personas mayores que viven solas se ven a sí mismas como independientes, 'en control de sus vidas', con una actitud proactiva y positiva.

La pérdida de seres queridos por fallecimiento, separaciones de pareja o el abandono de los hijos e hijas del hogar familiar son algunas de las causas más comunes que precipitan la soledad en la vida de las personas. También transiciones vitales que entrañan la pérdida de un determinado rol social, como la jubilación, favorecen la soledad.

## 3.3. Desigualdad de género, pobreza y soledad no deseada

De la Encuesta de Condiciones de Vida publicada en 2019 es posible obtener el porcentaje de personas mayores de 65 años que se sienten solas, en función del sexo y de la situación de pobreza. Un porcentaje mayor de mujeres que de hombres se siente sola "siempre" o "casi siempre" (8,7% y 6,2%, respectivamente).

<sup>19</sup> Perlman, Daniel & Peplau, Letitia. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness. 13-46.

**Tabla 11:** Distribución de la “Frecuencia con la que se sintió solo/a” de las personas mayores de 65 años, por sexo

Frecuencia con la que se sintió solo/a	Varón	Mujer	Total
Siempre	1,9%	2,8%	2,4%
Casi siempre	4,3%	5,9%	5,2%
Algunas veces	10,3%	18,3%	14,8%
Solo alguna vez	14,6%	16,9%	15,9%
Nunca	69,0%	56,1%	61,7%

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2018, publicada en 2019.

Estos sentimientos de soledad son más marcados entre las personas mayores que sufren pobreza, dado que el 11,4% de éstas se sintieron solas “siempre” o “casi siempre”, frente al 6,8% de las que experimentaron la soledad frecuentemente y no están en pobreza.

**Tabla 12:** Distribución de la “Frecuencia con la que se sintió solo/a” de las personas mayores de 65 años, por si sufre o no pobreza

Frecuencia con la que se sintió solo/a	No	Sí	Total
Siempre	2,30%	2,90%	2,40%
Casi siempre	4,50%	8,50%	5,20%
Algunas veces	14,00%	18,80%	14,80%
Solo alguna vez	16,10%	15,00%	15,90%
Nunca	63,00%	54,80%	61,70%

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2018, publicada en 2019.

La soledad y vulnerabilidad de las mujeres están relacionadas con distintos factores, como el hecho de que, aunque son más longevas, su salud está más deteriorada y tienen mayores tasas de dependencia; son mayoría entre las personas que viven solas; son las principales cuidadoras (sacrificando incluso el cuidado propio) y son las que viven con más carencias materiales y, frecuentemente, en mayor pobreza.

Existe un grupo de mujeres especialmente vulnerable a la soledad. Se trata de las mujeres mayores que se dedican fundamentalmente al cuidado de otras personas. La socióloga María Ángeles Durán ha acuñado el término ‘cuidatoriado’ en su obra **La riqueza invisible del cuidado** para designar a una clase social compuesta por mujeres que se dedican a la atención de personas dependientes. Además de las condiciones extenuantes de su trabajo, fallecen en pobreza y soledad, a diferencia de los hombres de sus familias, que lo hacen en mejor situación económica

y acompañados de su familia. La dedicación prolongada y en exclusiva al cuidado favorece la cronificación de la soledad.<sup>20</sup>

## Efectos de la soledad no deseada

El 68,5% de las personas que acuden a los centros de mayores sienten soledad, de la cual el 53,7% corresponde a soledad moderada, el 10,3% a soledad grave y el 4,5% a soledad muy grave, de acuerdo con el estudio 'La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento', coordinado por el Javier Yanguas, director científico del programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa".<sup>21</sup>

Este autor describe la 'soledad social' (falta de conexión social y relaciones de apoyo) e indica que ésta es ligeramente mayor que la 'soledad emocional' (sentimientos de abandono, vacío y ausencia de personas queridas), aunque esta última se incrementa con los años. La soledad afectaría a hombres y mujeres en una escala bastante similar, aunque con mayor incidencia femenina. No obstante, aunque el 66,2 % de los hombres y el 69,4 % de las mujeres sufren soledad, la manera de experimentarla es diferente. En los hombres se caracteriza por un déficit relacional (conexión social) y, especialmente, en una falta de relaciones de confianza. Las mujeres, además de estos aspectos relacionales mencionados, incorporan sentimientos de vacío y abandono. Las personas casadas refieren menos soledad, mientras que las personas viudas son las que indican padecerla en mayor grado, con diferencias de alrededor del 10%. Con respecto a las formas de convivencia, el estudio no detecta un patrón claramente definido de más o menos soledad por el hecho de vivir solo o acompañado. La correlación está más clara con respecto al nivel educativo: cuanto menor es éste, mayor es la 'soledad emocional'.

El informe resalta que la mayor parte de las personas que asisten a los centros de mayores manifiestan que están satisfechas con su vida, y que viven una vida con sentido y significado. No obstante, un 33,8% de las personas encuestadas cree que "no tiene una vida con sentido y significado". Existe una alta correlación inversa entre la satisfacción vital y una vida con sentido y significado y la soledad, de tal manera que **incidir en el desarrollo personal en la vejez puede mejorar la vivencia de la soledad**.

Entre otros efectos, explica que la soledad no deseada puede generar **deterioro cognitivo, depresión, pérdida de movilidad, enfermedades cardiovasculares y mortalidad temprana**. Por estas razones, se la considera como la 'epidemia del siglo XXI'. Un estudio realizado en 2015 con los datos de salud de más de 3 millones de personas participantes concluyó que las consecuencias de la soledad son

20 Durán, María Ángeles (2018), **La riqueza invisible del cuidado**. Col·lecció Honoris Causa. Universitat de València, 518 p.

21 Esta encuesta se realizó entre los meses de octubre y noviembre de 2018, a 14.832 personas que asisten a la red de más de 600 centros de personas mayores propios de la Fundación "la Caixa" y en convenio con las administraciones públicas, de los cuales el 31,1% son hombres y el 68,9% mujeres. **La muestra es importante, pero no es representativa de la población general, por lo que los resultados deben interpretarse en este sentido**. Un 40,89% de los encuestados convive con su pareja, mientras que un 33,91% vive solo, y el resto con otros familiares o amigos. El 49,2% de los encuestados disponen de estudios primarios y un 25% del total cuenta con estudios secundarios. La escala utilizada para medir la soledad es la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (1987), que se fundamenta en que la soledad es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen, es decir, en el modelo de la discrepancia cognitiva, donde a mayor diferencia entre lo esperado y la realidad, mayor es la soledad experimentada. Yanguas Lezaun, Jose Javier (Dir) (2018) **La soledad en las personas mayores. Prevalencia, características y estrategias de afrontamiento**. Fundación "la Caixa", disponible en: <https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>

las mismas que fumar 15 cigarrillos por día y ser alcohólico y son mayores que las de la obesidad. Debido a estos datos, muchos países europeos están adoptando políticas para combatir este proceso.<sup>22</sup>

En las zonas rurales, la despoblación y el envejecimiento demográfico están relacionados, como se ha dicho anteriormente. Las personas mayores están aisladas y muy abandonadas. Cuando acceden a los recursos residenciales, se les envía a aquellos disponibles, que suelen estar lejos de su entorno y de sus vínculos. Por este motivo, los modelos residenciales deberían priorizar las comunidades pequeñas que permitan la integración de la persona. A pesar de este panorama, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto menos negativo y ha revalorizado socialmente las zonas menos densamente pobladas, mostrando nuevos escenarios de oportunidad para la convivencia con personas de otras generaciones más jóvenes que están llegando a los pueblos y para la 'e-conexión', es decir para incrementar los contactos y acceder a los servicios de manera virtual, mediante Internet.

La brecha digital que sufre este grupo de población es más elevada que la del resto, lo cual contribuye a profundizar los procesos de aislamiento involuntario y de desconexión social. La brecha digital no es sólo de usabilidad, de accesibilidad ya que no tienen dinero para poder comprar un ordenador, sino también de conectividad ya que, aunque tuvieran un ordenador o se lo proporcionaran, en algunas zonas rurales no llega internet. **Es decir, que es necesario revisar tanto la cobertura de Internet a todo el territorio como la educación digital de las personas residentes, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas y educativas.**

Por efecto de la pandemia, la soledad involuntaria se ha visto exacerbada debido a las medidas sanitarias restrictivas impuestas y al mayor aislamiento familiar. Ha afectado especialmente a las personas que viven en las residencias, hasta tal punto que, si no acaba con ellas el Coronavirus, podría hacerlo el aislamiento de los demás.

La soledad y la pobreza de las personas mayores LGTBI pueden tener características específicas, que se deben estudiar con mayor detalle. Los datos cualitativos que han emergido como consecuencia de los debates mantenidos en las reuniones del proyecto de EAPN, indican que muchas personas LGTBI mayores no han llegado a tener una pareja estable y sufren especialmente situaciones de soledad involuntaria. Igualmente, se añade la dificultad de vivir en residencias por discriminación por razón de orientación y/o identidad sexual. La falta de opciones de atención social condiciona su capacidad de desarrollar una buena calidad de vida, especialmente si necesitan cuidados de larga duración, reforzando los procesos de soledad no deseada. **Entre las medidas que defiende este colectivo, se encuentra impulsar proyectos de participación ciudadana como el voluntariado intergeneracional y de acompañamiento afectivo; facilitar las relaciones sociales de proximidad, recuperando los lazos vecinales en los barrios; y sensibilizar a la población empoderando a las personas mayores como activos que siguen teniendo mucho que aportar, "forzando un cambio en su actual imagen estereotipada".**

22 Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 2015; 10 (2): 227

El experto José Javier Yanguas explica que en España “No hay un proyecto de vejez, se ha sustituido por muchas actividades para ocupar el tiempo”. En este sentido, indica las diferencias entre “ocupar el tiempo” y “tener un proyecto vital que tenga sentido”. Mientras que la ciencia ha aportado la posibilidad de una mayor esperanza de vida, la sociedad no se ha organizado o preparado para este tiempo ganado y la soledad sigue extendiéndose entre las personas mayores.<sup>23</sup>

## *Soledad no deseada,* *por Víctor Renes*

La *Snd* no es exclusiva de las personas mayores, pero más del 80% de los que la sufren son mayores.

La Soledad no deseada (*Snd*) es un sufrimiento psicológico de sentirse solo, que uno ya no importa a nadie y que nadie ya te importa. Va unida al aislamiento social, además de estar solos, aislamiento que no han elegido. Se aíslan y se marginan y no conocen los recursos de la sociedad. Ya no somos como antes que nos cuidábamos unos a otros. Hay muchos que no han salido durante la pandemia de COVID-19 y han dependido de la ayuda de sus vecinos. Y han sufrido aislamiento.

<sup>23</sup> Entrevista a Javier Yanguas: “El envejecimiento es un desafío de la misma magnitud que el cambio climático”, Diario Vasco, 20 de agosto de 2018, disponible en: <https://www.diariovasco.com/sociedad/salud/javier-yanguas-director-20180819003723-ntvo.html>

- › **Afecta a los diversos grupos humanos.** Personas mayores. La Soledad no deseada se está convirtiendo en un grave problema colectivo. Según la encuesta de los hogares del INE, hay casi 4.800.000 personas que viven solas. Y de ellas se estima que casi 2.000.000 vienen en *Snd*. La *Snd* se agrava con la edad. De más de 80 años hay una población de 1.200.000, y eso tiene consecuencias. Las personas mayores representan el 20% de la población total. Y se estima que el 5% de la población están en *Snd*. La *Snd* no es exclusiva de las personas mayores, pero más del 80% de los que la sufren son mayores.
  
- › **Los cuidadores de estas personas suelen ser mujeres**, sobre todo no profesionales, que cuidan a dependientes que no tienen a nadie. Y eso aumenta la soledad y el sufrimiento. Pero hay también situaciones de soledad en mujeres de más de 40 años, cabezas de familia solas, en *Snd*, y en muy grave situación. Hay también **situaciones de *Snd* y Discapacidad**, sobre todo mental. Y hay también ***Snd* en inmigrantes y en refugiados** que ahora no tienen redes sociales. Venían pensando que esto era jauja, y se encuentran sin raíces y sin saber cómo incardinarse. También en las zonas despobladas hay *Snd* especialmente en el centro y norte de la península, dado que son pueblos de mayoría de población mayor. Son pocos y sus redes son escasas. Por lo que ante una emergencia ¿quién les cuida?
  
- › Pero, como lo que es bueno para el medio rural es bueno también para el medio urbano, aunque no al revés, hay que plantear cómo en las ciudades se da de hecho la transcripción espacial de la soledad. Dónde se da, en qué zonas urbanas está más sola la propia soledad, sin medios ni recursos, cómo donde hay carencias la *Snd* se convierte en una condensación de carencias.
  
- › **Impactos de la Soledad no deseada.** Hay efectos, sobre todo mentales, lo que la convierte en un problema de Salud Pública. Y la persona se deprime. Pasa mucho tiempo ante la TV, se deprime, pierde el sentido, vive como en un sueño, sin los otros, sin ganas de vivir. Piensa, ¿qué hago yo aquí, si es que a nadie le importo? **Hay efectos también de salud física.** Una persona en soledad tiene más riesgos de enfermedades coronarias y cardiovasculares que aumentan entre el 20 y el 25% más. Y aumenta el tabaquismo y la bebida. Se acelera la muerte de forma más temprana que si se tiene compañía, como se ha testado en EE. UU., Reino Unido, Canadá... Y aunque estas muertes en soledad no aparezcan todos los días, está pasando de forma cotidiana, o habitual.

## 4. EDADISMO





## 4.1. 'Tercera' edad

El envejecimiento consiste en un proceso gradual que comienza desde que la persona nace y, por lo tanto, no está restringido a una edad concreta, ni determinado por el cese de la actividad productiva. ¿Por qué se habla de envejecimiento poniendo una fecha fija para establecer su inicio? ¿Es correcto utilizar las categorías de "tercera" y "cuarta" edad para clasificar a los seres humanos? ¿Qué consecuencias tiene hacerlo?

La primera cuestión para abordar es que este proceso de división en categorías está orientado por una visión biologicista, de nacimiento desarrollo y muerte, que adjudica el envejecimiento a las décadas previas a los últimos años de la vida, de acuerdo con la esperanza de vida de cada sociedad. No se trata de una interpretación universal, ya que las 'edades de la vejez' definidas en España o Europa, no existen en las sociedades donde la esperanza de vida es mucho más baja que en los países desarrollados. Como nos referimos a promedios, incluso dentro de las sociedades con mayor longevidad como la nuestra, estas 'edades' no son válidas para determinados grupos sociales cuya vida ha estado caracterizada por el padecimiento de enfermedades importantes, la pobreza sostenida a lo largo de la vida, la acumulación de episodios traumáticos y/o la discapacidad. Para estas personas, llegar a los 70 u 80 años es poco probable, ya que las desigualdades y la vulnerabilidad social conllevan una mortalidad más precoz.

¿Qué implicaciones culturales genera la categorización en 'edades' correlativas? Los medios de comunicación, las administraciones e incluso algunos estudios académicos suelen referirse a la población mayor de 65 años como la 'tercera edad' y a la que se inicia a los 80 y más como la 'cuarta edad'. Después de esta última, vendría la muerte, que todas las personas comprenden como **una transición significativa y definitiva**. Aunque es bien conocido el hecho de que la muerte es

un episodio que puede llegar en cualquier momento de la vida, la estadística dice que se produce con mayor frecuencia cuando se traspasa una cierta frontera en el calendario vital.<sup>24</sup>

La mayoría de las personas no nos enfrentamos con la muerte hasta muy tarde en el proceso vital.<sup>25</sup> Situar a la muerte mentalmente después de la 'tercera' o 'cuarta' edad brinda a quienes están en las etapas anteriores el confort de que "este problema no va con ellos/ellas". En la mayoría de los casos, tal vez por el estrés, la inestabilidad de la vida cotidiana o la dificultad para ahorrar, tampoco hay mucha dedicación de pensamiento al desarrollo de un proyecto de vida para cuando esta edad lejana se convierta en 'la propia'. Esta interpretación puede resultar tranquilizadora desde un punto de vista personal, **pero tiene como una de sus consecuencias que no se le dedique demasiada reflexión a cómo debería organizarse la sociedad para ofrecer las mejores oportunidades a quienes transiten esos años.**

## 4.2. Una aproximación al edadismo

En el siglo XX, las sociedades industrializadas ganaron unos 30 años más de esperanza de vida, lo que es más de lo que habían logrado en los últimos 5.000 años, transformando lo que alguna vez fue la experiencia sólo de unos pocos en el destino de muchas personas. Con este cambio, quedó lejos la valoración de la vejez como un tesoro valioso, tal como proponía el filósofo Platón, quien destacaba el aporte de conocimientos, experiencia y el rol en la transmisión de la memoria institucional de las sociedades. En cambio, se consolidó una imagen definida por la menor productividad económica en la sociedad industrial y consagrada por una visión de la vida como un "deterioro progresivo e inexorable" generada por la medicina, la psiquiatría y la psicología. Esta visión funcionalista pasó a ser reproducida los medios de comunicación y de este modo confirmó la percepción de las personas mayores en vida en los hogares, los cuales atravesaban una transición sociodemográfica que implicaba una reducción de número y un cambio funcional de sus miembros. De este modo, se ha reforzado la visión patológica de la vejez, centrada en un proceso de decadencia, deterioro, pérdida de contacto social y facultades mentales.

En 1969, el psiquiatra Robert N. Butler acuñó el término 'Edadismo' (Ageism), que hace referencia a la discriminación que se ejerce hacia las personas mayores en la sociedad actual. Para Butler, esta discriminación consta de tres elementos: actitud-

24 El programa internacional CEVI (Changements et Événements au Cours de la Vie) concebido en el año 2003 por los profesores Christian Lalive d'Epinay y Stefano Cavalli estudia la percepción que las personas adultas de diversos países tenían sobre los cambios ocurridos en su propia vida y en su entorno social desde de su nacimiento, incluyendo la muerte, desde la perspectiva del 'Ciclo Vital'. Uno de los artículos describe la percepción moderna de la muerte de este modo: "si bien la muerte en general, en abstracto, se acepta como algo cotidiano, la muerte propia siempre aparece como lejana, sobre todo en la juventud. Luego, la muerte se admite, en el plano consciente y racional, como un hecho natural, pero se vivencia en lo personal como un accidente, arbitrario e injusto, para el que nunca se está preparado." Lynch, Gloria y Oddone, María Julieta (2017), "La percepción de la muerte en el curso de la vida. Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos", en **Revista de Ciencias Sociales**, DS-FCS, vol. 30, n.º 40, enero-junio, <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v30n40/v30n40a07.pdf>

25 Lynch, Gloria y Oddone, María Julieta (2017), Loc. Cit. Las autoras señalan que: "Otras investigaciones empíricas muestran que la mayoría de los individuos no se enfrenta con la muerte hasta muy tarde en el proceso vital, siendo su impacto diferente según el momento de la vida en el cual el hecho ocurre, ya que la carga traumática que tienen las pérdidas va disminuyendo a lo largo de la vida (Elder, 1998). Después de los 50 años, los individuos están más expuestos a enfrentar la muerte de personas de su entorno, lo que les hace sentir su propia finitud. Así, las personas ancianas son más conscientes de sus posibilidades de morir que los jóvenes. Y ese hecho es un importante factor en la manera en la que estructuran sus vidas y en el sentido que le dan. Norbert Elias, en su libro *La soledad del moribundo* (1987), dice que, 'dado que los ancianos van quedando solos, experimentan la muerte de los otros como una premonición'."

des hacia las personas mayores, la edad avanzada y el proceso de envejecimiento (creer que son una carga para la sociedad); prácticas discriminatorias hacia estas personas (tomar decisiones por ellas); y políticas y prácticas institucionales que contribuyen a perpetuar estos estereotipos (restringir el acceso a determinados tratamientos). No obstante, la discriminación por edad no afecta por igual a todas las personas mayores. Es más probable cuando la edad avanzada va asociada a determinadas características sociales, como la escasez de recursos económicos y culturales, o el género y la etnia, que actúan como amplificadoras de los estereotipos. No se trata de la misma manera a un hombre octogenario cuando es un escritor o artista conocido, que a un hombre anónimo de la misma edad; mayor es la diferencia si la persona octogenaria es una mujer.<sup>26</sup> Butler explicaba que esta discriminación está originada en el miedo a vernos en ese espejo: “Hay que tener en cuenta que el estatus de las personas mayores y nuestras actitudes hacia ellos/as no solamente se basan en circunstancias históricas y económicas. También proceden de inquietudes muy profundas y de miedos sobre la vulnerabilidad inherente a los últimos años de la vida. Sentimientos como éstos pueden llegar a convertirse en desprecio y negligencia.”<sup>27</sup>

Las psicólogas B. Levy y M. Banaji aportaron el concepto de ‘Edadismo implícito’, en el que describen uno de los aspectos más complejos de este prejuicio: el hecho de que opera sin ser advertido, ni controlado, o sin tener intención de dañar de manera consciente.<sup>28</sup> Este tipo de prejuicio implícito convive con el ‘Edadismo explícito’, que sería el conjunto de manifestaciones efectivamente discriminatorias que se expresa a viva voz al referirse a las personas que superan una determinada edad, se aplica en medidas discriminatorias a través de políticas y presupuestos, o se destaca en la publicidad y los medios de comunicación, a través de asociar los estereotipos más indeseables a los de dichos perfiles.<sup>29</sup> Según la revisión de ambos conceptos que realizan M. C. P. de Paula Couto y D. Wentura, “El ‘Edadismo Explícito’ trata de creencias personales y se manifiesta intencionalmente en interacciones intergeneracionales, conversaciones cotidianas sobre el envejecimiento, políticas sociales, entornos laborales y otros contextos; la discriminación por edad implícita es más sutil. Se refleja en asociaciones de memoria entre personas adultas mayores y ciertos rasgos, como ser frágiles, lentas y dependientes, así como con evaluaciones funcionales negativas”.<sup>30</sup>

Estos estereotipos contra las personas mayores se imponen y acaban transformándose en una realidad. En 1990, la Organización Mundial de la Salud indicó que era posible que los estereotipos negativos de la vejez estuvieran influyendo en determinados aspectos de la salud mental de la población mayor, de forma que acabaran convirtiéndose en ‘profecías autocumplidas’ para muchas personas

26 AA.VV. (2009), **Edadismo en Estados Unidos**. Traducción del inglés de la colección de textos de The International Longevity Center. Publicado por el IMSERSO, **Perfiles y Tendencias**, N° 40, agosto, disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm40.pdf>

27 Butler, Robert (2009), “Combatiendo el Edadismo: un Asunto de Derechos Humanos y Civiles”, en AA.VV. (2009), Loc. Cit., página 3.

28 Este tipo de discriminación plantea algo muy original, ya que no hay grupos que repudien a los adultos mayores, como sí existen los que repudian a grupos religiosos, raciales o étnicos. Levy, B.R., and Banaji, M.R. (2002), “Implicit Ageism”, en Nelson, T.D. (Ed.), **Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons**. Cambridge, MA: The MIT Press. El capítulo está disponible en [http://www.people.fas.harvard.edu/~banaji/research/publications/articles/2002\\_TDNELSON.pdf](http://www.people.fas.harvard.edu/~banaji/research/publications/articles/2002_TDNELSON.pdf)

29 El equipo de la Universidad Autónoma de Madrid, liderado por la profesora Rocio Fernández Ballesteros García, ha realizado un seguimiento temporal en muestras representativas de población española (1991, 2006 y 2011) sobre la visión de las personas mayores en España. Más de un 50% de las personas encuestadas consideraban que las personas mayores de 65 años: “son peores en el trabajo”, “tienen déficit de memoria” y “son como niños”. Fernández-Ballesteros García, Rocio (2021), “Un capital humano desaprovechado: los mayores”, en *The Conversation*, 11 febrero 2021, disponible en: <https://theconversation.com/un-capital-humano-desaprovechado-los-mayores-154964>

30 De Paula Couto, María Clara y Wentura Dirk (2017) “Implicit Ageism”, en Nelson, T.D. (Ed.), **Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons**. Second Edition. Cambridge, MA: The MIT Press. El capítulo está disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/324441402\\_Implicit\\_Ageism](https://www.researchgate.net/publication/324441402_Implicit_Ageism)

mayores. En este mismo documento se consideraba que, aunque se tomaran medidas compensatorias, iba a ser muy difícil para la mayoría de la población conseguir una vejez saludable, si las imágenes negativas de la vejez eran compartidas por el grupo social en general, por los agentes sociales del cambio que se desea producir, es decir, por los profesionales de la salud y de la medicina, y por las propias personas mayores.

En un informe de 2015 sobre 'Salud y Envejecimiento', la Organización Mundial de la Salud aporta una visión científica para combatir este estereotipo. Señala que los datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. Por lo tanto, **no existe una persona mayor 'típica'**. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del 'curso de la vida' (life-cycle). Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. "Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas".<sup>31</sup>

La edad es una de las primeras cosas que observamos en otras personas. El edadismo se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Puede suceder a las personas en cualquier momento de la vida cuando se les considera "demasiado jóvenes" o "demasiado mayores".

La discriminación por edad tiene consecuencias graves para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas.<sup>32</sup> En este sentido, las Naciones Unidas han dedicado esfuerzos a visibilizar el problema y luchar contra éste.

El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional. Adopta diferentes formas a lo largo del curso de la vida<sup>33</sup> y puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido.

El edadismo institucional se refiere a las leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de las instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas relacionadas con su edad. El edadismo interpersonal surge en las interacciones entre dos o más personas, mientras que el edadismo autoinfligido se produce cuando se interioriza el edadismo y éste se vuelve contra uno mismo.

31 Organización Mundial de la Salud (2015), **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Página 3. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf?sequence=6632F3EAF9DEF97920?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=6632F3EAF9DEF97920?sequence=)

32 La OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas elaboraron el Informe mundial sobre el edadismo para la **Campaña Mundial contra el Edadismo**. En este texto, seguimos el esquema de contenidos publicado en el **Informe mundial sobre Edadismo. Resumen en español** de dicha Campaña, disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340207/9789240020542-spa.pdf?sequence=1>

33 El edadismo se inicia en la infancia y se refuerza con el tiempo. Desde una edad temprana, los niños reciben indicaciones de quienes los rodean sobre los estereotipos y prejuicios de su cultura que interiorizan rápidamente. Las personas utilizan estos estereotipos para extraer conclusiones y orientar sus sentimientos y su comportamiento hacia personas de distintas edades y hacia ellos mismos.

El edadismo constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable, tal como reconocieron los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud, y mediante el Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030). En respuesta a ello, se pidió a la OMS que pusiera en marcha con sus asociados una campaña mundial de lucha contra el edadismo.

El 9 de junio el Gobierno aprobó en el Consejo de Ministros el proyecto de Ley orgánica de protección integral a la infancia y a la adolescencia, frente a la violencia. La nueva norma lleva aparejada una nueva regulación a los delitos de odio, **donde incorpora la edad como causa de discriminación, no solo en niños, niñas y adolescentes, sino también en personas mayores.** La aporofobia (fobia a las personas pobres o desfavorecidas) y la exclusión social dentro de estos tipos penales, también se incluyen en la nueva ley. De este modo, a partir del 25 de junio de 2021, el edadismo y la aporofobia son un agravante de la responsabilidad penal, al igual que ya lo eran el racismo o la homofobia, gracias a la entrada en vigor de la citada Ley.<sup>34</sup>

### 4.3. Determinantes del edadismo

Los factores que aumentan el riesgo de ser objeto de edadismo son: tener más edad, precisar del cuidado de otros, tener una menor esperanza de vida sana en el país y trabajar en determinadas profesiones o sectores ocupacionales, como los sectores de la alta tecnología o la hostelería. Como se ha explicado en el punto anterior, un factor de riesgo para ser objeto de edadismo contra las personas más jóvenes es ser mujer.

En 2016, se publicó una investigación sobre los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y la vejez, considerando cómo pueden estos influir negativamente en la relación y el trabajo con las personas mayores. El equipo elaboró un Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez para evaluar este tipo de estereotipos 'viejistas', el cual se aplicó con 350 personas jóvenes y adultas, quienes aportaron datos sobre su formación especializada en envejecimiento y su grado de contacto con personas mayores.

---

Los análisis efectuados muestran que el nivel educativo es una dimensión especialmente relevante a la hora de explicar las concepciones negativas en personas jóvenes y adultas sobre las personas mayores.

Los sujetos con un nivel de formación alto presentaron un menor grado de estereotipos edadistas.<sup>35</sup>

En general, además del dato de la educación deficiente, otros factores que aumentan el riesgo de incurrir en edadismo contra las personas mayores son ser más joven, varón, estar ansioso ante la muerte.

<sup>34</sup> Laura Moro, El edadismo, delito de odio, 27 de junio de 2021, 65ymas, disponible en: [https://www.65ymas.com/sociedad/edadismo-delito-odio\\_29192\\_102.html](https://www.65ymas.com/sociedad/edadismo-delito-odio_29192_102.html)

<sup>35</sup> Menéndez Álvarez-Dardet, Susana; Cuevas-Toro, Ana María; Pérez-Padilla, Javier y Lorence Lara, Bárbara (2016), "Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos, en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 51, Número 6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evaluacion-estereotipos-negativos-hacia-vejez-S0211139X15002401>

Del mismo modo, los factores que reducen el riesgo de incurrir en edadismo contra las personas mayores son tener un nivel educativo alto, tener determinados rasgos de la personalidad (empatía, sentimiento de bienestar personal, entre otros) y un mayor contacto intergeneracional.

#### 4.4. Escala del edadismo

El edadismo está presente en numerosas instituciones y sectores de la sociedad, como por ejemplo entre los proveedores sociosanitarios, en el lugar de trabajo, en los medios de comunicación y en el ordenamiento jurídico.

El 'racionamiento' de la atención de salud en función de la edad está muy extendido y las personas mayores tienden a quedar excluidos de las actividades de investigación y recopilación de datos. Las personas adultas mayores y las más jóvenes a menudo se encuentran en desventaja en el lugar de trabajo. Los delitos cometidos por delincuentes más jóvenes suelen suscitar más indignación que los cometidos por delincuentes más mayores, y se consideran infracciones más graves. El edadismo también determina la forma en que se recopilan las estadísticas y los datos en que se basan las políticas.

A nivel mundial, una de cada dos personas son edadistas contra las personas mayores. En Europa, que es la única región de la que se dispone de datos, una persona de cada tres afirma haber sido objeto de edadismo, y los jóvenes afirman haber percibido más discriminación por edad que otros grupos de edad.

#### 4.5. Efectos del edadismo

De acuerdo con el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud, el edadismo tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas.<sup>36</sup>

En el caso de las personas mayores, el edadismo se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente, una recuperación más lenta de la discapacidad y un deterioro cognitivo.

**El edadismo reduce la calidad de vida de las personas adultas mayores**, aumenta su aislamiento social y su soledad (ambos asociados a graves problemas de salud), restringe su capacidad de expresar su sexualidad y puede aumentar el riesgo de violencia y abuso contra las personas mayores.

**El edadismo contribuye a la pobreza y la inseguridad económica de las personas en la vejez**, y en una estimación reciente se demuestra que tiene un costo para la sociedad de miles de millones de dólares, a nivel de la población mundial.

<sup>36</sup> World Health Organisation (2021), Global Report on Ageism.

La discriminación por edad está muy extendida en instituciones, leyes y políticas de todo el mundo. Además de dañar a la salud y dignidad individuales, también perjudica a las economías y a las sociedades, niega a las personas sus derechos humanos y su capacidad para alcanzar su máximo potencial.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto devastador en las personas mayores; en parte, por razones médicas, en otra por el impacto del edadismo en las decisiones sanitarias adoptadas.

## 4.6. Edadismo y sexismo

A menudo, el edadismo se entrecruza e interactúa con otras formas de creación y uso de estereotipos, prejuicios y discriminación, entre ellas el 'capacitismo' (una forma de discriminación o prejuicio social contra las personas con discapacidad), el sexismo y el racismo. **El entrecruzamiento de múltiples formas de sesgo agrava las desventajas y empeora aún más los efectos del edadismo en la salud y el bienestar de las personas.**

La perspectiva de género es útil para comprender cómo se aplica este fenómeno en la vida cotidiana de las mujeres mayores. Por ejemplo, desde los cuentos de Blancanieves, la Cenicienta o Hansel y Grätel, a la representación mediática actual, el imaginario social se nutre con estereotipos sobre las mujeres mayores, asimilando el concepto 'vejez' de estas mujeres con 'decrepitud' y, frecuentemente, con 'maldad'. Desde un punto de vista dicotómico, las mujeres mayores se tienden a representar como 'bondadosas abuelas' (asexuadas o asexuales, es decir que parecen no tener sexo, ni sentir atracción sexual) o como 'malvadas y feas brujas', en un continuum cultural que abarca desde los cuentos infantiles referidos, hasta la venta de todo tipo de productos comerciales para 'revertir' el envejecimiento femenino. Este edadismo no se aplica a los varones mayores, debido a que ya están ampliamente representados en todos los espacios de poder, son referentes intelectuales (mayoría de premios Nobel, por ejemplo), son percibidos como 'daddys' (es decir, 'papitos') en las relaciones de pareja con mujeres pertenecientes a generaciones más jóvenes y continúan siendo símbolos eróticos en las pantallas, a pesar de sus arrugas y otros signos del paso del tiempo, siempre acompañados con protagonistas femeninas que tienen varias décadas menos de edad.

En un estudio publicado por el Instituto Navarro para la Igualdad, las autoras se refieren a estos estereotipos y señalan que: "Hay violencias, por ejemplo, que afectan a todas las mujeres, pero cuyo impacto se agrava entre las mayores, como la infravaloración de su persona y sus capacidades; la invisibilización en todas las esferas públicas (productos culturales, publicidad, medios de comunicación, etc.); y lo que una de las participantes en el estudio definió como "violencia estética", es decir, la existencia de unos cánones de belleza dañinos e inalcanzables a todas las edades, pero que solo en lo que respecta a las mujeres mayores establecen una exclusión por definición del espacio de la belleza y el atractivo sexual (...). Otra violencia que se agrava en su caso es la que deriva de la tiranía del "ser para otros" (que se traduce en sobrecarga de cuidados, ausencia de tiempo propio, etc.). Esta es un elemento definitorio de la identidad femenina a todas las edades, pero se intensifica entre las mujeres mayores por efecto de su socialización en un contexto en el que los roles de género no eran solamente más rígidos, sino también, en

cierto modo, diferentes a nivel cualitativo. Más en detalle, hacemos referencia al hecho de que, en la construcción de esta identidad de género femenina, la abnegación y la disponibilidad perpetua a llevar a cabo cuidados adquirirían un peso comparativamente mayor hace décadas, algo que a su vez remite a otros fenómenos sociales, como el mayor peso de la Iglesia y sus mandatos para con las mujeres, y el hecho de que aún no había surgido una subjetividad neoliberal, en cierto modo contradictoria con respecto a tales mandatos.”<sup>37</sup>

## 4.7. Edadismo, desigualdad y violencia de género

Según un Informe del Consejo Económico y Social de España publicado en 2020, la esperanza de vida al nacer para los hombres es de 80,43 años, mientras que para las mujeres es de 86. Sin embargo, mientras que los hombres al nacer tienen una esperanza de vida en salud de 63,87 años, las mujeres tienen 62,55 años. **Esto implica que las mujeres viven más años, pero que su calidad de vida y su salud son peores.** Además, como ya se ha indicado, las mujeres mayores tienen una peor percepción de su estado de salud que los hombres mayores.<sup>38</sup>

La franja de edad de la población que comienza en los 65 años **está feminizada**.<sup>39</sup> Como ya se ha explicado anteriormente, la desigualdad de género que experimentan las mujeres jóvenes se traslada a este grupo etario y, a la vez, se transforma con nuevos aspectos que no están relacionados con el papel reproductivo presente de las mujeres. De este modo, se produce una interacción entre el edadismo y el sexismo, que termina cobijando situaciones como la violencia de género que sufren las mujeres mayores, un grave problema de salud pública por sus consecuencias multidimensionales sobre las mujeres.<sup>40</sup>

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019 muestra que **el 8,5% de las mujeres de 65 años o más ha sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja a lo largo de la vida** (esta afecta al 16,1% de las mujeres que tienen entre 16 y 64 años) **y el 22,9% ha sufrido algún tipo de violencia psicológica** (es un 34,9% entre quienes tienen entre 16 y 64 años). Las mujeres de 65 años o más han recurrido a servicios de ayuda formal en menor medida que las mujeres de 16 a 64 años y también han contado a personas de su entorno la violencia sufrida en menor medida que el resto de las mujeres.<sup>41</sup>

37 Damonti, Paola; Iturbide Rodrigo, Rut y Amigot Leache, Patricia (2020), **Violencia contra las mujeres mayores. Interacción del sexismo y edadismo**. 2018, Instituto Navarro para la Igualdad, disponible en: [https://www.navarra.es/documents/48192/5564564/04112020\\_Violencia+contra+las+mujeres+mayores.+Interacción+del+sexismo+y+edadismo.pdf/236a3894-dfd5-16a4-9fb0-c6198ad8d758?t=1604487110857](https://www.navarra.es/documents/48192/5564564/04112020_Violencia+contra+las+mujeres+mayores.+Interacción+del+sexismo+y+edadismo.pdf/236a3894-dfd5-16a4-9fb0-c6198ad8d758?t=1604487110857)

38 Consejo Económico y Social de España (2020), **El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**. Informe 03/2020, disponible en: <http://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf/f01ebb9a-c9a2-e62a-ad6b-61a39a844fe4>

39 Rodríguez Rodríguez, Pilar (2021), **Género y envejecimiento en España. Perfiles, datos y reflexiones. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. N°6**, disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2021/03/GÉNERO-Y-ENVEJECIMIENTO-EN-ESPAÑA.pdf>

40 Internacionalmente, la violencia de género se considera un “problema de salud pública” al menos desde el año 2013. Ver Naciones Unidas, “OMS afirma que la violencia de género es un problema de salud pública”, disponible en <https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001> Esta consideración también está recogida en la normativa española, concretamente en el título II de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en la cual se hace eco de esta interpretación internacional y europea. Ver: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

41 Centro de Investigaciones Sociológicas (2019), **Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019**. Estudio n° 3235 septiembre-diciembre 2019. Disponible en: [http://cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3220\\_3239/3235/es3235mar.pdf](http://cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3220_3239/3235/es3235mar.pdf)

Este aspecto tiene una gran relevancia, ya que indica que no solo las mujeres mayores piden menos ayuda, sino otras muchas cosas, como que les cueste más reconocer la violencia, no sepan dónde pedir ayuda o sientan que no existe posibilidad de salir de esa situación. En un estudio realizado por Cruz Roja sobre este tema se comprobó también que, aunque muchas mujeres mayores habían comentado su problema ante profesionales sanitarios o de los servicios sociales, no habían obtenido protección o apoyo por su parte.<sup>42</sup> Es decir, que las tasas de incidencia más bajas que se aprecian probablemente se deban a un sub-registro derivado del ocultamiento social y de la invisibilización social del problema.

Helpage International España ha realizado un estudio al respecto, en el que se recopilan las conclusiones algunos estudios realizados en los últimos años en los que se tiene en cuenta la relación entre el edadismo y el machismo. El estudio concluye que la violencia de género en las mujeres mayores tiene características específicas y barreras concretas que es necesario abordar.<sup>43</sup> El enfoque principal es la interacción con la discriminación por edad o edadismo, la cual refuerza cuatro características: la larga duración en el tiempo; la utilización de la edad como herramienta de daño; el inicio de la relación cuando no había conciencia de género; y la normalización de la violencia de baja intensidad.<sup>44</sup>

## 4.8. Otras fuentes de abusos y maltrato a las personas mayores

Amparados bajo el paraguas del 'edadismo', existen fenómenos sostenidos de abusos o maltrato a personas mayores, así como lesiones, explotación o conductas perjudiciales intencionadas de diversa índole a manos de individuos de quienes dependían para su protección y su cuidado.<sup>45</sup> También deben incluirse, aquí, abusos financieros, discriminación en los servicios de emergencia, en la atención sanitaria, infra-representación en ensayos clínicos, atención residencial sin garantías o sin estándares mínimos, en los centros de trabajo, en los medios de comunicación, así como en el marketing y la publicidad.

Se entiende como "maltrato" a cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatado objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio dónde suceda.<sup>46</sup>

42 Cruz Roja Española (2019), **Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género**. Este informe ha sido promovido y coordinado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y, realizado por Cruz Roja Española (Juan Aycart, Susana Gende y Graciela Malgesini, Silvina Monteros, y Margarita Nebreda) con apoyo de la Universidad Carlos III de Madrid (Pilar Gil, Aurea Granea y Pilar Romera). Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/estudio/Estudio\\_VG\\_Mayores\\_65.htm](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/estudio/Estudio_VG_Mayores_65.htm)

43 Helpage (2020), La violencia de género en mujeres mayores. Por qué necesitamos medidas que tengan en cuenta la relación entre edadismo y machismo, disponible en <http://www.helpage.es/noticias/la-violencia-de-genero-en-las-mujeres-mayores/>

44 Damonti, Paola; Iturbide Rodrigo, Rut y Amigot Leache, Patricia (2020), **Violencia contra las mujeres mayores. Interacción del sexismo y edadismo**. 2018, Loc. Cit.

45 Tabueña Lafarga, C. Mercedes (2006), "Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial", en **Psychosocial Intervention**, Vol. 15, Nº 3, disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003)

46 Coma, M., Muñoz, J., Orfila, F. y Tabueña, M. (2005). **Los malos tratos a los ancianos**. Barcelona: Mason.

El abuso o maltrato a las personas mayores es un fenómeno masivo en Europa. Una de cada seis personas mayores de 60 años sufre abusos o maltrato.<sup>47</sup> Esta situación se eleva a uno de cada cuatro entre las personas mayores con grandes necesidades de atención.

El abuso o maltrato tiene consecuencias dramáticas para la salud de las personas, y también puede haber impactos socioeconómicos, como caer en la pobreza y la exclusión social. A nivel social, tiene serias y múltiples ramificaciones para la salud pública y los sistemas de atención, así como para la economía.

Abusos a las personas mayores (WHO, Organización Internacional de la Salud, 2021)

- Aproximadamente 1 de cada 6 personas de 60 años o más experimentó alguna forma de abuso o maltrato en entornos comunitarios durante el año pasado.
- Las tasas de abuso de personas mayores son altas en instituciones como hogares de personas mayores y centros de atención a largo plazo; 2 de cada 3 empleados/as informan que han cometido abusos en el último año.
- Las tasas de abuso de las personas mayores han aumentado durante la pandemia de COVID-19.
- El abuso de las personas mayores puede provocar lesiones físicas graves y consecuencias psicológicas a largo plazo.
- Se prevé que el abuso de las personas mayores aumentará, ya que muchos países están experimentando un rápido envejecimiento de la población. La población mundial de personas de 60 años o más aumentará a más del doble, de 900 millones en 2015 a aproximadamente 2000 millones en 2050.<sup>48</sup>

Es importante mencionar que el abuso o maltrato puede tener lugar en cualquier contexto, es decir puede darse en el ámbito familiar, el institucional (centros de día, hospitales, residencias), y en lugares públicos que pueden ser considerados como seguros. Asimismo, el maltrato puede ser estructural o social (acoso inmobiliario, financiero y otros).

Una clasificación del abuso o maltrato distingue el abuso físico, psicológico, sexual, económico, la negligencia, la auto-negligencia, el abandono y la vulneración de derechos, además de un síndrome, el de la 'abuela esclava' (que se explica en el punto 5.4).

47 WHO Europe (2011), **European Report on Preventing Elder Maltreatment**, disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)

48 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

## 5. LA 'SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL' EN CUESTIÓN



La solidaridad intergeneracional está cuestionada por la extendida percepción de que las personas en edad avanzada resultan una carga para la prosperidad económica. Por esta razón, es necesario realizar una revisión profunda de estos estereotipos a través de un diálogo intergeneracional. Uno de los problemas existente es que muchos de los conceptos básicos, que son los puntos de partida de dicho diálogo no cuentan con una definición consensuada, como, por ejemplo, es el caso de la 'solidaridad intergeneracional'.

Elementos tan diversos como el tamaño de la población, los sistemas de salud, la composición de los hogares, la actividad económica, el empleo, la organización de los sistemas de protección social, los arreglos para el cuidado o la calidad de la vivienda confluyen sobre las relaciones entre generaciones, pudiendo provocar cambios sustanciales tanto de forma individual como mediante la interacción con otros factores.<sup>49</sup>

En consecuencia, cualquier intento de aproximación sistemática a la cuestión intergeneracional resulta complejo. En este apartado del estudio analizamos cómo la perspectiva estereotipada que perjudica a la población mayor 'carga' negativamente las interpretaciones sobre el acceso y disfrute de sus derechos, incluyendo la atención social y sanitaria, o la calidad de las pensiones.

## 5.1. Las personas mayores: ¿una clase 'pasiva'?

Según el diccionario económico de un periódico especializado, 'clases pasivas' son un conjunto de personas que no trabajan y que disfrutan de algún haber pasivo o pensión. Por ejemplo, jubilados o retirados, inválidos, huérfanos, cónyuges supervivientes, etc. Aquí nos encontramos con dos conceptos que tienen consecuencias culturales: 'no trabajan' y 'disfrutan'.<sup>50</sup>

En la vida cotidiana e incluso en los análisis sociales, las personas estamos determinadas por el lenguaje determinado por la inserción sociolaboral, el cual categoriza y divide a la población en grupos de edad en función de la actividad en el mercado. Así, las 'clases pasivas' estarían formadas, por un lado, por la infancia, que comprende a sujetos que se están "preparando para ser productivos y entrar en el mercado" y, por otro, abarca a la población jubilada, es decir "sujetos que han dejado la actividad productiva y han salido del mercado". Si bien en la infancia y adolescencia el concepto de "pasivo" es cuestionable, lo es mucho más entre las personas adultas que están en situación o edad de jubilación, **porque éstas en modo alguno dejan de producir**. Además de que muchas personas mantienen una actividad económica tradicional (jubilación flexible y/o parcial) y de ser activas como consumidoras, realizan otras tareas fundamentales y generadoras de valor para la sociedad, como el voluntariado, la economía de los cuidados en el ámbito doméstico y familiar, la participación social a través de redes sociales extensas que crean tejidos vecinales, grupales y comunitarios, y/o la actividad política. Es decir, **que el fin de la vida productiva 'remunerada' no es, en modo alguno, el fin de la vida productiva**.

49 Fundación Aubixa, "El contrato intergeneracional. Tensiones, retos y posibilidades de actualización", disponible en: <https://aubixaf.org/es/el-contrato-intergeneracional-tensiones-retos-y-posibilidades-de-actualizacion/>

50 <https://www.expansion.com/diccionario-economico/clase-pasiva.html>

Como señala Rocío Fernández-Ballesteros García, “El sistema público considera a las personas mayores -que previamente ha jubilado ‘obligatoriamente’, habiendo cotizado a todo lo largo de su vida laboral- como ‘clases pasivas’, cayendo con ello en una perversión ‘legalizada’. Sin embargo, estas personas contribuyen, y mucho.” En el estudio longitudinal sobre envejecimiento activo (ELEA), centrado en hombres y mujeres entre 55 y 75 años, **se estimó en 106.100 millones de euros anuales la contribución de las personas mayores españolas en actividades no remuneradas**. Estos resultados fueron coherentes con otros realizados en España y en otros países.<sup>51</sup>

Una de las claves de la organización de la sociedad con respecto al ciclo vital está relacionada con una idea implícita de un circuito de protección que arrancaría desde la cuna hasta la tumba. **La sociedad damos por supuesta la existencia y vigencia de esta ley no escrita.**

## 5.2. Alcance y límites de la solidaridad intergeneracional

Dolores Puga González y Rodríguez Cabrero definen a la ‘solidaridad intergeneracional’ como “el conjunto de prácticas y recursos materiales y simbólicos, públicos y privados que moviliza una sociedad y las instituciones públicas para garantizar la transición entre generaciones en el ámbito familiar y a nivel general de la sociedad, es decir, en los ámbitos micro y macrosocial. Esta solidaridad se materializa en obligaciones recíprocas, prestaciones sociales y reconocimientos mutuos. Se podría decir, que la solidaridad intergeneracional implica una suerte de reciprocidad que, a nivel institucional, adopta la forma de prestaciones sociales y programas categoriales y generales orientados a reforzar dicha solidaridad y, a nivel microsociedad, incluye las variadas prácticas que combinan obligaciones, apoyos, afectos y compromisos en el seno de los diferentes tipos de familias. A este doble nivel se suma desde hace años un tercer nivel societario o transversal, que ya existía, pero que en la actualidad ha adquirido importancia, dirigido a promover el reconocimiento mutuo entre generaciones y al impulso de la transmisión de saberes y valores rompiendo de este modo la rigidez convencional existente entre las edades que es, de manera creciente, sustituida por visiones integradoras de todas las edades.”<sup>52</sup>

Como admiten estos autores, en el debate sobre la solidaridad intergeneracional existen diferentes enfoques ideológicos y normativos que fluctúan entre la supuesta guerra de generaciones y una sociedad ideal de edades integradas, entre enfoques ideológicos particularistas y otros de naturaleza integradora idealizada. Alentadas por la persistencia de la crisis del empleo y económica a lo largo del tiempo, muchas personas en edad económicamente activa aceptan la supuesta ‘pasividad’ de las personas jubiladas como una ‘carga’ que están dispuestas a soportar a regañadientes, por aquella promesa de la ‘solidaridad intergeneracional’

51 Fernández-Ballesteros García, Rocío (2021), “Un capital humano desaprovechado: los mayores”, *Loc Cit.* El estudio ELEA está disponible en Researchgate: [https://www.researchgate.net/publication/273653531\\_Productivity\\_in\\_Old\\_Age](https://www.researchgate.net/publication/273653531_Productivity_in_Old_Age)

52 Puga González, Dolores y Rodríguez Cabrero, Gregorio (2019), “La Solidaridad Intergeneracional”, en *VIII Informe FOESSA*. Documento de trabajo 6.8, página 3, disponible en: <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/05/6.8.pdf>

que encierra nuestro sistema de pensiones. Es decir, “Hoy lo hago por ti, mañana lo harán por mí”.<sup>53</sup>

El debate sobre el supuesto ‘contrato intergeneracional’ trasciende a muchos ámbitos de la vida cotidiana, como la responsabilidad de los cuidados, el lugar y función de los abuelos y abuelas dentro de la familia, la gestión de la soledad o el sostenimiento económico de las personas que abandonan el mercado de trabajo al jubilarse. La gestión conflictiva de estos temas da lugar a un aumento del edadismo y al malestar de las personas mayores afectadas.

### 5.3. Solidaridad intergeneracional en el debate sobre las pensiones (Consejos vendo que para mí no tengo)

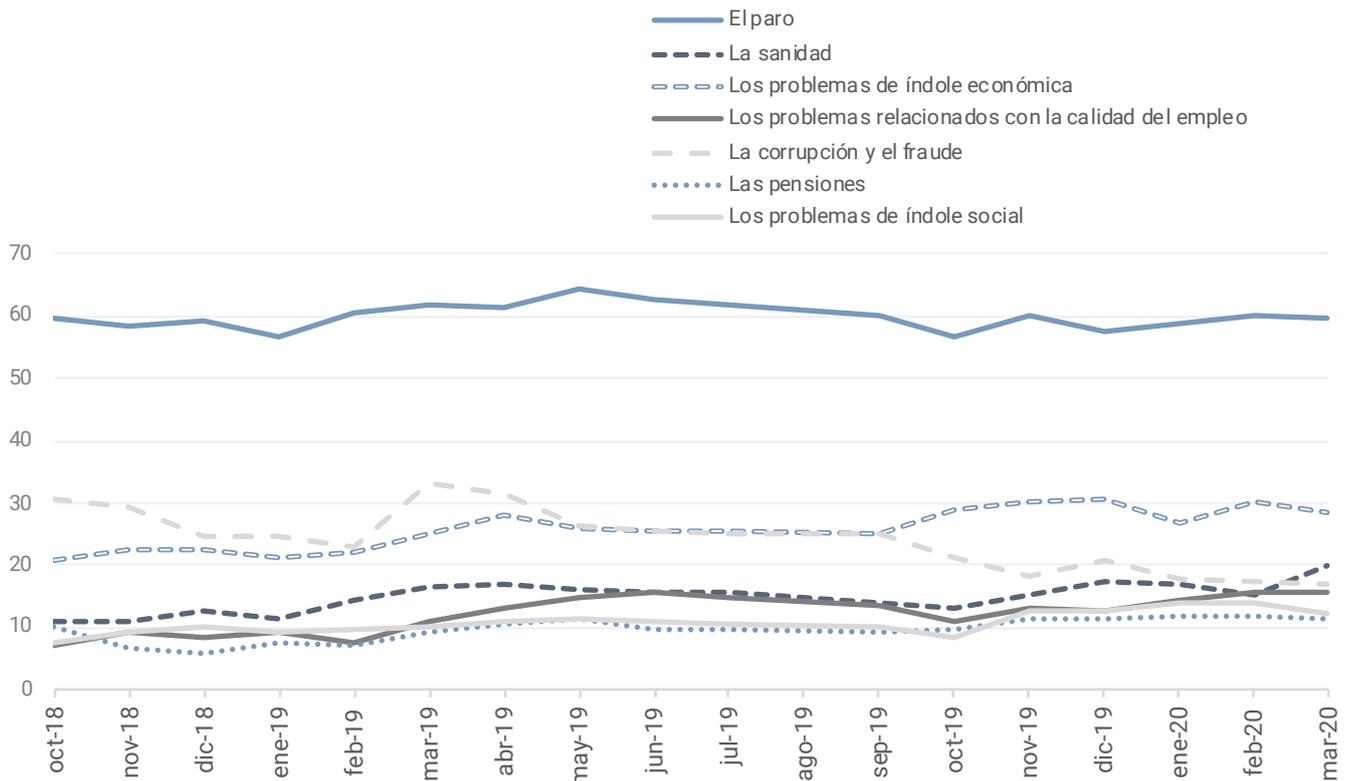
El discurso privatizador ha sido capaz de erosionar este mensaje de la solidaridad intergeneracional, generando ruido sobre la ‘sostenibilidad’ del sistema y sobre la necesidad de ‘modernizarlo’, lo cual se traduce en aumentos de la edad para dejar de trabajar y reducción del número de personas beneficiarias, con períodos cada vez más largos de cotizaciones previas. Insistir en esta perspectiva de las ‘clases pasivas’ refuerza el convencimiento de que “hay una cierta injusticia en tener que aportar para personas que ya no trabajan, que son muchas y que van en aumento”, al mismo tiempo que se escuchan voces que ponen en duda sobre el mérito de este arreglo.



<sup>53</sup> El sistema público de pensiones en España es un sistema contributivo, obligatorio y de reparto. Esto significa que la principal fuente de financiación del sistema son las cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social que pagan anualmente las empresas y las personas trabajadoras en activo. Este sistema de reparto está basado, entre otros, **en el principio de solidaridad intergeneracional**, lo que supone que las personas trabajadoras en activo financian las prestaciones de las personas que están cobrando una pensión en ese mismo momento.

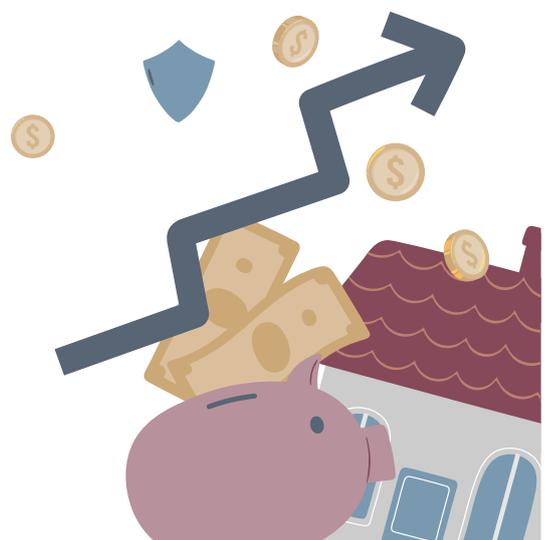
En los últimos años, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sitúa la preocupación por las pensiones dentro de las 10 primeras de la población española, pero a mucha distancia de la generada por el paro, los problemas de índole económica o la corrupción y el fraude.

**Gráfico 4:** Tres problemas principales que existen actualmente en España para la población española

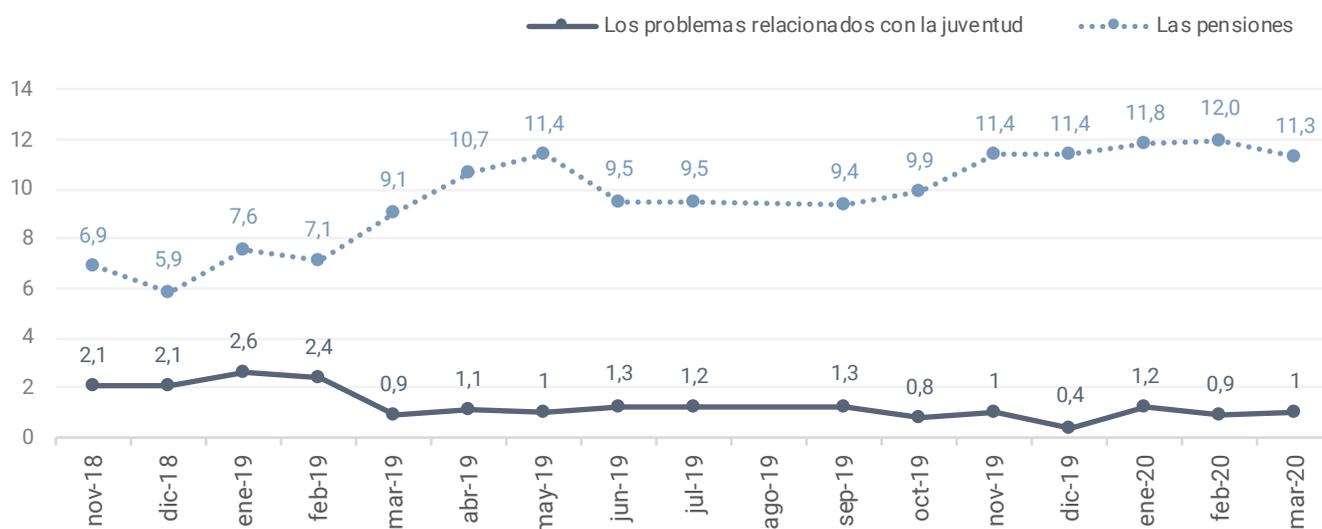


Fuente: CIS, [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)

En marzo de 2020, las pensiones emergieron como uno de los principales problemas para el 11,3% de la población española, a mucha distancia de la preocupación que concitan los aspectos relacionados con la juventud.



**Gráfico 5:** La preocupación por las pensiones y por los problemas relacionados con la juventud de la población española



Fuente: CIS, [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)

¿Cuáles son las razones para esta inquietud? Se pueden rastrear hasta los cambios políticos introducidos en el contexto de la crisis económica, que implicaron prácticamente un congelamiento de las cuantías y un cambio de concepción.

A partir de 2013, el índice de precios al consumo (IPC) dejó de ser la referencia para dar paso al Índice de Revalorización de las Pensiones (IRP), **una fórmula que vincula el aumento anual de las pensiones a la salud de las cuentas de la Seguridad Social.**

Otro de los focos de preocupación (especialmente de aquellas personas que se van a jubilar próximamente) es el segundo factor introducido por la Ley 23/2013: el **'Factor de sostenibilidad', que ajusta la cuantía de las pensiones de jubilación a la evolución de la esperanza de vida, con el objetivo de mantener la equidad intergeneracional, o lo que es lo mismo, asegurar que dos individuos que se jubilan en momentos diferentes del tiempo y habiendo cotizado de igual modo al sistema, perciban una pensión global equivalente.** Quien se presume que va a vivir más años, percibirá una cuantía menor mes a mes.

Para saber cuánto se cobrará al jubilarse si se activa el factor de sostenibilidad de las pensiones, habrá que hallar primero la base reguladora y aplicar un determinado porcentaje conforme a los años de cotización. Solo después se aplicará el factor de sostenibilidad. En consecuencia, será un parámetro adicional a los ya existentes (concretamente un porcentaje) para el cálculo de la pensión de jubilación inicial. La clave es que, **si la expectativa de vida de esa persona aumenta, irá disminuyendo la cuantía de su pensión fijada en el momento de jubilarse.**

Para el cálculo del factor de sostenibilidad se tendrán en cuenta los siguientes elementos: las tablas de mortalidad de la población pensionista de jubilación elaboradas por la Administración de la Seguridad Social y la edad de 67 años como edad de referencia. En definitiva, los pensionistas se someten a una fórmula matemática que reduce progresivamente el importe de su pensión, **más si son mujeres porque su esperanza de vida es mayor**.<sup>54</sup> No afecta a otras prestaciones, como por ejemplo la de incapacidad permanente.

La ley establece que se revisará este factor de sostenibilidad cada cinco años. Por lo tanto, cada quinquenio se implementaría la variación de la esperanza de vida a tener en cuenta para calcular el factor de sostenibilidad. **Se trata de que ‘proteger al sistema’ frente a la longevidad de las personas mayores, particularmente de las mujeres**. Como razona un gabinete de asesores sobre este asunto<sup>55</sup>: “El factor de sostenibilidad afecta a las pensiones de jubilación. Porque la problemática que aborda es la extensión de los años de vida de los jubilados, para que el sistema no quiebre por esa dilatación en el tiempo del pago de este tipo de prestación.” Insisten en que: “La aplicación a la jubilación del factor de sostenibilidad no radicaría en un cambio en el régimen jurídico de las pensiones, sino en un instrumento que rebajaría la presión a las arcas del INSS a medio y largo plazo.”<sup>56</sup>

**Este factor de sostenibilidad aún no se ha aplicado, por su carácter controvertido y claramente edadista**. En 2021, parece haber quedado reemplazado por el acuerdo al que han llegado el gobierno con los agentes sociales, por el que se establece un nuevo criterio, aún pendiente de definir.

## 5.4. Síndrome de las/os abuelas/os esclavas/os

En 2001, el cardiólogo Antonio Guijarro publicó un libro titulado ‘El Síndrome de la Abuela Esclava’, como consecuencia de una síntesis de las circunstancias comunes que observaba en mujeres pacientes atendidas durante décadas. Definía este síndrome como una enfermedad, grave, potencialmente mortal, que afectaba a las mujeres mayores con responsabilidades directas de ama de casa, voluntariamente asumidas, durante muchos años. Estas mujeres solían disfrutar con los/as nietos/as, raramente se quejaban, aunque a menudo estuvieran agotadas. El síndrome aparecía porque llevaban una carga con la que ya no podían, pero se

54 No obstante, si se tiene derecho al complemento a mínimos, este podrá utilizarse. El factor de sostenibilidad solo aplica a la pensión de jubilación. Cuando una pensión contributiva no llega al mínimo establecido por ley, su cuantía puede verse incrementada con lo que se conoce como complemento a mínimos. La figura del complemento a mínimos está prevista en el artículo 59 de la Ley General de Seguridad Social. Este complemento a mínimos lo podrán solicitar aquellos pensionistas cuya pensión contributiva no alcance el mínimo establecido por ley y cumplan ciertos requisitos: “Art. 59. 1 - Los beneficiarios de pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social, que no perciban rendimientos del trabajo, del capital o de actividades económicas y ganancias patrimoniales, de acuerdo con el concepto establecido para dichas rentas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, o que, percibiéndolos, no excedan de la cuantía que anualmente establezca la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado, tendrán derecho a percibir los complementos necesarios para alcanzar la cuantía mínima de las pensiones, siempre que residan en territorio español, en los términos que legal o reglamentariamente se determinen.

55 “Factor de Sostenibilidad: [Guía Definitiva 2021] Publicado por Jorge Campmany el 12 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.campmanyabogados.com/blog/factor-sostenibilidad#:~:text=Pero%2C%20C2%BFqu%C3%A9%20es%20el%20factor,de%20vida%20de%20cada%20beneficiario>.

56 La formulación matemática del factor de sostenibilidad de la Seguridad Social es:  $FSt = FSt - 1 * e^{*67}$  El significado de estas siglas y valores es el siguiente: FS: Factor de sostenibilidad; t: Año de aplicación del factor, que tomará valores desde el año 2023 en adelante; e\*67: Esperanza de vida calculada cada cinco años, y que representa la variación respecto a los 67 años predeterminados. Se obtiene a partir de las tablas de mortalidad de la población pensionista de jubilación del sistema de la Seguridad Social. El resultado será un porcentaje, por ejemplo 92%, por lo que la pensión disminuiría un 8%. En esta línea, según se incrementa esa esperanza de vida, no habría otra opción que repartir la misma cantidad de dinero que la Administración nos dará en total en un periodo de tiempo más largo. Aunque el índice sería siempre inferior a uno, para que las pensiones se reduzcan de forma progresiva, y proporcionalmente al crecimiento de la esperanza de vida.

resistían a dejarla por miedo a perder el reconocimiento de los suyos, a pesar de las serias consecuencias que esto conllevaba para su salud.<sup>57</sup>

No todos las/os abuelas/os que cuidan padecen este síndrome, pero cuanto más intensa y continuada es la dedicación y menor el tiempo disponible para la persona y su proyecto vital, más se afianza la posibilidad de que tenga efectos patológicos sobre su propia salud.

La falta de políticas efectivas de conciliación de la vida laboral con la familiar, la baja adecuación de horarios a necesidades concretas en colegios y guarderías, la grave crisis económica que ha afectado negativamente las condiciones del empleo y ha aumentado la posibilidad de perderlo, más los cambios en la estructura de las familias, con un incremento de los divorcios y la monoparentalidad, pueden haber influido en los cambios observados en la distribución de las tareas de cuidados entre los sexos. Aunque en menor medida, los hombres mayores de 65 también están respondiendo a las tareas de cuidado de hijos/as y nietos/as, con lo cual este fenómeno, que era exclusivamente femenino en décadas pasadas, ha dejado de serlo.

Con los últimos datos disponibles, las mujeres cuidadoras mayores de 65 años seguían siendo mayoría, 660.800, el 57% de todas las personas de esa franja de edad dedicadas al cuidado; el 70% de ellas ocupaba 20 o más horas semanales en esta finalidad. El número de abuelos cuidadores representaba el 43% del total, 496.700, de los cuales el 66,5% tenían una dedicación igualmente elevada.

**Tabla 13:** Personas de 16 y más años que cuidan de personas dependientes por edad y sexo. Número de horas que les dedican a la semana. 2016 (% personas)

	Personas que cuidan a personas dependientes		Dedican menos de 10 horas a la semana	Dedican de 10 a 19 horas a la semana	Dedican 20 horas o más a la semana
	en miles	en %			
<b>Hombres</b>	<b>1.797,7</b>	<b>9,6</b>	<b>31,9</b>	<b>21,4</b>	<b>46,7</b>
De 16 a 29 años	144,8	4,5	55,5	24,6	19,9
De 30 a 44 años	369,2	6,7	34,8	24,4	40,8
De 45 a 64 años	787,0	12,4	34,3	23,8	41,9
De 65 y más años	496,7	13,6	19,1	14,4	66,5
<b>Mujeres</b>	<b>2.613,0</b>	<b>13,2</b>	<b>24,8</b>	<b>18,1</b>	<b>57,0</b>
De 16 a 29 años	190,9	6,1	37,8	21,4	40,8
De 30 a 44 años	451,6	8,3	30,1	18,3	51,6
De 45 a 64 años	1.309,7	20,3	24,0	21,2	54,7
De 65 y más años	660,8	14,0	19,0	10,9	70,0

Fuente: Módulo de acceso a los servicios 2016. Encuesta de Condiciones de Vida. INE, <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t25/p453/modulo/2016/&file=pcaxis&L=0>

Aunque la sociedad tiende a ver a la persona mayor como parte de una clase 'pasiva' y 'demandante de cuidados', la realidad es bien distinta.

El trabajo de cuidado que realizan las personas mayores no está valorado económicamente y, por lo tanto, permanece invisibilizado en su contribución social, reconocido solamente por su 'valor moral' y restringido al ámbito familiar.

Sin embargo, este trabajo sí estaría cuantificado si se tuviera que pagar en el mercado, contratando los servicios de una persona ajena a la familia, por ejemplo, o a una empresa especializada. La pandemia ha dejado en evidencia la magnitud de este sector al interrumpir el cuidado habitual.

## 5.5. Edadismo y debate sobre las pensiones

El edadismo aparece recurrentemente en el debate sobre las pensiones. Por ejemplo, el 'El Blog Salmón', un periódico especializado en temas económicos expresa que en las personas pensionistas España gasta el 12,6% del PIB, unos niveles muy parecidos a la media de la UE situada en 12,7% (aunque dicho gasto no se destina totalmente a los jubilados/as, sino que el 85,5% va dirigido a pensiones contributivas y el 1,5% para no contributivas). A 31 de diciembre de 2020, la pensión media mensual de jubilación es de 1.171,53 euros (1.348 euros para los hombres y 897 euros para las mujeres), que por catorce pagas se traduce en una renta anual de 16.401,42 euros. Desde el punto de vista de las pensiones de viudedad, obtienen una pensión media de 730,08 euros, que por catorce pagas supone 10.341,24 euros. Si tenemos en cuenta que los/as jubilados/as son 7,3 millones y aquellos que reciben una pensión de viudedad son 1,7 millones, el gasto anualizado a 31 de diciembre es de 121.000 millones y 17.600 millones. En total, **138.600 millones para atender a nueve millones de personas de más de 65 años** (una media de 15.400 euros)<sup>58</sup>.

Además, indican que "La tercera edad 'sobrepone' en el gasto sanitario porque a medida que la edad aumenta, adquiere mayor relevancia el gasto en atención hospitalaria y el gasto en fármacos (por debajo de los 65 años predomina la atención primaria). Veríamos pues alrededor de 2.500 euros del gasto sanitario dedicado a la población de más de 65 años. Imputado ambos costes, la renta percibida alcanzaría los 18.900 euros."

Por si este análisis no fuera suficientemente edadista, se añade otro párrafo en el que se valoran los 'descuentos' que tienen los/as jubilados/as, sin analizar ni valorar la generación de actividad económica que generan estas actividades turísticas en años normales, especialmente porque se producen en temporadas bajas para el turismo.

"Además, la edad dorada adquiere ciertos beneficios en los desplazamientos que son imputables al resto de usuarios. A través de los descuentos de los precios públicos a través de la concesión de subvenciones del Imserso en el área de aten-

<sup>58</sup> Marc Fortuño (2021, 5 de mayo). El coste real de un jubilado que vive cada vez más es mucho más que el de la pensión que recibe, así se calcula. El blog Salmón. Recuperado de <https://www.elblogsalmon.com/entorno/coste-real-jubilado-que-vive-cada-vez-mucho-que-pension-que-recibe-asi-se-calcula>

ción a mayores, también Renfe cuenta con notables descuentos a partir de 60 años y, aunque depende de las diferentes autonomías, la red de transporte público es uno de los servicios en los que los descuentos ofrecen ya que pueden alcanzar hasta el 90%.”

Para hacer un análisis consistente sobre las pensiones, es necesario hacer un análisis de costes e ingresos públicos.

En primer lugar, teniendo en cuenta el efecto multiplicador de las pensiones en la economía doméstica, particularmente en el ámbito local. Es decir, el impacto económico que generan esos 139.970 millones que van a los hogares de personas mayores. Es decir que las pensiones funcionan como ‘estabilizadores automáticos’ lo cual, en tiempos de pandemia y consiguiente caída de la actividad, es un factor que contribuye a mantener la actividad económica.

En segundo lugar, debido a la moderada-baja cuantía de las pensiones existentes, que no permiten margen para conductas de ahorro, y al hecho antes mencionado de que la mayoría de esos recursos del hogar se debe gastar en consumo de bienes y servicios de supervivencia o de primera necesidad, se debe analizar su retorno como ingreso público. La carga fiscal de estos bienes y servicios oscila entre el 10% y el 21%, lo cual significa que el reembolso que realiza el Estado por la vía recaudatoria puede situarse entre los 13.680 millones de euros y los 28.728 millones de euros anuales.

En tercer lugar, una de las principales contribuciones que llevan a cabo los mayores es apoyar económicamente a sus familiares. No solo realizan tareas de cuidado, sino que también ofrecen su vivienda o sirven como sostén económico en muchas ocasiones. Con su jubilación, ayudan con sus pensiones a las familias que así lo necesitan. En época de caída de la actividad económica y de aumento del desempleo, este carácter redistributivo de un porcentaje de las pensiones de las personas mayores merece ser destacado. No obstante, de manera interesada, estas cuatro razones no aparecen nunca en el debate de las pensiones, dando rienda suelta a todo tipo de opiniones edadistas.<sup>59</sup>

## 5.6. El edadismo en el análisis del gasto sanitario

El Defensor del Pueblo, Francisco Fernández Marugán, advertía en su Informe de 2019: “**Nos domina la idea, errónea por simplista, de que el envejecimiento de la población es como una especie de catástrofe natural que se puede llevar a todos por delante, si no se toman medidas.** Coincidimos con él, cuando afirma que el futuro será la culminación de un largo y complejo proceso que exige adaptaciones en el que la dinámica poblacional no constituye un sistema cerrado, sino en la construcción de un modelo en el que se tengan en cuenta factores culturales, sociales y económicos.<sup>60</sup>

59 Impacto económico directo del gasto de los mayores, estabilización de la economía en periodos de crisis, retorno vía impuestos y apoyo económico a otros hogares necesitados (familiares).

60 Informe del Defensor del Pueblo (2019), **La situación demográfica en España. Efectos y consecuencias.** Separata del volumen II del Informe anual 2018, disponible en: [https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/06/Separata\\_situacion\\_demografica.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/06/Separata_situacion_demografica.pdf)

Durante los últimos 40 años, el gasto sanitario en España se ha incrementado en casi 3,2 puntos porcentuales hasta alcanzar el 8,1% del PIB. Es cierto que, parte de este aumento se ha producido por la esperanza de vida no saludable de nuestra población, ya que estas personas demandan más estos servicios. Sin embargo, el análisis imperante se centra en comparar gasto absoluto, sin tener en cuenta otros aspectos sumamente relevantes. Por ejemplo, un informe de la OCDE destaca que, en 2005, sin incluir los cuidados de larga duración, el gasto medio per cápita de las personas de 65 a 74 años duplicó el gasto medio de la población total. El de las personas de más de 75 años casi lo triplicó<sup>61</sup> Como mencionamos, es importante destacar que ese gasto no está tanto relacionado con la edad, como con el estado de salud de la persona. Si las personas mayores generan un mayor gasto cuando se compara por edad, esto se debe a que entre un 15% y un 20% de ellas, por sufrir pobreza y exclusión social de manera crónicas, no han podido acceder a los beneficios de comportamientos y hábitos más saludables, a las innovaciones terapéuticas, a diagnósticos precoces de algunas condiciones crónicas, a tratamientos experimentales, etc. los cuales permiten mantener una mejor salud durante esta etapa y, por tanto, son fundamentales para la evolución del gasto sanitario.<sup>62</sup>

Además, estas cifras de gasto se deben relativizar por el peso que tienen en comparación con el entorno europeo. En 2019, por ejemplo, el gasto sanitario per cápita en España fue inferior a los 2.400 euros, por debajo de la media europea, muy lejos de países como Alemania donde esa cifra fue superior a los 4.800 euros.<sup>63</sup>

Un artículo de Susana Borraz de marzo-abril 2021 explicaba que **“el factor demográfico no constituye el principal factor de presión sobre el gasto sanitario en términos de PIB”** aunque advierte que el efecto de la pandemia distorsionará estos datos. La autora menciona que “solamente en algunas comunidades autónomas es previsible que el impacto sea mayor como consecuencia del incremento diferencial previsto de la población en los tramos de mayor edad en los próximos años. Si a estos resultados se suma el elemento tecnológico, la tasa de crecimiento medio interanual del gasto sanitario autonómico se elevaría hasta el 2,2 %. Pero la pandemia ha alterado estas proyecciones bruscamente, al menos durante 2020 y previsiblemente todo el ejercicio 2021. El impacto a medio plazo será resultado de los factores de presión al alza de los epígrafes de gasto claves en la respuesta a esta crisis, como la revisión de la política de recursos humanos, la digitalización sanitaria, el fortalecimiento de las partidas de salud pública y, por otra parte, de la oportunidad de contar con recursos europeos.”<sup>64</sup>

61 OCDE. Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/>.

62 Además de las personas en pobreza y exclusión, hay grupos de personas mayores que cuentan con otros factores excluyentes, como el bajo nivel educativo, tener discapacidades, sufrir enfermedades crónicas, vivir en pueblos aislados o sin servicios y, más recientemente, padecer la brecha digital. Aunque estos grupos puedan estar por encima del umbral de la pobreza, sin embargo, no pueden acceder a las mejoras e innovaciones referidas, que favorecerían una esperanza de vida saludable.

63 Cinco días, Economía, “El gasto sanitario debido al envejecimiento poblacional crecerá un 18% hasta 2035”, 13 de mayo de 2021, en: [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2021/05/13/economia/1620928169\\_805964.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2021/05/13/economia/1620928169_805964.html)

64 Las comunidades en las que se prevé una mayor presión sobre el gasto por motivos demográficos son Canarias y Baleares, con un nivel de más de un 30 % entre 2018 y 2030, seguidas de Madrid, con una tasa del 24 %. Estos resultados se explican porque sus proyecciones demográficas anticipan un fuerte crecimiento poblacional, en términos relativos con respecto a otros territorios, especialmente en los tramos de mayor edad (+65 y +80 años). Borraz, Susana (2021), “Escenarios de evolución del gasto sanitario e impacto esperado de la pandemia en el medio plazo”, en Cuadernos de Información Económica, N.º 281 (marzo-abril), disponible en <https://www.funccas.es/articulos/escenarios-de-evolucion-del-gasto-sanitario-e-impacto-esperado-de-la-pandemia-en-el-medio-plazo/>

## 6. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y LOS CUIDADOS





España inició tardíamente la cobertura de las necesidades de las personas mayores con dependencia, debido a la vigencia de un régimen del bienestar basado en la familia y, más concretamente, en la figura histórica de las mujeres cuidadoras. Con la incorporación de las mujeres al trabajo y los cambios en los modelos familiares, surgieron los centros de cuidados de larga duración, también conocidos como 'residencias'. Estos centros han contratado mano de obra femenina mayoritariamente, con puestos de trabajo que requieren una cualificación baja o media y que ofrecen malas condiciones laborales, incluyendo salarios bajos.<sup>65</sup>

Por otra parte, desde los años 90, se incorporaron millones de mujeres inmigrantes que se dedican a los cuidados y las tareas del hogar, generalmente en condiciones precarias o en la economía sumergida<sup>66</sup>, provocando las llamadas cadenas globales de cuidados.

Por lo tanto, la atención sociosanitaria consiste en un cuidado básicamente informal y muy feminizado, con escasa presencia de la atención profesional y muy baja financiación pública. La aprobación en 2006 de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), puso en marcha un sistema público homologable al de otros países desarrollados, hay una insatisfacción con los logros obtenidos.

Las deficiencias del sistema de cuidados han resultado más patentes tras la irrupción de la pandemia y los elevados índices de letalidad entre las personas mayores que viven en residencias, pero los problemas existían ya antes de la extensión del coronavirus.

<sup>65</sup> Por ejemplo, en el País Vasco, 5.000 trabajadoras de las residencias estuvieron varias semanas en huelga, reivindicando condiciones laborales dignas. Ver: <https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/trabajadoras-residencias-mayores-20181231125449-nt.html>

<sup>66</sup> MALGESINI, G. (2004). Hogares, cuidados y fronteras. Derechos de las mujeres migrantes y Conciliación, Madrid, Comisión Europea, DG de Empleo y Asuntos Sociales.

El sistema público de atención sociosanitaria de larga duración dirigido a las personas mayores ya resultaba insuficiente y fragmentado antes de la pandemia. Las entidades sociales que gestionan proyectos dirigidos a las personas mayores o que están constituidas por personas mayores, participantes en las discusiones que fundamentan este estudio, han destacado algunas características extendidas:

- › **No hay un modelo de atención sociosanitaria común para las personas mayores.** Este modelo está caracterizado por una visión paternalista de las personas residentes y de los cuidados. En la práctica, hay una baja participación de las personas mayores en las decisiones que les afectan. Este sistema de 'arriba abajo' se aplica tanto en el circuito de residencias de ámbito público, como en las privadas gestionadas con fondos públicos. De las residencias estrictamente privadas hay muy poca información sistemática.
- › **Se registran grandes diferencias territoriales** en la gestión y una ausencia de información estatal consolidada.
- › En el sistema de atención sociosanitaria actual **priman los criterios sanitarios**, además de la eficiencia económica, sobre los criterios de bienestar psicológico y social.
- › **Hay muy pocos ejemplos alternativos al modelo residencial;** generalmente están centrados en ofrecer la atención domiciliaria o a la teleasistencia, aunque hay un creciente número de iniciativas que están emergiendo. Por el momento, son minoritarias o se dirigen a personas mayores que tienen un poder adquisitivo medio o alto.
- › Algunas entidades han indicado conocer **buenas prácticas en la atención residencial** que se presta en algunas residencias, que podrían estandarizarse y transferirse a otros lugares, pero no son transmitidas y, por lo tanto, no pueden ser replicadas.
- › Desde el sistema público no se está abordando suficientemente **la problemática de la calidad de la atención**, ni se tiene en cuenta la opinión de las personas residentes, para lograr el proceso de mejora continua de la calidad.
- › **Existen muchas personas mayores, especialmente en riesgo de pobreza y o habitantes de zonas rurales aisladas**, que no acceden a los recursos del sistema sociosanitario, o lo hacen de manera incompleta. El sistema, gestionado por las Comunidades Autónomas, no tiende a contemplar la casuística de muchas personas mayores que cuentan sólo con una pensión de baja cuantía, que viven lejos y que no pueden acceder a las recetas telemáticas, que no pueden pagarse un taxi para recoger la medicación y/o que tienen limitada la movilidad, por lo que no pueden coger un autobús (si es que éste existe).
- › **El congelamiento y bajas cuantías de las prestaciones no contributivas y de las pensiones mínimas** no permite acceder a una residencia pública cercana al hogar, por lo que el traslado a otra localidad impide o dificulta la continuidad de los vínculos afectivos y relacionales de la persona mayor.

Antes de la llegada de la pandemia, el Defensor del Pueblo se había dedicado a recabar información de las personas afectadas y de las administraciones, así como a realizar propuestas para mejorar el sistema de atención de larga duración, que se concreta en residencias.<sup>67</sup>

La primera de ellas, orientada a prevenir y actuar frente a los abusos, era que las comunidades autónomas deben reforzar los servicios de inspección para que estén suficientemente dotados y puedan llevar a cabo su función de forma eficaz, vigilando que los centros mantengan los requisitos exigidos para el funcionamiento y la calidad del servicio de atención residencial de mayores. Es recomendable que se aprueben planes periódicos de inspección de los centros con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas.

La segunda, dirigida a mejorar la calidad asistencial, instaba al Consejo Territorial de Asuntos Sociales y Dependencia a estudiar y revisar al alza las ratios mínimas de personal de atención directa acordadas. Hay razones para pensar que no son ya suficientes, dado que las personas usuarias con dependencia son más y su dependencia es mayor, y porque son clave para una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. Las ratios deben establecerse por categorías profesionales. Es necesario, además, que las administraciones se impliquen en garantizar que el personal responde a la cualificación necesaria para el desarrollo de sus funciones.

El Informe insistía en la escasez de medios y personal de muchos de los centros residenciales para personas mayores en el territorio. Se trata de problemas catalogados como 'estructurales'.

Ante la llegada de la pandemia, la dramática situación que se vivió en los primeros meses en muchos geriátricos refleja las dificultades del modelo para adoptar medidas suficientes de prevención y reacción, al tratarse de un modelo puramente asistencial, con medios muy escasos y que se apoya para la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, a través de los servicios autonómicos de salud, que se vieron desbordados.

## 6.1. El impacto de la pandemia

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, el director regional de la OMS para Europa, Hans Henri P. Kluge, pidió a los países europeos: «Apoyar y proteger a las personas mayores que viven solas en la comunidad es asunto de todos. Les recuerdo a los gobiernos y las autoridades que todas las comunidades deben recibir apoyo para realizar intervenciones que garanticen que las personas mayores tengan lo que necesitan. Todas deben ser tratadas con respeto y dignidad durante estos tiempos. No podemos dejar a nadie atrás».

<sup>67</sup> Informe del Defensor del Pueblo. Actuaciones ante la pandemia de Covid 2020. Página 86. Disponible en: [https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento\\_COVID-19.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_COVID-19.pdf)

Las palabras de Kluge fueron claras: “las personas mayores como pacientes deben recibir tratamiento adecuado a la enfermedad, pero también las personas mayores son agentes y deben estar presentes en las respuestas a la crisis y las decisiones sobre la «nueva normalidad». Las personas mayores son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, pero no por su edad cronológica sino por su edad biológica, la mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular y de otras comorbilidades.”

Pero pese a las advertencias de la OMS, las personas mayores no han sido atendidas de forma preferencial en España. En algunas áreas de salud se les ha negado la atención hospitalaria, dejando a los profesionales de las residencias sin capacidad de hacer frente adecuadamente a la crisis sanitaria.

El 24 de marzo de 2020, si bien se declaró el Estado de Alarma, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi) ha exigido “priorizar absolutamente la atención médica y social a las personas mayores y con discapacidad que viven en residencias y otros centros colectivos, porque son el grupo más expuesto a la pandemia del coronavirus, cuya vida corre un peligro cierto”. También a aquellas personas mayores y con discapacidad que residen en sus domicilios pero que reciben apoyos imprescindibles para su vida diaria a través de asistentes personales, programas de autonomía personal o de ayuda a domicilio, entre otros. A través de una estrategia nacional urgente, que debe ser aprobada con inmediatez, hay que dotar de todos los apoyos a estos centros, humanos, clínicos y de suministros de prevención y protección, evacuando a recursos clínicos, estables o de nueva creación (hospitales de campaña), a todas las personas en riesgo a las que no se les pueda asegurar su integridad vital si siguen institucionalizados o sin garantía de los recursos precisos cuando residen en sus domicilios. En términos médicos y sociales, no hay nada más prioritario que la población mayor y con discapacidad que reside en centros colectivos, que están sufriendo el mayor impacto de la pandemia.”<sup>68</sup>

La fragilidad de algunas personas mayores condiciona su pobre respuesta inmunitaria, y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia. Además de los problemas de salud que ocasiona la enfermedad y los miedos que esto suscita, las relaciones interpersonales han cambiado drásticamente desde el confinamiento. La salud psicológica y emocional de muchas personas se está viendo seriamente afectada y los efectos —similares a los de un estrés postraumático— es posible que sean duraderos. Estar junto a las personas queridas, especialmente en situaciones dolorosas, al ingreso en unidades de cuidados intensivos, o en los momentos de final de vida, por poner algunos ejemplos, se ha vuelto difícil o imposible en muchos casos.<sup>69</sup>

68 IMSERSO, “CERMI: hay que priorizar absolutamente la atención a las personas mayores y con discapacidad Autonomía Personal”, *Boletín Autonomía Personal*, 24 marzo 2020, disponible en: [https://autonomiapersonal.imsero.es/rap\\_01/actualidad/2020/marzo/IM\\_130240?dDocName=IM\\_130240](https://autonomiapersonal.imsero.es/rap_01/actualidad/2020/marzo/IM_130240?dDocName=IM_130240)

69 Pinazo-Hernandis, Sacramento (2020), “Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol. 55. Núm. 5, páginas 249-252 (septiembre - octubre 2020). Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>

## 6.2. La situación en las residencias

Un colectivo especialmente vulnerable al coronavirus (COVID-19) lo constituyen las personas mayores en situación de dependencia ingresadas en residencias o socialmente desfavorecidas. La respuesta institucional y social a la pandemia tiene serias dificultades para atender de forma adecuada a las necesidades de estos sectores.

Los problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad son ingentes. Los esfuerzos que se deben desarrollar son enormes. Las personas que integran este grupo de reflexión pretenden contribuir con algunas propuestas a la mejora de las actuaciones sociosanitarias frente al virus COVID-19.

Algunos problemas importantes observados fueron los siguientes:

- **Discriminación basada en la edad:** se han tomado decisiones que afectan a las personas en situación vulnerable exclusivamente por parte de los profesionales sanitarios o por las personas directivas de las instituciones. No se han tenido en cuenta los derechos, la opinión y las necesidades de las personas afectadas, o de sus familiares directos si éstas están tuteladas jurídicamente.
- **Protocolos que se aplican de forma generalizada e indiscriminada:** los protocolos se elaboran para definir criterios y organizar actuaciones que garanticen una actuación sanitaria y social, a fin de reducir los errores propios de la improvisación y, en cambio, estandarizar los procesos. El problema de su aplicación durante la pandemia es que dichos protocolos, si existían en los centros, no se realizaron teniendo en cuenta las condiciones excepcionales generadas por la crisis sanitaria. Su aplicación sin un conocimiento adecuado de la situación de los centros residenciales y de las personas usuarias de dichos centros, así como de las atendidas en sus domicilios, redundan en problemas, actuaciones negativas e incluso violaciones de derechos humanos de las personas afectadas.
- **Escasez de personal** en la atención directa a mayores dependientes y con demencias.
- **Las personas mayores dependientes, y/o con problemas de salud mental y demencias,** requieren de un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y de apoyo social que garantice su permanencia en la comunidad y el respeto a su condición de ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

En noviembre de 2020, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 publicó un estudio de la situación de las residencias<sup>70</sup>, referido a los ámbitos residenciales de servicios sociales, especialmente los dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad. El estudio, que contó con una amplia participación de investigadores y actores implicados en el tema, tiene como objeto de establecer un marco común de análisis orientado inicialmente hacia cuatro resultados:

1. **Obtener evidencias y lecciones aprendidas** ante los distintos escenarios de la COVID-19 en residencias, acercándonos a diferentes actuaciones de abordaje.
2. **Compilar y analizar los contenidos de los Planes de Contingencia** elaborados por las Comunidades Autónomas en el plano de la gobernanza y por los centros residenciales regulados en el artículo 10 del Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio, en el plano de la actuación preventiva directa.
3. **Elaborar propuestas de estructura de datos mínimos** a recoger dentro de las herramientas comunes de recogida de información de centros residenciales con el fin de ajustarse a unos mínimos parámetros comunes configurados teniendo en cuenta los estándares a nivel internacional.
4. **Recopilar las formas de coordinación** entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario en cada territorio autonómico.

El Informe recoge la altísima afectación que sufrieron los centros residenciales en la primera oleada de la pandemia, especialmente en su primera mitad entre marzo y mayo. Identifica una treintena de factores que interactuaron en lo que califican como una “tormenta perfecta”.

A continuación, presentamos un resumen del Informe en el que se relatan los factores críticos presentes en la primera oleada, agrupados en ocho conjuntos temáticos:

**El patógeno SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19:** la alta contagiosidad de la enfermedad COVID-19 y más en las situaciones de alojamiento colectivo que obligan al uso compartido de espacios (habitaciones, baños, zonas comunes, etc.) con la consiguiente velocidad de expansión en los centros residenciales una vez que el virus penetra en la residencia. Además, el desconocimiento sobre muchos aspectos de la enfermedad al inicio de la pandemia, como el periodo de incubación; la posibilidad de transmitir el virus en el periodo ventana entre la infección y la manifestación de síntomas (presintomáticos); la capacidad de transmisión por sujetos con infección asintomática o la variabilidad en las formas de expresión de la enfermedad (sintomatología que como luego se vio, era más compleja que la disnea, fiebre y tos), impactaron en el abordaje inicial.

<sup>70</sup> INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO COVID 19 Y RESIDENCIAS. Vers. final (24/11/2020). Este informe ha sido presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia celebrado el día 2 de diciembre de 2020. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gtcovid\\_residencias\\_vf.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf)



- 1. Las personas usuarias de los centros residenciales y sus características:** la edad avanzada, aunque el estado de salud sea relativamente bueno, es un factor que generalmente conlleva una peor capacidad de respuesta del sistema inmunitario frente a la infección, lo que abunda en la mayor letalidad. Muchas de las personas residentes en estos centros presentan, además, problemas de índole neurocognitiva con problemas de comprensión, que también llegan a la crisis sanitaria. Los problemas de audición implicaron dificultades para acceder a la información sobre la crisis, sobre la situación del centro, así como sobre las medidas de prevención de la transmisión de la infección. Los efectos del aislamiento sobre la salud de las personas residentes han sido muy negativos: la prioridad de adoptar medidas generales de contención (aislamientos y confinamientos) evita contagios y salva vidas, pero puede provocar efectos graves en la salud de las personas. Las medidas de aislamiento adoptadas para las personas de residencias no siempre tuvieron en cuenta esa múltiple perspectiva. La elevada necesidad de apoyos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria de muchas de las personas residentes exige contactos estrechos y continuados con el personal de cuidados, debiéndose afrontar riesgos inevitables.
- 2. Las infraestructuras y tipo de actividad (estrecho contacto) y con dificultad para sectorializar y aislar:** las residencias son espacios de uso colectivo en las que las infraestructuras en ocasiones no son adecuadas para contener una pandemia como la actual. El disponer de esos espacios de uso compartido (habitaciones, baños y zonas comunes) facilitó la expansión del virus. Aunque aún se carece de estudios sólidos que lo avalen, se apunta a que pueda existir una correlación entre el tamaño del centro y mayor riesgo de diseminación del virus. A mayor tamaño del centro mayor riesgo. El aislamiento provocó que en situaciones en las que el virus penetraba en la residencia a través de los propios trabajadores del centro, este se diseminara de forma generalizada. Esta situación se agravó al carecer de equipos de protección individual adecuados.
- 3. Baja ratio de personal (crisis de los cuidados, bajas, dificultad para cubrir esas bajas):** se partía de una situación previa de déficit estructural de ratio de personal. Además, en algunos centros el personal sanitario no está debidamente entrenado para enfrentarse a una situación como la que se ha vivido con la actual pandemia. Igualmente, no existieron planes de contingencia adaptados a la situación de la pandemia. Por otro lado, en los períodos de mayor incidencia estuvo en riesgo el sistema de cuidados por colapso funcional debido al gran número de bajas del personal. Por razones de urgencias, se contrató a nuevo personal que no tenía

la experiencia adecuada. Todo ello se agravó por la ausencia de equipos de protección individualizada o, en aquellos casos que se tenía el material, se hizo un uso inadecuado del mismo. En general no hubo apoyo psicológico ni para el personal, ni las personas residentes, ni familias.

**4. Problemas en la comunicación y sesgos informativos:**

Los problemas de comunicación, tanto hacia el interior como hacia el exterior, generaron un estado de preocupación y alarma. A pesar de que en el medio hospitalario se sufrían parecidos problemas de comunicación, sin embargo, se tuvo una imagen social positiva, motivadora y de apoyo al personal hospitalario, mientras que el personal de residencias fue tratado con una imagen mucho más negativa y desmotivadora (nunca se aplaudió al personal de Servicios Sociales).

**5. Dificultades en obtener apoyos del exterior en los momentos más críticos:**

Hubo enormes dificultades en el acceso a pruebas diagnósticas. Asimismo, el apoyo que proporcionó al final de la vida en centros que, muchas veces, no están preparados porque carecen de un personal facultativo entrenado, así como de acceso a equipos y medicación concreta supuso unas prácticas de inasistencia adecuada en ocasiones que se agravaron con la imposibilidad de contactos con los familiares y seres queridos en los momentos finales. Esta situación se vio empeorada por situaciones de material de protección y por el colapso que se produjo en las funerarias.

**6. Los problemas de gobernanza del sistema:**

Surgieron dificultades con la gobernanza intersectorial entre sistemas de protección, especialmente entre el sanitario y de Servicios sociales. A pesar del esfuerzo que hicieron las comunidades autónomas, faltaba coordinación entre la intervención sociosanitaria y los Servicios Sociales. Existió una falsa imagen que los centros de atención residencial ya tenían una atención sanitaria y podían estar protegidos. Por este motivo no se estableció un abordaje conjunto con la aportación de las múltiples visiones y conocimientos. De forma que el sistema sanitario derivó los esfuerzos a la atención sanitaria (este fue uno de los mayores problemas y de los mayores errores de gobernanza que existió durante la pandemia).

**7. Edadismos hacia la población mayor, discriminación por discapacidad, valores y problemas jurídicos:**

No se consideraron suficientemente los criterios generales de preservación de la autonomía y defensa de la dignidad de las personas mayores en instituciones residenciales. Además, se realizaron protocolos discriminatorios por edad. Por este motivo el Ministerio de Sanidad publicó rápidamente un documento ético. No se puede establecer ningún tipo de triaje, se debe estudiar caso a caso para tomar las decisiones oportunas.<sup>71</sup>

Finalmente, los requerimientos personales e institucionales sobre el funcionamiento de las residencias durante la pandemia son diagnosticados en el informe del **Defensor del Pueblo** y vinculados con las medidas y actuaciones tomadas por los distintos niveles de la administración pública. Como señala dicho Informe, “Dos crisis casi sucesivas nos han azotado, la financiera de 2008 y la de la OVID-19 en 2020, separadas apenas por tres años de recuperación parcial, y han causado un daño devastador. Con la pandemia todo se hace desde un margen de incertidumbre importante: no hay experiencia, no hay antecedentes e incluso la ciencia se muestra vacilante.”<sup>72</sup>

<sup>71</sup> Ministerio de Sanidad (2021), **Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2**, disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)

<sup>72</sup> Informe del Defensor del Pueblo. Actuaciones ante la pandemia de Covid 2020. Loc cit. Disponible en: [https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento\\_COVID-19.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_COVID-19.pdf)

### 6.3. La atención sanitaria de las personas mayores durante la pandemia y el edadismo

Durante esta crisis sanitaria están siendo especialmente duras las experiencias de las personas mayores que se encuentran en centros residenciales y de sus familias. Muchas personas han estado, y están aún en 2021, enormemente preocupadas por la situación de sus familiares residentes en un centro de mayores.

A pesar de los esfuerzos para enfrentar a una pandemia ante la que nadie estaba preparado, las medidas adoptadas han sido improvisadas y han resultado perjudiciales para afrontar de forma adecuada y eficaz los graves problemas que han surgido.

Actuaciones públicas con consecuencias negativas durante la pandemia:

- › Durante los primeros meses de la pandemia, en particular, se ha actuado con **falta de previsión** frente a la COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad.
- › Ha existido una **gran demora en el tiempo de reacción**, lo cual generó un elevado número de personas fallecidas.
- › Los protocolos que se han puesto en marcha **no cumplen con los derechos humanos** de las personas institucionalizadas.
- › **Se ha olvidado a las personas sin hogar que son mayores y/o tienen una discapacidad**; este grupo especialmente vulnerable está en “tierra de nadie”.
- › La pandemia ha puesto en evidencia **el tabú de la elaboración psicológica y social de la muerte y el duelo**, así como de los aspectos concretos relativos a las responsabilidades sobre voluntades y cuidados paliativos.

La crisis del COVID-19 ha desencadenado un debate político, social y mediático que ha puesto de manifiesto la nefasta gestión de las residencias de mayores en España y ha evidenciado un modelo de intervención inadecuado en la mayoría de estas instituciones. Se ha analizado, sobre todo, la atención sanitaria en sus diferentes vertientes: tanto la asistencia médica y de enfermería, como el apoyo prestado por rehabilitadores y auxiliares. Desde el punto de vista médico, son muchas las evidencias que nos permiten asegurar que las personas mayores han sido víctimas de la discriminación por edad (edadismo) con una vulneración manifiesta de sus derechos.

La centralidad de los aspectos médicos es a todas luces esencial porque la prevención de enfermedades, el seguimiento de las dolencias crónicas y el mantenimiento de las condiciones generales de la salud, así como la capacidad de respuesta a crisis tales como la pandemia del COVID-19, son condiciones indispensables para una buena calidad de vida y de ellas depende nada más ni nada menos que la propia existencia. Por tanto, nunca mejor dicho que la atención sanitaria es vital.

No se puede olvidar que en las últimas etapas de la vida la persona conserva con pequeñas variaciones su naturaleza poliédrica **bio-psico-social-cultural**. La crisis de la COVID-19 ha destacado en los últimos meses el componente biológico, y ha dejado desdibujadas otras dimensiones como, por ejemplo, el sufrimiento moral y la soledad de las personas que, no estando enfermas del virus, se han visto desatendidas, siendo testigos perplejos del incesante fallecimiento de compañeros y compañeras de residencia, así como de la incomunicación con familiares.

Por tanto, al repensar un modelo residencial para el futuro, se deberán tener en cuenta las cuatro dimensiones del ser humano. Si hay carencias en el aspecto biológico las consecuencias pueden llegar a ser letales. Sin embargo, el énfasis en este aspecto no debe postergar la consideración de otras privaciones que menguan **el bienestar** y que en algunos casos tendrán consecuencias, incluso, en la salud física o mental.

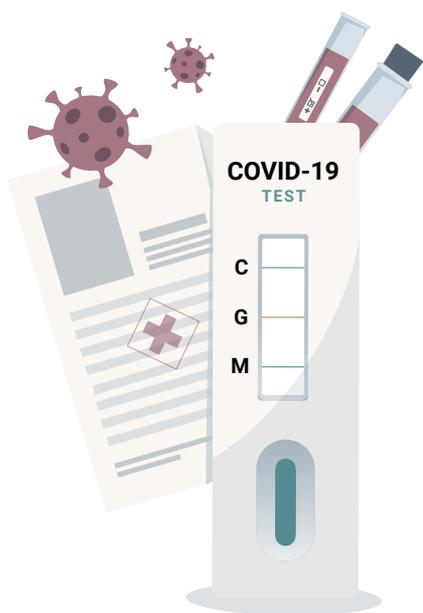
Por consiguiente, no es menor la importancia de aquellos cuadros graves que están vinculados a la soledad, al decaimiento, a la ansiedad y a depresiones encubiertas que pueden darse a pesar de estar conviviendo/compartiendo residencia con muchas personas.

La necesidad de conservar la autoestima, de comunicarse, de mantener los afectos y las aficiones es equiparable a la de disponer de alojamiento, alimentación adecuada y desde luego a la ya mencionada atención médica.

## 6.4. Actuaciones del Gobierno Central

En la Jornada organizada por EAPN en abril de 2021, Ignacio Álvarez Peralta, Secretario de Estado de Derechos Sociales del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, confirmó que el Gobierno tiene una estrategia de trabajo con el fin de reforzar los derechos de las personas mayores y les permita envejecer con calidad, que es uno de los grandes retos de nuestras sociedades actuales. Además, admitió que la pandemia ha evidenciado fragilidades estructurales que ya existían previamente, e indicó que el reto sanitario que afecta a las personas mayores ha sido muy grande, especialmente en el ámbito sanitario, pero que no se restringía solo a ese ámbito.

Por otra parte, confirmó que el Consejo Territorial de Servicios Sociales ha consensuado un plan de trabajo que garantiza un Marco Común para la aplicación en el ámbito de los centros sociales y residenciales de protocolos que garanticen las condiciones sanitarias de las personas mayores. En concreto, se acordaron los requisitos mínimos que debían establecerse en los planes de contingencia de los centros sociales y residenciales para garantizar que en la segunda ola no se repitiera lo que ocurrió en la primera ola.



Igualmente, se ha establecido un protocolo y garantía de derechos sociales, especialmente de derechos sanitarios para minimizar el impacto de la pandemia en las personas mayores (estrategia de vacunación, prioridad en los centros residenciales que actualmente está el 90% vacunados y los fallecimientos se han reducido drásticamente).

**Los retos a corto plazo** se superponen con la fragilidad que tienen los servicios y atención a las personas mayores en otros ámbitos. Hay que reforzar los derechos de las personas mayores para garantizar un envejecimiento digno:

- **Reforzar y desarrollo del sistema de dependencia** a través de un Acuerdo en el marco del diálogo social y del Consejo interterritorial (incremento de 500 millones de euros en los PGE). La Ley de Dependencia fue un hito en España, pero fue insuficiente ya que es una ley infradotada en términos de recursos económicos y financieros. Esto ha generado lo que se ha conocido como el limbo de la dependencia, esto es que unas 300 mil personas todos los años, en la última década, tenían reconocida una prestación de dependencia, sin embargo, no recibían esta prestación. Listas de espera enormes e interminables en buena medida fruto de los recortes económicos que sufrió la atención a la dependencia en el año 2012.
- **Objetivos del Plan de choque:** Reducción de las listas de espera (muchas de ellas personas mayores), mejora de los requisitos de acreditación de los centros residenciales para garantizar una calidad de los servicios que se prestan, mejora de las condiciones laborales de las cuidadoras, mejora de las prestaciones del propio sistema (elevar las intensidades horarias en las prestaciones o ampliar las compatibilidades, desarrollando nuevas prestaciones (como el derecho subjetivo a la teleasistencia, o el desarrollo de la figura del asistente personal)
- **La atención a los problemas económicos de las personas mayores:** las pensiones tienen que crecer por ley al menos lo que crece el índice de precios al consumo. Al respecto, debe destacarse que, para 2020, el 63,5%, es decir, 2/3 de los pensionistas cobran una pensión inferior a los 1000€ y el 40,4% cobra una pensión cuyo importe está por debajo del umbral de pobreza. También es necesario señalar que esta última cifra se ha incrementado notablemente en 2020 (el año 2019 el 31,8% de las pensiones tenían un importe por debajo del umbral de pobreza). Acuerdo establecido en el Gobierno de Coalición y se está trabajando en el marco del diálogo social que el **crecimiento de las pensiones se produzca en línea con el IPC.**

**Los retos a largo plazo** detectados por el Secretario de Estado pueden ser abordados con el auxilio de la financiación de los fondos extraordinarios Next Generation EU, para reforzar la economía de los cuidados de larga duración y, sobre todo, para transformar el modelo de cuidados en el medio plazo. España invierte en la economía de los cuidados la mitad de lo que invierten los países de nuestro entorno (0,75% cuando la media es del 1,5%). España tiene el reto de reforzar la inversión en estos cuidados de larga duración, y que esta nueva financiación sirva para ir modificando poco a poco el modelo. El modelo actual es muy institucionalizado, centrado en la atención residencial y debe cambiar hacia otro más orientado a la atención comunitaria y centrado en la persona.

Las reformas que se incorporan al “Next Generation UE” y a los restantes fondos europeos dirigidos a la inclusión social son las siguientes:

- **700 millones vinculados a más de 400 proyectos** que tienen las comunidades autónomas para la modernización de los Servicios Sociales para el desarrollo de los cuidados de larga duración.
- **Estrategia Nacional de Desinstucionalización**, hacia un sistema orientado a lo comunitario.
- **Desarrollo de una ley marco** de los servicios sociales que permita dotar de un nuevo marco a los Servicios Sociales
- **Reforzar las pensiones no contributivas** con el fin de mejorar en la protección de las familias
- **Reordenación de las pensiones no contributivas** mediante una ley de protección familiar que garantice el reconocimiento de la diversidad de las familias.
- **Modernización del Sistema de pensiones no contributivas** a través del desarrollo del Ingreso Mínimo Vital.

#### 6.4.1. El enfoque del IMSERSO

Luis Barriga, Director General del IMSERSO, reflexionó sobre los desafíos a corto y largo plazo del sistema de cuidados de larga duración.

A corto plazo, en cuanto al Plan de choque de la dependencia, mencionó reducir las listas de espera, mejorar la calidad en el empleo y de los servicios. Estos cambios estarán vinculados con la acreditación de criterios de calidad de los servicios a las personas desde el control público. A largo plazo, se refirió a la revisión del modelo de cuidados, evaluar y rediseñar todo el sistema de autonomía y atención de la dependencia. Si bien estos aspectos están en ley, no se han trabajado adecuadamente y cualquier modelo centrado en la persona va dirigido a proyectos de vida, no solo a la asistencia.

Como aprendizajes de la pandemia, Barriga indicó que un aspecto positivo ha sido el rápido trabajo de coordinación al que tuvieron que enfrentarse desde todos los niveles del Estado, especialmente entre el IMSERSO y las comunidades autónomas, que permitió salir de la alta mortalidad inicial que tuvo la pandemia. No obstante, también se refirió a los problemas inherentes al modelo público-privado (titularidad privada 80% + externalización de la gestión). Consideró que ha habido abandono público generalizado en materia de financiación (las personas están sometidas a criterios de mercado). El problema reside en la necesidad de que las administraciones públicas recuperen el control sobre el acceso de las personas a los servicios, la acreditación de calidad de los centros y la inspección de los centros. Otro tema es el modelo de atención que se proporciona en los centros residenciales. El papel público tiene que ser el de garantizar la calidad ese tipo de dispositivos de acuerdo con los derechos humanos.



## 6.5. La pandemia de COVID-19 y las personas mayores

Necesitamos hacer una reflexión sobre la necesidad de incluir los derechos de las personas mayores en el centro del debate político en ámbito europeo y nacional.

La pandemia ha tenido un gran impacto en la población mayor más vulnerable. A falta de conocer las estadísticas definitivas, los datos disponibles muestran que España fue el país que menos protegió a las personas mayores de 70 años y a las personas cuyo domicilio era un centro sociosanitario.

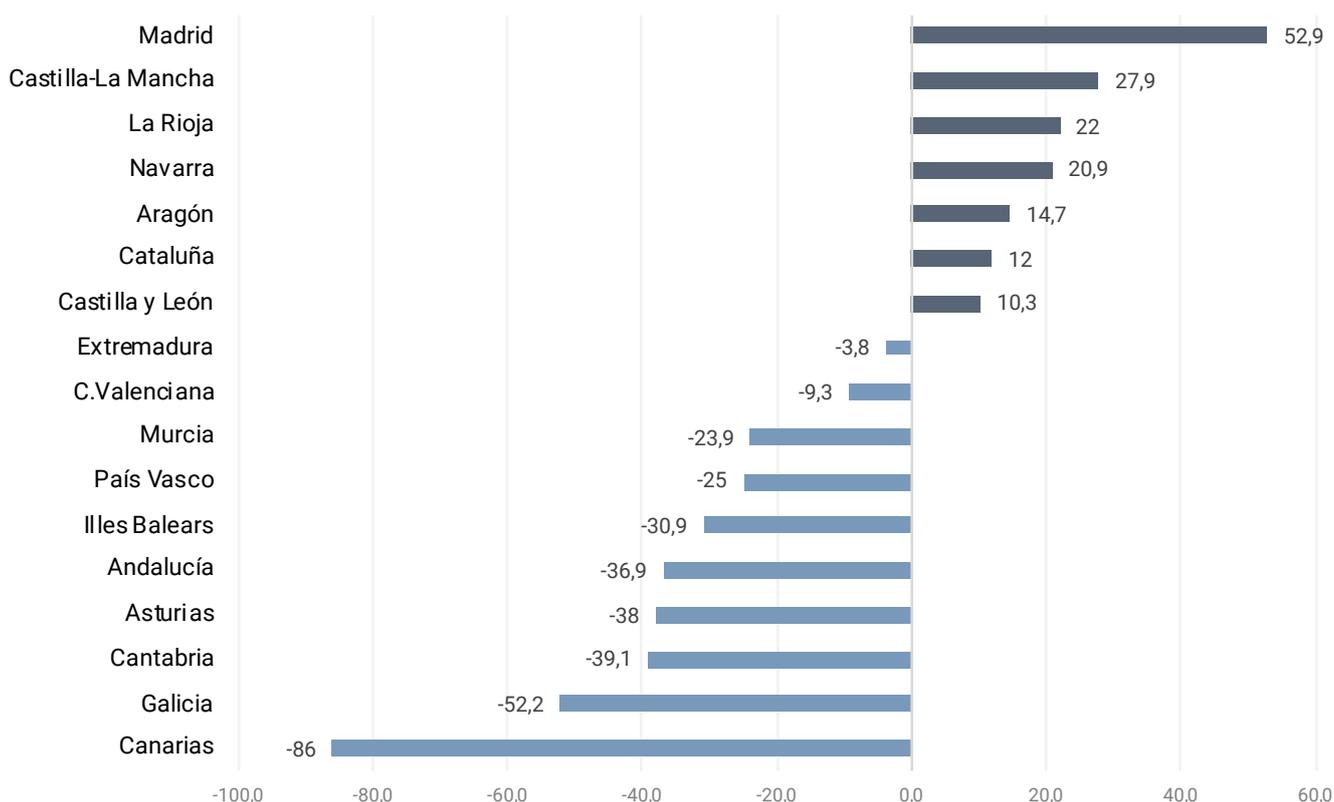
Durante la pandemia, las personas mayores y con discapacidad en residencias e instituciones de cuidados de larga duración **se han enfrentado a una crisis de mortalidad**. La estadística oficial, la facilitada por el Ministerio de Sanidad, recoge alrededor de 30.117 personas fallecidas en esos centros desde el inicio de la pandemia. Pero este no sería un número real, pues muchas de los decesos en el momento más crítico de la primera ola en estos centros no se atribuyeron al nuevo coronavirus al no existir prueba diagnóstica. La estimación de la Plataforma “Envejecimiento en Red” es que el 43,3% de los muertos por coronavirus en España en los últimos doce meses eran personas usuarias de residencias. Hay algunas comunidades autónomas que presentan una tasa de mortalidad mayor que la media, como Madrid, Catalunya, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Aragón, La Rioja y Navarra, que aplicaron protocolos que discriminaban a determinados perfiles de personas en el acceso a la atención médica (ver gráfico al final). Muchas defunciones se podrían haber evitado si hubiera existido un objetivo claro de reducir la probabilidad de invasión del virus en las residencias protegiendo a la población mayor con altísimo riesgo de mortalidad en caso de infección.<sup>73</sup>

<sup>73</sup> <http://envejecimientoenred.es/el-exceso-de-mortalidad-por-covid-19-en-las-personas-mayores-que-viven-en-las-residencias-de-espana-variaciones-entre-comunidades-autonomas/>

En los últimos meses, se están cuestionando las actuaciones de las autoridades de los Estados miembro con respecto a cómo han ejercido su mandato legal para proteger las vidas de las personas a su cuidado. Debido a los graves fallos detectados, hay varias demandas ante tribunales europeo por excesiva mortalidad.

Por ejemplo, en junio de 2021, La Asociación del Defensor del Paciente, que defiende a las familias de 300 enfermos fallecidos por la COVID-19 en residencias de Madrid, ha presentado una demanda de responsabilidad patrimonial contra el Ministerio de Sanidad, contra la Comunidad de Madrid y contra varios geriátricos. El objetivo es reclamar en la vía administrativa por la muerte de pacientes que no fueron derivados desde las residencias a los servicios de urgencia de los hospitales de Madrid y por las personas mayores que fueron trasladadas con retraso a los centros médicos provocando su fallecimiento.<sup>74</sup>

**Gráfico 6:** Exceso (o defecto) de mortalidad en las residencias de personas mayores durante los 12 primeros meses de pandemia en las 17 comunidades autónomas



Fuente: <http://envejecimientoenred.es/el-exceso-de-mortalidad-por-covid-19-en-las-personas-mayores-que-viven-en-las-residencias-de-espana-variaciones-entre-comunidades-autonomas/>

España fue el país que menos protegió a las personas mayores de 70 años y a las personas cuyo domicilio era un centro sociosanitario.

74 <https://www.elmundo.es/madrid/2020/06/18/5eea5b2b21efa0dd7e8b464d.html>

También hay un cuestionamiento sobre **la restricción de los derechos humanos de las personas institucionalizadas en residencias y centros de cuidado**, especialmente el derecho a la libertad de circulación<sup>75</sup> frente al aislamiento forzado y de su participación independiente, como dice la Carta de Derechos Fundamentales. Aunque estas restricciones han estado orientadas por la preservación de su salud, han tenido y están teniendo un enorme impacto sobre la calidad de vida de las personas y su salud mental.

En este proceso, hemos comprobado que hay dos grupos que necesitan apoyo, las personas cuidadas, **pero también las cuidadoras**, que han quedado en una situación de gran vulnerabilidad, más expuestas a la COVID-19, muchas de ellas con salarios que no les permiten salir de la pobreza y con mayores tensiones derivadas de esta situación. Este proceso tiene un impacto desigual en las mujeres ya que, en España, según la Encuesta de Población Activa (EPA), las mujeres representan el 66% del personal sanitario y son **el 84 % del personal de residencias para mayores y personas dependientes, donde se han dado los casos más graves y mayor número de fallecimientos**. A estos colectivos profesionales se suman las empleadas de hogar y cuidadoras, que asumen una importante parte de los cuidados de las personas dependientes.<sup>76</sup>

**Estos problemas no son nuevos**, sino que se trata de deficiencias estructurales, combinadas con otros problemas como los bajos salarios del sector del cuidado, personal escaso en las instalaciones, falta de protocolos y recursos de prevención, además de priorización del lucro económico frente a la función social de muchas de estas empresas, falta de controles de calidad contando con la satisfacción de las personas usuarias, etc. Hay claramente deficiencias estructurales, como la falta de personal, las condiciones de trabajo difíciles, los bajos salarios y el acceso a los servicios. También su asequibilidad y calidad, así como la disponibilidad de estos servicios en zonas rurales y remotas.

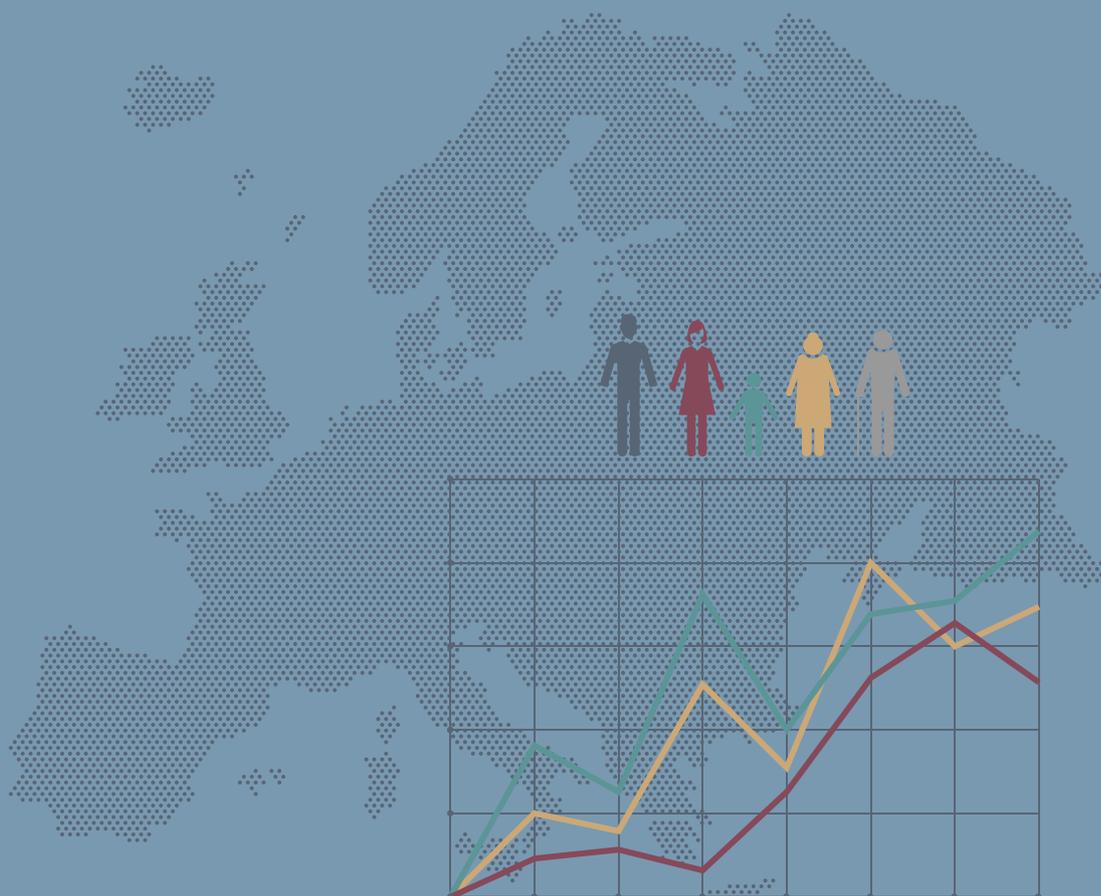
**Necesitamos medidas proporcionadas y equilibradas**. Después del criticismo de las primeras oleadas, se deben vigilar escrupulosamente la legalidad y los procedimientos, porque los derechos de libertad, vida familiar y no discriminación por edad no se han respetado.

**Estamos ante un momento oportuno para realizar una reflexión profunda que permita garantizar los derechos humanos durante todo el ciclo vital**. El desafío demográfico requiere una comprensión global del envejecimiento demográfico. Hay oportunidades, además de desafíos, de esta situación.

<sup>75</sup> El artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho a la libre circulación al proclamar que "toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado".

<sup>76</sup> Instituto de la Mujer, La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. Myo de 2020. Datos de la EPA, <https://www.inmujer.gob.es/actualidad/noticias/2020/Mayo/InformeCOVID19.htm>

# 7. LAS POLÍTICAS EUROPEAS



Existen toda una serie de procesos positivos relacionados con la extensión de la esperanza de vida. Nunca tantas personas que vivimos en la Unión Europea habíamos disfrutado de una vida tan larga. Se trata de un logro fundamental propiciado por la economía social de mercado de la Unión Europea. Uno de los rasgos más destacados de este fenómeno es que se registrará un aumento tanto de la proporción como del número de personas mayores. En la actualidad, el 20 % de la población supera los 65 años. En 2070, la población situada en esta franja de edad ascenderá al 30 %. Se espera que el porcentaje de personas mayores de 80 años crezca más del doble hasta alcanzar el 13 % en 2070.

Esta tendencia demográfica está teniendo una repercusión significativa en la vida cotidiana de la población y en nuestras sociedades. Tiene implicaciones en el crecimiento económico, la sostenibilidad presupuestaria, la salud y los cuidados de larga duración, así como en la cohesión social y la justicia intergeneracional, y afecta a la población de todas las edades. Además, el efecto desproporcionado de la pandemia en las personas de edad avanzada, en términos de hospitalizaciones y muertes, ha puesto de relieve algunos de las dificultades que plantea el envejecimiento de la población para los sistemas sanitarios y de asistencia social. Sin embargo, el fenómeno del envejecimiento también ofrece nuevas oportunidades



por lo que respecta a la creación de nuevos puestos de trabajo, el impulso de la prosperidad, por ejemplo, en las economías «plateadas» y asistenciales, y el fomento de la cohesión intergeneracional.

En este sentido, en junio de 2020, la Comisión Europea presentó el “**Informe sobre los efectos del cambio demográfico**”<sup>77</sup>, en el que se exponen los hechos esenciales del cambio demográfico y sus posibles repercusiones. El Libro Verde sobre el Envejecimiento, que constituye el primer resultado de dicho informe, abre un debate sobre una de las transformaciones demográficas definitorias de la situación en Europa, a saber, el envejecimiento.<sup>78</sup>

- › Nunca tantas personas que vivimos en la Unión Europea habíamos disfrutado de una vida tan larga.
- › Uno de los rasgos más destacados de este fenómeno es que se registrará un aumento tanto de la proporción como del número de personas mayores.
- › En la actualidad, el 20 % de la población supera los 65 años.
- › En 2070, la población situada en esta franja de edad ascenderá al 30 %. Se espera que el porcentaje de personas mayores de 80 años crezca más del doble hasta alcanzar el 13 % en 2070.
- › Esta tendencia demográfica está teniendo una repercusión significativa en la vida cotidiana de la población y en nuestras sociedades.
- › Tiene implicaciones en el crecimiento económico, la sostenibilidad presupuestaria, la salud y los cuidados de larga duración, así como en la cohesión social y la justicia intergeneracional, y afecta a la población de todas las edades.
- › En este contexto, el efecto desproporcionado de la pandemia en las personas de edad avanzada, en términos de hospitalizaciones y muertes, ha puesto de relieve algunas de las dificultades que plantea el envejecimiento de la población para los sistemas sanitarios y de asistencia social.
- › Sin embargo, el fenómeno del envejecimiento también ofrece nuevas oportunidades por lo que respecta a la creación de nuevos puestos de trabajo, el impulso de la prosperidad, por ejemplo, en las economías «plateadas» y asistenciales, y el fomento de la cohesión intergeneracional.

77 [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe\\_es](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_es)

78 GREEN PAPER ON AGEING: Fostering solidarity and responsibility between generations

Este Libro Verde parte de la premisa de que el ‘enfoque del ciclo vital’ sugiere que nuestra salud está influenciada por muchos factores a lo largo de nuestra vida. La Comisión Europea decidió adoptar este enfoque en el Libro Verde sobre el Envejecimiento, publicado a finales de enero.<sup>79</sup> El Libro Verde elogia el aumento de la longevidad como un logro de nuestras sociedades. También reconoce que “las etapas tradicionales de educación y formación, trabajo y jubilación se están definiendo menos rígidamente y son más flexibles”.

El documento contiene posicionamientos sobre:

- Accesibilidad y calidad de los servicios.
- Protección de la fuerza de trabajo.
- Sostenibilidad de los sistemas de protección social.
- Aislamiento social, soledad y problemas de salud mental. Se está trabajando en una propuesta de políticas sobre “soledad”.
- Resiliencia económica.
- Cuidados de larga duración.
- Futuras crisis sanitarias.
- Brecha digital, apoyo intergeneracional.

El Libro está vinculado también la nueva **Estrategia europea de personas con discapacidad** recientemente presentada, como instrumento para defender los derechos de las personas con discapacidad, muchas de ellas mayores, a vivir de manera independiente, elegir sus lugares de residencia, pasando de la desinstitutionalización a los cuidados comunitarios (Community-based care), contando con los servicios de apoyo. Es decir, que sean las mismas personas quienes elijan libremente cuándo y cómo quieren vivir.

La Comisión **debe contribuir a desarrollar y supervisar la aplicación del principio 18 del PEDS (Pilar europeo de derechos sociales)**, (*Cuidados de larga duración - Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios*), que es competencia de los Estados miembro. Desafortunadamente, en el Plan de Acción del Pilar no hay un desarrollo normativo al respecto, con garantías mínimas para todos los Estados miembro, del que sería necesario disponer.

La Unión Europea también tiene otras ‘palancas’ a su disposición. Desde junio de 2020, la comisión cuenta con una primera estrategia de la UE sobre los derechos

<sup>79</sup> European Commission (2020) **GREEN PAPER ON AGEING: Fostering solidarity and responsibility between generations**, disponible en: [https://ec.europa.eu/info/files/green-paper-ageing-fostering-solidarity-and-responsibility-between-generations\\_en](https://ec.europa.eu/info/files/green-paper-ageing-fostering-solidarity-and-responsibility-between-generations_en)

de las víctimas (2020-2025). El documento identifica explícitamente a las personas mayores como uno de los grupos que necesitan medidas específicas para mejorar la presentación de informes y garantizar el apoyo y la protección.

A fines del año pasado, el Foro Europeo de la Discapacidad, la Unión Europea de Servicios Públicos y AGE Platform Europe (a partir de ahora AGE) pidieron al Parlamento Europeo que pusiera en marcha una investigación sobre los trágicos impactos de la COVID-19 en la atención residencial.

---

No podemos pretender construir una 'Unión de Igualdad' sin abordar los factores de riesgo del abuso de personas mayores y Europa no puede prosperar si no aprovecha los activos acumulados de sus ciudadanos y ciudadanas mayores.

En conclusión, cualquier actuación normativa relativa al "Libro Verde sobre el Envejecimiento" deberá generar sinergias con estos otros instrumentos.

La crítica que hace la Plataforma AGE es que **el documento pierde la oportunidad de redefinir el significado de ser una persona mayor en Europa**. También deja pasar la oportunidad de brindar sugerencias sobre cómo aprovechar todo el potencial que tiene el 'enfoque del ciclo vital'. Por ejemplo, ignora en gran medida el papel fundamental que pueden desempeñar los entornos accesibles y los servicios de apoyo de calidad para permitir que las personas sigan siendo participantes activos en sus respectivas comunidades.

AGE insiste en que las personas mayores **no son inherentemente vulnerables**; son más bien las leyes, las políticas, los servicios inadecuados o inadaptados y las mentalidades discriminatorias las que contribuyen a crear barreras para el disfrute de sus derechos de igualdad y de dignidad. Es necesario cambiar esta perspectiva de manera radical.

En un continente donde la gente vive cada vez más, no tiene sentido desperdiciar el activo creciente que suponen las personas mayores. Así lo destacó la Plataforma AGE Europe, miembro de EAPN Europa, indicando que se deben recurrir a las soluciones que permitan contrarrestar los procesos perjudiciales mencionados; es decir, **cambiar mentalidades, actuar sobre los factores de riesgo, brindar servicios adecuados**. AGE pone un énfasis especial en abordar las situaciones de las personas mayores que sufren abuso desde esta perspectiva de derechos.<sup>80</sup>

El avance de la vacunación está suponiendo una reducción de daños personales entre las personas mayores y, dentro de un tiempo, es posible que superemos la peor crisis sanitaria de la UE. **Sin embargo, a nivel político, este escenario no estará superado hasta que apliquemos las enseñanzas de esta experiencia, utilizando sabiamente los fondos de recuperación y resiliencia, con una ambiciosa agenda política social que introduzca los cambios que hoy son evidentes.**

---

<sup>80</sup> Estelle Huchet and Borja Arrue-Astrain, "A Europe free of elder abuse", Social Europe, 16 de junio 2021, disponible en: <https://socialeurope.eu/a-europe-free-of-elder-abuse>

## 8. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

La pirámide poblacional se ha invertido y este cambio demográfico está marcando el siglo XXI. En este contexto, proponemos reforzar la capacidad del Estado de bienestar para mantener una distribución justa y sostenible de recursos entre generaciones, orientada a abordar las necesidades y vulnerabilidades asociadas a las diferentes etapas de la vida, a pesar de las presiones, las frecuentes faltas de entendimiento intergeneracional, y del edadismo generalizado.



## 8.1. Las personas mayores como sujetos de derechos

Es fundamental replantear las políticas dirigidas al grupo de población mayor desde una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque integral, de género y de atención a la diversidad, mediante políticas participativas y previsoras, que garanticen condiciones de vida dignas -entre ellas la atención sociosanitaria adecuada y de calidad en todo el territorio- y que pongan en valor las aportaciones de las personas con experiencia vital más prolongada a la sociedad contemporánea.

La Organización Mundial de la Salud definió el concepto de bienestar como un estado satisfactorio **físico, psicológico y social** y no solo como ausencia de enfermedad. El Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento (2002) de Naciones Unidas señalaba como objetivo poder envejecer con seguridad y dignidad. En ese sentido, quizá suponga un avance importante y pueda servir de inspiración el Plan recogido en el Documento “Decade of Healthy Ageing 2020-2030” (Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030)<sup>81</sup>, Segundo Plan de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Madrid, anteriormente aludido. Este Plan coincide con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). Sitúa como eje a las personas mayores, con el fin de mejorar sus condiciones de vida y las de sus familias. Con ese propósito fomenta alianzas con todas las partes interesadas: gobiernos, sociedad civil, profesionales, organismos internacionales, instituciones académicas, medios de comunicación y el sector privado.

La dignidad humana exige el respeto hacia la persona mayor, y ello lleva implícita la necesidad de dar respuesta tanto a sus necesidades físicas, como a las psico-afectivas en esa etapa de su vida. **Esta es una etapa más, en su proyecto vital, en la que deben garantizarse sus derechos: humanos, políticos, culturales.**

<sup>81</sup> World Health Organization, **Decade of Healthy Ageing 2020-2030**. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Sin embargo, señala, nos topamos con un problema porque "la teoría de los derechos presupone la autosuficiencia y la independencia y estos presupuestos han hecho que los sistemas de protección social no sean capaces de salvaguardar la dignidad humana de quienes en el imaginario colectivo encuentran negada la condición de personas autónomas e independientes".<sup>82</sup> Se trata de esas expresiones habituales que encierran una fuerte carga simbólica: 'ya es mayor' lo que equivale a decir: 'tiene debilidades' y al pensamiento de que 'no es necesario tener hacia él o ella el mismo tipo de atención' (que si se tratara de una persona joven o un/a niño/a).

Esos estereotipos que tienden a representar a las personas mayores como desprovistas de valor para la sociedad, así como también la sostenibilidad problemática de sus sistemas de pensiones y de protección social, hacen que la edad sirva como justificación suficiente para un tratamiento excluyente y que, por ello, no se cuestione la carencia de acceso a sus derechos.

En este sentido, la **Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores** ha puesto de manifiesto las barreras en el ejercicio y acceso de sus derechos, con especial atención a las personas en situación de pobreza, exclusión o aquellas que viven en el ámbito rural. Durante la pandemia envió un documento donde se recogían sus propuestas ante la grave vulneración de derechos que se produjo<sup>83</sup>.

## 8.2. Promover y apoyar el envejecimiento activo

Para introducir este apartado, recordamos una oportuna cita de Marco Cicerón ("De la vejez, de la amistad"): "He aquí, pues, Escipión y Lelio, que las armas más valiosas de la vejez son el arte y el ejercicio de las virtudes, los que cultivados en cualquiera de las etapas de la vida, cuando ya has vivido largamente y mucho, llevan frutos maravillosos, no tan sólo porque jamás fallan, ni siquiera en la última etapa de la vida, sino también porque la conciencia de una vida ordenada y el recuerdo de muchos hechos ejecutados debidamente es lo más agradable."

**Existe mucha gente en proceso de envejecimiento con buen estado físico y vital, con un gran potencial para contribuir a la sociedad, pero la sociedad no está preparada para recoger esas aportaciones o las rechaza por prejuicios, discriminación y edadismo.**

El aumento de la esperanza de vida debido a la mejora de la sanidad y del bienestar ha cuestionado la comprensión tradicional del envejecimiento y de la percepción de la edad. De acuerdo con un estudio del Taipei Veterans Hospital, en Taiwán, sobre una población de 3.000 individuos mayores de 65 años, las personas que se perciben a sí mismas más jóvenes de lo que son, de acuerdo con su edad cronológica, tienden a ser más saludables, física y mentalmente que quienes se sienten más 'viejos'. Esta hipótesis contempla tres tipos de edades, o maneras de

<sup>82</sup> Según se señala en el Informe "La discriminación por razón de edad en España", HelpAge International España. Enero 2020 e Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Enero 2020.

<sup>83</sup> Documento de propuestas ante la pandemia del Coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores <https://www.segg.es/media/descargas/Segundas%20propuestas%20de%20la%20Mesa%20Estatal%20por%20los%20derechos%20de%20las%20personas%20mayores%20ante%20la%20Covid-19.pdf>



concebir la edad: el número de años transcurridos desde el nacimiento marca la edad cronológica; la manera en que nuestros cuerpos envejecen determina una edad biológica, y finalmente, otro tipo de edad, llamada 'subjética', obedece a la manera en que un individuo se siente envejecer.

Aunque el estudio se limita a señalar pautas para una mejor calidad de vida, en realidad tiene implicaciones de tipo cultural acerca de las diversas formas en que un entorno determinado puede disminuir o acrecentar la autoestima de las personas y las estrategias de éstas últimas para resistir e incluso contradecir muchos determinismos biológicos o sociales.

La 'edad subjética' es la que sentimos tener. Esta percepción cambia durante el ciclo vital: las personas se sienten 'mayores' con respecto a su edad cronológica durante la adolescencia y juventud. Esto es debido a la necesidad de los jóvenes de ser considerados adultos y poder tomar sus propias decisiones. Sobre los 30-40 años la tendencia se invierte y la persona comienza a sentirse más joven de lo que en realidad es. Este proceso puede ser visto de forma negativa, como si la persona se estuviera autoengañando. En parte sería como un autoedadismo, una autodiscriminación hacia la propia edad de la persona, el no reconocer el paso del tiempo y las pérdidas que implica. Esta discrepancia entre la 'edad real' y la 'edad subjética' sería problemática si implicase un riesgo para la persona a la hora de valorar sus capacidades, o si no se aceptasen ciertas ayudas o servicios (como audífonos o gafas) porque 'son para viejos/as', lo cual compromete la calidad de vida. Sin embargo, los estudios sobre la 'edad subjética' en personas mayores señalan la relación positiva entre sentirse más joven y tener una mejor salud a nivel objetivo.<sup>84</sup> De hecho, "Las personas mayores que se perciben a sí mismas como más jóvenes presentan características cerebrales propias de personas de menos edad."<sup>85</sup>

84 Celdrán, Montserrat, "¿No le pesan los años? Entonces está en plena gerontolescencia", *The Conversation*, 19 de mayo de 2021

85 "La edad subjética se correlaciona con la edad estimada del cerebro", *IM Médico*, 20 de julio de 2018, disponible en: <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/14542/la-edad-subjetiva-se-correlaciona-con-la-edad-estimada-del-cerebro.html>

El enfoque general que mantenemos se centra en la necesidad de reconocer los múltiples roles que las personas mayores tienen en la sociedad, como cuidadoras, voluntarios y líderes comunitarios, y subraya la importancia de escuchar las voces de las personas de todas las edades, valorando sus aportes y asegurando su participación significativa en la toma de decisiones.

El ‘envejecimiento exitoso’ puede ser una solución a los principales desafíos que el envejecimiento de la población plantea a los sistemas de salud, la seguridad financiera y el mercado de trabajo. Otro estudio epidemiológico predice cuatro indicadores principales de un envejecimiento exitoso y su asociación con la mortalidad. La investigación realizó un seguimiento a una muestra representativa a nivel nacional de Taiwan de 1284 personas adultas mayores durante una mediana de 50 meses. El envejecimiento exitoso se definió por ‘caminar rápido’, ‘independencia’, ‘vitalidad emocional’ y ‘salud autopercebida’.

**El análisis reveló cinco determinantes: ‘actividad física’, ‘satisfacción con la vida y estado financiero’, ‘estado de salud’, ‘estrés’ y ‘función cognitiva’.** La actividad física y el estado de salud se consideran factores importantes para vivir de forma independiente. La satisfacción con la vida y el estado financiero se asociaron con la velocidad al caminar. El estrés se asocia únicamente con la vitalidad emocional. La satisfacción con la vida, el estado financiero y el estado de salud son predictores importantes de la salud autopercebida.<sup>86</sup>

Una manera efectiva de gestión de la madurez consiste en actuar de modo opuesto a todo lo que se espera de un comportamiento de personas viejas: desarrollar la tolerancia y el optimismo, frecuentar a personas jóvenes en lugar de evitarlas, preferir la cinta de andar al sillón reclinable, incrementar la socialización y rehuir el aislamiento voluntario, valorar el realce estético de una vestimenta alegre y viva sobre una piel madura, y contrarrestar con buen sentido del humor las situaciones más adversas. Una edad subjetiva feliz favorece la plenitud de la edad biológica. Los estudios al respecto concuerdan en que esa fórmula es muy eficaz para aminsonar las penurias mentales y los deterioros físicos propios de una edad cronológica avanzada.<sup>87</sup>

Alexandre Kalache, experto mundial en envejecimiento activo,<sup>88</sup> ha indicado que el envejecimiento activo representa un nuevo marco conceptual de la vejez. Se ha definido como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*. Kalache acuñó el término gerontolescencia para referirse a una transición vital positiva. Entiende que alrededor de la etapa de jubilación de la persona, esta puede tener mayores posibilidades para iniciar nuevos proyectos e intereses personales. Sería una mirada más positiva de lo que implica hacerse mayor.<sup>89</sup>

86 Wei-Ju Lee, Li-Ning Peng, Ming-Hsien Lin, Ching-Hui Loh, Liang-Kung Chen (2020), “Determinants and indicators of successful ageing associated with mortality: a 4-year population-based study”, en *Aging*, Research Paper Volume 12, Issue 3 pp 2670–2679, en: <https://www.aging-us.com/article/102769/text>

87 Bonfil, Carlos (2019), “Una vejez subjetiva” en *Letraese*, México, disponible en: <https://letraese.jornada.com.mx/2019/12/04/una-vejez-subjetiva-4812.html>

88 Nació en Rio de Janeiro en 1945 y se doctoró en Medicina Social en Reino Unido. Desde 1995 a 2008, dirigió el programa de la OMS «Envejecimiento y Ciclo de Vida». Fue el promotor del documento de trabajo Envejecimiento Activo: un marco político, presentado en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002.

89 <https://envejeceractivos.com/alexandre-kalache/>

### 8.3. Combatir la soledad y promover la participación

La pandemia ha traído una enseñanza evidente: necesitamos a las demás personas para seguir viviendo, no solamente en el plano biológico sino también en el plano psicológico y social, independientemente de dónde estemos, cómo estemos y la edad que tengamos. Las personas ingresadas en una residencia de mayores necesitan a las personas con las que mantienen lazos afectivos y que son sus referencias vitales para seguir viviendo. Para las personas con déficit cognitivo estos lazos tienen un valor enorme para su bienestar.

La atención integral a las personas que envejecen es aquella que de manera global atiende a las necesidades de las personas a lo largo de sus vidas. Se refiere tanto a las necesidades físicas y biológicas, como a las cognitivas, emocionales y sociales. Los seres humanos necesitamos siempre tener relaciones, vínculos e interacciones con otras personas, con independencia de nuestro contexto o circunstancias personales. La soledad no deseada causa tantos problemas de salud como los derivados de un estrés psicológico continuado. En este sentido, proponemos una participación activa en la vida familiar y comunitaria para lograr una mayor satisfacción vital y para reforzar los lazos solidarios entre generaciones. A mayor participación en escenarios y actores diversos, mayor integración comunitaria.

A continuación, recogemos las propuestas del sociólogo Víctor Renes sobre este tema:

1. Tener una **estrategia estatal**, pues es paralelo al envejecimiento creciente y al despoblamiento. Hay que preparar para la jubilación. Por lo que en los convenios colectivos debería aparecer la Snd (soledad no deseada). Para ello, para construir un Plan adecuado ante la Snd debería haber un Foro de Participación.
2. Esto debe comprometer al **modelo de sanidad**. La Administración debe liderar esta estrategia, como ya están empezando a hacer en País Vasco, Asturias, Aragón, Canarias. Pero la mayoría de las comunidades autónomas aún no la tiene. Es necesaria una promoción de la salud que da prioridad a otros colectivos de menos riesgo. Lo que hace que la desatención de la Snd vaya contra los derechos de quienes se encuentra en ella. Debería haber geriatría y gerontología en todos los Hospitales y en todos los Centros de Atención Primaria.
3. Debe ser una **estrategia preventiva**. Hay que **concienciar a la ciudadanía sobre la Snd**. Se debe difundir a la población el hecho de que la Snd está privando a la sociedad del potencial de actividad de estas personas al resto de la sociedad, además de los perjuicios que genera a nivel de las personas. Una necesidad para una estrategia preventiva es la "educación para la ciudadanía"; es decir, una educación frente al "sálvese quien pueda".

4. En el campo de los **servicios sociales relacionados con el Bienestar**, hay que constatar que son muy escasos los servicios de proximidad que en el caso de la Snd son fundamentales, críticos e imprescindibles: ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, etc. No pueden estar estos servicios solo para gestionar ayudas sin hacer trabajo de proximidad. Las comunidades autónomas deben apoyar a los ayuntamientos en estos servicios.



Ante la soledad no deseada, las autoridades locales deberían tomarse la solución del problema como un objetivo concreto dentro de sus prioridades e implicar al conjunto de la ciudadanía y coordinar actividades vecinales ante la Snd, contar el voluntariado, impulsar actividades intergeneracionales, identificando a personas solas que son 'invisibles'. Por ello, es muy importante fomentar un Voluntariado ante la Snd. Una acción de los ayuntamientos para hacer frente a diversos aspectos de la Snd es tener un transporte público accesible y asequible, así como promover espacios públicos de convivencia. Igualmente, entornos sin barreras y la adaptación de la propia vivienda y fomentar viviendas compartidas. Es decir, moverse con seguridad a cualquier hora y cualquier día.

**Los centros de mayores** son centros a los que los mayores van porque buscan compañía. Y resulta que precisamente, en el momento en que son más necesarios, durante la pandemia se han cerrado. Solo tienen actividades on-line. No han promovido pequeños grupos que se puedan ver presencialmente, ni comedores ... Es un grupo con una buena **brecha digital**, por lo que es necesaria formación informática y enseñanza digital.

En conclusión, actuando contra la Snd no solo ayudamos a las personas, sino a toda la sociedad, una sociedad con vínculos, una sociedad con vinculación:

- › La permanencia en su entorno mejorado, como clave para la inclusión de las personas mayores. El entorno condiciona la inclusión a las personas con mayor fragilidad.
- › Luchar contra el desarraigo del entorno de la persona mayor.
- › Fomentar la participación social y vínculos sólidos.
- › Promover la colaboración intergeneracional como palanca para la inclusión social y permanencia en el entorno.
- › La vida en comunidad colaborativa es una vía de mejora del entorno, pues fomenta el envejecimiento activo de forma muy completa y potencia o protege la autonomía personal mejor que ningún otro entorno, sobre todo con dependencia.
- › Combatir y erradicar la brecha digital.
- › Promover la participación de la gente, la ciudadanía participativa.
- › Defender los derechos de educación a lo largo del ciclo vital, el empleo y participación social sin discriminación por razón de edad.
- › El acercamiento de los servicios a la persona mayor y no el acercamiento de la persona mayor a los servicios.
- › Buscar la participación de las personas mayores como sujetos activos, es decir, no considerarlas como simples receptores de servicios, sino como agentes capaces de participar en la toma de decisiones, en el diseño, en el desarrollo... de aquellas actividades o servicios que les afecten directamente.

## 8.4. Combatir la violencia de género

Tanto el entorno cercano a las mujeres mayores como el conjunto de la sociedad e instituciones públicas tienen un papel fundamental para poder terminar con una relación violenta y emprender un proceso de recuperación. Los hijos e hijas mayores pueden ser un elemento facilitador y de apoyo, pero también pueden suponer una barrera adicional en algunos casos. Por ello, es importante realizar campañas de sensibilización que también interpelen a los hijos e hijas mayores e incrementar la formación con perspectiva de edad y de género, especialmente, en el ámbito de la salud y la atención sociosanitaria.

Las mujeres mayores rechazan la violencia de género en cualquiera de sus formas, pero algunas reproducen discursos patriarcales derivados de una férrea socialización diferencial que dificulta la conciencia de la violencia de género sobre las mujeres de su entorno, e inclusive, sobre ellas mismas. Incluso una parte de aquellas que han desarrollado una autonomía económica y social que les permiten tener un papel más activo en esta etapa vital, siguen teniendo experiencias de control por parte de sus parejas, así como un compromiso obligado en el cuidado de sus nietos/as debido a la presión por cumplir con su rol de género.

Desde el punto de vista de las administraciones públicas, existe una carencia de recursos adaptados a mujeres mayores que sufren violencia de género y respuestas específicas desde un enfoque interseccional para darles cobertura.

Las personas profesionales que brindan servicios y atención a las personas mayores deben tener una formación adecuada para la detección y prevención de la violencia de género, los factores de riesgo que la provocan o mantienen y los recursos comunitarios disponibles para hacer frente a la misma. Deben poder distinguirla de la violencia intrafamiliar y adquieran herramientas para detectarla y prevenirla.

Las administraciones deben eliminar las barreras específicas a las que se enfrentan por su condición de género y de edad: la dependencia económica de la mayoría, derivada de sus ingresos inferiores; la incompreensión social; la reproducción de su rol de cuidadoras; el control social que pesa sobre ellas o las dificultades para que puedan demostrar la violencia que han vivido, en algunos casos durante décadas. Los servicios o recursos de protección y atención de víctimas de violencia de género deben promover cambios para adaptarse a las necesidades particulares de las mujeres mayores que son víctimas de este tipo de violencia, mejorando su intervención en estos casos.<sup>90</sup>

<sup>90</sup> López-Gollonet Cambil, Cristina; Monteros Obelar, Silvina y María García Fernández, Laura (2020), "De 'Víctimas a Supervivientes'. Detección y Prevención de la Violencia de Género en mujeres mayores de 65 años", en Geriatricarea, enero, disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2020/01/14/de-victimas-a-supervivientes-deteccion-y-prevencion-de-la-violencia-de-genero-en-mujeres-mayores-de-65-anos/>

## 8.5. Combatir los abusos y el maltrato

En lugar de considerar a las personas que sufren abusos únicamente como víctimas, debemos verlas como titulares de derechos, con pleno derecho a buscar y recibir protección y apoyo. Esto se aplica a todas las víctimas de delitos, incluidas las niñas y mujeres que sufren violencia, y las personas mayores que enfrentan abuso o negligencia.

Esto nos lleva a centrarnos en los factores de riesgo, agravados por la pandemia, para minimizar las posibilidades de que ocurra el abuso. El desarrollo de servicios de atención y apoyo para las personas mayores y los cuidadores informales puede debilitar los factores desencadenantes del abuso de personas mayores. Dichos servicios deben contar con una financiación adecuada y el personal involucrado debe estar capacitado profesionalmente para trabajar con personas mayores que necesitan atención. Deben funcionar como una rehabilitación después de un accidente, con personal cualificado, con los métodos y herramientas adecuados, que las personas usuarias necesitan para recuperarse.

Cruz Roja ha creado este decálogo con pautas y consejos para promover el buen trato a las personas mayores, que conviene difundir:



### Decálogo de Buen Trato a las personas mayores:



**1** Preserva mis derechos y libertades en el ámbito público y privado

**4** Ten paciencia y empatía

**7** No me hagas sentir como una carga

**2** Garantiza mi bienestar y mi salud en todo momento

**5** No me ocultes información

**8** Proporcióname compañía

**3** Escucha y aprende de mis vivencias

**6** Hazme partícipe de las decisiones que me atañen

**9** Proporcióname también intimidad

**10**

PREGÚNTATE EN TODO MOMENTO SI A TI TE GUSTARÍA QUE TE TRATASEN ASÍ EN MI SITUACIÓN

Cada vez más cerca de las personas



## 8.6. Combatir el edadismo y reforzar la solidaridad intergeneracional

La idea del edadismo también se puede abordar desde la perspectiva de la discriminación interseccional, la cual permite visibilizar todas las formas de opresión y concienciar a la sociedad sobre ellas. La discriminación múltiple se refiere a yuxtaposición, evoca una suma de discriminaciones. En cambio, la discriminación interseccional hace referencia a la simultaneidad de distintos ejes de opresión, a cómo se interrelacionan intrínsecamente en una persona o grupo social, especificidad que no incluye la expresión discriminación múltiple. Esta interacción de dos o más causas de discriminación posee consecuencias más intensas y específicas que un análisis de cada eje de discriminación por separado podría revelar, si se alude a discriminación múltiple como si fuera un sumatorio. Por ejemplo, las ‘mujeres mayores que sufren dependencia’, es un grupo que reúne tres factores que conllevan estereotipos sociales y conductas discriminatorias.

**La primera recomendación** es invertir en estrategias basadas en la evidencia para prevenir y responder a la discriminación por edad. Los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, las agencias de la ONU, las organizaciones de desarrollo y otras partes interesadas deben aprovechar las soluciones basadas en la evidencia que se presentan en este informe para abordar eficazmente la discriminación por edad.

Se deben implementar políticas y leyes con un alcance legal y material adecuado para prohibir la discriminación por edad y promover la igualdad de derechos de todas las personas independientemente de su edad, a través de la formación de las personas profesionales, la educación y la sensibilización. Es igualmente importante que se modifiquen o deroguen las leyes o políticas existentes que permiten la discriminación por edad (tanto si se trata de personas mayores, como de jóvenes) y que establezcan mecanismos de aplicación y órganos de control para garantizar una implementación efectiva.

También podrían aumentarse las garantías legislativas y políticas internacionales contra la discriminación por edad. En el derecho internacional, actualmente no existe un instrumento jurídico específico para proteger los derechos humanos de los adultos y disipar los prejuicios y la discriminación contra las personas en función de su edad, y la mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos no enumeran explícitamente la edad como motivo prohibido de discriminación.

En segundo lugar, los gobiernos nacionales y otros actores deben diseñar y ofrecer actividades educativas formales y no formales porque se encuentran entre las estrategias más efectivas para abordar la discriminación por edad y también es probable que sean asequibles. Las actividades educativas pueden ayudar a disipar los conceptos erróneos sobre los diferentes grupos de edad y reducir los prejuicios y la discriminación al transmitir información o mejorar la empatía hacia personas de otras edades a través de la adopción de perspectivas, por ejemplo, mediante el uso de juegos de roles, simulación y realidad virtual para reducir la discriminación por edad. Este tipo de intervenciones se pueden implementar en todos los niveles de educación, desde el jardín de infancia hasta la universidad y plataformas de aprendizaje permanente.

En tercer lugar, deben realizarse inversiones en intervenciones de contacto intergeneracional, cuyo objetivo es fomentar la interacción y el contacto entre personas de diferentes generaciones. En condiciones óptimas, el contacto entre diferentes grupos de edad puede reducir los prejuicios y estereotipos intergrupales, y los efectos pueden generalizarse más allá de los participantes inmediatos en la intervención a todo el grupo externo. Las intervenciones de contacto intergeneracional se encuentran entre las intervenciones más efectivas para reducir la discriminación por edad contra las personas mayores, y son prometedoras para reducir la discriminación por edad contra las personas más jóvenes. Además, parecen ser asequibles y relativamente fáciles de implementar.

**Una segunda recomendación** es mejorar los datos y la investigación para comprender mejor la discriminación por edad y cómo reducirla. En este sentido, por ejemplo, hace ya mucho tiempo que las personas mayores dejaron de ser un conjunto de características homogéneas y, sin embargo, muchas encuestas importantes (por ejemplo, la Encuesta de condiciones de vida -ECV-) ofrecen segmentaciones por edad que agrupan a la totalidad de los mayores de 65 años y no discriminan dentro del grupo.

**La tercera recomendación** consiste en construir un movimiento para cambiar la narrativa sobre la edad y el envejecimiento. En dicho movimiento, las organizaciones de la sociedad civil tienen un rol fundamental y pueden:

- › **Abogar** por el desarrollo de leyes que aborden la discriminación y la desigualdad y su aplicación, y también ayudar a monitorear la aplicación de estas leyes.
- › **Desarrollar** la capacidad de las personas adultas mayores para defender y monitorear la implementación de leyes que abordan la discriminación y la desigualdad, y fortalecer su participación en estas actividades;
- › **Diseñar y ofrecer** programas educativos basados en evidencias y actividades intergeneracionales para abordar la discriminación por edad en diferentes grupos de edad e incorporar estas actividades en los programas existentes, si es posible;
- › **Buscar y establecer** la colaboración entre las organizaciones de personas mayores y las organizaciones de jóvenes para fomentar las actividades y colaboraciones intergeneracionales.<sup>91</sup>

El 18 de marzo de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el primer informe mundial sobre edadismo, durante el evento telemático «Una conversación mundial sobre edadismo», en el que se habló sobre cómo pensamos, sentimos y actuamos en relación con la edad y el hecho de envejecer, y se destacó por qué hablar de edadismo es importante y cómo podemos abordarlo. Su objetivo es llamar la atención sobre el aumento de la discriminación por edad hacia las personas mayores y jóvenes.

<sup>91</sup> La Mesa Estatal sobre los Derechos de las Personas Mayores (formada por la Once, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Help Age International en España, Cruz Roja Española, Cáritas, CEOMA, EAPN, y 10 entidades más) Esta organización se creó en 2013 y tiene como fin la defensa de los derechos de las personas mayores promoviendo junto a otros países una Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte de Naciones Unidas, para lo cual ha solicitado el apoyo del Gobierno.

- Lucha contra la discriminación por edad en todos los ámbitos.
- Aplicar la dimensión generacional para la reflexión compartida sobre el tiempo y la experiencia que todas las personas atesoramos (todas las personas somos multi-generacionales)
- Incrementar la protección al maltrato de la persona mayor.
- Cambiar la imagen social homogénea y negativa que se tiene hoy de las personas mayores, incluido el lenguaje que se utiliza para hablar a /de las personas mayores.
- Reconocimiento de la identidad cultural
- Revisar el modelo de sociedad que queremos construir
- Programas de sensibilización dirigidos a la población, en general, sobre las personas mayores y sus aportaciones a la sociedad.
- La defensa de sus derechos.
- Respetar sus derechos de ciudadanía y muy especialmente el derecho a participar. A participar en todo como ciudadanas/os iguales a los demás.
- Garantizar el derecho de acceso a servicios sociales básicos
- Promover una cultura social que valore la experiencia y los conocimientos de los mayores.
- Considerar a las personas mayores como un colectivo heterogéneo, con múltiples intereses y gustos, diferentes necesidades, etc. No hacerlo así significaría aplicar una visión reduccionista de las personas mayores que derivaría en la definición de estrategias que no se ajustarían a sus necesidades reales.
- Concienciar a toda la población de que el envejecimiento es una etapa más de la vida que debe estar presente a lo largo de la trayectoria vital de cada individuo desde la niñez.
- Normalizar la vejez en lugar de esconderla e ignorarla, erradicar la moda de esconder cualquier signo de vejez con mensajes anti-edad que inundan los medios de comunicación, la publicidad, las redes sociales y que, al final, contribuyen al rechazo generalizado a las personas mayores y a su aislamiento.

## 8.7. Inclusión social y mejorar el bienestar de los grupos de personas mayores en mayor desventaja y/o situación de vulnerabilidad

A continuación, presentamos recomendaciones para la adopción de políticas y medidas que permitan incrementar el bienestar y luchar contra la exclusión social de las personas mayores que viven en distintas situaciones de vulnerabilidad social.

### 8.7.1. Las personas en riesgo de pobreza y exclusión social

#### 8.7.1.1. Enfoque de derechos:

- Dignidad y derechos básicos como primer paso para su participación, pues participar supone reconocerse a uno mismo en un entorno, y con ello, responsabilizarse de las propias necesidades. Desde ahí, la persona puede expresar su necesidad y conseguir apoyo.
- La dignidad y los derechos son previos, pero también la interlocución sincera. Dirigirse a un colectivo para no atenderle es ir contra su dignidad.
- Esto es válido para todos los colectivos. Yo no conozco sus necesidades, pero creo que pueden expresarlas, en un entorno adecuado.

#### 8.7.1.2. Garantía de ingresos:

- Garantizar ingresos suficientes y condiciones de vida dignas con el foco puesto en luchar contra el edadismo y los estereotipos que rodean a las personas mayores.
- Pensiones dignas, incluyendo las no contributivas, por encima del umbral de la pobreza por composición del hogar.
- Contratación de personas mayores, en riesgo de exclusión del mercado del trabajo, potenciando y mejorando el mundo laboral.
- La garantía de unos recursos mínimos que le permitan ser autónomos.
- Debe existir un Ingreso Mínimo Vital para las personas que alcancen la edad de jubilación, complementando la pensión si esta no alcanza ese nivel mínimo.

#### 8.7.1.3. Acceso a servicios y participación:

- Modelo público universal.

- Consolidar el acceso a la vivienda y el acceso a los servicios básicos como fundamentos de la política social.
- Asistencia social de proximidad. Redes físicas cercanas, apoyo, participación.
- Trabajar con las personas en la búsqueda, desde la participación, del proceso de inclusión en una sociedad inclusiva.
- Desarrollar el enfoque del talento y las habilidades que las personas mayores pueden aportar, es evidente que todos/as debemos co-crear la sociedad del futuro.
- Servicios de cuidado y atención a necesidades sociales básicas (alimentación, salud y apoyo voluntario, alternativas habitacionales)
- Potenciación de servicios sociales.

#### 8.7.1.4. **Enfoque integral:**

- Garantizar un ingreso de subsistencia. Más y mejor coordinación de los servicios públicos y otros recursos comunitarios para detectar y responder a las diferentes necesidades de personas especialmente vulnerables. Reducir la brecha digital facilitando el acceso a nuevas tecnologías (instalación, financiación y capacitación) para aumentar las oportunidades de desarrollo personal, ocio y socialización.
- Son muchos los factores que entran en juego a la hora de hablar de personas en riesgo de pobreza y exclusión social o del riesgo de que una persona entre en este colectivo (desempleo, precariedad laboral, analfabetismo, aislamiento social, pobreza energética, infravivienda...), por lo que cualquier estrategia que se diseñe y que ponga el foco de actuación en este colectivo debe tener en cuenta esta pluralidad de factores.

### 8.7.2. Las personas con discapacidad y/o enfermedad crónica

#### 8.7.2.1. **Enfoque de derechos:**

- Devolver la dignidad y las capacidades retenidas, trabajando con ellos/as en su proceso de inclusión, empoderarlos/as y dotar de derechos.

#### 8.7.2.2. **Servicios de calidad centrados en la persona:**

- Flexibilidad y apoyo a modelo de cuidado familiar.
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de proximidad que garanticen la participación.

- Atención Integral Centrada en la Persona, accesibilidad, participación, empoderamiento, apoyos.
- Cuidados de calidad y proximidad.
- Ofrecer a las familias servicios de ayuda a domicilio de calidad, apoyo de centros de día y unidades de respiro familiar, vivienda tutelada, las propuestas.
- La adaptación de los servicios y recursos a los perfiles de las personas.

#### 8.7.2.3. **Accesibilidad:**

- Ofrecer accesibilidad y servicios de apoyo adaptados a sus necesidades y características.
- Políticas de accesibilidad en la vivienda. Un proyecto destacado: ‘La casa nos enferma’.
- Transversalidad: en cualquier política o servicio a desarrollar, incluir un análisis de impacto en este colectivo, haciendo especial hincapié en aspectos tales como medios para garantizar la participación de las personas con discapacidad en igual de condiciones que el resto de la población, la accesibilidad de los recursos y garantizar su plena autonomía en su concepción más amplia.

#### 8.7.2.4. **Lucha contra la soledad, inclusión:**

- Políticas de acompañamiento para luchar contra la soledad no deseada y el envejecimiento activo.
- Acercamiento de los servicios de dependencia al ciudadano, a ser posible, sin desarraigarle de su entorno.
- Proyectos innovadores de cohousing como medidas preventivas del aislamiento y soledad no deseada.

#### 8.7.2.5. **Enfoque integral:**

- Proporcionar los apoyos y cuidados necesarios para que disfruten de una vida social activa y de actividades significativas, como el resto de la población. Aumentar y mejorar la atención domiciliaria y la coordinación de recursos. Facilitar que sigan viviendo en sus hogares, haciéndolos accesibles y fomentando que sigan conectadas a su entorno conocido. Aplicar el concepto “amigabilidad con las personas mayores” al desarrollo urbanístico.

### 8.7.3. La población mayor de origen inmigrante

#### 8.7.3.1. Acceso a derechos, inclusión:

- Si bien es cierto que las personas que migran normalmente son personas jóvenes en edad de trabajar, no obstante, hay que tener muy en cuenta que muchos de aquellas que se quedan en el país acaban siendo parte de la población mayor.
- Hay muchos refugiados mayores y personas que vinieron a España en la época del boom del ladrillo que ahora se ven desamparados y en las colas del hambre. Una situación que se ha agravado con la COVID-19.
- Acceso a prestaciones sociales mínimas (vivienda, residencia, acceso a rentas, servicios sociales comunitarios).
- Ante el desconocimiento de recursos, servicios o derechos, las campañas informativas y de difusión efectivas son de vital importancia.
- Facilitar el acceso a la nacionalidad.

#### 8.7.3.2. Interculturalidad

- Formación, empleo, respeto a su cultura, Valoración de su aportación a nuestra sociedad.
- Comprender las razones que llevan a cambiar de vida, participar con ellos en su inclusión social.
- Políticas que fomenten la integración.
- Concienciación y sensibilización a toda la ciudadanía del derecho de las personas a manifestar su diversidad.

#### 8.7.3.3. Enfoque integral:

- Facilitar el acceso a los recursos existentes (como centros de mayores, centros de día, centros de salud comunitaria, centros de igualdad...) y a herramientas de inclusión comunitaria (como proyectos de voluntariado y redes de apoyo vecinal). Apoyo específico para superar posibles barreras socioculturales. Integrar acciones específicas contra la doble discriminación que puedan sufrir (racismo y edadismo).

## 8.7.4. Las personas mayores LGTBI<sup>92</sup>

### 8.7.4.1. Enfoque de derechos, inclusión:

- Apoyar la igualdad desde enfoque de derechos y atención especializada, dentro de una sociedad diversa.
- Servicios Sociales comunitarios.
- Crear espacios propios en los que puedan hablar con libertad, sobre todo en el caso de las personas mayores que suelen volver al armario al llegar a una cierta edad. Una iniciativa interesante es la del proyecto de residencias LGTBI de la Fundación 26 de diciembre.

### 8.7.4.2. Lucha contra la discriminación, igualdad:

- Reconocimiento de su dignidad, aceptación, participación.
- Garantizar su derecho a la igualdad y no discriminación. Normalizar la diversidad sexual en el envejecimiento, sensibilizando a toda la sociedad y en el entorno de la persona (vecindario, centros de día, residencias, etc.) y creando espacios seguros de inclusión.
- Políticas de no discriminación.
- Visibilidad y tolerancia a la diversidad.
- Crear espacios propios en los que puedan hablar con libertad, sobre todo en el caso de las personas mayores que suelen volver al armario al llegar a una cierta edad.
- Existen prejuicios por parte de profesionales, familias, entorno... hacia la expresión sexual de las personas mayores y/o con discapacidad, especialmente en el caso de las personas LGTBI, que pueden derivar hacia un rechazo de las personas por su orientación y/o identidad sexual. Un ejemplo paradigmático de estas situaciones lo expresan las propias personas del colectivo cuando afirman cómo, tras varios años de lucha por “salir del armario”, es frecuente que, en el momento actual, cuando una persona mayor ingresa en una residencia, vuelve a “entrar en el armario” por el miedo al rechazo tanto de profesionales como del resto de personas residentes. Por ello es importante la sensibilización, capacitación y preparación para abordar temas y conductas relacionadas con la sexualidad en toda su extensión.

<sup>92</sup> Aunque no hay información al respecto por el momento, también es importante visibilizar la situación de las personas mayores pertenecientes al colectivo LGTBI, con trayectorias vitales plagadas de situaciones conflictivas, quienes se enfrentan sistemáticamente a la falta de reconocimiento de esta diversidad, especialmente por parte de los recursos residenciales de larga duración del ámbito público.

#### 8.7.4.3. Enfoque integral:

- Políticas de empleo, igualdad de género, cohesión territorial a través de una mejor conexión de los territorios con servicios públicos, transporte eficaz, redes energéticas fiables y conexión a Internet de banda ancha en todo el territorio.

### 8.7.5. Las personas que viven en zonas rurales aisladas

#### 8.7.5.1. Valores e igualdad:

- Recuperar sus valores, dotar de medios y recursos.
- Las soluciones que van dirigidas al apoyo en la comunidad deben ser accesibles en todo el territorio.
- Enfoque del colectivo como generadores de empleo y consumidores.

#### 8.7.5.2. Acceso a derechos y servicios adaptados:

- Cuidados itinerantes.
- Comunicación (TIC), comercialización de sus productos, formación en uso de las TIC, Intercomunicación con otras personas en otras zonas rurales aisladas...
- Programas específicos de acompañamiento y socialización adaptados a la realidad rural. Dotar a las zonas rurales de recursos accesibles: teléfono, internet, etc. y mantener servicios esenciales.
- Mejorar las telecomunicaciones y el acceso a servicios básicos de cercanía.
- Acercamiento de servicios a estas personas sin necesidad de que abandonen su entorno.
- Transporte público y a demanda.
- Garantizar acceso a la salud, a la movilidad, la conectividad y alfabetización digital, servicios de atención domiciliaria.
- Uno de los principales problemas a los que se deben enfrentar las personas que viven en zonas rurales aisladas es la falta de servicios esenciales por considerarse que los mismos no son económicamente beneficiosos. Con ello se está limitando el acceso de las personas a los servicios, especialmente de las personas mayores, las personas con discapacidad y de quienes no tienen recursos privados para desplazarse hacia donde se prestan los servicios. Un ejemplo de ello es la vacunación contra la COVID-19 de ciertas poblaciones, que se está gestionando y ejecutando desde núcleos más grandes, obligando a las personas que viven en nú-

cleos más reducidos (normalmente más envejecidos y con menos recursos) a desplazarse, cuando en muchas ocasiones no tienen medios para hacerlo. Por ello, se ha de insistir en la necesidad de que los servicios se presten en estas zonas, dejando de lado criterios de coste-eficiencia.

### 8.7.6. Enfoque transversal de género<sup>93</sup>

#### 8.7.6.1. Incorporar enfoques de género adaptados a las personas mayores ya que las mujeres son las que más sufren la brecha de las pensiones, pobrezas como la energética y de vivienda, con más riesgo de exclusión social.

- Inclusión transversal y explícita del enfoque de género en cada uno de los modelos de cuidados.
- Cualquier sistema de atención debería incluir un análisis de impacto de género de los servicios y acciones a desarrollar. Dicho análisis no solo debe señalar el impacto en sí de las medidas, sino también los aspectos que se han de tener en cuenta a la hora de ponerlas en funcionamiento de manera que se atienda a las necesidades y particularidades específica en cuestión de género. Así mismo, la personalización de los servicios es una clave fundamental de cara a cubrir las necesidades concretas de las personas, y en dicha personalización debe incluirse el enfoque de género.

#### 8.7.6.2. Envejecimiento y atención médica de las mujeres.

- Inversiones en la investigación. Hasta la fecha se conocen más las enfermedades vinculadas al género masculino que las vinculadas al género femenino. Esta podría ser una primera acción para acercarse a las necesidades diversas de la población.

#### 8.7.6.3. Reparto equitativo de los cuidados.

- Las mujeres han sido, y siguen siendo las principales suministradoras de apoyos al resto de las personas de su entorno cercano (niños, pareja y personas mayores), al tener una esperanza de vida mayor que los hombres son las que reciben mayores servicios institucionales.
- Corregir el desequilibrio en los cuidados, que recaen sobre las mujeres, a menudo sin reconocer como profesionales, lo que acarrea peores pensiones cuando se jubilan, más problemas de salud, menos oportunidades de socialización y más soledad en su envejecimiento, etc.

<sup>93</sup> En este estudio, hemos explicado un conjunto de factores que afectan de manera desigual a mujeres y hombres mayores. Por lo tanto, todas las propuestas y recomendaciones deben incluir la perspectiva de género para diseñar estrategias para afrontar estas diferentes vulnerabilidades. Dentro de este enfoque de género, hay que tener en cuenta la desigualdad interseccional que afecta a las mujeres, relacionadas con su nivel de ingresos, nivel educativo, origen étnico y nacionalidad, orientación sexual, lugar de residencia, nivel de salud y discapacidad, entre otros.

- Los cuidados están claramente feminizados y precarizados, por lo que solo habría que estudiar la situación de las mujeres que trabajan en atención sociosanitaria y residencial para crear políticas adaptadas a ellas.
- Elaborar planes concretos que contemplen las diferencias y la brecha desde en un análisis de la situación y que se establezcan medidas concretas que se puedan evaluar.

#### 8.7.6.4. Lucha contra la discriminación y formación en género

- Cogestión, campañas de sensibilización, participación.
- Formación del personal en diversidad sexual y de género.
- Trabajar con las personas residentes en un proyecto de futuro igualitario.
- Poner el foco en las personas y no en los estereotipos. Modificación de normas.
- Formación en perspectiva de género para los equipos profesionales de los centros, incluyendo también módulos sobre violencia hacia las mujeres mayores para detectar posibles situaciones de maltrato, no solo en residencias sino en personas que acuden a centros de día o a centros de servicios sociales y de salud.
- Desarrollo de acciones concretas de sensibilización con las personas usuarias de los centros, profesionales, familiares, población en general.
- Lenguaje inclusivo.

#### 8.7.6.5. Lucha contra la discriminación en el empleo (mujeres cuidadoras)

- A nivel laboral, dignificar los salarios del personal sociosanitario de atención más directa, tanto en residencias como en atención domiciliaria. Estos empleos, ocupados por mujeres en su mayoría, siempre son menos valorados social y económicamente. Y para cambiar el sistema, hay que intervenir en todas sus esferas.
- Superar la feminización de las trabajadoras del sector sociosanitario para atraer a más hombres al sector profesional de los cuidados.
- Dignificar y mejorar con mejores salarios y condiciones de trabajo a los profesionales sociosanitarios.
- Ofrecer apoyos profesionales en los casos de que la persona cuidadora en las familias sea mujer mayor de 65 y más años.

#### 8.7.6.6. Valores, liderazgo

- Diseñar y tener en cuenta en las intervenciones la historia de vida de las mujeres.
- Dotar de importancia las experiencias vitales de las mujeres que tengan que ver con el cuidado/ sostenimiento de la vida.
- Fomentar el liderazgo de mujeres mayores, tanto por su aportación en entornos cotidianos, cuidados... como en una esfera más social (escritoras, científicas, artistas, etc.)
- Cambiando la mirada para incluir la perspectiva, las demandas y las soluciones que aportan las mujeres, tanto en el diseño, como en la planificación de actuaciones, y en la evaluación de estas.
- Debemos de saber que las diferencias biológicas y los roles de género de las mujeres y de los hombres hacen que cada uno tenga necesidades distintas, así como dificultades y fortalezas que se deben tener en cuenta a la hora de establecer los programas sociosanitarios y residenciales.

## 8.8. Las residencias y los cuidados de larga duración con equidad y calidad

En este estudio, se ha visto claramente la urgencia de superar el enfoque basado en el prejuicio hacia el grupo de la población formado por las personas mayores.

Tal y como se ha expuesto en el apartado del enfoque del IMSERSO, a la hora de planificar y gestionar las residencias, **se debería poner el acento en otra orientación, centrada en la persona, única e irrepetible**. Ello supone reconocer y hacer evidente que las personas mayores son como grupo, y sobre todo una a una, portadoras de un gran valor y dignidad.

Por tanto, si se pretende acertar en la gestión de las residencias, superando modelos que han resultado poco ejemplares durante la pandemia, sería conveniente **afianzar protocolos que analizaran las necesidades y limitaciones del nuevo residente, pero también sus capacidades y motivaciones para que la estancia en su nuevo hogar sea lo más grata posible**. Una intervención individualizada, tal como ocurre ya en el cuidado sanitario por el que cada paciente recibe diferente tratamiento, medicación y dosis y si es necesario un régimen alimenticio adecuado para sus dolencias. Se debería evolucionar hacia una intervención social que implique actuaciones orientadas a la mejora en la calidad de vida y a una vejez saludable, que interactúe con el sistema sanitario, y se aleje de un cuidado limitado a la mera subsistencia. Para esa planificación será necesario contar con profesionales que trabajen en equipos multidisciplinares.

A continuación, se ofrecen algunos aspectos a tener en cuenta en una planificación estratégica más individualizada.

En primer lugar, es necesario **atender a la heterogeneidad de las personas mayores que ingresan en una Residencia y a sus diferentes perfiles**. La diferenciación es un buen antídoto que se opone a las creencias y estereotipos que tienden a uniformar de una forma negativa a las personas de un determinado grupo, en este caso por razón de edad, incluyéndolas en el inconsciente colectivo como un sector de la población frágil, dependiente 'no apto'.

Señalamos algunos aspectos diferenciadores:

- › **Diferencias por tramos de edad:** la ancianidad es diferente por tramos de edad; para la mayoría no es igual estar en la década de los 70, que haber cumplido más de 90 años. Es un concepto, además, dinámico: las condiciones de una persona de 65 años de hace medio siglo y en la actualidad son radicalmente distintas.
- › **Diferencias por procedencia profesional:** el paso a la jubilación implica la salida de la persona del ejercicio de los roles profesionales y un reajuste de la identidad personal en su entorno colectivo. Las residencias reciben individuos que han abandonado el último reducto social en el que era evidente su identidad: el ámbito familiar. Las residencias son las receptoras de la última identidad de los individuos y han de establecer condiciones para que esa identidad no se sienta anulada. Profesionales de diversa procedencia, autónomos, trabajadores, agricultores, comerciantes, urbanitas y rurales pueden conformar un ambiente saludable en el que se sientan atendidos/as y aceptados/as en sus diferentes idiosincrasias.
- › **Diferencias por aficiones:** sería necesario no romper con aquello que ha sido significativo en la vida de la persona residente: el deporte, la cultura, la naturaleza. Ello no significa que las residencias hayan de programar la satisfacción de las aficiones personales, sino que han de reconocer aquí un criterio contra la colectivización indiscriminada de las actividades de ocio y aprovechar los recursos comunitarios.
- › **Diferencias en el estado de salud:** la enfermedad y la discapacidad son el mayor factor discriminatorio en las residencias de 'tercera edad'. La calidad irrenunciable en la atención sanitaria contribuye a mitigar este factor común discriminatorio y, una adecuada gestión de los cuidados personales debe tender a invisibilizar el impacto en la convivencia diaria.

Esta adaptación personalizada se debería entender desde un denominador común: mantener la misma calidad en la intervención y la intercomunicación entre grupos, respetando la flexibilidad en las relaciones.



Las residencias deberían hacer un esfuerzo para dar respuesta, dentro de lo razonable, a las diferentes individualidades.

En segundo lugar, nadie debería ir a una residencia de manera obligada. La familia, si la hubiere, junto con los servicios municipales o sociales, deberán mediar para buscar otras soluciones. **Cada persona tiene derecho a elegir dónde quiere vivir.** Las familias deben respetar el principio del libre albedrío. Nadie, ni siquiera los familiares más cercanos, puede sustituir las decisiones personales.

En tercer lugar, **en el caso de que vivir en una residencia** sea la opción elegida consciente y libremente por la persona mayor, **se deberían contemplar una serie de aspectos:**

1. Se debe optar por un tamaño adecuado del centro residencial que facilitará los cuidados y las relaciones. Ha de prevalecer la confortabilidad.
2. Es deseable que la residencia que va a sustituir al hogar esté ubicada en un entorno conocido para la nueva persona moradora, donde no se sienta extraña, ajena al paisaje, al clima, las fiestas locales, a la cultura culinaria. Un lugar donde pueda mantener contactos familiares y de amistad.
3. Deben ampliarse las especialidades profesionales del personal que presta sus servicios en las residencias.
4. Cuando el estado de las personas residentes lo permitan, la residencia debe propiciar el contacto con el barrio, el pueblo, y fomentar el voluntariado.
5. Debe estar situada en un espacio físico donde se respete, en la manera de lo posible, intereses y aficiones de diferente nivel (paseos, leer el periódico...). Para ello es necesario pensar no sólo en residencias como lugar para sobrevivir sino como lugar para vivir con los equipamientos que sean necesarios
6. La planificación residencial debe tener en cuenta las posibles necesidades culturales, espirituales, de manera que no se vean coartadas la libertad y aspiraciones del residente en esa etapa de la vida.
7. Se debe mantener la capacidad de decisión de la persona residente respecto a aquellas cuestiones que le atañen directamente. En caso necesario, se le debe facilitar el acceso a la justicia en defensa de sus derechos.
8. La persona residente debe tener la capacidad de disponer de su dinero para gastos personales, así como acceso a sus recursos económicos si dispusiera de ellos. No debe ver menguado ninguno de sus derechos y atribuciones como persona, siendo el respeto la tónica general del trato.
9. Debe disponer de toda la ayuda técnicas disponibles al servicio de personas con discapacidad o dependientes.
10. Se debe procurar dar apoyo psicológico cuando lo demande o cuando sea necesario.
11. Ha de reconocerse la capacidad propositiva a las personas residentes y prestar atención a sus demandas. Las personas residentes conservan en muchos casos intactas habilidades, destrezas y experiencias que pueden ser aprovechadas para la buena marcha de la residencia. La participación en el ámbito donde transcurre su vida no debe ser frenada en aras de la burocracia o de una gestión residencial inmovilista. En todo caso hay que evitar los enfoques paternalistas que infantilizan.
12. Facilitar el uso de las TIC y del teléfono móvil. Nuestros niños disponen de teléfono móvil a los 12 años -o antes- ¿por qué se le impide el uso al residente en alguno de estos centros, si tienen aún habilidades para usarlos?

13. Disponer del espacio suficiente y de intimidad donde conservar objetos y recuerdos personales: la residencia no es un lugar de espera sino un lugar de vivencias.
14. Facilitar contactos intergeneracionales.
15. El régimen interno debe incluir protocolos contra el maltrato de todo tipo tanto de orden psicológico, como moral, físico y verbal.
16. Es necesario que los procesos de la política de calidad incluyan la evaluación de Organización y Servicios en la que tengan voz las propias personas residentes.

*James Vaupel* (Nueva York, 1945), experto en demografía y envejecimiento, fundador y director del Instituto Max Planck- Institute for Demographic Research (Alemania) sostiene que el envejecimiento saludable depende un 25% de la herencia biológica y un 75% del medioambiente. Este 75% incluye el comportamiento personal a lo largo de la vida, entre otras cuestiones, haber mantenido hábitos saludables. Sin duda, el entorno donde se vive es sumamente importante, por lo cual es fundamental garantizar el bienestar y la salud integral a aquellas personas mayores que vivan en las residencias.

## 8.9. Recomendaciones

A continuación, planteamos las principales conclusiones y recomendaciones surgidas de los debates mantenidos en los distintos foros participativos que han nutrido este estudio, además de aquellas propuestas que surgen del análisis precedente.

### 8.9.1. Incluir los derechos de las personas mayores en el centro del debate político

- Todas las personas mayores deben contar con ingresos suficientes que les sitúen por encima del umbral de la pobreza y una vivienda o situación residencial adecuada.
- Para garantizar que todas las personas, incluidas aquellas en situación de pobreza, puedan acceder a recursos básicos y preventivos y que favorezcan una condición de vida digna, las administraciones públicas en su totalidad deben incluir estas cuestiones en el centro de los debates políticos y la realización de las políticas sociales.
- Las entidades sociales tienen una labor muy importante de incidencia e interlocución con las administraciones públicas para que hagan efectivas estas medidas y enfoque a derechos.

### 8.9.2. Revisar y mejorar el sistema de atención sociosanitario

- La experiencia de la pandemia debe generar una profunda revisión del sistema de atención sociosanitario y de dependencia que afecta a las personas mayores, desde el respeto de sus derechos humanos.
- Se debe aumentar la inversión económica en dependencia y cuidados de larga duración a la media europea. El plan de choque para la atención de la dependencia (anunciado por el Gobierno) no va a alcanzar para atender a las necesidades y los déficits actuales, aún cuanto menos para desarrollar un mercado alternativo.
- Se necesitan cambios legislativos, repensar las leyes que ya existen porque la sociedad ha cambiado, contando con las personas mayores y las entidades del Tercer Sector de Acción Social en todos los comités consultivos. Desarrollar la Ley de la Persona Mayor. Se debe contar con las personas y mejorar la gobernanza.
- Hay que profesionalizar y formar a las personas cuidadoras, casi 300.000 empleos. Pero el sector laboral está afectado a la baja, se han rebajado los estándares para bajar costes y ganar las licitaciones.
- Es necesario destinar una mayor inversión social, tiempo, recursos económicos y sociales para que este sistema sea verdaderamente integral y esté centrado en la persona.

- Es necesario considerar estas acciones como inversión y no como gasto.
- Se debe revisar la ley 16/2003, particularmente el Artículo 8 bis. Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos comunes “de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”.
- Se debe evaluar la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato 2018-2021.
- Se debe desarrollar y apostar por modelos alternativos de comunidades de auto-cuidados (co-housing senior y otras prácticas que se señalan en el punto siguiente) para ampliar las opciones existentes.
- Es conveniente introducir el ‘Proyecto de Vida’ (Yaguas) como vertebrador de los apoyos y la participación social significativa como objetivo.
- Es fundamental mejorar la atención a domicilio, las alternativas residenciales y la lucha contra la soledad no deseada. Se deben consolidar servicios de calidad y asequibles en el propio domicilio para las personas en situación de dependencia.
- El ámbito territorial es un contexto que debe ser considerado en la posibilidad de una oferta local de la cartera de servicios, adaptada a las características y condiciones del entorno.
- Se debe fomentar la colaboración público-privada para ampliar las opciones disponibles.
- Hay que propiciar el envejecimiento activo y la participación en políticas que les atañen.
- Se debe reforzar la sanidad pública. Las personas mayores tienen necesidades, con derechos y deberes. Son un grupo heterogéneo, no hay uniformidad. La igualdad forzada por el edadismo infantiliza y predispone a la discriminación.

### 8.9.3. Revisar en profundidad la situación y condiciones de las residencias actuales

- Es importante hacer una reflexión sobre las experiencias y desafíos que se abren en el futuro a corto y medio plazo. El modelo de atención y de cuidados de larga duración ha entrado en cuestionamiento.
- Toda adversidad como la pandemia nos puede inducir a introducir cambios de mejora. En el caso de las residencias, sería pasar de un concepto puramente empresarial de las mismas (forma de ganar dinero, aunque legítimo) a una forma de atender a las personas mayores de forma personalizada.

- El cambio de modelo consistiría en pasar del modelo asistencial predominante, con clara orientación a la eficiencia económica y sin considerar otros factores, a implementar un modelo centrado en la persona, priorizando sus necesidades. En este modelo, la persona residente debe estar en un marco que le permita poder encontrar sentido y significado a su vida en ese momento.
- Son necesarios cambios de la estructura física: habría que pasar de las macro-residencias, que masifican al usuario, al modelo danés convirtiendo a las residencias en pequeños núcleos de convivencia parecidos a los de una vivienda. Se personalizaría más la asistencia y se evitarían los riesgos de la institucionalización. Las residencias deberían estar conectadas de forma real con la comunidad y no constituir un lugar ajeno y extraño. Se debe mejorar la situación contractual de sus trabajadores, su capacitación y formación, además de introducir una evaluación continua de la satisfacción por parte de los clientes residentes, para conseguir una atención más humanizadora y eficiente. Todas las denuncias sobre abusos o maltratos deberían ser abordadas con la máxima diligencia y con aviso a las autoridades policiales, para evitar y prevenir este tipo de conductas aberrantes.
- Potenciar otros dispositivos asistenciales como la ayuda a domicilio, donde cada persona pueda seguir viviendo en su entorno: barrio, vecinos y familiares.

#### 8.9.4. **Garantizar la equidad y la calidad de la atención integral en las Comunidades Autónomas.**

- El reto está en modernizar los cuidados de larga duración y cómo se hará para que el proceso natural de envejecimiento sea saludable. En este punto, debería entrar en juego el fondo de compensación y de solidaridad entre comunidades autónomas.
- Se debe reivindicar una mayor igualdad entre las rentas que permita un bienestar en todos los territorios.
- Se deben gestionar positivamente las incompatibilidades.
- Se deben incorporar la atención integral a la salud mental y la salud odontológica a la cartera de servicios.
- En función de la territorialización de los servicios sociosanitarios, se recomienda un sondeo de las necesidades de las personas mayores y con discapacidad en cada población para orientar la oferta de productos y los servicios.

#### 8.9.5. **Implantar administraciones accesibles y ágiles**

- Es necesario que las administraciones realicen un diagnóstico para conocer el entorno y a las personas que necesitan estas ayudas, para ello sería fundamental crear un censo local y un catálogo de ofertas de servicios y

atención integral de la que puedan disponer las personas mayores. En este sentido es necesario hacer la administración accesible, en las que se agilice la burocracia y los trámites de acceso a estas prestaciones y servicios.

#### 8.9.6. Innovación, lucha contra la discriminación e inclusión social en el ámbito comunitario

- Para luchar contra la discriminación, es necesario realizar un cambio de valores, incrementar la educación intergeneracional y romper con estereotipos. Se deberá trabajar con los medios de comunicación y las redes sociales sobre una imagen de persona mayor que no sea pasiva, sino una persona con derechos e iniciativa propia.
- Ante la invisibilización de las personas mayores, su discriminación o “edadismo” y su soledad involuntaria, es necesario fomentar la solidaridad intergeneracional, el enfoque comunitario y redes de ciudades o pueblos “amigables” con las personas mayores.
- Es necesario generar espacios de interacción donde las personas mayores tengan voz y sean escuchadas.
- Se debe poner especial atención en las mujeres mayores, quienes sufren una doble discriminación por edad y por género, muchas de ellas con otros factores interseccionales de desigualdad.
- Como forma de mejorar la comunicación e inclusión social, es necesario combatir la brecha digital que afecta a este grupo de la población y, en particular, a las personas en situación de dependencia. En un sentido amplio, es necesario promover el “aprendizaje a lo largo del ciclo vital”, como se realiza en muchos países de la UE, para evitar la exclusión debida a la falta de conocimientos.
- Revisar los procesos de acompañamiento social en el duelo, la muerte y la gestión de los cuidados paliativos.

#### 8.9.7. Incrementar la participación social de las personas mayores

- Hay 3 líneas básicas que permiten la participación de las personas mayores en la construcción de la sociedad:
  - La primera es **la información**. Como entidad tenemos la responsabilidad de mejorar la transparencia y la gestión de la comunicación para que todas las personas y entidades nos alineemos y tomemos conciencia de que hace falta acción y participación.
  - La segunda es **la capacitación** para tener la confianza de poder participar y aportar, así que formaciones y actividades de ocio, de cuidado, de atención, de desarrollo.

- La tercera es **estar acompañados/as**, hay que favorecer alianzas y generara comunidades entre pares e intergeneracionales para que los esfuerzos sumen, y finalmente para que las personas participen necesitamos de proyectos que funcionen como canales y puentes para la acción.
- Impulsar proyectos de participación ciudadana como el **voluntariado intergeneracional y de acompañamiento afectivo**, que favorece la autonomía, inclusión y desarrollo personal y social de las personas mayores a la vez que reporta beneficios a los voluntarios/as.
- Facilitar las relaciones sociales de proximidad, recuperando los **lazos vecinales en los barrios**
- Sensibilizar a la población **empoderando a las personas mayores como activos** que siguen teniendo mucho que aportar, forzando un cambio en su actual imagen estereotipada.

#### 8.9.8. Combatir la brecha digital

- Ante una administración pública crecientemente digitalizada, incluyendo la atención sanitaria, más el crecimiento de la banca y el mercado de compra de bienes y servicios online, es necesario abordar la brecha digital y eliminar el edadismo relacionado con la Tecnología.
- Abordar la discriminación por edad relacionada con la tecnología digital mediante la sensibilización y la formación.
- Apuntar a una asociación de las personas mayores con el proceso de diseño e investigación.
- Empoderar a las personas mayores para que accedan y utilicen la tecnología digital.
- Fomentar la inclusión de las personas mayores en contextos de políticas relacionados con la tecnología digital.<sup>94</sup>

94 Euroageism, Loc. Cit. Edadismo y Tecnología. El marco del Programa "EuroAgeism" de la UE incluye propuestas y cuatro mensajes clave:

1. La discriminación por edad es una barrera clave que afecta el diseño, la adopción y el uso de la tecnología digital.
2. La discriminación por edad en el contexto de la tecnología digital se produce a nivel macro (diseño y políticas), meso (entorno social y organizativo) y micro (individual). Estos tres niveles también interactúan e influyen entre sí.
3. Es necesario un cambio de paradigma en la comprensión de qué tecnologías digitales quieren y necesitan las #personasmayores; su capacidad para utilizar la tecnología digital; y cómo las personas mayores están incluidas y tienen "voz" en el proceso de diseño de la tecnología digital y las políticas relacionadas.
4. Para mejorar la alfabetización digital y aumentar el uso de tecnología digital entre personas mayores es fundamental eliminar estereotipos, prejuicios y #edadismo, en lugar de asumir el envejecimiento como una barrera para el uso y adopción de tecnología digital.

## 9. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS Y EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Las Entidades del Tercer Sector son grandes impulsoras de la defensa de los derechos de las personas mayores; muchas de ellas promueven e impulsan la colaboración voluntaria y su inclusión activa en la sociedad. Llevan a cabo programas y proyectos, algunos de ellos innovadores y, en ocasiones, en colaboración con las administraciones públicas que ofrecen alternativas a los modelos convencionales y que brindan soluciones para superar las barreras y estigmas sociales.

Es por esto por lo que, en este apartado, se describen aquellas prácticas alternativas y experiencias innovadoras dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a reducir las situaciones de exclusión social, incluyendo (aunque no necesariamente) el impacto de la pandemia.

El objetivo de este capítulo es ofrecer información significativa basada en el análisis de casos, con el fin promover la transferencia de conocimiento y producir ideas que sirvan de referencia para otros posibles programas o proyectos.

La metodología ha tenido en cuenta una serie de criterios de selección:

- **Innovación:** entendida como elementos diferenciales de las prácticas convencionales.
- **Eficacia:** en el sentido que se exponen los logros alcanzados.
- **Transferibilidad:** son prácticas que tienen el potencial de ser implementadas ya sea de forma integral o parcial tomando en consideración los elementos más relevantes.

Los principales elementos inspiradores que podemos encontrar son:

- › Creación de entornos y servicios que promuevan el envejecimiento activo y saludable.
- › Soluciones para fomentar la vida independiente.
- › Programas intergeneracionales que luchen, por ejemplo, contra la soledad no deseada o fomenten la cohesión social.
- › Fomento de otros modelos residenciales como prácticas alternativas a la institucionalización.
- › Colaboración con las administraciones públicas.
- › Atender a grupos específicos como las personas mayores LGTBI.
- › Impulsar iniciativas en el ámbito comunitario de I+D+i en la atención sociosanitaria para personas mayores dependientes o con enfermedades crónicas.



## 9.1. Mesa Estatal por la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas Mayores

### 9.1.1. Objetivo

La misión de la Mesa Estatal es defender los derechos de las personas mayores frente a abusos o violencia, luchar contra la discriminación por edad, hacer visible a este colectivo en el actual sistema de protección de derechos humanos, destacar sus contribuciones positivas que realiza a sus familias y a la sociedad en general.

### 9.1.2. Descripción

Es una experiencia de incidencia política importante dirigida por las propias personas mayores que está encarnada en la Mesa Estatal por la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas Mayores.

Se creó en Madrid en octubre de 2013 y se presentó oficialmente el día 20 de febrero de 2014, coincidiendo con el Día Internacional de la Justicia Social.

Está constituida por las principales entidades del tercer sector relacionadas con la defensa de los derechos humanos y la acción social, con especial atención a las personas mayores. La Mesa se une al movimiento existente en 57 países para demandar una Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas Mayores.

En la consecución del objetivo de defender los derechos de las personas mayores, la Mesa apoya firmemente la elaboración, la adopción, la ratificación y la implementación de una Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas Mayores que proporcionaría un marco legal más claro y ayudaría a los gobiernos, al sector privado, a la sociedad civil y a otros sectores en la toma de decisiones dirigidas de forma positiva a la población más envejecida, a la eliminación de la discriminación por edad, a una mejor protección de los derechos de las mujeres y los hombres mayores, y el respeto de su dignidad.

### 9.1.3. Logros

- Sensibilización acerca de los derechos de las personas mayores entre las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad en general.
- Incidencia política e interlocución con el Gobierno de España.

## 9.2. Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores

Mapa 2: Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores

### 9.2.1. Objetivo

La “Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores” es un proyecto promovido por destinado a crear entornos y servicios que promuevan y faciliten un envejecimiento activo y saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dirige este proyecto a todos los ayuntamientos interesados en promover el envejecimiento activo, mejorando sus entornos y servicios e incorporando esta perspectiva en la planificación municipal.<sup>95</sup> El proyecto se basa en la premisa de que una ciudad amigable con las personas mayores promueve el envejecimiento activo. El envejecimiento activo es “el proceso de optimización de oportunidades para salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS).

### 9.2.2. Descripción

Una ciudad amigable con las personas de mayor edad:

- reconoce la gran diversidad entre las personas mayores
- promueve su inclusión y contribución en todos los ámbitos de la vida comunitaria
- respeta sus decisiones y elecciones de estilo de vida, y
- anticipa y responde con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento.

En una comunidad amigable con las personas mayores existe una cultura de inclusión, compartida por personas de todas las edades y capacidades. Políticas, servicios y estructuras relativas al entorno físico y social se diseñan para apoyar y permitir que las personas mayores “envejecan activamente”, es decir, **que vivan con seguridad, disfruten de buena salud y continúen participando plenamente en la sociedad.** Numerosas ciudades y pueblos de distintos países se han unido ya a esta Red, como se aprecia en el Mapa siguiente.

<sup>95</sup> La investigación propuesta en el Protocolo de Vancouver ofrece un diagnóstico que sirve para elaborar un Plan de Acción y unos indicadores que permitan evaluar el impacto de la puesta en marcha y ejecución de dicho Plan de Acción. Disponible en: [https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/camig\\_vancouver2016.pdf](https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/camig_vancouver2016.pdf)



## 9.3. Proyecto europeo DAPAS

### 9.3.1. Objetivo

El [proyecto europeo DAPAS comenzó en 2018](#). Su objetivo es aunar y escalar resultados exitosos de proyectos anteriores de soluciones AAL (del inglés, Ambient Assisted Living). Estas soluciones intentan cubrir las necesidades de los adultos mayores y sus cuidadores, incluyendo aspectos de seguridad doméstica, domótica y aplicaciones en la tablet para promover la comunicación e inclusión social, gestión de tareas y entrenamiento cognitivo, para así, fomentar la vida independiente. En él participan empresas tecnológicas, universidades y organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con personas mayores. El principal objetivo de la investigación que hemos desarrollado desde el grupo [eVIDA](#), en la Universidad de Deusto, se ha centrado en ofrecer soluciones para entrenar las capacidades cognitivas (memoria, atención, procesamiento espacial) de las personas mayores a través de serious games. Se trata de juegos formativos diseñados para un propósito principal distinto al de la pura diversión, que pueden aprovecharse para mejorar su calidad de vida.

La eficacia del uso de los juegos cognitivos en las personas mayores [ya se ha demostrado en otros estudios](#). Los videojuegos son un medio eficaz para trabajar y mejorar el tiempo de reacción, la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas y la cognición global en diversos colectivos, entre ellos, los adultos mayores. Las personas mayores que siguen un entrenamiento cognitivo mejoran principalmente en las funciones ejecutivas (toma de decisiones y resolución de problemas) [y en la memoria a corto plazo](#).

La mayoría de los estudios utilizan solo juegos de propósito general, es decir, juegos comerciales, que pueden ser jugados por cualquier persona. Como era de esperar, también obtienen buenos resultados, aunque con este proyecto abogamos por crear y desarrollar juegos centrados en el usuario que solucionen problemas de colectivos específicos. Así el beneficio es mayor. El desarrollo se ha realizado desde la cocreación y de forma iterativa. Ha habido una respuesta constante de los usuarios y las organizaciones que los representan. Se ha realizado en forma de aplicaciones nativas de Android y haciendo uso de tabletas, ya que su tamaño es perfecto para superar los problemas de visión típicos de la edad, y por su facilidad de interacción al ser táctiles. Se decidió hacer así para evitar [la ansiedad que sufren los más mayores](#) a la hora de utilizar ordenadores, y para que todo fuese más fácil y natural. El objetivo era superar la brecha tecnológica.



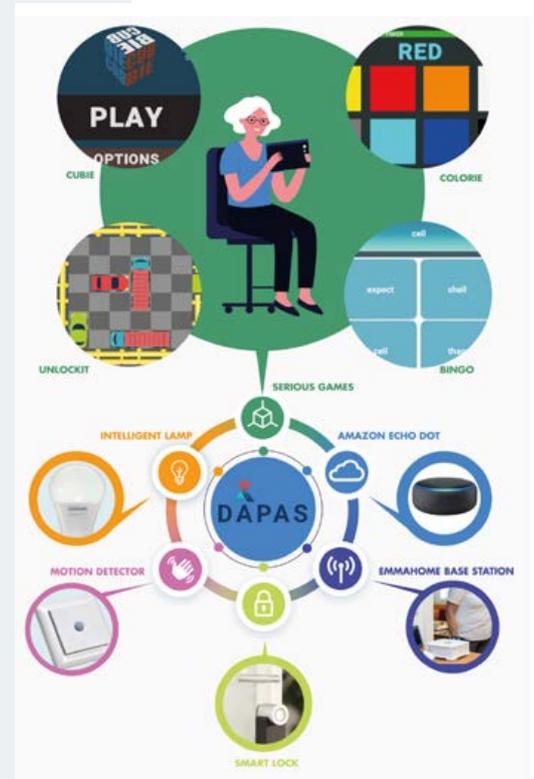
### 9.3.2. Descripción

Se llevó a cabo un ensayo incremental del proyecto en el que en cada versión se añadían nuevas funcionalidades. El experimento fue aleatorio, controlado y multicéntrico, con pruebas a 100 personas mayores de 60 años en tres países (Portugal, Luxemburgo y Austria) con diferentes contextos socioculturales.

Se les suministró un 'manual de usuario', en el que se explicaba cómo interactuar con el juego, tutoriales con demostraciones visuales de las diferentes interacciones posibles. También se dio todo un proceso de cocreación para hacer que el juego fuese más amigable y entretenido para los mayores.

El valor del desarrollo se centra no solo en los propios *serious games*, sino en la conexión de las aplicaciones con una base de datos común para todo el proyecto, donde se pueden analizar los datos de los resultados obtenidos y hacer seguimiento de la evolución y adherencia al uso.

En eVIDA se ha realizado el desarrollo de aplicaciones nativas que se conectan a la librería de DAPAS mediante una API *ad hoc*. En ella se incluyen cuatro *serious games*, cada uno de los cuales se centra en el entrenamiento de diferentes aspectos cognitivos. En ellos se aplican distintas mecánicas de juego y temas implicados, desde el análisis y la interacción utilizando el léxico y los colores, hasta la resolución de problemas de puzzles y laberintos. Aunque los experimentos con las personas usuarias siguen en marcha actualmente, la respuesta recibida ha sido muy prometedora. Estas personas mayores con las que se testearon los juegos sintieron que, además de mejorar sus capacidades, también se divertían.<sup>97</sup>



### 9.3.3. Logros

- › A las personas usuarias les gustaron más los niveles de dificultad media que los niveles muy fáciles, o muy difíciles. Esto puede interpretarse como un buen diseño de la dificultad de los niveles, lo cual los hizo más atractivos. Cabe destacar una mayor participación de mujeres en las pruebas (71 %), lo que atestigua la importancia de pensar en este colectivo para el desarrollo de futuras investigaciones: mujeres mayores de 60 años que viven de forma más autónoma, ya sea en sus casas o en alojamientos protegidos.

<sup>97</sup> AAVV (2021), "Cómo usamos videojuegos para entrenar a los mayores mientras se divierten", en The Conversation, 14 de junio, disponible en: [https://theconversation.com/como-usamos-videojuegos-para-entrenar-a-los-mayores-mientras-se-divierten-160682?utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Novedades%20del%20da%2015%20junio%202021%20en%20The%20Conversation%20-%201974219366&utm\\_content=Novedades%20del%20da%2015%20junio%202021%20en%20The%20Conversation%20-%201974219366+CID\\_20b5427dead2fee3c86dd0663c765768&utm\\_source=campaign\\_monitor\\_es&utm\\_term=Cmo%20usamos%20videojuegos%20para%20entrenar%20a%20los%20mayores%20mientras%20se%20divierten](https://theconversation.com/como-usamos-videojuegos-para-entrenar-a-los-mayores-mientras-se-divierten-160682?utm_medium=email&utm_campaign=Novedades%20del%20da%2015%20junio%202021%20en%20The%20Conversation%20-%201974219366&utm_content=Novedades%20del%20da%2015%20junio%202021%20en%20The%20Conversation%20-%201974219366+CID_20b5427dead2fee3c86dd0663c765768&utm_source=campaign_monitor_es&utm_term=Cmo%20usamos%20videojuegos%20para%20entrenar%20a%20los%20mayores%20mientras%20se%20divierten)

## 9.4. Proyecto CONVIVE

### 9.4.1. Objetivo

Romper el aislamiento y la soledad, evitando la depresión y los trastornos cognitivos.

### 9.4.2. Descripción

El objetivo de este proyecto de la ONG Solidarios para el Desarrollo es romper el aislamiento y la soledad de las personas mayores, evitando la depresión y los trastornos cognitivos. Se trata de un programa de convivencia y de ayuda mutua intergeneracional en el que personas mayores solas conviven con estudiantes de universidades de Madrid, generando un espacio de encuentro e intercambio enriquecedor para ambas partes.

Es un programa orientado a la situación de soledad de las personas mayores, y, por otro lado, atiende a las dificultades de alojamiento que encuentran muchos estudiantes. Esta experiencia fomenta la autoestima de las personas mayores, hábitos saludables, fomenta la autonomía y recupera las relaciones sociales.

Es un programa que aporta sentido, vitalidad, experiencias mutuas.

### 9.4.3. Logros

- › Entre sus logros: se ha dado estabilidad en el programa con más 1.900 convivencias en 20 años de funcionamiento del programa. Se han realizado evaluaciones de impacto, con resultados positivos y se ha trabajado en red con otros programas.<sup>98</sup>



## 9.5. Proyecto UIU - Unidad Intergeneracional Urbana

### 9.5.1. Objetivo

El propósito de este proyecto es 'poner la memoria en funcionamiento' entre personas jóvenes y mayores, de allí su sigla en inglés MYMO (memory in motion between young and old). Concretamente, su objetivo es promover comunidades intergeneracionales que permitan el acceso a servicios de cuidados, mejoren el acceso a la vivienda y fomenten la cohesión social.

### 9.5.2. Descripción

Es una comunidad intergeneracional de servicios, apoyo mutuo, innovación, consumo responsable y cuidado que en cada lugar se declina de una manera distinta en función de las oportunidades. También se trata de un proyecto accesible que rehabilita edificaciones infrautilizadas o abandonadas unidad por unidad, es decir no implica rehabilitar edificios enteros sino unidades residenciales. El proyecto se desarrolla de forma horizontal, por lo que admite formatos mixtos de alquiler, propiedad o co-propiedad.

Este proyecto aplica una metodología que permite lograr una comunidad intergeneracional a partir del deseo y voluntad de agentes públicos y privados, así como vecinas y vecinos de una calle / barrio. Puede prever la rehabilitación de unidades residenciales y comerciales no necesariamente colindantes y por grados. Cuenta con una mezcla de propiedad privada y régimen de alquiler.<sup>99</sup>

### 9.5.3. Logros

- › Proyecto y metodología en gestación.

The image shows a graphic for the UIU (Unidad Urbana Intergeneracional) project. It features the UIU logo on the left, which consists of the letters 'UIU' in a bold, sans-serif font, with 'UNIDAD URBANA INTERGENERACIONAL' written in smaller text below it. To the right of the logo, there is a horizontal line. Above this line, the text 'un servicio de' is followed by the MYMO logo, which is a stylized 'mymo' with a red flower-like shape above it. Below the horizontal line, the text 'SOMOS INTERGENERACIONALIDAD · SOMOS DIVERSIDAD · SOMOS SOSTENIBILIDAD' is written in a smaller font. Below the horizontal line, there is another horizontal line. To the left of this second line is the UIU logo again. To the right of this second line is a list of five points:

1. MEJORAR EL ACCESO A LA VIVIENDA
2. FOMENTAR LA CONVIVENCIA Y EL APOYO MUTUO ENTRE GENERACIONES Y PERSONAS
3. PROMOVER LA REHABILITACIÓN URBANA Y RURAL
4. FACILITAR EL DESARROLLO SOSTENIBLE
5. IMPULSAR LA INNOVACIÓN SOCIAL

<sup>99</sup> [https://mymo.es/wp-content/uploads/2021/02/UIU\\_mYmO.pdf](https://mymo.es/wp-content/uploads/2021/02/UIU_mYmO.pdf) Contacto: Eleonora Barone [eleonora.barone@mymo.es](mailto:eleonora.barone@mymo.es)

## 9.6. Cohousing Senior Trabensol

### 9.6.1. Objetivo

Su objetivo es fomentar la vivienda comunitaria auto-gestionada para mayores. Realizar unas viviendas colaborativas que potencien las relaciones entre sus usuarios, con autogestión y funcionamiento democrático, sin ánimo de lucro.

### 9.6.2. Descripción

Se trata de una iniciativa cohousing senior pionera en España que ha nacido para hacer realidad una forma nueva de vivienda colaborativa dirigida a mayores. El Centro ofrece unos servicios comunes básicos (comedor, lavandería, limpieza de apartamentos y zonas comunes, etc.) que garantizan un nivel de vida digno y confortable. Además, se ha dotado de un Sistema de Atención a la Dependencia, complementario del Sistema Público, cuyo objetivo es ofrecer una atención personalizada y de calidad a aquellos socios que pudieran entrar en dependencia sobrevenida.

Los elementos característicos son los siguientes: la auto-gestión, el respeto a la privacidad, la autonomía e independencia, la integración participativa y solidaria, la sostenibilidad, la innovación, la economía solidaria y la transparencia.

Entre sus logros, se destaca la revitalización del pueblo. Las puertas del Centro están abiertas a la comunidad vecinal. De este modo, se favorece la integración participativa y solidaria con el entorno convirtiéndose en agentes de desarrollo social y cultural.

### 9.6.3. Logros

- Años: 10
- Nº personas beneficiarias: Actualmente, hay 45 apartamentos con una o dos personas mayores (aproximadamente 70 en total).<sup>100</sup>
- Lugar: Torremocha del Jarama, en la Comunidad de Madrid



Afortunadamente la duración de la vida se ha prolongado notablemente. ¿Supone eso que vas a languidecer pasivamente con una vejez larga y melancólica? Nosotros apostamos por disfrutar una vejez activa y rica, realizando plenamente todas nuestras posibilidades.

CONTENIDOS DESTACADOS

## 9.7. INTecum



### 9.7.1. Objetivo

La iniciativa tiene como objetivo pilotar una experiencia de colaboración entre administraciones que implique facilitar vidas con sentido hasta el final, permitiendo a las personas que sufren una enfermedad con un pronóstico de vida limitado, si es que así lo desean, recibir los apoyos sociales y los cuidados sanitarios necesarios en su propio hogar que posibiliten esa permanencia en su entorno, en el domicilio que ellas elijan y con las mejores condiciones de seguridad y de calidad de vida posible en esta etapa final de su vida.

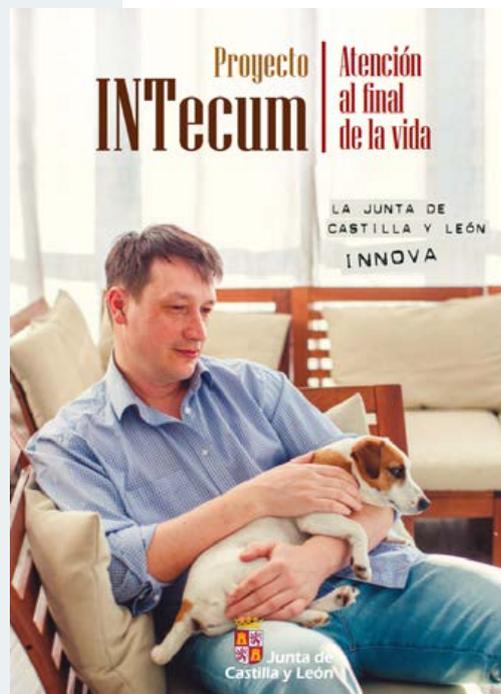
### 9.7.2. Descripción

Se trata de un proyecto que representa la máxima expresión del modelo de atención centrado en la persona que pretende enfocar sus actuaciones en un momento de gran vulnerabilidad tanto para una persona como para su familia, como es el momento en el que una enfermedad está en fase avanzada o llega la noticia de que es terminal y a la persona le quedan unos meses de vida. En estas situaciones, a las personas les cambia de forma radical el proyecto que tenían de vida y precisan apoyos para rearmar su proyecto de vida en el que no tengan que renunciar a vivir el tiempo que les queda como desean hacerlo con la mayor calidad posible y, si así lo desean, en su entorno habitual. Los apoyos se ajustan al proyecto de vida de cada persona e integra los cuidados sanitarios y los cuidados sociales. Se busca dar una respuesta muy ágil y personalizada a las necesidades de tipo físico, psico-emocional, espiritual y social de la persona enferma y, cuando sea preciso del entorno familiar.

### 9.7.3. Logros

- › No ha habido fracasos en los cuidados. Se trata de una alternativa viable a las instituciones.<sup>101</sup>

- Años: 2
- N<sup>º</sup> de beneficiarios: 100 (188 antes)
- Lugar: Provincia de Palencia



<sup>101</sup> <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/proyecto-intecum-atencion-final.html> Contacto: Benedicto Caminero Pérez, María Jesús Miján y Beatriz López de la Cuesta

## 9.8. Programa Mentor 'Ricardo Duque'

### 9.8.1. Objetivo

Fomentar la solidaridad intergeneracional, dentro de la diversa.

### 9.8.2. Descripción

Dentro de las personas mayores LGBTI hay una gran incidencia de soledad. Es un proyecto que se inició a finales de los años 70 en Estados Unidos de las grandes migraciones de la comunidad LGBTI a las grandes ciudades como Nueva York o San Francisco.

El proyecto consiste en poner en contacto a personas mayores LGBTI con personas más jóvenes que pueden migrantes que vienen huyendo de sus países por condición de la LGTBifobia.

El proyecto consiste que esas personas inmigrantes, por ejemplo, reciban clases aprender el idioma y formación para la inserción laboral.

Hay otra modalidad en la que personas que están en situación de sinhogar participan en trabajos de la comunidad.

### 9.8.3. Logros

- › Combatir la soledad no deseada para todas las personas y no solo para las personas mayores.<sup>102</sup>



## 9.9. Grandes Vecinos

### 9.9.1. Objetivo

Prevenir la soledad de las personas mayores a través de la recuperación de las relaciones vecinales.

### 9.9.2. Descripción

El proyecto teje una red de apoyo vecinal en torno a la persona mayor que empieza a sentirse sola, que necesita algún apoyo o desea socializar, poniéndole en contacto con una red de varias personas vecinas. De manera flexible quedan para compartir actividades en el barrio (dar un paseo, tomar un café, charlar, ir al cine...) o darse apoyo mutuo (regar las plantas, acompañar a un recado, arreglar algo en casa...).

### 9.9.3. Logros

- › Creación de redes de apoyo vecinal, ya presentes en 13 distritos de la ciudad de Madrid, que han demostrado ser claves para apoyar a las personas mayores durante la pandemia (apoyo emocional, llevar alimentos y medicinas, etc.).
- › Grandes Vecinos, que recibió el Premio Madrid Agradece concedido por el Ayuntamiento de Madrid en 2017, está conectado al proyecto Madrid Vecina (también desarrollado por la ONG Grandes Amigos con el apoyo del Ayuntamiento), a través del cual se implica a todos los agentes de un barrio para detectar situaciones de soledad en personas mayores para que luego puedan participar en Grandes Vecinos, así como en el resto de los programas de acompañamiento y socialización que realiza la entidad. Grandes Vecinos también forma parte de Adinberri, la estrategia de la Diputación Foral de Gipuzkoa para maximizar el potencial de innovación al servicio del envejecimiento saludable.<sup>103</sup>

- Año: 2015
- N<sup>o</sup> de beneficiarios: 323 (dato de cierre provisional de 2020)
- Lugar: Madrid, Donostia y Pasaia (Gipuzkoa)



<sup>103</sup> <http://grandesvecinos.org/> Contacto: Mercedes Villegas

## 9.10. Cohousing Senior

### 9.10.1. Objetivo

Ofrecer nuevas formas alternativas para personas mayores que quieren vivir de manera activa, en compañía y con ilusión, no solo como portadores de derechos, sino también asumiendo la responsabilidad del deber contraído con la sociedad como personas que desean seguir siendo, en beneficio propio y en el de las generaciones futuras.

### 9.10.2. Descripción

Cohousingcoop es la primera coordinadora nacional de Cohousing que pertenece a Hispa-coop, la Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios.

El cohousing es una comunidad colaborativa auto gestionada (CCA) que convive en un entorno que sus miembros han promovido y diseñado, formado por unidades habitacionales privadas y espacios comunes para compartir actividades, servicios y cuidados.

Es un tipo de convivencia en régimen de autogestión cooperativa, previéndose de los servicios necesarios de hospedaje, atención sanitaria y social.

### 9.10.3. Logros

- › El cohousing senior es una realidad que funciona (en España hay 10 proyectos residiendo) y que se está multiplicando a pasos agigantados por todo el territorio español.<sup>104</sup>

- Media 10 años de antigüedad
- En España hay unos 700 apartamentos
- Ámbito nacional



<sup>104</sup> <https://cohousingcoop.es/home/> Contacto: María del Carmen Cobano

## 9.11. Ecoaldea de Valdepiélagos

### 9.11.1. Objetivo

Contribuir al Fomento otros modelos residenciales y vecinales a través de la creación de un barrio de viviendas unifamiliares con criterios de arquitectura bioclimática y materiales ecológicos.

### 9.11.2. Descripción

Es un ecobarrio de 30 familias con economías separadas que realizan actividades comunes de manera esporádica. Una vez al año en otoño se celebran las jornadas sobre Sostenibilidad.

Existe un grupo de consumo y algunas familias colaboran en la huerta comunitaria de Torremocha.

**La Ecoaldea De Valdepiélagos** se constituyó el 9 de enero de 1996 como sociedad cooperativa de vivienda, y durante 1996 y 1997 realizó labores de promoción por diversos medios (artículos en periódicos y revistas, visitas a posibles colectivos interesados, convocatoria de reuniones informativas, etc), para conseguir cubrir los 30 socios necesarios para llevar a cabo la compra de los terrenos y su posterior urbanización y construcción. Actualmente es una comunidad de propietarios. En 2008, las viviendas estaban ya acabadas y se comenzó a vivir.<sup>105</sup>

### 9.11.3. Logros

- Intercambio de jóvenes Erasmus+
- Fomento de productos locales
- Años: 13
- Nº personas beneficiarias: 600/90
- Lugar: Valdepiélagos (Madrid)



<sup>105</sup> <http://www.ecoaldeavaldepielagos.org> Contacto: Pedro Cabrera

## 9.12. Quédate con nosotr@s

### 9.12.1. Objetivo

Dotar de los recursos e instrumentos necesarios que permitan a las personas mayores continuar en sus casas en su pueblo de toda la vida. De esta forma, se fomenta la permanencia en el entorno mediante la generación de espacios y territorios amigables con las personas mayores.

### 9.12.2. Descripción

Como tantos otros municipios españoles, Pescueza envejecía al mismo tiempo que se vaciaba. Sus mayores tenían que abandonar el pueblo para estar correctamente atendidos. En Extremadura existen residencias de mayores en las localidades más grandes, mientras que en las más pequeñas se abrieron en su momento centros de día.

El Ayuntamiento del pueblo contaba en 2011 con un centro de día construido pero que no había sido puesto en marcha hasta que la Asociación Amigos de Pescueza comenzó con este proyecto.

Es una iniciativa con enfoque transversal puesta en marcha por los vecinos del pueblo de Pescueza que ha ido evolucionando con el paso de los años y adaptándose a las necesidades de las personas. Por ejemplo, desde el punto de vista más básico, responder a las necesidades básicas y perentorias de sus habitantes, como el aseo y la comida. También supuso afrontar reformas urbanísticas para lograr la adaptación, por lo que el Ayuntamiento de Pescueza habilitó un carril para personas mayores en aquellos lugares que más frecuentan. Se han adaptados las calles poniendo barandillas. Las personas responsables del proyecto decidieron utilizar el centro de día como base de operaciones para abordar las necesidades reales de los mayores. En la actualidad sirven comida en el propio centro y a domicilio, ofrecen servicio de lavandería, asistencia en el aseo y hasta transporte para quien no puede desplazarse. Algo para lo que cuentan con la ayuda de una furgoneta de nueve plazas con elevadora para sillas y un cochecito eléctrico para llevar y traer a los usuarios por el pueblo<sup>106</sup>

### 9.12.3. Logros

- › Implicación social del pueblo
- › Cartera de servicios adaptada a la realidad de las personas mayores



- Años: 12
- Nº personas beneficiarias: 30
- Lugar: Pescueza (Cáceres)

<sup>106</sup> Aunque no hay una web concreta de este proyecto, se puede obtener más información a través de la web de la FEMP: [http://femp.femp.es/CartaLocal/Front/Noticias/CL\\_ContentoDetalle/\\_sYcniRvuy5ly-yy-6MEsAr-zF-TG6wfjlf4BPvoZGCDA](http://femp.femp.es/CartaLocal/Front/Noticias/CL_ContentoDetalle/_sYcniRvuy5ly-yy-6MEsAr-zF-TG6wfjlf4BPvoZGCDA) La web del ayuntamiento es <https://www.ayuntamiento.es/pescueza> Contacto: Constancio Rodríguez Martín

## 9.13. 'Enrédate': Red social para las personas mayores

### 9.13.1. Objetivo

El proyecto tiene cómo objetivo reducir la soledad y el aislamiento involuntario de las personas mayores de 65 años que manifiestan sentirse solas por no disponer de una red social acorde a sus necesidades y/o sufrir una situación de aislamiento involuntario. El objetivo es establecer relaciones sociales cercanas que generen tejido social con el objeto de combatir el aislamiento y la soledad no deseada tanto en el entorno analógico como digital.



### 9.13.2. Descripción

Es un proyecto intergeneracional que contribuye al mantenimiento de las personas mayores en su domicilio el mayor tiempo posible que tiene como base la promoción de participación social.

Este proyecto ha surgido de la escucha activa de las propias personas y sus problemáticas y necesidades.

Aquí la persona voluntaria tiene un papel de dinamizador (más que de acompañamiento) que fomenta las relaciones sociales de la persona mayor. Se trata de generar encuentros entre personas cercanas en el ámbito comunitario.

Para desarrollar este proyecto se llevan a cabo dos tipos de acciones:

- Mejorar los conocimientos.
- Facilitar los recursos materiales necesarios.

El programa se ha definido a través de 4 líneas de intervención, que van dirigidas al abordaje del problema, con la siguiente línea pedagógica:

- Concienciación
- Capacitación
- Colaboración
- Participación

### 9.13.3. Logros

- Reducir la brecha digital de las personas mayores.
- Incidencia en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.
- Fortalecimiento de una red de voluntariado virtual.<sup>107</sup>
- Años: 30
- Nº personas beneficiarias: 40.000
- Ámbito nacional

<sup>107</sup> Cada vez más cerca de las personas. Cruz Roja Contacto: Joaquín Pérez

## 9.14. Programa 'Buen Trato a las Personas Mayores'

### 9.14.1. Objetivo

La soledad de las personas mayores es un tema preocupante y una problemática social que requiere de una respuesta colectiva. Garantizar sus derechos y dignidad, su seguridad y autonomía son objetivos que Cruz Roja promueve a través de distintos proyectos, poniendo en el centro a la persona y sus necesidades, sus deseos y capacidades de superación. La Organización es conectora de todo ello, cada año atiende a más de 240.000 personas mayores.

### 9.14.2. Descripción

Cruz Roja puso en marcha hace tres años el proyecto de 'Buen trato a personas mayores de Cruz Roja' que atendió en 2018 a más de 3.500 personas que sufrieron o estaban en riesgo de sufrir algún tipo de maltrato. Su objetivo es prevenir este tipo de situaciones o actuar en caso de que se produzcan.

También, lleva a cabo acciones de sensibilización, como es la puesta en marcha de la campaña 'Aunque no lo sepas, también es maltrato'<sup>108</sup>, con la que se pone el foco en aquellos comportamientos y actitudes que suponen un atentado contra la dignidad y los derechos de las personas mayores.

Con esta iniciativa se invita a la reflexión de la población y se promueve un marco de convivencia positivo hacia las personas mayores, así como poner en valor el rol que cumplen en nuestra sociedad y todo lo que aportan. Esta labor se realiza gracias a la implicación de las más de 340 personas voluntarias que participan en el proyecto.

### 9.14.3. Logros

- › Se han atendido a 3.500 personas mayores desde la puesta en marcha del proyecto en 2018.

## BUEN TRATO A PERSONAS MAYORES



<sup>108</sup> <https://www2.cruzroja.es/-/15-de-junio-dia-mundial-de-la-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez>

## 9.15. Cohabita Rivas

### 9.15.1. Objetivo

Fomentar la creación de viviendas colaborativas para mayores.

### 9.15.2. Descripción

Cohabita Rivas es un proyecto pionero en España de viviendas colaborativas. Este tipo de viviendas son cooperativas autogestionadas de personas mayores que viven en un entorno diseñado por ellas mismas, donde se promueve el envejecimiento activo, la recuperación de la vida vecinal y se garantiza el derecho a la vivienda a un precio asequible y al margen de lógicas especulativas.

La Empresa Municipal de la Vivienda de Rivas Vaciamadrid (EMV Rivas) contempla no solo la cesión del derecho de superficie de diversos solares públicos para las cooperativas que surjan de esta iniciativa, sino también el acompañamiento en el proceso de codiseño participativo de la comunidad.

Actualmente se encuentra en preparación el pliego de licitación.

### 9.15.3. Logros

- El carácter novedoso de Cohabita Rivas es la implicación de un ayuntamiento en el proceso de construcción de las comunidades y de codiseño de los inmuebles aportando recursos técnicos y financieros.
- Impliación de diferentes agentes sociales como es una administración local, entidad social y empresa privada (Abante actualmente diseñan su edificio)
- Divulgación del modelo Cohousing en España<sup>109</sup>

- Años: 3 y medio
- Nº personas beneficiarias: 61 (110 total)
- Lugar: zona rural de la provincia de Ávila

- Años: 2012 Sevilla / 2018 Madrid
- Nº personas beneficiarias: 50 socios, 3 'grupos semilla' (Madrid y Sevilla)
- Lugar: Rivas-Vaciamadrid y Sevilla.



<sup>109</sup> Jubilares Cohabita Rivas <http://www.jubilares.es/cohabita-rivas/> Cohousing en Sevilla: <https://www.abantejubilarsevilla.com> Contacto: Miguel Ángel Mira / Eusebio Pineda/ Margarita Torrego [cohabitarivas@gmail.com](mailto:cohabitarivas@gmail.com)

## 9.16. A gusto en mi casa

### 9.16.1. Objetivo

Garantizar que las personas mayores puedan seguir viviendo en sus domicilios.



### 9.16.2. Descripción

Es un nuevo proyecto que ofrece a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que cada persona desee desde el reconocimiento a la dignidad de las personas y la búsqueda de su máxima capacidad de autonomía.

Va dirigido a las personas, preferentemente de edad avanzada, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que hayan solicitado la valoración de dependencia y residan en el domicilio habitual, sea propio, alquilado o cedido. También a las familias y cuidadores habituales de las personas que participen en el proyecto, ofreciéndoles los apoyos que precisen para poder realizar sus funciones de forma idónea y compatibilizarlo con su vida cotidiana.

### 9.16.3. Logros

- › No ha habido fracasos en los cuidados. Alternativa viable a las instituciones.

### 9.16.4. Entidades que participan

Es una iniciativa de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades que se desarrolla en colaboración con las administraciones públicas como la Diputación provincial de Ávila, Los ayuntamientos de las localidades en las que se desarrolla el proyecto, la Consejería de Sanidad, entidades sociales como Pronisa, Asprodes, Plena Inclusión, Fundación Personas, Fundación Intras Cruz Roja o universidades como la Universidad de Valladolid.<sup>110</sup>

<sup>110</sup> <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>. Contacto: Benedicto Caminero Pérez, María Jesús Miján y Beatriz López de la Cuesta

## 9.17. Integr@tención

### 9.17.1. Objetivo

El proyecto Integr@tención, “Plataforma transfronteriza para el escalado de soluciones innovadoras en la atención socio-sanitaria”, persigue impulsar el escalado de procesos, productos y servicios para la vida independiente, resultantes de actividades de I+D+i, para lograr que, a través de la adopción de soluciones innovadoras, las personas mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica puedan ser atendidas en su hogar incluso hasta el fin de vida.

### 9.17.2. Descripción

Las actividades en las que se centra el proyecto Integr@tención comprenden el desarrollo de un Modelo Integral de atención y de adopción de la tecnología, que gira en torno a la persona, sus expectativas, deseos y respeto de sus decisiones y vertebra la prestación de servicios y el plan de despliegue de la innovación tecnológica, de forma que coordina y alinea la cadena de provisión de cuidados de proximidad.

### 9.17.3. Logros

- › Consolidación de la plataforma para el escalado de soluciones innovadoras en la atención socio-sanitaria en el hogar en la zona transfronteriza del Norte de Portugal y Castilla y León.
- › Creación de un Impact Hub dedicado a la puesta a punto para la comercialización, generación de ventaja competitiva y de impacto social de las soluciones innovadoras en el territorio y sector objetivo de Integr@tención, por medio de un programa de servicios de aceleración de la comercialización.<sup>111</sup>



- Años: 1
- N° personas beneficiarias: 40
- Lugar: zona rural entre Toro y Benavente

<sup>111</sup> <http://www.integratencion.eu/index.html> Contacto: Benedicto Caminero Pérez, María Jesús Miján y Beatriz López de la Cuesta

## 9.18. Fronteira2020

### 9.18.1. Objetivo

Mejorar la competitividad de las pequeñas y medianas empresas desde un punto de vista inclusivo.

### 9.18.2. Descripción

El proyecto FRONTEIRA 2020, enmarcado dentro Programa de Cooperación Interreg V A España – Portugal (POCTEP) es una iniciativa transfronteriza que se desarrolla de forma conjunta con entidades de Castilla y León y el Centro de Portugal orientada a combatir el desempleo, promover la competitividad, reforzando la innovación en las empresas, para reactivar la economía de la zona.

Además, el trabajo con las tres áreas prioritarias de yacimientos de empleo: servicios de proximidad, turismo accesible y sector agroalimentario, se trabajan desde un punto de vista inclusivo, que fomente el empleo de las personas en riesgo de exclusión a la vez que aporte soluciones para la atención de personas dependientes en territorios transfronterizos



### 9.18.3. Entidades que participan

El consorcio está compuesto, además de por la Gerencia de Servicios Sociales, por las siguientes organizaciones: Asprodes Salamanca, Câmara Municipal da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda (IPG), Fundación Intras, Fundación Aspaym Castilla y León, CERCIG- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, DM Estrela - Associação Social e Desenvolvimento.<sup>112</sup>

- Años: 1
- N° personas beneficiarias: 60
- Lugar: zona rural Sierra de Francia. Salamanca

<sup>112</sup> <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/proyecto-fronteira.html> Contacto: Benedicto Caminero Pérez, María Jesús Miján y Beatriz López de la Cuesta.

## 9.19. Ruralcare

### 9.19.1. Objetivo

Apoyar al entorno familiar y a otros cuidadores, para el desempeño de sus tareas de cuidado, la conciliación con su vida personal, social y laboral y el autocuidado de su propia salud.

Impulsar la dinamización territorial, para favorecer entornos rurales facilitadores de la autonomía de las personas, promover el empleo local, la implicación comunitaria y la cohesión social.

Ofrecer los apoyos sociales, los cuidados sanitarios y las oportunidades de participación en la comunidad necesarios para que las personas puedan permanecer en su domicilio con garantías de seguridad, dignidad y calidad de vida.



### 9.19.2. Descripción

Es un proyecto innovador en el medio rural que ofrece a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando su proyecto de vida, sus actividades cotidianas, de participación en la comunidad, de cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida.

Está dirigido a las personas, preferentemente de edad avanzada, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que residan en el domicilio habitual, sus familias y personas cuidadoras.<sup>113</sup>

### 9.19.3. Entidades que la gestionan

- › Financiado Fundación Personas y Plena Inclusión

- Año: octubre 2020
- Nº personas beneficiarias: previsión 150
- Lugar: zona rural norte de la provincia de Valladolid

<sup>113</sup> <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/proyecto-ruralcare.html>. Correo: [info@ruralcare.org](mailto:info@ruralcare.org)

## 9.20. Tertulias digitales

### 9.20.1. Objetivo

Combatir la soledad con encuentros virtuales por WhatsApp.

### 9.20.2. Descripción

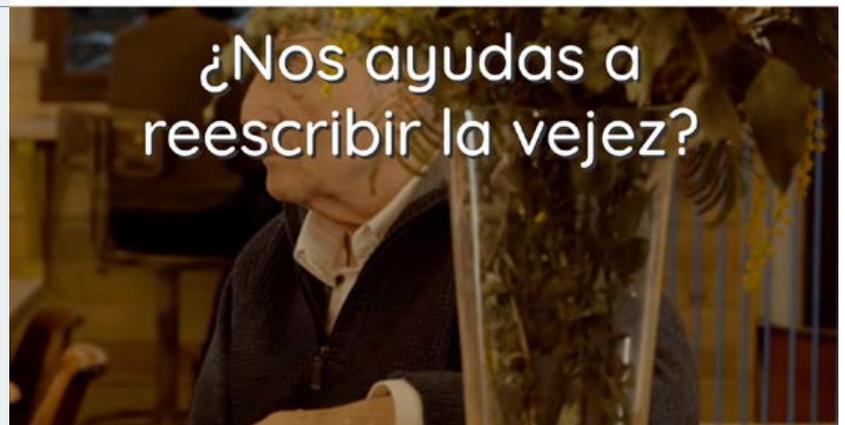
Es un proyecto que está organizado por barrios. Se conecta con todas las personas mayores del barrio y se crea una red de contactos.

Las tertulias digitales consisten en hacer llamadas grupales a través de WhatsApp en grupos de 6 personas con el fin de dinamizar y combatir la soledad, sobre todo, en estos momentos que se han vivido de confinamiento. Es un programa conocido como tejiendo amistades.<sup>114</sup>

### 9.20.3. Logros

- › Fomento relación grupal a distancia.

- Años: 1
- Nº personas beneficiarias: 24
- Lugar: Barcelona



<sup>114</sup> Amics de la Gent Gran (amigosdelosmayores.org) Contacto: Maurici Blancafort, maublancafort@hotmail.com

## 9.21. A tu lado siempre



### 9.21.1. Objetivo y descripción

1. Acercarnos a aquellos afiliados mayores de 55 años que viven solos en sus domicilios, analizar su situación y ofrecerles nuestros servicios sociales, priorizando lógicamente a los que menor uso hayan hecho de los mismos.
2. Identificar a las personas afiliadas que sufren una situación de soledad, tanto desde un punto de vista objetivo (soledad física), como subjetivo (sentimiento de soledad).
3. Buscar vías de coordinación entre este programa de soledad y otros planes institucionales, como el Plan ONCERCA, para generar sinergias
4. Hacer una revisión en cada uno de los ámbitos autonómicos y provinciales o locales de iniciativas privadas desde el área de lo social (ONGs, Fundaciones...), para localizar programas cuyos objetivos sean paliar la soledad de los ciudadanos y analizar la viabilidad de que nuestros afiliados puedan beneficiarse de los mismos. Cada día aparecen en los medios de comunicación nuevas iniciativas de la sociedad civil que debemos vincular con las necesidades de los afiliados. Conocer para poder ofrecer.
5. Analizar y trabajar con los recursos públicos y referentes cercanos al entorno de estas personas, que puedan paliarles la situación de soledad, como la teleasistencia domiciliaria, el servicio de ayuda a domicilio, los centros de día, los comedores sociales, las asociaciones de mayores, de mujeres, culturales, etc.

6. Potenciar el uso de la tecnología como herramienta básica para reducir el impacto de la soledad y como medio de fomento de las relaciones interpersonales y sociales.
7. Definir medidas que favorezcan la socialización y la interacción de estos afiliados a través de servicios como el voluntariado, la animación sociocultural o la accesibilidad.
8. Estimular el envejecimiento activo. Sentirse útil como antídoto contra el sentimiento de soledad.
9. Revitalizar los Clubes de Mayores y aprovechar las sinergias que se puedan crear entre las distintas iniciativas que se llevan a cabo dentro del Grupo Social ONCE dirigidas a este colectivo.
10. Fomentar el trabajo en equipo por parte de todos los profesionales de servicios sociales y de otros agentes como son los Consejeros y Consejeras Territoriales, Referentes del Mayor, etc., de manera que se puedan generar sinergias positivas a la hora de afrontar este problema.

### 9.21.11. Logros

Para la puesta en marcha de este programa se crearon Comisiones de Soledad en los diferentes centros territoriales de la ONCE, integradas por los Trabajadores Sociales del ámbito y otros profesionales, según las situaciones detectadas (coordinador de voluntariado, coordinador de animación sociocultural y deportiva, psicólogo, etc.)

Estas comisiones tienen como función analizar los posibles casos de soledad detectados y programar intervenciones encaminadas a paliar estas situaciones de soledad.

Durante el primer año de funcionamiento del programa se han realizado 1.406 actuaciones individuales a 1.241 personas afiliadas distintas en situación de soledad, con elaboración de un PIA (Plan individualizado de atención), voluntariado telefónico, derivación a recursos externos a la ONCE, participación en actividades de animación sociocultural, etc. Igualmente, a propósito de este programa, los centros han desarrollado 93 acciones globales, que se centran en la creación y desarrollo de protocolos de coordinación, proyectos de voluntariado específicos, realización de talleres dirigidos a este colectivo, firma de acuerdos de colaboración encaminados a luchar contra la soledad, etc. Para la puesta en marcha de este programa se crearon Comisiones de Soledad en los diferentes centros territoriales de la ONCE, integradas por los Trabajadores Sociales del ámbito y otros profesionales, según las situaciones

detectadas (coordinador de voluntariado, coordinador de animación sociocultural y deportiva, psicólogo, etc.)

Estas comisiones tienen como función analizar los posibles casos de soledad detectados y programar intervenciones encaminadas a paliar estas situaciones de soledad.

### Impacto de la pandemia

Durante el primer año de funcionamiento del programa se han realizado 1.406 actuaciones individuales a 1.241 personas afiliadas distintas en situación de soledad, con elaboración de un PIA (Plan individualizado de atención), voluntariado telefónico, derivación a recursos externos a la ONCE, participación en actividades de animación sociocultural, etc. Igualmente, a propósito de este programa, los centros han desarrollado 93 acciones globales, que se centran en la creación y desarrollo de protocolos de coordinación, proyectos de voluntariado específicos, realización de talleres dirigidos a este colectivo, firma de acuerdos de colaboración encaminados a luchar contra la soledad, etc.

La ONCE ha puesto en marcha un programa para llevar la compra y medicinas a unas 2.000 personas mayores ciegas de Cataluña cuando permanecían confinadas en sus casas a consecuencia del Coronavirus. Además, "Siempre a tu lado", facilita apoyo psicológico y acompañamiento telefónico a las personas participantes. Si bien la iniciativa se puso en marcha poco antes de la pandemia, la ONCE lo reforzó a partir del pasado lunes día 16 para poder atender a uno de los colectivos más vulnerables. Profesionales de la psicología, del trabajo social y voluntariado de la ONCE son las personas encargadas de este programa, que pretende ayudar a que las personas mayores ciegas mantengan en lo posible su nivel de independencia y bienestar emocional.<sup>115</sup>

- Año: A finales de 2019 se aprobó por acuerdo del Consejo General de la ONCE el programa para prevenir y atenuar la soledad "A TU LADO SIEMPRE". Por lo tanto, la antigüedad es de poco más de un año.
- Nº personas beneficiarias: En 2020 se beneficiaron del programa 1.241 personas afiliadas que tuvieron una intervención individualizada
- Lugar: nacional

<sup>115</sup> Contacto: Virginia Castellano Gómez-Monedero. Directora Técnica, [vcgm@once.es](mailto:vcgm@once.es)

## 9.22. Hogar y Café

### 9.22.1. Objetivo

Promover viviendas colaborativas entre las personas mayores de 60 años.

### 9.22.2. Descripción

El Programa Hogar y Café es adecuado para personas mayores de 60 años a los que les gustaría vivir en compañía de una o más personas de su generación y están abierto a compartir su casa o irse a vivir a la casa de otra persona. Es una solución alternativa para paliar tu soledad, disfrutar de aficiones compartidas, amistad... y, además, ahorrar gastos.

El Programa Hogar y Café consiste en que dos o más personas mayores de 60 años comparten una vivienda (propia o en alquiler):

- › Siendo una de ellas la titular de la casa o varias personas que alquilan juntas una vivienda para compartir.
- › Los dormitorios son privados y el resto de las estancias son compartidas.
- › El plan de vida se establece conjuntamente entre las personas que deciden compartir la vivienda, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias, mediante un acuerdo pactado que incluye las normas de convivencia, los gastos compartidos, las tareas domésticas, horas de descanso, animales domésticos...<sup>116</sup>



<sup>116</sup> Hogar y Café, Fundación Pilares (fundacionpilares.org) Contacto: hogarycafe@fundacionpilares.org

## La Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) está formada por las siguientes redes y entidades:

### 19 redes autonómicas:

EAPN-Illes Balears-Xarxa per la Inclusió Social • Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión • Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla y León • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en Asturias • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Canarias • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla-La Mancha • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Euskadi • Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Melilla • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Cantabria • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Ceuta • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de Galicia • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en La Rioja • Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya • Xarxa per la Inclusió social de la Comunitat Valenciana

### Y 19 entidades estatales:

Accem • Acción Contra el Hambre • Cáritas Española • Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) • Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) • Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) • Cruz Roja Española • Federación de Mujeres Progresistas (FMP) • Fundación Adsis • Fundación Cepaim • Fundación Cruz Blanca • Fundación Esplai • Fundación Secretariado Gitano • Hogar Sí • Movimiento por la Paz (MPDL) • Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) • Plena Inclusión • Provivienda • Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)



Financiado por:



Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES)

c/ Tribulete, 18 1º - 28012 Madrid

Tel. 91 786 04 11

eapn@eapn.es • www.eapn.es

