

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

JOAQUÍN GIRÓ MIRANDA

Partimos del conocimiento sobre un mundo, donde la proporción de personas mayores crece más rápidamente que cualquier otro grupo de edad. Si se ha llegado a contabilizar que aproximadamente hay 600 millones de adultos mayores de 60 años, también se ha proyectado que para el año 2025 habrá el doble, en su mayor parte en los países desarrollados; y está previsto que esa cifra se duplique para 2050, lo que dará lugar a demandas crecientes para los sistemas de salud y de servicios sociales en todo el mundo, obligando a la redistribución de dichos recursos, teniendo en cuenta este proceso de envejecimiento de la población mundial.

En España, en 2003, residían 7.276.620 ciudadanos de 65 y más años (uno de cada cuatro es octogenario), y de los cuáles las mujeres constituían la mayoría (el 57,8%). Este grupo de población de 65 y más años es más numeroso (el 17% de la población), que el de los menores de dieciséis años (14,5% de la población), por el descenso de los nacimientos (entre 1991 y 2001 España perdió dos millones de menores) y el aumento creciente de la longevidad, que se puede mostrar a través de los centenarios, que si en los años ochenta suponían dos millares en la actualidad se han triplicado.

También, las proyecciones demográficas señalan que en España, a partir de 2011, la población seguirá envejeciendo, pero el aumento de las personas entre 65 y 75 años será muy superior al que experimentará el del grupo de mayores de 75 años. Será el momento en el que empiecen a jubilarse generaciones más numerosas. Por su parte, los mayores de 80 años pasarán del 3,5% que había en el año 2000 al 12,6% en el 2050 (de hecho, los octogenarios son el grupo de edad que más ha crecido en la última década, el 53%, frente al ritmo del 9,9% de la población en general). Es decir, el millón y medio de ancianos de hace cinco años crecerá hasta los casi cinco millones a mitad de siglo. Además, el 52% de la población española en el 2050 tendrá más de 50 años, frente al 32% que superaba esas edad hace menos de un lustro; y los mayores de 65 años representarán el 35,6% de la misma (aproximadamente dieciséis millones y medio de personas), lo que supondrá la tasa más alta de Europa¹.

1. Eurostat, abril de 2005

Como se puede deducir de los datos anteriores, el análisis de la estructura de la población pone en evidencia que se está produciendo un envejecimiento social progresivo, y este fenómeno va acompañado de una mayor esperanza de vida. En nuestro país, la esperanza de vida sigue aumentando, habiendo llegado en el 2002 a los 83,1 años para las mujeres y a los 75,7 años para los hombres, lo que significa un envejecimiento global de la población española si tenemos en cuenta el descenso de la natalidad y la nupcialidad.

En cuanto al futuro se ha previsto que continúe el incremento en la esperanza de vida, pues según sostienen los estudios demográficos en el año 2030 la esperanza de vida se habrá incrementado hasta los 87 años en el caso de las mujeres y hasta los 81 años de edad en el caso de los hombres. Por este motivo la sociedad debe centrar su atención en conseguir que las personas jubiladas y de personas que lleguen hasta edades avanzadas tengan un buen nivel de calidad de vida, y no sea la edad, pues, un obstáculo que vaya en detrimento de este objetivo.

También se han producido en la última década² profundos cambios en la composición de los hogares españoles. Así, los hogares han disminuido de tamaño (de 3,2 personas a 2,9), y quienes viven solos casi alcanzan los tres millones, el doble que en el censo de 1991. Además ha aumentado el número de los hogares unipersonales que casi se han duplicado, donde destacan los hogares con mujeres solas de más de 65 años (1.043.471), lo que implica un aumento del 49,7%. En la relación de géneros, por cada tres mujeres mayores que viven solas existe un hombre en la misma situación. También las personas de 85 y más años que viven solas han crecido hasta el 160%, al pasar de los 76.690 en 1991 a los 199.362 en 2001.

No obstante estas cifras que señalan el gran aumento de los hogares unipersonales con mayores, es mucho más frecuente que las personas mayores de 65 años vivan acompañadas. De hecho 2,5 millones de las mismas convive con su pareja, y sólo un 1,2% de los mayores permanece en residencias (donde tres de cada cuatro son mujeres).

Por otra parte, los cambios en la estructura de la población han traído consigo el aumento del fenómeno de la inmigración que, según el Informe³ de la ONU sobre migración internacional y sus consecuencias sociales y económicas, ha convertido a Europa en el hogar del más alto número de inmigrantes internacionales, seguida de Asia y América del Norte. La ONU pone de relieve que las ventajas de la inmigración para los países de acogida superan a las desventajas. Europa habría perdido ya 4,4 millones de personas entre 1995 y 2000 de no haber sido por los cinco millones de inmigrantes llegados durante ese quinquenio.

2. INE, datos del censo de 2001 (www.ine.es)

3. <http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2004files/part2web/part2web.pdf>

En la última década, países como España o Italia deben las tres cuartas partes de su crecimiento demográfico a la inmigración. En el caso de España, uno de los países con mayor índice de envejecimiento, sólo la inmigración será capaz de aliviar parte de las cargas del Estado de bienestar. En 2050, dice la ONU, tendrá la tasa más elevada (93) de personas inactivas por cada cien activas; pero sin migración, la tasa sería de 100 por cada cien, es decir, cada trabajador tendría que financiar a un menor o a un jubilado y sólo en el caso de que hubiera pleno empleo.

Sin embargo, la fuerte inmigración apenas corrige el desequilibrio entre nacimientos y aumento de longevidad, pese a su notable aportación de bebés. España se ha situado en los extremos demográficos de la clasificación de los veinticinco Estados de la Unión Europea al considerarse como el segundo país con menor proporción de niños, y el quinto con mayor peso de la población de 65 y más años, sólo superada por Italia que tiene el porcentaje más alto por los dos extremos. El envejecimiento de la población alcanzará una magnitud elevada en el medio plazo, como señala la evolución de la tasa de dependencia, definida como la ratio entre la población de más de 65 años y la población en edad de trabajar.

De este modo llegamos a conclusiones sobre el envejecimiento de la sociedad, que puede considerarse por un lado un avance y por otro un gran desafío, pues supone una mayor exigencia social y económica. De todas maneras, lo más importante del envejecimiento, el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida es lograr una auténtica calidad de vida de las personas mayores que les permita mantener la actividad y la independencia con el fin de vivir y disfrutar esa prolongación de la vida.

No nos es ajeno que la mayoría de las personas se adapta a los cambios que conlleva el envejecimiento e incluso que siguen siendo independientes ya muy mayores. Hasta un 80% de las personas con setenta años mantiene una forma física y mental aceptable que les permite llevar su vida diaria con plena normalidad según datos oficiales.

A pesar de ello la sociedad en general sigue relacionando la vejez y los mayores con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, en muchas ocasiones haciendo caso omiso de su experiencia y sabiduría, desaprovechando la oportunidad social de contar con la voluntariedad de este sector de población.

Con excesiva frecuencia se asocian los conceptos de dependencia y discapacidad con persona mayor, como si aquellos fueran acompañantes inevitables de estos últimos. Frente a esta equívoca percepción de la vejez, cada vez menos se puede observar a personas mayores en situación de dependencia⁴.

4. Según la definición que hizo el Consejo de Europa en 1998, la *dependencia* es el estado en el que se encuentran las personas que por razones de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La inmensa mayoría de las personas mayores (más del 70%) no sufren discapacidad alguna, y más del 85% son independientes y realizan una vida normal y autónoma hasta edades muy avanzadas.

De cualquier modo, pese a nuestro interés por no relacionar envejecimiento y dependencia, con frecuencia la edad elevada trae consigo una pérdida de capacidades que hace necesaria la ayuda cotidiana a esos ciudadanos dependientes. En España hay 3,5 millones de personas con discapacidad, aunque no todas necesitan ayuda.

Están definidas como dependientes 1,5 millones de personas, de las que 1.125.190 presentan una dependencia moderada, severa o total⁵. Del conjunto de personas a quienes se ha declarado un cierto grado de dependencia, el 73,4%, es decir, 826.551 personas tienen más de 65 años.

La necesidad de cuidados aumenta especialmente a partir de los 80 años, edad a partir de la cual la mitad de las personas precisan algún tipo de ayuda. Esta atención es necesaria para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, las cuales se agrupan en tres tipos: cuidado personal (aseo, control de esfínteres, alimentación...), movilidad en el hogar (levantarse, acostarse...) y funcionamiento mental (reconocer personas, realizar tareas sencillas).

Si atendemos a las proyecciones realizadas por el Ministerio⁶ que señalan un crecimiento del 22% en el número de personas dependientes para el año 2015, y del 33% para el 2020, necesariamente se elevarán las demandas de prestaciones asistenciales a las administraciones públicas a extremos desconocidos hasta la fecha, pues partimos de una realidad en la que para paliar esta situación de atención a las personas con dependencia existe una escasa y diversa oferta de servicios públicos, fundamentalmente entre las comunidades autónomas y los ayuntamientos, principales administraciones proveedoras de asistencia pública.

En un Barómetro⁷ del CIS realizado en noviembre de 2004, se incluyeron once preguntas para sondear la opinión de los ciudadanos sobre la creación de

5. Se entiende por dependencia moderada la persona que necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida cotidiana, al menos una vez al día. Por dependencia severa se entiende de aquella persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador. Finalmente, la dependencia total o gran dependencia se refiere a aquella persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas al día y, por su pérdida total de autonomía necesita la presencia continua de un cuidador.

6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Ley de Atención a las Personas Dependientes. www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancointro-01.pdf

7. Barómetro del CIS de noviembre de 2004. Estudio nº 2581 www.cis.es/File/ViewFile.aspx?FileId=2696

un sistema nacional de dependencia que, entre otras cosas, aumentara los servicios de atención a las personas que no pueden valerse por sí mismas, sobre todo mayores. Pues bien, el 40,4% de los ciudadanos consideraban que las administraciones públicas deberían ser las principales responsables de la atención a las personas dependientes, aunque la familia también participe en el cuidado. El 27,9% consideraba que las administraciones deberían hacerse cargo de todo o casi todo el cuidado, mediante servicios como la atención en el domicilio, los centros de día o las residencias. Para el 26,4%, la mejor opción es que las familias estuvieran a cargo de los cuidados, aunque con recursos públicos de apoyo. Sólo el 4,5% creía que las familias debían estar a cargo de todo o casi todo el cuidado.

Como se puede observar por los resultados ofrecidos, la mayor parte de la ciudadanía considera responsable principal del cuidado y atención de las personas dependientes a las administraciones públicas, otorgando un papel subsidiario a la familia, lo cual contradice la realidad pues el sistema de bienestar se apoya principalmente en la solidaridad familiar.

A la pregunta sobre la necesidad de implantar un sistema de atención a los dependientes que alivie a las familias, el 76,1% estimaba que esa iniciativa debía acometerse de forma inmediata dada la sobrecarga que padecen los hogares cuidadores. Sólo el 10,3% consideraba que no es un problema prioritario y que por ello no debía desarrollarse ese proyecto, y un 7,9% estimaba que pese a ser un problema importante podía esperar y plantearse dentro de unos años.

En otro orden de preguntas, y respecto a si el entrevistado estaba de acuerdo con pagar más impuestos o cotizaciones sociales para la puesta en marcha de más servicios públicos de atención a las personas dependientes, el 21,5% respondía afirmativamente, mientras uno de cada cuatro españoles (el 24,6%) se oponía tajantemente a pagar más. En una situación intermedia se presentaba el 44,5% de los entrevistados que daban un sí supeditado a que ese aumento de la recaudación se dedicara efectivamente a un programa de cuidados.

Parece pues que existe una predisposición a pagar más, siempre que se adopten medidas para financiar un sistema de dependencia, caso de que se pusiera en marcha, como se deduce de las respuestas acerca de dónde obtener los recursos económicos necesarios, pues el 12,9% preferiría que se financiara con un aumento de los impuestos generales y el 25,7%, con un aumento de los especiales (tabaco, gasolina, alcohol). El 10,3% optaba por incrementar las cotizaciones a la Seguridad Social, mientras que la tercera parte (el 31,9%) por una combinación de esas tres posibilidades.

En este sentido parece que la reforma anunciada para crear un sistema público de asistencia a personas dependientes optará por un modelo universal tipo el existente en los países nórdicos, que es un sistema cofinanciado entre las administraciones y los usuarios, donde el Estado cubre las necesidades de todas las personas de la misma forma, pero los beneficiarios del servicio lo pagan en función de su renta. El sistema también prevé una gran participación de los ayuntamientos para la prestación de los servicios.

Otra cuestión que tiene gran relevancia se refiere a cómo enfrentarían los consultados a una situación de dependencia que requiriera cuidados. En las respuestas se enfrentan dos opciones: la deseable y la esperable; la que responde a nuestros deseos y la que responde a la realidad de nuestra particular situación personal y familiar. Así, cuando se preguntaba a los encuestados dónde les gustaría vivir si necesitaran cuidados permanentes, el 72,5% manifestaba que en su casa con la atención precisa que requiriera (el 4,8% apuesta por el hogar de una hija, el 1,6% por el de un hijo). El 16,8% elegía una residencia y el 1,5% conviviría con un grupo de amigos. Sin embargo, al responder sobre dónde creen que residirán cuando requieran atención, el 51,5% dice que en su casa, el 8,5% en la de algún hijo o familiar y el 23,8% se imagina en una residencia.

En cuanto a la persona cuidadora, el 41,8% elige a su cónyuge, el 7,1% a su hija, el 1,7% a un hijo y el 15,3% a hijos o hijas indistintamente. Sólo el 11,9% apuesta por la atención de los servicios públicos en su casa. Tal parece que la atención y el cuidado se derivan hacia el cónyuge, de quien se espera todo mientras dure la unión (hasta que la muerte los separe) y en menor medida de los hijos con preferencia las hijas sobre los hijos. Sólo en el caso de carecer de familiares, el 45,4% se inclinaba por recibir la atención de un profesional de esos servicios.

Y en cuanto a las medidas más necesarias para ayudar a los cuidadores, aproximadamente un 60% optan por algunos de los servicios asistenciales ofertados por la administración pública, principalmente los servicios de ayuda domiciliaria (30,8%), seguido de las plazas residenciales (15,80%) y los centros de día (13,5%). Esta preferencia no supone un obstáculo para que un 17,3% apueste en primer lugar por conceder un salario mensual al cuidador familiar.

En conclusión, y como se puede deducir del conjunto de datos de este Barómetro del CIS, los españoles pagarían por recibir ayuda y apoyo que les permitiera mantener a las personas dependientes, tanto si son otros familiares como si son ellas mismas en el entorno familiar, aunque entienden que es o debe ser una responsabilidad de las administraciones públicas, las cuáles deberían ofertar de manera universal las asistencias y los cuidados que ahora mismo son restringidos y compartidos con la iniciativa privada y la solidaridad familiar.

Hasta ahora hemos hablado de las demandas de cuidados de las personas dependientes; sin embargo, ya hemos adelantado que, en la actualidad, la inmensa mayoría de las personas mayores disfrutan de un estado de salud que les permite mantener un cierto grado de autonomía y bienestar. Así, hemos encontrado que en un estudio⁸ del IMSERSO la mayor parte de los mayores de 65 años decían sentirse bien de salud, más los hombres que las mujeres, las cuales pensaban que disponían de un estado de salud regular, quizás porque se preocupan más que ellos por su aspecto físico. Y un 90% afirmaba que se sentía

8. IMSERSO: Encuesta sobre "Condiciones de Vida de los Mayores". Julio 2004, en www.tt.mtas.es/periodico/serviciososociales/200411/encuestamayores4.pdf

feliz, a menudo, o en ocasiones. No son pocos los que se sentían a menudo, además, útiles e incluso ilusionados. Quizá este estado de ánimo ha llevado al 40% de los jubilados a recuperar amistades de antaño, y algunos se han iniciado en actividades como el turismo, el deporte o actividades formativas. Entre sus intereses principales se encuentra la salud y los deportes (más a ellos); y la salud y la cocina, belleza y prensa del corazón (más a ellas que a ellos).

Entre los temores que manifestaban los ancianos, ocupaban los primeros puestos la pérdida de su pareja o seres cercanos, la desazón de no poder valerse por sí mismos algún día y, por supuesto, la enfermedad y el dolor. Por último, la soledad y el verse obligados a abandonar su casa son otros asuntos que ocupan su mente. Más del 40% se mostraba intranquilo y la mitad conocía la tristeza, el aburrimiento y la depresión. Finalmente, alrededor de un tercio decía encontrarse solo.

No obstante, a pesar de los problemas y conflictos que se detectan en ocasiones entre los jubilados y sus familiares, hay un alto porcentaje (más del 90% de los mayores), que se muestra satisfecho con la relación que mantienen con la familia. En el lado contrario, la situación económica no les resulta ya tan favorable, pues más del 40% se quejaba de su rala cuenta de ahorros.

Y si en conjunto estos son datos esperanzadores sobre el estado de bienestar de los mayores españoles, hay un indicio de que algo falla en un proceso de envejecimiento en positivo, cuando el 27% de las personas de entre 65 y 69 años dice sentirse sola, y cuando esta cifra asciende hasta el 36 % de entre los mayores de 80 años. Por tanto, será necesario hacer hincapié en la necesidad de mantener e iniciar amistades y relaciones a lo largo de toda la vida y no renunciar a actividades agradables, con el fin de que estos porcentajes desciendan significativamente entre las próximas generaciones de jubilados.

Dice el Director del Programa de Envejecimiento de la OMS, el profesor e investigador brasileño en la London School y la Universidad de Oxford, Alex Kalache⁹, que “queremos envejecer, y eso significa salud y calidad de vida. Una persona mayor saludable es un recurso para su familia y para su comunidad. Si tiene un grado de salud alto, ayuda no sólo en la familia, sino en cualquier trabajo voluntario. Esto también tiene un significado económico porque representa una contribución a la sociedad. Si el grado de salud es bajo, pierdes dos veces, porque no sólo no existe esa contribución, sino que habría unos costos por enfermedades. La persona mayor tiene que tener salud para seguir cumpliendo su función. Por eso, concebimos la cuestión del envejecimiento como una cuestión de desarrollo, de desarrollo socioeconómico. (*Que depende*) ... de políticas que permitan que los mayores continúen integrados en la sociedad y teniendo un soporte para que mantengan un grado de salud compatible con el papel que desempeñan. Las personas mayores son una nueva fuerza para el desarrollo”.

9. Alex Kalache. El País, 26 de enero de 2004, pág.26

Es verdad que los mayores son un componente del desarrollo socioeconómico. Se ha creado y está creciendo un mercado específico relacionado con las personas mayores. Se dice que incluso los grandes fondos de pensiones pueden derribar gobiernos y, sin embargo, los cuidados de las personas mayores siguen siendo en España una cuestión de las familias.

Efectivamente, las familias, especialmente las mujeres, son las grandes proveedoras de cuidados, casi siempre en solitario. Según un informe del IMSERSO¹⁰, en los últimos diez años la media de edad de las cuidadoras se ha incrementado un año hasta rozar los 53 años. En el 47% de los casos, las mujeres (las hijas) son las únicas de la casa que se ocupan del mayor. No es de extrañar, entonces, que el 62% de las cuidadoras afirme que se encuentra con problemas profesionales y económicos (un 26% no puede plantearse trabajar fuera de casa y un 11,7% ha tenido que abandonar su empleo; también, a un 7% esta dedicación les ha ocasionado problemas con su pareja). En esta situación, las vacaciones son casi una quimera: (el 38% no puede disfrutar de estos periodos de ocio). Además, en un 70% de los casos la cuidadora y la persona atendida viven juntas.

Por añadidura, las cuidadoras que además trabajan fuera de casa, han aumentado en una década cuatro puntos alcanzando el 26%. Quizá esta situación de pluriempleo contribuya a ese 33% de mujeres con mayores a su cargo que se declaran cansadas. Más de la mitad afirma tener problemas de salud. Igualmente afirman tener un padecimiento crónico el 45% de las cuidadoras, seis puntos más que en 1994.

Por todo ello, las cuidadoras informales no pueden seguir siendo el sostén principal de las personas dependientes; además, este modelo familista está en declive, entre otras cosas por la creciente incorporación femenina al mercado laboral, el sustancial descenso de la natalidad y el cambio en el tipo de relaciones familiares, sobre todo porque resulta cada vez más acentuada e insoportable la discriminación en función del género y la edad. Las mujeres están abandonando el papel que hasta ahora habían ejercido, (el de cuidadoras de los familiares dependientes) y así se han alterado las redes tradicionales de atención y apoyo familiar.

La necesaria atención de las personas dependientes obliga a un desarrollo sistemático de los llamados servicios de proximidad que incluyan tanto la asistencia social de apoyo (cuidados personales, limpieza de hogar, apoyo para otras actividades) como los cuidados sociosanitarios. Hoy en día¹¹, el grueso de

10. IMSERSO (2005): "Cuidados a las personas mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar", en www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf

11. CASADO, D., y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "La Caixa". Colección de Estudios Sociales, nº 6, pág. 206.

la asistencia que reciben las personas mayores dependientes que no han sido institucionalizadas, al igual que ha sucedido tradicionalmente, la siguen proporcionando cuidadores informales. Así, en un 83% de los casos la familia constituye la única fuente de ayuda utilizada –a veces con el apoyo de empleados, con frecuencia mujeres inmigrantes- y sólo una mínima fracción recibe la atención de los servicios públicos.

Puestos a evaluar los cuidados que se ofertan desde los servicios sociales de las distintas administraciones públicas, ha sido la atención domiciliaria el mejor servicio prestado al constituirse como un conjunto de actividades socio-sanitarias cuyo objetivo ha sido identificar, valorar y realizar un seguimiento de la persona dependientes potenciando de este modo su autonomía y mejorando la calidad de vida.

Esta consideración de la ayuda a domicilio no resta un ápice que los datos sobre prestaciones sociales indiquen un desarrollo limitado en sus diferentes modalidades. Ahora¹² sólo el 9,4% de los mayores dependientes (de los 7,2 millones de personas mayores, 1,7 poseen algún tipo de discapacidad) reciben cuidados de los servicios sociales. La ayuda a domicilio sólo da cobertura al 3,14% de la población dependiente (228.815 usuarios); la teleasistencia (un sistema de aviso telefónico en caso de problemas del mayor), tiene una cobertura de sólo el 2,05% de la población (148.905 usuarios), y los centros de día a una proporción todavía inferior (0,46%). Finalmente, existen casi cuatro plazas residenciales (3,66%), por cada cien mayores (en la UE hay siete).

Cuando la enfermedad o, en otros casos, la soledad lleva a las personas mayores a solicitar una plaza en residencias, deben soportar injustas listas de espera que sólo se ven acortadas en aquellos casos en que se puede pagar el ingreso en un centro privado, pero que se prolongan cuando son plazas públicas. Las diferencias de precio entre unas y otras plazas de residencia no es una cuestión baladí, ya que una plaza privada puede superar en un trescientos por ciento el coste mensual de una de carácter público. El informe 2004 sobre las personas mayores dice que el 60% de las camas en residencias públicas son para personas que no pueden valerse por sí mismas, y que el precio medio de una plaza pública en una residencia es de 1.200 euros mensuales, si bien en el caso de mayores no dependientes.

En conjunto queda patente la escasa cuantía media del gasto social para mayores (entre 113 y 454 euros al año según comunidades autónomas de residencia), aunque en el informe se constata un hecho que reduce el riesgo de las personas mayores de quedar inermes ante la dependencia (sobre todo entre ese uno de cada cuatro que vive solo), y es que el 87,2% de las viviendas en que residen los ancianos es de su propiedad. En la inmensa mayoría (81%), además, está libre de cargas, circunstancia que supone un gran alivio en los presupuestos de las personas mayores, aunque existe una cierta penuria en las condiciones de

12. IMSERSO: Informe “Las personas mayores en España, 2004”.

las mismas como se deduce de ese 20% que vive en un piso alto sin ascensor y que más de la mitad carezcan de calefacción central.

Las actividades sociales y el mantenimiento de relaciones sociales y familiares pueden suplir las carencias de instituciones cerradas (el 10% de la población anciana vive en instituciones y el 90% es autónoma e independiente), a todas luces insuficientes para prestar cuidados en una sociedad cada vez más envejecida. Por esto debemos resaltar la importancia de la atención domiciliaria que permite a los mayores seguir vinculados con su medio habitual, su domicilio, su familia y sus amistades. También hacemos expresamente hincapié porque la atención domiciliaria es deficitaria en nuestro país, pues tan solo poco más de un 3% de los ancianos es beneficiario de dicha atención, frente al 21% de los ancianos holandeses, el 31% de los daneses o el 11% de los franceses.

Y si la atención domiciliaria es deficitaria ¿cómo subvienen a sus necesidades y demandas los mayores dependientes y las familias que los cuidan?, pues a través de la mano de obra extranjera mediante la transferencia internacional del cuidado. Hoy día se ha producido una revolución silenciosa en el marco del trabajo asistencial. Buena parte de las demandas asistenciales han sido satisfechas por la mano de obra femenina inmigrante, principalmente la llegada desde los países iberoamericanos¹³, así como del este europeo. La inmigración latinoamericana crece sin parar en España y la lengua materna les favorece a la hora de ser contratadas, pero también su educación en un país como España que ha perdido casi por completo la costumbre de tratar de usted a las personas para expresar respeto, como exigen las normas de cortesía que sí se conservan en los países iberoamericanos.

La utilización de esta ayuda resuelve el problema de una población occidental que envejece, representando además un fuerte ahorro para los servicios sociosanitarios, principalmente entre los países de tradición familista¹⁴. Ha sido la apertura a escala internacional del mercado de trabajo asistencial el que ha liberado de presiones a los sistemas de bienestar europeos que veían en el creciente número de personas longevas y dependientes el final de tales sistemas proteccionistas. De este modo, la demanda y la oferta asistencial han sabido darse la mano siguiendo vías desconocidas e imprevistas que a su vez han ayudado a lograr la presión migratoria y su necesaria integración.

13. El 63% de los inmigrantes empleados en el sector del servicio doméstico procede de países latinoamericanos, sobre todo de Ecuador, Perú y la República Dominicana, según el estudio *La inmigración y el mundo del trabajo: el servicio doméstico*, redactado por el sindicato UGT en noviembre de 2003.

14. España destina a ayudas familiares el 0,5% del PIB, frente a una media del 2,2% en la UE de los Quince.

¿QUÉ ENVEJECIMIENTO?

Pese a que la consideración del ocio como elemento que promueve la salud es tan antigua como el hombre, ha sido sin embargo en las últimas décadas cuando las actuaciones dirigidas a lograr el estado de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas han logrado que este fenómeno cobre mayor importancia y se le otorgue el valor que realmente tiene. Esta significación se ve incrementada en el momento “crítico” de la jubilación.

La jubilación en nuestro país tal y como se concibe para la mayoría de las profesiones supone un “rito de transición”. Se abandona la que se ha venido denominando la etapa de madurez adulta y se comienza un nuevo periodo que diferentes autores han bautizado como la tercera edad, la edad dorada y que hoy día se permiten diferenciar con la llamada cuarta edad, propia de los mayores de 75 y 80 años. En definitiva, tras la jubilación se abre una nueva fase dentro del ciclo vital para la que no siempre estamos adecuadamente preparados, pues la vejez es la edad de la vida en la que existe más variabilidad tanto del estado de salud como del estado psíquico o de relaciones sociales y, por tanto, en la que comienza un nuevo aprendizaje.

Las personas mayores tienen muchas posibilidades para disfrutar un ocio que sea significativo, pero en ocasiones carecen de las destrezas o habilidades necesarias. Para superar esta situación de carencia son miles los mayores que estudian en España en diversos y crecientes proyectos universitarios (universidades populares, universidades de la experiencia, sénior, etc.), logrando de ese modo un doble objetivo: de formación a lo largo de toda la vida y, para la sociedad el aprovechamiento de la experiencia de los mayores.

Ya no se muere la gente cuando llega la jubilación. La prolongación de la vida más allá de la vida laboral es un hecho real y un éxito social. Las actuales condiciones originarias de calidad de vida, como la higiene, la alimentación, los avances en el campo de la medicina y en las infraestructuras de los hogares, entre otras, además de las nuevas condiciones en el ámbito laboral como las jubilaciones anticipadas y diferentes acuerdos de prejubilación, hacen que hoy, cuando una persona se jubila o cesa en el mundo profesional, pueda tener por delante un tercio o más de su vida por vivir. Los últimos datos¹⁵ señalan que más de 100.000 españoles de más de 65 años guardan alguna relación con el mercado de trabajo, bien porque han prolongado su vida laboral o porque trabajan por cuenta propia; sin embargo, cada vez son más los trabajadores que se retiran antes de cumplir los sesenta y cinco años. Los trabajadores del régimen general de la Seguridad Social abandonaron su vida laboral a la edad media de 62 años y, según revelan los datos del Ministerio de Trabajo en el 2004, el 64,5% de las jubilaciones (prácticamente dos de cada tres) se produjeron antes de la edad oficial de retiro.

15. IMSERSO: Informe “Las personas mayores en España, 2004”.

Esta realidad, como ocurre en muchos otros casos, una vez más se ha adelantado a nuestra capacidad para afrontarla. Por ello se hace necesaria una preparación que nos ayude a planificar esta importante etapa en nuestras vidas. La jubilación es un hecho fundamental que viene acompañado de cambios biopsicosociales que conviene conocer anticipadamente para la puesta en marcha de los recursos personales y/o sociales que favorezcan un proceso de envejecimiento positivo y activo, pues de todos es conocido el efecto protector que una red social amplia y dinámica supone para la persona a cualquier edad. En el caso de las personas mayores, esta red tiende a verse reducida, o al menos modificada, con el paso del tiempo, lo que obliga a la persona a adaptarse a nuevos cambios sin saber cómo hacerlo.

Por otra parte, el uso de ciertas medidas de promoción de la salud y determinadas intervenciones sanitarias y sociales permiten comprimir la morbilidad (las situaciones de enfermedad) en los últimos años de la vida, y tener más años libres de incapacidad. Así, los porcentajes que se ofrecen sobre salud en el Informe del IMSERSO del 2004 indican que el 39% de los varones y el 40,7% de las mujeres de 65 o más años considera que su salud es regular. La califican como buena el 37,5% de los hombres y el 28,8% de las mujeres, mientras que manifiesta mala salud el 13,5% y el 21,8% respectivamente. La dolencia más frecuente es la osteoarticular (artrosis, reumatismo, dolor de espalda), que padecen el 24,6% de los hombres y el 42,5% de las mujeres. Como se puede observar en la diferenciación por género, son las mujeres quienes confiesan peores indicadores de salud, quizás por encontrarse en relación con una mayor expectativa de vida.

En cualquier caso, para paliar estas situaciones de riesgo o pérdida de salud, están los factores que desaceleran o disminuyen la velocidad de la morbilidad, tales como la cultura, el nivel de vida, los servicios de salud integrales, la educación, la seguridad social, la atención integral a largo plazo, así como la eliminación del tabaquismo y el alcoholismo, el control de la drogadicción, el ejercicio físico sistemático, la dieta y una nutrición adecuada. También la dieta, el consumo de alcohol, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo pueden ser determinantes importantes de un envejecimiento saludable. En los últimos años, la guerra institucional declarada contra el consumo de tabaco y la obesidad así como el apoyo a la actividad física, permiten asegurar un envejecimiento libre de discapacidades en edades medias de la vida.

Hay enfermedades crónicas responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades como son la arterosclerosis, la artritis, la diabetes, el enfisema pulmonar, el cáncer y la cirrosis que representan en sí limitaciones fundamentales por la pérdida acelerada de las reservas del organismo. Además, existen factores científicamente probados que aceleran el envejecimiento de una persona como son la hipertensión arterial, el colesterol elevado, dieta y nutrición inadecuada, capacidad vital disminuida, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, y diversos factores adversos (personales, psicológicos, sociales y culturales).

No obstante, los avances científicos han permitido el control y prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, la promoción de salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas. De hecho sabemos que una persona genéticamente favorecida y que evite la enfermedad y los factores de riesgo puede vivir más que lo actualmente establecido. Por ello, insistimos que la asociación de dependencia y persona mayor es del todo poco aceptable y que debemos incidir en los aspectos positivos de una vida larga y saludable.

Otras claves para “envejecer con éxito” son entrenar el cuerpo y la memoria, desarrollar alguna tarea productiva, cultivar las amistades y tener algunas características intrínsecas de personalidad flexible, percepción de autoeficacia y un sentimiento positivo hacia el propio proceso de envejecimiento. En Norteamérica, donde las personas mayores son casi ochenta millones, dicen que los llaman *woof* (well old older folks), es decir, mayores de buen ver, mayores que llegan a edades altas con dignidad, optimismo y vitalidad. Como los *woof*, es posible romper con las tendencias de carácter negativo y superar las barreras que impiden el *envejecimiento activo* mediante la adopción de su principal estrategia: la posposición del daño más que la curación del mismo.

El término *envejecimiento activo* fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y, de este modo, reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones¹⁶. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro “basado en los derechos” que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el envejecimiento activo se define como “*el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez*”. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcio-

16. “Envejecimiento activo: un marco político”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2002, 37 (S2), pp. 74-105.

nándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia, por ejemplo, la creación de unidades y servicios de geriatría en los hospitales y ambulatorios deberían formar parte de los proyectos de creación de infraestructuras.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

En cuanto a la sociedad, ésta debe apoyar una cultura del envejecimiento activo y saludable que permita a los mayores que sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas. Que necesiten una atención sanitaria y social menor. Que no padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y una buena calidad de vida. Y, por supuesto, que sigan participando en el ámbito económico, social, cultural y político tanto a través de trabajos remunerados, como de colaboraciones sin remunerar o del voluntariado.

De este modo, cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida. Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad. Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo. Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria, y menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

INFLUENCIAS Y DEPENDENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Para lograr una cultura de envejecimiento activo es necesaria la interacción de factores relacionados tanto con el entorno físico como con el social; factores relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; factores económicos y factores de índole personal y de estilos de vida; y aunque en este momento no es posible atribuir una causalidad directa a ningún factor, sí resulta evidente que en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida intervienen todos los factores.

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias que rodean a las personas, las familias y las naciones. Conocer y comprender estas influencias permite diseñar políticas y programas que funcionen eficazmente. Además, es útil considerar la influencia de los diversos factores que inciden en el curso vital a fin de intervenir para la mejora de la salud, la participación y la seguridad en las diferentes etapas del ciclo. Es decir, necesitamos comprender las vías a través de las cuales afectan estos grandes factores a la salud y el bienestar.

En este sentido, uno de los factores que intervienen en el proceso de un envejecimiento activo de manera palpable, son aquellos relacionados tanto con el entorno físico como con el social.

Que el medio físico tenga en cuenta a los mayores puede ser determinante en el hecho de que dichas personas sean dependientes o independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor sea física y socialmente activa si puede ir a pasear con seguridad por parques bien iluminados y acceder al transporte local con facilidad.

Las personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas salen menos de casa y, por tanto, son más propensas al aislamiento y a la depresión, así como a que su estado físico sea peor y tengan más problemas de movilidad.

Respecto a las viviendas, una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los mayores. De forma complementaria se podría potenciar el desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda, como viviendas compartidas o tuteladas que favorecieran el desarrollo individual y social evitando a la vez el aislamiento, y de paso solucionando el gravísimo problema residencial que sufre España, donde según se informaba en la página web “Portal Mayores”, existían sólo 4,1 plazas por cada cien usuarios potenciales.

Entre las personas mayores, la malnutrición, desde el déficit de vitaminas y minerales hasta pérdidas de peso o falta de proteínas, ronda el 50%. En los mayores que viven en casa o con su familia el porcentaje de malnutridos oscila entre el 3% y el 15%. Entre las causas de esta situación está la falta de apetito, la dificultad para tragar u otras enfermedades. Influyen factores como problemas con los dientes, cambios en el olfato y el gusto, la medicación, la discapacidad, la soledad o directamente la pobreza de los mayores. A ellos se une la monotonía de la dieta en residencias y hospitales¹⁷.

La cultura que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. “Si no se hace un esfuerzo por dignificar el papel del anciano, se perderá para siempre esta característica positiva. Una cultura de envejecimiento es una cultura de solidaridad. Solidaridad entre ricos y pobres, entre jóvenes y viejos, entre países desarrollados y países subdesarrollados¹⁸”.

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son otros factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen.

17. Según la presidenta de la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada, Carmen Gómez Candela.

18. Alex Kalache. El País, 26 de enero de 2004, pág. 26.

El apoyo social de familiares, amigos, vecinos o voluntariado, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida (y especialmente en la actualidad en el área de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación) y la protección frente al abuso tanto físico, sexual, psicológico y económico, son fundamentales para mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Evitar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación y el abuso, disminuye enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

Otros factores que también pueden influir de manera decisiva en la salud y el bienestar son aquellos relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales. En el estudio¹⁹ sobre *Salud y estilos de vida en España* se advierte como un indicador preocupante que en los últimos diez años ha aumentado la proporción de quienes afirman que su estado de salud es malo o muy malo (del 7,1% al 9,6%). La proporción de quienes consideran que su situación es satisfactoria es la tercera más baja de Europa, sólo por delante de portugueses e italianos. Esto puede deberse a que hay una mayor autoexigencia, pero también es debido al aumento del envejecimiento de la población y su interrelación con otros factores sociales.

Esta percepción negativa se refleja en el aumento de las visitas a las consultas médicas, la morbilidad, las enfermedades crónicas, las agudas, los accidentes y el consumo de alcohol entre otros indicadores. Como muy bien lo expresa W.Actis, “lo que está claro es que cuando uno se siente mal, acaba viviendo peor”.

Entre 1993 y 2001 ha aumentado más del 30% el número de afectados por las enfermedades crónicas más importantes (hipertensión arterial; colesterol elevado; diabetes y enfermedades del corazón). El ascenso ha sido de un 19,4% en los casos de alergia y de un 2,1% en los de asma o bronquitis crónica. La excepción son las úlceras de estómago que han bajado un 7,9%.

El incremento de las enfermedades crónicas, concluyen los autores, se debe a distintos factores. Entre otros citan el continuo envejecimiento de la población (incidencia de enfermedades degenerativas como la artrosis, demencias, deficiencias locomotoras, visuales o auditivas, etc.), las condiciones de vida (medioambientales, alimentación, estrés, etc.), pero también la mejora de los medios de detección precoz e incluso modificaciones en los criterios diagnósticos.

Por esto, para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.

19. Actis, W., Pereda, C., y de Prada, M.A. (Colectivo IOÉ) (2004): *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década*. Madrid: FUNCAS, pág. 13.

Para el fomento del envejecimiento activo los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades estableciendo programas de educación nutricional y de salud, y programas de ejercicio para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza.

Estos programas permitirían evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez, y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores informales y los cuidados profesionales.

Hay que señalar que a los cuidadores informales, en su mayoría mujeres, se les debería prestar una atención especial por el riesgo elevado de que caigan enfermas apoyándoles con formación, asistencia temporal y/o ayudas económicas.

Partimos del hecho social que reconoce a los hombres y las mujeres enfrentándose de distinto modo al proceso de envejecimiento. No es por tanto equiparable la situación de un hombre mayor y de una mujer mayor²⁰. La trayectoria vital y social de ambos está claramente diferenciada desde la infancia hasta la edad adulta, y estas diferencias se trasladan al modo de enfrentar la jubilación.

Además de los factores relativos al entorno o a los servicios sanitarios y sociales se encuentran los factores económicos. Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Respecto a los ingresos, las personas que más preocupan son aquellas que viven solas, sin hijos ni familiares, pues el riesgo de llegar a la indigencia es mayor. Precisamente en este colectivo de riesgo destacan las mujeres viudas que no trabajaron fuera del hogar (en España sólo el 26% de las viudas recibe sus mayores ingresos gracias a su pensión de jubilación, frente al 88% de los viudos), ya que la pensión de viudedad²¹ es menor que la de jubilación. Las mujeres pierden hasta el 44% de sus ingresos al enviudar, lo que las coloca entre las más pobres de Europa²². Así pues, al dolor por la pérdida del cónyuge se suman, por lo general, graves problemas derivados de un cambio radical en la situación económica.

20. Ver los interesantes capítulos insertados en Arber, S., y Ginn, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea. En estos trabajos se presentan nuevas perspectivas sobre cómo influye el envejecimiento en el trabajo de las mujeres y en su jubilación, en las relaciones maritales, en el apoyo que reciben de la comunidad y en la percepción que tienen de sí mismas.

21. En marzo de 2005, la pensión media de jubilación del sistema de la Seguridad Social se situó en 684,55 euros al mes, mientras que la pensión media de viudedad se situó en 455,09 euros.

22. Namkee Ahn. Documento de trabajo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada, que utiliza datos del Panel de Hogares de la Unión Europea.

Si la mayor parte de las personas que enviudan son mujeres es debido a que poseen una mayor esperanza de vida, lo que conlleva que la situación de viudedad y las dificultades económicas tengan mayor duración que en el caso de los hombres. Por esto, el género es un medio que nos permite considerar la idoneidad de las distintas opciones políticas instauradas sobre cómo afectan al bienestar de hombres y mujeres.

Para paliar esta situación de riesgo de pobreza entre las viudas, es frecuente que en España las personas viudas compartan vivienda con los hijos o algún familiar; de hecho suman menos del 40% las personas viudas que viven solas frente al 80% en países como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido. En España, las viudas que viven en compañía son las que tienen más probabilidades de reducir el riesgo de sufrir graves dificultades económicas (un 35% frente al 45% entre las personas viudas que no comparten la vivienda).

Y si ya hemos constatado que no es igual la situación de hombres y mujeres jubilados, tampoco encontramos situaciones de igualdad en los ingresos de los pensionistas, pues a la discriminación en función del género se sucede la discriminación por edad. En general, los pensionistas más mayores están sujetos a bajas cantidades, mientras que cada año las prestaciones de los nuevos jubilados superan el importe de las existentes.

La fórmula para calcular la cuantía de la pensión es la misma, pero las cotizaciones entregadas a la Seguridad Social son decisivas a la hora de establecer el retiro. Persisten las diferencias debidas a las carreras profesionales de los titulares de la prestación, por ejemplo, entre una prestación del régimen especial agrario y otra del régimen general porque tampoco las aportaciones realizadas durante la vida laboral responden al mismo volumen. Igualmente, en el importe de la pensión repercuten los años trabajados. A carreras largas corresponden pensiones más altas. En este sentido, hay que tener en cuenta que la ley establece que para recibir el cien por cien de la prestación es preciso haber cotizado un mínimo de treinta y cinco años, aunque tan sólo con quince años se tiene derecho a una pensión mínima contributiva.

En el terreno laboral, es necesario apoyar la contribución activa y productiva de los mayores, tanto en trabajos remunerados como sin remunerar (el hogar, el cuidado de niños o de otros mayores) y en labores de voluntariado (en colegios, comunidades, organizaciones públicas, museos y empresas privadas). De este modo les hemos reconocido en la familia como consejeros, recaderos, limpiadores, cuidadores; en los colegios participan en proyectos intergeneracionales; son activos en programas de acogida familiar, en asociaciones diversas y hasta asesoran empresas.

Estas actividades mantienen y aumentan sus contactos sociales y su bienestar mental a la vez que hacen que se sientan reconfortados por su contribución a la sociedad. También se puede apoyar esta área con programas de jubilaciones graduales o parciales.

Respecto a la protección social, y dada la cuantía media de las pensiones de jubilación, sigue siendo la familia el principal apoyo de los mayores. Sin embargo

“la diversidad de formas familiares, normas y conductas ha aumentado y esto ha producido un cambio en las relaciones familiares²³. De hecho, las personas viven actualmente en familias intergeneracionales que son cualitativa y cuantitativamente diferentes a las de sus antepasadas. Por consiguiente, son necesarias reformas en las políticas familiares y de cuidado, en lo referente a aspectos cruciales socialmente, como el cuidado de las personas mayores, la conciliación de la vida familiar y laboral y el desarrollo de servicios que respondan a una demanda creciente. En este contexto, los cuidados de larga duración se presentan como el reto más importante al que se enfrentan los gobiernos, principalmente por las implicaciones que tienen para las familias y los servicios”. Además, debido al cambio actual en la estructura familiar por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es necesaria una mayor protección pública para evitar la soledad y la mayor vulnerabilidad.

En este sentido, la próxima aprobación de una Ley de protección social frente a la dependencia se debe entender como una norma que reconozca un derecho subjetivo a través de una prestación pública y universal, preferentemente de servicios y en algunos casos económica, y con un sistema de copago similar al ahora vigente en residencias (se paga un porcentaje de la pensión o de ingresos entre el 75% y el 80%), y en ayuda a domicilio (entre el 10% y el 15%).

Finalmente, otros factores que intervienen de manera fundamental en el proceso de envejecimiento activo son los de índole personal y los relativos a los estilos de vida. Sabemos que la biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona, pues el envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente.

Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna. La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como la cardiopatía, el Alzheimer y ciertos cánceres varía considerablemente de persona a persona. En general, no padecer enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual de la herencia, de la conducta personal, de la adaptación a la vida cotidiana y del entorno físico y económico, si bien es verdad que algunas enfermedades como el Alzheimer son consecuencia de vivir más años. En España, donde la población que ha desarrollado esta enfermedad es de unas 600.000 personas, casi el 90% de las mismas son mayores.

Durante el proceso de envejecimiento, capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria disminuyen de

23. Bazo, M^a T., y Ancizu, I. (2004): “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada, en *Reis*, n^o105, pág. 45.

forma natural. Sin embargo esto puede compensarse con un incremento de la sabiduría, de los conocimientos y de la experiencia. Es más frecuente que la falta de actividad práctica, la falta de motivación y de confianza, el aislamiento y la depresión, sean causa de la disminución del rendimiento cognitivo más que del envejecimiento en sí mismo.

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado²⁴ son importantes en todas las etapas del curso vital. Al hacernos mayores deberíamos relajarnos y tener menos responsabilidades. Las personas mayores que se adaptan bien tienden a tener un autocontrol y una actitud positiva y están convencidos de alcanzar sus metas.

La capacidad de las personas para ejercer el control de sus vidas de manera positiva está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece y a la preparación para la jubilación. Sin embargo hoy día asistimos a un proceso consumista contrario a este proceso de envejecimiento activo y que los expertos han denominado tratamiento *antiaging*, donde la imagen y su tratamiento es el dispositivo a partir del cual se organiza no sólo las relaciones sociales sino la autoestima. Buena parte de la población desea retardar u ocultar su envejecimiento mediante la cosmética, el deporte, la medicina o la nutrición.

Este ir contra el proceso natural de envejecimiento ha llegado de la mano de un proceso de conversión estética donde se alaba la imagen de lo joven hasta la exasperación. Este culto a la juventud se manifiesta en los medios, y conlleva cambios en los roles sociales de las personas mayores y de la opinión pública. La búsqueda patológica de una belleza que no corresponde a la edad de la persona ha dado lugar en las cirugías faciales a rostros inexpresivos, estereotipados, ausentes de algunas de las características que hacen al rostro humano bello, independientemente de la edad. La búsqueda de la fuente de la eterna juventud sigue ahogando los anhelos de una vida activa, sana y con altas dosis de bienestar y felicidad.

La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina hasta qué punto las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades). Para ello nada mejor que fomentar las relaciones sociales, las cuales pueden prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en contra de lo que se piensa del estilo de vida, en España la falta de apoyo afectivo va en aumento. El 30% de los mayores de 65 años vive sin recibir una invitación para salir y pasar un rato acompañados, el 14% no tiene quien le

24. El *autocuidado* comprende la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios, desarrollados en el contexto de la vida cotidiana. La *autoayuda* incluye las acciones personales para promover, mantener o restaurar el estado de salud propio o de la comunidad. Los cuidados no formales, casi siempre desarrollados por miembros de una familia, ocupan en torno al 80% del tiempo total empleado en cuidados de la salud. Colectivo IOÉ (2004): *Salud y estilos de vida en España*. Madrid: Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS), pág. 87.

aconseje en momentos importantes, el 13,8% no puede hablar de sus problemas personales y familiares, y un 10,4% afirma simplemente que no recibe amor y afecto. “En resumen²⁵, las situaciones de carencia afectiva se hacen notar especialmente *en edades maduras* (mayores de 45 años), entre personas que *no conviven en pareja*, en mayor medida si *viven solos*, especialmente entre los que pertenecen *a los sectores sociales más débiles* (con menores niveles de estudios y de ingresos)”.

En cuanto a los factores conductuales, uno de los mitos sobre el envejecimiento gira sobre la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde. Sin embargo esto no es cierto, pues realizar una actividad física adecuada evitando la vida sedentaria, llevar una alimentación sana, no fumar, el consumo prudente de alcohol y el uso correcto de los medicamentos en la vejez pueden evitar enfermedades y el declive funcional. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de setenta años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de treinta años que no se mantiene en forma.

¿Qué actividades²⁶ realizan los mayores? Las encuestas realizadas para conocer a qué dedican el tiempo los mayores indican que, además del tiempo dedicado a dormir y al cuidado de la salud (unas doce horas diarias), cerca del 97% ve la televisión, un 71% escucha la radio mientras no llega al 10% los que se dedican a leer con frecuencia (en esta cifra puede incidir el nivel cultural y los problemas visuales de muchas personas mayores).

El 70% suele pasear e ir a comprar; hasta un 43% realiza alguna actividad turística después de la jubilación y entre un 20% y un 30% aproximadamente participa en alguna asociación, en actividades culturales, asiste a cursos de manualidades o hace deporte. Pero lo que hay que destacar es que el porcentaje de mayores que querrían realizar estas actividades, sobre todo ejercicio físico, ir a pasear o de compras, acudir a sociedades recreativas o leer el periódico es aún mayor. Incluso hasta un 40% está interesado en mantener una actividad o transmitir sus conocimientos a personas más jóvenes, por que tienen tiempo para asociarse como demuestra las aproximadamente cinco mil cien organizaciones registradas en España. Efectivamente, la participación en la vida cívica y social es más intensa que la de cualquier otro grupo de edad, sobre todo porque les sobra tiempo. Tiempo activo para un envejecimiento activo.

25. Colectivo IOÉ (2004): *Salud y estilos de vida en España*, pág. 90.

26. <http://www.netdoctor.es>

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIS, W., PEREDA, C., y de PRADA, M.A. (Colectivo IOÉ) (2004): *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década*. Madrid: Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS).
- ARBER, S., y GINN, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- BAZO, M^a T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau Llibres.
- BAZO, M^a T., y ANCIZU, I. (2004): “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada, *Reis*, 105, pp.43-77.
- CASADO, D., y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación “La Caixa”. Colección de Estudios Sociales, nº 6.
- CODINACH i MONCUNILL, T. (2003): “Dependencia y vejez. Consecuencias socio-familiares, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 64, pp.119-124.
- DE CASTRO, A. (1990): *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea.
- DURÁN, M^a A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.
- FERICGLA, J. M. (1992): *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- FERNÁNDEZ-MAYORAL, G., et al. (2003): “Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC”, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (1), pp.43-46.
- FLORES TASCÓN, F. J. et al. (1994): *Saber envejecer. Cómo vivir mejor*. Madrid: Temas de Hoy.
- GARCIA, A., y MARTINEZ, J. B. (2002): “Nuevas perspectivas en el trabajo socioeducativo con personas mayores”, *Educación Social*, 22, pp.52-70.
- GIRÓ MIRANDA, J. (coord.) (2004): *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- (coord.) (2005): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- GUILLEMARD, A. M. (1972): *La retraite: une morte sociale*. París: Ecole Pratique des Hautes Etudes.