CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Libro Blanco del envejecimiento **activo**

JUNTA DE ANDALUCIA

LBEA

Edita:
Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
Avda. de Hytasa 14
41007 Sevilla
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial

Diseño y maquetación: Global Press Comunicación Integral

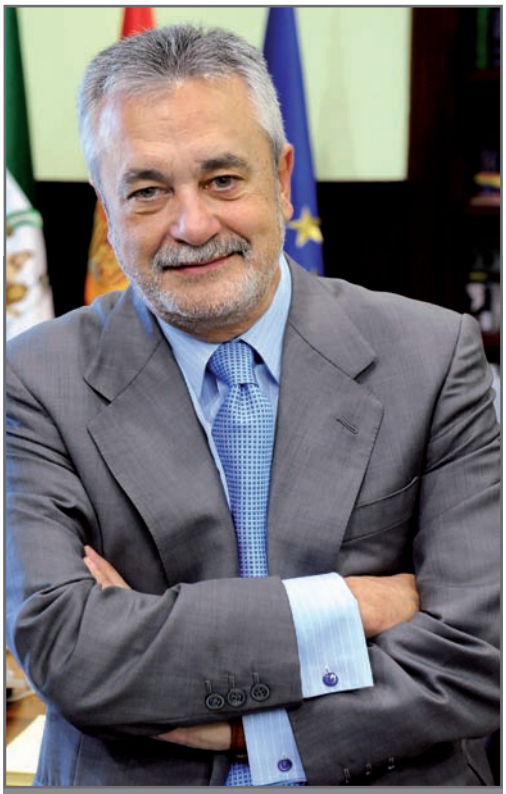
Impresión: Publidisa

Depósito Legal: SE-3379-2010

Segurida
Participa
Dactivo
Vida

Segurida
Participa
Dactivo
Vida

Carta del presidente



La sociedad andaluza se enfrenta a un cambio que supone que, en las próximas cuatro décadas, nuestra población mayor de 65 años se duplicará y llegará a representar casi un 30% del total de nuestra comunidad autónoma.

En la actualidad, las personas mayores son cada vez más activas, quieren vivir con mayor autonomía, viajar y realizar más actividades. Y, sobre todo, quieren aportar su experiencia, seguir desarrollándose como personas y participar activamente en nuestra sociedad.

Adelantarse y adaptarse a estos cambios demográficos y sociológicos es un reto que necesita propuestas y respuestas, porque nos afecta a todos y a todas.

Por ello, desde el Gobierno de Andalucía, se está haciendo una apuesta decidida por las políticas de Envejecimiento Activo. Un nuevo derecho social y un principio rector de las políticas públicas, tal y como reconoce y obliga nuestro Estatuto de Autonomía.

Políticas que consolidan el recorrido jurídico e institucional en materia de derechos, programas y servicios para las personas mayores llevados a cabo en los últimos treinta años.
Con ellas pretendemos avanzar, con perspectiva de género, en un modelo de sociedad más igualitaria, justa y solidaria, así como adecuar la atención a las necesidades presentes y futuras de las personas mayores, aprovechando todo su potencial, riqueza y sabiduría.

El Gobierno de Andalucía tiene la firme voluntad de seguir avanzando en la conquista y el ejercicio de los nuevos derechos sociales de las personas mayores. Por ello, puso en marcha un proceso de participación pionero en España y en Europa cuyo resultado ha sido la elaboración del presente Libro Blanco del Envejecimiento Activo.

Un Libro que, además de ser un instrumento científico de análisis y estudio sobre la realidad de las personas mayores en Andalucía, aporta claves y recomendaciones para construir una "Andalucía sostenible" desde el Envejecimiento Activo.

Se trata de una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, su salud y su entorno; para prevenir situaciones de dependencia, y garantizar su seguridad jurídica, económica y física, así como para combatir la visión estereotipada de la vejez y proyectar una imagen de ésta ajustada a la realidad.

Un Libro para fomentar su participación activa en la construcción de la sociedad, para promover la educación y la formación a lo largo de la vida, la cooperacion y la solidaridad entre generaciones.
En Andalucía, consideramos una prioridad la sanidad, la educación y las políticas para la dependencia como un medio para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Estoy convencido de que, entre todos y todas, seremos capaces de convertir el reto demográfico y sociológico andaluz en una nueva oportunidad para construir y disfrutar de una sociedad más activa, comprometida y solidaria, una "sociedad para todas las edades".

José Antonio Griñán Martínez
Presidente de la Junta de Andalucía

Carta de la consejera

Hay libros que dejan huella. El Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía va a ser uno de ellos.

Con ese objetivo, desde la Junta de Andalucía, se ha impulsado su elaboración participativa, para dejar huella en las personas, en la sociedad y en las políticas de Envejecimiento Activo para el presente y el futuro de Andalucía.

En sus páginas, vais a encontrar, además de un estudio sobre el futuro demográfico de nuestra Comunidad Autónoma, claves y recomendaciones para seguir dando vida a los años, para aprovechar las oportunidades que ofrece la edad, y para generar una nueva conciencia, positiva, solidaria e igualitaria, sobre un proceso vital que afecta a todas las personas.

Son claves y recomendaciones, con perspectiva de género e intergeneracionalidad, que van a contribuir a Vivir en seguridad, Vivir saludablemente, participando y construyendo sociedad, y en continua formación, que han surgido a raíz de un proceso de reflexión y elaboración comprometido, con rigor científico, y visión de futuro, en el que han participado personas, organismos y entidades a las que quiero agradecer su esfuerzo y trabajo.

Gracias a ellas, Andalucía, tiene su "Hoja de Ruta" para llevar a cabo las políticas de Envejecimiento Activo, avanzar en un modelo de sociedad justa con las personas mayores, y para dejar huella en las futuras generaciones.

Micaela Navarro Garzón,
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

Segurida Participa Dactivo Vida

INTRODUCCIÓN 17

METODOLOGÍA 22

EQUIPOS DE TRABAJO 27

CAPÍTULO I. TRANSVERSALIDAD Y PROSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN ANDALUCÍA

1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ANDALUCÍA 35

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA. ASPECTOS ESTRUCTURALES Y TENDENCIAS DE CAMBIO 57

CAPÍTULO II. VIVIR EN SEGURIDAD

1. PREÁMBULO 107

2. SEGURIDAD FRENTE AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS. PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE LA EDAD 111

3. SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS 149

4. SEGURIDAD EN CUANTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS. PROTECCIÓN FRENTE A LOS LÍMITES DEL ENTORNO. HACIA EL DISEÑO UNIVERSAL 177

5. SEGURIDAD COMO PERSONA CONSUMIDORA 182

6. SEGURIDAD EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE SU IMAGEN 185

7. SEGURIDAD EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE SU PATRIMONIO 191

8. SEGURIDAD FRENTE A HECHOS DELICTIVOS 193

9. SEGURIDAD VIAL Y PERSONAS MAYORES 196

10. BIBLIOGRAFÍA GENERAL 199

CAPÍTULO III. VIVIR SALUDABLEMENTE

1. INTRODUCCIÓN 205

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD 207

3. PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA 225
3.1.- PREVENCIÓN PRIMARIA 226
3.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA 244

4. OTRAS ÁREAS 260

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS 279

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA 282

CAPÍTULO IV. PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO SOCIEDAD

1. ENVEJECER PARTICIPANDO.
HABLEMOS DE PARTICIPACIÓN Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO 296

2. ENVEJECER CONSTRUYENDO LA SOCIEDAD.
EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO NO SÓLO ES PARTICIPACIÓN
SINO CONTRIBUCIÓN 324

3. ENVEJECER INNOVANDO.
PARTICIPAR Y CONTRIBUIR SIGNIFICA INNOVAR 345

CAPÍTULO V. VIVIR EN CONTÍNUA FORMACIÓN. LA EDUCACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA

1. INTRODUCCIÓN 375

2. JUSTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA 378

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPACIOS FORMATIVOS 382

4. CATÁLOGO DE RECURSOS FORMATIVOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA 390

5. PROGRAMAS INNOVADORES 392

6. LAS PERSONAS MAYORES COMO PROTAGONISTAS 422

7. CONCLUSIONES 434

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 436

RESUMEN DE RECOMENDACIONES 441

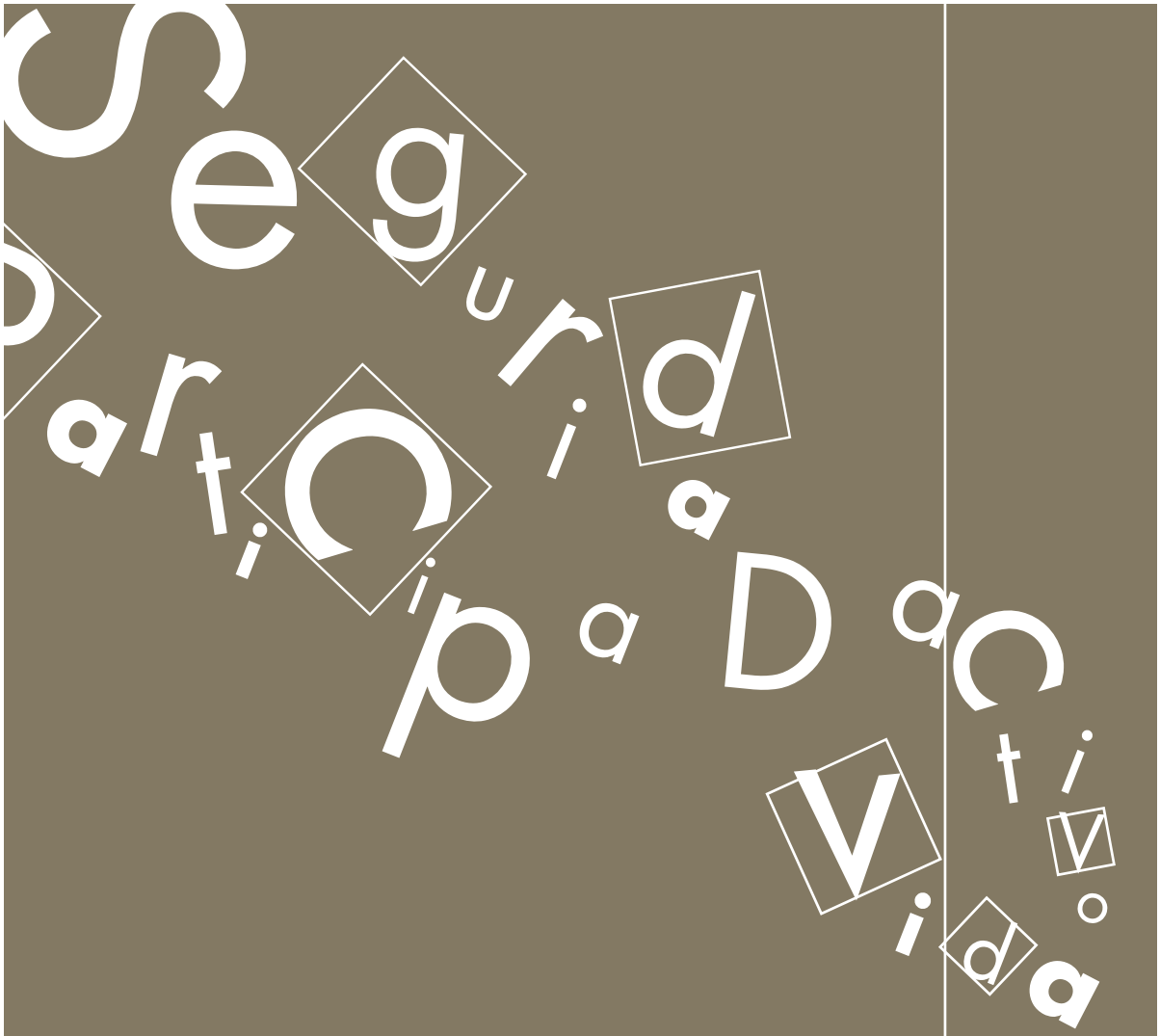
PRESIDENT'S LETTER 472

REGIONAL MINISTER'S LETTER 474

INTRODUCTION 476

RECOMMENDATIONS 481

Segurida Participa Dactivo Vida



INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA

EQUIPOS DE TRABAJO

Segurida Participada Activo Vida

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento debería ser contemplado como un proceso que a todos nos afecta, que requiere modulaciones sociales y respuestas adaptadas. Pero no sólo de los poderes públicos, sino de la propia sociedad, de la propia ciudadanía en un empeño común. Por ello se hace preciso adoptar hábitos de vida saludable, animarse a participar, a vivir, a opinar. Adoptar un estilo de vida presidido por la libertad de elegir , de disponer del patrimonio para el futuro, de decidir en nuestro entorno, de ejercer una necesaria solidaridad ciudadana, de crecer cada día como personas individuales y como miembros de la sociedad. Pero del mismo modo, libertad de elegir para no hacerlo.

Varias consideraciones deben ser derribadas y varios prejuicios deben ser desalojados para sentar las bases de un correcto concepto de envejecimiento activo: la primera, pensar que el espectacular envejecimiento de la población es una amenaza para la sociedad del bienestar es una visión que oculta la oportunidad y reto que conlleva; la segunda, que las personas mayores no representan pasivos de gasto y de contribución, sino que por el contrario, producen riqueza y estímulos en la economía al crear sector, conllevan una adaptación en la forma de prestar los servicios públicos dando entrada a empleados públicos más cercanos, humanos y eficaces; la tercera, que ayudan a las familias y aportan experiencia, que contribuyen a crear mejoras en los entornos.

El envejecimiento activo no ha de verse sólo como una política de acción derivada de la necesidad de adaptarse al crucial cambio demográfico que acarrea el envejecimiento de la población. Debe ser contemplado como una palanca de transformación, que permita adaptar la sociedad –con el esfuerzo de los poderes públicos y de la ciudadanía- a un cambio de paradigma sobre la imagen y valor de las personas mayores. Partiendo de la base de que todos envejecemos y que envejecemos juntos, en nuestras familias y en nuestros contextos, se hace preciso asumir los postulados derivados del envejecimiento activo como un compromiso ciudadano que hace crecer las sociedades y que genera oportunidades, bienestar, riqueza y empleo.

La visión de envejecimiento activo de este Libro representa un modelo que permita envejecer aportando, participando socialmente de acuerdo con nuestras

capacidades. Por tanto, nadie puede ser excluido de las necesarias políticas de envejecimiento activo.

Aprender a "gestionar la edad" se constituye como un factor clave en la construcción de nuestro conce pto. Se trata de acompasar nuestra aportación social a la evolución y al proceso vital ,que ofrece formas distintas de seguir siendo útiles en una Sociedad que nos sigue necesitando a medida que envejecemos.

Nuestra visión del envejecimiento activo en Andalucía, parte de la definición de envejecimiento activo dada por la Organización Mundial de la Salud. Asumimos la necesidad de implementar esta política porque así también lo exige nuestro marco estatutario, como un derecho social y como un principio rector de los poderes públicos. Entendemos, pues, el envejecimiento activo 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"*. Y añadimos la educación y formación para toda la vida. Como un proceso sin interrupción que nos acompaña a lo largo de toda nuestra existencia y que no se queda en la puerta de la jubilación.

En torno a esos cuatro ejes aplicamos los postulados anteriormente referidos. Entendemos el envejecimiento activo como:

- Envejecer SEGURO
- Envejecer SALUDABLEMENTE
- Envejecer PARTICIPANDO y CONTRIBUYENDO
- Envejecer FORMÁNDOSE y EDUCÁNDOSE

Dicho de otro modo; es vivir seguro, contando con los apoyos sociales, jurídicos y sanitarios, caso de necesitarse. Es vivir con salud, disponiendo de recursos que le permitan desenvolver una vida saludable. Es vivir sintiéndose reconocido respetado y requerido para aportar a la sociedad. Es vivir formándose y educándose a lo largo de toda la vida.

Todo ello requiere la adopción de una serie de principios que componen las coordenadas de nuestra visión del envejecimiento activo en Andalucía:

INTEGRAL

El envejecimiento activo presenta una variedad de aspectos y factores que reclaman un enfoque global y conjunto que aborde todos los factores que en él confluyen.

PROTECCIÓN

Los mecanismos de protección de las personas mayores deben verse como respuestas ante situaciones que no definen al grupo, sino ante contingencias por las que pueden pasar otros grupos.

TRANSVERSALIDAD
Las respuestas tienen que darse desde todos los ámbitos implicados no abarcando a uno sólo. Las aportaciones deben de hacerse desde el sector sanitario, social , de transportes, urbanísitico, económico, cultural.

COORDINACIÓN E INTERSECTORIALIDAD
Ha de favorecer la coordinación entre los distintos agentes al objeto de potenciar las acciones y hacerlas eficaces. Prácticamente todas los ámbitos de acción de los poderes públicos realizan acciones sobre personas mayores, pero es preciso enmarcar estas acciones dentro de una política común. No es razonable que acciones que abarcan a un amplio sector de la población se efectúen sin una estrategia global que reparta tareas y competencias.

COOPERACIÓN
Se buscarán formas de cooperación con otras Administraciones y con el Tercer Sector.

INNOVACIÓN Y CREATIVIDAD
Han de buscarse soluciones y respuestas apegadas a la realidad, sostenibles y eficaces. Pero también, desde luego, modelos innovadores y creativos para adaptar las respuestas a las necesidades de la sociedad.

FLEXIBILIDAD
El modelo de envejecimiento activo debe ser flexible y adaptable a los cambios sociales que, cada vez se producen con mayor intensidad en menores períodos de tiempo. Así, este Libro Blanco debe ser un instrumento modulable y ágil que de respuesta permanente a las nuevas necesidades que genera la transformación social derivada del envejecimiento de nuestra población.

INCLUSIVIDAD
Todos y todas participamos del envejecimiento. Todos y todas estamos inmersos en contextos de envejecimiento. Envejecen nuestras familias, nuestros barrios, nuestras ciudades, nuestra región…

INTERGENERACIONALIDAD
La sociedad no está fragmentada, y como tal debería ser un espacio común de enriquecimiento mutuo, donde jóvenes, adultos y mayores convivan e intercambien valores, información, tradiciones…

IGUALDAD
La igualdad de oportunidades y la inclusión social son metas fundamentales sobre las que se orienta la política andaluza actual, y deben representar, así mismo, las bases fundamentales del desarrollo de las políticas activas de envejecimiento.

ATENCIÓN AL ENTORNO URBANO Y RURAL
Para la atención igualitaria al entorno urbano y rural, sería conveniente que se hiciera accesible a las personas mayores los circuitos informativos y que se les motivara para que llevasen a cabo los programas ofertados.

Este Libro se divide en cinco capítulos que abarcan todos los aspectos que confluyen en las políticas de envejecimiento activo. Cada uno de ellos realiza una exposición detallada que conduce a la formulación de una serie de recomendaciones que alcanzan un total de 130.

Así, el primer capítulo, denominado "Transversalidad y Prospectiva del envejecimiento en Andalucía", se inicia con un análisis sobre los cambios sociales derivados del envejecimiento de la población en Andalucía, sus peculiaridades y proyecciones de futuro. También se lleva a cabo un detallado estudio de las personas mayores andaluzas en sus aspectos estructurales y en las perspectivas de cambio. En él se afirma que "es preciso saber cuáles son los rasgos sociológicos fundamentales de las personas mayores en la comunidad autónoma de Andalucía, analizando tanto aspectos estructurales como tendencias de cambio, que informen sobre los diferentes modos de envejecer y que, por añadido, aporten un conocimiento que ayude a desterrar los prejuicios y los estereotipos que a menudo circulan sobre ellas. ". Y en este capítulo se expone la necesidad de abordar las políticas de envejecimiento con dos líneas transversales imprescindibles, cuáles son la perspectiva de género y las relaciones intergeneracionales.

El segundo capítulo, denominado "Vivir en Seguridad", aborda los distintos aspectos que contribuyen a la formación de uno de los ejes esenciales de nuestro modelo de envejecimiento activo. Gozar de un "minimum" de protección es imprescindible para la construcción de un eficaz concepto de envejecimiento activo. Y se entiende esa seguridad de forma poliédrica: seguridad jurídica y protección de derechos, seguridad económica, seguridad frente a los límites del entorno y seguridad frente a una adecuado tratamiento por los medios informativos y publicitarios de las personas mayores. En un sostenido afán por tratar todos los aspectos que gravitan sobre la vida diaria de las personas mayores se han realizado propuestas sobre la seguridad vial, sobre la discriminación por razón de la edad, sobre la protección del patrimonio familiar, sobre sus derechos como consumidores y consumidoras y ante hechos delicitivos de los que puedan ser víctimas. Vivir con seguridad es un postulado imprescindible para envejecer con calidad de vida.

El análisis de los requisitos de un Envejecimiento Saludable conforma el Tercer Capítulo de este documento . Se denomina " Vivir Saludablemente". En él , a través de profesionales de la salud , se han tratado hasta el agotamiento temático todos los aspectos que confluyen en un envejecimiento saludable. Un ligero análisis del índice de este Capítulo nos da una cabal idea del amplio trabajo de síntesis que se ha acometido. Promoción de la Salud y Prevención de la Dependencia han sido los dos pilares sobre los que se ha asentado este capítulo , más un estudio de los aspectos referidos al maltrato, investigación, formación y nuevas tecnologías así

como un acercamiento a los contextos influyentes en la salud de las personas: el barrio, la familia, el municipio y el ámbito institucional.

El Capítulo IV denominado "Envejecer participando y construyendo sociedad. Innovación y envejecimiento activo" asienta las bases de un exitoso envejecimiento activo por los cauces de la participación. Se envejece mejor si se participa. Se sientan los principios de participación en el envejecimiento. Se recalca el importante componente de construcción y conformación social que reporta la participación activa de las personas mayores en la sociedad. Y enlaza, en una audaz construción, el envejecimiento con la innovación. Se señala en este Capítulo : "la participación y la contribución al bien común propias del envejecimiento activo son en sí mismas fuente de innovación en la medida en que ayudan a construir una sociedad donde envejecer más y, sobre todo, mejor. Nunca antes envejecer había sido posible para tantas personas; ahora tratamos de que ese envejecer vaya acompañado de bienestar general para todas las personas y todas las comunidades, a lo largo de toda la vida."

Finalmente, la incorporación de un Capítulo V referido a la Formación, supone dotar de carta de naturaleza a la consideración por la cual no cabe ligar educación, formación y aprendizaje a determinadas etapas de la vida. Siempre se aprende y siempre se enseña en un quehacer ligado al devenir vital de las personas. Por eso se denomina "Vivir en Continua Formación. Educación para toda la vida". En este Capítulo se señalan las características que han de reunir los espacios formativos, se muestra un catálogo de recursos formativos de nuestra Comunidad Autónoma y se incide en programas como los de preparación a la jubilación activa y los universitarios. Por último, se asienta el protagonismo de las personas mayores en la cultura, conocimiento, lectura, experiencias y tradiciones.

Como último apartado de este Documento se presenta un compendio de las distintas recomendaciones que han ido cerrando cada uno de los apartados temáticos de los capítulos anteriormente referidos. 130 recomendaciones que son las coordenadas sobre las que ha de desenvolverse el desarrollo de las políticas de envejecimiento activo durante los próximos años.

Mª José Castro Nieto,
Directora General de Personas Mayores

Metodología

1.- DESCRIPCIÓN

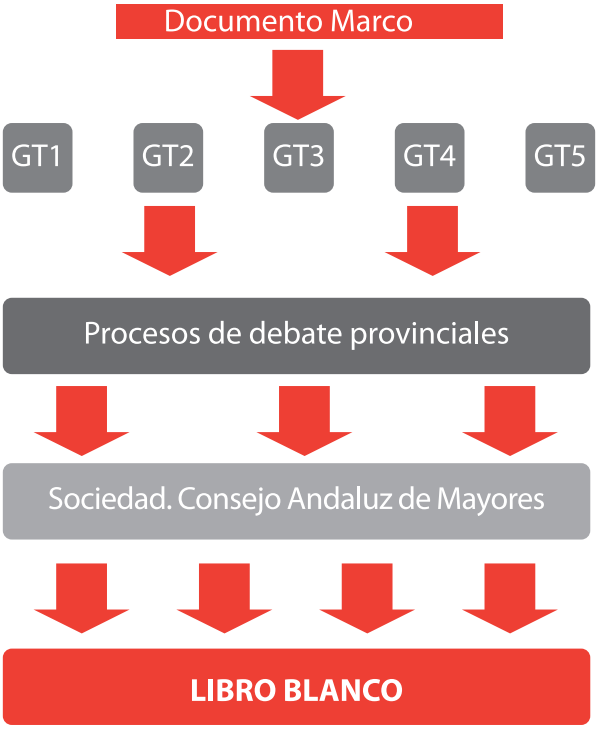
El proceso de elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento Activo partió de un Documento Marco elaborado por la Dirección General de Personas Mayores que compendiaba textos y reflexiones al efecto de enmarcar la materia a discutir. Este Documento fue presentado a la sociedad el mes de julio de 2009 en sendos actos en Sevilla y Granada que contaron con un total de 1100 asistentes con una amplia difusión en los medios.

De todo este proceso fue puntualmente informado el Consejo Andaluz de Mayores. Con fecha de 17 de septiembre de 2009 se convocó a la Comisión Permanente del Consejo Andaluz que procedió a la validación del procedimiento de elaboración con la determinación de que miembros del propio Consejo formarían parte de los Grupos de Expertos que analizarían el Documento Marco. Así se materializaría una participación de primer nivel.

Con fecha de 13 de octubre de 2009 se celebró el I Encuentro Técnico de los Grupos de Trabajo del LBEA . En él se definieron los contenidos y reparto de tareas de los grupos y se comenzó a trabajar con un horizonte de entrega de los trabajos a diciembre de 2009. **Una de las señas de identidad de estos grupos fue aunar la altísima preparación profesional de sus componentes con la presencia de personas mayores conocedoras de "primera mano" de la realidad, a las cuales se les atribuyó el rol de "mayores expertos y expertas".**

El 26 de enero de 2010 tuvo lugar el II Encuentro Técnico donde los Grupos de Trabajo emitieron sus recomedaciones fruto de sus aportaciones y las de los Grupos de Trabajo Provinciales. Se duplicaron las recomedaciones previstas en el Documento Marco. Se pasó de 65 propuestas a 130.

2.- ESQUEMA DEL PROCESO



Hay que indicar que este proceso abrió una serie de debates a nivel provincial en Grupos de Trabajo que, desde el núcleo de los Consejos Provinciales, aglutinaron al sector, profesionales e instituciones como la Universidad así como Administración Local y Provincial. Desde estas instancias se efectuaron propuestas e indicaciones que fueron incorporadas a los Grupos de Expertos.

Por tanto, la participación del proceso ha estado materializada por las siguientes notas:

- COMUNICACIÓN CONTINUA DEL ESTADO DEL PROCESO
- PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES A NIVEL DE EXPERTOS
- PARTICIPACIÓN DESCENTRALIZADA EN PROCESOS PROVINCIALES

■ REPRESENTACIÓN EN EL PROCESO DE :

▷ Técnicos de casi todas las Consejerías
▷ Representantes de sindicatos
▷ Entidades del sector
▷ Administración Local
▷ Instituciones como la Universidad y Centros de Investigación.

Todo ello ha hecho que el Libro Blanco no sea solo un instrumento científico de análisis y estudio de una situación, sino un mecanismo de participación activa en la elaboración de políticas públicas. Podemos decir que más de 200 personas han participado en el proceso de forma directa. Ello le dota de un alto grado de legitimidad participativa.

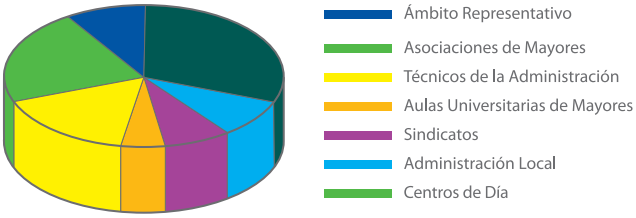
Los equipos de Expertos han contado con la aportación de 61 expertos y expertas de referencia de diversas áreas. Si hicieramos un perfil de los mismos contaríamos con lo siguiente :

▷ 6 Sociólogos
▷ 2 Estadísticos
▷ 9 Psicólogos
▷ 4 Trabajadores Sociales
▷ 6 Juristas
▷ 1 Periodista
▷ 4 Economistas
▷ 7 Médicos
▷ 3 Enfermeros
▷ 1 Psiquiatra
▷ 1 Arquitecta
▷ 2 Matemáticas
▷ 1 Bibilotecónoma
▷ 1 Profesor de Enseñanza Secundaria
▷ 1 Licenciada en Historia del Arte
▷ 1 Geógrafo
▷ 5 Personas mayores expertas
▷ 6 Personas Mayores representativas

3.- PROCESOS PROVINCIALES

Han intervenido en estos procesos que se celebraron de octubre a diciembre de 2009, 114 personas en las reuniones celebradas en los ocho procesos provinciales. Los perfiles participativos han sido los siguientes.

- 10 Representantes del movimiento asociativo
- 25 Asociaciones de Personas Mayores
- 19 Técnicos
- 6 Representantes de las Aulas Universitarias de Personas Mayores
- 9 Representantes Sindicales
- 35 Directores /as de Centros de Día
- 10 Representantes del ámbito local



Segurida Participada Activo Vida

EQUIPO DE TRABAJO

Dirección General de Personas Mayores

▷ MARÍA JOSÉ CASTRO NIETO
Directora General de Personas Mayores

Comité Científico

▷ JUAN LÓPEZ DOBLAS
Profesor titular de Sociología. Universidad de Granada
▷ FERNANDO SANTOS URBANEJA
Fiscal.
▷ JUAN M. ESPINOSA ALMENDROS
Dr. en Medicina. Consejería de Salud
▷ MARIANO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
Profesor titular de Sociología. Universidad de Granada
▷ MANUEL VELÁZQUEZ CLAVIJO
Catedrático Psicología. Universidad de Sevilla
▷ JESÚS J. FERREIRO CASILLAS
Ldo Derecho. Coordinador General Técnico. DGPM-CIBS

Equipo Técnico

Coordinador General Técnico
▷ JESÚS J. FERREIRO CASILLAS

Coordinadores/as Técnico/as (DG Personas Mayores)
▷ MIGUEL A. RECHE POZO
▷ ROSARIO PARRA CASTILLA
▷ Mª DEL CARMEN CARRIZOSA MUÑOZ
▷ LEONOR BURGOS GONZÁLEZ

Coordinadores Técnicos Provinciales
▷ TRINIDAD PÉREZ MÁRQUEZ
▷ MARÍA ISABEL CLAVERO GOMILA
▷ ALEJANDRO VICARIO YAGÜEZ
▷ ENCARNACIÓN GARCIA REYES
▷ JESÚS M. LÓPEZ FERNÁNDEZ
▷ ELÍAS CABEZA HEREDIA
▷ Mª DEL CARMEN MONTAÑEZ ZURITA
▷ FCO. JAVIER GONZÁLEZ MATEOS

Apoyo Técnico
▷ ISABEL CALVO VALLE
▷ PAQUI BONACHERA ESPINO

Grupos de expertos

Grupo I. TRANSVERSALIDAD Y PROSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN ANDALUCÍA

▷ JUAN LÓPEZ DOBLAS
(Coordinador Científico)
▷ PEDRO CHICHARRO RODRÍGUEZ
Diputación Provincial de Sevilla
▷ MARÍA JESÚS CUERVA SALAS
Instituto Andaluz de la Mujer
▷ JUAN A. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Instituto Andaluz de Estadística
▷ INMACULADA LINDO CAMACHO
Trabajadora Social. Experta en intergeneracionalidad
▷ Mª. DOLORES RIVILLAS JURADO
Experta mayor
▷ ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
Instituto de Estudios Sociales Avanzados - Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
▷ FRANCISCO J. ROMANCO VILLARÁN
Instituto Andaluz de la Juventud

▷ ANGELITA SÁNCHEZ CARRILLO.
Experta mayor

▷ MIGUEL ÁNGEL RECHE POZO
(Coordinador Técnico)

Grupo II. VIVIR CON SEGURIDAD

▷ FERNANDO SANTOS URBANEJA
Fiscal (Coordinador Científico)

▷ RAFAEL LEÑA FERNÁNDEZ
Notario
▷ IGNACIO GALLEGO DOMÍNGUEZ
Catedrático de Derecho Civil, Universidad de Córdoba
▷ MARÍA LUISA PÉREZ PÉREZ
Consejera del Consejo Audiovisual de Andalucía
▷ CAMILO HERNÁNDEZ LEÓN
Instituto Nacional de la Seguridad Social
▷ JOSÉ RAMÓN BEGINES CABEZA
Secretaría General Técnica CIBS
▷ CRISTINA VÉLEZ MATEO
Dirección General de Personas con Discapacidad. CIBS
▷ FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ PÉREZ
Dirección General de Consumo. CSA
▷ MARÍA JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ
D. Gral. de Violencia de Género.CIBS
▷ JUAN CERRILLO MANSILLA.
Experto Mayor

▷ JESÚS J. FERREIRO CASILLAS
(Coordinador Técnico)

Grupo III. VIVIR SALUDABLEMENTE

▷ JUAN M. ESPINOSA ALMENDRO
Médico. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud
(Coordinador Científico)
▷ ANTONIO SAGUÉS AMADÓ
Médico. Revisor General. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud
▷ JUAN M. IZQUIERDO CARRASCO
Enfermero. Servicio Andaluz de Salud
▷ Mª LUZ BURGOS VARO
Trabajadora Social. SAS
▷ FRANCISCA MUÑOZ COBOS
Médica. SAS
▷ JOSÉ MANUEL CABRERA RODRÍGUEZ
Médico . SAS
▷ SUSANA RODRIGUEZ DOMÍNGUEZ
Médica. SAS
▷ BIENVENIDA GALA FERNÁNDEZ
Enfermera . SAS
▷ SUSANA RODRIGUEZ GÓMEZ
Enfermera. SAS
▷ SYRA BORRÁS PRUNEDA
Psicóloga. Consejería de Salud
▷ LUCÍA LAZO BATANERO
Psicóloga. Consejería de Salud
▷ JUAN DE DIOS BEAS JIMÉNEZ
Médico. Centro Andaluz de Medicina Deportiva. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.
▷ LEOCRICIA JIMÉNEZ LOPEZ
Médica. Directora del Centro Andaluz de Medicina Deportiva. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.
▷ MERCEDES AMO FERNÁNDEZ
Médica de Familia

▷ FRANCISCO DURÁN LAGO
Mayor experto
▷ MANUEL CASTROVIEJO RODRÍGUEZ
Mayor Experto
▷ Mª JOSÉ LASHERAS DOMÍNGUEZ
Mayor Experto
▷ ROSARIO PARRA CASTILLA
Coordinadora Técnica (CIBS)

Grupo IV. PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO SOCIEDAD

▷ MARIANO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
Coordinador Científico
▷ PEPITA ALTAMIRANO MADRID-SALVADOR – Mayor Experta
▷ FERMÍN CABALLERO MORENO
Mayor Experto. Vicepresidente Primero del Consejo Andaluz de Mayores
▷ RICARDO DE CASTRO MAQUEDA
Consejería de Medio Ambiente
▷ LUCÍA DEL MORAL ESPÍN
Economista Investigadora. Universidad Pablo de Olavide.
▷ MANUEL FERNÁNDEZ SANTOS
Mayor experto. CONFEMAC
▷ RAÚL GARCÍA MORALES
Dirección General de Voluntariado y Participación. Consejería de Gobernación y Justicia.
▷ MANUEL P. HERRERA GALA
Dirección General de Servicios Sociale y Atención a las Drogodependencias. CIBS
▷ ÁNGELES NIETO RUBIO
Psiquiatra. Diputación de Sevilla
▷ ISIDRO REBOLLO TORRENT
Mayor experto. FOAM
▷ CARMEN RODRÍGUEZ CORTASA
Consejería de Obras Públicas y Vivienda
▷ ANTONIO ROJAS GIL
Representante de PYMA
▷ ARACELI LÓPEZ PEÑALVER
Colaboradora especial. Diputación de Sevilla
▷ Mª DEL CARMEN SOLÍS ESPALLARGAS
Colaboradora especial. Consejería de Medio Ambiente
▷ Mª DEL CARMEN CARRIZOSA MUÑOZ
Coordinadora Técnica

Grupo V. FORMACIÓN CONTÍNUA. EDUCACIÓN PARA TODA LA VIDA

▷ MANUEL VELÁZQUEZ CLAVIJO
Coordinador Científico
▷ MONTSERRAT MIRMÁN CASTILLO
Consejería de Economía, Innovación y Ciencia.
▷ MARÍA LUISA TORÁN MARÍN
Pacto Andaluz por el Libro. Cons. de Cultura.
▷ FRANCISCO ACOSTA ACEVEDO
Consejería de Educación.
▷ Mª DE LOS ÁNGELES RUIZ JÍMENEZ
Consejería de Cultura
▷ CONCHA REDONDO TARODO
Experta mayor.
▷ JUAN DE LA TORRE FABRÉ
Experto Mayor. FADAUM
▷ LEONOR BURGOS GONZÁLEZ
Coordinadora Técnica

Grupos de trabajo provinciales

ALMERÍA

▷ ANTONIO GUTIÉRREZ PAREDES
Asociación de PP MM Gran Sol
▷ JUAN PIEDRA CRIADO
Asociación Jubilados CAJAMAR

▷ ANTONIO G. CAÑADAS GARCÍA
Comisiones Obreras
▷ RAFAEL ESPINOSA GARCÍA
As. de PP.MM Ciudad Jardín UNIM
▷ FRANCISCA Mª LIROLA MALDONADO
Centro de Día de El Ejido
▷ MARÍA DEL CARMEN RUEDA GIL
Delegación Provincial CIBS
▷ ANTONIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ
Director Centro de Día Hogar I
▷ ANA AGUDO PUNZÓN
Directora Centro de Día Hogar III
▷ ELOISA ROMERO PLAZAS
Trabajadora Soc. Centro de Día Hogar III
▷ ANTONIO FERNÁNDEZ PÉREZ
Universidad de Personas Mayores. Almería
▷ HILDEGART ÁLVAREZ ÁLVAREZ
Universidad de Personas Mayores Almería
▷ RODRIGO ROMERO ANGLÉS
Universidad de Personas Mayores Almería
▷ CONSUELO GÍMENEZ MARTÍNEZ
Universidad de Personas Mayores Almería

CÁDIZ

▷ ANDRÉS CASTAÑO CARBÚ
Representante de Personas Mayores
▷ JOSE MANUEL GARCÍA CINTADO
Representante de PP MM. Consejo Local de Mayores Jerez
▷ JOSÉ ANTONIO VERA ARROYO
Director Centro de Día La Paz- Cádiz
▷ JUAN ESPADA GUERRA
Universidad de Personas Mayores de Cádiz
▷ ENCARNACIÓN MENA TORRES
Delegación Provincial . CIBS
▷ INMACULADA APARICIO GUTIÉRREZ
Unión de Pensionistas de Cádiz
▷ ISABEL CEREZO SÁNCHEZ
Directora Centro de Día Sanlucar de Barrameda I
▷ JOSEFA UTRERA MANSO
Directora Centro de Día La Granja- Jerez de la Frontera
▷ JUAN FRANCISCO JUANES RIESGO
Diputación Provincial de Cádiz

CÓRDOBA

▷ RAFAELA BUENO BONILLA
Directora del Centro de Día de Mayores "Córdoba I"
▷ INMACULADA REQUENA DÍAZ
Directora del Centro de Día de Mayores "Córdoba II"
▷ JULIA CONTRERAS AGUILERA
Directora del Centro de Día de Mayores "Cañero-Fuensanta"
▷ ELOÍSA REBOLLO PORRAS
Directora del Centro de Día de Mayores de Poniente
▷ FRANCISCO ROT SANTACRUZ
Director del Centro de Día de Mayores de "Córdoba III"
▷ JOSÉ COSANO MOYANO
Coordinador General de la Cátedra Intergeneracional de Personas Mayores
▷ BLAS SÁNCHEZ DUEÑAS
Secretario de la Cátedra Intergeneracional de Personas Mayores
▷ RAFAEL MARTÍNEZ RUIZ
Consejo Provincial de Mayores en representación CC.OO
▷ MANUEL HARO VILLOSLADA
Consejo Provincial de Mayores en representación CC.OO
▷ MANUEL MATEO RUIZ
Consejo Provincial de Mayores en representación de Asociaciones de Pensionistas

▷ SALVADOR ALBA GAITÁN
Consejo Provincial de Mayores en representación de Asociaciones de Pensionistas
▷ JOSÉ MANUEL ZAFRA MATA
Consejo Provincial de Mayores en representación de Asociaciones de Pensionistas
▷ ASCENSIÓN GÓMEZ VALERO
Consejo Provincial de Mayores en representación de Asociación de Alzheimer
▷ MIGUEL GARCÍA DEL SOL
Consejo Provincial de Mayores en representación de Centros de Día de Mayores
▷ MIGUEL LÓPEZ DURÁN
Consejo Provincial de Mayores en representación de Centro de Día de Mayores

GRANADA

▷ SERGIO GARCÍA MEGÍAS
Representante de Personas Mayores
▷ ENCARNACIÓN OLMEDO PAREDES
Asociación de Pensionistas y Jubilados La Cartuja
▷ ISABEL MARÍN RODRÍGUEZ
Delegación Provincial. CIBS
▷ JUANA Mª RODRÍGUEZ MASA
Diputación Provincial de Granada
▷ JOSEFA JIMÉNEZ TAMAYO
Concejala Excmo. Ayuntamiento de Loja
▷ JOSÉ LUIS ANDRADE JIMÉNEZ
Excmo. Ayunatamiento de Granada. Consejo Local de Mayores
▷ MARGARITA CAMACHO ROLDÁN
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer
▷ MANUEL ESPIGARES RUIZ
Asociación Nuevas Alternativas
▷ FRANCISCO MUÑOZ MOLINA
Universidad
▷ PILAR VAREA DE LA MERCED
Unión General de Trabajadores
▷ Mª DOLORES RIVILLAS JURADO
Fundación Gerón
▷ JOSÉ GARCÍA GARRIDO
Usuario . Centro de Día Zaidin
▷ M. CARMEN MARTÍNEZ ASENSIO
Directora C.Día de Mayores LA PAZ
▷ ANA MARÍA REY MERINO
Directora C.Día de Mayores Buenos Aires
▷ MARÍA VALENZUELA MUÑOZ
Directora C. Día de Mayores Sta. Cruz del Comercio

HUELVA

▷ MANUEL CHAVES DONAIRE
Centro de día de P. Mayores "Juan Ramón Jiménez".
▷ MARÍA PALMA SÁNCHEZ
Junta de Gobierno Centro de día P. Mayores "Mora Claros".
▷ LUIS GARRIDO RENTERO
Director Centro de día P. Mayores Valverde del Camino.
▷ AUXILIADORA ROMERO ARRAYAS
Trabajadora Social Centro de día P. Mayores Valverde del Camino.
▷ ISABEL FERREIRO ELICES
Junta de Gobierno Centro de día P. Mayores de Lepe.
▷ MANUELA CAMPILLO RIVERA
Junta de Gobierno Centro de día P. Mayores de Lepe.
▷ FRANCISCO BERMEJO CASTILLA
Junta de Gobierno Centro de día P. Mayores de Valverde de Camino.
▷ MANUEL MANTERO DGUEZ
Junta de Gobierno Centro de día P. Mayores de Valverde de Camino.

JAÉN

▷ GABRIEL GARRIDO DELGADO
Asociación Fuente del Pisar
▷ DIEGO HIDALGO LOPEZOSA
Fundación Santo Tomé. Director Residencia PPMM
▷ INMACULADA RAMOS CIVANTOS
Fundación Gerón. Directora Residencia PPMM Vilches
▷ JUAN AGUAYO LIÉBANA
Delegación Provincial de Educación
▷ MANUEL JIMÉNEZ ACOSTA
C.D. Úbeda.
▷ CAPILLA VEGA SABARIEGO
U.G.T. Sria. Mujer y Política Social
▷ JOSÉ M. FUENTES CANO
C.D. Alcalá la Real. Representante C.A. Mayores
▷ AURELIA MONTORO CASTRO
Ex Directora C.D. Alumna Universidad de Mayores.
▷ JOSÉ QUESADA TORRES
Director C.D. Jaén-Catedral
▷ DOLORES GINÉS JIMÉNEZ
Directora C.D. Andújar
JUAN C. HIGUERAS ROMÁN
Director C.D. Bailen.
ROCÍO DE LA ROSA PANDURO
Delegación Provincial CIBS

MÁLAGA

▷ RAFAEL VELASCO LLAMAS
Representante de PP MM
▷ ANTONIO COLLADO EXPÓSITO
Representante de PP MM
▷ JOSÉ LUIS MARTÍNEZ GONZÁLEZ
Consejería de Salud
▷ JUAN CERRILLO MANSILLA
Unión General de Trabajadores
▷ IGNACIO BENEROSO MUÑOZ
Representante de Asociaciones de PP.MM.
▷ MARÍA CRUZ MARISCAL DURÁN
Representante de PP MM
▷ FRANCISCO PÉREZ PÉREZ
Representante de PP MM
▷ JUAN MUÑOZ CORTÉS
Representante de Consejos Locales
▷ FRANCISCO JAVIER VIELBA ROLDÁN
Director C.D. Cártama
▷ REYES PALACIOS CANO
Directora C.D. Málaga-Perchel
▷ MANUEL PRIETO PRIETO
Directora C.D. Málaga-Perchel
▷ FRANCISCO JAVIER PINEDA MARTÍN
Director C.D. Málaga-Trinidad
▷ JORGE BISBE FÁBREGAS
Socio de Centro de Día Málaga-Trinidad

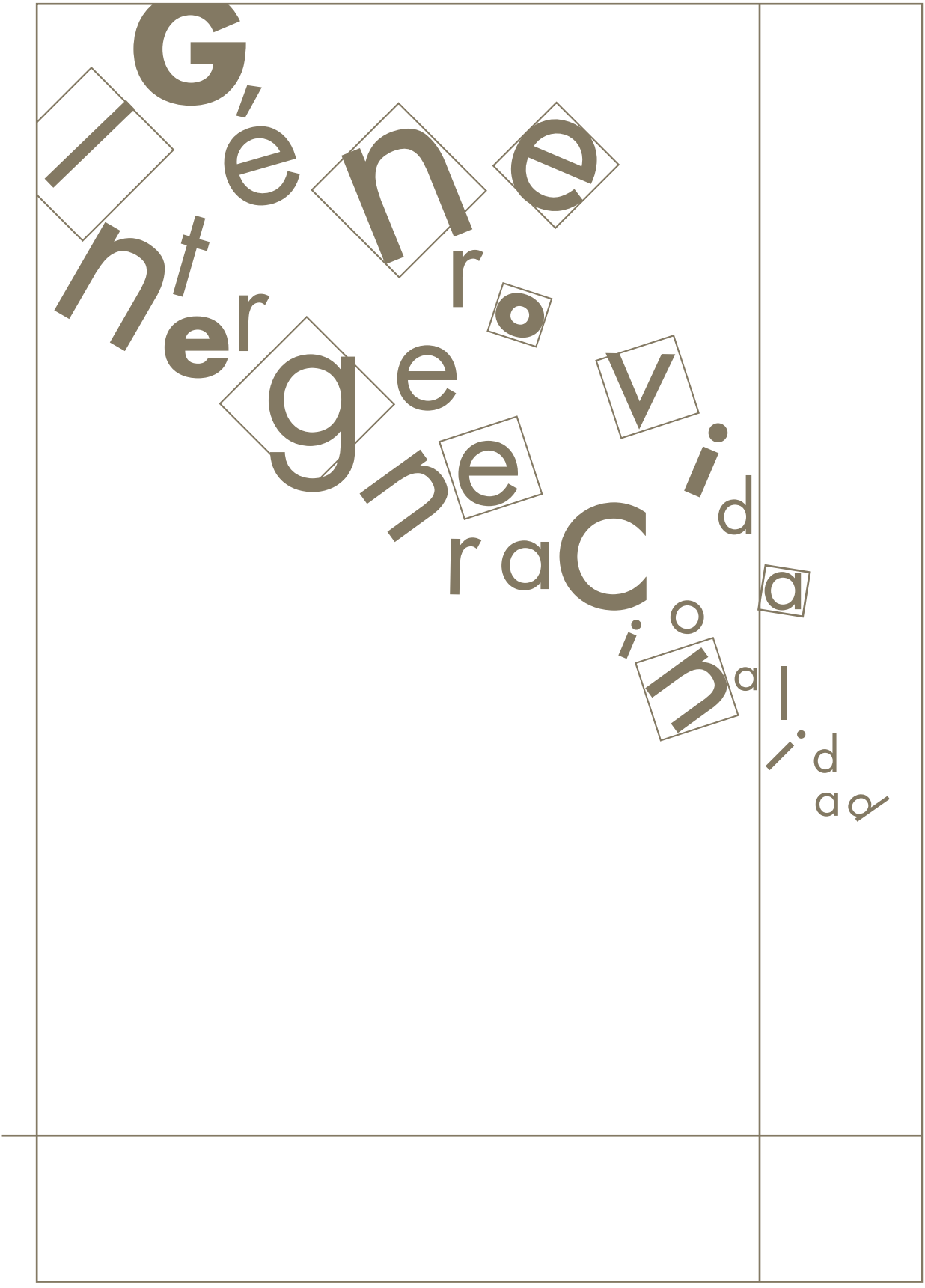
SEVILLA

▷ ENRIQUE BAENA RECIO
CD Macarena
▷ MAITE MENDOZA ÁLVAREZ
Director de CD de Coría del Río
▷ PEDRO DÍAZ SOLÍS
Director de CD de Lora del Río
▷ JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ CALVENTE
CD Triana (Coordinador)
▷ ÁNGELES NIETO RUBIO
Diputación de Sevilla
PEDRO CHICHARRO RODRÍGUEZ
Diputación de Sevilla

TRANSVERSALIDAD Y PROSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN ANDALUCÍA

Capítulo

01



TRANSVERSALIDAD Y PROSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN ANDALUCÍA

1.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ANDALUCÍA

1.1.- SE ESTÁN PRODUCIENDO CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE UNA MAGNITUD DESCONOCIDA EN LA HISTORIA DE ANDALUCÍA

Andalucía, al igual que el resto de las sociedades avanzadas, registra en la actualidad una fuerte expansión de los grupos de población de edad elevada, formados por efectivos que tienden a vivir cada vez más años y que no dejan de ganar peso relativo con respecto a los demás segmentos de la población. Esta situación, que se conoce como envejecimiento demográfico, es resultado de la combinación de una serie de comportamientos ligados a la transición demográfica e iniciada en la comunidad autónoma andaluza hace ya más de un siglo.

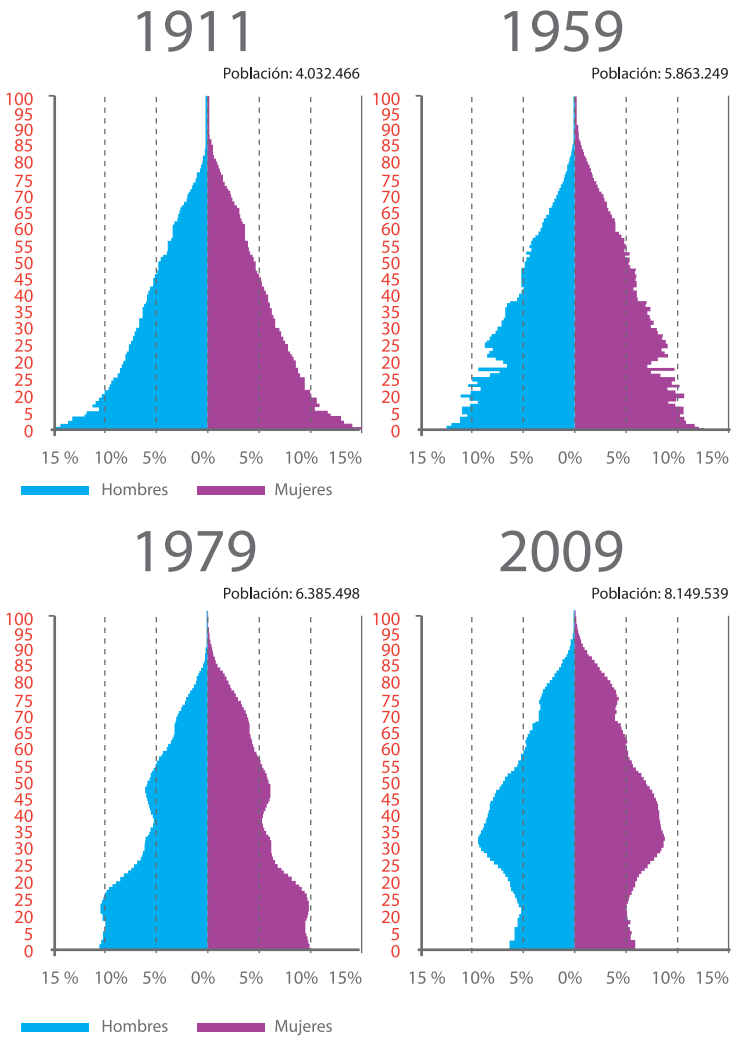
El envejecimiento demográfico, por lo tanto, puede ser entendido como el continuo aumento del promedio de edad de las personas que componen una determinada población y que, por facilidades de cálculo, suele medirse a través de la evolución del porcentaje de personas mayores de 65 años, aunque este criterio sea discutible dado que sociológicamente el envejecimiento constituye un proceso que no se ciñe a una edad concreta sino que, en verdad, acontece en las personas en todo momento de su vida.

No ha de confundirse, por consiguiente, el envejecimiento demográfico con el envejecimiento humano, aunque a lo largo de este capítulo utilicemos a menudo los 65 años con el objeto de ser operativos en el análisis del grupo de población de '*mayor*' edad, protagonista no sólo de un incremento espectacular de efectivos sino de una serie de tendencias bastante hondas que ponen de manifiesto el desarrollo de nuevas formas de envejecer en Andalucía. Lo que resulta destacable, en efecto, no es únicamente que las personas de más de 65 años (o de 75 años, o de 85 años) sean cada vez más numerosas, sino que se hallen experimentando transformaciones sociales que las hacen, en síntesis, afrontar su envejecimiento de una manera diferente a las pautas tradicionales.

En su dimensión puramente demográfica, por la que conviene empezar, la evolución de las pirámides de la población andaluza durante el último siglo ponen de relieve los profundos cambios que ha ido registrando su estructura por edad. Estos cambios, no obstante, han cobrado una intensidad máxima en las últimas dé-

cadas, afectando tanto a la base de la pirámide de la población, cada vez más estrecha, como a la cúspide, que no deja de ganar amplitud (gráfico 1):

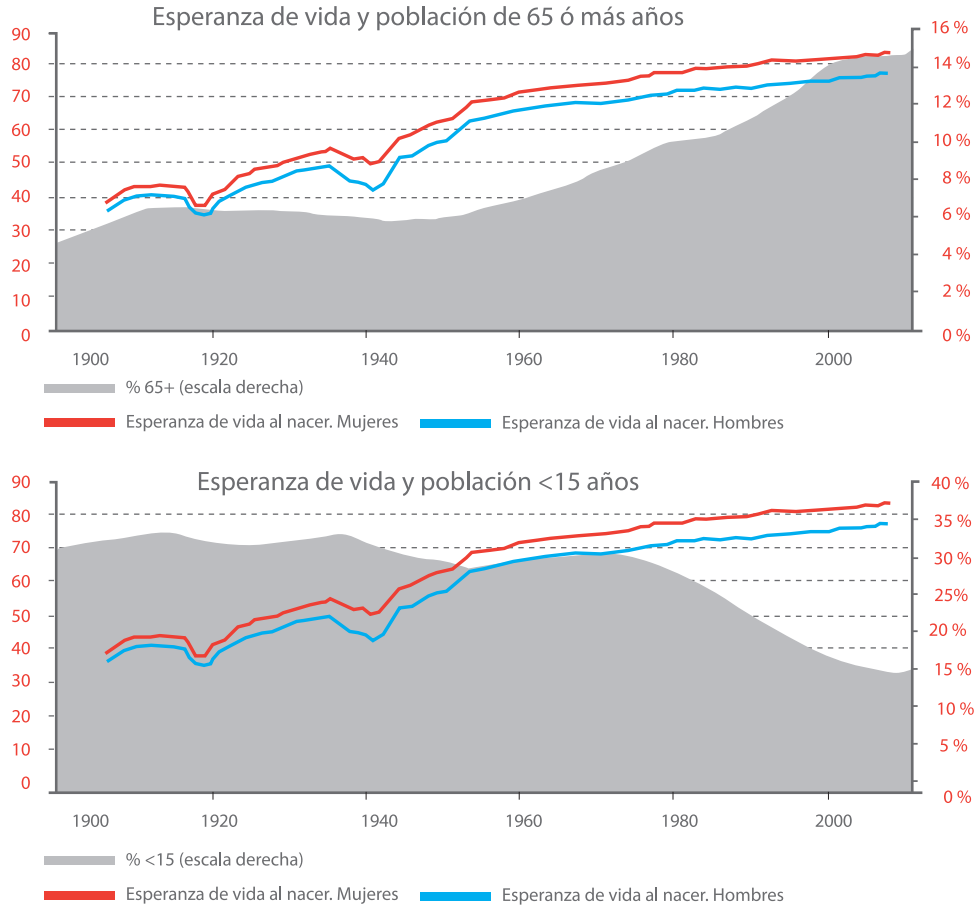
Gráfico 1. Evolución en los últimos cien años de las pirámides de la población de Andalucía



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

La reducción de la mortalidad, y el consiguiente alza en la esperanza de vida de los individuos, explica el incremento en cifras absolutas de las personas longevas que se viene produciendo en Andalucía, de modo incesante, desde hace más de cien años. En términos relativos, además, el hecho de que cada vez más habitantes sobrevivan hasta edades avanzadas también contribuye al envejecimiento demográfico ya que van concentrando un mayor protagonismo estructural respecto a los demás grupos de población. A principios del siglo XX, sin embargo, la intensa disminución de la mortalidad infantil que se produjo tendió, más que a envejecer la pirámide de la población, a rejuvenecerla algo, elevando la proporción de niños, adolescentes y jóvenes con que contaba Andalucía (gráficos 2a y 2b).

Gráfico2a y 2b. Evolución de la esperanza de vida al nacer, del porcentaje de habitantes mayores de 65 años y del de menores de 15 años en Andalucía desde 1900

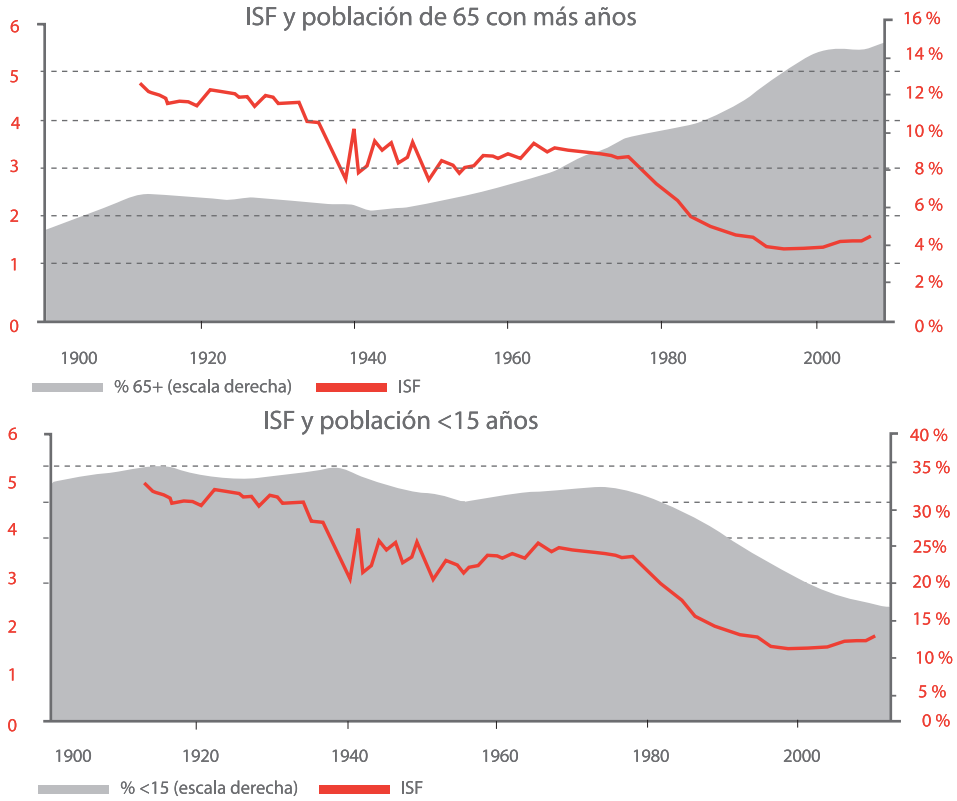


Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Pero, siendo importante al alargamiento de las expectativas de vida de los andaluces y de las andaluzas, al que luego volveremos a referirnos, no es el único factor que interviene impulsando el envejecimiento demográfico puesto que en este proceso también contribuyen decisivamente tanto la fecundidad como las migraciones:

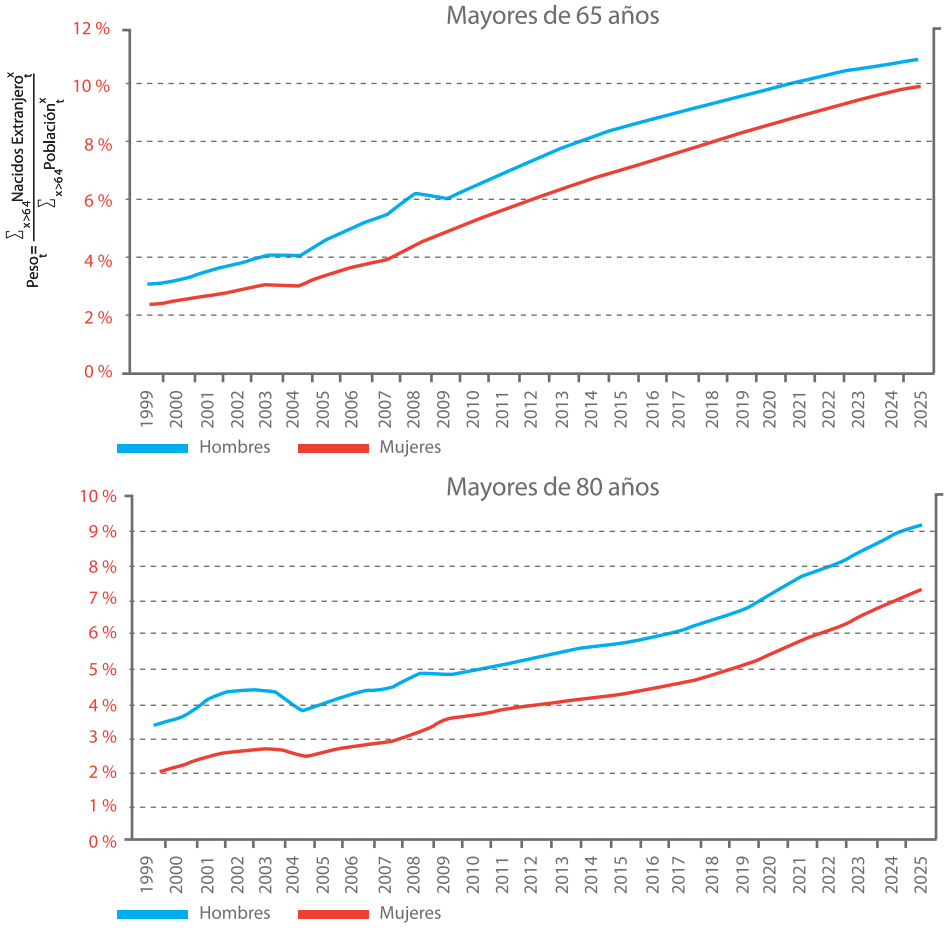
- La fecundidad, de hecho, tiene un efecto determinante en la definición de la estructura por edad de las poblaciones. Las pirámides andaluzas de los tres primeros cuartos del siglo XX responden a un alto número de nacimientos, que se traducen en estructuras demográficas jóvenes. En cambio, la drástica caída de la fecundidad ocurrida desde mediados de los años setenta conduce hacia pirámides de perfil muy diferente, caracterizadas por el envejecimiento, como la de 2009 (gráficos 3a y 3b).

Gráficos 3a y 3b. Evolución del indicador sintético de fecundidad, del porcentaje de habitantes mayores de 65 años y del de menores de 15 años en Andalucía desde 1900



Las migraciones es el tercero de los fenómenos demográficos a tener en cuenta en el análisis demográfico del envejecimiento. Lo inmediato y en la escala macro hace pensar que, en Andalucía, la fuerte entrada de inmigrantes de la última década, fundamentalmente en edad laboral, ha ayudado a frenar coyunturalmente el envejecimiento. A largo plazo contribuirán a lo contrario, siempre que se reduzcan, como es previsible, el volumen de entrada de este colectivo (gráficos 4a y 4b). Se estima que para el 2.025 más de la décima parte de las personas mayores de 65 años sean de origen extranjero, así como en torno al 8% de las mayores de 80 años.

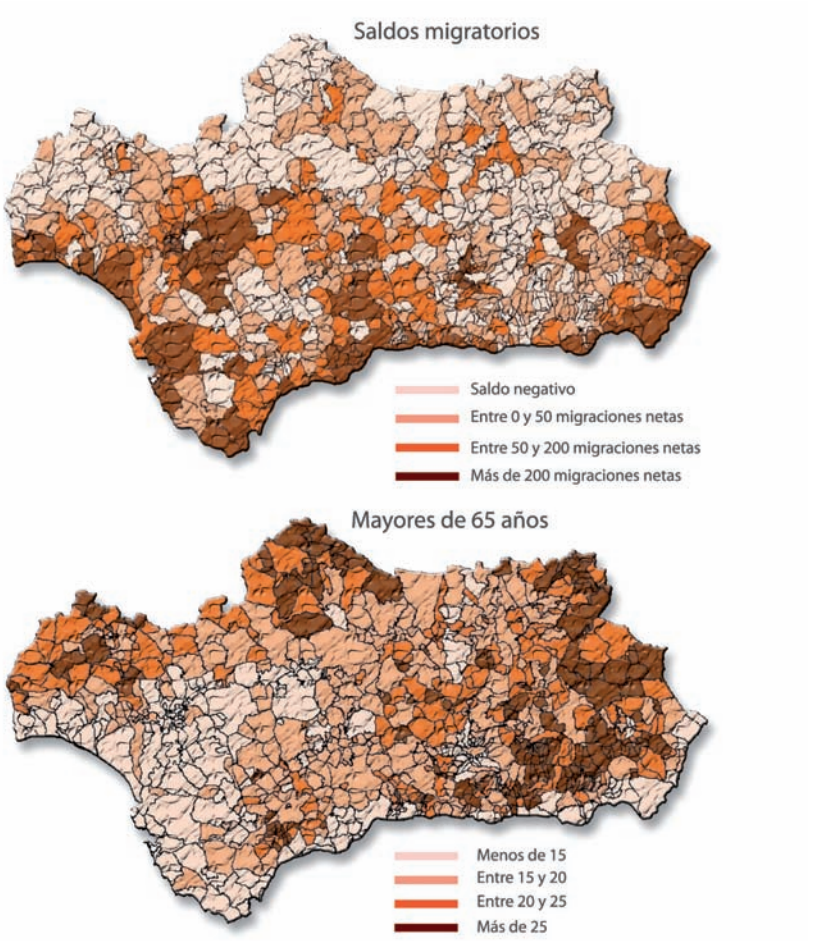
Gráficos 4a y 4b. Evolución y proyección hasta 2005 del peso relativo de la población extranjera en Andalucía sobre los grupos de población de mayores de 65 y de 80 años



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Su efecto, ahora bien, es bastante más notable en el plano micro que en el macrosocial: a nivel municipal las migraciones han sido tradicionalmente el principal factor explicativo del mayor grado de envejecimiento demográfico que presentan las zonas rurales en comparación con las urbanas. En las siguientes figuras puede apreciarse cómo la distribución territorial de esos indicadores muestra una alta correlación entre ambas medidas, es decir, el saldo migratorio y el porcentaje de personas mayores de los diferentes municipios andaluces (gráficos 5a y 5b).

Gráfico 5a y 5b. Distribución de los saldos migratorios medios (2000-2005) y del porcentaje de personas mayores de 65 años en Andalucía.



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Otro aspecto a tener en cuenta es la inmigración que recibe Andalucía en forma de personas jubiladas, provenientes en su mayor parte de sociedades desarrolladas. Obviamente, contribuyen al envejecimiento de la población de aquellos municipios en los que se asientan, municipios que suelen localizarse sobre todo en las zonas costeras, amén de en las grandes capitales. Dicho sea también, por otro lado, que el colectivo de andaluces retornados tiene cada vez menos significación en el balance migratorio acumulado, no estando tampoco localizado como ocurre en el caso de la inmigración de extranjeros jubilados (gráficos 6 y 7).

Gráfico 6. Evolución de los inmigrantes mayores de 65 años nacidos fuera de Andalucía y de los emigrantes retornados a Andalucía

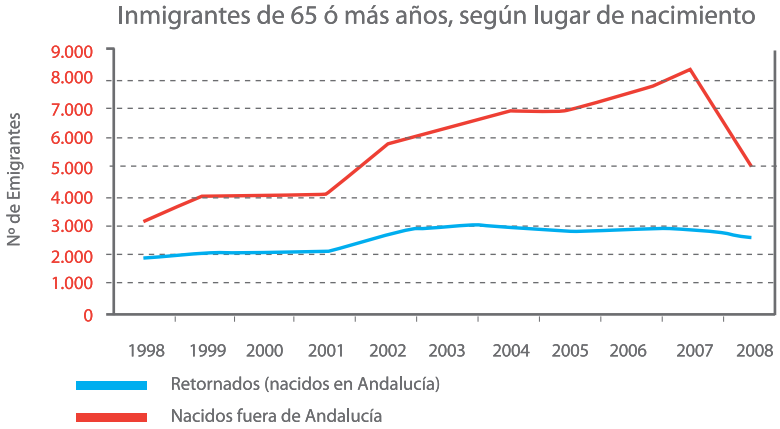
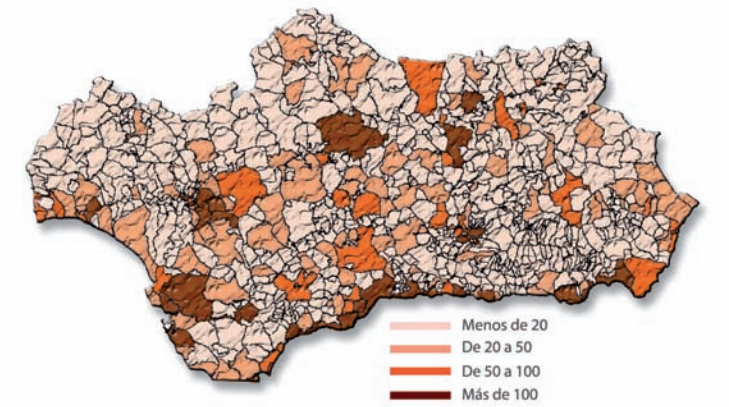


Gráfico 7. Distribución municipal de los inmigrantes mayores de 65 años. Andalucía



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

1.2.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ANDALUZA. EVOLUCIÓN, GENERALIDADES Y SINGULARIDADES TERRITORIALES

A 1 de enero de 2009 había empadronados en Andalucía 1.224.011 habitantes con 65 o más años de edad, los cuales representan el 14,77% de su población. Y con 80 o más existían 307.997 habitantes, esto es, el 3,72% de la población. Tanto en cifras absolutas como relativas, se trata de los niveles de envejecimiento demográfico más altos que jamás se han conocido. Como se ha adelantado, dos son las causas que explican básicamente este resultado (a la tercera, los movimientos migratorios, nos referiremos después):

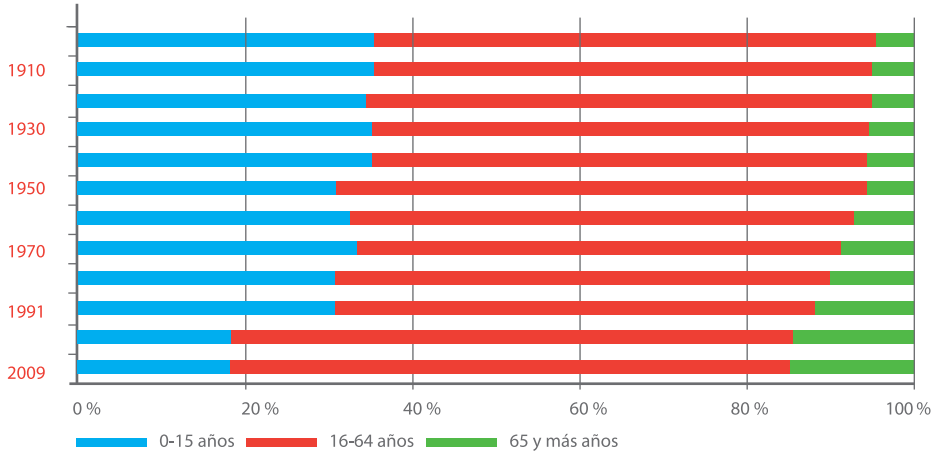
a) De un lado, el envejecimiento de la población refleja lo que podría denominarse el *milagro de la supervivencia*, el que cada vez sean más las personas que no fallecen a una edad prematura sino que alcanzan a vivir hasta convertirse en septuagenarios, octogenarios o incluso más. Un indicador que mide bien esta tendencia es la esperanza de vida al nacer: si en la Andalucía de 1906 era de 35,83 años para el hombre y 38,34 años para la mujer, en la de 2005 ascendía a 75,60 años y 82,11 años, respectivamente. Las expectativas de vida al nacimiento de los andaluces y de las andaluzas se han duplicado con creces en apenas un siglo.

b) De otro lado, durante las últimas décadas el número de nacimientos se ha recortado de un modo sustancial. El índice sintético de fecundidad de Andalucía, que en los años setenta superaba los tres hijos por mujer, disminuyó en los noventa hasta alrededor de los 1,30 hijos; y, aunque recientemente ha repuntado algo, se mantiene aún en valores lejanos al llamado *umbral de reemplazo generacional* (establecido en 2,1 hijos por mujer). La fecundidad, así pues, se ha reducido a la mitad de forma muy brusca, en tan sólo un par de decenios.

Este rápido descenso de la fecundidad, unida a la impecable evolución que sigue registrando la esperanza de vida, ha tendido a modificar la estructura de edades de la población andaluza por cuanto que las elevadas han ido ganando peso relativo dentro de ella en detrimento de las jóvenes. Hablamos de un proceso que comienza a notarse desde comienzos del siglo XX pero que ha cobrado una gran celeridad en las últimas décadas. En 1970, para hacernos idea, la tercera parte de los habitantes de Andalucía eran menores de 16 años (el 33,43% exactamente), mientras que los mayores de 65 años significaban el 8,70%. En 2009, en cambio, los primeros suponen el 17,32% de la población y los segundos el referido 14,77% (gráfico 8).

"La fecundidad, así pues, se ha reducido a la mitad de forma muy brusca, en tan sólo un par de decenios"

Gráfico 8. Evolución de la estructura por edad de la población andaluza desde 1900



Fuente: Elaboración propia con datos del IEA

El porcentaje de personas mayores (sea de 65 como de 80 años) resulta inferior en la población andaluza que en la española. Andalucía no se halla entre las comunidades autónomas con un mayor envejecimiento demográfico (situación que corresponde a Castilla y León, Galicia y Asturias, es decir, el cuadrante noroccidental peninsular: la relación de habitantes de 65 o más años ronda allí el 21-22% y la de 80 o más años el 6-7%) (tabla1):

TABLA 1. PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS EMPADRONADAS EN 2009 EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

	POBLACIÓN TOTAL	65 O MÁS AÑOS		80 O MÁS AÑOS	
		(N)	(%)	(N)	(%)
Andalucía	8.285.692	1.224.011	14,77	307.997	3,72
Aragón	1.342.926	263.910	19,65	85.131	6,34
Asturias	1.085.110	237.063	21,85	75.728	6,98
Baleares	1.094.972	150.177	13,72	40.852	3,73
Canarias	2.098.593	272.738	13,00	60.630	2,89
Cantabria	589.043	108.165	18,36	34.241	5,81
C. y León	2.560.031	574.162	22,43	192.079	7,50
C. La Mancha	2.079.401	365.520	17,58	113.689	5,47
Cataluña	7.467.423	1.217.480	16,30	357.877	4,79
C. Valenciana	5.084.502	835.231	16,43	217.108	4,27
Extremadura	1.100.000	209.312	19,03	60.681	5,52
Galicia	2.794.796	611.774	21,89	184.022	6,58
Madrid	6.360.241	920.989	14,48	258.660	4,07
Murcia	1.445.410	197.456	13,66	51.502	3,56
Navarra	629.569	108.858	17,29	34.343	5,46
País Vasco	2.171.243	409.532	18,86	117.310	5,40
La Rioja	321.025	57.974	18,06	18.446	5,75
Ceuta y Melilla	151.973	16.478	10,84	3.659	2,39
España	46.661.950	7.780.830	16,67	2.213.955	4,74

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 (INE).

Ocurre así por dos causas. Una, porque la esperanza de vida al nacer es más baja que la media española, alrededor de año y medio, para los hombres y para las mujeres (tabla 2)…:

TABLA 2. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ANDALUCÍA Y EN ESPAÑA. 2007			
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Andalucía	79,67	76,58	82,78
España	80,94	77,77	84,11
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos (Instituto Nacional de Estadística, en adelante INE).			

… Y otra porque la fecundidad viene resultando, en cambio, más alta (tabla 3):

TABLA 3. EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA FECUNDIDAD EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA				
	1978	1988	1998	2008
Andalucía	2,98	1,77	1,30	1,56
España	2,55	1,45	1,16	1,46
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos (INE).				

Dentro de la comunidad autónoma, sin embargo, Córdoba (el 17,25%) y Jaén (el 17,83%) poseen un porcentaje de habitantes de 65 o más años en sus respectivas poblaciones superior al promediado en España. Y hay que destacar asimismo a Granada (el 16,13%). De otro lado, prácticamente el 5% de los habitantes de Córdoba y de Jaén sobrepasan la edad de 80 años, una cifra que también resulta comparativamente más elevada que la del país. El resto de las provincias andaluzas presentan niveles de envejecimiento demográfico mucho más bajos, sobre todo Cádiz y Almería (tabla 4).

TABLA 4. PERSONAS MAYORES DE 65 Y DE 80 AÑOS EMPADRONADAS EN 2009 EN LAS PROVINCIAS ANDALUZAS. RELEVANCIA DENTRO DE LA POBLACIÓN

	POBLACIÓN TOTAL	65 O MÁS AÑOS (N)	(%)	80 O MÁS AÑOS (N)	(%)
Almería	682.250	85.758	12,57	21.568	3,16
Cádiz	1.228.987	162.601	13,23	36.722	2,99
Córdoba	803.038	138.518	17,25	39.522	4,92
Granada	905.285	146.025	16,13	38.250	4,23
Huelva	512.366	75.028	14,64	19.312	3,77
Jaén	667.502	118.991	17,83	32.603	4,88
Málaga	1.587.840	231.905	14,61	54.469	3,43
Sevilla	1.898.424	265.185	13,97	65.551	3,45
Andalucía	8.285.692	1.224.011	14,77	307.997	3,72
España	46.661.950	7.780.830	16,67	2.213.955	4,74

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 (INE).

Conviene en cualquier caso recalcar que, no siendo Andalucía una de las comunidades autónomas españolas de población más envejecida, la presencia en ella de personas longevas jamás había sido tanta a lo largo de toda su historia:

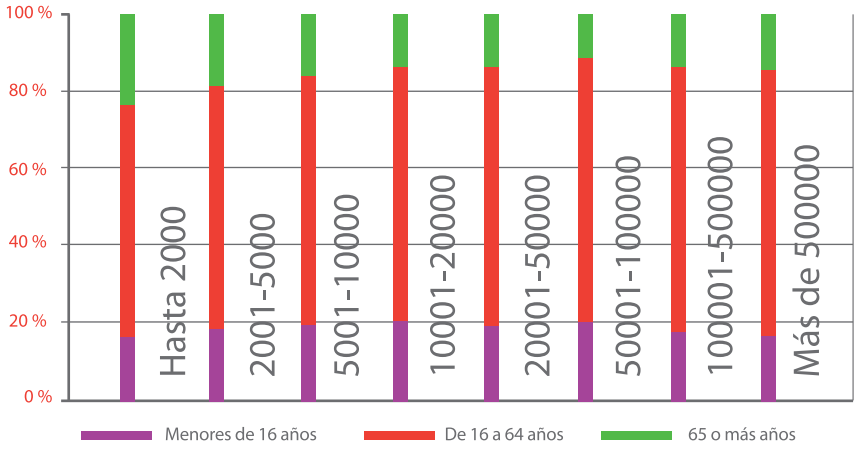
*En 2009 uno de cada siete habitantes, aproximadamente, posee 65 o más años, cuando en 1981 eran uno de cada diez, en 1950 uno de cada diecisiete, así como a principios del siglo XX uno de cada veintiuno.

*Y si consideramos a las personas mayores de 80 años, en la Andalucía de 1900 significaban uno de cada ciento treinta y nueve habitantes, en la de 1950 uno de cada ciento trece, en la de 1981 uno de cada sesenta y uno y en la actual uno de cada veintisiete.

"las personas mayores de 80 años, en la Andalucía de 1900 significaban uno de cada ciento treinta y nueve habitantes, en la de 1950 uno de cada ciento trece, en la de 1981 uno de cada sesenta y uno y en la actual uno de cada veintisiete"

Fruto de esta evolución se está produciendo en la actualidad un hecho insólito: pueblan Andalucía una cantidad parecida de niños y adolescentes (menores de 16 años) que de personas mayores (de 65 años). En el medio rural, incluso, estas últimas son más numerosas que los primeros. La estructura demográfica de los municipios de hasta 2.000 habitantes, en efecto, muestra alrededor de un 16% de menores de 16 años y de un 23% de mayores de 65. En las localidades de 2.001 a 5.000 habitantes, cada uno de estos grupos de edad representa cerca del 19% de la población. Son datos que vienen a poner de relieve el sobreenvejecimiento del mundo rural, no sólo ya con respecto a las grandes urbes sino también a las ciudades medianamente pobladas (gráfico 9).

Gráfico 9. Estructura demográfica de los municipios andaluces, según su número de habitantes



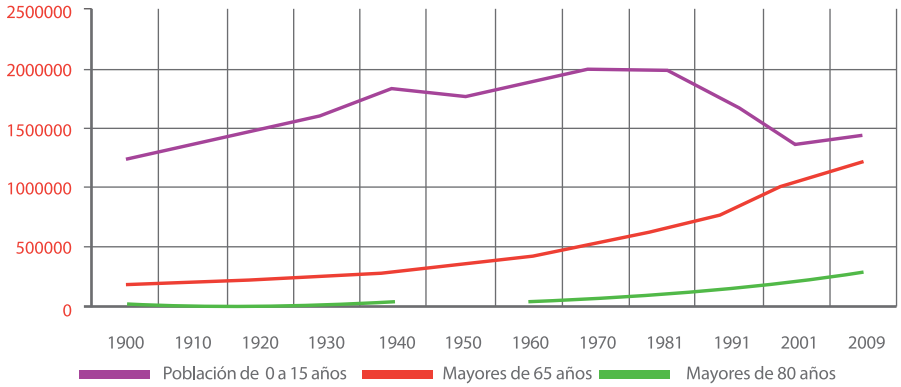
Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

En cualquier tipo de hábitat, sin embargo, podría afirmarse que a nivel familiar jamás habían coexistido tantos/as abuelos/abuelas con tan pocos/as nietos/nietas. Si en el pasado quienes escasearon fueron siempre los/las primeros/primeras (dada la elevada mortalidad que existía en cualquier edad de la vida), hoy en día son estos/as últimos/últimas (dada la escasa fecundidad). Es algo perceptible no sólo en la comunidad autónoma sino, más todavía, en España:

- En el país, desde principios de siglo XXI resulta más numeroso el segmento de la población menor de 16 años que el mayor de 65 años. En 2009, significan respectivamente el 15,49% frente al 16,67% del conjunto de los habitantes.

- En Andalucía hablamos del 17,32% y del 14,77% (gráfico 10), aunque no tardará mucho en reflejarse lo que en el país porque, al margen de que la fecundidad continúe o no repuntando, con mucha más intensidad se nutrirán de efectivos las edades avanzadas.

Gráfico 10. Evolución desde 1900 del número de habitantes menores de 16 años, mayores de 65 años y mayores de 80 años en Andalucía



Fuente: Elaboración propia con datos del INE

Y eso que en la primera década del siglo XX, la relación de personas mayores de 65 años se ha estabilizado en la población andaluza, igual que en la española, por la confluencia de dos factores. Uno, la llegada a esa edad de las cohortes *huecas* nacidas durante la Guerra Civil y la postguerra, cohortes menguadas de efectivos respecto a las precedentes. Dos, el abundante flujo de inmigración recibida, sobre todo de jóvenes asentados en el territorio andaluz en busca de trabajo. En términos absolutos, ahora bien, la cifra de personas mayores no ha dejado de aumentar: empadronadas en 2009 hay 150.000 más que las que fueron censadas en 2001 (en torno a un 14% más) (tabla 5).

TABLA 5. RELEVANCIA DEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA DESDE 1900

POBLACIÓN TOTAL		PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS		
		NÚMERO	PORCENTAJE	UNA POR CADA ... HAB.
1900	3.557.199	167.864	4,72	21
1910	3.826.892	194.034	5,07	20
1920	4.216.643	218.237	5,18	19
1930	4.607.956	249.945	5,42	18
1940	5.219.362	301.116	5,77	17
1950	5.715.234	344.326	6,02	17
1960	5.864.693	414.723	7,07	14
1970	5.990.936	521.316	8,70	11
1981	6.441.123	652.256	10,13	10
1991	6.940.522	813.207	11,72	9
2001	7.357.558	1.073.970	14,60	7
2009	8.285.692	1.224.011	14,77	7

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 y de los censos de población realizados desde 1900 (INE).

"El segmento de población formado por las personas de más 65 años, y más todavía las mayores de 80, son los que más han crecido desde 1900 hasta la actualidad"

Pero el envejecimiento de la población no es un fenómeno pasajero o que esté sujeto a ciclos de crecimiento y decrecimiento en sus valores. Se trata de un proceso de firme desarrollo, que avanza y seguirá avanzando con más o menos celeridad…

a) En su dimensión relativa, dependiendo esencialmente de la evolución que vaya marcando la fecundidad (salvo que ésta rebasase de nuevo con creces el umbral del reemplazo generacional, lo que podría llegar a rejuvenecer la estructura por edad de la población, cosa que resulta muy poco probable que suceda).

b) En su dimensión absoluta, apoyado por la impecable evolución que (salvo hecatombe en la mortalidad) muestra la esperanza de vida de los andaluces y de las andaluzas.

De hecho, según vamos a detallar, las proyecciones realizadas apuntan a que la población andaluza estará mucho más envejecida en 2020 de lo que lo está ahora, y más todavía lo irá estando luego, a medida que vayan jubilándose las cohortes nacidas con el *baby boom* que registró la comunidad autónoma desde finales de los años cincuenta, las cuales, dada la escasa mortalidad que han padecido, llegarán además a dicho momento conservando en vida a la inmensa mayoría de sus efectivos, es decir, prácticamente intactas.

Podría afirmarse, entonces, que si en Andalucía el siglo XX fue de inicio del proceso de envejecimiento demográfico, el XXI lo va a ser de su expansión hasta alcanzar, con total seguridad, cotas muy altas en las próximas décadas. Claro que no únicamente en la comunidad autónoma sino también en España y en general en todos los países del mundo, aunque con mayor intensidad en los más desarrollados al haber comenzado antes su transición demográfica hacia un régimen de baja fecundidad y alta esperanza de vida.

El segmento de población formado por las personas de más de 65 años, y más todavía el constituido por las mayores de 80, son los que más han crecido cuantitativamente desde 1900 hasta la actualidad. En todo este tiempo, la cifra de habitantes de 80 o más años de la comunidad autónoma se ha multiplicado por 12, superando con mucho a la de habitantes de 65 años o más (que lo ha hecho por 7,29); el conjunto de la población (de todas las edades), mientras tanto, solamente ha llegado a duplicarse (se ha multiplicado por 2,33). Véanse estos cálculos con más detalle en la tabla 6:

TABLA 6. CRECIMIENTO RELATIVO DE LOS DISTINTOS SUBGRUPOS DE EDAD DENTRO DE LA POBLACIÓN ANDALUZA MAYOR DE 65 AÑOS		
	1900 → 2009	INCREMENTO EFECTIVOS (N) (%)
Personas de 65-69 años	64.450 → 331.155	266.705 → 5,14
Personas de 70-74 años	54.411 → 307.641	253.230 → 5,65
Personas de 75-79 años	23.476 → 277.218	253.742 → 11,81
Personas de 80 o + años	25.527 → 307.997	282.470 → 12,07
Total mayores de 65 años	167.864 → 1.224.011	1.056.147 → 7,29
Conjunto de la población	3.557.199 → 8.285.692	4.728.493 → 2,33

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

Ambos grupos de población, sobre todo el más longevo, serán sin lugar a dudas los que continuarán creciendo en el futuro relativamente más, cuanto menos a corto y medio plazo, dada la relevancia de los siguientes factores:

- El peso del pasado, a través de la estructura por edades: los individuos que alcanzarán la edad de 65 años de aquí al 2050 han nacido entre 1945 y 1985, y los que cumplan 80 años entre 1930 y 1970, un período de cuantiosa fecundidad en España y Andalucía. Forman generaciones numerosas que, además, se han beneficiado de la fuerte disminución de la mortalidad que el país y la comunidad autónoma han experimentado a lo largo del siglo XX.

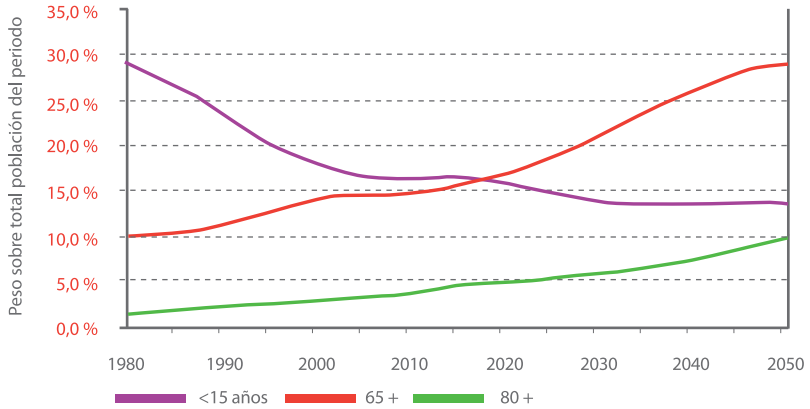
- En el futuro, la creciente longevidad de las personas: la probabilidad de cumplir los 65 y los 80 años no debería aumentar ya demasiado, puesto que la mortalidad alcanza cotas muy reducidas en la infancia y en las edades juvenil y adulta. Se prevé que prácticamente toda la mejora de la esperanza de vida que haya de producirse beneficie a las personas mayores. El incremento de los años vividos a partir de los 80 se traduce en un aumento de este estrato de población.

El grupo de población de más de 65 años de edad tendrá en Andalucía dentro de cuarenta años un peso demográfico relativo del 29,1%, es decir el doble que el actual, según un escenario bastante probable de proyección. Y el de 80 o más

años supondrá, en este mismo escenario, un 7,8% en hombres y un 11,5% en mujeres, frente al 2,8% y al 4,9% que representan en la Andalucía de nuestros días.

La evolución de la fecundidad, sobre todo de la natalidad, contribuirá al avance progresivo del envejecimiento demográfico. Aún con un pronóstico de crecimiento (aunque moderado) de la fecundidad en las próximas décadas, la peculiar estructura de población andaluza, con llegada a las edades fértiles de las generaciones menguantes posteriores a 1975, provocará un descenso de la natalidad y, consecuentemente, una disminución del peso de los más jóvenes. La relevancia porcentual de la población menor de 16 años pasará del 17,3% en 2009 al 13,8% en 2050, confirmándose así a todas luces que la sociedad del mañana estará compuesta, quizás durante bastantes décadas, por más personas longevas que jóvenes (gráfico 11).

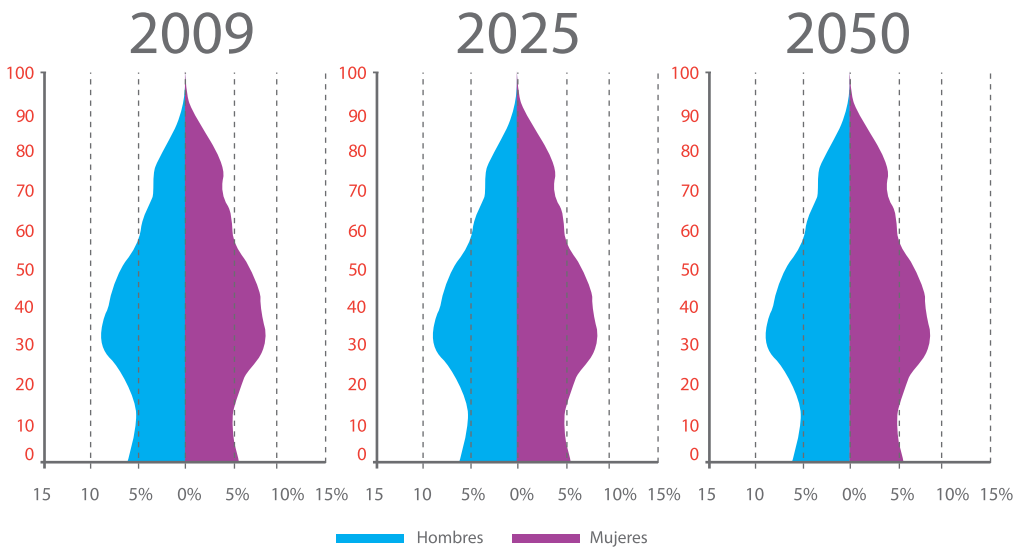
Gráfico 11. Evolución y proyección del peso relativo de distintos grupos de edad dentro de la población andaluza



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Estos previsibles comportamientos demográficos conducirán hacia una estructura de población sin precedentes en nuestra historia, donde el grupo de población de mayores podría superar al resto de grupos poblacionales (gráfico 12):

Gráfico 12. Proyección de las pirámides de población en Andalucía para 2025 y 2050

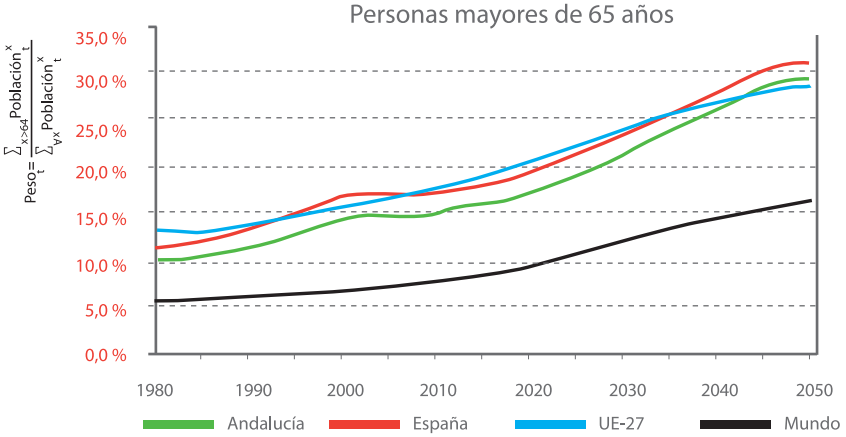


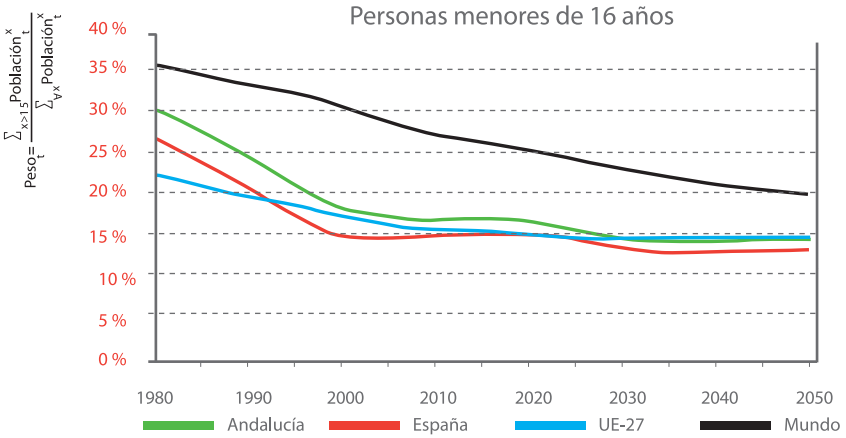
Andalucía es y será una comunidad autónoma envejecida, al igual que España y que todos los países desarrollados. Sin embargo, hemos de reiterar que, a pesar de compartir patrones demográficos similares, presenta un menor grado de envejecimiento. Esta situación se mantendrá previsiblemente en el futuro: en las cuatro próximas décadas la proporción de habitantes de 65 o más años seguirá siendo inferior en Andalucía que en España y que en el conjunto de la Unión Europea. El envejecimiento mundial[1] permanecerá por debajo de los niveles europeos, españoles y andaluces, habida cuenta de la contribución de los países no desarrollados. Aun así, también en ellos la población tenderá a envejecer (gráficos 13a y 13b).

[1] Podría analizarse por separado los dos grupos (países desarrollados y no desarrollados)

"Andalucía es y será una comunidad autónoma envejecida, al igual que España y que todos los países desarrollados"

Gráfico 13a y 13b. Evolución y proyección de mayores y menores para distintos ámbitos geográficos
Andalucía, España, Unión Europea y Mundo





Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Conclusiones:

■ La población andaluza registra hoy día los niveles de envejecimiento más elevados de su historia. Razones: lleva tres décadas con unos de los índices de fecundidad más bajos, y la esperanza de vida no deja de aumentar:

- La esperanza de vida se ha duplicado con creces en un siglo, y no da visos de agotar su avance.

- La fecundidad se ha reducido a la mitad en década y media (1977 a 1992), y continúa siendo baja.

■ El envejecimiento demográfico es un rasgo definitorio no únicamente de la población andaluza sino también de la española, la europea e incluso la mundial.

■ No se trata de un fenómeno cíclico o pasajero, sino estructural de las sociedades desarrolladas.

■ Vivimos en sociedades en las que nunca antes habían coexistido tantas personas mayores con tan pocos niños y adolescentes.

■ El envejecimiento demográfico seguirá dándose en la primera mitad del siglo XX, e incluso se acentuará, sobre todo, desde 2025.

■ Aunque Andalucía no se caracteriza por ser una de las comunidades autónomas españolas más envejecidas demográficamente, provincias como Córdoba y Jaén poseen proporciones tanto de personas mayores de 65 años como de mayores de 80 años superiores a las promediadas en el país.

■ El grado de envejecimiento demográfico, por consiguiente, resulta muy dispar de unas provincias a otras. Y también entre unos tipos de hábitat y otros, dado su elevado valor en el medio rural.

Por todo lo anteriormente expuesto, recomendamos:

1.- Difundir la lectura del envejecimiento demográfico no como una enfermedad social sino como un logro sin precedentes históricos, sostenido por la magnífica evolución de la esperanza de vida y por el control humano de la reproducción, evitando que se interprete exclusivamente el envejecimiento de la población en clave de problema. Es aconsejable que deje de asociarse sobre todo con sus dimensiones demográfica y económica, y se recalquen otros aspectos como las contribuciones que las personas mayores hacen a la familia y a la sociedad.

2.- Concebir el envejecimiento humano como un proceso extendido a lo largo del ciclo vital, para lo cual debería disociarse de los 65 años, tanto en el campo de la investigación como del discurso social:

■ Al tratar aspectos relacionados con el envejecimiento, la investigación no debería limitarse a considerar los 65 años como *'momento de comienzo de…'*, ni ocuparse tan sólo de este segmento de la población, ignorando a las personas de edad inferior. Impulsar los estudios longitudinales.

■ Si por necesidad de tipo comparativo deben usarse indicadores sociales referidos a las personas de o más 65 años, advertir siempre que se trata de un criterio arbitrario y convencional para operar con las poblaciones puesto que a nivel humano el envejecimiento es un proceso presente a lo largo de todo el ciclo vital y no desde de una cierta edad.

■ No presentar únicamente datos y resultados referidos en su conjunto al segmento de población de 65 o más años, sino desagregando siempre las informaciones por años cumplidos de las personas.

■ Sería recomendable también la introducción del envejecimiento como aspecto transversal en todas las políticas públicas, independientemente del grupo de edad. Diseñar una planificación estratégica cuya meta sea avanzar hacia una sociedad para todas las edades.

3.- Generar un discurso social sobre los procesos de envejecimiento y sobre la consideración de las personas mayores que desplacen a los prejuicios y a las visiones estereotipadas de la realidad que suelen circular. Para ello es clave disponer de un conocimiento real de los actores sociales.

4.- Crear un Observatorio del Envejecimiento en Andalucía para, entre otros cometidos,…

■ Obtener, analizar y difundir un conocimiento real y permanentemente actualizado sobre los aspectos estructurales y de cambio de la población andaluza, en comparación con los ámbitos nacional, europeo y mundial, que distinga asimismo a nivel interno singularidades por provincias y tipos de hábitats.

■ Obtener asimismo conocimiento sobre las necesidades y las demandas de las personas a lo largo del ciclo vital, de cara a la consecución de un envejecimiento activo, así como sobre los recursos existentes para lograrlo tanto públicos como privados.

2.- CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA. ASPECTOS ESTRUCTURALES Y TENDENCIAS DE CAMBIO

Debiéndose de tener en consideración todo lo referido en los apartados precedentes, el envejecimiento supone un fenómeno que ha de afrontarse no obstante más allá de su componente demográfico. Las grandes magnitudes estadísticas que han sido presentadas sirven para poner de manifiesto que nos encontramos ante un proceso muy sólido en su desarrollo, como es y continuará siendo la transformación de la estructura de edades de la población andaluza, pero una vez aceptado esto han de centrar la atención los actores sociales, las personas, que son al fin y al cabo quienes protagonizan la realidad social sobre la que se pretende recabar conocimiento y a la postre intervenir mejorando su calidad de vida.

Es preciso saber cuáles son los rasgos sociológicos fundamentales de las personas mayores en la comunidad autónoma de Andalucía, analizando tanto aspectos estructurales como tendencias de cambio, que informen sobre los diferentes modos de envejecer y que, por añadido, aporten un conocimiento que ayude a desterrar los prejuicios y los estereotipos que a menudo circulan sobre ellas. Comenzamos advirtiendo sobre algo que quizás resulte evidente, aunque no se tenga suficientemente en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas o incluso investigaciones sociales sobre el envejecimiento: entre las personas mayores existen muchas más mujeres que hombres.

2.1.- EXISTE UNA CANTIDAD RELATIVAMENTE SUPERIOR DE MUJERES QUE DE HOMBRES, SOBRE TODO A MEDIDA QUE AVANZA LA EDAD

Una circunstancia muy a tener en cuenta es que las edades avanzadas se componen de más efectivos de población de sexo femenino que masculino. El predominio cuantitativo de la mujer sobre el hombre, además, se acentúa a medida que asciende la edad. En Andalucía, el 52,65% de las personas de 65-69 años empadronadas en 2009 son mujeres y el 47,35% varones. En el grupo de 75-79 años, ellas representan el 57,22% y ellos el 42,78%. Y en el de 85 o más años, las mujeres constituyen ya más del 68% de los habitantes, mientras que los hombres apenas el 32% (tabla 7):

Hacemos hincapié sobre este punto puesto que a menudo investigamos sobre la vejez o trabajamos con personas mayores teniendo como referencia la situación social y las necesidades del hombre, pareciéndose dejar en un plano secundario, cuando no marginal, al sexo femenino. Grave descuido, ya que las mujeres no sólo resultan comparativamente más nu-

merosas que los varones, sino que, como tendremos ocasión de constatar más adelante, envejecen en unas circunstancias personales, familiares y sociales bastante diferentes a las de ellos. De ahí que quepa reclamar su singularidad.

TABLA 7. PERSONAS MAYORES EMPADRONADAS EN 2009 EN ANDALUCÍA, POR SEXO, SEGÚN SUBGRUPOS DE EDAD (en porcentajes horizontales)

	AMBOS SEXOS	VARONES		MUJERES	
		(N)	(%)	(N)	(%)
65-69 años	331.155	156.810	47,35	174.345	52,65
70-74 años	307.641	138.920	45,16	168.721	54,84
75-79 años	277.218	118.593	42,78	158.625	57,22
80-84 años	178.760	68.581	38,36	110.179	61,64
85 y más	129.237	41.198	31,88	88.039	68,12
TOTAL	1.224.011	524.102	42,82	699.909	57,18

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 (INE).

La mayor esperanza de vida que registra el sexo femenino con respecto al masculino, no únicamente al nacer sino a cualquier edad que se considere, motiva que entre las personas mayores haya una cifra superior de mujeres que hombres. Todas y cada una de las provincias andaluzas presentan este rasgo en sus poblaciones, destacando sobremanera Sevilla: entre sus habitantes de 65 o más años, el 58,67% son mujeres y el 41,33% varones. En Almería, sin embargo, las primeras suponen el 55,79% y los últimos el 44,21%. En general, la desproporción entre los sexos se produce de una forma más acusada en las provincias occidentales de Andalucía que en las orientales (tabla 8).

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS DISTINTAS PROVINCIAS ANDALUZAS (en pocentajes horizontales)					
	AMBOS SEXOS	VARONES		MUJERES	
		(N)	(%)	(N)	(%)
Almería	85.758	37.917	44,21	47.841	55,79
Cádiz	162.601	69.903	42,99	92.698	57,01
Córdoba	138.518	58.079	41,93	80.439	58,07
Granada	146.025	62.935	43,10	83.090	56,90
Huelva	75.028	31.797	42,38	43.231	57,62
Jaén	118.991	51.416	43,21	67.575	56,79
Málaga	231.905	102.457	44,18	129.448	55,82
Sevilla	265.185	109.598	41,33	155.587	58,67
TOTAL	1.224.011	524.102	42,82	699.909	57,18
Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 (INE).					

La población mayor de 65 años cuenta de igual modo con muchas más mujeres que hombres en España, así como en el resto de países occidentales, significando por consiguiente un rasgo estructural que define de manera global al envejecimiento. Un rasgo que, por otra parte, resiste el paso del tiempo dado que en mayor o menor grado ha caracterizado siempre a la población andaluza (tabla 9), y que tampoco dejará de hacerlo en el futuro. Seguirá habiendo cada vez más habitantes longevos, pero sean cualesquiera que sean las magnitudes demográficas persistirá el predominio cuantitativo de la mujer.

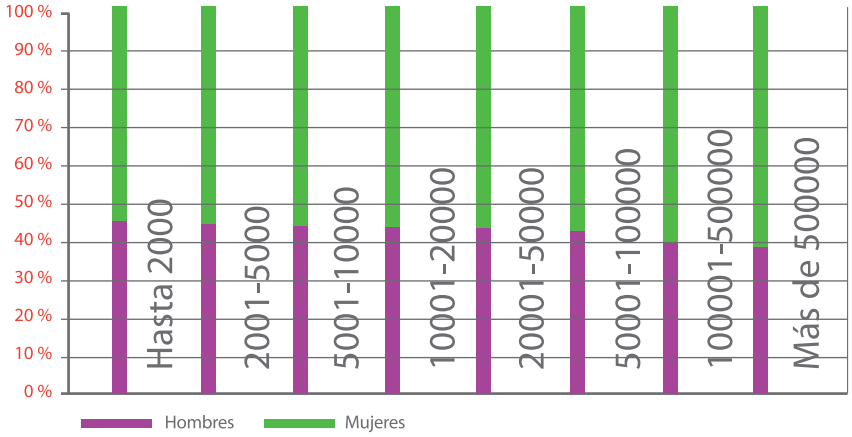
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE 65 O MÁS AÑOS EN ANDALUCÍA, POR SEXO, DESDE 1990
(en porcentajes horizontales)

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL MAYORES
	(N)	(%)	(N)	(%)	
1900	77.536	46,19	90.328	53,81	167.864
1910	89.840	46,30	104.194	53,70	194.034
1920	98.194	44,99	120.043	55,01	218.237
1930	112.175	44,88	137.770	55,12	249.945
1940	127.352	42,29	173.764	57,71	301.116
1950	137.232	39,86	207.094	60,14	344.326
1960	167.552	40,40	247.171	59,60	414.723
1970	212.026	40,67	309.290	59,33	521.316
1980	262.083	40,18	390.173	59,82	652.256
1991	334.280	41,11	478.927	58,89	813.207
2001	454.847	42,35	619.123	57,65	1.073.970
2009	524.102	42,82	699.909	57,18	1.224.011

Fuente: Elaboración propia, con datos del INE.

La sobreabundancia de mujeres se registra, de otro lado, sea cual sea el tamaño de la localidad de residencia que consideremos, aunque de una forma muy especial en las grandes ciudades. En las que superan el medio millón de habitantes, en efecto, de cada centenar de personas mayores 61 son mujeres y 39 hombres, aproximadamente; en las de 100.001 a 500.000, encontramos 60 mujeres frente a 40 hombres. En cuanto al medio rural, pese a que también son relativamente más numerosas las mujeres que los hombres, la desproporción no alcanza tanto valor: en los pueblos y aldeas de hasta 2.000 habitantes, en torno al 45% de las personas de 65 y más años son hombres y al 55% mujeres; igual sucede, en general, en los municipios de hasta 50.000 habitantes (gráfico 14).

Gráfico 14. Distribución de las personas mayores por sexo, según el tamaño de la localidad donde residen



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población de 2001 INE

Conclusiones:

- Sea cual sea la unidad territorial que consideremos, entre las personas mayores existe una cantidad relativamente más elevada de mujeres que de hombres. Siempre ha sido así y continuará siendo.

- El predominio cuantitativo de la mujer respecto al hombre se incrementa conforme avanza la edad.

A menudo se investiga sobre envejecimiento y se trabaja con personas mayores, por ejemplo en temas relacionados con la jubilación, teniendo como referencia al hombre y dejándose en un plano secundario la situación de la mujer.

Así, formulamos la siguiente recomendación:

5.- Reconocer el hecho diferencial que significa el envejecimiento femenino, tanto en el plano personal como en el social, impulsando las investigaciones sobre envejecimiento que aporten información desagregada por sexo y aplicando la perspectiva de género en el diseño de todas las políticas públicas de envejecimiento activo, velando para la consecución de una igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres.

2.2.- ENTRE LAS PERSONAS MAYORES, LAS DE MAYOR EDAD GANAN PESO RELATIVO A LAS DE MENOR EDAD

Andalucía dispone de una cantidad de personas mayores que no deja de incrementarse, según se ha referido. Pero habría de añadirse que, entre ellas, las de edad más elevada (las personas que poseen 80 o más años) están ganando peso demográfico relativo en detrimento de las de menor edad (sobre todo de las sexagenarias). He aquí una importante tendencia que viene percibiéndose desde hace ya bastante tiempo (desde mediados del siglo XX), aunque, muy especialmente, desde la década de 1980.

Hemos de significar, incluso, que en lo que va transcurrido de siglo XXI dicha tendencia ha cobrado un ritmo aceleradísimo habida cuenta de la llegada a los 65 años de las cohortes menguadas de efectivos nacidas durante la Guerra Civil y la postguerra inmediata (dada la subnatalidad que el conflicto bélico ocasionó). Tanto ha sido así que en 2009 la cuarta parte de las personas mayores de 65 años empadronadas en la comunidad autónoma rebasaban los 80 años (en concreto, el 25,16%), cuando en el Censo de Población de 2001 suponían el 20,24% (tabla 10).

TABLA 10. REPARTO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA, EVOLUCIÓN DESDE 1900 (en pocentajes horizontales)

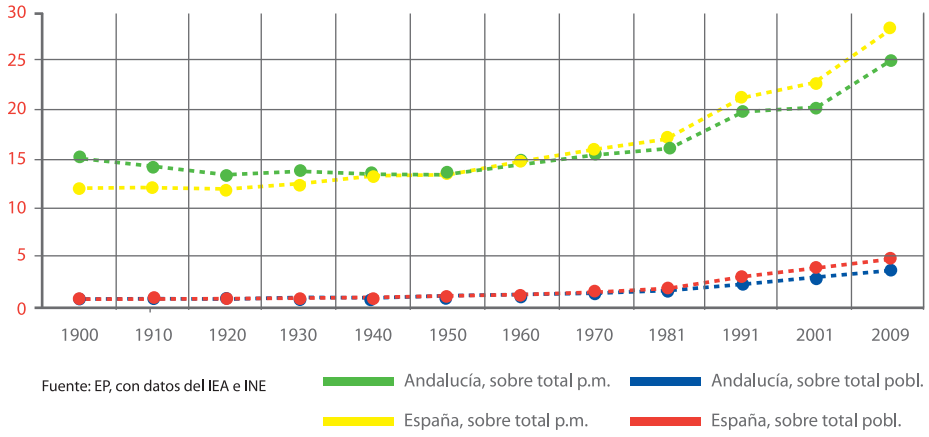
	65-69 AÑOS		70-74 AÑOS		75-79 AÑOS		80 O MÁS		TOTAL
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	
1900	64.450	38,39	54.411	32,41	23.476	13,99	25.527	15,21	167.864
1910	79.519	40,98	60.090	30,97	26.952	13,89	27.473	14,16	194.034
1920	87.019	39,88	70.601	32,35	31.652	14,50	28.965	13,27	218.237
1930	105.145	42,07	71.162	28,47	39.436	15,78	34,2 02	13,68	249.945
1940	131.102	43,54	82.294	27,33	47.371	15,73	40.349	13,40	301.116
1950	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	163,286	39,37	119.236	28,75	71,090	17,14	61.111	14,74	414.723
1970	207,916	39,88	143.801	27,59	88.426	16,96	81.173	15,57	521.316
1981	224.572	34,43	190.707	29,24	131.877	20,22	105.100	16,11	652.256
1991	286.605	35,24	207.185	25,48	157.6 60	19,39	161.757	19,89	813.207
2001	343.812	32,01	295.413	27,51	217.425	20,24	217.320	20,24	1.073.970
2009	331.155	27,06	307.6 41	25,13	277.218	22,65	307.997	25,16	1.224.011

Fuente: Elaboración propia, con datos del IEA y del INE.

Esta tendencia, ilustrada en el gráfico 15, posee en la actualidad una transcendencia capital, más si cabe que el proceso general de envejecimiento de la población. Y no se da exclusivamente en Andalucía sino que es común en todas las sociedades occidentales, entre ellas la española (en la cual alcanza registros algo más elevados).

Es de esperar, además, que no se interrumpa a corto plazo, al menos hasta que las cohortes nacidas en la época del *baby boom* lleguen a la edad de los 65 años (hecho que ocurrirá, aproximadamente, a partir de 2020), momento en el cual seguramente se asistirá a un cierto *rejuvenecimiento* de la población mayor andaluza. Hacia mediados de la década de 2030, sin embargo, estas mismas cohortes motivarán el efecto contrario, con tal fuerza que el peso relativo de las personas octogenarias o de más edad alcanzará, con bastante probabilidad, niveles máximos históricos.

Gráfico 15. Evolución desde 1900 del peso relativo de los habitantes de 80 o más años en el total de la población y entre las personas. Comparativa entre España y Andalucía



Fuente: EP, con datos del IEA e INE

Andalucía tiene en la actualidad el mayor contingente de habitantes de 80 o más años que ha conocido nunca. Sea entre las personas mayores como respecto al conjunto de la población, su relevancia demográfica jamás había sido tanta. A decir verdad, todas las comunidades autónomas comparten este rasgo, y muchas de ellas en magnitudes todavía más cuantiosas.

En Castilla y León, como caso más destacado, las personas de 80 o más años suponen la tercera parte de las que superan los 65 años, así como el 7,50% del conjunto de sus habitantes. Y valores igualmente altos se observan en Asturias, Galicia, Aragón y Cantabria (tabla 11).

TABLA 11. PESO DEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS EMPADRONADAS EN 2009 EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

(Nº)		PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	PERSONAS 80 O MÁS AÑOS		
			NÚMERO	(%) SOBRE > 65	(%) TOTAL POBLACIÓN
15ª	Andalucía	1.224.011	307.997	25,16	3,72
4ª	Aragón	263.910	87.131	32,26	6,34
2ª	Asturias	237.063	75.728	31,94	6,98
14ª	Baleares	150.177	40.852	27,20	3,73
17ª	Canarias	272.738	60.630	22,23	2,89
5ª	Cantabria	108.165	34.241	31,66	5,81
1ª	C. y León	574.162	192.079	33,45	7,50
8ª	C. La Mancha	365.520	113.689	31,10	5,47
11ª	Cataluña	1.217.480	357.877	29,39	4,79
12ª	C. Valenciana	835.231	217.108	25,99	4,27
7ª	Extremadura	209.312	60.681	28,99	5,52
3ª	Galicia	611.774	184.022	30,09	6,58
13ª	Madrid	920.989	258.660	28,09	4,07
16ª	Murcia	197.456	51.502	26,08	3,56
9ª	Navarra	108.858	34.343	31,55	5,46
10ª	País Vasco	409.532	117.310	28,64	5,40
6ª	La Rioja	57.974	18.446	31,82	5,75
18ª	Ceuta y Melilla	16.478	3.659	22,21	2,39
ESPAÑA		7.780.830	2.213.955	28,45	4,74

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes (INE).

En general, aquellas comunidades más envejecidas demográficamente son también las que tienen una cifra comparativamente superior de habitantes de edad muy avanzada. E igual habría de afirmarse, en el interior de Andalucía, a nivel provincial: Córdoba y Jaén (invirtiéndose esta vez el orden) sobresalen por ser las poblaciones en las cuales las personas de 80 o más años poseen un mayor peso demográfico: en la cordobesa llegan a representar el 28,53% de las mayores de 65 años y el 4,92% de cuantos habitantes había empadronados en la provincia en 2009. En Cádiz, en cambio, hablamos de unos porcentajes sensiblemente más bajos, el 22,58% y el 2,99% de manera respectiva (tabla 12).

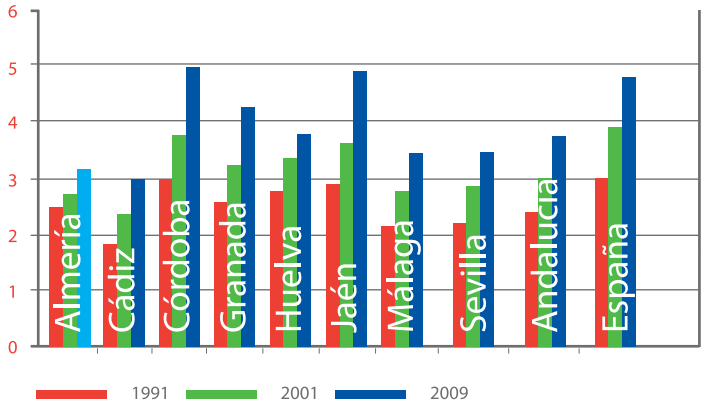
TABLA 12. PESO RELATIVO DE LAS PERSONAS DE 80 O MÁS AÑOS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. ANDALUCÍA Y PROVINCIAS. 2009

(Nº)	PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS		PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS		
			NÚMERO	(%) SOBRE > 65	(%) TOTAL POBLACIÓN
7ª	Almería	85.758	21.568	25,15	3,16
8ª	Cádiz	162.601	36.722	22,58	2,99
1ª	Córdoba	138.518	39.522	28,53	4,92
3ª	Granada	146.025	38.250	26,19	4,23
4ª	Huelva	75.028	19.312	25,76	3,77
2ª	Jaén	118.991	32.603	27,40	4,88
6ª	Málaga	231.905	54.469	23,49	3,43
5ª	Sevilla	265.185	65.551	24,72	3,45
TOTAL		1.224.011	307.997	25,16	3,72

Fuente: Elaboración propia, con datos del Padrón de Habitantes de 2009 (INE).

Pero lo que todas ellas vienen registrando durante las últimas décadas, insistimos, es un incremento continuo de habitantes de edad muy avanzada en su estructura demográfica. Un incremento que se está dando de una manera muy acelerada: en Córdoba, por ejemplo, las personas de 80 o más años han pasado de significar el 2,93% de sus habitantes en 1991 al mencionado 4,92% en 2009. E incluso en Cádiz hablamos de un avance espectacular: del 1,78% al 2,99% (gráfico 16).

Gráfico 16. Porcentaje que suponen las personas mayores de 80 años en la población. Comparativa entre provincias andaluzas y evolución reciente



Fuente: Elaboración propia, con datos del INE

Conclusiones:

- En el segmento de la población de 65 o más años, las personas de edad más elevada están ganando un enorme peso demográfico en detrimento de las de menor edad.

- No es igual fomentar el envejecimiento activo, en ninguna de sus áreas (seguridad, salud, participación o formación), entre las personas al borde de la jubilación que entre las octogenarias o de mayor edad.

A la vista de lo anteriormente referido, recomendamos:

6.- Dadas las singularidades personales (peor salud, peor posición económica, escasez de estudios, viudedad, etc.) y generacionales (derivadas por ejemplo de la Guerra Civil) de éstas últimas, y en general su mayor fragilidad social, evitar que queden marginadas u ocupen un plano secundario en las políticas de envejecimiento activo.

2.3.- UNA MAGNÍFICA TENDENCIA: LA REDUCCIÓN DE LOS CASOS DE VIUDEDAD Y EL AUMENTO DE LOS MATRIMONIALES

Las condiciones de vida de las personas de edad avanzada responden, en lo esencial, a su situación de pareja. Más allá de los 65 años se encuentran casadas en Andalucía un porcentaje de ellas que casi duplica al de viudas: el 59,48% frente al 31,83%; aparte, el 7,49% están solteras y el 1,21% separadas o divorciadas. Son datos extraídos del Censo de Población de 2001, los últimos publicados por el INE sobre el estado civil. Por tanto, frente al desconocimiento social o incluso el prejuicio que quizás exista al respecto, el envejecimiento en pareja es muchísimo más frecuente que el que se desarrolla en ausencia de la misma.

La distribución que acabamos de comentar resulta similar a la registrada en España (si acaso, con una incidencia algo mayor de la viudedad y menor de la soltería), aunque difiere de una manera bastante significativa entre unas provincias andaluzas y otras (tabla 13):

- Jaén sobresale por contar con la proporción más elevada de personas mayores casadas, el 63,37%, seguida a continuación de Almería, Granada y Córdoba (en torno al 61,30%).

- Cádiz, en cambio, posee la tasa de viudedad relativamente más alta de toda Andalucía: en 2001 se encontraban viudas cerca del 34% de las personas mayores. También destacan por ello Huelva y Sevilla.

- En Almería, por su parte, se daba el porcentaje comparativamente más escaso de situaciones de soltería (el 6,17%) y en Sevilla el más abundante (el 8,39%).

- Las separaciones y los divorcios, dentro de su escasez estadística, alcanzaban su valor más importante en Málaga (el 2,17%) y el más reducido en Jaén (0,61%).

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DE LAS PROVINCIAS ANDALUZAS POR ESTADO CIVIL								
	SOLTERAS		CASADAS		VIUDAS		SEP/DIV	
Almería	4.410	6,17	44.091	61,39	22.067	30,88	904	1,26
Cádiz	10.092	7,48	77.656	57,53	45.719	33,87	1.510	1,12
Córdoba	10.317	8,10	77.922	61,21	38.069	29,90	999	0,79
Granada	8.703	6,66	80.207	61,34	40.209	30,75	1.637	1,25
Huelva	5.259	7,63	40.039	58,12	23.015	33,41	579	0,84
Jaén	7.096	6,35	70.802	63,37	33.137	29,66	690	0,61
Málaga	13.547	7,66	102.731	58,12	56.647	32,05	3.837	2,17
Sevilla	19.479	8,39	133.429	57,49	76.597	33,00	2.585	1,11
Andalucía	78.903	7,49	626.877	59,48	335.460	31,83	12.741	1,21
España	546.351	8,04	4.058.367	59,71	2.099.287	30,89	92.931	1,36

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE).

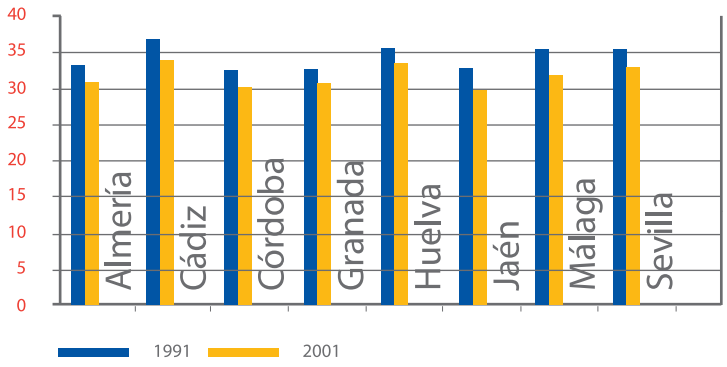
Podría afirmarse, en líneas generales, que en las provincias orientales de la comunidad autónoma (exceptuando a Málaga y añadiendo a Córdoba) la vida matrimonial es comparativamente más frecuente que en las occidentales. Pero también conviene resaltar una tendencia bastante sólida que todas ellas vienen reflejando durante las últimas décadas: está creciendo la cifra relativa de personas mayores casadas en detrimento de la de viudas. Es el resultado de la disminución de la mortalidad que continúa produciéndose en las edades avanzadas, lo que está posibilitando el avance de la esperanza de vida y, por ende, la postergación de la viudez. La muerte del cónyuge, inevitable llegado el momento, se está retrasando cada vez más.

“en la actualidad por cada persona mayor viuda existen dos casadas, cuando en el pasado los casos de viudedad incluso fueron siempre más corrientes que los matrimoniales”

Por eso, reiteramos el dato por su transcendencia, en la actualidad por cada persona mayor viuda existen dos casadas, cuando en el pasado los casos de viudedad incluso fueron siempre más corrientes que los matrimoniales. La vejez, tradicionalmente teñida de negro, solía establecer de hecho su inicio tanto en Andalucía como en España coincidiendo con la pérdida del esposo o la esposa, un trance que con suma frecuencia sucedía a edad sexagenaria, si no antes. Nada que ver con el presente, puesto que parece extraordinaria si llega antes de la jubilación. Se ha convertido en raro lo que antaño era de lo más normal.

De esta suerte, el porcentaje de habitantes de 65 o más años en estado de viudedad es cada vez más reducido en todas y cada una de las provincias andaluzas, circunstancia que se aprecia asimismo en el conjunto de España, así como en el resto de países occidentales. En Cádiz, por ejemplo, la relación de personas mayores viudas se situaba en 1991 el 37% y en 2001 en menos del 34%; lo mismo que en Jaén, donde hablamos de un descenso entre ambos censos del 32,62% al 29,66% (gráfico 17).

Gráfico 17. Reducción del porcentaje de personas mayores viudas en las provincias andaluzas entre 1991 y 2001



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

Por consiguiente, no es sólo que cada vez haya más personas de edad elevada en nuestra sociedad sino que está cambiando, a la par, la forma en que envejecen, comenzando por la situación de pareja. Y eso porque, aunque la tasa de soltería permanece con escasas variaciones, el retraso del momento de la viudez está favoreciendo que se prolongue por más tiempo que nunca el envejecimiento en pareja. Las separaciones y los divorcios, a pesar de que van en aumento, tienen todavía una relevancia muy escasa, sobre todo en las provincias interiores.

En el contexto de las diferentes comunidades autónomas españolas, Andalucía cuenta con porcentaje medio tanto de personas mayores casadas como de separadas o divorciadas, así como algo inferior de solteras y un tanto más elevado de viudas (tabla 14).

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN SU ESTADO CIVIL, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

PERSONAS SOLTERAS		PERSONAS CASADAS		PERSONAS VIUDAS		P. SEPARADAS O DIVORCIADAS	
Navarra	12,66	C. La Mancha	64,18	Ceuta y Melilla	37,57	I. Canarias	2,71
Galicia	10,94	La Rioja	61,90	I. Baleares	32,89	I. Baleares	2,06
Cantabria	10,56	Murcia	61,87	Asturias	32,61	Cataluña	1,87
C. y León	9,49	C. y León	60,99	I. Canarias	31,87	Ceuta y Melilla	1,79
Asturias	9,35	Extremadura	60,81	Andalucía	31,83	Madrid	1,78
Aragón	9,03	Aragón	60,26	C. Valenciana	31,72	C. Valenciana	1,59
La Rioja	9,02	C. Valenciana	60,19	Cataluña	31,42	Asturias	1,56
País Vasco	8,78	Cataluña	60,16	Murcia	30,94	Cantabria	1,32
I. Canarias	8,19	Madrid	59,77	Extremadura	30,77	Galicia	1,27
I. Baleares	8,14	Andalucía	59,48	Galicia	30,75	Andalucía	1,21
Madrid	7,96	País Vasco	59,40	País Vasco	30,75	País Vasco	1,10
Extremadura	7,81	Navarra	57,81	Cantabria	30,70	Murcia	1,02
Ceuta y Melilla	7,59	Cantabria	57,43	Madrid	30,49	La Rioja	0,95
Andalucía	7,49	I. Canarias	57,25	Aragón	29,74	Aragón	0,87
C. La Mancha	6,72	Galicia	57,05	C. y León	28,75	Navarra	0,77
Cataluña	6,65	I. Baleares	56,90	Navarra	28,75	C. y León	0,77
C. Valenciana	6,49	Asturias	56,48	C. La Mancha	28,47	C. La Mancha	0,62
Murcia	6,18	Ceuta y Melilla	53,06	La Rioja	28,14	Extremadura	0,62

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001. INE.

Interesa asimismo comentar los resultados por hábitats dado que varias circunstancias llaman la atención:

- Primero, que conforme aumenta el tamaño de la localidad de residencia tiende a elevarse el porcentaje de personas mayores viudas, que oscila entre el 29,87% registrado en los pueblos y las aldeas de hasta 2.000 habitantes y el 34,29% que se observa en las ciudades de más de medio millón de habitantes.

- Segundo, que en las grandes ciudades hallamos, en contrapartida, la proporción más reducida de situaciones matrimoniales. Están casadas el 54,70% de las personas mayores que residen en localidades de más de 500.000 habitantes, frente a más del 61% de las que lo hacen en los núcleos de población inferior a los 50.000 habitantes.

- Tercero, que también las grandes ciudades destacan por contar con la mayor relación tanto de personas mayores solteras como de separadas o divorciadas (tabla 15).

TABLA 15. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES, SEGÚN EL TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA

	SOLTERAS		CASADAS		VIUDAS		SEP/DIV	
Hasta 2.000 hab.	5.398	7,95	41.770	61,39	20.288	29,87	471	0,69
2.001 - 5.000	9.307	7,44	77.060	61,60	37.886	30,28	847	0,68
5.001 - 10.000	7.837	6,95	69.489	61,61	34.707	30,77	760	0,67
10.001 - 20.000	9.473	6,62	87.288	61,00	45.095	31,51	1.241	0,87
20.0001 - 50.000	9.728	6,62	89.970	61,21	44.822	30,49	2.472	1,68
50.001 - 100.000	4.501	6,19	43.363	59,65	23.851	32,81	978	1,34
100.001 - 500.000	16.557	7,78	123.578	58,05	69.647	32,72	3.082	1,45
Más de 500.000	16.102	9,33	94.359	54,70	59.164	34,29	2.890	1,67
TOTAL	78.903	7,49	626.877	59,48	335.460	31,83	12.741	1,21

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE).

Conclusiones:

- El envejecimiento en pareja es comparativamente más frecuente en el mundo rural andaluz, e incluso en las llamadas 'ciudades intermedias' (hasta 50.000 habitantes), que en las áreas muy pobladas (entre ellas las capitales de provincia). La viudedad en cambio es más común en las áreas urbanas que en las rurales.

- En todas las provincias andaluzas y todos los tipos de hábitats existe un porcentaje cada vez más elevado de personas mayores casadas y más escaso de viudas.

- Se está retrasando el momento de la viudez. Nunca antes en Andalucía tantas personas habían envejecido en pareja y relativamente tan pocas en viudedad.

Por todo lo anteriormente expuesto, recomendamos:

7.- Atender y apoyar esta favorable evolución, orientando las políticas de envejecimiento activo no únicamente hacia la persona sino, allá donde exista, hacia la pareja, pues en las sociedades modernas la viudedad es contemplada por quienes la sufren cada vez menos como la 'antesala de la muerte' y más como una etapa nueva de la vida que hay que dotar de sentido y de contenidos. Numerosas prácticas relacionadas con el envejecimiento activo podrían y habrían de contribuir a la hora de definir y potenciar esta nueva concepción de la viudedad.

2.4.- ENVEJECIMIENTO MASCULINO EN PAREJA Y FEMENINO EN SOLEDAD O VACÍO CONYUGAL

Claro que el estado civil de las personas y su evolución por edad varía y mucho dependiendo del sexo. De hecho, si seguimos considerando al grupo de población de 65 o más años, nos topamos con dos realidades tremendamente dispares: mientras que la inmensa mayoría de los hombres están casados (casi el 80%), en lo que respecta a las mujeres todavía en 2001 abundaban más en Andalucía las viudas que las casadas. La soltería, además, es más frecuente entre las mujeres que entre los varones, al contrario de lo que ocurre con las separaciones y los divorcios (gráficos 18 y 19).

Gráfico 18. Reparto de los andaluces de 65 o más años por estado cilvil

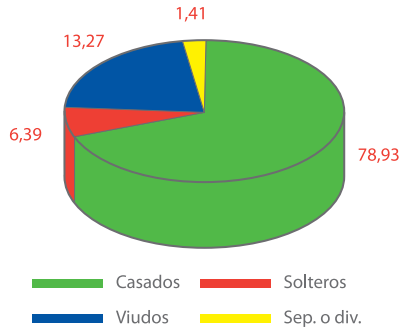
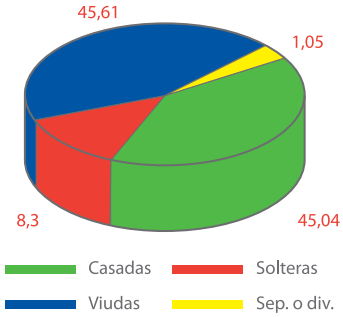


Gráfico 19. Reparto de las andaluzas de 65 o más años por estado cilvil



Y si atendemos a lo que ocurre conforme avanza la edad la conclusión no admite dudas: en la etapa final de la vida, existe *grosso modo* dos formas dispares de envejecer, la masculina en matrimonio y la femenina en soledad conyugal. Sirvan los siguientes datos de muestra: en el grupo de edad de 85-89 años, en la población masculina andaluza aún son bastantes más corrientes las situaciones matrimoniales que las de viudedad; entre las mujeres, en cambio, el porcentaje de casadas rondaba el 11% mientras que las de viudas el 80% (tabla 16).

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN SU ESTADO CIVIL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA. 2001								
	SOLTEROS/AS		CASADOS/AS		VIUDOS/AS		SEP/DIV	
Hombres:								
65-69 años	11.372	7,15	134.466	84,56	10.013	6,30	3.175	2,00
70-74 años	8.904	6,82	106.959	81,94	12.745	9,76	1.923	1,47
75-79 años	5.049	5,69	68.522	77,25	14.287	16,11	838	0,94
80-84 años	2.151	4,79	31.152	69,43	11.266	25,11	302	0,67
85-89 años	873	4,61	10.687	56,47	7.267	38,40	99	0,52
90 y más	337	4,80	2.651	37,79	3.995	56,95	32	0,46
TOTAL	28.686	6,39	354.437	78,93	59.573	13,27	6.369	1,42
Mujeres:								
65-69 años	12.214	6,70	118.586	65,09	48.177	26,44	3.211	1,76
70-74 años	13.141	8,14	84.652	52,42	61.854	38,30	1.849	1,15
75-79 años	11.512	9,25	46.785	37,59	65.309	52,47	864	0,69
80-84 años	7.518	9,77	17.146	22,28	51.979	67,55	308	0,40
85-89 años	3.990	9,76	4.516	11,04	32.294	78,96	101	0,25
90 y más	1.842	9,74	755	3,99	16.274	86,06	39	0,21
TOTAL	50.217	8,30	272.440	45,04	275.887	45,61	6.372	1,05

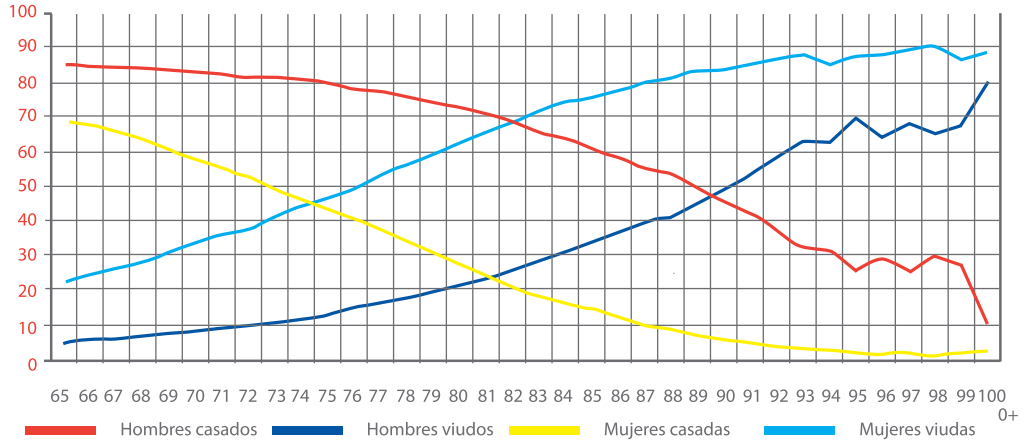
Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE).

A la edad de 75 años, de hecho, ya existen más andaluzas viudas que casadas, circunstancia que no se constata en lo que concierne a los varones hasta aquellos que han cumplido 90 años (gráfico 20). Es decir, mientras que la gran mayoría de los hombres agotan su vida en compañía de la esposa, lo corriente es que las mujeres lo hagan en lo que podría llamarse "soledad o vacío conyugal".

Y resulta asimismo muy significativo que cuando alcanzan los 65 años la inmensa mayoría de los hombres continúan casa-

dos, más del 85%, mientras que casi la cuarta parte de las mujeres ya han enviudado. Ello viene a indicar que en contextos de reciente jubilación, reorientación de la vida y nuevas actividades sociales, o incluso a nivel familiar cuando llegan nietos y/o nietas, la pareja está presente para un elevadísimo porcentaje de andaluces; una cifra de andaluzas nada desdeñable, sin embargo, han de afrontar tales circunstancias habiéndola perdido ya.

Gráfico 20. Porcentaje de personas mayores casadas y de viudas en Andalucía, por sexo y edad (año a año)



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Pobalación de 2001 (INE)

Por otro lado, se da la circunstancia de que las disparidades en el estado civil de uno y otro sexo son mucho más acusadas en las grandes ciudades que en las medianamente poblabas y, sobre todo, que en los municipios de escaso tamaño:

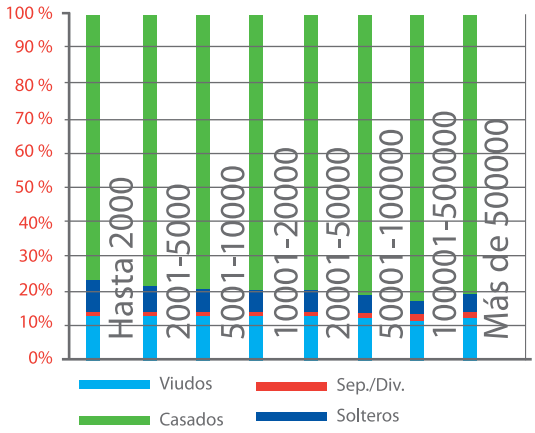
■ En los núcleos de más de 500.000 habitantes, el porcentaje de mujeres casadas no alcanza el 39%, cuando la de varones casados roza el 80%, o sea, más del doble. La tasa de viudedad, asimismo, es de casi el 48% entre las mujeres pero de apenas el 13% entre los hombres.

■ En las localidades de 50.001 a 100.000 habitantes, se hallan casadas el 44,41% de las mujeres mayores y el 79,86% de los varones. Por otra parte, están viudas el 47,50% de las mujeres frente al 13,33% de los hombres.

En los pueblos y aldeas de hasta 2.000 habitantes se registra la menor proporción de hombres casados (el 76,08%) y la más alta, en cambio, de mujeres casadas (el 49,38%). Y se da también una incidencia menor de la viudedad femenina (el 43,32%) que en cualquier otro hábitat.

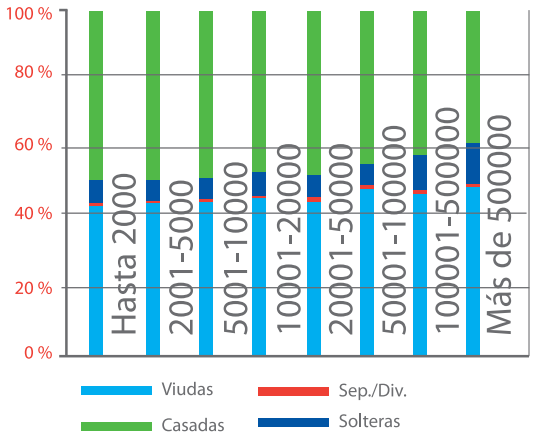
En realidad, el estado civil de los varones no ofrece muchas diferencias de unos hábitats a otros: si acaso, la proporción de casados resulta más alta en las grandes ciudades que en las áreas rurales, al contrario de lo que ocurre con la de solteros. El de las mujeres sin embargo sí que varía significativamente por hábitat, dándose tendencias mucho más sólidas y que apuntan, por cierto, en sentido inverso que en el sexo masculino: el porcentaje de casadas disminuye de una forma considerable en los núcleos de mayor población, a la vez que se incrementa el de solteras (gráficos 21 y 22).

Gráfico 21. Hombres mayores, por estado civil, según su hábitat



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de P. 2001 (INE)

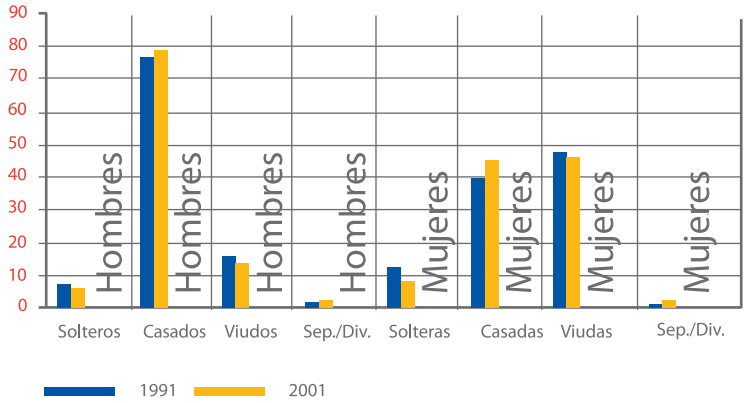
Gráfico 22. Mujeres mayores, por estado civil, según su hábitat



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de P. 2001 (INE)

Hemos de recalcar, en cualquier caso, que tanto los varones como las mujeres de todas las edades y clases de hábitats vienen beneficiándose de la disminución de la mortalidad y, con ello, de la creciente duración media de la vida en pareja. En ambos sexos no deja de incrementarse la proporción de personas casadas en detrimento de la de viudas o, según concluimos arriba, en la comunidad autónoma de Andalucía cada vez se envejece más en pareja (gráfico 23).

Gráfico 23. Distribución de las personas mayores por estado civil. Andalucía. Comparación entre 1991 y 2001



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 1991 y 2001 (INE)

Conclusiones:

- El envejecimiento en pareja se desarrolla mucho más comúnmente en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

- En la etapa final de la vida, incluyendo el momento de la dependencia y de la muerte, el hombre dispone de la compañía y el apoyo de la pareja; la mujer, en términos también generales, ha de afrontarla en un contexto de soledad o vacío conyugal.

- El estado civil de las mujeres mayores resulta más heterogéneo en el medio urbano que en el rural. Las que habitan en las grandes ciudades envejecen relativamente menos en pareja.

Así, consideramos pertinente formular la siguiente recomendación:

8.- Considerar el estado civil como un factor básico a la hora de promocionar prácticas específicas de envejecimiento activo a hombres y mujeres, teniendo en cuenta asimismo el tipo de población en el que se encuentran habitando.

2.5.- TIPOLOGÍA VARIADA DE HOGARES EN LOS QUE VIVEN PERSONAS MAYORES, SEGÚN SU EDAD, PROVINCIA Y TIPO DE HÁBITAT

En Andalucía, de cada cinco personas mayores dos habitan en hogares bipersonales (el 41,99% siendo exactos). Es, con diferencia, el tipo de hogar más frecuente entre ellas. Las demás se distribuyen, en magnitudes bastante similares, en hogares de tres miembros (el 19,05%), de cuatro o más miembros (el 19,21%) o bien unipersonales (el 19,76%).

Aunque parte de los hogares de dos miembros enmarcan situaciones de convivencia intergeneracional, sea con algún descendiente o bien ascendiente, los más comunes entre ellos son los constituidos por una pareja de personas mayores. Y, dado que se está retrasando el momento en que sucede la viudez, esta clase de hogares tiende a ser cada vez más común, sobre todo entre las personas septuagenarias: en torno al 45% de ellas se encuentran en uno de ellos.

Al mismo tiempo, sin embargo, se detecta una importante expansión de los hogares unipersonales. Ello responde a que, una vez que fallece la pareja, cada vez hay más personas mayores que optan por continuar en casa, en lugar de mudarse con familiares com o solía ser costumbre (y necesidad). Durante las últimas décadas, en efecto, la vida en solitario viene ganando bastante terreno en Andalucía a la tradicional convivencia entre generaciones que solía darse tras la viudez. El resultado es que alrededor del 30% de las personas de 80 o más años residen en un hogar solitario.

Los hogares más poblados, sean de tres o de cuatro o más miembros, engloban fundamentalmente dos perfiles de convivencia muy distintos. Uno, personas mayores con o sin pareja, pero teniendo hijos aún sin emancipar, situación sobre todo común en contextos de reciente jubilación. Otro, personas de edad muy avanzada que, debido a sus problemas de salud, deciden dejar de vivir solas yéndose al domicilio de familiares. De ahí que, como reflejan los datos de la tabla 17, en el segmento de la población de 65 o más años tanto los hogares de tres miembros como los de cuatro o más pierden relevancia en un primer momento (entre las personas sexagenarias y septuagenarias, a medida que los descendientes van abandonando la vivienda) para recuperarla luego (entre las personas de edad superior, conforme los familiares van acogiéndolas en casa para cuidarlas).

Las personas mayores se reparten entre los diferentes tipos de hogares de una manera bastante similar tanto Andalucía como en España. No ocurre así dentro de la comunidad autónoma, donde hay que reseñar lo siguiente (gráfico 24):

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES, SEGÚN EL TAMAÑO DEL HOGAR EN EL QUE HABITAN, POR GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA, 2001.

	Una persona		Dos personas		Tres personas		Cuatro o más	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
65-59	41.791	12,25	139.821	40,98	83.780	24,55	75.822	22,22
70-74	51.585	17,66	133.882	45,85	56.772	19,44	49.788	17,05
75-79	51.521	24,17	95.836	44,96	32.250	15,13	33.559	15,74
80-84	36.458	29,93	47.292	38,82	15.632	12,83	22.440	18,42
85-89	19.309	32,27	18.945	31,67	7.792	13,02	13.781	23,03
90 y más	7.614	29,37	6.742	26,01	4.537	17,50	7.032	27,12
TOTAL	208.278	19,76	442.518	41,99	200.763	19,05	202.422	19,21

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE).

■ Granada es la provincia con el porcentaje más alto de personas mayores en hogares unipersonales, el 21,72%, seguida de Jaén (el 20,87%) y de Málaga (el 20,71%). En sentido contrario destacan Cádiz (el 18,22%), Córdoba (el 18,55%) y Sevilla (el 18,96%).

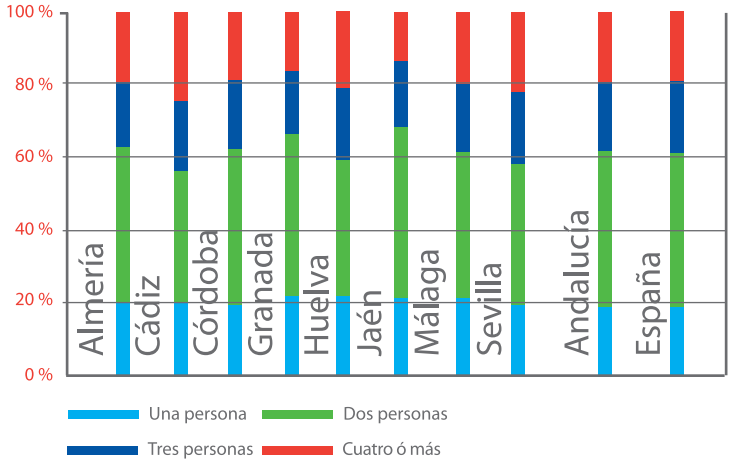
■ Jaén sobresale, de otro lado, por ser la provincia andaluza con la mayor relación de personas mayores en hogares de dos miembros, el 47,57%. A continuación se sitúan Córdoba y Granada (alrededor del 44,50%). En Sevilla, en cambio, en esta clase de ho-

gares se encuentran menos del 40% de ellas y en Cádiz, incluso, menos del 38%.

■ La proporción de personas mayores en hogares de tres miembros va del 17,98% registrado en Jaén y al 20,11% de Cádiz.

■ Por último, la cifra de personas mayores que viven en hogares de cuatro o más miembros resulta muy distinta según las provincias, destacando lo elevado de su valor en algunas occidentales, como Cádiz (el 23,75%) y Sevilla (el 21,59%), y lo reducido en algunas orientales, como Granada (el 15,54%) y Jaén (el 13,58%).

Gráfico 24. Distribución de la personas mayores de España, Andalucía y sus provincias, según el tamaño del hogar en el que residen



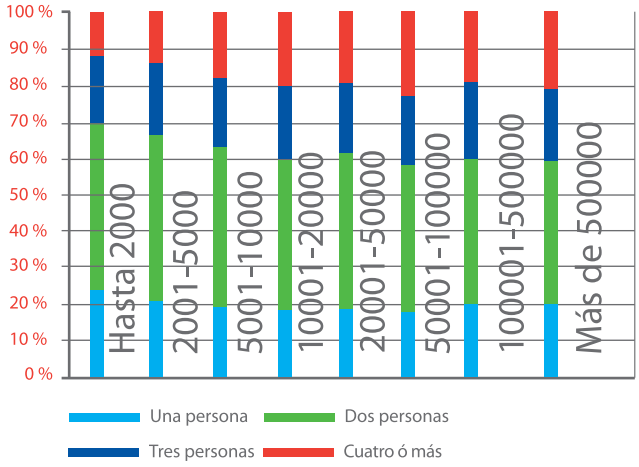
Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

Por clase de hábitat cabe destacar que los hogares de una sola persona son especialmente frecuentes en el medio rural. Se encuentran en uno de ellos casi el 24% de las personas mayores que residen en pueblos y aldeas de hasta 2.000 habitantes, así como el 21% de las que lo hacen en municipios de 2.001 a 5.000 habitantes. Los hogares unipersonales, por otro lado, también resultan más comunes en las grandes ciudades (20,51%) que en las de tamaño medio (en torno al 18%).

En lo que respecta a los hogares formados por dos personas, también tienden a definir la existencia de una cifra relativamente superior de personas mayores del medio rural que del urbano: hablamos de porcentajes que oscilan desde el 46,59% de las que residen en municipios de hasta 2.000 habitantes hasta el 39,05% de las que lo hacen en poblaciones que sobrepasan el medio millón de efectivos.

Otro hecho muy significativo es la relativa escasez de hogares de cuatro o más miembros en el medio rural, más extraños cuanto menor es el tamaño de la población de residencia: el porcentaje de personas mayores en uno de ellos se sitúa alrededor del 12% en localidades de hasta 2.000 habitantes, del 15% en localidades de 2.001 a 5.000 habitantes y del 18% en las de 5.001 a 10.000 habitantes. En el resto de poblaciones, ya sean de tamaño medio o grande, hablamos de una proporción que supera el 20% (gráfico 25).

Gráfico 25. Tipo de hogar donde residen las personas mayores, según el tamaño de la localidad en la que se encuentra



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

En contra de la creencia social que quizás circule, la convivencia entre varias generaciones resulta en las sociedades actuales bastante más corriente en las áreas urbanas que en las rurales. En estas últimas, en cambio, es mucho más común la vida en solitario de las personas mayores, circunstancia perfectamente compatible con el hecho que destacábamos arriba de que el envejecimiento en pareja sea también más frecuente en los pueblos que en las ciudades.

En el medio rural, en efecto, existen comparativamente más personas mayores casadas que en el urbano; una vez que enviudan, ahora bien, tienden más que las de otros tipos de hábitats a vivir en solitario, en parte porque es probable que no tengan hijos residiendo en su misma localidad y quieran evitar el desarraigo social que suele entrañar la mudanza. Es más, los hogares de cuatro o más miembros son más numerosos en las grandes ciudades, quizás porque mucho de ellos acaban al final albergando a personas mayores viudas procedentes del medio rural que, debido a los problemas de salud que sufren, han decidido trasladarse a la vivienda de alguno de sus hijos o de alguna de sus hijas para ser cuidadas allí.

Conclusiones:

- Los hogares constituidos por dos personas, así como los unipersonales, son los que más están aumentando en Andalucía en lo que hace a las personas mayores.

- Ello implica que las personas mayores tienden a convivir menos con familiares y más en pareja o en solitario.

- Los hogares donde residen personas mayores se encuentran en general más poblados en las provincias occidentales de Andalucía que en las orientales.

- Tanto los hogares de una sola persona, como sobre todo los formados por dos personas, son comparativamente más frecuentes en las áreas rurales que en las urbanas.

Así, recomendamos:

9.- El grado de asunción del envejecimiento activo depende no únicamente de la actitud más o menos favorable que tengan las personas, sino además de sus circunstancias contextuales. Entre ellas, el tipo de hogar en el que habitan ha de ser muy tenido en cuenta en el diseño de políticas de envejecimiento activo, en aspectos como la seguridad, la participación o la salud. Por ejemplo…:

- La posición económica viene determinada no tanto por los ingresos de los individuos sino, más bien, por los del conjunto de los miembros del hogar donde habite. E igual pasa con el gasto.

- De cara a la participación social, habrá que considerar que numerosas personas mayores apenas disponen de tiempo libre puesto que conviven con personas a

las que han de prestar cuidados de modo permanente.

■ Y en la expansión de hábitos de vida saludables, también influye mucho la situación de pareja, por ejemplo en la alimentación y en general en los aspectos preventivos.

2.6.- FORMAS DE CONVIVENCIA DISPARES POR SEXO. VIUDEZ, ESTADO DE SALUD Y MOVILIDAD RESIDENCIAL

La distribución de las personas mayores entre las diferentes clases de hogares varía de manera sustancial dependiendo del sexo. Lo más destacable es que los hogares unipersonales son mucho más corrientes entre las mujeres (viven en ellos más del 26% de las andaluzas de 65 o más años) que entre los varones (menos del 11%). En el resto de los hogares, por el contrario, hallamos a una cifra superior de hombres que de mujeres, sobre todo en bipersonales (más del 46% frente a menos del 39%, de forma respectiva). La razón es la mayor incidencia que tiene entre ellas la viudedad: al afectarles bastante más, en efecto, resulta más frecuente que tiendan a permanecer en casa, residiendo en solitario, una vez que pierden a la pareja (gráficos 26 y 27).

Gráfico 26. Hombres mayores de 65 años, por tamaño hogar residencia

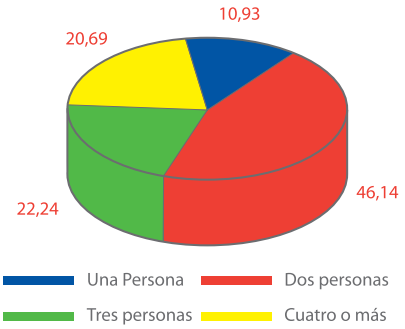
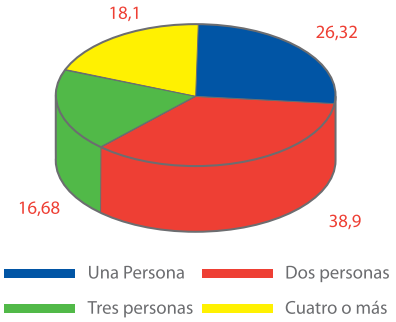


Gráfico 27. Mujeres mayores de 65 años, por tamaño hogar residencia

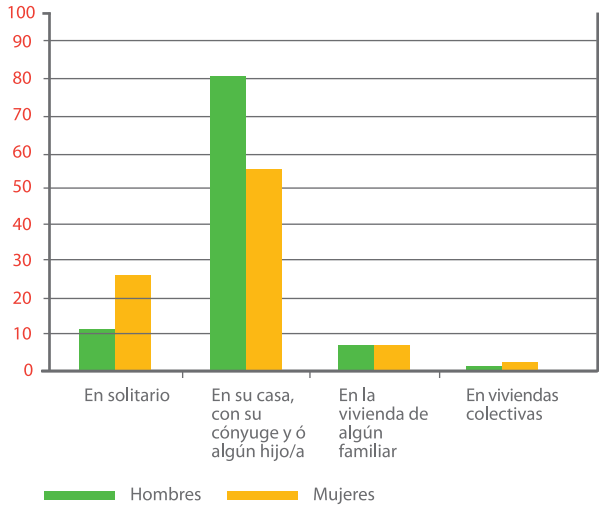


Si los datos que acabamos de comentar hacen referencia al tamaño del hogar donde residen las personas mayores, los que ahora mostramos apuntan de manera más directa hacia los estilos de vida que mantienen:

■ En términos generales, es decir con independencia del sexo, un hecho debe subrayase: en Andalucía la gran mayoría de las personas mayores residen en su vivienda propia: alrededor del 66% lo hacen acompañadas por su pareja y/o por algún descendiente (o incluso ascendiente al que muy probablemente cuiden) y cerca de un 20% en solitario. Siendo así, apenas el 12% se encuentran en otros núcleos familiares (esto es, en un domicilio ajeno) y únicamente el 2% están en viviendas colectivas. Esta distribución arroja unos resultados semejantes en España: de cada seis personas mayores, cinco habitan en su propia casa.

■ Pues bien, cabe recalcar lo dispar que resulta la forma de convivencia en función del sexo. Dicho está que en Andalucía la relación de mujeres mayores viviendo solas se alza sobre el 26%, cuando la de varones no suma el 11%. Añadamos a ello que también es mucho más frecuente hallar a mujeres que a hombres residiendo con familiares fuera del hogar propio (el 16,3% frente al 6,5%, respectivamente), así como en viviendas colectivas (2,3% frente a 1,3%). Por el contrario, habitando en su propia casa en compañía del cónyuge y/o de algún hijo o hija encontramos al 81% de los varones frente al 55% de las mujeres (gráfico 28).

Gráfico 28. Formas de convivencia de hombres y mujeres mayores en Andalucía



Fuente: Censo de Población 2001 (INE) y elaboracioón propia

Mención especial hemos de hacer de las personas mayores que residen en viviendas colectivas, sean hombres o mujeres. A ellas se está tendiendo a acceder, y así seguirá ocurriendo con toda probabilidad, a una edad cada vez más tardía por cuanto que predomina ampliamente entre ellas la voluntad de continuar en casa todo el tiempo que sea posible. Ello implica que las llamadas residencias han pasado a ser concebidas, no tanto como una alternativa al desarrollo de la vida en el hogar propio, sino como un recurso de futuro donde poder recibir las atenciones y los cuidados que quizás precisen algún día, si la salud se deteriora. Aun así conviene recordar que las personas desean ser cuidadas por su familia, a poder ser sin abandonar su domicilio, con el apoyo de las administraciones.

La convivencia en los centros puede considerarse un aspecto complejo pues son muchos los factores que intervienen en la vida diaria de las personas residentes. Entre ellos cabe destacar sus dimensiones, de las cuales dependen las relaciones interpersonales entre residentes y de éstos con el entorno. En el caso de las personas con discapacidad, según su estado físico y psicológico y las patologías que presenten dichas relaciones también variarán: por ejemplo, las actividades que se programan para personas enfermas de Alzheimer no suelen ser compatibles con las que se realizan con personas con menor grado de deterioro cognitivo. Del mismo modo, hay que tener en cuenta el número de usuarios que poseen el centro residencial y su división por sexo.

Crece no obstante el deseo de las personas de permanecer en casa aun en una situación de dependencia, recibiendo allí los cuidados que precisen. El problema que surge de manera creciente es quién se encarga de suministrarlos puesto que la familia, que ha venido siendo tradicionalmente la encargada de hacerlo, cada vez puede ocuparse menos de ello. La modernización social que ha registrado Andalucía en las últimas décadas ha modificado de una manera sustancial las relaciones familiares y las formas de solidaridad entre parientes. Por ejemplo, la asignación del rol de cuidadora a alguna de las hijas, aunque esté amparada por la costumbre, tiende cada vez más a cuestionarse, máxime en situaciones de inserción laboral.

Sin embargo, constituye una práctica que, sobre todo en el medio rural, sigue reproduciéndose en una cantidad elevada de familias andaluzas: la mujer continúa ocupándose, a menudo sin que se le pida opinión, en mucha mayor medida que el hombre tanto de las tareas domésticas como del cuidado de los parientes con problemas de salud (cónyuge, hermanas, hermanos, suegros y suegras, etc.). Este hecho provoca no sólo su discriminación y una dificultad casi insuperable para poder acceder a los servicios educativos y laborales, así como a una participación social, cultural y política.

Conclusiones:

- Las personas prefieren envejecer en casa, antes que en cualquier otro lugar, aun en situaciones de dependencia leve o moderada.

- Tiende a retrasarse el momento en que se abandona definitivamente el hogar propio, sea para mudarse con familiares o para institucionalizarse.

- Para los hombres lo más común es permanecer en el hogar propio hasta el día en que se fallece. Para las mujeres, en cambio, resulta bastante frecuente agotar la existencia teniendo que mudarse a un domicilio ajeno (generalmente al de alguna hija o al de algún hijo, y no tanto de manera rotativa), o bien seguir en el propio pero a costa de vivir en solitario.

- La sucesión de formas de convivencia, y con ello la necesidad de irse adaptando a diferentes estilos de vida, es un aspecto que define al envejecimiento femenino y no tanto al masculino.

Formulamos las siguientes recomendaciones:

10.- Las políticas de envejecimiento activo han de favorecer la voluntad de las personas de envejecer en casa, sean acompañadas (como sucede con la gran mayoría de los varones) o bien solas (como hacen buena parte de las mujeres mayores), evitando que la sucesión de formas de convivencia que han de adoptar las personas en el último tramo de la vida, especialmente las mujeres (vida en pareja, solas en el hogar propio, mudanza con familiares o institucionalización), reduzca sus oportunidades de envejecimiento activo. Aquellas personas mayores que viven en el domicilio de familiares, pese a ser una minoría, no han de quedar relegadas a un plano secundario en las políticas de envejecimiento activo. Debe prestarse una atención especial a las que se han desplazado del medio rural al urbano para convivir con la familia, que son principalmente mujeres muy longevas con problemas de salud, con elevado riesgo de aislamiento social.

11.- Cualquier persona que sufra problemas de salud de cierta importancia, o incluso dependencia, no ha de ser excluida de las prácticas de envejecimiento activo. Desarrollar acciones encaminadas a potenciar tal estilo de vida, como la atención a domicilio o el empleo de las nuevas tecnologías. Tener en cuenta que cada vez resulta más frecuente envejecer en casa con discapacidades, incluso en solitario.

12.- Establecer mecanismos de intermediación entre la demanda de cuidados que hacen las personas en situación de dependencia y la oferta de mano de obra profesional que la provea. Por ejemplo, que las administraciones fomenten la creación de programas de integración laboral y

social de las personas inmigrantes empleadas en este sector, que representen a su vez para las personas dependientes una garantía de seguridad a la hora de contratar sus servicios.

13.- Las residencias de personas mayores deben transformarse en centros polivalentes que ofrezcan servicios diversos y adaptados a las nuevas necesidades tanto del residente como de su familia. Han de convertirse en centros abiertos e integrados en la comunidad, que comparten actividades y servicios con distintos colectivos y grupos de edad. Debería tenderse a la creación de centros intergeneracionales, constituidos como recurso comunitario y que permitieran la normalización de la vida residencial y el intercambio entre generaciones.

2.7.- CUANDO HOMBRES O MUJERES ENVIUDAN, CADA VEZ CONVIVEN MENOS CON FAMILIARES Y MÁS EN SOLITARIO

De los diversos tipos de hogares y formas de convivencia que acabamos de analizar, uno se encuentra en clara expansión entre las personas mayores de Andalucía: los hogares unipersonales o, refiriéndonos a los actores sociales, la vida en solitario. Según el Censo de Población de 2001, cerca del 20% de ellas reside en solitario, cifra que tiende al alza por cuanto que en el censo de 1991 significaba en torno al 16% así como en el de 1981 no alcanzaba el 14%. Los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006, asimismo, la elevan hasta el 21%.

Aunque la viudez tienda a ocurrir una edad cada vez más tardía, cuando sobreviene prima el deseo de quienes la sufren de permanecer en casa aun debiendo ser ya en solitario, antes que mudarse a otro domicilio para convivir con familiares. Se está quebrando así con la tradición puesto que en el pasado los hogares extensos (multigeneracionales) fueron siempre más frecuentes que los unipersonales. Incluso resultaba extraño que las personas mayores vivieran solas habida cuenta de que, a raíz de enviudar, se veía como una obligación familiar el acogerlas en casa.

Por provincias, la vida en solitario resulta más frecuente en las orientales que en las occidentales. Es un hecho, además, que viene siendo constante en las últimas décadas:

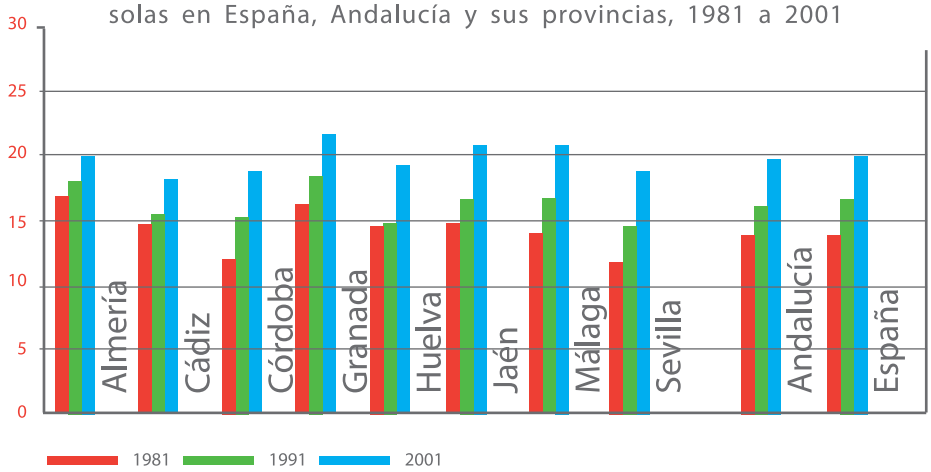
- En el Censo de Población de 1981, el porcentaje de personas mayores solas era superior al 16% en Granada y en Almería, pero inferior al 12% en Córdoba y en Sevilla.

- En el de 1991, el margen entre provincias incluso se amplía: en la parte occidental de Andalucía, la relación de personas mayores viviendo solas oscilaba entre el 15,6% de Cádiz y el 14,3% de Sevilla; en la oriental, entre el 16,8% de Jaén y el 18,7% de Granada.

En el último censo de población (2001), Almería, Málaga, Jaén y muy especialmente Granada continúan destacando por la mayor frecuencia de la soledad residencial.

Lo que se observa en todas y cada una de las provincias, insistimos en la tendencia, es que se trata de una forma de vida en neta expansión. Igual ocurre en España (gráfico 29). Por cierto que Andalucía viene presentando un porcentaje de personas mayores viviendo en solitario bastante similar al que promedia el país.

Gráfico 29. Evolución del porcentaje de personas mayores viviendo solas en España, Andalucía y sus provincias, 1981 a 2001



Fuente: Indicadores Sociales de Andalucía (IEA)

Todo ello informa, aparte de los niveles cada vez mejores de salud que disfrutan en general las personas mayores en Andalucía, acerca de lo firme que es su reclamo de autonomía: desean vivir con libertad e independencia con respecto a la familia, y no refugiándose en ella tras enviudar como solía ser necesidad y costumbre en el pasado. Se enviuda más tardíamente que nunca, en efecto, pero cuando llega ese momento cada vez es mayor la voluntad de las personas de obrar con autonomía, de trazar por sí mismas su destino y de no delegarlo en los demás.

Envejecer en solitario entraña una serie de riesgos y de incertidumbres (aislamiento social, sentimiento de soledad, pobreza, etc.) pero a la vez ofrece a las personas un marco lleno de posibilidades de cara al mantenimiento de un estilo de vida activo, máxime en comparación con posibles alternativas como la institucionalización, el traslado a casa de algún hijo o hija, o la rotación por varios domicilios.

Bien haremos no obstante en distinguir entre ellas por sexo por cuanto que, según venimos destacando, la vida en solitario se encuentra mucho más extendida entre las mujeres que entre los varones. Es una circunstancia que se repite en todos los territorios y los censos, así como a cualquier edad que se considere. En 2001, por ejemplo...:

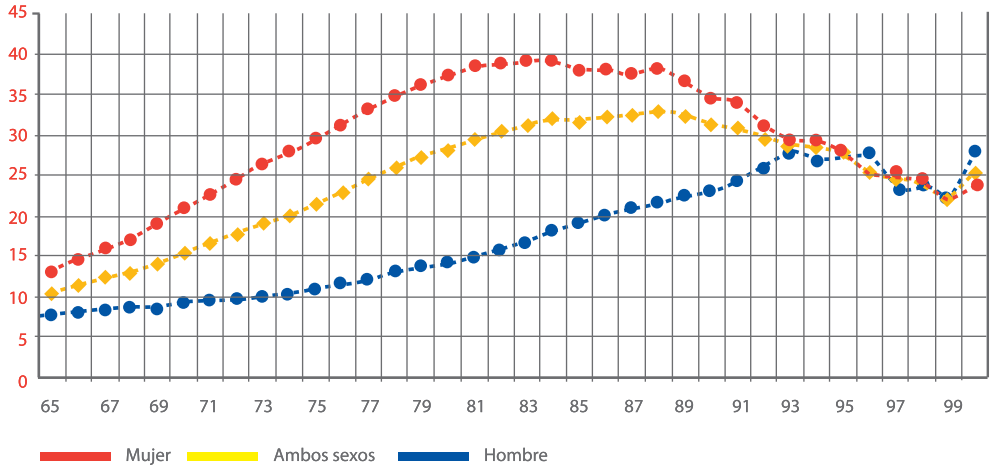
- En la categoría de 65-69 años, residían en solitario una proporción de mujeres que casi duplica a la de hombres (el 15,8% frente al 8,2%).

- En la de 70-74 años, ampliándose aún más las diferencias, lo hacían un porcentaje de mujeres superior al 24% y de hombres inferior al 10%.

- Y por encima de los 75 años vivían en solitario el 35% de las andaluzas frente a menos del 15% de los andaluces.

El porcentaje de personas mayores solas, siendo siempre más alto en el sexo femenino que en el masculino, va incrementándose a medida que se eleva la edad para alcanzar su registro máximo a los 84 años en el caso de las mujeres (edad a la que viven solas el 39,28% de las andaluzas) y los 88 en el de los varones (cuando viven solos el 33,13% de los andaluces). Y tampoco resulta nada despreciable ni entre las personas nonagenarias ni entre las centenarias (gráfico 30).

Gráfico 30. Porcentaje de personas mayores que viven solas en Andalucía, por edad (año a año) y sexo



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

"Envejecer en solitario entraña una serie de riesgos y de incertidumbres, pero a la vez ofrece a las personas un marco lleno de posibilidades de cara al mantenimiento de un estilo de vida activo"

La vida en solitario se halla mucho más expandida en el sexo femenino que en el masculino, además, en toda clase de hábitat (tabla 18). En el medio rural, la proporción de mujeres solas duplica a la de hombres (el 30,36% frente al 15,59% en los pueblos y las aldeas de hasta 2.000 habitantes, así como el 27,52% frente al 13,11% en los municipios de 2.001 a 5.000); en las grandes ciudades, más todavía, casi la triplica (el 27,35% frente al 9,76% en las que superan el medio millón de habitantes, así como el 26,75% frente al 9,22% en las que cuentan de 100.001 a 500.000 habitantes).

TABLA 18. PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS EN ANDALUCÍA, POR SEXO Y TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA

	HOMBRES			MUJERES		
	TOTAL	VIVEN SOLOS	(%)	TOTAL	VIVEN SOLAS	(%)
Hasta 2.000 hab.	30.815	4.805	15,59	37.112	11.267	30,36
2.001-5.000	55.896	7.330	13,11	69.204	19.045	27,52
5.001-10.000	49.920	5.718	11,45	62.873	16.152	25,69
10.001-20.000	62.597	6.469	10,33	80.500	19.600	24,35
20.0001-50.000	65.286	7.285	11,16	81.706	20.361	24,92
50.001-100.000	31.252	2.965	9,49	41.441	10.074	24,31
100.001-500.000	86.236	7.951	9,22	126.628	33.876	26,75
Más de 500.000	67.063	6.542	9,76	105.452	28.838	27,35
TOTAL	449.065	49.065	10,93	604.916	159.213	26,32

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE).

Resumiendo, durante las últimas décadas, y a buen seguro también en las venideras, la situación familiar de las personas mayores en Andalucía está determinada por dos firmes tendencias:

1ª. La duración de la etapa matrimonial es creciente, ya que se está retrasando el momento en que sucede la viudedad gracias a la reducción de la mortalidad que continúa produciéndose en todas las edades del ciclo vital, pero de manera especial en las avanzadas. De ahí que en las últimas décadas la relación de personas mayores casadas no deje de aumentar y la de viudas de disminuir. Todo apunta a que esta evolución seguirá dándose en Andalucía dada la trayectoria al alza que continúa dibujando la esperanza de vida.

2ª. El incremento, tanto en cifras absolutas como relativas, de las personas que viven solas. Aunque se esté alargando en el tiempo la vida matrimonial, cuando toca a su fin con la muerte del cónyuge cada vez viene siendo más frecuente que las personas permanezcan en su domicilio, pasando a constituir un hogar solitario, y menos en cambio que se muden a casa de algún hijo o alguna hija para convivir.

Son tendencias en firme ejecución no únicamente en Andalucía sino asimismo en España y en el resto de países desarrollados, manifestando la modernización social alcanzada ya que por un lado continúan acumulándose avances en la reducción de la mortalidad y, por el otro, se expande un estilo de vida en el que, con sus ventajas y sus problemas, las personas mayores toman las riendas de su destino en lugar de delegarlo en terceras como solía ocurrir en el pasado.

Conclusiones:

- En general, la vida en solitario de las personas mayores no es indicador de crisis de la institución familiar, sino de modernización social y quiebra con la tradición. Se coexiste más pero se convive menos.

- Frente al resto de alternativas posibles, la vida en solitario tras la viudez constituye un marco bastante apropiado para el envejecimiento activo.

- Es una forma de vida que se encuentran mucho más expandida en el sexo femenino que en el masculino, y que resulta por otro lado más común en el medio rural que en el urbano.

Por todo ello, recomendamos:

14.- Dado que lo más corriente es que se trate de un estilo de vida elegido frente a otros, eliminar las connotaciones sociales negativas (arrastradas de otro tiempo) que suelen pesar sobre la soledad residencial de las personas mayores.La vida en solitario ofrece a las personas que envejecen el ejercicio de derechos fundamentales como la libertad, la autonomía y la in-

dependencia en una magnitud superior a otras formas de convivencia alternativa (la mudanza a casa de familiares o la institucionalización). Son derechos cuyo disfrute antes importaban menos, cuando lo que verdaderamente primaba era la necesidad de asegurar la subsistencia, y que han de ser potenciados en las políticas de envejecimiento activo. Vivir en solitario a una edad avanzada plantea una serie de incertidumbres y comporta riesgos, relacionados tanto con la seguridad (quién se encargará de cuidarles si lo necesitan) como con la participación (por ejemplo, el aislamiento social) y con la salud (el sufrir una caída) que habrían que reducirse mediante el fomento de las prácticas de envejecimiento activo.

2.8.- PERSISTENCIA EN TÉRMINOS GENERALES DE UN BAJO NIVEL EDUCATIVO, SOBRE TODO EN EL CASO DE LA MUJER

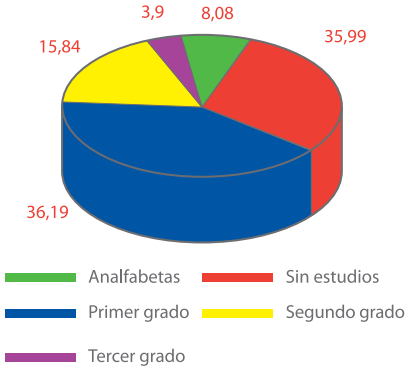
La distribución de las personas mayores por nivel de estudios se presta a una doble lectura en Andalucía, de signo muy distinto. Por el lado negativo, que un porcentaje bastante elevado de ellas carece de instrucción académica. Por el positivo, que se trata de un déficit que tiende a remediarse con celeridad, hasta el punto que hacia el año 2035 serán clara mayoría las personas con alguna clase de estudios (incluyendo alrededor de un 15% que estarán en posesión de estudios universitarios).

Vayamos por partes. Basándonos en los resultados del último censo de población hecho en España, en efecto, en 2001 cerca del 62% de las personas mayores carecía de estudios en Andalucía, entre las cuales el 15,86% no sabía leer ni escribir. El 38% restante sí que disponían de estudios: un 23% de primer grado, un 12% de segundo grado y el 3,43% de tercer grado (gráfico 31). En comparación con los datos referidos a la población española la situación es desfavorable: en España la relación de personas mayores sin estudios rondaba el 44%, entre las cuales poco más del 8% eran analfabetas; en cambio, las que tenían estudios primarios significaban el 36%, las que poseían estudios secundarios el 16% y las que gozaban de superiores el 4%, aproximadamente (gráfico 32).

Gráfico 31. Personas Mayores en Andalucía, por nivel de estudios

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

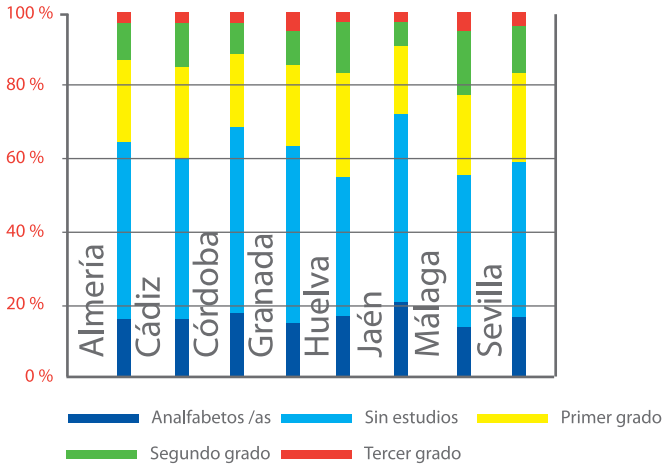
Gráfico 32. Personas mayores en España, por nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

Por provincias, el déficit educativo es particularmente acusado en Jaén y en Córdoba y relativamente menos sentido en Huelva y en Málaga. En Jaén, alrededor del 70% de las personas mayores carecía de estudios, incluyendo un 20,5% que no sabía leer ni escribir; en posesión de estudios de tercer grado tan sólo estaban el 2%, de segundo grado el 7% y de primer grado poco más del 19%. En Málaga, sin embargo, las personas mayores sin estudios suponían cerca del 55% (el 13,46% analfabetas), mientras que contaban con estudios de tercer grado el 4,49%, de segundo grado el 18% y de primer grado más del 22% (gráfico 33).

Gráfico 33. Distribución de la personas mayores de las provincias andaluzas según su nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

Pero, más aún que por provincias, en Andalucía la situación educativa de las personas mayores varía de una forma muy significativa según el tipo de hábitat en el que se encuentran (véase el gráfico 34). Del análisis del Censo de Población de 2001 hay que destacar que…:

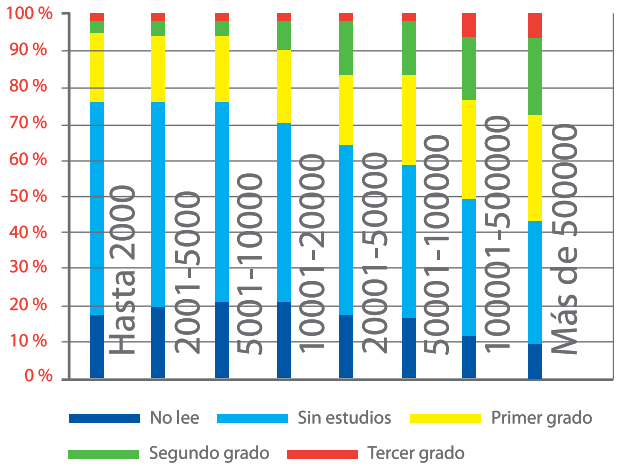
■ En los municipios de menos de 10.000 habitantes, alrededor del 75% de ellas no tenía estudios. En los de mayor tamaño, este porcentaje se iba reduciendo conforme aumenta su población: en torno al 70% en los de 10.001 a 20.000 habitantes, al 64% en los de 20.001 a 50.000, al 58% en los de 50.001 a 100.000, el 49% en los de 100.001 a 500.000 y al 43% en los que superan el medio millón de habitantes.

■ Entre las personas sin estudios, mención especial hemos de hacer de aquellas que no saben leer ni escribir. La tasa de analfabetismo resulta el doble de elevada en el medio rural (rondaba el 20% en las localidades de hasta 20.000 personas), que en el urbano (alrededor del 10% en las que sobrepasaban los 100.000 habitantes).

■ La proporción de personas con estudios de primer o de segundo grado, relativamente escasa en los municipios de hasta 10.000 habitantes (el 23%, aproximadamente) tendía a incrementarse a medida que asciende el tamaño de las poblaciones hasta alcanzar el 50% en las ciudades con más de 500.000 habitantes.

■ Por último, tanto en las ciudades de 100.001 a 500.000 habitantes como en las que rebasan el medio millón de habitantes, más del 6% de las personas mayores poseían estudios de tercer grado. Este porcentaje no llegaba al 3% en las ciudades medianamente pobladas, resultando aún inferior en el medio rural.

Gráfico 34. Tipo de hogar donde residen las personas mayores, según el tamaño de la localidad en la que se encuentra



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

En todas y cada una de las provincias andaluzas, así como en cualquier clase de hábitat, la falta de instrucción académica es un problema que afecta mucho más al género femenino que al masculino. Considerada la comunidad autónoma en conjunto, llama la atención que la tasa de analfabetismo de la mujer duplique con creces a la del hombre y que, por el contrario, disfruten de estudios de tercer grado el 5,25% de los varones frente al 2,08% de las mujeres, así como de segundo grado cerca del 15% de los primeros frente a menos del 10% de las segundas (tabla 19).

Las mujeres mayores actuales han tenido una restricción real al acceso a la educación en todos sus niveles. Este hecho es provocado, no sólo por la situación política que se ha vivido en España y Andalucía, sino también, por la discriminación que han sufrido tanto en el seno de la sociedad como en la familia: mientras que para el hombre se creía que la instrucción académica era necesaria, en la mujer no así por las funciones que solía asignárseles (tareas del hogar, crianza de los hijos, cuidados de los ancianos, etc.). A pesar de esta situación discriminada que sufrieron en su niñez y en su juventud, las mujeres mayores muestran en la actualidad una gran inquietud respecto al acceso a los recursos educativos, que habría de ser potenciada.

TABLA 19. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS MAYORES (EN GRADOS) EN ANDALUCÍA, POR SEXO

	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Analfabetos/as	42.262	9,41	124.919	20,65	167.181	15,86
Sin estudios	212.665	47,36	269.383	44,53	482.048	45,74
Primer grado	105.363	23,46	139.461	23,05	244.824	23,23
Segundo grado	65.207	14,52	58.552	9,68	123.759	11,74
Tercer grado	23.568	5,25	12.601	2,08	36.189	3,43
TOTAL	449.065	100	604.916	100	1.053.981	100

Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población y Viviendas de 2001 (INE).

Conclusiones:

■ Por circunstancias históricas, uno de los hándicaps fundamentales que presentan en la actualidad las personas mayores en Andalucía es su escaso nivel de instrucción académica.

■ Probablemente nos encontremos ante uno de los principales obstáculos que limita hoy día la comunicación y las relaciones entre generaciones, sobre todo con una juventud bastante instruida en términos generales.

■ La falta de estudios, incluso en su dimensión más básica que constituye la lectura y la escritura, es un problema que afecta mucho más al sexo femenino que al masculino.

■ En las provincias interiores de Andalucía el déficit de nivel educativo es más acusado que en las situadas en el litoral, déficit que resulta por otro lado mayúsculo en el medio rural (en los municipios de menos de 10.000 habitantes).

Visto lo anteriormente argumentado, recomendamos:

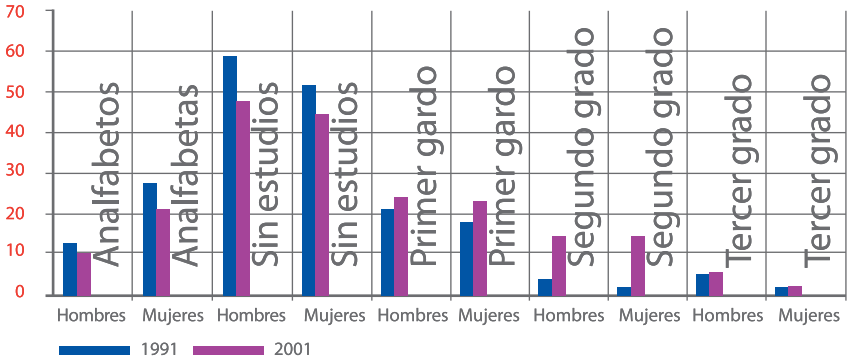
15.- Las personas sin estudios merecen una atención especial y diferenciada en las políticas de envejecimiento activo. En general, y a modo de síntesis de todo cuanto llevamos recomendado, adaptar las propuestas de envejecimiento activo a cada tipo o perfil de personas, dependiendo de su sexo, edad, estado civil, forma de convivencia, hábitat, salud, posición económica y nivel de estudios.En esa labor, prestar una atención especial a los perfiles de población en una situación potencial de mayor fragilidad social, y en concreto a las mujeres muy longevas sin pareja que habitan en el medio rural, dado que padecen un riesgo superior de pobreza, de aislamiento familiar y social, aparte de acusar en general un profundo déficit de instrucción académica.

16.- Por supuesto, potenciar la educación de adultos, que en Andalucía tiene un papel primordial porque facilita la alfabetización de un importante número de personas que alcanzaron su edad adulta no sabiendo leer ni escribir, sobre todo mujeres del medio rural. Y en este ámbito incrementar la presencia universitaria, que junto a los centros de educación de adultos pueden ser fundamentales en la dinamización e implantación de las políticas de envejecimiento activo y las prácticas intergeneracionales.

2.9.- EL DÉFICIT EDUCATIVO MEJORARÁ SUSTANCIAL Y DEFINITIVAMENTE EN LAS PRÓXIMAS DÉCADAS, Y LAS DIFERENCIAS POR SEXO TENDERÁN A REDUCIRSE

Pero hay que significar también que el nivel educativo de las personas mayores en Andalucía, hombres o mujeres, no deja de mejorar. En las últimas décadas del siglo XX la relación de quienes carecen de estudios ha descendido considerablemente. En 1991, por ejemplo, el 27,11% de las mujeres mayores no sabían leer ni escribir y otro 52,25%, aun sabiéndolo hacer, no contaba con estudios. En 2001, dicho está, tales porcentajes habían disminuido ya hasta el 15,86% y el 45,75%, de manera respectiva. Ha crecido en contrapartida la cifra de quienes poseen estudios, tanto de primer como de segundo y de tercer grado (gráfico 35).

Gráfico 35. Hombres y mujeres mayores de 65 años, por nivel de estudios. Andalucía. Variaciones entre 1991 y 2001



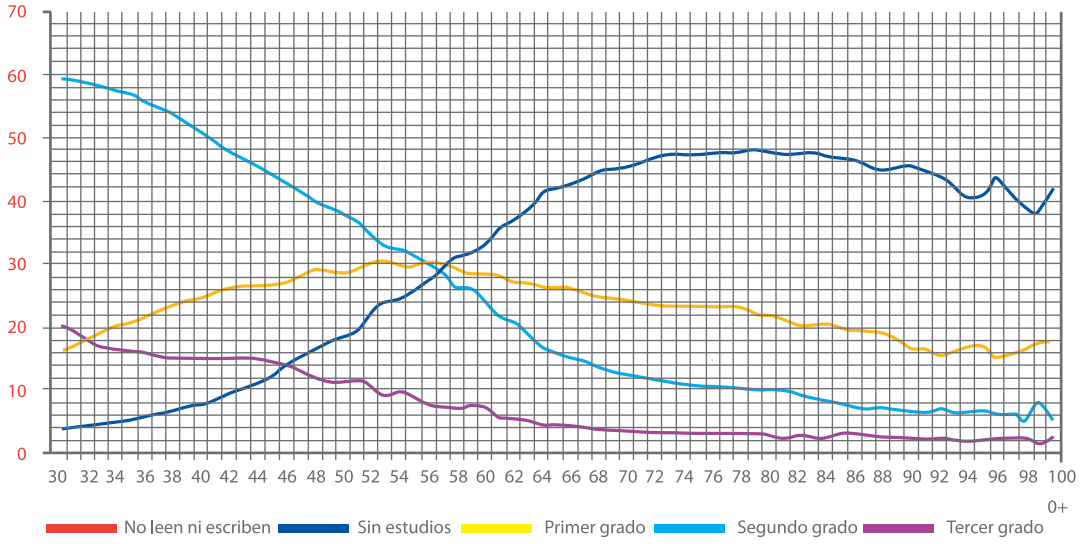
Fuente: Elaboración propia, con datos de los Censos de Población de 1991 y 2001 (INE)

No arriesgamos en absoluto al sostener que la escasez de estudios es un problema que seguirá remediándose en Andalucía, a pasos agigantados. En apenas dos décadas, lo que de momento continúa siendo corriente empezará a resultar extraño: encontrar a personas mayores sin estudios, bien se trate de hombres como de mujeres. La situación educativa dará, en definitiva, un vuelco enorme. Serán excepcionales los casos de personas que no sepan leer ni escribir y cada vez más frecuentes, por el contrario, los de quienes posean estudios secundarios o universitarios.

"Serán excepcionales los casos de personas que no sepan leer ni escribir y cada vez más frecuentes, por el contrario, los de quienes posean estudios secundarios o universitarios"

Hacia el 2035, así es, cabe esperar que en Andalucía la mitad de las personas mayores aproximadamente dispongan de estudios de segundo grado y que, aparte, otro 15% (un porcentaje además en firme progresión) disfruten de estudios de tercer grado. En este mismo escenario de futuro, sin disponer de ningún tipo de instrucción académica hallaremos a cerca del 20% de las personas mayores, resultando prácticamente irrelevante la cifra de quienes no saben leer ni escribir (gráfico 36).

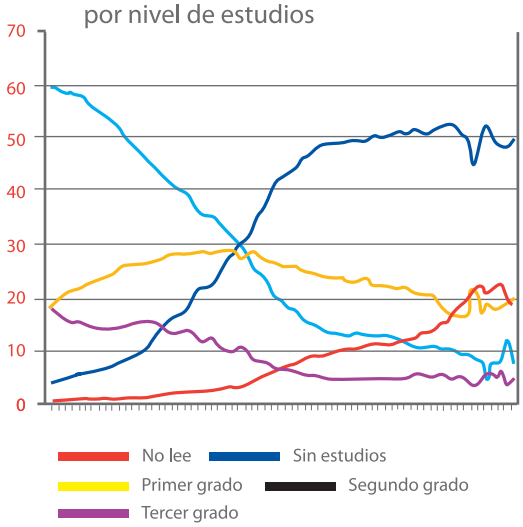
Gráfico 36. Nivel de estudios de las personas de 30 o más años en Andalucía, por edad (año a año)



Fuente: Elaboración propia, con datos del Censo de Población de 2001 (INE)

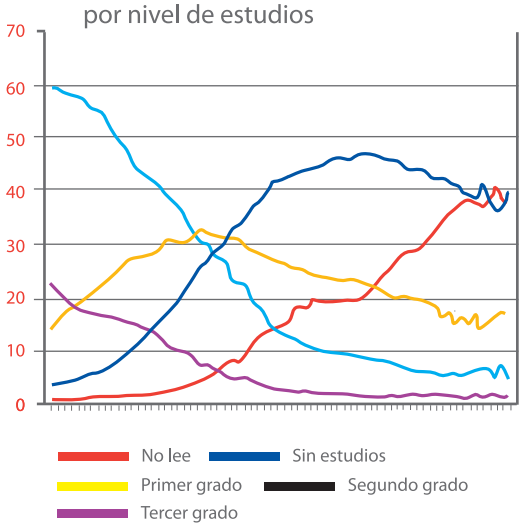
Se tenderá por otro lado a una igualación de los niveles educativos del hombre y de la mujer, que según se ha referido resultan en la actualidad aún muy dispares. Se irá corrigiendo así la discriminación que el sexo femenino ha sufrido tradicionalmente respecto al sistema educativo. Es más, las andaluzas que cumplan 65 años en 2035, incluso, gozarán en términos generales de una mayor instrucción académica que los andaluces de su misma edad: entre ellas habrá una proporción superior de personas con estudios de tercer grado e inferior de personas sin estudios (gráfico 37) que entre ellos (gráfico 38).

Gráfico 37. Hombres de 30 o más años, por nivel de estudios



Fuente: E.P., con datos del C.P. 2001

Gráfico 38. Mujeres de 30 o más años, por nivel de estudios



Fuente: E.P., con datos del C.P. 2001

La mejora que se está produciendo del nivel educativo de las personas mayores motivará su creciente interés por las prácticas intergeneracionales. Ha de tenerse en cuenta que en la sociedad actual no existen demasiados ámbitos de encuentro entre personas de diferentes edades, donde se relacionen con carácter cotidiano y se intercambien informaciones y conocimientos. Pues bien, los programas intergeneracionales ofrecen un excelente marco para que las personas jóvenes y mayores se traten, propiciando una interculturalidad y el aprendizaje conjunto. La intergeneracionalidad cohesiona la sociedad, reduce barreras sociales y contribuye a que desaparezcan los mitos y los estereotipos que suelen pesar sobre las personas mayores.

"Se tenderá a una igualación de los niveles educativos del hombre y de la mujer, que resultan en la actualidad aún muy dispares"

Conclusiones:

■ Al igual que vino ocurriendo durante las últimas décadas de siglo XX, en lo que va transcurrido de XXI el nivel de instrucción académica de la población andaluza ha seguido mejorando. Ocurre así sobre todo con las personas mayores, hasta el punto de que hoy en día probablemente sean ya más numerosas las que disponen de estudios (sean del grado de que sean) que las que carecen de ellos.

■ El nivel educativo de la población andaluza seguirá mejorando, a buen seguro, durante las próximas décadas. A corto plazo serán mayoría las personas mayores con estudios, y a medio plazo será muy notable el porcentaje de las que tengan estudios universitarios.

■ El paulatino desarrollo de este proceso irá disminuyendo las diferencias de nivel educativo entre hombres y mujeres, que han sido siempre muy considerables. Incluso es probable que, entre las personas mayores, el sexo femenino disponga de un nivel educativo medio más elevado que el masculino.

■ La formación supone uno de los rasgos sociológicos de las personas mayores que más rápida e intensamente van a cambiar, para mejor, en el futuro: más que su posición económica o su salud, y constituirá una importante baza en la expansión del envejecimiento activo.

Recomendamos que :

17.- Las distintas administraciones deben motivar la implantación de programas intergeneracionales con el objeto de:

■ Favorecer a las personas mayores participantes oportunidades de formación, participación, salud y seguridad, ejes claves en la promoción de envejecimiento activo.

■ Frente a la cultura del sujeto, de las edades y de las discriminaciones, potenciar una cultura, una economía, una salud, una educación y en suma una política basada en el 'entre', es decir, en las relaciones, que sustituya a la cultura del 'yo'.

■ Fortalecer la solidaridad y el dialogo entre generaciones, teniendo en cuenta especialmente las necesidades de las personas mayores y de las jóvenes, como base sobre la que construir el camino hacia una sociedad para todas las edades.

- Posibilitar, por último, la implantación de los programas intergeneracionales como vehículos de intercambio entre dos espacios de solidaridad, la familiar y la social.

Recomendaciones finales:

18.- Junto al esfuerzo y a la iniciativa individual, se deberían promocionar las políticas de envejecimiento activo en Andalucía, tanto desde la esfera pública como desde la privada, para lo cual resulta muy aconsejable…:

- Informar sobre qué es el envejecimiento activo a los andaluces y las andaluzas, a través de los organismos públicos (educación, sanidad, etc.) y los medios de comunicación.

- Reconocer el envejecimiento como proceso que se produce a lo largo de toda la vida.

- Determinar el ámbito local como marco territorial más adecuado para la puesta en marcha de programas de envejecimiento activo.

- Evitar que los entornos rurales queden al margen de los recursos y las actuaciones relacionados con el envejecimiento activo.

19.- Creación de la figura del 'agente de envejecimiento activo', encargada de acercar los recursos sociales que lo fomenten entre los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

BIBLIOGRAFÍA

BECK, Ulrich y BECK-GERNSHEIM, Elisabeth (2003): La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas", Barcelona, Paidós.

BELTRÁN, Miguel (2002), "A vueltas con los terremotos demográficos en España", Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 100: 83-102.

GIDDENS, Anthony (1997): "Vivir en una sociedad postradicional", en U. Beck, A. Giddens y S. Lash (eds.), Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno, Madrid, Alianza, pp. 75-136.

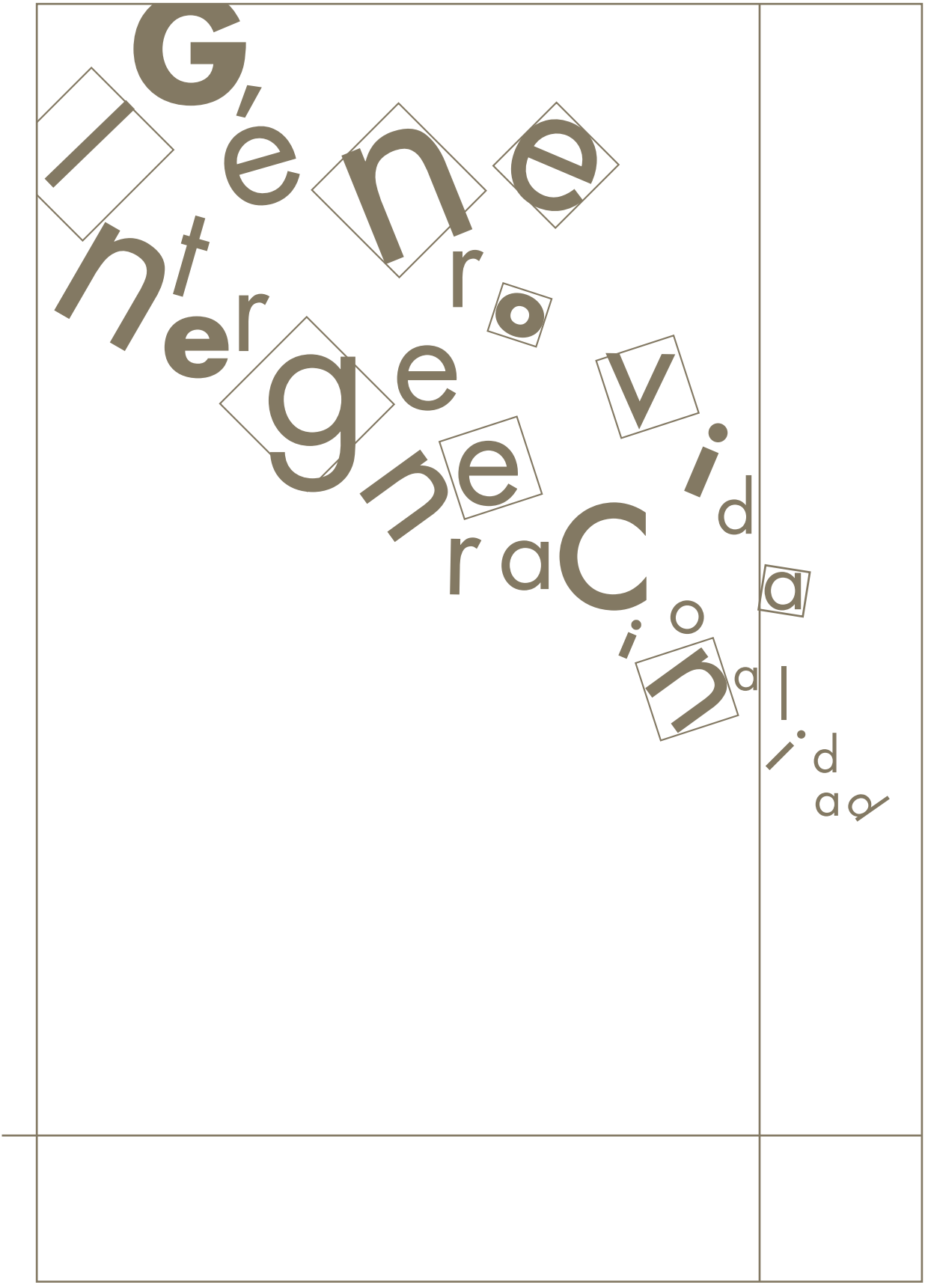
LÓPEZ DOBLAS, Juan (2005a): Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Premio IMSERSO Infanta Cristina 2004. Madrid. IMSERSO.

LÓPEZ DOBLAS, Juan (2005b): "Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen", en S. Pinazo y M. Sánchez (dirs.): Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid. Pearson Educación.

LÓPEZ DOBLAS, Juan y DÍAZ CONDE, María del Pilar (2007): "Aspectos sociológicos del envejecimiento. Madrid, Portal de Mayores. Informas Portal de Mayores, nº. 73. Lecciones de Gerontología, XIV.

TRINIDAD REQUENA, Antonio y LÓPEZ DOBLAS, Juan (2007): La situación social de los mayores en Andalucía. Sevilla. Centro de Estudios Andaluces.

SÁNCHEZ VERA, Pedro; LÓPEZ DOBLAS, Juan y otros (2009), Viudedad y vejez: estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España. Valencia. Nau Llibres



Seguridad Participación Activa Vida

VIVIR EN SEGURIDAD

Capítulo

02

Segurida Participada Activo Vida

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los ejes esenciales de nuestro modelo de envejecimiento activo es garantizar una protección adecuada frente a situaciones de riesgo o necesidad. **Gozar de un "minimum" de protección es imprescindible para la construcción de un eficaz concepto de envejecimiento activo. Hablamos de salvaguarda. Nos referimos a seguridad.**

La seguridad es una sensación, un sentimiento que la persona tiene en relación con su situación presente o futura. Viene a ser el reverso del miedo de modo que, en la medida en que se afirme aquélla, se desvanece éste.

Por otro lado, la seguridad en cuanto sentimiento es difícil de objetivar, pues depende del carácter, del temperamento y de la disposición vital de cada persona. Hay quien no le teme a nada y hay a quien todo le produce temor.

Por encima de todo esto es obvio que la seguridad es una conquista social e individual. Algo que compete al estado y al individuo completo.

Al Estado corresponde definir y dotar los recursos necesarios destinados a procurar la seguridad de la ciudadanía.

En las páginas que siguen se va a repasar los distintos "marcos de seguridad" que, bien por previsión del Estado, bien por iniciativa particular pueden contribuir a que las personas, a medida que envejezcan, afronten su futuro con la sensación de que sus necesidades van a estar debidamente cubiertas y que van a recibir las atenciones que precisen.

Seguridad en cuanto a las prestaciones económicas

Existen las prestaciones públicas destinadas a garantizar la suficiencia económica de las personas mayores.

Además cada persona particularmente, puede realizar contratos destinados a mejorar su situación económica tras la jubilación. Entre ellos se encuentran: Los Planes de Pensiones, los Seguros de Dependencia, los contratos de alimentos, la renta vitalicia, la hipoteca inversa.

Seguridad en cuanto a las prestaciones sanitarias

Afortunadamente las prestaciones sanitarias están completamente garantizadas.

Ocurre que frente a las prestaciones sanitarias la persona puede decir "no", "ahora no" o "no de este modo". En definitiva, es preciso contar con su consentimiento y seguir sus indicaciones que podrá manifestar en el momento de plantearse la necesidad terapéutica, si se encuentra en condiciones de decidir por sí misma o, previendo esta situación, puede haber realizado con anterioridad un documento de instrucciones previas, comúnmente conocido como "testamento vital".

Seguridad en cuanto acceso a los servicios

No basta con que existan recursos y servicios, es preciso que puedan ser utilizados . Para ello es preciso que las barreras arquitectónicas (escaleras, aceras, etc.) no impidan la salida de casa o el traslado y acceso a los espacios físicos donde se encuentran las instalaciones en las que se prestan los servicios.

Por otro lado, los productos (teléfonos móviles, relojes, etc.), documentos (contratos, informaciones), deben estar adaptados a las condiciones de las Personas Mayores de edad. Esta adaptación debe plantearse como una obligación para las empresas e instituciones suministradoras de servicios.

Seguridad como persona consumidora

En estrecha relación con la seguridad en el acceso a los servicios y como complemento de la misma se encuentra la seguridad de las Personas Mayores en cuanto consumidoras.

Las Personas Mayores cuentan con un mayor o menor poder adquisitivo que les permite adquirir una variada gama de productos y servicios.

Lamentablemente, también sus particulares circunstancias les hacen en ocasiones vulnerables a abusos por parte de empresas y entidades sin escrúpulos.

Fue la Comunidad Autónoma Andaluza la primera que reparó en la necesidad de protección en este ámbito, en el Artículo 48 de la Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención y Protección a las Personas Mayores.

Son muchas las iniciativas que pueden adoptarse en este terreno, como la necesidad de utilizar determinados documentos para realizar los contratos patrimoniales más relevantes, el establecimiento de plazos de ratificación o desistimiento, etc.

Seguridad en cuanto a la participación

A nivel legal la participación de las Personas Mayores en la vida pública está reconocida y garantizada con algunas posibles discriminaciones concretas como la participación en el Tribunal del Jurado.

Más discutible es la discriminación en el ámbito laboral por razón de edad.

En el ámbito privado se suscitó hace años un vivo debate en torno al derecho de visitas de los abuelos tras las crisis matrimoniales de los hijos que fue resuelta en el año 2003 mediante la modificación del Art. 94 del Código Civil que vino a reconocer el derecho de comunicación y visitas entre abuelos y nietos: Algo obvio, pues es por todos conocida la gran relevancia que la familia extensa tiene para la educación y equilibrio emocional de los y las menores.

Seguridad en cuanto a la protección de su imagen

La verdad es que se vive y se muere de sensaciones.

En buena medida, la apariencia es la realidad que importa, incluso parece que es la única que existe.

De ahí la importancia de salvaguardar la imagen, pues si se pierde esta batalla se pierde la guerra.

Los medios audiovisuales y los medios de comunicación tienen el enorme poder y responsabilidad de cuidar la imagen de las Personas Mayores, sin maquillar la realidad, pero tampoco sin escudriñar en sus aspectos más morbosos.

Seguridad en cuanto al destino de su patrimonio

Nuestra legislación establece un destino obligado para el patrimonio de los padres en relación con los hijos e hijas . Es lo que se conoce como "legítima de los hijos", que comprende los dos tercios de la herencia, siendo el tercio restante, de libre disposición.

Se trata de una institución cuestionada que ofrece "seguridad" a los hijos e hijas mientras que para los padres supone una importante limitación a la hora de hacer testamento.

En el caso de que no se haga testamento serán los familiares cercanos los que reciban toda la herencia.

Realmente los problemas se presentan, no cuando la relación paterno o materno-filial ha cursado con normalidad, sino en los casos de abandono de padres o incluso de malos tratos. Estos hijos tienen derecho a la herencia de sus padres pues, de hecho, las posibilidades de desheredación son muy remotas.

Un problema particular se produce en el caso de transmisión de empresas familiares en el que el juego de la herencia y su división puede dar al traste con la continuidad de empresas solventes y rentables.

Para evitar estas situaciones se está trabajando en los denominados "protocolos familiares".

El protocolo familiar es un acuerdo de los componentes del grupo familiar propietarios de una empresa, en el que se pretende la regulación y concreción de las relaciones entre familia, propiedad y empresa, con la finalidad de dotar de continuidad y paz a la empresa, permitiendo en la misma el relevo generacional no traumático cuando el mismo deba de producirse.

Seguridad frente a hechos delictivos

Puede afirmarse que las Personas Mayores constituyen un grupo de riesgo en la medida en que pueden ser víctimas de no pocos delitos.

Tanto es así que el Ministerio del Interior cuenta con un programa específico para proteger a este colectivo.

Los delitos más comunes de los que pueden ser víctimas se refieren tanto al ámbito personal (malos tratos, detenciones ilegales, abandono) como al ámbito patrimonial (defraudaciones, abusos en el ámbito del consumo, expolios, falsedades, etc.)

La Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía, contiene importantes previsiones en este sentido.

Por otro lado es creciente la demanda de instituciones específicas de defensa de este colectivo. Así, va siendo común que en las Oficinas de los Defensores del Pueblo, exista un departamento o incluso un adjunto al Defensor con competencias en este ámbito.

Asimismo, en la Fiscalía General del Estado y en muchas Fiscalías territoriales existe una Sección de Protección de Personas Mayores.

Por su parte, las distintas Administraciones suelen arbitrar negociados o instrumentos (teléfono del mayor) para recibir las demandas de cualquier persona mayor que precise atención.

2.- SEGURIDAD FRENTE AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS. PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE LA EDAD

2.1.- DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES. PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE LA EDAD

Las personas mayores tienen reconocidos y garantizados sus derechos fundamentales en su condición inescindible de ciudadanos y ciudadanas de una sociedad que han ayudado y siguen ayudando a construir con su esfuerzo, compromiso y trabajo. En los Estatutos de Autonomía se intensifica esa protección y garantía, tanto en sus aspectos generales como en los ámbitos específicos que atañen a las personas mayores. Nuestro Estatuto de Autonomía es uno de los textos normativos autonómicos básicos que más intensamente apuestan por la implantación de las políticas de envejecimiento activo. No sólo las reconocen como un derecho social, sino también como un principio rector de las políticas públicas. Así, en su artículo 19 – dentro del Título I Derechos Sociales, Deberes y Políticas Públicas - señala que las personas mayores *"tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo, que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como a acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes."* Y en el apartado 3º del artículo 37 estima que es principio rector de las políticas públicas: *"el acceso de las personas mayores a unas condiciones de vida digna e independiente, asegurando su protección social e incentivando el envejecimiento activo y su participación en la vida social, educativa y cultural de la comunidad".*

Un aspecto no suficientemente atendido sobre las personas mayores es la igualdad de éstas ante la Ley. Nos encontramos cada vez con más situaciones atentatorias a su derecho fundamental a la igualdad. La errónea consideración – en algunos casos- de las personas mayores como capitisdisminuidas o incapaces de asumir de forma individual responsabilidades abre la puerta a lamentables atentados a sus derechos y, en concreto, al de igualdad.

Numerosos textos internacionales han recogido los derechos de las personas mayores. En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas formula la Resolución 46/91, de 16 de diciembre donde establece los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad. El texto comienza con la expresión *"To add life to the years that have been added to life ".*

Los principios tienen por objeto garantizar que se dará prioridad a atender la situación frente a la independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad de las personas mayores.

Dos aspectos hay que destacar de estos Principios de la ONU. Primero, la consideración de que las personas mayores no son un grupo homogéneo e indiferenciado. Así se reconoce "la enorme diversidad de la situación de las personas mayores, no sólo entre países sino dentro de los países y entre los individuos, lo que requiere una variedad de respuestas de política" y, segundo- contenidas en los principios 17 y 18 de la Declaración:

"Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y abuso físico o mental.

Las personas mayores deben ser tratados con justicia, independientemente de la edad, sexo, raza u origen étnico, discapacidad o cualquier otra condición, y ser valoradas independientemente de su contribución económica."

Entre tanto, se fijó cita para una Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid de conformidad con la resolución 54/262 de la Asamblea General, de 25 de mayo de 2000.

Entre las novedades que aporta esta segunda cita merecen destacarse la incorporación de la perspectiva de género y la orientación de todas las acciones hacia la consecución de una Sociedad de Todas las Edades, así como la utilización del concepto de envejecimiento activo acuñado por la OMS a finales de los años 90.

En ella se expusieron una serie de conclusiones, entre las que destacamos el artículo 5 de la Declaración Política destinado a eliminar la discriminación por motivos de edad:

"Nos comprometemos a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad. Asimismo, reconocemos que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. Estamos decididos a realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y a eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia."

Nuestra Constitución Española no señala de forma expresa en su artículo 14 la discriminación por razón de edad. Es la reforma de nuestro Estatuto de Autonomía la que resalta la evidencia real de esta forma de discriminación cuando en su artículo-también 14- puntualmente denominado Prohibición de la discriminación -dice textualmente:

"Se prohíbe toda discriminación en el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de los deberes y la prestación de los servicios con-

"Según datos del Ministerio de Igualdad un 39% de las personas mayores ha sufrido algún episodio de discriminación por razón de edad"

templados en este Título, particularmente la ejercida por razón de sexo, orígenes étnicos o sociales, lengua, cultura, religión, ideología, características genéticas, nacimiento, patrimonio, discapacidad, edad, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. La prohibición de discriminación no impedirá acciones positivas en beneficio de sectores, grupos o personas desfavorecidas."

Con carácter previo, la Comunidad Autónoma abrió el camino con la **Ley 6/1999, de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores,** donde en su artículo 3 indicaba como criterio de actuación: *"garantizar que las personas mayores gocen de todos los derechos y libertades que tiene reconocidos por la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico, sin que sufran discriminación alguna por razón de la edad, nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, deficiencia o enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal, familiar o social".*

Recientemente hay que congratularse por la incorporación de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea al derecho primario de la Unión Europea al aprobarse el Tratado de Lisboa. La citada Carta consagra el principio de no discriminación- mencionando a la edad como motivo discriminatorio- en su artículo 21 cuando expresa:

"Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual."

Del mismo modo, en su artículo 25: *"la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural."*

En el marco de este contexto, la Comunidad Autónoma de Andalucía recoge en sus textos legales la necesaria lucha contra la discriminación por razón de la edad. El camino a seguir, pues, requiere afinar los mecanismos de garantía y protección de los derechos de las personas mayores y eliminar los diferentes tipos de discriminación (directa, indirecta, acoso discriminatorio u ordenes o instrucciones discriminatorias) que puedan sufrir.

Y esta necesidad está avalada por la circunstancia de que, después de la discriminación por razón de género, la discriminación por razón de la edad es una de las mayores causas de discriminación en España. **Según datos del Ministerio de Igualdad un 39% de las personas mayores ha sufrido algún episodio de discriminación por razón de edad.**

Parte importante de estas prácticas discriminatorias se producen en el seno de las relaciones laborales, existiendo una copiosa normativa y jurisprudencia comunitaria y nacional sobre la materia. Particularmente importantes son las manifestaciones discriminatorias que afectan al derecho de acceso y uso de los servicios públicos, en especial los sanitarios.

Por todo lo expuesto, tanto para proteger los derechos de las personas mayores como luchar contra la discriminación por razón de la edad, se hace preciso :

1.- Desarrollar, en colaboración con las Administraciones competentes, mecanismos de garantía específicos de los derechos de las personas mayores, tanto institucionales- a través de la figura del Defensor o Defensora de las Personas Mayores- como normativos, haciendo especial hincapié en la lucha contra toda forma de discriminación, especialmente la referida a la edad.

Parece sociológicamente demostrado que, cuando los signos de envejecimiento hacen su aparición, en la persona comienza a agudizarse una preocupación fundamental: la seguridad. Esa preocupación básica por su seguridad en el tiempo futuro afecta a tres áreas muy particulares: la personal, la económica y la familiar. Y es que esas preocupaciones pueden de tal forma obsesionar a la persona que comienza a envejecer, pueden llegar a absorberle en tal grado, que pueden hacer total o parcialmente inviable para él un envejecimiento activo por caer en determinados tipos de depresión o, en definitiva, por sujeción a condicionamientos psicológicos a veces muy limitativos.

A tal efecto, se harán determinadas propuestas que circularán por una doble via:

Primera.- A veces, nuestras propuestas irán dirigidas a la exigencia de unas determinadas formas de protección mediante la creación de órganos al efecto o la adopción de determinadas medidas de protección e información por parte de nuestra Comunidad Autónoma de Andalucía. En este sentido, preciso es constatar que todos cuantos se han acercado a la problemática de las personas mayores aceptan que este grupo poblacional está dentro de los que necesitan una atención y una protección específica. Al efecto, el Fiscal del Tribunal Supremo Carlos Ganzenmüller, ponía de manifiesto lo siguien-

“Parece sociológicamente demostrado que, cuando los signos de envejecimiento hacen su aparición, en la persona comienza a agudizarse una preocupación fundamental: la seguridad”

te, hace poco más de un año: “El 33 por ciento de los mayores sufre malnutrición en España. La mayoría de los que viven solos, padecen enfermedades crónicas o perciben pensiones que son insuficientes para mantener una calidad de vida mínimamente digna: una auténtica tragedia e injusticia de la sociedad para con aquellos que le dieron la vida. La situación de los ancianos en España, uno de los paises más envejecidos de la Unión Europea, deja mucho que desear. Un tercio de nuestros mayores están desnutridos como resultado de vivir en soledad, de tener enfermedades crónicas y de cobrar unas pensiones que, en ocasiones, son de auténtica miseria”.

Expertos en Gerontología advierten, además, de que más de 1000 personas mayores de 65 años se suicidan cada año, según un estudio realizado por la Universidad de Santiago de Compostela. Nuestra Constitución contempla a los mayores, muy sectorialmente, en su artículo 50. Por su parte, en el Estatuto de Autonomía de Andalucía mientras su artículo 73 está bajo el título de “Políticas de género” y su artículo 74 bajo el de “Políticas de juventud”, no existe ninguno bajo el de “Políticas de mayores”, aunque ciertamente su art.19, bajo el título “Mayores” contempla a este colectivo para disponer su protección en los términos siguientes- ya referidos en el apartado anterior de este capítulo:

“Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que se establezcan en las leyes”.

Y el artículo 42 de la Ley Autonómica 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía, bajo el título “Información” establece lo siguiente:

“1. Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones de divulgación necesarias para informar a las personas mayores sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos”.

Además de esta disposición específica, hay que considerar comprendido a este colectivo de personas mayores, dentro de los que necesitan una protección especial y, consecuentemente -en nuestra Comunidad Andaluza- estimarlo incluido, bajo su competencia exclusiva, en el artículo 61-1 de nuestro Estatuto de Autonomía que dispone lo siguiente:

"Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de *servicios sociales, que en todo caso incluye:*

a).- *La regulación, ordenación y gestión de servicios sociales, las prestaciones técnicas y las prestaciones económicas con finalidad asistencial o complementarias de otros sistemas de protección pública.*
b).- *La regulación y la aprobación de planes y programas específicos dirigidos a personas y colectivos en situación de necesidad social.*
c).- *Instituciones públicas de protección y tutela de personas necesitadas de protección especial, incluida la creación de centros de ayuda, reinserción y rehabilitación".*

Segunda.- Pero otras veces, las propuestas que se realicen pretenderán la modificación de artículos de una Ley estatal o específicamente del Código civil. Es evidente que la Comunidad Autónoma de Andalucía no tiene facultades para modificar tales leyes, pero, en cambio, sí que la tiene para proponer que se modifiquen. A tal efecto, el art.106-9 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, atribuye al Parlamento de Andalucía competencia para *"La presentación de proposiciones de ley al Congreso de los Diputados en los términos del artículo 87.2 de la Constitución"* .

Quede pues, desde ahora, constancia de esas dos vías por las que discurrirá el iter de nuestras propuestas.

2.2.- LA PREOCUPACIÓN POR LA SEGURIDAD PERSONAL EN EL CASO DE IMPOSIBILIDAD DE DECIDIR POR SÍ MISMO

Esta preocupación alcanza a un ámbito fundamental de la propia persona: el de la salud. Tanto de la salud mental como el de la salud física.

En el primero, es decir, en el supuesto de pérdida de facultades mentales, la cuestión deriva al ámbito de las decisiones: alguien tendrá que decidir por él o ella. ¿Quién y cómo? y ¿qué podrá hacer, ahora que tiene capacidad, para prevenir tal situación?

En el segundo, o sea en el supuesto de pérdida de la salud física, la cuestión deriva al ámbito de los cuidados: alguien tendrá que cuidarlo o, simplemente, ayudarle. ¿Quién, cómo y en qué lugar? Y ¿qué podrá hacer en este momento para prevenir el pago los gastos que esos cuidados conlleven?

Ante la llegada de lo que se ha dado en llamar la tercera edad (los sesenta años) y las probabilidades, cada vez mayores, de acceder a la cuarta edad (a partir de los ochenta), se plantee el problema de una posible pérdida, en el futuro, de las facultades mentales, bien por causa de enfermedades específicas (alzheimer, parkinson, y de Pick) bien como consecuencia de un proceso degenerativo propio de edades evanzadas. La persona en cuestión sabe que, si eso sucede, será otra quien tenga que tomar las decisiones que afectan tanto a su esfera personal (cuidados, cuidadores, internamientos en residencias y en hospitales, etc.) como a su esfera patrimonial (administración y disposición de sus bienes). Y ,naturalmente, le preocupa quien será esa persona que actúe por él, la extensión de sus facultades y las soluciones ante posibles abusos o incompetencias.

Pues bien, respecto a esa posible pérdida de facultades, la persona que estamos contemplando debe tener garantizada la posibilidad de una información adecuada sobre los tres tipos de soluciones que aporta nuestro derecho: el guardador de hecho, el apoderado preventivo y el tutor o curador. Examinemos cada una de esas tres posibilidades brevemente aportando las sugerencias oportunas.

2.2.1.- El apoderado preventivo

2.2.1.1.- La utilidad de la figura

La Ley 41/2003 introdujo esta figura, muy solicitada en los últimos años por la doctrina jurídica. Se trataba de responder a una necesidad sentida socialmente. En múltiples ocasiones, cuando era necesario vender un bien por parte de una persona mayor para atender a las necesidades propias de su particular estado (pagar una residencia o a una persona que le atendiese en su casa o en la de alguno de sus hijos) el notario/a se encontraba con que esta persona estaba ya tan mermada en sus facultades psíquicas que carecía de capacidad para prestar su consentimiento respecto a la venta ni para otorgar un poder al efecto. No había más solución que incapacitarlo, lo que era una solución bastante traumática para los hijos dada, en muchas ocasiones la edad avanzada del padre o de la madre. En definitiva, que no se podía solucionar satisfactoriamente y a corto plazo el problema familiar. En otras ocasiones, el problema se planteaba cuando una persona tenía que afrontar una operación que, por afectar al cerebro, podía conllevar unas consecuencias, temporales o permanentes, de incapa-cidad psíquica que determinasen para él, una imposibilidad psíquica de tomar decisiones tanto respecto a su persona como respecto a sus bienes. A veces, esas personas habían otorgado, previamente, un poder a alguien de la familia pero ese poder, o bien se extinguía en caso de incapacitación o bien no servía

para nada puesto que, desde que se producía la incapacidad de hecho, los actos otorgados con ese poder devenían nulos.

El legislador español, consciente de esa necesidad y teniendo en cuenta los precedentes del Derecho comparado, introduce en nuestro Derecho, la figura de lo que conoce en la actualidad con el nombre de **apoderamiento preventivo**, mediante la técnica de modificar el art. 732 del Código Civil añadiéndole el siguiente párrafo:

"El mandato se extinguirá, también, por la incapacitación sobrevenida del mandante a no ser que en el mismo se hubiere dispuesto su continuación o el mandato se hubiere dado para el caso de incapacidad del mandante apreciada conforme a lo dispuesto por éste. En estos casos, el mandato podrá terminar por resolución judicial dictada al constituirse el organismo tutelar o, posteriormente, a instancia del tutor" .

En consecuencia, la solución de carácter preventivo que hoy permite la Ley, y que evitará a las personas mayores la necesidad (¡el riesgo!) de tener que sufrir la incapacitación judicial ante la conveniencia de una disposición patrimonial de sus bienes cuando ya no tengan capacidad mental o volitiva para ello, es el otorgamiento de ese poder preventivo que ahora acoge nuestra legislación de forma plena y sin rebozos.

2.2.1.2.- Las posibilidades de su contenido

a.- En cuanto a la extensión: Este poder puede tener una mayor o menor extensión respecto a las facultades que se otorguen, aunque, si se quieren evitar problemas de interpretación lo aconsejable es el otorgamiento de un poder lo más amplio posible. Todo dependerá, claro es, de la confianza que el poderdante tenga con respecto a la persona o personas que nombre apoderados o apoderadas.

b.- En cuanto al contenido. Entendemos con gran parte de la doctrina que independientemente de que el poder pueda tener un contenido patrimonial de administración y disposición de bienes del poderdante también puede tener un contenido personal, es decir, que puede el otorgante conceder al apoderado facultades que hagan referencia a los aspectos personales de aquel, es decir, la toma de decisiones respecto a la educación, recuperación o aumento posible de su capacidad, atenciones, asistencia (incluso médica), internamientos y cuidado del apoderado. En definitiva, la autotutela es a la tutela lo que el poder preventivo es al guardador de hecho. Pues bien, entendemos que expresamente admite esta amplitud de facultades conferidas por el otorgan-te, el art.223 C.C., reformado por la Ley a que nos venimos refiriendo, al admitirse que éste no solo puede nombrar a su tutor, en previsión de ser incapacitado, sino también (efectúe o no el nom-

bramiento de dicho tutor) "adoptar cualquier disposición relativa a su persona y bienes"· Estimamos, por tanto, que, una vez admitido por la ley que nadie como el propio sujeto para regular sus propios intereses en un supuesto de futura y posible incapacidad declarada judicialmente (autotutela) o no (poder preventivo), debe caer por tierra cualquier barrera limitativa que se quiera poner al contenido de esa autorregulación, naturalmente siempre que ese contenido sea lícito y legítimo. Dicho esto, es obvio que el poder podrá contener cuantas instrucciones y precisiones crea convenientes expresar el poderdante relativas al ejercicio de las facultades contenidas en el poder, tanto si se refieren al aspecto patrimonial como si afectan al aspecto personal.

c.- En cuanto a la facultad de sustitución. ¿Cabe la sustitución, en todo o en parte, por el apoderado de este poder preventivo cuando el poderdante no se lo ha prohibido, con arreglo a lo dispuesto en el art.1721? Entendemos que la especialidad de este poder (la imposibilidad de su revocación por el poderdante cuando éste deviene incapaz) le confiere un carácter tan personalísimo que no cabe tal sustitución, máxime si su contenido se extendiese a facultades personales. Bueno será sin embargo la constancia en el documento de la prohibición expresa de tal sustitución lo que evitará dudas y producirá los efectos de la "nulidad de lo hecho por el sustituto nombrado contra la prohibición del mandante" como expresa el párrafo final de ese art.1721.

d.- En cuanto a los supuestos a que se extiende la "preventividad".

Puede tener el poder un mayor o menor alcance en cuanto a los supuestos que se quieren prevenir ya que, puede que el poderdante quiera prevenir solo el caso de incapacitación judicial o que quiera, de manera más amplia prevenir el caso de la discapacidad es decir que el apaderado actúe en caso de incapacidad no declarada judicialmente (la llamada incapacidad de hecho), o que pueda actuar en ambos casos. Veámoslo con brevedad:

d-1.- Que el poderdante solo quiera prever el supuesto de incapacitación judicial.

En este caso que, en principio parece no tener mucha utilidad, el poderdante está dejando una persona que, sin tener el carácter de tutor de los bienes, tendrá unas facultades de administración conferidas que también tendrá el tutor. Naturalmente, para que el apoderado pueda utilizar el poder, deberá exhibir la pertinente declaración judicial de incapacidad. Consecuentemente, el tutor y el apoderado coexistirán como figuras paralelas después de la incapacitación judicial salvo que el juez al constituir la tutela revoque el poder otorgado al segundo "o posteriormente a instancia del tutor".

El poder dado para este supuesto específico tiene para el poderdante poca utilidad, porque, precisamente, lo que se trata con él es dejar resuelto el problema

que puede plantear su posible incapacidad, cuando no se quiere la incapacitación. Lo normal, si se está pensando en ésta, es que el poderdante la prevea mediante la autotutela. ¿Podrá preverla en el mismo poder? Creemos que nada se opone a ello, puesto que el poder se otorga por "escritura notarial" como exige el art. 223 párrafo segundo, en la que deberá constar por nota, la remisión al registro civil del parte correspondiente. En este caso, si el poderdante, quisiese que, pese a la utilización de la figura de la autotutela y a la designación de tutor, el apoderado nombrado (si no es el mismo tutor nombrado) continuase en el ejercicio del poder, creemos que deberá decirlo expresamente e incluso (si así lo prefiere) disponer que, en los aspectos que crea convenientes, actúe el apoderado con preferencia al tutor. Lo que no creemos posible es que en la misma persona puedan confluir los "cargos" de apoderado preventivo y de tutor y ello porque quedaría a voluntad de esa persona la decisión respecto a cuando actúa como apoderado y cuando como tutor lo cual parece una burla de las normas de la tutela.

La existencia de dos personas distintas con iguales facultades solo tiene interés para el supuesto en que el otorgante quiera evitar las autorizaciones judiciales exigidas al tutor para la realización de los actos a que se refiere el art. 271 del C.c. Estimamos, incluso, que sería conveniente la expresión específica de este deseo, tanto en los casos en que en la misma escritura se formalizasen el otorgamiento del poder preventivo y la autotutela como en los que no se previese nada de la segunda, y ello, al amparo de que el párrafo segundo del art. 223 C.C. permite que ese otorgante del poder preventivo pueda en documento público notarial y en previsión de ser incapacitado en el futuro "adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes". Y sostenemos que, además que debe admitirse esa posibilidad porque, para el caso de que se produzca la patología, es decir el mal uso por el apoderado de la confianza otorgada, siempre el tutor tendrá la posibilidad de solicitar del juez la revocación de ese poder tal como se regula en el art.1.732 reformado.

d-2.- Que el poderdante prefiera prever un supuesto más amplio: el de la incapacidad no declarada judicialmente. El único problema que plantea este supuesto es la determinación del momento en que esa incapacidad se presenta, es decir ,de qué tipo de discapacidad y de qué extensión de la misma se habla, y de cómo se acredita su existencia. Pero la Ley ha resuelto con amplitud este problema al permitir que sea el propio poderdante quien determine ese qué y ese cómo (otra vez prioridad a la autorregulación). Claramente, el poderdante podrá escoger para ello el sistema que crea mejor y que le suscite mayor confianza, aunque, desde el punto de vista práctico habrá que aconsejar que elija un método que

no pueda producir dudas ni dar lugar a impugnaciones como podría ocurrir si se optara por el juicio de algún amigo no técnico en la materia, o, por supuesto, el del propio apoderado. Entendemos que este sistema podría ser el dictamen de un médico técnico en la materia en quien el apoderado confíe o, a nuestro juicio y mucho mejor, el dictamen de un organismo totalmente neutral como es la Comisión de Valoración de Minusvalias que expide el correspondiente certificado acreditativo del grado de discapacidad que se padece o bien del organismo que se cree, en su caso, para acreditar la discapacidad a que se refiere la Ley 41/2003 en su art.2 y que ha de crearse reglamentariamente. Para estos casos será el propio poderdante quien fijará el grado de discapacidad que deberá padecer y que ha de acreditar el correspondiente certificado. Creemos que, dado que la Ley citada (disposición adicional cuarta añadida al Código Civil por el art.13 de dicha Ley) toma en cuenta, para todos los supuestos regulados en la misma, el concepto de discapacidad definido en la propia Ley y dado que, en su art.2, determina como uno de los dos supuestos de discapacidad, a los efectos de la misma, la minusvalía psíquica igual o superior al 33%, es lógico aconsejar que en el poder preventivo se tenga en cuenta ese mínimo, sobrepasándolo en una cuantía que parezca suficiente (vgr. el 40% o más) a la hora de determinar el poderdante el grado de discapacidad que debe afectarle para que pueda el apoderado hacer uso del poder.

d-3.- Que el otorgante prefiera prever las dos posibilidades.

Es decir, que el otorgante quiera prever tanto el supuesto de que exista discapacidad volitiva y/o mental de hecho, sin que medie incapacitación judicial, como el de que se produzca esa incapacitación.

En este caso el poderdante prevé la opción más amplia, que es la expuesta en el anterior apartado, pero, ante el temor de que se pueda producir algo que él no quiere pero que no puede controlar ni prohibir, como es que algún pariente solicite y obtenga su incapacitación judicial, extiende a este supuesto la prevención de tal modo que el apoderado pueda actuar en uno y en otro supuestos.

Dependiendo de la situación en que se encuentre el poderdante en el momento de actuación del apoderado, éste tendrá que justificar esa situación bien de la manera indicada en el apartado anterior, si se trata de incapacidad no declarada judicialmente, bien con el oportuno testimonio de la declaración judicial de incapacidad, si se trata del supuesto de incapacitación judicial.

Finalmente, y a tenor de lo señalado en el apartado anterior, será importante hacer constar que el apoderado lo será para un caso y para el otro, con independencia de que en éste último supuesto exista tutor o curador. E incluso con disposición de

autotutela en el mismo documento público, en distinta cláusula o estipulación.

e.- En cuanto al momento en el que comienza su eficacia.

Puede tener también el poder un mayor o menor alcance en cuanto al comienzo de su ejercicio y así lo distingue el propio art.1732 en la modificación efectuada. Aunque hemos de volver a la crítica de la técnica jurídica empleada por el legislador, ya que en el supuesto de subsistencia del poder contempla solo el caso de incapacitación judicial y en el supuesto de causalización del poder para un caso determinado contempla solo el de incapacidad no declarada judicialmente, cuando es evidente que, tanto en uno como en otro supuesto (subsistencia o causalización) cabe que puedan encuadrarse los dos casos (incapacitación judicial e incapacidad no declarada judicialmente). En efecto, puede configurarse el otorgamiento con subsistencia, es decir como la concesión de un poder normal, con las facultades que sean, pero con la disposición expresa de subsistencia o continuidad, tanto para el supuesto de incapacitación judicial o incapacidad no declarada judicialmente como para el supuesto de que se dieran cualquiera de los dos o bien, sucesivamente en el tiempo, primero el de la incapacidad no declarada judicialmente y luego el de declarada judicialmente. Y también puede configurarse el otorgamiento con causalización, es decir, como un poder específico solo para el supuesto de que concurran unas circunstancias o casos determinados (los señalados antes para el supuesto de subsistencia). Veámoslo brevemente:

e-1.- Poder con subsistencia

Es lo que podemos denominar poder para ahora y también para después. O sea, se puede otorgar el poder, para que pueda ser utilizado por el o por los apoderados, tanto para el supuesto de que no exista pérdida de facultades intelectuales y/o volitivas en el poderdante (es decir, desde el momento en que se otorga) como para el supuesto futuro e hipotético de que se produzca esa pérdida. Estamos aquí en presencia de un poder normal al que se le añade una cualidad específica, la de subsistencia, es decir que el poder no se extinguirá y seguirá produciendo todos sus efectos en caso de discapacidad psíquica y/o sensorial.

En este tipo de poder, que quizás sea el más aconsejable con las salvedades que luego se hacen, el apoderado, no necesitará, para su actuación, ninguna demostración del estado de incapacidad de hecho (ni tampoco de derecho si así se establece) del poderdante. Con ello se evita que ocurra lo que, antes de la Ley del 2003, podía suceder, y es que los actos realizados por el o los apoderados en nombre del poderdante, pudieran ser declarados nulos o anulables (la doctrina discute en cuanto a estos dos efectos) si se demostraba que, al momento del otor-

gamiento del acto o contrato en cuestión, el poderdante sufría ya una incapacidad de hecho que le impedía realizar el acto de que se tratase por sí mismo. El tercero que contrata tiene pues la seguridad de que, cualquiera que fuese la situación del poderdante en el momento de la contratación (capacidad, incapacidad de hecho o incapacitación judicial, si este último supuesto también se comprende)

e-2.- Poder con causalización

Es lo que podemos denominar poder solamente para después. En efecto, se puede otorgar el poder con cláusula de causalización, es decir, para que sea eficaz solo y exclusivamente en el caso hipotético y futuro de pérdida de las facultades mentales y/o volitivas, demostrada -por ejemplo y si así lo dispone el poderdante- mediante certificado de un médico psiquiatra o mediante el documento administrativo que recoja la incapacidad psíquica con un grado de ésta que el propio poderdante determine (vgr. en un 35, 40 o 50%) o mediante el certificado previsto en la propia Ley (art.2.3) que se remite, en cuanto a su expedición, a lo que el futuro Reglamento determine (en el momento actual, no habiéndose publicado ese Reglamento, la certificación, para nuestra Comunidad Autónoma, es la correspondiente al reconocimiento de discapacidad efectuado por el Centro de Valoración y Orientación de la Junta de Andalucía).

Este tipo de poder es el poder preventivo, propiamente dicho, y solo podrá utilizarse por el apoderado cuando se dé el supuesto de discapacidad prevista por el propio poderdante o cuando hubiese recaído sentencia de incapacitación, si este último supuesto se hubiese comprendido también.

f.- En cuanto a las personas apoderadas

El poder que examinamos admite, en este aspecto, una gran variedad de posibilidades. En cuanto al número de personas, puede ser único o múltiple es decir, se puede dar a una sola persona o a varias y, en este último caso, puede ser con carácter simultáneo o sucesivo, es decir, para que puedan actuar todas ellas en el mismo momento o solo sucesivamente. Si es simultáneo puede ser mancomunado o sea para que todos los nombrados tengan que actuar consensuadamente o por mayoría, o solidario, de tal manera que bastará con la actuación de uno cualquiera de los nombrados. En el caso de ser sucesivo el segundo nombrado no actuará hasta que el primero haya fallecido o devenido incapaz o bien se haya producido la circunstancia que el poderdante prevea (y lo mismo si hubiese un tercer nombrado) En cuanto a la calidad de las personas nombradas, puede tener o no carácter familiar, es decir que el poderdante puede nombrar a personas de su ámbito familiar (cónyuge, hijos, hermanos, sobrinos, nietos, etc.) o que no tengan ningún parentesco con él.

En ambos casos, pero más usualmente en el primero, el poder puede darse con total determinación de los nombrados y exigencia de su actuación (vgr. a mis hijos Juan y Pedro) o con cierta indeterminación entre los nombrados respecto a la exigencia de su actuación (vgr. a mis tres hijos Juan, Pedro y Antonio para que, en cada momento, dos cualesquiera de ellos puedan ejercitar las facultades que se indican). También en ambos casos, pero más usualmente en el segundo, el poder puede darse sin ninguna limitación o con limitaciones determinadas (vgr. exigiendo para determinadas actuaciones el consentimiento de personas señaladas).

g.- En cuanto a la forma

El poder de que nos estamos ocupando, siguiendo las reglas generales del mandato, puede formalizarse bien en escritura pública o bien en documento privado. Como dato curioso hay que referir que en un gran número de residencias de personas mayores, tanto públicas como privadas, es práctica habitual, en el momento de ingreso de un nuevo residente, la exigencia de una autorización, en modelo impreso, a favor de la persona que tenga por conveniente, para que los responsables del Centro se entiendan con ella a fin de disponer cuanto se estime conveniente en orden a la atención, cuidados, objetos personales y todo cuanto pueda afectar a la estancia del residente, en el momento en que éste pierda o tenga muy debilitadas sus facultades mentales. Este documento que se extiende no solo al aspecto patrimonial sino también al personal, en el fondo no es más que un poder preventivo otorgado en documento privado, de gran utilidad para el centro en cuestión a la hora de tratar de evitar problemas y discusiones con familiares del residente cuando llegaba el momento en que éste perdía sus facultades decisorias. Efectivamente, ese poder en documento privado, es, en principio, válido dada la gran libertad que, en el aspecto de forma y como se ha dicho, concede al mandato el párrafo segundo del art.1710 del Código Civil. ¿Qué pasa entonces con la exigencia del art.1.280-5º relativa a que deberán constar en documento público "El poder... para administrar bienes y cualquier otro que tenga por objeto un acto redactado o que deba redactarse en escritura pública, o haya de perjudicar a tercero"? Pues que, como ha declarado con reiteración la jurisprudencia, (STS 28-Julio-1999, 27-Enero-1995, 5-Febrero-1992, 9-Enero-1964, aunque la de 24-Octubre-1995 parece inclinarse por la tesis contraria) este requisito no es exigido como forma "ad solemnitatem" sino como forma "ad probationem" por lo que los terceros podrán exigir que se llene esta forma pública. Y es que, efectivamente, la posibilidad de que el documento privado pueda sufrir alteraciones, la falta de constancia fehaciente de la fecha, así como de la firma y capacidad del poderdante, y, finalmente, la necesidad de un asesoramiento competente en

"De aquí la conveniencia de recomendar a la dirección de todos esos establecimientos la sustitución de todos esos poderes privados por un poder preventivo"

el momento de otorgar un documento que se lleva mal con los modelos preestablecidos llevan a la conveniencia del otorgamiento de este poder en escritura. **De aquí la conveniencia de recomendar a la dirección de todos esos establecimientos la sustitución de todos esos poderes privados por un poder preventivo otorgado en escritura pública con todas sus garantías.**

2.2.1.3.- La extinción

La primera forma de extinción del poder preventivo otorgado es el acaecimiento de un hecho natural: el fallecimiento del poderdante.

La segunda es un acto voluntario: la revocación por parte del propio poderdante o del juez. Efectivamente, la posibilidad de actuación para proteger al poderdante de una pérdida de confianza por parte de este respecto al que había nombrado apoderado o de una mala o defectuosa actuación del apoderado es doble. De una parte la revocación del poder por el poderdante y, de otra, la actuación judicial extintiva de ese poder. ¿Cuándo cabe la revocación? Evidente-mente, mientras se mantiene la capacidad de obrar suficiente para ello. ¿Quedará esta capacidad o falta de ella, al juicio del notario que otorgue la revocación o el nuevo poder? Entendemos que no. A tenor de lo dispuesto en el art.732 reformado, una vez que al donante le falta la capacidad de obrar, (tanto si es de hecho como si lo es de derecho, ya que el precepto dice textualmente "en estos casos") entra en juego una sola posibilidad revocatoria: la del juez, bien al constituirse el organismo tutelar o, bien con posterioridad a petición del tutor. Es decir que, si el poderdante no estuviese judicialmente incapacitado habrá que instar dicha incapacitación para que el juez, una vez declarada y en el momento procesal de nombramiento de tutor, pueda efectuar la revocación. Entendemos, no obstante, que también podrá el juez suspender la eficacia del poder hasta la terminación del procedimiento de incapacitación y provisión de la correspondiente tutela (que es el primero de los momentos previstos por el legislador para que el juez pueda llevar a cabo la revocación) dentro de las medidas cautelares que el art.762 de la

LEC (y, anteriormente, el ahora sin contenido art.209 C.C.) le autoriza a adoptar "para la adecuada protección del presunto incapaz o su patrimonio". Pero es el propio art.1732 el que especifica qué alcance debe tener esta falta de capacidad de obrar y como ha de acreditarse, ya que especifica que ha de ser "apreciada conforme a lo dispuesto por éste"(el mandante). Por tanto, el notario que se encuentre ante una solicitud por el mandante de un poder preventivo, debe extremar las precauciones (los notarios, por experiencia saben de las "llevadas" a las notarías, por hijos "solícitos", de padres que tienen ya algo debilitadas sus facultades, para que realicen un otorgamiento o revoquen un poder, alegando siempre - ¡faltaría más! - que eso es lo mejor para el padre o madre de que se trate). Así pues, ante la más mínima duda respecto a la capacidad del revocante, debe solicitar el dictamen acerca de su capacidad de obrar de la forma que el propio revocante lo haya hecho constar en el poder y solo en el caso de que esta acreditación refleje una capacidad de obrar superior a la exigida (es decir, inferior al porcentaje de discapacidad fijado) podrá otorgar esa revocación, si es que estima, a su juicio, que tiene capacidad para ello.

2.2.1.4.- Las propuestas

a.- La relativa a la difusión y asesoramiento respecto a la figura.

Entendemos que la utilidad de la figura queda, en la práctica, muy minimizada dado el escaso conocimiento que de ella se tiene. Por ello es de absoluta primera necesidad desarrollar los mecanismos de información a través de la actuación de los Consejos de Mayores.

Estos Consejos, deberían ocuparse de que se llevara a la práctica todo lo relativo a las "Políticas de mayores" surgidas del desarrollo del artículo 61-1 del Estatuto de Andalucía y, dentro de estas políticas, una actividad de información que se realizaría, sobre todo, en residencias de tercera edad y centros de mayores sobre este magnífico instrumento de seguridad preventiva como es el que hemos llamado poder preventivo. La exigencia de esta actividad informativa y de divulgación viene amparada por lo dispuesto en el artículo 42 de la misma Ley Autonómica 6/1999 citada anteriormente, artículo que, bajo el título "Información" dispone lo que sigue:

"Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones de divulgación necesarias para informar a las personas mayores sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos"

b.- La relativa a su introducción expresa en la legislación que pueda afectarles.

Primero.- Instar a la modificación de la Ley 39/2006 conocida como de la Dependencia, para incluir al "representante voluntario facultado para ello", en algunos de sus artículos en los que se exige una actuación de la persona dependiente. Ciertamente, algunos de los artículos de esta ley contemplan al representante sin distinguir entre legal y voluntario (arts.4-4 y 30-1), pero en cambio otros sólo contemplan al representante legal (arts.4-2-j, 29-2-a y, en cierto modo, 29-1) y otros no contemplan a ninguno de los dos (arts. 4-2-g, 35-1 y 2 y art.42)

Segundo.- Incluir en el Proyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de la Comunidad Andaluza*(a la fecha de impresión de este documento ha sido publicada en BOJA nº 88, de 7 de mayo, la Ley 2/10, de 8 de abril ,de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de la Comunidad Andaluza) al apoderado voluntario en dos supuestos: 1º) Cuando no haya testamento vital y, consecuentemente, no exista el representante previsto en el art. 9-3 del Proyecto y 3-2 de la Ley 5/2003 de Declaración de Voluntad Vital Anticipada de la Comunidad Autónoma de Andalucía: 2º) Cuando se trate de nombrar al representante que establecen los artículos anteriores permitiendo que en el apoderamiento preventivo pueda concedérsele esa representación al apoderado que se nombre incluyendo, al efecto, en el poder el testamento vital con los requisitos establecidos en el citado art.3-2 de la Ley Autonómica 5/2003 y que se inscribiría en el Registro oportuno mediante comunicación telemática enviada por el notario autorizante.

Tercero.- Modificar el artículo 45 de la Ley Autonómica 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía que, bajo el título Ingresos en centros residenciales "sólo permite el ingreso en esos centros mediante prestación de su consentimiento por la persona en cuestión si tiene capacidad para esa prestación y, de lo contrario, es decir "en los casos de incapacidad presunta o declarada", se requerirá autorización judicial. Pues bien, la modificación que se propugna consiste en permitir que en los casos de "incapacidad presunta" de la persona de quien se solicite el ingreso, pueda prestar el consentimiento su apoderado en el poder preventivo que estamos contemplando en los casos en que hubiese sido expresamente facultado para ello. Como señala en su Exposición de Motivos el Proyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de la Comunidad Andaluza, uno de los valores que emergen con más fuerza en el seno de las sociedades avanzadas es el del respeto a la autonomía de la voluntad. Es bajo ese prisma desde el que se solicita la modificación reseñada, estimando que nadie como el propio sujeto para determinar quien debe ser la persona que debe prestar por él los consentimientos

necesarios en los supuestos en que, por estar en situaciones de discapacidad o incapacidad de hecho, no pueda prestarlos, si bien, dada la trascendencia de la situación que contemplamos, ésta deberá estar prevista expresamente en el poder al modo como se exige, para determinados actos de trascendencia patrimonial, en el art.1.713 C.C. cuando dispone que "Para transigir, enajenar, hipotecar o ejecutar cualquier otro acto de riguroso dominio, se necesita mandato expreso"

2.2.2.- El tutor y curador

2.2.2.1.- El problema y su solución legal

Para los supuestos en que las personas mayores se vean afectadas por "enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma", tal como señala el art.200 C.C., el mismo cuerpo legal señala la solución que requiere dos pasos: 1º) La incapacitación, estableciendo el art.199 C.C. que *"Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley"*, es decir que se precisará una declaración judicial de que la persona está incapacitada para prestar su consentimiento en los actos que implican el gobierno de su propia persona y de sus bienes. 2º) El nombramiento, para el incapacitado y por parte del juez, de un tutor o curador (según el grado mayor o menor de incapacidad de hecho que presente) que será el encargado de representarle legalmente y prestar su consentimiento en los actos que determine la sentencia de incapacitación (caso del tutor) o bien, simplemente de asistirle, en los actos que expresamente imponga la sentencia (caso del curador).

Dejando aparte otros aspectos, en este momento solo nos interesa destacar que ese valor emergente de la autonomía personal que antes resaltábamos, ha tenido también acogida en este terreno por virtud de la Ley 41/2003 en cada uno de los dos pasos a que hemos hecho referencia en el párrafo anterior, es decir, en el de la incapacitación y en el de nombramiento de tutor y curador, permitiendo, de una parte la petición de la propia incapacitación y, de otra, la designación de quien ha de ser su tutor o curador una vez incapacitado (la llamada autotutela).

2.2.2.2.- La petición de la propia incapacitación

Antes de la Ley 41/2003 solo las personas allegadas al presunto incapaz o bien el Ministerio Fiscal si tenía conocimiento del caso, podían solicitar del Juez la incapacitación de una persona. En el supuesto que nos ocupa ,o sea en el de las personas mayores, normalmente eran los hijos o familiares los que, llegado el caso, realizaban tal solicitud. Y es en la Ley citada, en la que el legislador se decide a prever que esa persona mayor, cuando se ve ya afectada por la enfermedad que le llevará a su incapacidad pero aun tie-

ne conocimiento "suficiente", puede pedir al juez que la incapacite a los efectos de evitar una situación transitoria y más o menos larga, en la que, por debilidad progresiva de su inteligencia y voluntad, pueda ser víctima de engaños o manipulaciones. Así, una vez incapacitada, será el juez quien, con el nombramiento de un tutor que la represente (o bien primero un curador y en una etapa posterior un tutor) y el conjunto de medidas garantizadoras que el Código (arts. 259 a 275) establece, evitará los perjuicios que esa persona puede temer. Otro supuesto en que puede tener utilidad la posibilidad que contemplamos es aquel, frecuente en la práctica, en la que ni el cónyuge ni los hijos o hijas quieren someter al padre o madre mayores a la amargura que supone afrontar un proceso de incapacitación, pudiendo, en cambio, ese padre o madre tomar esa decisión liberando a sus seres queridos de la responsabilidad y el sufrimiento de tomarla.

A los dichos efectos, la Ley citada modificó el apartado 1 del art.757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, estableciendo la siguiente redacción:

"1. La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz".

Ciertamente que la rareza de las situaciones en que esta posibilidad se actúe harán que la llamada "autoincapacitación" sea una figura de escasa importancia práctica. No obstante, a efectos de propuesta, hay que reiterar la relativa a difusión y asesoramiento sobre esta posibilidad legal que se ha realizado anteriormente sobre el poder preventivo.

2.2.2.3.- La autotutela

a).- Breve exposición de la figura

Esta figura cuya admisión en nuestro derecho fue largamente solicitada por la doctrina, tuvo al fin acogida por el legislador en la tantas veces citada Ley 41/2003 mediante una modificación del art.223 C.C. cuyo segundo párrafo dice así.

"Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor".

En el supuesto contemplado en el precepto, el ordenante prevé que puede llegar a una situación en que se haga precisa su incapacitación judicial. Puede ser que esta persona, prevea este supuesto nombrando el apoderado preventivo a que, en apartado anterior se ha hecho referencia, tratando con ello de no hacer precisa su incapacitación, o puede que trate de solucionar el problema aceptando, en su caso, la llegada de la declaración judicial de incapacitación y estable-

ciendo para tal supuesto las medidas que estime pertinentes. E incluso puede que realice las dos cosas, dado que el apoderado preventivo y el tutor pueden coexistir, incluso con instrucciones precisas del ordenante, en tanto el juez no revoque el mandato del primero.

Pues bien, el precepto transcrito ofrece a la persona mayor ordenante las tres posibilidades siguientes: la designación de tutor o curador, el establecimiento y ordenación de organismos fiscalizadores de la tutela, y, finalmente, la adopción de medidas concretas relativas a su propia persona y bienes. Veamos brevemente, cada una de estas tres de las que el ordenante puede utilizar conjuntamente todas ellas o bien solo una o dos de ellas.
b.- El nombramiento de tutor o curador

Aunque el artículo citado solo habla de tutor es indudable que el ordenante puede designar a uno y otro. Lo normal será designar a la misma persona con el carácter de tutor o curador según sea uno u otro el que el juez, en el momento de la incapacitación, estime que será necesario habida cuenta las facultades mentales y volitivas del ordenante en ese momento. Si el incapacitado tiene unas limitaciones menores en su capacidad intelectual y volitiva, le nombrará un tutor para que consienta con él los actos que se indiquen en la sentencia de incapacitación. Pero si el incapacitado tiene unas limitaciones mayores en esa su capacidad y, por tanto, el juez entiende que no puede prestar consentimiento para la realización de determinados actos, le nombrará un tutor que le represente en ellos y que será el que haya de prestar, por él, el consentimiento necesario si bien, para una serie de actos de cierta trascendencia (los señalados en los arts.271 y 272 C.c.) el tutor necesitará autorización judicial.

En la autotutela y, a estos efectos, el ordenante podrá designar a la persona o personas (físicas o jurídicas) que desea sean sus tutores o curadores y el juez tendrá que nombrar necesariamente al designado o designados, prefiriéndolo a cualquiera de los demás que señala el art.234 C.C., a no ser que el beneficio del incapacitado exija otra cosa. En su capacidad de elección el ordenante puede nombrar un tutor que se ocupe de los aspectos que hacen referencia a su persona (vgr. decisiones sobre cuidados, salud, hábitat personal, internamientos en centros y residencias...) y otro que se ocupe de los que hacen referencia a sus bienes (vgr. arrendamientos, compraventas, hipotecas, bancos, cobros y pagos...). A veces esto puede ser útil, por ejemplo cuando se nombra a una Fundación Tutelar como tutor de los bienes y al director del Centro en que está acogido como tutor de la persona. Pero lo normal será que el tutor designado lo sea tanto para los aspectos personales como para los patrimoniales. También puede optar porque, en el caso de nombrar varios, estos sean mancomunados o solidarios, es decir que tengan que actuar todos conjuntamente y por consenso o que pueda actuar uno u otro de los nombrados.

c.- El nombramiento y ordenación de organismos fiscalizadores.

El art. 223 C.c. permite a los padres, en testamento o documento público notarial, nombrar tutor y establecer órganos de fiscalización. La doctrina, unánimemente, entiende que si el Código permite a los padres el establecimiento de órganos de fiscalización respecto a la tutela de sus hijos, con mucha más razón habrá de permitírselo a la propia persona que autorregula su posible tutela.

Estos órganos de fiscalización pueden ser muy variados y con distintos cometidos (vgr. posibilidades de acceso a las cuentas de la tutela, a las cuentas de bancos relativas a la misma, necesidad de asesoramientos o intervención directa para determinadas operaciones, exigencias de consentimientos conjuntos para determinados actos, etc) Naturalmente, el ordenante puede designar a la persona o persona que hayan de integrar estos órganos y establecer la estructura orgánica y de procedimiento respecto a los mismos.

d.- La adopción de medidas concretas relativas a su persona y bienes.

Puede el ordenante de su tutela hacer constar una serie de medidas que la afecten y que hagan relación a su persona y bienes. En cuanto a su persona tendrán interés, por ejemplo, todas aquellas que hagan referencia a su salud, tratamientos médicos, cuidados, internamientos y habitat personal (vgr. permanecer en su casa o casa de algún hijo o hija determinados, no desear traslados periódicos de casa de un hijo a otro, etc.) En cuanto a sus bienes, puede dar normas respecto a su administración y disposición, discutiendo la doctrina si podrá dispensar de la autorización judicial exigida por los artículos 271 y 272 C.C. incluso previendo la autorización o consentimiento de otras personas, para facilitar así la rapidez en las transacciones. Desde nuestro punto de vista, creemos que debe aplicarse en toda esta ordenación que puede haber realizado el ordenante de su autotutela, la misma precaución establecida en el art. 223 respecto a la designación del tutor: el juez deberá respetar todas estas disposiciones de carácter personal y patrimonial salvo que el interés del tutelado exija otra cosa. A tal efecto, deberá señalar en la delación de la tutela, aquellas disposiciones respecto las que exigirá conocimiento previo a su realización

e.- Propuestas.

Dada la complejidad y variedad de posibilidades de las figuras aquí reseñadas, estimamos necesario trasladar la misma propuesta de publicidad y asesoramiento que los expresados respecto a la figura del apoderado preventivo.

Y una segunda propuesta, con relación a las medidas que el ordenante de la autotutela, puede adoptar en relación con su persona y bienes, consiste en aclarar legislativamente mediante las adiciones

oportunas, la eficacia que tendrán respecto a la autoridad suprema que, en materia tutelar, se confieren al juez.

2.2.3.- El guardador de hecho

2.2.3.1.- Una tendencia social

En un buen número de casos (la mayoría) la situación de las personas mayores que ven disminuidas en un grado considerable sus facultades intelectuales y volitivas, es quedar bajo el cuidado de su cónyuge o de algún hijo, o, en ocasiones, de un vecino o incluso del director de la residencia en la que viven, sin tener ningún mandato al efecto, ni voluntario, por no haberse otorgado ningún poder preventivo, ni legal por no haber recaído sentencia judicial de incapacitación. Y es que la tendencia de la sociedad en que vivimos, sobre todo en materia de familia, camina, claramente, hacia el reconocimiento jurídico de las situaciones fácticas. Casos como el reconocimiento de efectos jurídicos a la separación de hecho o a las uniones de hecho son supuestos paradigmáticos. Se trata de unas realidades nacidas y mantenidas al margen del Ordenamiento jurídico que, sin embargo, responden a intereses por él asumidos para su protección.

Pues bien, una de esas situaciones fácticas recogidas por nuestro Derecho es la del guardador de hecho, cuyo cometido es el ejercicio, con respecto a menores e incapaces, con carácter de generalidad y permanencia, de su custodia o protección, o de administración de su patrimonio o gestión de sus intereses, por personas que no son tutores, curadores ni defensores judiciales. Esta figura fue incorporada a nuestro Código Civil (actuales arts. 303, 304 y 306) por la Ley de reforma de la tutela de 1983, si bien con una regulación tan insuficiente y equívoca, que, de una parte, los juristas prácticos no se han atrevido, hasta ahora, a utilizarla, ante las dudas e inseguridad jurídica que provoca, y, de otra, la doctrina científica clama unánimemente por una regulación más completa y acabada. Se ha dicho que el guardador de hecho es a la tutela lo que la pareja de hecho es al matrimonio.
Si la miramos desde el exclusivo plano patrimonial, se trataría, con esta figura, de dar solución, en innumerables supuestos, a los problemas que plantea la imposibilidad de actuación negocial del discapacitado no incapacitado (el "presunto incapaz" del art.304 C.C.). Pero, como ha quedado dicho, este propósito pasa ineluctablemente por su perfilamiento legislativo.

2.2.3.2.- La utilidad práctica de la figura

Y la verdad es que esta figura, con una regulación suficiente, podría ser de gran utilidad en la resolución de multitud de problemas prácticos. Con toda razón, en el Anteproyecto privado de reforma de la tutela dirigido por Diez Picazo se expresaba la convicción de que la

mayoría de los casos de protección, en España, se ejercían a través de la figura del guardador de hecho. Y ciertamente es así, dada la resistencia, en gran parte de los casos, a solicitar la incapacitación, en nuestro caso y la mayoría de las veces, de unos padres ya mayores a los que se quiere evitar el trauma de pasar por un procedimiento de incapacitación. Hoy, transcurridos mas de veinticinco años desde el reconocimiento legal de la figura del guardador de hecho, estamos en condiciones de afirmar que esta figura sigue existiendo en la realidad social pero con una vida al margen del Derecho, es decir, casi en la misma situación en que se encontraba antes de su reconocimiento legal. Porque es que, además, la figura del guardador de hecho, dado el alto porcentaje que en España representa, sobre la generalidad de los discapacitados, el de los no incapacitados, es una figura habitual en la práctica, sobre todo en los casos en que, por existir una situación familiar de armonía, no se quiere que intervengan personas extrañas a la familia, máxime si se trata de la autoridad judicial.

2.2.3.3.- Los dos problemas básicos de la deficiente regulación

Una de las causas que provocan la resistencia de los profesionales del Derecho a la utilización de la figura en el aspecto patrimonial, es la inseguridad jurídica que provoca su regulación actual. Esa inseguridad jurídica se hace patente en dos planos: primero, en el plano de la constatación de su existencia, por la ausencia de unas normas que permitan la constatación jurídica de una situación puramente fáctica como es la que corresponde a la guarda de hecho, con los problemas que pueden plantearse si ésta fuere negada por otros familiares, y, segundo, en el plano de sus efectos, es decir de las consecuencias jurídicas que se derivan de su existencia, por la ambigua y problemática regulación de los efectos que los negocios jurídicos otorgados por el guardador de hecho producen ("no podrán ser impugnados si redundan en su utilidad").

Nuestra propuesta por tanto se traduce en la solicitud del perfilamiento legislativo de la figura, mediante una regulación más detallada que habría de concretarse, a nuestro juicio, en esos dos planos anteriormente citados: 1º) La regulación de la forma de constatación jurídica de la situación fáctica de guarda de hecho. 2º) La determinación de la eficacia de los actos realizados por el guardador de hecho en el tráfico jurídico negocial

2.3.- LA PREOCUPACIÓN POR LA SEGURIDAD DE LA COHESIÓN FAMILIAR

En este ámbito la preocupación de la persona tipo pasa por un posible doble itinerario: el de las presiones familiares que tratan de coartar su libertad en la disposición de sus bienes, y el de los

nuevos y fuertes lazos afectivos que, cada vez más, se anudan entre abuelos y nietos, amenazada esa relación de verdaderos chantajes en caso de separación de los padres.

A.- Las presiones de los hijos que tratan de mermar la libertad de disposición de sus bienes por los padres.

En cuanto a la libertad de disposición inter-vivos hay que señalar que esas presiones no constituyen, ni mucho menos, casos de escuela. Y es que los hijos piensan que tienen algún derecho sobre los bienes de los padres y estos, en muchísimas ocasiones, llegados a cierta edad, han de soportar presiones, a veces fortísimas, de esos hijos o de alguno o algunos de ellos para que no "gasten" en atenciones propias lo que creen que les corresponde. Otras veces las presiones van dirigidas a que los padres no favorezcan en vida con regalos y donaciones a alguno de sus hijos o nietos que los atienden con más dedicación y con los que se sienten más vinculados afectivamente. Las presiones son de todo tipo, desde las meramente afectivas (el no vengo a verte más) a las materiales (el "no cuentes con mis cuidados" o" ten por seguro que te mandaré a una residencia").

En cuanto a la libertad de disposición mortis-causa, los padres mayores reciben ese mismo tipo de presiones ante la posibilidad de que hagan un determinado testamento unida a la limitación que ellos sienten como injusta de no poder favorecer por entero al cónyuge o al hijo que más lo necesita y no poder excluir por entero al hijo que se porta mal con ellos sin llegar a incurrir en ninguna de las exigentes causas de desheredación.

¿Qué tipo de soluciones pueden propugnarse que, tomadas conjuntamente, contribuyan a favorecer la solución del problema? Desde nuestro punto de vista, tres: 1) La inclusión en el artículo 142 del Código civil de un apartado en que se incluyan las necesidades de atención y cuidados de los padres como contenido del derecho de alimentos de estos frente a sus descendientes. 2) La inclusión en el art.756 del Código civil, dentro de las causas de indignidad, el no haber proporcionado a los padres necesitados de ellas, las atenciones y cuidados debidos, al modo como el apartado 7º de este artículo, introducido por la Ley 41/2003 lo hizo respecto a las personas que tengan derecho a la herencia de una persona con discapacidad. 3) La supresión del derecho a la legítima, sustituyéndola por un derecho de alimentos con cargo a la herencia a favor de hijos menores o discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales. Trataremos de justificar y desarrollar brevemente cada una de estas propuestas.

1.- La inclusión en el artículo 142 del Código Civil de un apartado en que se

incluyan las necesidades de atención y cuidados de los padres como contenido del derecho de alimentos de estos frente a sus descendientes.

Nuestro Código Civil regula el derecho a los alimentos con estas cuatro características:

a.- En cuanto a su naturaleza: se trata de una obligación legal, es decir, una obligación que la Ley impone a una persona a favor de otra. Como tal obligación es exigible (art.148) por la persona que tiene derecho a esos alimentos y estimo que también por su representante legal o voluntario así como por su guardador de hecho.

b.- En cuanto a contenido: se trata de una obligación pecuniaria, la de pagar una pensión (art.149) cuya cuantía quedará fijada por estas dos variables: 1ª) La necesaria para cubrir todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica (art.142) y 2ª) La que resulte proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe (art.146). Añade el artículo precitado (149) una posibilidad de sustitución de la pensión pecuniaria por una prestación personal, al decir que "El obligado a prestar alimentos podrá, a su elección, satisfacerlos, o pagando la pensión que se fije, o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos".

c.- En cuanto a las personas obligadas y en lo que aquí interesa, el Código grava con esta obligación a los descendientes de grado más próximo (art.144-2º) respecto a sus ascendientes. El gravamen es de carácter mancomunado respecto a los obligados, pero no de reparto igualitario, sino proporcional al caudal de cada uno (art.145, párrafo primero) lo que introduce, indudablemente, un elemento de posible conflicto y díficil cálculo.

d.- Finalmente, en cuanto a su nacimiento y extinción, hay que señalar, en cuanto al primero, que solo surge desde que el ascendiente que estamos contemplando tiene necesidad de esos alimentos "para subsistir" aunque solo se abonarán desde que se interponga la demanda (art.148, párrafo primero). Y en cuanto a su extinción, el art.152 señala una serie de causas entre las que están: la muerte del obligado a prestar los alimentos, su imposibilidad económica sobrevenida de prestarlos y la mejora de fortuna, por cualquier causa, del alimentista, de tal modo que ya no los necesite.

Debemos destacar, a efectos de nuestra propuesta que, para los ascendientes, el contenido de los alimentos que, en su caso, pudiera reclamar se reducen a lo que constituyen sus necesidades de "sustento, habitación, vestido y asistencia médica" (art.142) mientras que para los descendientes los amplia a

los gastos necesarios para su educación e instrucción y también, en caso de que estos descendientes sean mujeres, a los gastos de embarazo y parto. Pero los ascendientes mayores pueden tener otras necesidades que no son las estrictamente enunciadas por el Código y, entre ellas, de manera muy principal la de un cuidador. Con seguridad, en 1889, cuando se publicó la edición reformada del Código, esa necesidad solo existía en casos muy aislados dada la enorme diferencia con el momento actual en cuanto a expectativas de vida, pero no cabe la menor duda de que, en el momento actual, esa necesidad es absolutamente sentida hasta el punto de ocuparse de ella unA reciente Ley como la de dependencia.

Es por ello que entendemos debe proponerse la reforma del art.142 del Código Civil, en el sentido de añadirle un párrafo en el que se diga: "Los alimentos se extenderán igualmente a las atenciones y cuidados que exija el estado físico o psíquico del alimentista".

2.- La inclusión en el art.756 del Código Civil, dentro de las causas de indignidad, de una relativa a no haber proporcionado a los padres o ascendientes necesitados de ellas, las atenciones y cuidados debidos. Téngase en cuenta que una reforma como la que proponemos ya tuvo lugar por la Ley 41/2003, respecto a las personas que tengan derecho a la herencia de una persona con discapacidad, mediante el procedimiento de añadir un párrafo, el 7º, al citado artículo.

La indignidad sucesoria no es otra cosa que una incapacidad para suceder a una determinada persona, de tal modo que ni puede sucederle cuando no ha hecho testamento ni tampoco cuando se trata de una disposición testamentaria a su favor, aunque esa indignidad puede ser condonada o dispensada por el propio testador de manera expresa o tácita. A tales efectos, el artículo 756 establece taxativamente las causas que convierten en indigno a unas personas determinadas respecto a determinados causantes y, por tanto, aquellas incapaces de suceder a estos, es decir que carecen de derecho alguno reclamable frente a su herencia. El citado artículo declara indignas a esas personas por haber realizado algún hecho o acto repudiable frente a quien sería su causante. Pues bien, el citado artículo, no contempla como acto repudiable, apto para causar la indignidad sucesoria de quien lo realiza, el del hijo que desatiende al padre en sus necesidades, siendo así que, moralmente y socialmente indudablemente lo es. Si estamos en el campo del Derecho Civil y no en el del Penal ¿cómo es posible que el Código consienta que ese hijo que ha abandonado prácticamente a su padre, pueda heredarlo, por ejemplo, en cuanto al piso en que aquel habitó hasta su muerte y compartirlo hereditariamente con sus hermanos que sí lo atendieron?

Pues bien, si se hubiese recogido la ampliación del contenido de los alimentos en sede del art.142 C.C., tal y como se propone en el apartado anterior, bastaría

con adicionar al párrafo 7º añadido al art. 756 C.C. por la Ley 41/2003 una frase para que con la misma se incluyese el supuesto de indignidad que aquí se propugna. En tal caso, el citado párrafo 7º concluiría con la siguiente frase: "El mismo supuesto se aplicará a los descendientes respecto a sus ascendientes" .

3.- La supresión del derecho a la legítima de los descendientes, sustituyéndola por un derecho de alimentos con cargo a la herencia a favor de hijos menores o discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales (aunque nuestra propuesta, en el caso de este libro blanco y en atención al supuesto que nos preocupa, se ciñe a la supresión de la legítima de los descendientes, quede claro que a nuestro juicio se extiende también a la supresión de la legítima de los ascendientes con las mismas salvedades que respecto aquellos, pero, en ningún caso, a la legítima del cónyuge viudo).
Mucha es la literatura jurídica que, en estos últimos años, viene reclamando la sustitución en nuestro Derecho del sistema legitimario por el de la libertad de testar con alguna limitación para proteger a los descendientes necesitados de ayuda sea por minoría de edad, enfermedad o discapacidad de estos. Resumamos las argumentaciones, basa-das en los cambios de todo tipo habidos desde hace algo más de un siglo (desde 1889 año de promulgación del Código Civil):

a- El cambio en la longevidad. Cuando se publicó el Código la esperanza de vida no estaba más allá de los cincuenta y pocos años mientras que hoy llega a los ochenta. La consecuencia es que, como ha dicho algún autor, la legítima de los descendientes ha pasado a ser algo así como una pensión de jubilación o prejubilación para estos.

b.- El cambio en la propiedad. Hace un siglo la mayoría de la propiedad era heredada por los padres de los suyos, de carácter agrícola y muy restringida en cuanto al número de propietarios, por lo que primaba el aseguramiento del pase de esa propiedad de una generación a otra (la propiedad era como un derecho, de alguna manera, familiar). Hoy la mayoría de la propiedad es "ganada" por los padres con su trabajo, es de carácter urbano, industrial y mobiliario y, finalmente está muy extendida (es muy alto el porcentaje de españoles que a los sesenta años cuentan, al menos, con un piso propio). Este cambio en el sentido de la propiedad parece haber sido el inspirador del contenido del art.17-1 de la Carta de Derechos Fundamentales de de la Unión Europea, incorporada como derecho primario de la Unión por el recientemente aprobado Tratado de Lisboa: "Toda persona tiene derecho a disfrutar de la propiedad de los bienes que haya adquirido legalmente, a usarlos, a disponer de ellos y a legarlos". Y no habla de limitaciones en este derecho a transmitirlos mortis-causa .

c.- El cambio en la familia.- En el siglo pasado y lo que llevamos del presente se ha pasado de la familia patriarcal o de clan a la familia celular (padres e hijos) y de ésta a la diversidad familiar. La admisión del divorcio y, recientemente, del llamado divorcio exprés (145.919 parejas se divorciaron en España el año 2006. 137.510 en 2007 y 118.939 en 2008. En Andalucía, 23.853 en 2007 y 21.466 en 2008), el acogimiento legal de las figuras de la pareja de hecho y la separación de hecho, la supresión de la ilegitimidad en la filiación, la igualación del status de hijos matrimoniales, no matrimoniales y adoptivos, la admisión del matrimonio entre personas del mismo sexo y la nueva y avanzada redacción de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida (26-Mayo-2006) hacen que la gran diversidad en cuanto a formas familiares existentes en la actualidad tenga muy poco que ver con aquella familia de clan que existía al publicarse el Código y cuya pretensión de protección fue, en gran parte, la causa legitimadora de la legítima. Hoy junto a la familia celular, existe un buen número de familias monoparentales: madres solteras (en la última década el número de estas madres se ha multiplicado por diez), progenitores viudos, padres y madres separados, divorciados o adoptivos. Y junto a estos tipos de familias, cada vez más el de la pareja que convive (matrimonialmente o de hecho) con hijos de relaciones anteriores. Eso sin contar con el número, aun muy escaso, de parejas del mismo sexo con hijos adoptivos o generados mediante las nuevas técnicas de reproducción asistida.

d.- El cambio sociológico.- La sociedad postindustrial y globalizada del momento actual poco tiene que ver con la sociedad agraria española de 1889.

En aquella sociedad los hijos eran un sostén de la familia en el sentido de que ayudaban en las tareas agrícolas o artesanales que ejercía como cabeza de familia el padre, lo que llevaba a que, ciertamente, tuviera algún sentido el que se les concediera algún tipo de derecho hereditario sobre el patrimonio parental formado con su colaboración. En la sociedad actual los padres procuran para sus hijos, por encima de todo, una buena educación y formación a efectos de proporcionarles los medios adecuados para su independencia económica fuera de la familia.

En aquella sociedad que, a estos efectos podemos calificar de cerrada, los hijos, con pocas excepciones, permanecían y se casaban en la misma localidad en que vivían sus padres. En la actualidad la regla general es la movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia. Es curioso que ya, en los finales de los sesenta del siglo pasado, la institución aragonesa del casamiento en casa (sucesión contractual en favor del hijo que se casaba comprometiéndose a quedarse en casa de los padres cuidando de ellos, de los llamados tiones y del patrimonio familiar) estaba

en crisis por no encontrarse ningún hijo que quisiese quedarse en el pueblo con esa misión a cambio de la adquisición del patrimonio familiar: la emigración había abierto nuevos horizontes vitales más atractivos para esos hijos. En la actualidad es muy alto el porcentaje de padres que tienen hijos ejerciendo su profesión fuera del pueblo donde aquellos habitan e, incluso, en el extranjero. Las relaciones de esos hijos con sus padres mayores no son, no pueden ser, en principio, como las de los que vivan cerca de ellos, sobre todo a efectos de poder recibir las atenciones y cuidados que van a precisar en su vejez.

En aquella sociedad, la regla general era el régimen matrimonial de gananciales. Fallecido el esposo (el cabeza de familia, el que con su trabajo proporcionaba el sustento familiar) la esposa pasaba a ser dueña exclusiva de la mitad del patrimonio ganancial independientemente de su derecho a legítima sobre la otra mitad que integraba la herencia de ese esposo. En el momento actual, la regla general es que los dos miembros de la pareja realizan un trabajo remunerado y su relación se rige por el principio de igualdad por lo que no existe jefatura del varón. Si a esto unimos las nuevas relaciones matrimoniales entre divorciados y viudos así como las de pareja de hecho entre separados, entre separados y solteros y entre solteros, contemplaremos la multiplicación de casos en los que no se da el régimen de gananciales y bien por pacto o bien porque no existe ningún régimen lo que existe es una separación entre los patrimonios de cada uno de los miembros de la pareja. Cuando estos miembros de la pareja alcanzan la vejez con una relación estable, lo normal (ahí están los notarios para corroborarlo) es que los miembros de la pareja, que a veces solo tienen la propiedad del piso en que habitan (bien con carácter ganancial o en proindiviso) soliciten el testamento "de uno para el otro y luego para los hijos comunes" y ello para que las necesidades de la pareja queden cubiertas bien con un patrimonio ganancial que han ganado los dos, bien con el patrimonio propio que, después, pasará a los hijos comunes (ciertamente la situación puede variar cuando existen hijos no comunes). Pues bien, lo que debe destacarse es la perplejidad de esas parejas cuando se les dice que sus pretensiones no pueden realizarse porque lo impide la existencia de una legítima intocable a favor de los hijos que alcanza, nada menos, que los dos tercios de la herencia del que fallezca antes.

Ante todos estos cambios y la especial protección que necesitan los padres ya mayores, no se ve la razón de limitarles el derecho a disponer libremente de sus bienes a título mortis causa, pudiendo dejárselos a su cónyuge, o al hijo más necesitado, o al nieto más querido o que más cariño le dé, o al hijo o persona que le esté cuidando en sus necesidades o, simplemente, excluir de su herencia a los hijos que menos cariño les hayan

demostrado y menos atiendan sus necesidades o bien que estén mejor colocados y, por ello, menos lo necesiten. Para los supuestos de hijos menores o necesitados por causa de enfermedad o discapacidad psíquica, física o sensorial se establecería un derecho de alimentos a cargo de la herencia del padre o madre premuerto con lo que quedarían cubiertas legalmente estas necesidades familiares sin perjuicio de que los padres pudieran satisfacerlas voluntariamente con más amplitud.

B.- La necesidad de protección de los nuevos y más fuertes vínculos familiares entre abuelos y nietos.

En la actualidad, a causa del trabajo de los dos miembros de la pareja de progenitores, los abuelos y abuelas, especialmente los más próximos, tienen con sus nietos y nietas, en los primeros años de estos, un contacto y una proximidad mucho mayor que la existente hace algunos años. Desde el cuidarlos algunas horas, pasando por la llevanza y recogida de guarderías y colegios, hasta atenderlos en casos de enfermedad o bien por ausencia de los padres, los supuestos se multiplican en la época actual. De tal modo que los abuelos, sobre todo llegada su jubilación, realizan una labor encomiable y, hoy por hoy, prácticamente insustituible en relación con todos o algunos de sus nietos. Esta labor, que lleva consigo un mayor contacto con ellos, origina una relación afectiva entre ambos de mucha mayor entidad que la que, hasta hace unos años existía. Esta relación, que el aumento de la longevidad ha llevado a ser bastante duradera, debe ser protegida no solo porque es beneficiosa para los propios abuelos sino que se está mostrando muy eficaz y valiosa para el adecuado desarrollo de la afectividad de los nietos y el equilibrio familiar, sobre todo en casos de desaveniencias o separación de los padres, casos estos en los que la labor de los abuelos puede llegar a ser verdaderamente insustituible. Téngase en cuenta, por ejemplo, que el derecho de los mayores a mantener sus vínculos con su familia se encuentra incluido dentro del "Decálogo de derechos de las personas mayores" elaborado por la Comisión Sectorial de Mayores constituida por el Gobierno Vasco. Y téngase en cuenta también que el legislador español comprendió el alcance e importancia actuales de estas relaciones y, por Ley 42/2003, modificó el artículo 160 del Código Civil en el sentido de que no se pueda impedir la relación abuelos-nietos salvo por justa causa, siendo el juez el encargado de establecer los caminos y medidas por los que haya de discurrir esta relación cuando ha sido alterada. Pues bien, en relación a la toma en consideración y protección de estas relaciones, nuestra propuesta es triple, una en relación con el art.160 C.C. otra en relación con el art.156 del mismo cuerpo legal y la tercera en relación con el art.92 también del C.C. En el

entendido inicialmente expuesto de que la Comunidad Autónoma Andaluza no tiene competencias en la materia por lo que sólo puede instar a la modificación normativa en los términos expuestos en nuestro Estatuto de Autonomía.

Hecha esta aclaración, pasemos a las propuestas.

1.- El art.160 C.C., en la parte que afecta a este escrito, establece lo siguiente:

"No podrán impedirse sin justa causa las relaciones personales del hijo con sus abuelos y otros parientes y allegados.

En caso de oposición, el juez, a petición del menor, abuelos, parientes o allegados, resoLverá atendidas las circunstancias..."

La propuesta que aquí se hace, en relación al contenido de este artículo, circula en una doble dirección:

a.- La facilitación de la actuación de los abuelos en relación con la instancia judicial prevista en el artículo citado.

Por lo general y dejando a un lado excepciones (que las hay y con efectos bastante perniciosos) es constatada la prudencia de los abuelos, su miedo a intervenir en supuestos como los contemplados por el repetido art.160 C.C. y, en muchas ocasiones, la ignorancia de sus posibilidades. Habría, por tanto, que institucionalizar una publicidad específica y una atención especializada en esta materia que pudiese cubrir todas las necesidades de información y asesoramiento especializado de que precisan las personas mayores. Desde la creación de un departamento del Defensor de la Persona Mayor en la oficina del Defensor del Pueblo Andaluz como ya hemos apuntado anteriormente en la recomendación número uno, pasando por la creación de un departamento especializado en las oficinas de orientación social y por la inclusión de la especialidad en la Ley de Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía sobre (Ley 1/2009, de 27 de febrero).

b.- La posibilidad de utilización de esta instancia por el Ministerio Fiscal

Tal como ocurre en los supuestos de incapacitación con la intervención directa de los padres, podría, a veces, ser perjudicial (por la reacción que puede provocar en otros miembros familiares) la comparecencia directa de los abuelos y abuelas ante la autoridad judicial para el ejercicio del derecho que le concede el art.160 C.C. Pero es que además, en ocasiones, puede que esta solicitud de ellos a la autoridad judicial, les suscite miedos o puede resultarles gravosa para los que estimen que va a necesitar de un abogado o procurador que lo representen. Por todo ello, la solución que proponemos es la misma que la prevista para la incapacitación y la tutela por la Ley de Enjuiciamiento Civil (art.757) y el Código civil (art.228), esto es,

la posibilidad de actuación del Ministerio Fiscal solicitando la actuación judicial, sobre todo hoy en que la Administración ha tomado conciencia de la importancia de la problemática familiar y está procediendo a la creación de un número cada vez mayor de Fiscalías de Familia. Para ello bastaría con que en el tercer párrafo del artículo 160 C.C. después de la enumeración de las personas que pueden solicitar la intervención del Juez para estos supuestos (abuelos, parientes o allegados) incluyese al "Ministerio Fiscal cuando los anteriores no lo solicitasen y tuviese conocimiento de los hechos de que se trata". No olvidemos que, en nuestro ordenamiento jurídico, el Ministerio Fiscal es el órgano constitucional encargado de la protección y garantía de los derechos de las personas especialmente vulnerables y es indudable que las personas mayores se encuentran dentro de esta categoría.

2.- La introducción de la necesidad de ser oídos los abuelos, si así lo quisieren y el juez lo estimase conveniente, en el supuesto contemplado en el art.156 C.C.
El citado art.156, en la parte que aquí interesa, establece lo siguiente:

"La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán validos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al juez, quién, después de oír a ambos y al hijo, si tuviere suficiente juicio y, en todo caso, si fuere mayor de doce años, atribuirá, sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirla total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años".

Pues bien, dada la gravedad de la resolución judicial que puede recaer en esta instancia (la atribución de la patria potestad a uno de los padres) y la mayor vinculación familiar, en los momentos actuales, de los abuelos con los nietos, estimamos procedente que aquellos tengan derecho a ser oídos en dicha instancia, y por tanto incluidos en la audiencia judicial que en el artículo se prevé para los padres y los hijos, aunque fuese con la limitación de que esta audiencia tuviese lugar "cuando los abuelos lo solicitasen y el juez lo considerase conveniente" Con estas cautelas, la au-diencia de los abuelos será de una gran utilidad para el mejor conocimiento del "caso" y sus circunstancias, por parte del juez, conocimiento absolutamente indispensable si se quiere llegar a la mejor y mas acertada decisión de éste.

3.- La posibilidad, para los abuelos, de ser oídos en los procedimientos de separación, nulidad y divorcio de sus hijos, padres de sus nietos, en el supuesto contemplado en el art.92-6 C.C., es decir, antes de que el Juez acuerde el régimen de guardia y custodia de estos.

A los efectos que aquí interesan, el citado artículo 92-6 dispone lo siguiente:

"En todo caso, antes de acordar el régimen de guarda y custodia, el Juez deberá recabar informe del Ministerio Fiscal, y oir a los menores que tengan suficiente juicio cuando se estime necesario de oficio o a petición del Fiscal, partes o miembros del Equipo Técnico Judicial, o del propio menor..."

En el mismo sentido contemplado en el apartado anterior y por las mismas razones estimamos que el régimen de guarda y custodia de los nietos es tan importante para los abuelos y pueden ser de tal entidad los datos que estos pueden aportar que, precisamente en interés de los propios nietos y a efectos de lograr la mejor información para el Juez, antes de que éste tome su decisión, sería muy conveniente que oyera a esos abuelos en los mismos supuestos establecidos para los nietos que tengan suficiente juicio, es decir "cuando se estime necesario y bien de oficio o a petición del Fiscal, partes o miembros del Equipo Técnico Judicial, o de los propios abuelos" .

A modo final de resumen de lo expuesto consideramos necesario:

2.- Informar a las personas mayores a través del cauce habilitado en el artículo 42 de la Ley 6/99, sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos. En particular sobre las ventajas de la utilización del poder preventivo otorgado ante notario, así como de las figuras del Tutor y Curador.

Abrir un cauce de debate sobre la conveniencia de instar a la supresión del derecho a la legítima de los descendientes, sustituyéndola por un derecho de alimentos con cargo a la herencia a favor de hijos menores o discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales.

En este ámbito se sugieren una serie de modificaciones normativas. Así:

- Instar a la modificación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personas y Atención a las personas en situación de dependencia para incluir al "representante voluntario facultado para ello", en algunos de sus artículos en los que se exige una actuación de la persona dependiente.

- Modificar el artículo 45 de la Ley Autonómica 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía que, bajo el título Ingresos en centros residen-

ciales" solo permite el ingreso en esos centros mediante prestación de su consentimiento por la persona en cuestión si tiene capacidad para esa prestación y, de lo contrario, es decir "en los casos de incapacidad presunta o declarada", se requerirá autorización judicial. Pues bien, la modificación que se propugna consiste en permitir que en los casos de "incapacidad presunta" de la persona de quien se solicite el ingreso, pueda prestar el consentimiento su apoderado en el poder preventivo que estamos contemplando en los casos en que hubiese sido expresamente facultado para ello.

3.- En relación al ejercicio de los derechos de los abuelos y abuelas con respecto a sus nietos y nietas se sugieren las siguientes recomendaciones:

Institucionalizar una publicidad específica y una atención especializada en esta materia que pudiese cubrir todas las necesidades de información y asesoramiento especializado de que precisan las personas mayores. Desde la creación de un departamento del Defensor de la Persona Mayor en la oficina del Defensor del Pueblo Andaluz, pasando por la creación de un departamento especializado en las oficinas de orientación social y por la inclusión de la especialidad en la Ley 1/2008 de Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía de 27 de Febrero , pudiendo acudir , en su caso, para el ejercicio de este derecho al Ministerio Fiscal.

Instar a las modificaciones normativas procedentes en el sentido de permitir que los abuelos sean oídos – a petición de éstos y que el Juez lo considerase conveniente- en los casos de determinación de ejercicio de la patria potestad, así como en los procedimientos de separación, nulidad y divorcio de los padres a los efectos de determinar el régimen de guardia y custodia de los hijos.

2.4.- DERECHO DE AUTODETERMINACIÓN EN MATERIA DE SALUD

2.4.1. - Planteamiento

Todo el mundo siente que la salud es un bien inapreciable y nadie en su sano juicio aspira a perderla o a no recuperarla.
Acorde con esta importancia, los Estados organizan la prestación de los servicios sanitarios y reconocen su utilización como un derecho de ciudadanía.

Así, el Art. 43 de la Constitución dispone:

"1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

La organización de la prestación del servicio re realizó, a nivel del Estado, por la Ley 14/1986 General de Sanidad ".

Dado que la materia de Salud es una competencia transferida cuenta con regulación propia en Andalucía.

Así el Estatuto de Autonomía establece en su Art. 22:

1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:
Acceder a todas las prestaciones del sistema.

- *La libre elección de médico y de centro sanitario.*
- *La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.*
- *Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.*
- *El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.*
- *El consejo genético y la medicina predictiva.*
- *La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.*
- *Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.*
- *El acceso a cuidados paliativos.*
- *La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico.*
- *Recibir asistencia geriátrica especializada.*

2.4.2.- El principio de autonomía

No obstante lo anterior, **recibir las atenciones sanitarias o los cuidados médicos, no es una obligación para el paciente de modo que éste puede decir "no", "ahora no" o "no de este modo". En definitiva, es preciso contar con su consentimiento y seguir sus indicaciones.**

Esto supone una quiebra del sistema tradicional, imperante durante siglos, en el que las decisiones sanitarias las tomaba el médico sin que tuviera que contar para nada, ni se viera limitado por las opiniones o decisiones de la persona enferma.

El "principio de autonomía del paciente" y su incorporación a la Bioética es relativamente reciente. Puede decirse incluso que aún no ha sido asumido por toda la sociedad, motivando con alguna frecuencia debates y conflictos.

Normalmente cuando cambia la sociedad, cambia el Derecho pero en otras ocasiones es el Derecho el que se adelanta y busca cambiar la sociedad.

Hoy no nos extraña tanto pero hace unas décadas la mayor parte de las personas no concebían que se pudiera decir no al Médico, y a éstos, en su mayoría, no les resultaba fácil asumir la nueva situación.

A nivel estatal la plasmación del principio de autonomía la encontramos en la **Ley**

41/2002 de 14 de Noviembre de Autonomía del Paciente cuyos principales preceptos relativos a esta materia son los siguientes:

El Art. 2-2, 2-3, y 2-4 de la Ley 41/2002:

"Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

"El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley".

El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

"Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito".

Ratificando lo precedente el Art. 8-1 dispone:
"Toda actuación en ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso".

2.4.3. - El Testamento Vital o Instrucciones Previas

La Ley General de Sanidad de 1986 ya regulaba y reconocía la autonomía del paciente pero siempre que éste lo manifestase al tiempo de producirse la necesidad de la intervención o del tratamiento.

La ley 41/2002 va más allá pues permite manifestar anticipadamente la voluntad para el caso de que se carezca de capacidad de decisión en el momento en que se plantee la necesidad de intervención.

Dispone el Art. 11:

"Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas."

2.4.3.1.- Regulación en Andalucía

El Artículo 20 del Estatuto de Autonomía dispone:

"1.- Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.

2.- Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte."

La declaración de voluntades anticipadas se regula en Andalucía por la **Ley 5/2003 de 9 de Octubre.**

Sus principales preceptos son los siguientes:

Artículo 1 - *Objeto*

La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma.

Artículo 2 - *Concepto de declaración de voluntad vital anticipada*

A los efectos de esta Ley, se entiende por declaración de voluntad vital anticipada la manifestación escrita hecha para ser incorporada al Registro que esta Ley crea, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.

Artículo 3 - *Contenido de la declaración*

En la declaración de voluntad vital anticipada, su autor podrá manifestar:

1. Las opciones e instrucciones, expresas y previas, que, ante circunstancias clínicas que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia sanitaria.

2. La designación de un representante, plenamente identificado, que será quien le sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda.

3. Su decisión respecto de la donación de sus órganos o de alguno de ellos en concreto, en el supuesto que se produzca el fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la legislación general en la materia.

Artículo 5 - *Requisitos de la declaración*

1. Para que la declaración de voluntad vital anticipada sea considerada válidamente emitida, además de la capacidad exigida al autor, se requiere que conste por escrito, con la identificación del autor, su firma, así como fecha y lugar del otorgamiento, y que se inscriba en el Registro, previsto en el artículo 9 de esta Ley.

Si no supiere o no pudiere firmar, firmará por él un testigo a su ruego, debiendo constar la identificación del mismo, expresándose el motivo que impide la firma por el autor.

2. En el supuesto previsto en el artículo 3, apartado 2, se requiere que el representante esté plenamente identificado y que, además, haya expresado su aceptación a serlo. En todo caso, esta persona deberá ser mayor de edad y tener plena capacidad.

Artículo 6 - *Verificación de la capacidad y requisitos formales de la declaración*

Por funcionarios dependientes de la Consejería de Salud responsables del Registro, se procederá a la constatación de la personalidad y capacidad del autor, así como a la verificación de los requisitos formales determinantes de la validez de la declaración, previstos en los artículos 4 y 5 de la presente Ley.

Artículo 7 - *Eficacia de la declaración*

La declaración de voluntad vital anticipada, una vez inscrita en el Registro previsto en el artículo 9 de esta Ley, será eficaz, de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico, cuando sobrevengan las situaciones previstas en ella y en tanto se mantengan las mismas.

Dicha declaración prevalecerá sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por los familiares, allegados o, en su caso, el representante designado por el autor de la declaración y por los profesionales que participen en su atención sanitaria.

Artículo 8 - *Revocación de la declaración*

1. La declaración de voluntad vital anticipada podrá ser modificada por su autor en cualquier momento y cumpliendo los requisitos exigidos para su otorgamiento.

Artículo 9 - *Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía*

Se crea el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud, para la custodia, conservación y accesibilidad de las declaraciones de voluntad vital anticipada emitidas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Reglamentariamente, se determinará la organización y funcionamiento del citado Registro, asegurando en todo caso la confidencialidad y el respeto de la legislación de

protección de datos personales, con el objetivo de dotar de efectividad a las declaraciones de voluntad vital anticipada, facilitando su acceso por los centros sanitarios.

La organización y funcionamiento del citado Registro se produjo en virtud de **Decreto 238/2004 de 18 de Mayo.**

La persona que quiera hacer un documento de voluntades anticipadas deberá dirigirse a las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud.

En todas ellas existe un departamento donde facilitan los documentos y ofrecen las explicaciones necesarias a la persona interesada.

Una vez que está ha manifestado su voluntad sobre los distintos aspectos que contiene el documento, el funcionario procede a su registro.

Han sido muchos cientos las personas que han otorgado este documento.
En todos los Hospitales y también en los Centros de Salud, los médicos cuentan con claves para acceder al Registro y comprobar si el paciente ha otorgado documento de últimas voluntades y, en su caso, en qué términos.

Por otro lado, existe la propuesta de confeccionar una tarjeta sanitaria válida para todo el territorio nacional en el que se incorpore, además de otros datos relevantes, la información sobre otorgamiento de documentos de última voluntad.

Por ello, en desarrollo del ejercicio del derecho anteriormente expuesto, se recomienda:

4.- Informar a la ciudadanía de la posibilidad de establecer las condiciones en que cada persona quiere que le sea prestada la asistencia sanitaria a través del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Igualmente puede designarse uno o varios representantes para que sirvan de interlocutores ante los médicos y hagan valer las instrucciones establecidas por la persona otorgante.

3. -SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS. PROTECCIÓN ECONÓMICA

3.1. -SISTEMA DE PROTECCIÓN PÚBLICO

3.1.1.- La sostenibilidad del Sistema contributivo

El Sistema Contributivo español de Seguridad Social basa su actual situación en un pacto político-social de trascendental importancia: El "Pacto de Toledo", que supone una apuesta conjunta por la sostenibilidad económica de nuestro sistema, es decir, la seguridad económica para los 5.097.112 pensionistas de jubilación y 2.282.687 pensionistas de viudedad, entre otros.

Nuestro sistema de Seguridad Social busca también el reforzamiento de la protección mediante reformas. Por ello, podemos decir que se va hacia la compatibilidad del binomio eficiencia social – eficiencia económica.

La prestación económica para la jubilación agota la mayor parte de los recursos económicos del sistema (aproximadamente, el 85%). Por ello, se viene planteando el asunto del envejecimiento de la población como duda sobre la viabilidad de la seguridad económica de la que hablamos. No obstante, diversas corrientes de opinión científica prestigiosas reducen la alarma apostando por un aumento de la productividad, la incorporación de la mujer al trabajo, el descubrimiento de nuevos nichos laborales, así como la inmigración ordenada.

En los últimos años el nivel de sostenibilidad y seguridad de nuestro sistema ha ido consolidándose, fruto de ello es la consecución de un importe de 61.500 millones de euros en reservas, para momentos de dificultad financiera.

En contraste con ello, podemos decir que el pasado año la caída de los fondos de pensiones privados alcanzó el 11'7% en términos reales.

Por ello, estimamos que:

5.- Se debe seguir avanzando en la consolidación de la seguridad económica que el sistema de Seguridad Social garantiza. Para ello es necesario:

Adaptarlo a la realidad económico-social, sin perder de vista la mejora de las prestaciones, especialmente las destinadas a las personas mayores.
Apostar por un mantenimiento de la carga contributiva que sobre la sociedad supone el sistema, alejándonos de tentaciones de reducción generalizada de cotizaciones.

3.1.2.- Pensiones suficientes: pensiones mínimas y la pensión de viudedad

La mejora de las pensiones mínimas ha consumido, sin duda, el mayor incremento de recursos públicos en los últimos años, lo que ha permitido un acercamiento paulatino de los importes de pensiones medias entre las distintas Comunidades Autónomas del Estado Español.

Baste decir que en el periodo 2004-2008 **los importes de las principales pensiones contributivas con cuantías mínimas han experimentado un incremento del 26%.** Si se efectúa un análisis de género, las mujeres presentan una mayor incidencia de estas pensiones, derivado de sus trayectorias laborales y de cotización.

El incremento de las pensiones mínimas se basa en conceptos de solidaridad y reparto redistributivo de la renta, y tiene una naturaleza no contributiva.

“La mejora de las pensiones mínimas ha consumido, sin duda, el mayor incremento de recursos públicos en los últimos años”

Además, afecta en mayor proporción al colectivo de mujeres. De ahí que se deba avanzar en el sentido de una pensión no contributiva igual a la pensión mínima del sistema contributivo.

Por otro lado, el incremento de la cuantía de las pensiones de viudedad (mayoritariamente percibidas por mujeres mayores), ha supuesto en los últimos años hasta un 60% para titulares con cargas familiares y mayores de 60 años.

No obstante, la realidad nos indica una pensión media de 555’04 euros a nivel nacional y de 531’38 euros en Andalucía. Dichas cuantías son objetivamente insuficientes si no se perciben otros ingresos (rentas salariales o de capital, otras pensiones) compatibles legalmente con la pensión de viudedad.

En la última reforma (con entrada en vigor el 1-1-2008) se ha establecido el acceso a la pensión por parte de las parejas de hecho, con acreditación de convivencia y de previa dependencia económica, superando elementos discriminatorios que subsistían en la regulación de la prestación.

Además, está prevista la continuación del diálogo social para permitir nuevas reformas sobre la pensión de viudedad. El camino está abierto.

La pensión de viudedad es compatible con la percepción de otras rentas, pero al mismo tiempo su cuantía media es escasa para una vida digna, a pesar del esfuerzo económico de garantía de mínimos.

Por ello, parece conveniente una reforma en profundidad de la pensión.

Así, estimamos que, por parte de las Administraciones competentes, se tienda, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias a:

6.- Igualar progresivamente, por motivos de justicia social y no discriminación, el importe de la pensión mínima que garantiza el Sistema Contributivo con la pensión No Contributiva, así como acometer una reforma en profundidad de la pensión de viudedad. Para ello:

El sistema debe converger hacia una progresión económica sustancial para la pensión de viudedad, sin por ello menoscabar el equilibrio financiero del Sistema,

cuestión fundamental para garantía de la seguridad económica de las personas mayores.

Se propone la elevación de la protección en la viudedad de casos de necesidad, unidos a rentas perdidas con el fallecimiento. En esa línea, se debe potenciar la parte de prestación no contributiva, con complementos a mínimos más elevados, hasta llegar al mínimo de jubilación.

Por otro lado, en el supuesto de percepción de otras rentas o de convivencias previas breves, se podría respetar la prestación con carácter no vitalicio.También se podría vincular el importe de la pensión de viudedad a la menor o mayor duración del disfrute común de la pensión de jubilación del fallecido.

3.1.3.- Pensión de jubilación y la prolongación de la vida activa

La pensión de jubilación supone el 85% del gasto en prestaciones económicas contributivas. España cuenta con una de las tasas de esperanza de vida más alta del mundo. Debemos, además, tener en cuenta que en el año 1919 (primeras pensiones de jubilación) la esperanza de vida se situaba en 39 años para los hombres y 41 para las mujeres. No obstante, la edad legal de jubilación ordinaria se mantiene en los 65 años.

Con esta situación, la tendencia debería ir hacia modificar la jubilación desde la estimulación de edades tempranas de jubilación hacia una jubilación más tardía, siempre respetando la voluntariedad del acceso a la jubilación a partir de los 65 años legales, edad, que en nuestra opinión, debe seguir siendo referencia para una jubilación voluntaria.

La última reforma de nuestro sistema de pensiones ha ido encaminada hacia la jubilación flexible o "a la carta", incentivando la voluntaria prolongación de la vida activa laboral, si se entiende por el trabajador como una forma de envejecimiento activo.

En el otro fiel de la balanza, nos encontramos con la práctica establecida en la negociación colectiva en España de establecer jubilación forzosa a los 65 años.

La edad de jubilación media está situada en los 63,66 años. Además, existen mecanismos legales que obligan al retiro laboral sin tener en cuenta la voluntad de continuar en una vida activa laboral, sobre todo en aquellas profesiones donde el envejecimiento es compatible con la actividad laboral plena o parcial.

Así, estimamos que, por parte de las Administraciones competentes, se tienda a:

7.- Introducir mecanismos restrictivos para limitar al máximo la jubilación forzosa, sobre todo en actividades compatibles con la edad, en las que, además, los años de experiencia

pueden ser una ventaja laboral y social. En esa línea proponemos un aumento de los estímulos económicos a la jubilación parcial a partir de los 65 años, como mecanismo productor de un envejecimiento activo laboral, compatibilizando el trabajo parcial de la experiencia con el ocio activo.

3.1.4.- Mejora de la cuantía pensiones no contributivas de la seguridad social

Según se desprende de los datos estadísticos publicados por el IMSERSO y referidos al año 2008, perciben una pensión no contributiva de la Seguridad social, en alguna de sus modalidades de jubilación o Invalidez, cerca de 106.000 andaluces y andaluzas, en una cuantía mensual promedio de 313,38 euros, siendo el importe máximo en el citado año 2008 de 328,44 euros/mes.

A estas prestaciones económicas de naturaleza no contributiva acceden aquellas personas que carecen de recursos suficientes para atender sus necesidades básicas, aunque no hayan cotizado nunca a la Seguridad Social o lo hayan hecho insuficientemente para tener derecho a una pensión contributiva de la Seguridad Social.

Estas pensiones no contributivas vienen siendo anualmente actualizadas en su cuantía de acuerdo con la evolución del IPC, si bien se mantienen entre las más bajas del Sistema de la Seguridad Social y muy por debajo de las pensiones contributivas de similar modalidad, y ello a pesar de estar dirigidas a personas en situación de estado de necesidad, en cuanto que para ser persona beneficiaria es requisito acreditar la insuficiencia de recursos económicos objetivado en un limite de ingresos equivalente al importe de la pensión e incluso si la persona beneficiaria esta integrada en una unidad de convivencia se tiene en cuenta los ingresos de los miembros de la misma.

Sería por tanto deseable que por parte de la Administración del Estado, como órgano competente, se abordara una subida progresiva de la cuantía de la pensión no contributiva, con incrementos anuales por encima del IPC, que debería ser considerado como un mínimo y no como un tope que impida mejoras superiores al coste de la vida. Con ello, el objetivo final debe ser equiparar en periodo de no más de cinco años la cuantía de la pensión al importe del salario mínimo interprofesional.

Así, estimamos que, por parte de las Administraciones competentes, se tienda, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias a:

8.- Que las pensiones no contributivas de la Seguridad Social experimenten en su cuantía incrementos anuales por encima del IPC, con el fin de producir una mejora sustancial en el po-

der adquisitivo de las personas beneficiarias de la misma, de modo que en el plazo de cinco años alcance el 100 por ciento del importe del salario mínimo interprofesional.

3.1.5.- Medidas de reducción del gasto

Para aquellas personas que perciben como único ingreso una pensión con importe mínimo, resulta muy beneficioso la adopción por parte de la Administración Pública de medidas que conlleven una reducción de su gasto. Así el Real Decreto-Ley 6/2009 de 30 de abril, por el que se adoptan determinadas medidas en el sector energético, instaura el denominado "bono social" como mecanismo adicional de protección para colectivo de personas vulnerables y, entre ellos, a favor de los pensionistas mayores de 60 años de jubilación, invalidez o viudedad contributiva que perciban la pensión con complemento por mínimo, para los pensionistas del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, y para los pensionistas no contributivos de jubilación e Invalidez, y que en definitiva implica un descuento para estos consumidores en las cuotas de energía eléctrica aplicar por las empresas del Sector. Asimismo la Compañía Telefónica España ha implantado el abono social para las personas mayores de 64 años o pensionistas de incapacidad permanente absoluta que tengan ingresos inferiores al 110 por ciento del IPREM, y que le supone una reducción del gasto al contratar la línea del 70 por ciento y del 95 por ciento en la cuota mensual.

Sería muy positivo no solo la consolidación y mejora de estas medidas, con aumento de la reducción del gasto para los pensionistas con escasos ingresos, sino también su extensión al consumo de otras energías del hogar, como el gas y el agua y a otros servicios como conexión a Internet.

Así, proponemos :

9.- Que se consoliden las medidas de reducción del gasto como el bono social en el consumo de electricidad y se extiendan a otras energías como el gas y el agua de uso doméstico y a otros servicios como Internet.

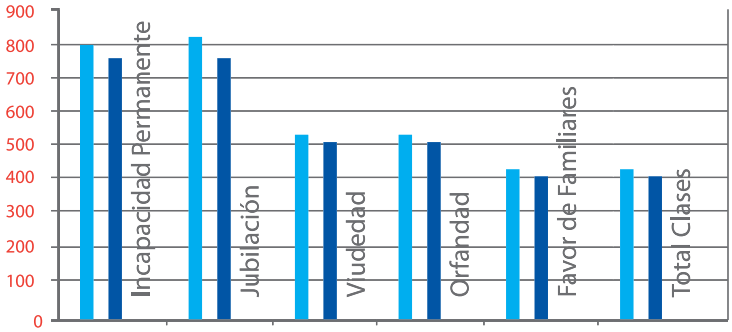
3.1.6.- Anexo de estadística

PENSIONES CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. PENSIONES EN VIGOR Y PENSIÓN MEDIA MENSUAL (€) POR CLASE DE PRESTACIÓN, 1 DE MAYO DE 2008

	Total pensiones		Jubilación		Viudedad		Otras clases	
	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)
ANDALUCÍA	**1.329.316**	**662,3**	**704.057**	**746,7**	**363.328**	**506,2**	**261.931**	**652,25**
Almería	88.564	580,2	50.317	651,4	25.684	450,1	12.563	561,2
Cádiz	175.687	742	84.652	856,9	51.393	554,4	39.642	739,7
Córdoba	156.999	609,8	93.335	682,6	41.877	470,3	21.787	566,3
Granada	167.320	623,4	92.659	690	43.150	471,5	31.511	635,3
Huelva	84.143	686,5	43.223	799,8	24.073	528,4	16.847	621,5
Jaén	127.216	619,2	69.490	691,5	35.810	496,2	21.916	591,2
Málaga	214.281	679,9	110.660	757,6	57.888	503,9	45.733	714,5
Sevilla	315.106	686,9	159.721	790,6	83.453	529	71.932	639,6
ESPAÑA	8.359.370	718,8	4.917.809	813,5	2.243.411	528,8	1.198.150	686
Porcentajes con respecto al conjunto de España								
ANDALUCÍA	**15,9**	**92,1**	**14,3**	**91,8**	**16,2**	**95,7**	**21,9**	**95,1**
Almería	1,1	80,7	1	80,1	1,1	85,1	1	81,8
Cádiz	2,1	103,2	1,7	105,3	2,3	104,9	3,3	107,8
Córdoba	1,9	84,8	1,9	83,9	1,9	88,9	1,8	82,5
Granada	2	86,7	1,9	84,8	1,9	89,2	2,6	92,6
Huelva	1	95,5	0,9	98,3	1,1	99,9	1,4	90,6
Jaén	1,5	86,1	1,4	85	1,6	93,8	1,8	86,2
Málaga	2,6	94,6	2,3	93,1	2,6	95,3	3,8	104,2
Sevilla	3,8	95,6	3,2	97,2	3,7	100,1	6	93,2

Fuente: INSS, Estadísticas. Pensiones y Pensionistas. Pensiones contributivas en vigor (http://www.seg-social.es\ consulta en junio de 2008.

Importe media mensual de las pensiones contributivas de la Seguridad Social según clases, 1 de mayo de 2008



Fuente: INSS, Estadísticas. Pensiones y Pensionistas. Pensiones contributivas en vigor (http://www.seg-social.es\ consulta en junio de 2008.

	Jubilación		Invalidez		Total	
	Pensiones en vigor	Importe medio mensual	Pensiones en vigor	Importe medio mensual	Pensiones en vigor	Importe medio mensual
ANDALUCÍA	**60.436**	**308,1**	**46.036**	**352,7**	**106.472**	**327,4**
Almería	3.803	307,4	2.914	352,9	6.717	327,2
Cádiz	9.801	309,2	9.533	348,4	19.334	328,5
Córdoba	5.822	308	4.056	359,9	9.878	329,3
Granada	5.098	306,2	4.625	357,8	9.723	330,7
Huelva	3.872	315,4	3.291	345,1	7.163	329,1
Jaén	4.876	308,9	2.845	347,4	7.721	323,1
Málaga	12.869	311,5	9.056	348,8	21.925	326,9
Sevilla	14.295	302,7	9.716	359,3	24.011	325,6
ESPAÑA	265.738	308,8	199.766	350,7	465.504	326,8
Porcentajes con respecto al total de España						
ANDALUCÍA	**15,9**	**92,1**	**14,3**	**91,8**	**16,2**	**95,7**
Almería	1,1	80,7	1	80,1	1,1	85,1
Cádiz	2,1	103,2	1,7	105,3	2,3	104,9
Córdoba	1,9	84,8	1,9	83,9	1,9	88,9
Granada	2	86,7	1,9	84,8	1,9	89,2
Huelva	1	95,5	0,9	98,3	1,1	99,9
Jaén	1,5	86,1	1,4	85	1,6	93,8
Málaga	2,6	94,6	2,3	93,1	2,6	95,3
Sevilla	3,8	95,6	3,2	97,2	3,7	100,1

Fuente: INSS, Estadísticas. Pensiones y Pensionistas. Pensiones contributivas en vigor (http://www.seg-social.es\ consulta en junio de 2008.

PENSIONES DEL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. PENSIONES EN VIGOR Y PENSIÓN MEDIA MENSUAL (euros) POR CLASE DE PRESTACIÓN, 1 DE MAYO DE 2008

	Total pensiones		Jubilación		Viudedad		Otras clases	
	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)	Pensiones en vigor	Pensión media mensual (€)
ANDALUCÍA	**672.906**	**811,9**	**337.392**	**968,6**	**193.942**	**575,7**	**141.572**	**761,8**
Almería	35.812	738,2	19.379	871,7	10.629	533,4	5.804	667,2
Cádiz	103.265	847,7	47.637	1.029,6	31.620	607,4	24.008	803,2
Córdoba	66.003	785,2	36.375	933	19.390	563,9	10.238	679,2
Granada	68.447	809	35.506	953	18.855	559,4	14.086	779,9
Huelva	41.074	836,4	20.723	1.025,4	12.404	587,7	7.947	731,9
Jaén	58.485	756,4	32.106	867	16.162	564,1	10.217	712,9
Málaga	123.685	806,4	60.224	947,4	34.314	556,4	29.147	809,5
Sevilla	176.135	833,5	85.442	1.017,7	50.568	589,2	40.125	749,1
ESPAÑA	4.838.126	860,2		1.019,5		590,9	733.896	765,1
Porcentajes con respecto al conjunto de España								
ANDALUCÍA	**13,9**	**94,4**	**12,3**	**95**	**14,2**	**97,4**	**19,3**	**99,6**
Almería	0,7	85,8	0,7	85,5	0,8	90,3	0,8	87,2
Cádiz	2,1	98,5	1,7	101	2,3	102,8	3,3	105
Córdoba	1,4	91,3	1,3	91,5	1,4	95,4	1,4	88,8
Granada	1,4	94	1,3	93,5	1,4	94,7	1,9	101,9
Huelva	0,8	97,2	0,8	100,6	0,9	99,5	1,1	95,7
Jaén	1,2	87,9	1,2	85	1,2	95,5	1,4	93,2
Málaga	2,6	93,7	2,2	92,9	2,5	94,2	4	105,8
Sevilla	3,6	96,9	3,1	99,8	3,7	99,7	5,5	97,9

Fuente: INSS, Estadísticas. Pensiones y Pensionistas. Pensiones contributivas en vigor (http://www.seg-social.es\ consulta en junio de 2008.

PENSIONES Y PENSIONISTAS DE CLASES PASIVAS, JUNIO 2006

Unidades de Clases Pasivas	Pensionistas	Pensiones	Importe (€)	Euros/ pensionista	Euros/ pensión
ANDALUCÍA	**97.880**	**102.574**	**126.823.061**	**1.295,7**	**1.236,4**
Almería	6.809	7.174	8.575.101	1.259,4	1.195,3
Cádiz	13.159	13.788	17.189.662	1.306,3	1.246,7
Córdoba	10.663	11.200	13.407.974	1.257,4	1.197,1
Granada	13.781	14.453	18.729.443	1.359,1	1.295,9
Huelva	4.895	5.073	6.062.050	1.238,4	1.195
Jaén	7.979	8.291	9.829.217	1.231,9	1.185,5
Málaga	16.733	17.616	20.782.530	1.242	1.179,8
Sevilla	21.499	22.527	29.008.974	1.349,3	1.287,7
Jerez de la Fra.	2.362	2.452	3.238.109	1.370,9	1.320,6
ESPAÑA	555.006	588.151	**674.479.633**	1.215,3	1.146,8
Porcentajes con respecto al total de España					
ANDALUCÍA	**17,6**	**17,4**	**18,8**	**106,6**	**107,8**
Almería	1,2	1,2	1,3	103,6	104,2
Cádiz	2,4	2,3	2,5	107,5	108,7
Córdoba	1,9	1,9	2	103,5	104,4
Granada	2,5	2,5	2,8	111,8	113
Huelva	0,9	0,9	0,9	101,9	104,2
Jaén	1,4	1,4	1,5	101,4	103,4
Málaga	3	3	3,1	102,2	102,9
Sevilla	3,9	3,8	4,3	111	112,3
Jerez de la Fra.	0,4	0,4	0,5	112,8	115,2

Fuente: Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.
Consulta en junio de 2008.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN VIGOR POR CLASES, 1998 - 1 DE MAYO DE 2008 (medias anuales)

ANDALUCÍA	Total clases	Jubilación	Invalidez
1998	98.696	46.559	52.136
1999	103.112	47.731	55.380
2000	105.912	48.723	57.189
2001	108.019	59.620	48.399
2002	109.010	61.134	47.876
2003	109.667	62.320	47.347
2004	110.286	63.012	47.274
2005	109.886	63.015	46.871
2006	109.608	62.804	46.805
2007	108.245	61.590	46.655
2008 (1 de mayo)	106.472	60.436	46.036

Fuente: MTAS. Boletín de Estadísticas Laborales, junio de 2008.

3.2.- MECANISMOS PRIVADOS DE PROTECCIÓN

Al margen de las políticas de pensiones públicas ha de potenciarse la información y el uso de mecanismos jurídicos que pueden permitir o ayudar a las personas mayores a alcanzar una situación de seguridad económica en una etapa de la vida en las que las rentas del trabajo desaparecen.

Las pensiones públicas no llegan como norma general a permitir a una persona que ha cesado en su actividad remunerada por alcanzar la edad de jubilación, mantener un nivel de vida similar al que tenían antes de alcanzar dicha edad, por lo que será conveniente atender a estas vías. En ocasiones las pensiones son tan exiguas que no es que no permitan mantener el nivel de vida anterior, sino que apenas permiten la supervivencia. Los problemas se incrementan, como ya hemos apuntado anteriormente, cuando nos referimos a pensiones de viudedad.

Las figuras de previsión privadas que permiten a un mayor obtener prestaciones periódicas al llegar a la jubilación o a cierta edad predeterminada son diversas: unas de ellas exigen una previa preparación durante la vida activa del sujeto, otras son medio para obtener prestaciones a costa de la transmisión de algún bien o el gravamen de un inmueble –así la vivienda- y pueden ser usadas sin necesidad de una preparación previa durante la vida activa.

Al margen de ello, no hay que olvidar que el Código Civil contempla la obligación legal de alimentos entre parientes, que permite a un mayor necesitado reclamar alimentos de sus parientes que estén en condición de prestarlos.

3.2.1.- Mecanismos de ahorro-previsión privados

Las principales medidas que pueden ayudar a las personas a alcanzar seguridad económica llegada sea la jubilación pero que deben ir preparándose con anterioridad, al ser de uno u otro modo instrumentos de ahorro –sistemas de ahorro-previsión privados-, son los que exponemos a continuación.

Desde la OCDE* se insta a los países miembros a incentivar estos mecanismos de previsión-privados.

a) Planes de pensiones individuales:

- Los planes de pensiones son figuras de ahorro finalista y a largo plazo.

- Se encuentran regulados el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de regulación de los planes y fondos de Pensiones y por el Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones, normas que han sufrido una serie de modificaciones posteriores, fundamentalmente en la normativa del IRPF.

■ Los planes de pensiones definen el derecho de las personas, a cuyo favor se constituyen, a percibir prestaciones económicas por jubilación, supervivencia, incapacidad permanente, dependencia y fallecimiento, y las obligaciones de contribución a los mismos. Los recursos necesarios para la financiación, cobertura y efectividad de los planes de pensiones se integrarán en los fondos de pensiones, patrimonios creados al exclusivo objeto de dar cumplimiento a planes de pensiones, que carecen de personalidad jurídica, siendo administrados por una entidad gestora con el concurso de una entidad depositaria.

■ Los planes de pensiones son de constitución voluntaria. Sus prestaciones no serán, en ningún caso, sustitutivas de aquellas a las que se pudiera tener derecho en el régimen correspondiente de la Seguridad Social, teniendo, en consecuencia, carácter privado y complementario o no de aquéllas.

Existen distintos tipos de planes de pensiones en atención a los constituyentes. Aquí nos interesan de modo particular los planes de pensiones individuales "plan de pensiones de sistema individual" en los que el constituyente es una entidad financiera, y los partícipes personas físicas que contratan el plan. Además de los "planes de individuales" existen otras dos modalidades de planes, los "planes del sistema de empleo", en los que el promotor es una empresa, corporación o entidad y los empleados son los partícipes y los "planes del sistema asociado", en los que los promotores son una asociación, colectivo, sindicato, etc., y partícipes sus miembros o asociados.

Como caracteres o notas de los planes de pensiones podemos apuntar las siguientes:

■ Los planes de pensiones se instrumentarán mediante sistemas financieros y actuariales de capitalización. En consecuencia, las prestaciones se ajustarán estrictamente al cálculo derivado de tales sistemas.

■ La contingencia base cubierta es la jubilación. Igualmente queda cubierta la incapacidad -incapacidad laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo, y la gran invalidez-, la muerte del partícipe y la dependencia severa o gran dependencia del partícipe.

■ La normativa permite la anticipación de la prestación correspondiente a jubilación si las especificaciones del plan de pensiones lo prevén, a partir de los 60 años de edad.

■ El plan podrá prever la contratación de seguros, avales y otras garantías con las correspondientes entidades financieras para la cobertura de riesgos determinados o el aseguramiento o garantía de las prestaciones.

■ Las contribuciones o aportaciones a un plan de pensiones individual se realizarán por los partícipes en los casos y forma que, con respeto a la normativa, establezca el respectivo plan de pensiones. En principio, salvo que otra cosa se pacte existe libertad en el modo de hacer las aportaciones, sea una cantidad fija periódica, la cual puede ser reducida o aumentada cuando se desee o suspendida, sea aportaciones únicas. En casos de plan de pensiones del sistema de empleo las aportaciones las realizarán las empresas, entidades, corporaciones en los casos de pensiones del sistema asociado, los partícipes, es decir, los asociados o miembros de la entidad promotora.

■ Existen límites anuales a la aportación de un plan de pensiones.

■ Se pueden hacer aportaciones a nombre del cónyuge

■ Constituyen derechos consolidados por los partícipes de un plan de pensiones los siguientes: En los planes de pensiones de aportación definida, la cuota parte que corresponde al partícipe, determinada en función de las aportaciones, rendimientos y gastos. En los planes de prestación definida, la reserva que le corresponda de acuerdo con el sistema actuarial utilizado.

Si bien una nota de los planes de pensiones es la iliquidez, de modo que no se puede rescatar lo aportado al mismo hasta el momento del acaecimiento de las contingencias cubiertas, no obstante, la normativa prevé como supuestos excepcionales de liquidez que los derechos consolidados en los planes de pensiones puedan hacerse efectivos en su totalidad o en parte en los supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración (dada la situación de crisis económica por RD 1299/2009, de 31 de julio) se ha flexibilizado los requisitos de éste .

El partícipe o el beneficiario puede, cuando lo desee, traspasar sus derechos consolidados a otro u otros planes de pensiones individuales (PPI) o a uno o varios planes de previsión asegurados (PPA).Igualmente derechos consolidados en los planes de pensiones del sistema asociado podrán movilizarse a otro plan o planes de pensiones, o a uno o varios planes de previsión asegurados.

Los derechos consolidados del partícipe en un plan de pensiones no podrán ser objeto de embargo, traba judicial o administrativa, hasta el momento en que se cause el derecho a la prestación o en que se hagan efectivos en los supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración.

La cuantía a obtener en su momento en un plan de pensiones es indeterminada a priori, pues dependerá de la marcha y rendimientos obtenidos por la gestora

del fondo en que se integra –hay Planes conservadores que sólo invierten en renta fija y planes arriesgados, que casi en su totalidad sólo lo hacen en renta variable, y planes con inversiones mixtas en distintos porcentajes-.

Algunas entidades bancarias ha ofrecido planes de pensiones garantizados en los que las mismas –comercializadoras- garantizan al ahorrador la percepción de una cantidad: garantizan el capital invertido a vencimiento, es decir, al final de la vida del producto, y además la entidad bancaria se ofrece a satisfacer un tipo de interés –sea fijo sea variable- la entidad bancaria se compromete a reembolsarnos la rentabilidad pactada sin tener en cuenta la coyuntura del mercado. Por ello el dinero del ahorrador no corre ningún riesgo siempre que se mantenga hasta vencimiento.

■ Una persona puede tener varios planes de pensiones personales y de esta forma combinar las ventajas económicas de unos planes conservadores y de otros agresivos. Igualmente se pueden simultanear planes personales, de empleo o asociados.

■ Se puede cobrar a elección del perceptor: en forma de capital -cuantía a tanto alzado-, en forma de renta periódica, temporal o vitalicia, en forma mixta -una cantidad a tanto alzado y el resto en forma de renta-, bien en pagos no periódicos, siempre que se respeten los límites cuantitativos anuales en las aportaciones.

■ Se trata de una figura impulsada desde el poder público mediante una serie de beneficios fiscales que afectan a las aportaciones al plan de pensiones.

Las aportaciones que se hacen al plan reducen la base imponible en el IRPF. Como antes vimos hay límites máximos cuantitativos a las aportaciones anuales al plan. Como límite máximo conjunto para las reducciones previstas en los apartados 1, 2, 3, 4 y 5 del artículo 51 de esta Ley, -aportaciones o contribuciones a los planes de planes de pensiones individuales –y algunas aportaciones del promotor en planes de pensiones de empleo-, a las mutualidades de previsión social, a los planes de previsión asegurados (PPA), a los planes de previsión social empresarial y a las primas satisfechas a los seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de la dependencia severa-, se aplicará la menor de las cantidades siguientes: a) El 30 por 100 de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio. Este porcentaje será del 50 por 100 para contribuyentes mayores de 50 años; b) 10.000 euros anuales. No obstante, en el caso de contribuyentes mayores de 50 años la cuantía anterior será de 12.500 euros.

Las prestaciones obtenidas del plan, tienen la consideración de rendimiento del trabajo, y tributan de esta forma, integrándose en la base imponible del IRPF del perceptor.

b) Planes de previsión asegurados (PPA).

Los Planes de Previsión Asegurados son un instrumento de ahorro de carácter privado cuyo objetivo es complementar las prestaciones de la Seguridad Social. Se trata de un seguro de vida ahorro –funciona con criterios actuariales- en el que las prestaciones se reciben en el momento de la jubilación, con una rentabilidad asegurada y con las mismas ventajas fiscales que los planes de pensiones individuales.

Se regulan de modo particular en la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en el RD 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del IRPF y en la Resolución de 20 de octubre de 2008, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen Planes de Previsión Asegurados.

Como notas o caracteres de este producto podemos señalar:

- Sus características fiscales, contingencias, iliquidez, límites de aportaciones y prestaciones son iguales a las de los planes de pensiones.

- Su rentabilidad, al ser un seguro, está garantizada. Los PPA tienen carácter de seguro, lo que obliga a las entidades a garantizar un tipo de interés mínimo hasta su vencimiento. Podrán ofrecer revalorizaciones adicionales vinculadas a la propia gestión del patrimonio del seguro y a los resultados de la compañía. Esta es precisamente la diferencia fundamental entre los PPA y los Planes de Pensiones.

- El tomador –persona que contrata el seguro-, deberá ser también el asegurado -la persona expuesta a los riesgos cubiertos- y el beneficiario -quien percibirá la prestación contemplada en el seguro-. En el caso de fallecimiento el beneficiario será el designado.

- Sólo se admiten como seguros individuales, no como colectivos.
- Los PPA tendrán como cobertura principal la jubilación, pero podrán cubrir, como los planes de pensiones, adicionalmente las contingencias de incapacidad e invalidez laboral, fallecimiento y dependencia severa o gran dependencia. Si se contratan estas garantías complementarias las mismas se calculan mediante métodos actuariales y suponen, por lo tanto, el compromiso de pago de una determinada indemnización –por el contrario en los planes de pensiones individuales, el dinero que se recibe en caso de fallecimiento e invalidez depende del ahorro que se haya acumulado hasta el momento de producirse el evento sin otras cantidades adicionales.

- Son productos que no tienen liquidez hasta la jubilación, en principio no se permite la disposición anticipada, no se

puede rescatar el ahorro a voluntad del sujeto –ello a diferencia de otros seguros de vida-. No obstante, de igual modo a como ocurre con los planes de pensiones, excepcionalmente existen supuestos en los que se puede disponer anticipadamente del capital acumulado, como son enfermedad grave y desempleo de larga duración. El vencimiento del PPA se establece en el momento en que el asegurado alcance la edad de jubilación prevista, por defecto 65 años, o antes si se comunicara alguna de las otras contingencias cubiertas por la póliza.

■ Es un producto que permite flexibilidad en plazos y aportaciones, pudiendo suspenderse el pago de las primas y rehabilitarlas de nuevo en cualquier momento. Se podrá cesar en el pago de las aportaciones continuando el aseguramiento hasta el vencimiento del contrato. Se continuarán abonando los intereses producidos por el Fondo Acumulado y detrayendo el coste de la prima de riesgo por fallecimiento.

■ El Tomador de un Plan de Previsión Asegurado podrá movilizar la totalidad o parte de su provisión matemática a otro u otros planes de previsión asegurados de los que sea tomador, o a uno o varios planes de pensiones del sistema individual o asociado de los que sea participe.

■ Con periodicidad, al menos trimestral, el tomador del seguro deberá recibir información sobre el valor de los derechos de los que es titular (provisión matemática), y de su valor de mercado.

No resulta aplicable a estos seguros lo dispuesto por los artículos 97 y 99 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, relativos a anticipos sobre la prestación y cesión o pignoración de la póliza.

■ Gozan de la misma fiscalidad que los Planes de Pensiones Individuales tanto en el trato de las primas aportadas como en el de las prestaciones recibidas. La normativa tributaria establece unos límites anuales de aportación. Son los mismos establecidos para los planes de pensiones. Estos límites de cantidad se aplican en conjunto para los PPA, los planes de pensiones individuales o las mutualidades de previsión social.

c) La adscripción a mutualidades de previsión social.

La adscripción a mutualidades de previsión social puede ser también de interés respecto a la asistencia y protección de las personas mayores dada la amplitud del ámbito de cobertura de riesgos y de prestaciones.

Las mutualidades de previsión social se rigen por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros

privados, debiendo entenderse igualmente vigente el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social.

Las mutualidades de previsión social son entidades aseguradoras que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria al sistema de Seguridad Social obligatoria, mediante aportaciones a prima fija o variable de los mutualistas, personas físicas o jurídicas, o de otras entidades o personas protectoras. Además de lo dicho, las mutualidades de previsión social podrán ser alternativa al régimen obligatorio de seguridad social de los autónomos, como ocurre en la actualidad con profesionales como abogados, arquitectos, aparejadores, etc. Consecuentemente las Mutualidades de previsión social pueden realizar operaciones de gestión de fondos de pensiones en los términos de la legislación que les es aplicable.

Tienen por objeto necesario satisfacer, bajo la técnica del contrato de seguros, determinadas prestaciones, aunque también se les permite, previa autorización, otorgar otras prestaciones, llamadas sociales sin estar sujetas a la técnica actuarial propia de los seguros. Son por ello, en primer lugar, entidades aseguradoras pero se diferencian de otras en que tienen el rasgo peculiar de no tener ánimo de lucro careciendo, en consecuencia, de socios de capital, por lo que todos sus beneficios deben repercutir en los mutualistas y beneficiarios.

Las mutualidades de previsión social pueden ser de dos tipos según el régimen de las aportaciones que reciban: a prima fija o a prima variable.

En la previsión de riesgos sobre las personas, las contingencias que pueden cubrir son las de jubilación y muerte -viudedad, orfandad- y garantizarán prestaciones económicas en forma de capital o renta. Asimismo, podrán otorgar prestaciones por razón de matrimonio, maternidad, hijos. Podrán realizar operaciones de seguro de accidentes e invalidez para el trabajo, enfermedad, defensa jurídica y asistencia, así como prestar ayudas familiares para subvenir a necesidades motivadas por hechos o actos jurídicos que impidan temporalmente el ejercicio de la profesión.

Las prestaciones económicas que se garanticen están sujetas a una serie de límites cuantitativos, ya se perciban bajo la forma de pensión, ya de la cantidad a tanto alzado. En la actualidad para concretar los límites hay que atender a la Orden EHA/889/2008, de 27 de marzo de 2008, por la que se actualiza el limite de las prestaciones económicas de las mutualidades de previsión social establecido en el apartado 1 del articulo 65 del texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.

Las aportaciones y contribuciones a mutualidades de previsión social reducen la base imponible del contribuyente en determinadas condiciones, siempre que no se supere el 30 % de la suma de sus rendimientos netos de trabajo y de actividades económicas. Estos límites de cantidad se aplican en conjunto para las aportaciones o contribuciones a los planes de planes de pensiones individuales –y algunas aportaciones del promotor en planes de pensiones de empleo-, a las mutualidades de previsión social, a los planes de previsión asegurados (PPA), a los planes de previsión social empresarial y a las primas satisfechas a los seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de la dependencia severa.

d) Los planes individuales de ahorro sistemático (PIAS).

Se trata de un figura de ahorro-previsión privado que nació en Ley 35/2006, de 28 de noviembre de reforma del IRPF, bajo la forma de seguro individual, con importantes beneficios fiscales a la percepción de la renta vitalicia que se constituya con los derechos económicos procedentes de los seguros de vida.

Se trata de seguros individuales de vida en los que el contratante (tomador), asegurado y beneficiario es el propio contribuyente. Hay que contratarlos con entidades aseguradoras.

Su finalidad es ir acumulando un capital a lo largo de un mínimo de diez años, para, posteriormente, recibir una renta vitalicia, compatible con la pensión pública de jubilación, si es que ésta existe.

Como notas propias de esta figura señalemos las siguientes:

- Son líquidos, aunque con penalizaciones.

- Al ser seguros, ofrecen una rentabilidad garantizada.

- Su funcionamiento es similar al de los tradicionales seguros de jubilación: el titular va realizado aportaciones periódicas (mensual, trimestral, semestralmente...) que se remuneran de acuerdo con un tipo de interés mínimo por la compañía aseguradora, y que en la práctica oscilan entre el 3% y el 5% anual.

- El límite máximo anual que se puede aportar a estos planes es de 8.000 euros y, en cualquier caso, las primas acumuladas a lo largo de los años no pueden superar los 240.000 euros por contribuyente.

- Sólo se puede ser titular de un PIAS. Los planes individuales de ahorro sistemático son perfectamente compatibles con otras inversiones de cara a la jubilación, como pueden ser los planes de pensiones.

- Otra de las ventajas de este producto frente a los planes de pensiones es la posibilidad de recuperar los derechos

económicos acumulados cuando se desee. En este caso, y siempre que no hayan transcurrido diez años desde su contratación, el titular perderá la ventaja fiscal del producto. Además, en caso de fallecimiento del asegurado durante el periodo de acumulación, los ahorros no se pierden. El beneficiario del plan, designado por el titular del PIAS, recibirá el dinero ahorrado, más los intereses generados y un capital adicional.

■ Además de la seguridad que ofrecen, el aspecto más interesante de esta figura es su fiscalidad: pasados 10 años desde la primera aportación y siempre y cuando el particular cobre de forma periódica la renta vitalicia, las rentas que se pongan de manifiesto en el momento de la constitución de la renta vitalicia asegurada están exentas de IRPF -no tributará, por tanto, la diferencia entre el valor actual actuarial de la renta y la suma de las primas satisfechas- y la renta vitalicia que perciba el sujeto tributa como rendimiento del capital mobiliario con unas importantes reducciones: Si el perceptor tiene menos de 40 años, sólo tributara un 40 % de lo que se perciba cada anualidad, un 35 % si tiene entre 40 y 49 años, un 28 % por ciento si tiene entre 50 y 59 años, un 24 % si tiene entre 60 y 65 años, un 20 % si tiene entre 66 y 69 años y tan sólo un 8 % si tiene 70 años o más. Estos porcentajes serán los correspondientes a la edad del rentista en el momento de la constitución de la renta y permanecerán constantes durante toda su vigencia.

■ En contra de lo que ocurre con los planes de pensiones o con los PPA, las aportaciones a los PIAS no reducen la base imponible en el impuesto sobre la renta.

e) Seguros de supervivencia y seguros mixtos. En particular, los planes de jubilación.

Los seguros en los que la compañía aseguradora se obliga a satisfacer una determinada prestación para el caso en que un sujeto llegue a cierta edad tienen un especial interés como mecanismo para poder lograr la seguridad económica de una persona llegada una edad madura. De hecho alguna de las figuras que hemos visto con anterioridad tienen la naturaleza jurídica de seguros.

Por el seguro de vida, tal y como señala la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente" Los seguros de supervivencia son por tanto aquellos en los que la obligación del asegurador de pagar la indemnización surge llegado el momento prefijado si sobrevive el tomador y los mixtos son los que además de ello cubren la muerte del tomador.

Los seguros que cubren la supervivencia pueden adoptar diversas modalidades, de modo que llegado la fecha o edad fijada, si sobrevive el beneficiario cobrará, según se haya pactado, una cantidad a tanto alzado, o una cantidad periódica.

Los llamados "planes de jubilación", no son sino seguros mixtos, que se comercializan con esta denominación, y tienen una serie de caracteres propios por lo que no deben ser confundidos con los planes de pensiones:

- Se trata de seguros de mixtos, de supervivencia y de muerte, con un fuerte componente de ahorro, en los que el asegurador se obliga, a cambio de las primas pagadas, a asegurar un capital final garantizado, tanto en el caso de fallecimiento como en su caso por otras contingencias previstas contractualmente, tales como la jubilación -o la llegada a una edad determinada- y la invalidez. Las cuantías a satisfacer pueden variar en función de la contingencia a considerar.

- Son productos que se caracterizan por su flexibilidad. Libertad en la determinación de la aportación anual que se compromete a pagar el tomador. Libertad en la determinación de la duración inicial del contrato con independencia de la fecha de jubilación del sujeto, por lo que se puede pactar que el seguro se pague a una edad concreta independientemente de la jubilación del tomador. Posibilidad de fraccionar el pago y de realizar aportaciones extraordinarias en cualquier momento.

- A tratarse de seguro es por tanto una figura en la que rige la regla de la liquidez: el tomador tiene derecho al rescate, una vez pagadas las dos primeras anualidades de la prima o la que corresponda al plazo inferior previsto en la póliza podrá ejercitar el derecho de rescate mediante a la oportuna solicitud, conforme a las tablas de valores fijadas en la póliza.

- Igualmente el tomador tiene el derecho de reducción de la póliza.

- En principio, las indemnizaciones de estos seguros de ahorro se cobran en la fecha acordada entre la aseguradora y el cliente, que no tiene por qué coincidir con la edad de jubilación, pero se puede preparar para el cobro suceda a los 65 años fecha en la que el asegurado espera jubilarse.

- Los planes de jubilación pueden aseguran un interés mínimo anual.

- Depende de cómo se haya establecido llegado el momento fijado para el cobro de la prestación se podrá cobrar como prestación a tanto alzado o como renta vitalicia.

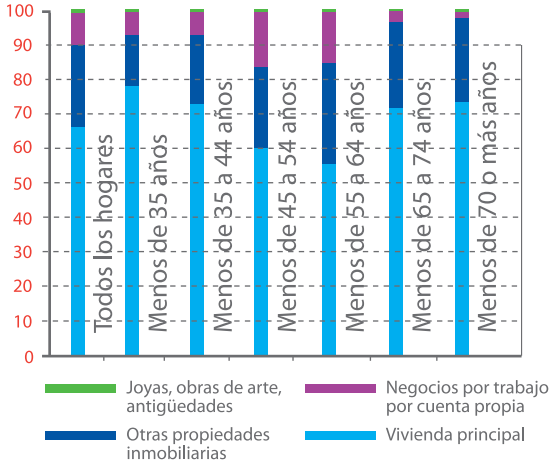
- Los planes de jubilación, a diferencia de los de los planes de pensiones y de las PPA, no se benefician de desgravaciones fiscales en las aportaciones. El capital percibido, una vez que concluye el periodo pactado por el seguro, está considerado como de rendimiento de capital mobiliario a efectos del IRPF, distinguiendo la

normativa la forma de tributación según se perciba un capital diferido, rentas vitalicias inmediatas, rentas temporales inmediatas, o rentas diferidas –sean vitalicias o temporales- (art. 25 de la Ley 35/2006, del IRPF).

3.2.2.- Contratos que permiten obtener una renta o atenciones a costa del patrimonio de la persona mayor, en especial de la vivienda en propiedad

La "cultura de la propiedad" que ha imperado en nuestro país, ha traído consigo que un significativo número de personas mayores tengan su vivienda en régimen de propiedad totalmente pagada. Ello determina que las personas mayores dispongan de un importante "activo" que les permita incrementar su renta disponible a través de diversos mecanismos de licuación de su patrimonio. Sin embargo, el efecto gravitatorio de otra cultura-ésta de fuerte arraigo-, la de la herencia ,hace que los mecanismos que ahora analizaremos no hayan terminado de despegar. Como señalan Mascarilla, Costa y Gil (2008: 36) *"este esquema, en una sociedad en que los servicios de atención al mayor dependiente eran ofrecidos dentro del entorno familiar, tenía una racionalidad evidente, ya que la vivienda en herencia se presentaba como un "reembolso implícito de los servicios ofrecidos por cuidadores informales"* .

Composición de la riqueza de los hogares (% sobre el valor de los activos reales del hogar) según la edad del cabeza de familia(1), 2005



(1) Cabeza de familia: persona de referencia designada por el hogar a efectos de responder la encuesta si el hombre, o su pareja si la persona de referencia es una mujer pero su pareja vive en el hogar.
Fuente: Banco de España (2007): Encuesta Financiera de las Familias 2005: métodos, resultados y cambios entre 2002 y 2005 , *Boletín Estadístico del Banco de España, nº 7.*

Actividades reales de los hogares según la edad del cabeza de familia, 2005						
	Algún activo	Activos reales				
		Algún activo real	Vivienda principal	Otras propiedades inmobiliarias	Negocios por trabajo por cuenta propia	Joyas, obras de arte, antigüedades
Hogares que disponen del activo (%)						
Todos los hogares	99,1	87,4	81,3	34,5	11,1	19,3
Menores de 35 años	98,1	72,2	62,1	17,0	9,1	17,2
De 35 a 44 años	98,9	85,7	79,4	27,5	11,8	18,0
De 45 a 54 años	99,0	91,5	84,7	42,3	20,3	22,9
De 55 a 64 años	99,7	94,1	89,2	49,5	13,9	21,6
De 65 a 74 años	99,5	92,2	88,4	39,0	4,4	20,7
De 75 o más años	99,1	87,4	83,7	28,6	1,2	12,6
Valor mediano del activo para los hogares que lo poseen (miles de euros)						
Todos los hogares	204,3	210,4	180,3	103,1	60,5	2,7
Menores de 35 años	145,1	180,3	180,3	67,4	55,8	1,8
De 35 a 44 años	212,4	218,3	192,2	104,6	42,0	1,8
De 45 a 54 años	249,5	241,3	210,4	107,7	114,2	3,0
De 55 a 65 años	254,1	244,2	181,5	141,5	50,4	3,0
De 65 a 74 años	189,3	180,7	156	77,0	38,0	2,5
De 75 o más años	135,8	150,2	125,1	90,2	11,4	1,8

(1) Cabeza de familia: persona de referencia designada por el hogar a efectos de responder la encuesta si es hombre, o su pareja si la persona de referencia es una mujer pero su pareja vive en el hogar.

Fuenta: Banco de España (2007): Encuesta Financiera de las Familias 2005: métodos, resultados, cambios entre 2002 y 2005. Boletín Estadística del Banco de España, nº 7.

Los datos estadísticos nos indican que más del 80% de las personas mayores de 65 años son propietarias de la vivienda habitual.

Por ello, con independencia de los mecanismos financieros y aseguradores vistos la persona mayor que llega a su jubilación con un patrimonio, con algún bien especialmente valioso, en particular su vivienda en propiedad, tiene a su disposición ciertas modalidades contractuales que le permiten rentabilizar dicho patrimonio y obtener, sea mediante su transmisión, sea mediante su gravamen, prestaciones periódicas que le ayudarán en su vida.

a) El contrato de renta vitalicia

Tal y como señala el Código Civil en su art. 1802 *"El contrato aleatorio de renta vitalicia obliga al deudor a pagar una pensión o rédito anual durante la vida de una o más personas determinadas por un capital en bienes muebles o inmuebles, cuyo dominio se le transfiere desde luego con la carga de la pensión".*

Así pues es una vía hábil para que personas mayores encuentren un complemento a sus pensiones, mediante el mecanismo de transmitir a una persona -sea un particular o una entidad financiera- un bien o bienes determinados, en particular un bien inmueble. A cambio de ello el adquirente del capital queda obligado a pagar una pensión vitalicia periódica, con la periodicidad pactada, que le ayude a alcanzar una seguridad económica necesaria para su vida.

Se trata de un contrato aleatorio, pues su duración dependerá de la vida módulo, que normalmente será la del beneficiario, pudiendo ser la de otra u otras personas. En aquellos casos frecuentes en los que el único bien de valor titularidad de la persona mayor -o la pareja de mayores- sea el inmueble que constituye la vivienda cabe la posibilidad de cesión del mismo con reserva de un derecho de habitación hasta su fallecimiento, por lo que si bien esa o esas personas perderían la propiedad del inmueble, percibirían durante toda su vida una pensión periódica y conservarían mediante el derecho real de habitación -inscribible en el Registro de la Propiedad- el derecho a seguir ocupando el inmueble hasta su fallecimiento.

b) El contrato de alimentos

El contrato de alimentos ha sido introducido en el Código Civil con la Ley 41/2003, de 18 de Noviembre de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, tipificando de este modo un contrato conocido en la práctica jurídica con la denominación de "contrato de vitalicio".

Representa un mecanismo jurídico privado por medio del cual una persona puede procurarse cuidados y atenciones a cambio de la transmisión de un capital.

El contrato de alimentos es aquel por el que una de las partes –alimentante o alimentantes- se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una o varias personas durante su vida –alimentista o alimentistas-, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos.

Se trata de un contrato autónomo e independiente del contrato de renta vitalicia, con el que ciertamente guarda alguna relación. Mientras que en el contrato de renta vitalicia el beneficiario lo que obtiene es el derecho de percibir una renta o pensión periódica, el contrato de alimentos tiene un contenido complejo más amplio, con prestaciones mixtas de dar y hacer, tiene un claro carácter asistencial. Cabe señalar otra diferencia: la vida módulo contemplada en el contrato de vitalicio necesariamente ha de ser la del alimentista, mientras que en el contrato de renta vitalicia puede contemplarse la de cualquier persona.

Por el contenido de las prestaciones el contrato tiene un fuerte contenido personalísimo. De producirse la muerte del obligado a prestar los alimentos o de concurrir cualquier circunstancia grave que impida la pacífica convivencia de las partes, cualquiera de ellas podrá pedir que la prestación de alimentos convenida se pague mediante la pensión actualizable a satisfacer por plazos anticipados que para esos eventos hubiere sido prevista en el contrato o, de no haber sido prevista, mediante la que se fije judicialmente.

El contrato se extingue por diversas causas entre ellas la muerte del alimentista.

c) Hipoteca inversa

Se le denomina "hipoteca inversa" -del inglés "inverse mortgage"- porque se trata de una hipoteca que funciona de un modo contrario a la tradicional hipoteca. La hipoteca que podemos llamar "tradicional" o normal -sin perjuicio de que pueda emplearse para otras finalidades- es aquella que garantiza un préstamo que se solicita para adquirir la propia vivienda sobre la que se hace recaer la hipoteca, como derecho real de garantía. En la hipoteca inversa las cosas funcionan de forma diversa. Se parte de una vivienda en propiedad. El propietario solicita un préstamo o un crédito al banco el cual le es satisfecho periódicamente –como si de una renta vitalicia se tratase- o bien de un modo único, préstamo o crédito que es garantizado con la hipoteca que pasa a gravar la propia vivienda del prestatario. Al fallecimiento del propietario de la vivienda sus herederos o bien hacen frente al pago de lo debido por el préstamo señalado -capital e intereses- a la entidad financiera o en otro caso la entidad bancaria procederá a la ejecución de la hipoteca, lo que supone la venta del inmueble para satisfacer la deuda, quedando el remanente, si es que lo hay, en la herencia del difunto.

Se trata de una figura reclamada por la doctrina y que finalmente ha sido regulada en la Disposición Adicional

Primera de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.
La regulación normativa distingue las hipotecas inversas constituidas sobre la vivienda habitual por personas mayores o dependientes, de las constituidas sobre otros inmuebles y/o por personas diversas de las señaladas, para beneficiar a las primeras –con beneficios fiscales y en los aranceles notariales y registrales- como mecanismo que pueda asegurar una percepción de rentas a personas mayores, máxime si tenemos en cuenta que en muchas ocasiones en la vida diaria el único inmueble con que cuentan las personas mayores es su vivienda habitual, fruto del esfuerzo y trabajo de toda una vida.

La hipoteca inversa a la que la Ley 41/2007 ampara y busca favorecer es la que se refiere a un préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante, siempre que cumplan los siguientes requisitos: que el solicitante y los beneficiarios que este pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia, que el deudor disponga del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas, que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios y que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños.

Estas hipotecas a que se refiere esta disposición sólo podrán ser concedidas por las entidades de crédito y por las entidades aseguradoras autorizadas para operar en España.

En el marco del régimen de transparencia y protección de la clientela, las entidades que pueden conceder los préstamos y créditos garantizados con estas hipotecas deberán suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes de este producto, teniendo en cuenta la situación financiera del solicitante y los riesgos económicos derivados de la suscripción de este producto.

Al fallecimiento del deudor hipotecario sus herederos o, si así se estipula en el contrato, al fallecimiento del último de los beneficiarios, podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado, abonando al acreedor hipotecario la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación.

Cuando se extinga el préstamo o crédito regulado por esta disposición y los herederos del deudor hipotecario decidan no reembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia.

En caso de que el bien hipotecado haya sido transmitido voluntariamente por el deudor hipotecario, el acreedor podrá declarar el vencimiento anticipado del préstamo o crédito garantizado, salvo que se proceda a la sustitución de la garantía de manera suficiente.

3.2.3.- La obligación legal de alimentos entre parientes

Aquella persona que se encuentre en un estado de necesidad –alimentista-, con independencia de que la edad, tal y como señala el Código Civil, puede reclamar "alimentos" al cónyuge y a ciertos parientes que económicamente tengan capacidad para atender la petición –alimentantes-.

Se trata de una figura legal que encuentra su fundamento en la solidaridad familiar. Por alimentos hay que entender los conceptos del art. 142 del Código Civil , entre ellos, todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica.

Los hermanos sólo están obligados a prestarse recíprocamente "alimentos restringidos", cuando se necesiten por causa que no sea imputable al alimentista. Por alimentos restringidos hay que entender los auxilios necesarios para la vida, los auxilios estrictamente indispensables para colmar las necesidades de la vida a un nivel mínimo aceptable por la conciencia social.

Los cónyuges, descendientes y ascendientes están obligados a prestarse recíprocamente "alimentos amplios". Por alimentos amplios hay que entender los alimentos del art. 142 en toda su extensión, la ayuda necesaria para atender las necesidades de la vida al nivel que requieran las circunstancias del caso. Destaquemos pues que los ascendientes pueden en los casos en que legalmente se den los presupuestos antes señalados reclamar alimentos a sus descendientes -hijos, nietos …-.

La cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe. Los alimentos se reducirán o aumentarán proporcionalmente según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiere de satisfacerlos.

El obligado a prestar alimentos podrá optar por satisfacerlos, o pagando la pensión que se fije, o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos. Esta elección no será posible en cuanto contradiga la situación de

"En 1,2 millones de hogares con personas con movilidad limitada hay barreras de acceso en sus edificios"

convivencia determinada para el alimentista por las normas aplicables o por resolución judicial, o bien, cuando concurra justa causa que la impida.

El Código Civil regula el supuesto de concurrencia de una pluralidad de potenciales alimentantes ofreciendo un orden de prioridades en los sujetos que deben atender las peticiones y un reparto de la obligación con relación a los sujetos que se encuentren en el mismo nivel o rango de prioridad. Igualmente se ocupa del caso de existencia de una pluralidad de alimentistas que reclaman alimentos a un mismo pariente, estableciendo un orden de preferencia para el cobro si el alimentista no tuviese medios suficientes para atender a todos los reclamantes.

Por ello, se propone:

10.-Dada la variedad y complejidad de instrumentos que el ordenamiento jurídico ofrece a las personas mayores para asegurar su vejez, adicionalmente al sistema de protección público , se requiere que se disponga de una información puntual y comprensible de los mismos al efecto de que pueda llevarse a cabo una elección adecuada que no reduzca o limite sus derechos. Del mismo modo, se ha de exigir de forma enérgica una cultura de transparencia a las entidades financieras y aseguradoras sobre estos instrumentos.

4.- SEGURIDAD EN CUANTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS. PROTECCIÓN DE DERECHOS FRENTE A LOS LÍMITES DEL ENTORNO. HACIA EL DISEÑO UNIVERSAL

4.1.- DATOS ESTADÍSTICOS

Las personas mayores están incluidas dentro del sector de la población que se encuentra especialmente afectado por las barreras del entorno. Ello se debe al progresivo deterioro de sus capacidades funcionales que se produce, tanto por el propio proceso de envejecimiento, como por la aparición de discapacidades.

Según los datos aportados por el I Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012), **un 40% de la población española puede considerarse afectada por las políticas de accesibilidad,** considerando la

existencia de tres colectivos implicados: personas con discapacidades permanentes, personas con discapacidades transitorias y personas de edad avanzada. En concreto, las personas mayores de 65 años representan el 41% de este colectivo y de ellas, un 32% tiene una discapacidad.

Por otra parte, de acuerdo con la última encuesta sobre discapacidades elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (EDAD 2008), de 716.100 personas que en Andalucía presentan alguna discapacidad, la mayoría de ellas (390.900) tienen una edad superior a 65 años. Las deficiencias osteoarticulares son predominantes (29%) -de ahí que los problemas de movilidad reducida sean los más frecuentes-, seguidas de las deficiencias visuales y auditivas, que suponen, cada una de ellas, alrededor del 15% de las discapacidades registradas. Por su parte, las deficiencias de orden psíquico o mental representan alrededor del 13% de las discapacidades.

Esta Encuesta analiza también la percepción sobre las barreras del entorno físico (edificios, viales y medios de transporte). De acuerdo con la misma, el 51,5% de las personas con discapacidad manifiesta tener dificultad para desenvolverse con normalidad en su vivienda o edificio, especialmente en las escaleras (43,3%) y cuartos de baño (29,8%). Estas cifras aumentan a las dos terceras partes en el grupo de edad de 80 y más años. Asimismo, se declara que 305.400 personas han tenido que cambiar alguna vez su domicilio por motivo de su discapacidad, la mitad para recibir los cuidados de sus familiares y la cuarta parte porque encontraban barreras de acceso en su domicilio anterior.

En 1,2 millones de hogares con personas con movilidad limitada hay barreras de acceso en sus edificios, como escaleras sin rampas o sin plataformas móviles. Y, al menos la mitad de las personas con discapacidad declaran encontrar una serie de elementos en la calle que les impide su normal desplazamiento por la misma. El problema más importante es el bordillo de la acera, que crea dificultades de movimiento al 38,4% de las personas, seguido de los obstáculos en las mis-mas (papeleras, farolas, socavones, estrechez...) que afectan al 36,6%.

Finalmente, un total de 181.000 personas con discapacidad, que residen en centros, tienen algún problema de accesibilidad. El lugar en el que tienen más dificultades para desenvolverse es fuera del centro (61,1% de las personas) y donde menos dificultades encuentran es en la habitación (37,7%).

El Libro Verde de la Accesibilidad en España, previo al I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, realizó un diagnóstico del estado de accesibilidad urbanística, de la edificación y transporte en nuestro país, mostrando, en general, unos niveles de accesibilidad muy bajos. Como causas de esta situación, se señalan, entre otras:

- Falta de formación y desconocimiento de los/as profesionales de la normativa.

- No consideración de los requerimientos de la accesibilidad desde el origen como uno de los puntos de partida del diseño. Inexistencia de exigencias de accesibilidad dentro de la normativa urbanística o de la edificación.

- Insuficiente financiación pública para la adaptación de lo existente.

- Ineficacia de los órganos administrativos responsables del control de la normativa unida a la no aplicación de procedimientos sancionadores en caso de incumplimientos.

- Falta de coordinación en la ejecución de las actuaciones que rompen la necesaria "cadena de accesibilidad".

- Escasa conciencia social sobre el valor de la accesibilidad como elemento de calidad de vida.

4.2.- LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

En su relación con el entorno, las personas que no se ajustan en sus capacidades funcionales de movimiento, percepción o comprensión a un patrón común o estándar, se enfrentan en su vida cotidiana a las conocidas como barreras, la cuales les impiden participar de los bienes y servicios de la sociedad en igualdad de condiciones con el resto de la población.

En el caso de las personas de mayor edad, las consecuencias de estas barreras cobran una especial relevancia, dado su mayor aislamiento social, la menor posibilidad de obtener apoyo de terceros para salvar los obstáculos, así como su mayor vulnerabilidad a adquirir discapacidades en caso de accidentes y caídas.

Las barreras se han clasificado tradicionalmente teniendo en cuenta el ámbito o espacio en el que se presentan. De esta manera, Clotilde Amengual , en la publicación "Movilidad reducida y accesibilidad" (1996), las define como:

- Barreras arquitectónicas: impedimentos que se presentan en el interior de los edificios.

- Barreras urbanísticas: impedimentos que presentan la estructura y mobiliario urbanos, sitios históricos y espacios no edificados de dominio público y privado.

- Barreras en el transporte: impedimentos que presentan las unidades de transporte particulares o colectivas (de corta, media y larga distancia), terrestres, marítimas, fluviales o aéreas.

- Barreras en las telecomunicaciones: impedimentos o dificultades que se presentan en la comprensión y captación de los mensajes, vocales y no vocales, y en

el uso de los medios técnicos disponibles para las personas con distinta clase y grado de discapacidad.

En la última década en nuestro país el concepto de accesibilidad ha evolucionado notablemente tanto en su consideración social como en su tratamiento jurídico.

De esta manera, de considerarse exclusivamente como una cuestión relativa al entorno físico y a las personas con discapacidad, ha ido ampliándose a nuevos entornos (comunicaciones, productos, bienes y servicios) y a un ámbito de la población más extenso, como se ha señalado, que incluye a personas sin discapacidad (personas mayores, extranjeras, mujeres embarazadas...).

Por otra parte, también ha cambiado su consideración social, ha pasado de ser un "problema individual" a entenderse como un "problema colectivo", en el que el "entorno" y no exclusivamente la persona también se manifiesta como un agente responsable.

Por otra parte, en el ámbito jurídico, las exigencias de accesibilidad reconocidas tradicionalmente en la legislación de servicios sociales (sirva de ejemplo la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos) forman parte, actualmente, de la conocida como legislación antidiscriminatoria (Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad- LIONDAU) y están consideradas como una premisa necesaria para el ejercicio de derechos humanos (Convención de Naciones Unidades sobre los derechos de las personas con discapacidad). Actualmente, por tanto, no trata de compensar una desventaja sino de reconocer el ejercicio de un derecho, íntimamente relacionado con derechos humanos.

Porque, en definitiva, tener que trasladarse a un centro residencial porque la comunidad no desea reformar el portal del edificio, no poder ir al teatro por la existencia de escalones de la entrada, no poder realizar un trayecto en ferrocarril por la carencia de espacios reservados para personas usuarias de silla de ruedas, ni realizar un trámite administrativo por falta de intérprete de lengua de signos... supone una vulneración grave de los derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española como son el derecho a la igualdad de trato ante la Ley (artículo 14) o, en su caso, a la libertad de residencia y circulación (artículo 19).

Por otra parte, no se trata sólo de "eliminar barreras" y "adaptar los entornos" sino que, desde el inicio del proceso constructivo o de fabricación, los responsables del diseño urbanístico, arquitectónico, tecnológico o las entidades prestatarias de servicios... tengan en cuenta las diferentes necesidades del mayor número de personas posible huyendo de un modelo

o patrón único. Para ello, es necesario tener en cuenta la aplicación de principios no discriminatorios, como son:

Accesibilidad universal:

"la condición que deben cumplir todos los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible ."

Diseño para todas las personas:

"la actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible".

Estos principios han sido introducidos en nuestro ordenamiento estatal por la LIONDAU. En Andalucía se recogen, asimismo, en el reciente Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte.
Por todo lo anteriormente expuesto, proponemos que:

11.- En el ámbito de la comunicación realizar una campaña de concienciación sobre la importancia que para las personas mayores tiene desenvolverse en un entorno " accesible y seguro", en la que se incida en el valor de la "accesibilidad preventiva" que evite en el futuro situaciones como: traslados de domicilio, ingresos en centros, aparición de discapacidad por accidentes o caídas, etc.

12.- En el ámbito normativo, instar: Dentro de la regulación legal sobre edificación la exigencia de que se construyan "viviendas convertibles", en renta libre o protegidas, cuyas características arquitectónicas permitan en el futuro hacerlas accesibles a un bajo coste económico.

A la modificación de la regulación que hace la actual Ley de Propiedad Horizontal sobras obras de accesibilidad en las comunidades de propietarios/as, que sólo establece como obligatorias las obras cuyo coste no supere tres mensualidades ordinarias por cada comunero/a.

A una mejora del control administrativo y el procedimiento sancionador en casos de incumplimiento de la normativa de accesibilidad.

13.- Mejorar la formación de los/as profesionales del diseño incluyendo la accesibilidad dentro de las materias curriculares universitarias así como fomentar la inves-

"El haz de este sustancial incremento de personas mayores como consumidores lo representa la oportunidad de negocio que supone para las empresas"

tigación de nuevos productos de apoyo y tecnologías que mejoren la autonomía y la accesibilidad en la comunicación de las personas mayores.

14.- En el ámbito de la actuación de fomento de las Administraciones Públicas aumentar las cuantías de las ayudas públicas destinadas a la eliminación de barreras tanto en el edificio como en el interior de las viviendas, así como prever la subvención para la adquisición de ayudas técnicas o productos de apoyo para salvar desniveles dentro del domicilio de personas mayores (elevadores, plataformas salvaescaleras, grúas...) o mejorar su comunicación con el entorno (ayudas TIC), así como regular el Fondo de Supresión de Barreras previsto en la normativa andaluza, con objeto de financiar actuaciones para hacer progresivamente accesibles los entornos existentes o ya construidos (vías públicas, edificaciones y medios de transporte).

5.- SEGURIDAD COMO PERSONA CONSUMIDORA

El crecimiento del número de personas mayores determina un aumento de personas consumidoras que, aunque caracterizadas por su heterogeneidad, reclaman que el mercado les ofrezca productos que respondan a sus necesidades y expectativas.

Diversos factores han confluido en la incorporación de un creciente número de personas mayores a los territorios del denominado "consumo global". Según determinados autores , se ha producido un cambio donde un grupo demográfico apenas atendido ha pasado a ocupar una posición estratégica en las acciones de las empresas [(1)]. Así, el evidente aumento demográfico que nos sitúa en la frontera del 30,8% de población mayor de 65 años hacia el año 2050, el importante tiempo libre disponible y la reducción de diversos gastos que permite reflotar un poder adquisitivo apreciable, son factores determinantes de este cambio.

Pero, además, se podría aportar otra circunstancia nada desdeñable: se están incorporando grupos significativos de personas mayores poseedores de una cultura de consumo que contrasta con las hábitos de ahorro de mayores de generaciones antecedentes. Como señala el Consejo Económico y Social (2):

"Los hogares cuyos sustentadores superan los 65 años despliegan pautas de consumo muy diferentes. En primer lugar, la mayor parte del dinero que emplean en consumir la dedican a gastos básicos."

Así, el 39,2 por 100 se destina a la vivienda y el 18,2 por 100 a productos de alimentación. No obstante, hay que tener en cuenta que la partida de la vivienda suma los alquileres realmente pagados y los imputados a las viviendas en propiedad y a las cedidas, lo que hace pensar que, al tratarse de un grupo de edad avanzada, en muchos casos las viviendas serán propiedad del hogar y por tanto el gasto se imputa. En ese caso habría que ponderar el gasto medio asumiendo que su volumen real puede ser menor que el recogido en la encuesta.

Por otro lado, habiendo visto reducidas sus necesidades ineludibles de movilidad (derivadas del trabajo), emplean una proporción sustancialmente más baja, prácticamente la mitad de la media, a gastos de transporte: utilizan menos vehículos privados y más el transporte público, para el que, además, cuentan con importantes descuentos. Asimismo, dedican menos recursos al ocio y la cultura y a los restaurantes, bares y hoteles. Tienen, en definitiva, prioridades de gasto distintas de las del conjunto y muy distintas de las correspondientes al segmento más joven. Por lo tanto, entre las posibles explicaciones de este hecho deben tenerse en cuenta las derivadas del efecto generación, es decir, las que entroncan con las especiales circunstancias culturales y de socialización de esa generación concreta. Entre las condiciones históricas que enmarcan la socialización de este segmento hay que considerar la tardía entrada y consolidación de la llamada sociedad de consumo de masas en España, ya que el sector más provecto dentro del segmento de los mayores de 65 años alcanzó la condición de adulto y por tanto vivió la parte más importante de su socialización en una época en la que el sistema de valores todavía se correspondía con una sociedad preconsumista, en la que primaban actitudes más vinculadas al ahorro.

No obstante, a causa del envejecimiento, cada año se incorporan nuevas y nutridas generaciones de personas mayores que van renovando el patrimonio cultural del segmento de más edad, añadiendo pautas de comportamiento ligadas ya a la sociedad de consumo generalizado, de la que sí han participado siendo jóvenes."

Cada vez más, en los medios de comunicación y en las acciones publicitarias, las personas mayores se sitúan en un plano de importancia. Sirvan dos ejemplos : Uno ;El 26% de las ventas de la distribución del gran consumo, que suman

unos 15.900 millones de euros en Europa, se concentran en mayores de 65 años, según paneles de consumo que manejan las multinacionales. "Productos cosméticos, de alimentación y de ocio dirigidos sólo al público mayor han proliferado, como en su día lo hicieron los pensados para el público joven" (3).

Dos; "Otro de los síntomas del nuevo perfil de comprador de coches tiene que ver con la edad. Aparte de la gente joven o de mediana edad, que aprovecha para su primer vehículo o para comprar otro tras diez años de uso, destaca el colectivo de jubilados, tanto españoles como residentes extranjeros. En este caso, destaca el aumento de personas que «al tener algún dinerillo ahorrado, compran ahora el coche nuevo e incluso el de su vida al contar con importantes descuentos»"(4)

El haz de este sustancial incremento de personas mayores como consumidores lo representa la oportunidad de negocio que supone para las empresas que deben ofrecer productos y servicios adecuados a las necesidades de sus potenciales clientes y la generación de empleo que ello trae consigo. El envés lo materializa la necesidad de proteger las acciones defraudatorias de los derechos de las personas mayores como consumidores.

La protección de los derechos de las Personas Consumidoras y Usuarias es un mandato constitucional que también aparece en el Estatuto de Autonomía de Andalucía y en varias Leyes en las que se afirma que las administraciones públicas garantizarán los derechos de las Personas Mayores como consumidoras y usuarias, consideradas como un sector social con características propias y definidas.

Por ello, entendemos que para salvaguardar los derechos de las Personas Mayores como consumidoras y usuarias .

15.- Es necesario que las Administraciones Públicas adopten medidas concretas en materia de protección de los derechos que, como consumidores, tienen las personas mayores. Así:

- Deben seleccionar y suministrar información en materia de consumo dirigida específicamente a las Personas Mayores.

- Deben salvaguardar todos los derechos y, especialmente, el derecho a la información, de las Personas Mayores como personas consumidoras y usuarias en los medios de comunicación social.

- Han de planificar y ejecutar acciones formativas en materia de consumo dirigidas a las Personas Mayores.

- Deben definir y deben adoptar las medidas necesarias en materia de Defensa y Protección de los consumidores, especialmente en relación a las ofertas comerciales dirigidas específicamente a

este sector de la población, como cumplimiento a lo dispuesto en el art. 48 de la Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.

6.- SEGURIDAD EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE SU IMAGEN

Las personas mayores representan un activo social irrenunciable, tanto por el creciente número de personas incluidas en el grupo de edad de más de 65 años, como por los activos de toda índole que aportan a las sociedades actuales. Ello implica que los conceptos sobre la vejez y los roles que los mayores desarrollan estén cambiando, sin embargo, todavía subsisten prejuicios, estereotipos y actitudes negativas hacia las personas mayores.

A raíz de estos estereotipos y prejuicios, se deriva un trato hacia las personas mayores entendiéndolas como una carga familiar y social, personas incapaces de asumir responsabilidades y, como respuesta, reforzando actitudes dependientes en vez de favorecer su autonomía. Estas actitudes menoscaban a las personas mayores pues infravaloran su papel en la sociedad y limitan sus capacidades de participación en la vida social, económica y cultural.

La realidad ofrece cada vez manifestaciones de vidas activas, participativas y plenas de las personas mayores para sí mismas y para la sociedad. **Ligar persona mayor a pasividad o a retirada es un error de apreciación cuya subsistencia en la sociedad no es admisible.**

Por ello, las personas mayores no pueden ser expuestas como un grupo homogéneo y asociado a vulnerabilidad o dependencia. Estos perfiles de las personas mayores son anticuados y obsoletos pertenecientes a épocas pasadas que ofenden el sentido de la realidad. Por tanto, **se hace preciso entre toda la ciudadanía -que conoce de primera mano experiencias vitales, propias o ajenas, de vida activa y productiva para la sociedad- "redefinir" (reajustar) el concepto público de las personas mayores.** Y en esa tarea cobran especial importancia los profesionales de los medios de comunicación y de la publicidad y los operadores titulares de los medios, por cuanto se ha evidenciado que las personas mayores aparecen poco en los medios de comunicación y, cuando aparecen, lo suelen hacer recubiertos de un ropaje plagado de estereotipos y clichés.

El lenguaje verbal y audiovisual sobre las personas mayores también merece ser reconsiderado. Se usan términos que, aunque aceptados socialmente, conducen a las personas mayores a los terrenos del paternalismo o de la sobreprotección. A veces, bajo la apariencia de gestos verbales cariñosos se encubren señales de retirada o de apartamiento (abuelo, abuelete, nuestros mayores, ancianos, viejetes, viejos, asilo, etcétera). Se usan colores os-

curos, fotos de personas dependientes o inactivas, o se asocian exclusivamente con actividades lúdicas como bailar o viajar.

Como se señala en el apartado 7º de la Declaración Ministerial de León-Una sociedad para todas las edades: retos y oportunidades-, es preciso:

"Fomentar una imagen positiva de las personas de edad, en particular mediante el sistema educacional y campañas en los medios de difusión, puede contribuir en gran medida a que se aprecie de manera más generalizada la aportación que estas personas pueden hacer a la sociedad. Alentamos el desarrollo de actividades para dar a conocer entre el público la importante y variada contribución que pueden hacer las personas de edad a sus familias y a la sociedad".

En Andalucía existe una nueva institución de autogobierno: el **Consejo Audiovisual de Andalucía** que, entre otras funciones, tiene encomendada la de "Salvaguardar los derechos de los menores, jóvenes, tercera edad, personas con discapacidad, inmigrantes y otros colectivos necesitados de una mayor protección, en lo que se refiere a los contenidos de la programación y a las emisiones publicitarias, potenciando el respeto a los valores de tolerancia, solidaridad y voluntariado, evitando la inducción de comportamientos violentos e insolidarios, así como facilitando accesibilidad a las personas con discapacidad auditiva o visual" (artículo 4.6. de la Ley 1/2004 de creación del Consejo Audiovisual de Andalucía).

Todo ello se realiza a través de decisiones, instrucciones, recomendaciones y estudios, ejerciendo la potestad sancionadora y aquellas otras actuaciones encomendadas al Consejo Audiovisual de Andalucía, de conformidad con la legislación vigente.

Hay que señalar, además, que **las personas mayores de 65 años son uno de los sectores que más contenidos audiovisuales consume a través de la Televisión**, por lo que este medio y fundamentalmente, aunque no de manera exclusiva, a través de los operadores públicos puede contribuir de manera eficaz a la visibilidad del colectivo, a la traslación de contenidos formativos e informativos relacionados con la salud, el ocio, el aprendizaje a lo largo de toda la vida, etcétera. Los datos a este respecto son elocuentes, aunque varían según la fuente y las diferentes Comunidades Autónomas. Un estudio de la Universidad Rey Juan Carlos asegura que **los mayores de 65 años ven la televisión una media de 4 horas y media al día (270 minutos) y hasta 6 horas en el caso de que convivan con otras personas.** Este consumo es mayor entre las mujeres (4 horas y 57 minutos) que entre los hombres (4 horas y 37 minutos) y el 93% de los mayores dice ver la televisión todos o casi todos los días.

Según datos de TNS-SOFRES para 2009, los españoles mayores de 65 años ven la televisión 311 minutos al día (5 horas y 11 minutos), lo que significa un 21,6 % de su tiempo diario dedicado a ver la televisión, por lo que considera que la televisión vuelve a posicionarse como un elemento de ocio de alta significación en la vida social, ya que sigue acaparando el tiempo libre de la mayoría de ciudadanos en España. Este hecho se evidencia de manera más contundente entre los espectadores mayores. Según este mismo informe realizado por el Grupo Corporación Multimedia, en el análisis por comunidades autónomas, Aragón y Andalucía son las regiones con mayor consumo televisivo de la población general, 241 y 240 minutos respectivamente (casi cuatro horas diarias de permanencia frente a la pequeña pantalla). En Andalucía, para el target de 65 años y más, en el periodo de 1 de enero de 2009 a 31 de enero de 2009, se constató un consumo diario de 354 minutos (casi seis horas de consumo televisivo al día) lo que significa un 25% del tiempo diario de cada mayor de 65 años dedicado a ver la televisión.

Por su parte, el informe sobre Cataluña "La dieta mediática y cultural de los mayores de 65 años" elaborado por la Fundació Audiències de la Comunicació i la Cultura, revela que la población catalana mayor de 65 años dedica diariamente 4 horas y 40 minutos a ver la televisión y consume más televisión autonómica y local que el resto de la población catalana.

Refiriéndonos a la población española hay que señalar no obstante, que entre todos los grupos poblacionales, los que no ven la televisión constituyen una minoría. Actualmente la televisión es, más que un medio de comunicación, la acompañante fidelísima de nueve de cada diez españoles. Aunque en términos porcentuales no existen diferencias reseñables entre los diferentes grupos de edad, sí que existen, como hemos visto, en el tiempo diario dedicado a este tipo de actividad. La explicación a esta constatación es con ocasiones fruto de un estereotipo bastante ramplón: se ve más la televisión porque se es mayor. Sin embargo, el hábito de ver la televisión no tiene, por el contrario, tanto que ver con la edad como con un perfil socio-demográfico específico. La afición a ver la televisión es superior, en general, entre las personas que viven solas o las que integran núcleos familiares reducidos. Unido al factor de la soledad figuran otros no menos determinantes, como el nivel educativo, la relación con la actividad, el estado de salud y, naturalmente, la clase social de adscripción. Obviamente, al tratarse del medio de comunicación que requiere un esfuerzo de comprensión más limitado, resulta ideal para las personas cuyo nivel de instrucción es bajo, algo que, en la actualidad, sigue siendo más característico entre las personas de edad avanzada.

El perfil socio-demográfico del consumidor de televisión es, por tanto, muy similar al del grupo de mayores en nuestro

país. Afirmar que las personas mayores son las que más ven la televisión es una conclusión parcial y superficial donde se hace necesaria una aclaración extra cronológica. En efecto, además de todas las causas socio-demográficas señaladas, que hacen que el grupo de mayores sea el que más utilice este medio, hay que tener en consideración su mayor disponibilidad de tiempo libre a lo largo del día, algo que se refleja en la comparación entre los días laborables y los fines de semana. Mientras que entre la población de otros grupos de edad el consumo de televisión se eleva los fines de semana, éste se reduce entre las personas mayores. Cuando los individuos disponen de más tiempo libre utilizan este tipo de ocio durante más minutos a lo largo del día. (CSIC Informe 2008).

Por otra parte, aunque el grupo de mayores es el que más tiempo dedica a este medio, éstos no tienen la percepción de malgastar su tiempo. Es muy posible que la causa de esta contradicción sea que son personas que disponen de más tiempo libre y que, a su vez, consideran menos posibilidades de ocio. **Según el CSIC, sólo un 9,0% de los mayores declara sentirse frustrado a menudo o algunas veces por ocupar demasiado tiempo viendo la televisión.** Entre el grupo de jóvenes, de entre 15 y 29 años, este porcentaje se eleva al 19,3%. Las generaciones de más de 65 años han crecido fuera de la cultura del ocio, lo que puede incidir en detentar menos posibilidades de distracción o disfrute; no perciben poder haber dedicado el tiempo que les ocupa la televisión a otras actividades ya que en muchos casos ni siquiera llegan a considerarlas. En los diferentes países europeos el uso de la televisión como parte del ocio también está muy difundido, sólo en Ucrania el porcentaje de población mayor que usa este medio desciende del 90% (CSIC).

Por otra parte, según las opiniones recogidas por el CSIC, los programas emitidos preferidos por las personas mayores son los noticiarios o informativos (28,4%), las películas (11,6%), y las telenovelas, concursos y documentales o programas educativos que rondan el porcentaje del 9%. La programación que menos gusta son los llamados «realities» y los programas de «cotilleos». Estos datos, no obstante, deben ponerse en comparación con los datos recogidos a través de las audiencias, pues también en este sector de población puede darse el fenómeno de la "deseabilidad social" del espectador en general frente a la programación cuando es consultado. Esto es, se responde más en función de lo deseable socialmente que de lo que realmente se ve, máxime teniendo en cuenta la oferta de las parrillas televisivas.

También es preciso profundizar sobre los motivos por los que los mayores utilizan los medios de comunicación (especialmente los audiovisuales y sobre todo la televisión), pues muchos

suelen ver la televisión como pura y simple distracción o como compañía, apreciadísima entre quienes viven solos o se sienten así. Por esto un porcentaje elevado de personas mayores declara simultanear esta actividad con otras de variada tipología. La ocupación que más se realiza viendo la televisión es comer o cenar, con un 42,5% de personas que compatibiliza estas actividades; le sigue la realización de tareas domésticas, con un 23,3% (CSIC).

Aunque como se ve disponemos de algunos datos y estudios referidos a los medios de comunicación y los mayores, es preciso realizar un esfuerzo en Andalucía para profundizar en el conocimiento de los hábitos, preferencias, percepciones y opiniones de los mayores en relación con los medios audiovisuales y sus contenidos, así como de la percepción del resto de la población de la imagen de los mayores transmitida a través de la programación y publicidad de la televisión. En este sentido, el Consejo Audiovisual de Andalucía contribuirá a este conocimiento en este año 2010, ya que en el Barómetro Audiovisual de Andalucía que anualmente realiza ha optado en este año por incorporar en su cuestionario un apartado específico relacionado con los aspectos más arriba señalados.

En otro orden de cosas, **se ha de tener presente el papel de la publicidad a través de la televisión y extremar la vigilancia con la finalidad de que ésta sea respetuosa con los derechos de los mayores, tanto en lo que concierne a éstos como consumidores, como en lo referido a la imagen que de los mayores se traslada en la publicidad.** En el primer aspecto, son numerosos los productos y servicios que a través de los anuncios o de los servicios de televenta se dirigen a los mayores, los cuales han de ser exquisitos en el cumplimiento de normativa con la finalidad de no incurrir en supuestos de publicidad ilícita, o en situaciones que contribuyan a la vulnerabilidad del colectivo (letra pequeña, productos milagro, etcétera). Algo similar ocurre con determinada programación: concursos, programas de quiromancia, adivinación, etcétera, que puede tener consecuencias adversas para personas especialmente vulnerables, entre los que puede haber parte de la población mayor. Por ello, es preciso incrementar el papel de seguimiento y control sobre la programación y la publicidad de los medios que ha de ejercer el Consejo Audiovisual de Andalucía con la finalidad de velar por el respeto de los derechos de las personas mayores en los medios audiovisuales.

Finalmente, es preciso contribuir al desarrollo de medidas que permitan la accesibilidad de los mayores a los medios de comunicación, mediante la implementación de instrumentos y dispositivos que se adecuen a la disminución de sus capacidades auditivas y visuales.

Por ello, es necesario:

16.- Entre toda la ciudadanía hay que "redefinir" la imagen social de las personas mayores desalojando del sentir colectivo los clichés y estereotipos desfasados y trasladando su realidad actual.

Para conseguirlo es preciso:

- Promover la investigación sobre la situación real de la presencia y las características de los estereotipos asociados a las personas mayores en nuestra sociedad. En particular, el tratamiento que de ellas se hace desde los medios de comunicación, tanto en la programación como en la publicidad.

- Profundizar mediante los estudios e informes necesarios en el conocimiento de los hábitos, preferencias, percepciones y opiniones de las personas mayores en relación con los medios audiovisuales y sus contenidos, así como de la percepción del resto de la población de la imagen de las personas mayores transmitida a través de la programación y publicidad de la televisión.

- Favorecer un adecuado tratamiento social de las personas mayores, a través de medidas informativas y educadoras.

- Establecer, a través de los órganos competentes, unas recomendaciones de estilo sobre el tratamiento informativo y publicitario de las personas mayores, utilizando para ello el mecanismo de la corregulación.

- Colaborar con las instituciones pertinentes, en particular con el CAA, para implementar los mecanismos de seguimiento y control sobre el tratamiento en los programas y en la publicidad protagonizada o dirigida a las personas mayores.

- Desarrollar acciones específicas en el ámbito educativo y mediático que permitan incorporar una adecuada imagen social de las personas mayores.

- Fomentar las buenas prácticas en el abordaje informativo y publicitario de las personas mayores; así como los programas y contenidos específicamente dirigidos a ellos o que cuenten con su participación.

- Contribuir al desarrollo de medidas que permitan la accesibilidad de los mayores a los medios de comunicación.

- Promover la colaboración interinstitucional con los operadores públicos y privados, y con otros actores del sector audiovisual con la finalidad de poner en marcha acuerdos y otras acciones que contribuyan a la promoción y defensa de los mayores en el ámbito de los medios de comunicación.

7.- SEGURIDAD EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE SU PATRIMONIO. MECANISMOS DE PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO FAMILIAR

Dentro de los mecanismos de protección del patrimonio familiar debemos detenernos en el caso de las empresas familiares y en la figura de los protocolos familiares.

Las empresas familiares constituyen la base de la economía del país, y bueno será preparar el relevo generacional para garantizar la continuidad y la paz en el seno de la familia y de la empresa, llegado que sea el momento de la retirada del fundador o de los actuales propietarios y gestores.

Unas simples cifras nos dan una clara idea de la importancia social y económica de las empresas familiares. Según datos del Instituto de Empresa Familiar se estima que hay más de 2,9 millones y medio de empresas familiares en España, cifra que viene a representar el 85% de las empresas españolas. Las empresas familiares dan empleo a más de 13,9 millones de trabajadores, es decir, son la fuente del 75 % del empleo privado en España. Realizan el 59% de las exportaciones españolas. El total de su facturación representa el 70% del PIB español.

Existe por tanto un interés social y familiar en que la jubilación o el fallecimiento del fundador, si se trata de una empresa en primera generación, o de los propietarios gestores, si estamos en segunda o sucesivas generaciones, no lleven a la extinción de la empresa familiar.

Qué duda cabe que el primer interesado en dejar atadas y bien atadas las cosas para cuando se produzca su retirada es el fundador de la empresa, quien lo último que querrá ver es extinguida la obra que con tanto esfuerzo fundó y mantuvo. Si estamos en segunda o sucesivas generaciones el interés de los familiares será el mismo en mantener la continuidad de la empresa.

Según indica el Instituto de Empresa Familiar, tan sólo algo más de 1/3 de las empresas familiares llegan a segunda generación y tan sólo entre el 10 y el 15 % de la EF llegan a tercera generación. La esperanza de vida media de una sociedad familiar es aproximadamente la mitad de una que no lo sea.

Las razones de las dificultades de cambio generacional en las empresas, una vez que -al menos en gran medida- se han ido solventando los problemas exógenos derivados de la tributación de las transmisiones del capital, se encuentran fundamentalmente en causas endógenas, en general de estructura psicológica y subjetiva, que influyen de una manera decisiva en la incapacidad de superar

este relevo generacional. La superación de estos problemas se puede producir merced a un largo proceso de diálogo en el seno de la empresa familiar que lleve a la firma de un protocolo familiar.

El protocolo familiar es un acuerdo de los componentes del grupo familiar propietarios de una empresa, en el que se pretende la regulación y concreción de las relaciones entre familia, propiedad y empresa, con la finalidad de dotar de continuidad y paz a la empresa, permitiendo en la misma el relevo generacional no traumático cuando el mismo deba de producirse.

En el año 2000 se aprobó por el Pleno del Senado la creación, dentro de la Comisión de Hacienda, de una Ponencia de Estudio para la Problemática de la Empresa Familiar. El 23 de noviembre de 2001 se aprueba el Informe de esta Ponencia en el que, tras un muy interesante estudio de la figura, se señalan una serie de conclusiones, entre ellas la siguiente: *"Recomendar a las empresas familiares la formalización de un Protocolo Familiar, como acuerdo que delimite el marco de desarrollo y las reglas de actuación y relaciones entre la propia Empresa familiar y su propiedad, sin que ello suponga interferir en la gestión de la empresa y su comunicación con terceros. Se considera que el Protocolo Familiar es el instrumento más adecuado, para entre otras finalidades, delimitar el acceso de los miembros de la familia a la Empresa; definir los puestos de responsabilidad, tanto en la gestión como en el gobierno de las mismas; delimitar las políticas de dividendos activos y pasivos y la política de financiación en relación con los miembros de la familia; posibilidad de crear fondos internos de autofinanciación para situaciones puntuales; regular la transmisión de las acciones; definir a los interlocutores a nivel del grupo familiar con los gestores de la empresa; determinar la información a suministrar a los grupos familiares, creación de la Asamblea y el Consejo Familiar y, en general, prever la sucesión de los fundadores de dichas empresas, creando un marco que garantizando la continuidad incentive el interés de la familia o familias por las empresas, y al mismo tiempo el interés general contribuyendo a que las mismas ganen dimensión y sean competitivas".*

Por todo ello el protocolo familiar se configura como un mecanismo útil para el relevo generacional en una empresa, para la protección de patrimonio familiar, para la protección del patrimonio de la persona mayor que incluso retirada de la gestión de la empresa, sin embargo, posiblemente aún mantenga participación en el capital. Es un mecanismo hábil para preparar, en su caso, su jubilación.

La propia Junta de Andalucía es consciente de la importancia de los protocolos familiares y buena prueba de ello es que la **Orden de 9 de diciembre de 2008**, por la que se establecen las bases reguladoras de un Programa de Incentivos para el Fomento de la Innovación y el Desarrollo

Empresarial en Andalucía y se efectúa su convocatoria para los años 2008 a 2013, contempla incentivos para el desarrollo de protocolos familiares de sucesión empresarial.

En definitiva, la jubilación o la muerte de los fundadores de las empresas familiares o de los familiares propietarios gestores en empresas familiares en segunda o posteriores generaciones, lleva en muchas ocasiones a graves dificultades en el seno de la empresa que llevan a la extinción de la empresa familiar, con la consiguiente pérdida de patrimonio familiar y de fuente de riqueza social.

Como mecanismo hábil para ordenar la sucesión en la empresa familiar y, por tanto, para la protección de este patrimonio familiar y garantizar la continuidad de la empresa, encontramos los protocolos familiares.

Por todo lo anteriormente expuesto se considera y se recomienda :

17.- Profundizar en la información a las empresas familiares sobre la existencia de la figura de los protocolos familiares y su utilidad. Así como mantener la acertada política de incentivos económicos públicos para el desarrollo de protocolos familiares.

8.- SEGURIDAD FRENTE A HECHOS DELICTIVOS

Cualquier persona puede ser víctima de un hecho delictivo, pero es preciso reconocer que el de las personas mayores es un colectivo especialmente vulnerable, por lo que demanda especial atención.

A.- EN LO RELATIVO A LOS DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO

Son muy frecuentes las estafas y defraudaciones que sufren personas mayores, especialmente en relación con productos y servicios que se ofrecen a través del teléfono que les inducen a realizar compras irrazonables.

Otro tanto ocurre con la adquisición de tarjetas bancarias que a veces no saben usar pero por las que se les cobra mensualmente.

La persona mayor, en cuanto consumidora, deber ser objeto de especial protección en la línea expresada por el Art. 48 de la Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía que dispone:

"Las Administraciones Públicas garantizarán el respeto de los derechos que corresponden a las personas mayores como consumidores y usuarios, especialmente en relación a las ofertas comerciales dirigidas específicamente a este sector de la población".

En este sentido se propone, en prevención de las acciones atentatorias contra su patrimonio:

a) La confección de contratos tipo, intervenidos por la Administración competente.

b) La concesión de plazos de desistimiento en que la persona, una vez haya podido reflexionar sobre la bondad del producto, pueda manifestar su rechazo con efectos revocatorios del negocio.
Tampoco son extraños los supuestos de expoliación por personas del entorno familiar o social.

Por ello, el Art. 46 de la Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía dispone:

"Cuando las Administraciones Públicas tengan noticia de que el patrimonio de una persona mayor está siendo objeto de expoliación, bien por sus propios familiares o por terceros, se procederá a comunicarle de forma expresa las acciones judiciales que pueda iniciar, proporcionándole asistencia jurídica si fuera necesario, sin perjuicio del traslado de tales hechos al Ministerio Fiscal".

B.- EN LO RELATIVO A LOS DELITOS CONTRA LA PERSONA

1.- Son preocupantes los crecientes casos de asaltos a las personas mayores en el interior de sus viviendas con el objeto de robar sus pertenencias, acompañados en algunos casos de episodios de gran violencia.

2.- Otra realidad, a veces escondida, es la de los malos tratos a las personas mayores.

Es un fenómeno mucho menos visible que el de la violencia de género, pues los padres difícilmente denuncian a los hijos u otros familiares, pero que tiene una dimensión real mucho mayor de lo que normalmente se imagina.
El Código Penal contempla y castiga en el Art. 153-2 los episodios violentos concretos y en el Art. 173-2 los malos tratos habituales.

La ley 6/1999 de 7 de Julio, en su Artículo 44 dispone:

"Las situaciones de maltrato sobre personas mayores detectadas por cualesquiera órganos de las Administraciones Públicas serán inmediatamente puestas en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Del mismo modo deberán actuar los profesionales, familiares, amigos, vecinos o instituciones que aprecien situaciones de maltrato o indicios de las mismas, sobre cualquier persona mayor".

3.- A veces lo que se produce es simplemente la desasistencia por parte de aquellas personas legal y éticamente obligadas a prestar los cuidados.

El Código Penal, en el Art. 226-1, castiga como "Abandono de Familia" a:

"cerca de 4 millones trescientas mil licencias de conducción pertenecen a personas mayores de 60 años"

"El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, curatela o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados".
La obligación legal la establece el Código Civil dentro de la institución conocida como "alimentos entre parientes" (Arts. 142 a 153), Estos comprenden el sustento, habitación, vestido y asistencia médica.

De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 143:

"Están obligados recíprocamente a darse alimentos:
1º.- Los cónyuges.
2º.- Los ascendientes y descendientes.

Otros casos de desasistencia, cuando no se trata de familiares, se castigan, no como delito, sino como falta.

Así el Art. 619 del Código Penal dice:

"Serán castigados los que dejaren de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida o dependa de sus cuidados".

El Artículo 43 de la Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía dispone: "Las denuncias formuladas ante las Administraciones Públicas acerca de la desasistencia en que pueda hallarse una persona mayor darán lugar a la correspondiente investigación, y, en su caso, a la adopción de las medidas adecuadas para su cese".

El Decreto 23/2004 de 3 de Febrero (BOJA nº 25 de 6 de Febrero de 2004) sobre "Protección Jurídica de las Personas Mayores" desarrolla las previsiones de la Ley 6/1999 en este ámbito.

Como necesarios instrumentos de desarrollo de acciones de sensibilización podría , a modo de ejemplo, desarrollarse acciones destinadas a la creación de redes sociales de apoyo aprovechando las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Por todo lo anteriormente expuesto, se realizan las siguientes recomendaciones:

18.- En relación a los malos tratos en el ámbito familiar, solicitar a las Autoridades competentes en Servicios Sociales que realicen una

política preventiva destinada a descubrir y actuar ante situaciones de convivencia en condiciones extremas, con cargas asistenciales difícilmente soportables para los familiares cuidadores que pueden dar lugar a episodios violentos.

Para ello es preciso :

- Realizar estudios e investigaciones sobre el maltrato a personas mayores vulnerables, para conocer con exactitud su dimensión y problemática.

- Desarrollar acciones coordinadas y ágiles de prevención y detección de los casos de maltrato.

- Desarrollar programas educativos y de sensibilización orientados al respeto y reconocimiento de las personas mayores (redes sociales de apoyo, agentes de cambio, etc), y acciones formativas para los profesionales del sector y de los medios de comunicación.

19.- Solicitar a los Poderes Públicos competentes la creación de grupos de Policía especializados en la prevención y persecución de los delitos de los que con más frecuencia son víctimas las personas mayores, así como incluir esta materia en los planes de estudio y formación de las Fuerzas de Seguridad.

Igualmente se solicita se profundice en el proceso de creación en todas las Fiscalías de las Secciones de Protección de las Personas Mayores.

9.- SEGURIDAD VIAL EN PERSONAS MAYORES

Las personas mayores presentan una dimensión a la que, a veces, no se le presta la necesaria atención. Nos referimos a su condición de conductores y conductoras y de peatones. Es cierto que, a medida que se envejece, se pierden facultades, pero ello no supone que las personas mayores deban ser excluidas de nuestras carreteras o deban estar expuestas a graves peligros.

Los datos son elocuentes: **cerca de 4 millones trescientas mil licencias de conducción pertenecen a personas mayores de 60 años, lo que representa el 16,6% del total que se aproxima a los 25 millones y medio**. Como dato destacable que evidencia la tardía incorporación de la mujer a la completa vida social, las mujeres mayores sólo representan el 20% del total de licencias de conducción para mayores de 60 años. Se estima, según la Asociación Española de Carretera, que **el número de conductores mayores de 65 años se ha duplicado desde 1995.**

Por tanto, las personas mayores participan de la conducción en nuestras carreteras, pero lamentablemente, también participan en el índice de siniestralidad de una forma destacada. El análisis de

las estadísticas refleja de forma clara que son el grupo de mayor riesgo, tanto en su condición de conductores como en la de peatones. Los mayores de 65 años, pues, son uno de los grupos de mayor accidentabilidad , sólo superado por los conductores de menos de 30 años. Del mismo modo, **los mayores de 65 años suponen el 50% del total de peatones fallecidos.** (1)

En un estudio efectuado por una entidad de seguros(2), se ponen de relieve una serie de circunstancias que invitan a la reflexión:

- Una de cada 5 personas fallecidas en accidentes de tráfico en la Unión Europea son mayores de 65 años.

- Es más probable que una persona mayor sufra un accidente a que lo cause, porque aunque sus capacidades se han disminuido adoptan mayor precaución, no representando mayor riesgo que otros colectivos.

- En España, el 42% de las personas atropelladas que fallecen son personas mayores, dos puntos por encima de la media europea.

Como señala El Libro Verde sobre la Seguridad Vial de España que recoge las conclusiones del Congreso Internacional de prevención de accidentes de tráfico celebrado en Madrid del 30 de mayo al 1 de junio de 2006, las personas mayores:

"Constituyen un grupo de población cada vez con mayor peso demográfico y potencialmente mayor influencia social y política; simultáneamente forman un grupo específico de riesgo, fundamentalmente como consecuencia de la pérdida de facultades perceptivas, motrices y neurológicas. Es una edad en la que la mayor parte va abandonando la conducción en la medida en que se van sintiendo menos seguros, aunque hay personas que tienen una percepción excesiva del permiso de conducción como su último reducto de independencia. En todo caso, las acciones relacionadas con los mayores no pueden contraerse a simples acciones divulgativas recordándoles cuáles son sus actuales limitaciones; los conductores en general deben ser también sensibilizados sobre la naturaleza y causas de los problemas que las personas mayores pueden presentar fomentando actitudes de respeto. Además deben ser objeto de una especial atención desde el punto de vista sanitario, promoviendo revisiones médicas con una periodicidad más estrecha que la derivada de la vigencia de sus permisos de conducción.

Las infraestructuras, la accesibilidad a los transportes públicos y los sistemas de gestión del tráfico –especialmente en los ámbitos urbanos– deben tener cada vez más presente a este grupo poblacional, haciendo más fácil y, por tanto, más segura su circulación".

Los mecanismos de freno de esta situación pasan necesariamente por el desa-

rrollo de programas específicos de educación vial para personas mayores, teniendo presente -como líneas transversales de nuestro modelo de envejecimiento activo- el género y la intergeneracionalidad y por desarrollar una conciencia sobre la circunstancia de que también las personas mayores participan de la utilización de la red viaria. Indudablemente deben desarrollarse los mecanismos de seguridad necesarios para preservar de situaciones de riesgo a las personas mayores usuarias de la red viaria.

Por ello, desde el ámbito competencial correspondiente, se recomienda:

20.- Que se establezcan programas específicos de educación y se considere necesario desarrollar acciones que salvaguarden la seguridad de las personas mayores en el uso de la red viaria y del tráfico.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

APARTADO 2. SEGURIDAD FRENTE AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS . PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE LA EDAD

Constitución Española de 1978 Estatuto de Autonomía para Andalucía-.Ley Orgánica 2/07, de 19 de marzo (BOJA nº 56, de 20 de marzo).

Resolución 4/91, de 16 de diciembre. Principios de las Naciones Unidas para las personas de edad http://www.un.org/esa/socdev/ageing/un_principlessp.html. Página web de United Nations. Programme on Ageing

Resolución 54/262 de la Asamblea General, de 25 de mayo de 2000.htt p://www.un.org/esa/socdev/ageing/un_principlessp.html. Página web de United Nations. Programme on Ageing

Ley 6/99 , de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía (BOJA nº 87, de 29 de julio)

Carta Europea de Derechos Fundamentales de la Unión. En http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

Código Civil Español , aprobado por R.D. del 24 de julio de 1.889

Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero (BOE núm. 7, de 8 de enero del 2000, pp. 575-728)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

Ley 41/02, de 14 de noviembre,básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002)

Gil Robles y Gil Delgado A. (1994) Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario . Derecho y Salud

Ley 14/1986, de 25 de abril , General de Sanidad (BOE nº 101, de 29 de abril de 1986)

Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía (BOJA nº 74, de 4 de julio de 1998)

Ley 5/03, de 9 de octubre, de Voluntad Vital Anticipada (BOJA nº 210, de 31 de octubre de 2003)

Decreto 238/2004, de 18 de mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (BOJA nº 104, de 28 de mayo de 2004)

Ley 2/10, de 8 de abril , de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Personas en el Proceso de la Muerte. (BOJA nº 88, de 7 de mayo).

Gallego Domínguez, Ignacio. (2008) La protección de las personas mayores en el derecho civil francés . Homenaje al profesor Manuel Cuadrado Iglesias / coord. por Francisco Javier Gómez Gálligo, Vol. 1, pags. 515-580

Gallego Domínguez, Ignacio. (2007) Aproximación al patrimonio protegido del discapacitado. Protección jurídica patrimonial de las personas con discapacidad / coord. por José Pérez de Vargas Muñoz, pags. 113-180

Gallego Domínguez, Ignacio. (2001) Las personas mayores y la propiedad horizontal .Actas de las Primeras Jornadas de problemas legales sobre tutela, asistencia y protección a las personas mayores : Córdoba, 17-18 de noviembre de 2000 / coord. por José Manuel González Porras, Ignacio Gallego Domínguez, pags. 133-144

Leña Fernandez, Rafael. (2008). El patrimonio protegido de las personas con discapacidad: inscripción, administración, supervisión, modificación y extinción. Academia Sevillana del Notariado, Tomo 16, 2, 2008 (Ejemplar dedicado a: Conferencias del curso académico 2004/05. Ciclo sobre la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad), pags. 33-146

Leña Fernandez, Rafael.(2000) El tráfico jurídico negocial

y el discapacitado.La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales / coord. por Rafael Martínez Díe,pags. 149-218

Santos Urbaneja, Fernando. (2005) Fenómenos recientes producidos en el mundo de la discapacidad y su transcendencia jurídica (Cuadernos de derecho judicial (Ejemplar dedicado a: Discapacitado, patrimonio separado y legítima), pags. 15-60

Santos Urbaneja, Fernando. (2002) Los procesos sobre la capacidad de la persona: el internamiento voluntario. Estudios jurídicos. Ministerio Fiscal, ISSN 1577-7219, Nº 2, pags. 213-258

Santos Urbaneja, Fernando. (2002) Dos cuestiones relativas a la protección legal de las personas mayores. ¿Qué debemos proteger? ¿Qué significa capacidad para decidir por sí mismas? Revista de derecho de familia: Doctrina, Jurisprudencia, Legislación, Nº. 17, pags. 265-280

Santos Urbaneja, Fernando. (2009) La discapacidad. Una revolución en marcha. La discapacidad: aspectos educativos y sociales / coord. por Mercedes López González, María López González, Vicente Jesús Llorent García, pags. 13-26

Santos Urbaneja, Fernando. (2007) Causa y motivo de la incapacitación civil, una reflexión sobre art. 200 del código civil. Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad [Recurso electrónico]: II Jornadas celebradas en Logroño los días 26 y 27 de abril de 2007, pags. 141

Marín Cañada, T. (1999) La protección jurídica de las personas mayores. Revista multidisciplinar de gerontología, Vol. 9, Nº 1 , pags. 25-41

Linacero de la Fuente, M.A.(2004) Protección jurídica de las personas mayores. Actualidad civil, pags. 2262-2275

VV.AA. Diez temas jurídicos del Portal Mayores.(2006) Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Madrd. IMSERSO . Secretarçia de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Villagrasa Alcaide, C. (2002) La protección de las personas mayores por la legislación vigente en Cataluña. El envejecimiento de la población y la protección jurídica de las personas mayores, pags. 57-88

Villagrasa Alcaide, C. (2002)Iniciativas internacionales y reivindicaciones sociales de las personas mayores.
El envejecimiento de la población y la protección jurídica de las personas mayores, pags. 167-192. La garantía y protección de los derechos de las personas mayores

Ganzenmüller Roig,C.(2009) Academia Sevillana del Notariado, Tomo 18, (Ejemplar dedicado a: Conferencias del curso académico 2006/07), I, pags. 199-248

Ganzenmüller Roig,C. (2007) Mecanismos de garantía de los derechos de las personas con discapacidad en el conjunto del ordenamiento jurídico. Tratado sobre discapacidad / coord. por Rafael de Lorenzo García, Luis Cayo Pérez Bueno, pags. 749-780

APARTADO 3- SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS.PROTECCIÓN ECONÓMICA

(1) Mascarilla O, Costa J y Gil J.(2008) La riqueza inmobiliaria ¿Un "cajero automático" para las personas mayores?. Barcelona. Fundación La Caixa.

APARTADO 4. SEGURIDAD EN CUANTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS.PROTECCIÓN DE DERECHOS FRENTE A LOS LÍMITES DEL ENTORNO. HACIA EL DISEÑO UNIVERSAL

I Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012). Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad de oportunidades. Julio de 2003. Secretaría General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex/AccePlan2004-2012.pdf

Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. Instituto Nacional de Estadistica. Ministerio de Economía y Hacienda. En www.ine.es

Libro verde de la accesibilidad en España: diagnóstico de situación y bases para elaborar un plan integral de supresión de barreras. (2002) Madrid . IMSERSO.

Amengual, Clotilde (1996) Movilidad Reducida y Accesibilidad en Varios Autores, Curso Básico Sobre Accesibilidad al Medio Físico. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.

Ley 13/82, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE de 30/4/82)

Ley 5/03, 2 de diciembre , de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.(BOE nº 289, de 3 de diciembre de 1982)

Decreto 293/09, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las

infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. (BOJA nº 140, de 21 de julio de 2009)

APARTADO 5. SEGURIDAD COMO PERSONA CONSUMIDORA

(1) Poveda R., Barberá R., Prat J.,Vera P.,(2009)Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores. Barcelona. Fundación Edad y Vida

(2) Consejo Económico y Social (informe 2/08 . Los nuevos modelos de consumo en España-2008 pp 42 y 43) En www.ces.es/servlet/noxml?id…pdf&mime-application/pdf

(3) Mars, A. 2007, 20 de mayo .No soy mayor, soy 'senior' Cada vez son más y con más medios. Las empresas se los disputan como clientes. El País.

(4) Sirvent, B. 2009 27 de julio "La mitad de coches comprados con el Plan E se paga al contado, pese a la crisis" La Verdad.es)

Navas Castellón R; Marquez M. (2003) Investigaciones de mercado sobre los mayores en España. Los mayores en España, un mercado emergente. Madrid. Júbilo Publicaciones

Estudio sobre la distribución del gasto y consumo de las personas mayores que viven solas o en pareja en su domicilio. (2006). UNIATE. Fundación para la Unión y Assitencia a las Personas de la Tercera Edad. Unión de Pensionistas Jubilados y Prejubilados de la UGT. Disponible en http://www.jubiladosugt.org/documentos/estudios_sociales/estudio_consumo_mayores_2006.pdf

APARTADO 6. SEGURIDAD EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE SU IMAGEN

Comisión Económica de las Naciones Unidas (CEPE). Conferencia Ministerial sobre el envejecimiento. León (España), 6-8 de noviembre de 2007.

CSIC Informe 2008. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I. VI Vida cotidiana, actitudes, valores y emociones en la vejez.

Informe del Grupo Corporación Multimedia elaborado para el Consejo Audiovisual de Andalucía. Datos de audiencias de televisión 2009: El último año de la era analógica

Fundación de Audiencias de la Comunicación y la cultura (FUNDACC). Barómetro de la comunicación y la cultura. La dieta mediática y cultural de los mayores de 65 años. 2009

Ley 1/2004 de 17 de diciembre, de creación del Consejo Audiovisual de Andalucía. (BOJA nº 254, de 30 de diciembre de 2004).

Consejo Audiovisual de Andalucía. Barómetro Audiovisual de Andalucía. Ediciones 2007, 2008, 2009. www.consejoaudiovisualdeandalucia.es

Agulló Tomás, M.S. (2000) Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica . Madrid. IMSERSO

APARTADO 9. SEGURIDAD VIAL DE PERSONAS MAYORES

(1) Alonso Pla, F. Seguridad Vial y Personas Mayores. 2008 . En Serie Personas Mayores , Diez temas jurídicos de Portal de Mayores . Madrid. IMSERSO.Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
(2) Kubitzki J, Janitzek T, "Safety and Mobility of Older Road Users". 2009 . Allianz Deutschland AG, Munich with support of the European Transport Safety Council. En inglés. Disponible en http://knowledge.allianz.com/nopi_downloads/downloads/safety_mobility_older_road_users.pdf

Libro Verde sobre la Seguridad Vial en España. La Sociedad Civil ante el reto de la seguridad vial. Asociación Española de la Carretera (2006) . En http://www.aecarretera.com/Libro_Verde2daEd2.pdf

Segurida Participada Activo Vida

Salud Prevención Alimentación Vida

Salud Alimentación Prevención Vida

1.- INTRODUCCIÓN

El envejecimiento activo es un recurso fundamental que ayuda a las personas y comunidades a alcanzar su potencial de calidad de vida y significación a lo largo de todo su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, es por lo tanto aplicable a cualquier estado de salud y con cualquier nivel de autonomía.

Nuestra sociedad cuenta cada día con mayor número de personas octogenarias y nonagenarias, quienes, al igual que ocurre con las personas de entre 65 y 80 años cada vez mantienen un mejor estado de salud y una mayor autonomía. Según la Encuesta Andaluza de Salud 2007, el 46.7% de la población de más de 65 años definió su estado de salud como bueno o muy bueno, si bien el sexo es un claro diferenciador de la salud subjetiva: así, mientras el 56.8% de los hombres definieron su estado de salud como bueno o muy bueno, las mujeres de la misma edad lo hicieron en un 38.8%. Esto se contrapone con la imagen predominante de fragilidad asociada a las personas mayores durante el pasado siglo.

Pero llegar a un estado de salud favorable y óptimo exige, no solo medidas iniciadas por poderes públicos, sino también responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, mantenimiento de la actividad física y mental) y la inserción participativa en la realidad social (mantenimiento de las relaciones interpersonales, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad).

Vivir y mantenerse en condiciones saludables es un derecho constitucional de la persona, parece obvio que de ello depende, en buena parte, el resto de su actividad existencial y debe ser un objetivo a trabajar durante todo el ciclo vital. No habría que esperar a llegar a los 65 años para comenzar a cuidarse, si bien al llegar a esta etapa de la vida algunas actividades adquieren especial relevancia.

"Generar salud supone buscar y conseguir una mejor calidad de vida. A tal fin convergen necesidades de lo más variadas: programas educativos, alimentación, normas de higiene individual y colectiva, cuidado del medio ambiente y lucha contra la contaminación, estudios urbanísticos y de vivienda, realización en materia de empleo

y de la producción en general, detección y actuación sobre los riesgos de trabajo y otras actividades no menos importantes" (Jouvencel, 1987:9).

Como señala la Organización Mundial de la Salud " 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". Además los servicios de salud y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados, a la par que ser efectivos y rentables, para conseguir mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

No debe existir discriminación por causa de la edad en el acceso a los servicios ni en la atención prestada por profesionales de la salud, que debe basarse en la dignidad y el respeto, sea cual sea la edad de las personas.

Tomar en consideración la existencia de desigualdades que repercuten en la situación de salud, reconocerlas y abordarlas son elementos imprescindibles para la prestación de una atención (sanitaria y social) equitativa y de calidad. No tenerlas en cuenta redundará en una perpetuación o, incluso, un aumento de esas desigualdades.

Además de por razón de edad, otra de las desigualdades más prevalentes (y todavía muchas veces invisible), es la desigualdad de género. Adoptar la perspectiva de género en salud, implica una actitud de alerta constante sobre cómo los roles y estereotipos de género afectan a la salud de mujeres y hombres, el reconocimiento del género como un determinante de la salud y el compromiso de promover, junto a otros agentes, la meta de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

La situación económica y social es también causa de importantes desigualdades en salud e interrelaciona, en muchas ocasiones, con otras causas de desigualdad. Así, por ejemplo, en nuestro medio, alto número de mujeres mayores subsisten con pensiones de viudedad. Esa precariedad económica hace que las mujeres mayores, como colectivo, sean el estrato social más empobrecido, con las consiguientes repercusiones sobre su salud.

Una política integral de envejecimiento saludable no puede obviar la influencia de los factores sociales sobre la salud, en las distintas etapas del ciclo vital, atendiendo de forma específica a mujeres y hombres mayores de clases más desfavorecidas, donde se ha podido producir un efecto acumulativo de circunstancias adversas, incluso antes del nacimiento[i].

Por último, hay que recordar que, todavía en la actualidad, las labores de cuidados de personas enfermas o dependientes,

recaen, de forma mayoritaria, sobre las mujeres dentro del ámbito familiar. Y, cada vez más, son mujeres de edad avanzada quienes se encargan del cuidado de sus parejas también ancianas.

2.- PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la salud es un concepto que nace con la Declaración de Ottawa de 1986, promovida por la OMS y se define como "la capacitación de la población para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla". Se dirige a incrementar la capacidad de salud positiva de la gente, con independencia de la prevención de enfermedades (aunque puede comportar una reducción de su incidencia). Se considera una de las mejores herramientas para mejorar la salud de las personas y las poblaciones.

Las estrategias básicas para llevarlas a cabo son:

- Políticas saludables: las medidas de promoción de la salud no son exclusivas de las profesiones sanitarias, sino que necesitan sinergia con instituciones públicas y gobiernos.

- Ambientes favorables: relación entre ambiente y salud desde un enfoque socio-ecológico.

- Acción comunitaria: salud para todas las personas en la ciudad, la acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

- Desarrollo de habilidades personales: conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren o mantengan la salud; conocimientos veraces, habilidades adecuadas, actitudes positivas ante la vida, ante la salud, ante los problemas.

- Fomento de la cooperación con la ciudadanía para generar complementariedad y no dependencia (autocuidados, voluntariado, ruedas de favores…).

- Cambio de la actitud profesional. Combinar la participación y la responsabilidad entre profesionales de la salud y ciudadanía (autonomía personal) evitando el paternalismo y asesorando en la toma de decisiones.

Plantea dos perspectivas complementarias:

- Promover hábitos saludables entre las personas con discapacidad y/o dependencia para mejorar su salud.

- Promover los estilos de vida saludables entre la población general para que gane más años de vida autónoma.

Las áreas que se van a abordar son las siguientes:

- Alimentación.
- Actividad física.
- Hábito tabáquico.
- Consumo de alcohol y otras substancias.
- Salud bucodental.
- Sexualidad saludable.
- Salud mental.

2.1.- ALIMENTACIÓN

Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud, de forma que si son inadecuados, tanto por exceso como por defecto, conducen al aumento de la presencia de diversas enfermedades y trastornos.

La nutrición adecuada y la salud nutricional son indicadores clave de una buena calidad de vida, de prevención de enfermedades y de una salud sostenible[ii].

Una adecuada nutrición desde edades jóvenes se considera requisito previo para la salud en el envejecimiento, con repercusión en la prevención de la enfermedad y la discapacidad[iii].

Se acepta que, a cualquier edad, los hábitos dietéticos inadecuados incluyen la dieta rica en grasa saturada y sal, insuficiente en frutas y vegetales y pobre en fibra y vitaminas, junto a otros factores como el sedentarismo, están en la base del aumento de prevalencia de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, obesidad y cáncer (Active ageing).

En un estudio poblacional realizado **en Andalucía**[iv] en personas entre 25 y 60 años se encuentra que la ingesta energética media es 2218 Kcal/día, similar a la de algunas comunidades autónomas, pero aun así, es un 16% inferior a la media nacional. Los hombres de cualquier edad presentan una ingesta energética superior a las mujeres y en ambos sexos disminuye con la edad, si bien en los hombres de forma paulatina y en las mujeres bruscamente a partir de los 45 años.

En lo que respecta a ciertos hábitos alimentarios de las personas mayores, en nuestra comunidad es más equilibrado y saludable que la del resto de la población. Así, según la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, alrededor del 65% de los hombres mayores de 65 años toman fruta a diario, por un 47.7% de la población total de hombres de más de 16 años. Y entre las mujeres mayores el consumo de fruta también está más frecuente: un 70% lo consume frente a un 55.5% del resto de mujeres en Andalucía.

Características generales de la alimentación en Andalucía:

- La ingesta diaria de energía, glúcidos, proteínas y fibra es significativamente mayor en Andalucía oriental.

- La ingesta de colesterol es mayor en Andalucía Occidental.

- La población de Andalucía Oriental ingiere más minerales y vitaminas (sobre todo Vitamina C y ácido fólico), por un mayor consumo de hortalizas, verduras y frutas.

- Los niveles de colesterol de las mujeres superan a los de los hombres en edades de 25 a 39 años y por encima de los 50 años, con estabilización de cifras en este tramo de edad para los hombres y progresivo ascenso para las mujeres.

- Las mujeres presentan una ingesta de minerales inferior a los hombres, siendo muy deficitaria la ingesta de hierro en las mujeres andaluzas, debido al bajo consumo de carnes y derivados. Además, un 58% de mujeres no alcanzan los niveles de ingesta de calcio recomendados, no tanto debido al consumo de leche (mayor en mujeres que en hombres) como al de otros alimentos importantes en el aporte de calcio como el pan, carnes y derivados, etc. Es relevante que el 82% de personas con hipocalcemia son mujeres entre 45 y 60 años y el 56% entre 50 y 60 años. También en el caso de la Vitamina D las mujeres ingieren cantidades significativamente menores a los varones

- Los resultados de una investigación cualitativa realizada en Andalucía sobre prácticas y discursos en torno a la alimentaciónv ponen de relieve que:

- En el ámbito de la salud, la tradición ha perdido autoridad a favor de la medicina.

- En las mujeres mayores y menos escolarizadas persiste la idea de una separación radical entre salud y enfermedad, con saltos bruscos de un estado a otro y con una consecuencia importante respecto a la alimentación: sólo hay que vigilarla en estado de enfermedad, y no se aprecia como riesgo para la salud en situación cotidiana.

- El concepto tradicional de "buena madre" (capacidad de entrega y sacrificio para procurar lo mejor para la familia) tiene una repercusión extraordinaria en las prácticas alimentarias: debido a la persistencia de la división tradicional de género, la mujer sigue siendo la encargada de la alimentación familiar[vi].

Como experiencias, Andalucía participa en el **Programa PERSEO**[vii], que dentro de la iniciativa NAOS, se desarrolla en el ámbito escolar. El objetivo es enseñar a la población escolar las características de una alimentación saludable y habituar a su consumo mediante los menús escolares y la práctica del deporte y actividad física.

Andalucía desarrolla el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada que fomenta la practica de actividad física y la alimentación equilibrada entre la población andaluza, con medidas para prevenir la enfermedad y la discapacidad

y mejorar la calidad de vida. Su presencia alcanza la promoción de la actividad física y la alimentación en el ámbito escolar, los comedores colectivos, los centros de trabajo, otros espacios de la comunidad. Entre sus líneas estratégicas principales figura la generalización del consejo dietético intensivo entre los centros de atención primaria del sistema sanitario público de Andalucía.

Numerosos estudios han demostrado el efecto protector de la **dieta mediterránea** en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, enfermedades neurodegenerativas e incluso en el envejecimiento. En el caso de enfermedad cardiovascular, existe evidencia en prevención secundaria[viii] una vez ocurrido el episodio agudo y, según datos preliminares del estudio PREDIMED[ix] la dieta mediterránea también previene eventos cardiovasculares en sujetos de alto riesgo sin episodios previos.

Por todo ello, se **recomienda**:

1.-Fomentar la dieta mediterránea y la pirámide de la alimentación que se caracteriza por:

- El consumo diario de cereales, frutas, verduras, frutos secos, legumbres.
- El uso del aceite de oliva como fuente principal de grasa.
- El consumo moderado de pescado, pollo, leche y lácteos.
- Reducir el consumo de carne y productos cárnicos.
- Bajo consumo en azúcar y sal

2.- Para el fomento de la alimentación saludable, se hace necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La totalidad de los profesionales de la salud deben recibir formación en atención nutricional (Silver Paper).

- Se debe considerar la capacidad de comprar y preparar alimentos, las situaciones de emergencia y las situaciones de pérdida de funcionalidad y actividad que puedan limitar de forma transitoria o progresiva el acceso a la adecuada nutrición[x].

- Incluir políticas sociales globales que promuevan la producción, distribución y comercialización de alimentos idóneos desde el punto de vista nutritivo y de condiciones higiénicas[xi] así como acentuar los aspectos atractivos y agradable

de la alimentación, los placeres de la buena mesa y la compañía.

a) Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con enfermedades relacionadas con la alimentación (grado de evidencia B) .

b) Sustitución de las campañas generales por aquellas acciones focalizadas a secto-

"Deben considerarse los aspectos simbólicos y culturales en torno a la alimentación que tienen las personas y familias."

res poblacionales específicos que puedan ser mucho más efectivas. Información a grupos poblacionales que realmente necesiten una modificación de la dieta.

c) Las estrategias de mejora de la alimentación poblacional tienen que incentivar la participación masculina en las tareas domésticas o en la cocina, pues sigue vigente en nuestra sociedad el reparto tradicional de papeles entre mujeres y hombres, con la consiguiente falta de igualdad en la asignación de tareas familiares. Las recomendaciones dietéticas deben focalizarse no sólo hacia el individuo sino también hacia la familia.

d) Se recomienda una conjunción entre la pirámide alimentaria y las costumbres alimentarias de las personas mayores mediante el empleo de dietas "caseras" adaptadas a sus condiciones.

e) Se deben considerar los aspectos de seguridad alimentaria: información nutricional y calórica, composición, colorantes, conservantes y aditivos, fechas de producción, envasado y consumo, etiquetado claro comprensible y visible.

2.2.- ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es una herramienta de prevención de primer orden pudiéndose utilizar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de multitud de enfermedades. Esta acción preventiva de la realización regular de actividad física cobra especial relevancia en las personas mayores, ya que patologías muy prevalentes en estas edades tales como la diabetes, la dislipemia, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la ansiedad y la depresión, por citar algunas, se benefician en gran medida de su práctica habitual[xix ,xx,xxi] .

La actividad física regular puede contribuir a aumentar la duración de la vida y favorecer una longevidad más activa y con mayor calidad de vida, de manera que las personas mayores activas mantienen mejor su capacidad funcional y la utilizan más eficientemente que las sedentarias[xxii,xxiii,xxiv,xxv,xxvi,xxvii].

"La alimentación sana es uno de los principales pilares de la salud y calidad de vida"

La pérdida de funcionalidad inducida por el envejecimiento es debida predominantemente al desuso, por lo tanto el ejercicio físico se ha demostrado como eficaz para retrasar este descenso de la funcionalidad[xxviii]. Además ha sido claramente fundamentada la posibilidad de adaptación de las personas mayores al entrenamiento[xxix,xxx], aunque ésta va a depender de la condición física inicial, la edad y el tipo de ejercicio que se practique. Determinados biomarcadores de envejecimiento tales como la función respiratoria, la presión arterial sistólica o los tiempos de reacción muestran una menor involución cuando la persona permanece activa[xxxi].

En nuestra comunidad autónoma, según la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, el 43.9% de los mayores entre 65 y 74 años no hacían ejercicio físico, son sedentarios, sobre todo las mujeres. La lectura alentadora de este dato es su reverso: más de la mitad de los mayores de esta franja de edad practicaba alguna actividad físico de intensidad variable (un 51.3% hacía ejercicio de forma ocasional, otro 4.2% de forma regular varias veces al mes y un porcentaje próximo al 1% varias veces a la semana). A partir de los 75 años aumentan al 56% las personas mayores que no hacen ejercicio (un 49.8% de hombres por un 60.7% de las mujeres). Aún así, un 44% de personas de más de 75 años hace algún tipo de ejercicio físico (un 40.7%, hace alguna actividad ocasional física o deportiva –más los hombres, 45.7%, que las mujeres, 36.8%-y un 3.2% hace alguna actividad varias veces al mes, también más hombres que mujeres.

La discapacidad es un importante problema entre las personas de edad avanzada, con tasas que superan el 32% entre mayores de 65 años. Sus causas principales son los problemas de movilidad, la incapacidad para realizar tareas domésticas y problemas para levantarse, acostarse o moverse dentro del hogar. Todo esto contribuye a generar dependencia y exclusión. Los hábitos de vida saludables tienen una crucial influencia en la duración de la vida sin enfermedad ni discapacidad y son potencialmente modificables[xxxii,xxxiii,xxxiv,xxxv].

El gasto sanitario en las personas mayores es muy elevado, incrementándose a medida que avanza la edad. Por su efecto preventivo y como herramienta terapéutica, la actividad física ha demostrado que puede contribuir a la reducción de este gasto sanitario[xxxvi,xxxvii,xxxviii,xxxix,xl].

Para conseguir los efectos beneficiosos del ejercicio físico, éste debe ser realizado regularmente de forma habitual y durante el máximo periodo de la vida posible.

Se aconseja la práctica de actividad física de intensidad moderada (como cambiar) al menos 30 minutos con una frecuencia casi diaria. Las actividades especificas que promuevan la mejora de la fuerza, la coordinación y el equilibrio son particularmente beneficiosas para las personas mayores[1].
Por todo ello se recomienda:

3.- Fomentar la práctica regular de ejercicio físico en las personas mayores, a través de campañas de sensibilización y mediante medidas tendentes a propiciar ventajas económicas (por ejemplo descuentos en cuotas de usuario) para las personas mayores que acudan a instalaciones deportivas o utilicen servicios que impliquen la realización de ejercicio físico.

4.- Promover iniciativas que fomenten la actividad física, adaptándolas a las características funcionales y las preferencias de las personas mayores (Huertos saludables, Rutas saludables como "Un millón de pasos", Bailes de salón, oficios tradicionales, etc.).

5.- Aprovechar las instalaciones y estadios deportivos para hacer de ellos foco de irradiación del envejecimiento activo a través de la práctica adecuada del deporte.

A título enunciativo, sugerimos la implementación de las siguientes **acciones**:

a) Mejorar la formación en prescripción de ejercicio físico a las y los profesionales de atención primaria, de manera que tengan capacitación para realizar una valoración funcional adecuada de las personas mayores y una posterior prescripción individualizada del ejercicio.

b) Incluir formación referente a hábitos de vida saludable en todos los temarios de la enseñanza primaria y secundaria, así como en los planes de estudios de las carreras universitarias que puedan atender a mayores.

c) Facilitar la capacitación del personal técnico en administración de programas de ejercicio físico adaptado para personas mayores.

[1] OMS (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

"La práctica regular de actividad física tiene un papel relevante en la prevención y abordaje de los problemas de salud más prevalentes en las personas mayores"

d) Promover la investigación y la formación de redes de conocimiento en materia de Deporte-Salud.

e) Elaborar una guía de Actividad Física en mayores.

f) Implantar programas de Actividad Física Regladaespecíficamentediseñados para mayores y para determinadas situaciones e instituciones (Residencias, Asociaciones, Centros de Mayores, etc.), sin olvidar en este tipo de programas la implantación de nuevas tecnologías y el entrenamiento de las funciones cognitivas.

g) Dirigir campañas de promoción de la actividad física especialmente orientadas a la población sedentaria, de una forma individualizada y profesional, aprovechando, por ejemplo, la afluencia de estos sujetos al sistema sanitario, tanto público como privado, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

h) Facilitar el acceso y la existencia de instalaciones deportivas para que las personas mayores puedan realizar actividad física de forma adecuada y segura.

i) Se hace preciso el diseño y la puesta en explotación de sistemas de recogida de datos precisos en relación con la práctica de actividad física regular por la población anciana.

j) Apoyar iniciativas que fomenten la actividad física, adaptándolas a las características funcionales, las preferencias y los gustos de los distintos colectivos de personas mayores. Los datos muestran que las mujeres en todas las franjas de edad realizan menos ejercicio físico, por lo que las iniciativas deben tener en cuenta este factor e incidir específicamente en él.

k) Propiciar la existencia de infraestructuras, tales como paseos, avenidas, calles, etc., que faciliten la realización de actividad física de una forma segura y adecuada a la condición física también de las personas mayores.

2.3.- HÁBITO TABÁQUICO

El tabaquismo es el principal problema de salud pública en Andalucía. Se asocia con las principales causas de muerte[iv,v], enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer[vi]. La mortalidad anual por el consumo de tabaco en España es de 54.233 personas.

Se relaciona también con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, especialmente con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)[vii] .

La exposición pasiva al humo del tabaco tiene un efecto negativo sobre la salud [viii]. La OMS ha recalcado, en este sentido, que el humo de tabaco ambiental, además de inequívocamente cancerígeno, origina enfermedades respiratorias y cardiovasculares. El tabaquismo pasivo origina 6.300 muertes anuales en España.

En Andalucía, la Encuesta Andaluza de Salud[ix] de 2007 confirma que el consumo de tabaco entre las personas mayores es, con diferencia, más bajo que en la población general. De hecho, ya no fuma el 90.5% de los mayores entre los 65 y 74 años y el 94.7% de los que tienen más de 75, cifras alentadoras si se comparan, por ejemplo, con sólo el 53.8% de personas que no fuman entre los 25 y 44 años.

Aún así, un 8.8% de los mayores entre 65 y 74 años dicen fumar a diario, mayoritariamente hombres (17.5%) frente a las mujeres (1.6%). Por su parte, fuma diariamente el 4.7% de los mayores de más de 75 años, también más los hombres (9.1%) que las mujeres (1.4%).

Las ventajas de dejar de fumar son muy amplias y aplicables a cualquier grupo de edad. Se puede afirmar que dejar de fumar prolonga la calidad de vida y reduce la morbilidad[x]. Diversos estudios han mostrado que la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco se considera una acción coste - efectiva en términos de coste por año de vida ganado[xi,xii].

El abordaje del tabaquismo se ha convertido en una prioridad en el ámbito de la salud pública para la mayoría de gobiernos de países desarrollados. La Consejería de Salud de Andalucía cuenta con una trayectoria de mucho valor en este sentido, con la puesta en marcha durante estos años de un gran despliegue de recursos, actividades y programas para el control del tabaquismo a través del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010[vii].

Recomendaciones:

6.- Desarrollar la normativa necesaria para restringir el consumo de tabaco en zonas públicas, que proteja en todo momento a las personas no fumadoras, además de regular el acceso de la población más joven al consumo de tabaco.

Facilitar programas de deshabituación tabáquica a las personas mayores, promoviendo los tratamientos más adecuados a sus necesidades y características individuales y facilitar que vivan es espacios libres de humo a través de intervenciones inducidas sobre sus familias o lugares de convivencia

Acciones:

a) La promoción de los espacios sin humo de tabaco medioambiental.
b) Se deben desarrollar estrategias en las instituciones sanitarias para sistemáticamente preguntar[xiii] y ofrecer consejo y ayuda si se fuma[xiv,xv] (grado de evidencia A).
c) Fomentar el consejo médico y de enfermería, la terapia intensiva individual o grupalxvi,[xvii,xviii,xix] y los tratamiento farm acológicos[xx,xxi,xxii,xxiii] (grado de evidencia A).
d) Priorizar el acceso a las intervenciones más intensivas[xxiv] a personas mayores fumadoras con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo, que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de nivel inferior de intensidad

e) Proponer intervenciones sobre las familias o personas que fumen en el entorno de las personas mayores.

2.4.- CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es una droga psicoactiva que puede llevar a un consumo peligroso y a una dependencia asociada a un mayor riesgo de discapacidad[lxxii], morbilidad y mortalidad[lxxiv].

Según se desprende de la EAS de 2007, el 95.8% del conjunto de la población ha consumido alguna bebida alcohólica en las 2 últimas semanas. Pues bien, entre la población de personas mayores se supera esa media (el 96.9% en el grupo de los 65 a los 74 años, y el 97.8% con más de 75). Y es a través del consumo diario de vino y/o de cerveza como se explica estos altos porcentajes de consumo entre las personas mayores. En Andalucía, un 14.5% del total de la población consume vino al menos una vez al día –frecuencia que incluye 1, 2, y 3-4 veces al día-, doblando el consumo los hombres (17.8%) al de las mujeres (7.9%). En los grupos de edad de personas mayores, los altos datos de consumo son llamativos. Un 64.2% de los hombres con 65 y más años en Andalucía consume vino al menos una vez al día en una proporción tres veces mayor que el consumo del total de hombres de más de 16 años (17.8%). Este grupo de edad de hombres, por tanto, es el principal consumidor de vino al menos una vez al día en nuestra comunidad. Entre las mujeres mayores, la frecuencia de consumo diario de vino también es más alta (40.2%), con gran diferencia, que el

"Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar"

resto de grupos de edad de mujeres y del total de mujeres de más de 16 años (7.9%). Se concluye que en Andalucía el 52% de la población mayor de 65 años, hombres y mujeres, consumen vino al menos una vez al día.

El consumo de alcohol puede tener efectos adversos considerables en la salud física, psicológica y social de los individuos, las familias y las comunidades.

El consumo de alcohol y la frecuencia de consumos excesivos se asocian a un mayor riesgo de accidentes, incluidos los accidentes de tráfico, violencia deliberada, tanto autodirigida, como hacia otras personas, suicidio, malos tratos, y comportamientos delictivos[lxxv, lxxvi].

También se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de hígado, cáncer de colon, cirrosis y algunas enfermedades digestivas y del tracto respiratorio[lxxvii], todas ellas incluidas entre los problemas de salud más prevalentes entre las personas mayores.

En este grupo de edad también se producen un mayor número de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol y medicamentos[lxxviii1].

Los hombres consumen alcohol más habitualmente que las mujeres[7], aunque en estas el consumo puede estar menos visible. Una de cada cuatro personas mayores consume vino de manera cotidiana. Es necesario poner de relieve la adherencia de este consumo en la cultura tradicional.

Junto con los efectos perjudiciales, el consumo de alcohol conlleva innumerables costes económicos[lxxix]. En los países desarrollados el alcohol es la tercera causa principal de salud deficiente después del hábito de fumar y la hipertensión[lxxx].

Es necesario hacer constar la escasa información que existe sobre los problemas de las personas mayores en general y sobre este tema en particular. Muchas de las publicaciones no tienen en cuenta este grupo etario y aun más difícil resulta encontrar datos desagregados por sexo.

Por ello, formulamos las siguientes **recomendaciones:**

7.- Desarrollar campañas divulgativas dirigidas a la prevención del daño que puede derivarse del consumo de alcohol.

"El consumo de alcohol y los problemas derivados del mismo permanecen aun muy invisibles entre la población de mayor edad y, más aun, entre las mujeres mayores"

8.- Garantizar un tratamiento accesible, eficaz, flexible, basado en la mejor evidencia científica y adaptado a sus circunstancias, a aquellas personas mayores con problemas relacionados con el alcohol[lxxxi].

A título enunciativo, sugerimos la implementación de las siguientes acciones:

a) Impulsar cumplimiento de la legislación actual en relación con el consumo de alcohol.

b) Detectar precozmente el consumo de alcohol entre las personas mayores en el medio sanitario, cuantificar el consumo y aconsejar su cese de forma periódica y estar alerta ante síntomas o signos de abuso[lxxxii, lxxxiii]. Especial atención a la detección precoz y abordaje de las mujeres mayores. Grado de recomendación B.

c) Impulsar un enfoque coordinado que implique a los servicios sanitarios, sociales, sistema judicial, grupos de autoayuda, así como todos aquellos agentes que pudieran intervenir en el proceso.
d) Apoyar a las redes y organizaciones no gubernamentales que posean experiencia y competencia con el fin de reducir los daños ocasionados por el alcohol.

2.5.- SALUD BUCODENTAL

El mantenimiento de una boca sana previene la aparición de problemas, tanto específicos de salud bucodental, como de otros problemas funcionales derivados, relacionados con la masticación y con las habilidades para comer. Todo ello tiene repercusiones, no sólo sobre el estado nutricional, sino también sobre otros aspectos que tienen que ver con la comunicación o la propia imagen y que pueden incidir en el bienestar de las personas y en su calidad de vida.

Entre los principales problemas de salud bucodental que afectan a la población de mayor edad, destacan: el desgaste dentario, la caries, la enfermedad periodontal, los cuidados de las prótesis dentales, el cáncer oral, la xerostomía,

la candidiasis oral, las reacciones de la mucosa oral frente a medicamentos y otros trastornos mucocutáneos[lxxxiv].

Su aparición (especialmente la de aquellos problemas de mayor prevalencia como son la caries y la enfermedad periodontal), está ligada a factores de riesgo prevenibles y a cambios en los estilos de vida, entre los que cabe señalar, la falta de buenos hábitos de higiene oral, la dieta (consumo de azúcares), las condiciones nutricionales, el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y el estrés[lxxxv,lxxxvi].

Algunas enfermedades como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares y respiratorias[1] y los efectos adversos de algunos tratamientos también pueden aumentar este tipo de problemas.

Otros factores que pueden incidir están relacionados con aspectos socioeconómicos y ambientales como son los bajos ingresos, los problemas de dependencia y de transporte para aquellas personas que viven solas, existencia de barreras arquitectónicas y falta de adaptación para el acceso en los centros y clínicas odontológicas[lxxxvii] que, en definitiva, provocan una mayor complejidad para acceder a los servicios y a una adecuada atención bucodental.

A tal fin, **recomendamos**:

9.- Favorecer una correcta salud bucodental a lo largo de toda la vida a fin de prevenir problemas específicos, funcionales, nutricionales, así como otros que afectan a la comunicación o la propia imagen y que inciden en el bienestar de las personas y en su calidad de vida.

Para la puesta en marcha de la recomendación precedente sugerimos la implementación de las siguientes **acciones**:

a) Fomentar las recomendaciones relacionadas con el autocuidado[lxxxviii].

- Mantener unos hábitos adecuados de higiene oral.
- Utilizar pastas dentífricas, enjuagues y colutorios fluorados.
- Disminuir el consumo de azúcares en la dieta (cantidad, frecuencia y tipos).
- Dejar de fumar.
- Disminuir el consumo de alcohol.

b) Incorporar la detección precoz de problemas bucodentales en el "Examen de salud a las personas mayores de 65 años" que se realiza desde los Centros de Atención Primaria del SSPA[lxxxix].

c) Mejorar la atención de las personas afectadas por las enfermedades bucodentales (fundamentalmente caries y enfermedad periodontal), abarcando todas las etapas de intervención frente a estas enfermedades: promoción de salud bucodental, prevención y control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y rehabilitación e incluyendo medidas específicas para la atención de la salud bucodental de las personas mayores.

2.6.- SEXUALIDAD SALUDABLE

La cultura occidental ha mantenido tradicionalmente al sexo y la sexualidad como algo tabú y más aún en relación a algunos grupos de población, como es el caso de las personas mayores (y todavía más en el caso de las mujeres), asignando a la sexualidad a esta edad una serie de prejuicios, ideas erróneas y negativas, que han pasado a formar parte del imaginario colectivo y que contribuyen a dificultar la vivencia de una buena sexualidad y un buen envejecer. Todo ello ha contribuido a que las propias personas mayores se automarginen y supriman su sexualidad como capacidad, como valor y, en definitiva, como una oportunidad para aumentar su calidad de vida[xc].

Las personas mayores han acumulado una gran experiencia vital y en esta etapa de la vida pueden disponer de tiempo para desarrollarla y disfrutarla, ya que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y, aunque puedan existir limitaciones físicas propias de la edad, se trata de personas que siguen teniendo una intensa necesidad de contacto y de comunicación[xci, xcii, xciii].

La capacidad de disfrutar de la afectividad y la sexualidad es un aspecto en continuo desarrollo en la vida de las personas hasta su muerte. No hay razones para considerar que el proceso de envejecimiento nos conducirá a una etapa en la que la sexualidad desaparece, pues no hay que olvidar que la sexualidad no radica sólo en el coito, sino que a través de otros actos (besos, caricias…) se establecen relaciones afectivas esenciales para el desarrollo psicoafectivo también de las personas mayores, fomentando su autoestima, haciendo que se sientan objeto de cariño y, en definitiva, colaborando a hacer la vida más agradable[xciv,xcv]. De hecho, existen estudios dirigidos a conocer la percepción de la sexualidad para las personas mayores en los que se conceptualiza al sexo como un elemento importante de la relación emocional en esta etapa[xcvi].

Además, como en otros muchos aspectos, en el caso de la sexualidad lo que ocurra al envejecer se puede ir conformando desde mucho antes y depende, en buena medida, de cada individuo: aquellos sujetos que han tenido una vida sexual activa y gratificante, tienen una elevada probabilidad de mantener ese nivel de satisfacción de mayores. Igual ocurre con

aspectos relacionados con la autoestima y la autoimagen: aquellas personas con un elevado nivel de autoestima y una imagen positiva de si mismas, parecen tener una mayor probabilidad de satisfacción sexual[xcvii].

Existe un gran desconocimiento y desinformación sobre el envejecimiento en general y la sexualidad en particular. Quienes ejercen profesiones relacionadas con la atención a las personas mayores, así como familiares y personas cuidadoras, han de colaborar para eliminar las barreras, incluidas sus propias barreras personales y las que también están presentes entre la población más mayor, mediante medidas informativas y educativas y, sobretodo mediante el respeto[xcviii].

Por ello, es importante que, tanto las personas mayores como el resto de la población, reciban los conocimientos adecuados y conozcan cuáles son las expectativas reales en cuanto a su sexualidad[xcix].

Actualmente la Consejería de Salud está poniendo en marcha un plan para fomentar la salud sexual entre las personas mayores que incluye[c]:

- La promoción de entornos favorables para la salud sexual.
- La sensibilización de la ciudadanía sobre la importancia de la salud sexual, mediante el desarrollo de estrategias de comunicación destinadas a promover una imagen positiva de la salud sexual en las personas mayores.
- La participación de las personas mayores en las actividades promotoras de la salud sexual.
- La promoción de líneas de investigación que permitan conocer la situación de la salud sexual de las personas mayores y los conocimientos y actitudes de los y las profesionales del SSPA.
- La incorporación de la salud sexual a la práctica clínica del SSPA.
- La capacitación a profesionales y agentes sociales que juegan un papel en la atención a personas mayores mediante diversas estrategias formativas y el fomento de las buenas prácticas.

El Plan de Promoción de Salud Sexual para personas mayores en Andalucía garantizará, en definitiva, la información, el dar a conocer, apoyar y aumentar la capacidad de las personas mayores para vivir como personas sexuadas y sexuales desde la integralidad, la autonomía personal, la igualdad y la equidad.

Recomendamos:

10.- Favorecer desde la sociedad y desde las instituciones, la normalización de la sexualidad de las personas mayores[ci].

A título enunciativo, sugerimos la implementación de las siguientes acciones:

a) Establecer estrategias que propongan una actitud positiva hacia la sexualidad en las personas mayores[xxv] y reduzcan las falsas creencias y temores (asociar vejez a ausencia de sexualidad, los condicionantes religiosos, la dominación masculina, miedo al ridículo…).

b).- Propuesta de medidas para la normalización de la salud sexual[ciii]:

1. Que cada persona disponga de su intimidad.

2. Respeto a la libertad sexual de cada persona.

3. Facilitar el establecimiento de relaciones a través de actividades lúdicas (bailes, viajes, etc.) tanto dentro de la institución como entre instituciones.
4. Disponer de profesionales que puedan informar adecuadamente y asesorar individualmente o en pareja en esta materia a quienes lo deseen.

5. Favorecer el estudio y la investigación en este campo.

6. En las residencias:

a. Garantizar la privacidad en las habitaciones.

b. Respetar el derecho a compartir habitación, si así lo desean las personas implicadas, facilitando esa posibilidad desde el punto de vista de recursos.

2.7.- SALUD MENTAL

El envejecimiento supone un aumento del riesgo de enfermedades mentales con especial referencia a la depresión[civ]. Los factores psicológicos, incluyendo inteligencia y capacidad cognitiva (capacidad de resolver problemas y adaptación a los cambios y a las pérdidas) son fuertes predictores del envejecimiento activo y la longevidad[cv]. La disminución de la función cognitiva se asocia con mayor mortalidad en personas mayores sin demencia[cvi].

Aspectos de salud mental como el deterioro cognitivo y los trastornos del estado de ánimo se consideran en varios estudios de cohortes prospectivos como criterios de fragilidad de las personas mayores[cvii, cviii, cix] así como en consensos de grupos de expertos en nuestro país[cx]. Como factores clave para el envejecimiento satisfactorio se han determinado en estudios longitudinales a largo plazo (desde la adolescencia hasta la vejez) que la situación y conductas de salud antes de los 50 años condicionan el tipo de envejecimiento de las personas. En concreto son predictores la estabilidad emocional y el estilo de afrontar las situaciones[cxi, cxii].

La deteriorada imagen social del envejecimiento contribuye de forma importante a la falta de adaptación a las etapas avanzadas de la vida y a la baja autoestima de las personas mayores como co-

lectivo. Esta depreciación de la imagen de las personas de mayor edad, denominada "antiageing", cumple una función consumista en la que la población trata de retardar u ocultar su envejecimiento mediante la cosmética, la moda, productos alimenticios o cirugía.

En los últimos años se ha iniciado una importante actividad investigadora sobre el mantenimiento y mejora de la actividad cerebral a lo largo de la vida. La estimulación mental, utilizando actividades cognitivas desafiantes, es un medio de mejorar la plasticidad neuronal que puede mejorar la reserva cognitiva y permitir el mantenimiento e incluso la mejora del funcionamiento cognitivo[cxiii].

De igual modo, debe contribuir a una mejor salud mental en el envejecimiento el avance de los factores externos que ayuden a mejorar la situación general y las oportunidades de vida de los mayores.

Se proponen formular y aplicar estrategias destinadas a mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento de las enfermedades mentales en las personas mayores, con inclusión de procedimientos de diagnóstico, medicación adecuada, psicoterapia y capacitación de profesionales y personal que atienden a las y los mayores[cxiv]. En especial se hace referencia a elevar la calidad de la evaluación y diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados en las primeras etapas de su manifestación, a mejorar el infradiagnóstico de la depresión, y a actuar sobre las altas tasas de suicidio en las personas mayores[cxv].

La prevención en salud mental en el envejecimiento debe desarrollarse con **perspectiva de género** debido a que:

- Las situaciones de desigualdad que soportan las mujeres se configuran en factores de riesgo para una peor salud mental.

- El estado de salud de las mujeres ancianas es peor que el de los hombres[cxvi] (66% de mujeres mayores de 65 años tiene algún grado de dependencia) y se da un mayor impacto de las enfermedades en las mujeres por "otras" desigualdades vinculadas al género, ya que la dependencia y la discapacidad se relacionan con las bajas pensiones, menores niveles educacionales y clase social desfavorecida[cxvii].

- Las mujeres ancianas siguen siendo cuidadoras en el ámbito doméstico. El paso a la ancianidad no rompe el modelo varón- consumidor de cuidados, mujer-prestadora de cuidados. Las mujeres ancianas cuidan de sus maridos o hijos adultos con problemas de salud[cxviii].

- Las expectativas de las mujeres respecto a la ancianidad son peores que las de los varones. Las expectativas de la familia y la sociedad también.

- La mayor frecuencia de los trastornos mentales en las mujeres.

■ La frecuente medicalización de los malestares de las mujeres.

Así, **recomendamos**:

11.- Incluir a todas las personas mayores en todas las estrategias de promoción de la salud mental que se impulsen desde los diferentes ámbitos.

Promover en los espacios comunitarios y sociales de reunión de las personas mayores actividades informativas y educativas sobre estimulación mental, relaciones sociales, ocio, etc.

12.- Promover el entrenamiento de la memoria, la estimulación mental y las estrategias de compensación mental, así como la formación de profesionales que promocionan estas actividades de estimulación cognitiva (Silver Paper).

13.- Promover la capacitación de las personas para mejorar la autoeficacia, resolución de problemas[cxix], conducta prosocial y capacidad de afrontamiento a lo largo del ciclo vital (Active Ageing).

14.-Tener en cuenta la influencia de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en la salud mental de éstas, con el objeto de impulsar medidas de discriminación positiva.

15.- Formular y aplicar estrategias destinadas a mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento de las enfermedades mentales en las personas mayores, con inclusión de procedimientos de diagnóstico, medicación adecuada, psicoterapia y capacitación del personal que atiende a este subgrupo de población[cxx] elevando la calidad de la evaluación y diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados en las primeras etapas de su manifestación, mejorar el infradiagnóstico de la depresión, y reducir las altas tasas de suicidio en las personas mayores[cxxi].

A título enunciativo, sugerimos la implementación de las siguientes **acciones**:

a) Generalizar los programas de mantenimiento de la memoria y de estimulación cognitiva dado que la estimulación cognitiva es una intervención eficaz cuya utilidad se mantiene a largo plazo (5 años) [cxxii] y se extiende a la capacidad funcional general de las personas, existiendo sinergias entre la mejora de una función cognitiva concreta y la capacidad general[cxxiii].

b) Divulgación de la información sobre síntomas, tratamiento, consecuencias y pronóstico de las **enfermedades mentales**.

c) Incluir en los servicios la promoción de la dignidad personal a fin de atender las necesidades de las personas de edad con trastornos mentales (Plan Madrid).

"Se debe promover la capacitación de las personas para mejorar la autoeficacia, resolución de problemas, conducta prosocial y capacidad de afrontamiento a lo largo del ciclo vital"

d) Mejorar la formación de las y los profesionales de la salud en la detección y evaluación de los trastornos mentales.

e) Realizar **acciones de promoción y prevención en salud mental.** El PAPPS define los siguientes subprogramas en el programa general de salud mental para personas adultas-mayores[cxxiv]:

- Atención a las personas con pérdida de funciones psicofísica.
- Cuidado de pacientes terminales y su familia.
- Pérdida de familiares o personas allegadas.
- Jubilación.
- Cambios frecuentes de domicilio en personas mayores.
- Violencia doméstica.
- Malos tratos a personas ancianas.
- Detección precoz de los trastornos de ansiedad-depresión.
- Prevención del suicidio.

3.- PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

La OMS, dentro de su estrategia de Envejecimiento Activo, enfatiza el papel de la Prevención.

En este documento nos centraremos fundamentalmente en la prevención de la situación de dependencia.

Esto supone tomar en consideración los siguientes elementos:

- Prevenir las enfermedades o los problemas de salud potencialmente causantes de fragilidad, deterioro funcional o discapacidad.
- Prevenir que, una vez adquiridas, esas enfermedades evolucionen hacia la discapacidad.

- Evitar que las personas con discapacidad entren en riesgo de dependencia.

- Y, finalmente, detectar precozmente ese riesgo y reducirlo.

Los factores que precipitan a una persona con discapacidad o en situación de fragilidad hasta una situación de dependencia son:

- La severidad de la causa del deterioro funcional o de la discapacidad, que determina el grado de recuperación posible de la funcionalidad perdida.

- La rapidez y la calidad del diagnóstico y tratamiento de la causa que puede ser determinante de la pérdida de función.

- La rapidez y la calidad del tratamiento rehabilitador, que es decisiva sobre la recuperación de la función perdida, sobre todo en las enfermedades que afectan a la motricidad y el lenguaje.

- La rapidez y calidad de la incorporación a actividades sociales que resulta determinante en la recuperación en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente por su efecto sobre la limitación funcional.

- La rapidez y la calidad del plan de cuidados que se establezca.
- El apoyo psicológico a la persona en riesgo de dependencia y a quienes le cuidan.
- El soporte social a la persona en riesgo de dependencia y a quienes le cuidan.

3.1.- PREVENCIÓN PRIMARIA

Entre las acciones más recomendadas para prevenir la aparición de problemas de salud que puedan llevar a situación de dependencia se encuentran:

3.1.1. Inmunizaciones

Dentro de la población adulta, existe un porcentaje significativo de morbimortalidad producida por enfermedades que son evitables mediante la administración de vacunas, la mayor parte debida a la infección gripal y sus complicaciones y a las infecciones por los virus de la hepatitis A y B.
Por otra parte, las personas adultas son susceptibles a enfermedades frente a las que se les supone protegidas, debido a que en su momento no recibieron alguna de las vacunas infantiles o por la desaparición, con el paso del tiempo, de la inmunidad adquirida.

Todo ello justifica la integración de la persona mayor en el sistema de protección frente a la enfermedad, conferido por las vacunas, así como una mayor atención al perfil de protección inmunitario de la población adulta, a las estrategias adecuadas para potenciar su protección y al impacto en la salud y bienestar general de las estrategias utilizadas, especialmente en el caso de la población de mayor edad.

En el caso de las inmunizaciones, existe alto grado de evidencia disponible (Nivel A) sobre el beneficio de la vacunación de gripe y neumococo en población adulta de riesgo[cxxv]. Igualmente existe evidencia (nivel B) sobre los beneficios de la inmunización en población adulta de riesgo frente a la hepatitis B y tétanos/difteria.

En Andalucía, dentro del SSPA esta evidencia disponible ha permitido incluir la vacunación de manera específica en personas mayores, dentro del examen de salud para mayores de 65 años, puesto en marcha desde el año 2008, promoviéndose desde este programa la vacunación antigripal, neumocócica y de difteria/tétanos[cxxvi].

Recomendamos:

16.- Informar y concienciar a la población de personas mayores de 65 años de la efectividad de la vacunas de la gripe, y de difteria/tétanos, y la neumocócica en los casos en los que exista una patología crónica previa que clínicamente lo justifique.

Para ello, sería conveniente poner en marchas, las siguientes **acciones**:

a) Realizar campañas de vacunación en los periodos establecidos.

b) Fomentar la captación activa entre las personas mayores para proceder a su vacunación.

-El soporte social a la persona en riesgo de dependencia y a quienes le cuidan.

3.1.2.- Prevencion de accidentes

Los accidentes son la segunda causa en importancia en el acortamiento de los años potenciales de vida en los países europeos[cxxvii]. Las personas mayores están probablemente más expuestas a las lesiones que las más jóvenes, debido a la cronificación de enfermedades y a la reducción de la visión, el movimiento y el equilibrio propios del envejecimiento.

Una de las principales limitaciones a la hora de abordar los accidentes es la idea de fatalidad, casualidad, azar o inevitabilidad que los rodea. Los accidentes se han asociado a lo imprevisible, con la carga de resignación que esto conlleva. El mensaje que se oculta detrás de esta concepción dificulta toda posibilidad de prevención, ya que aparentemente nos enfrentamos al "azar" o al "destino". Sin embargo, hoy día podemos afirmar, tal y como lo hizo la Organización Mundial de la Salud en 1961, que "el accidente no es accidental[cxxviii]."

Desde el ámbito de la salud y los servicios sanitarios, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaboró en el año 2007 el Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad. Desde la óptica de

"Medidas preventivas de accidentes adaptadas a los diferentes estilos de vida de las personas mayores"

este Plan, la prevención de accidentes se plantea con los siguientes principios:

1.- Centrado en la persona.
2.- Con carácter intersectorial.
3.- Equitativo y solidario.
4.- Integrado.
5.- Orientado a resultados.

Los estudios realizados en este sentido indican que el número total de accidentes entre personas mayores de 65 años es proporcionalmente menor que entre el resto de la población. Ocurren con mayor frecuencia en el domicilio que en el exterior debido a la ausencia de actividad laboral y al mayor tiempo de permanencia en el hogar. Así, las actividades más involucradas en los accidentes en mayores son las domésticas y las derivadas de dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria, como el aseo o los desplazamientos dentro del hogar.

Respecto a los accidentes de tráfico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene señalando, a través de sus informes anuales, cómo una de las principales causas de muerte entre las personas mayores son los accidentes de circulación. En nuestro país, los niveles de accidentalidad que presentan las personas mayores de 65 años revelan su condición de grupo de riesgo, particularmente en su condición peatonal. Además, los accidentes de circulación que afectan a peatones y conductoras y conductores mayores de 65 años no se producen de una forma homogénea, sino que siguen unos patrones específicos[cxxix]. Cada tipo de accidente presenta una casuística peculiar y sus frecuencias vienen explicadas por una combinación concreta de las variables socio-personales.

Las variables diferenciadoras de los tipos de accidentes según los diferentes estudios analizados son: edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión y nivel de estudios, así como la zona de la ciudad en la que habita, y afectan tanto a peatones y peatonas como a quienes conducen.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto con relación tanto a los accidentes domésticos como a los accidentes de tráfico, las medidas preventivas deben tener en cuenta todos los factores que los condicionan. Las medidas de carácter general serán escasamente efectivas si no se tienen en cuenta condicionantes como pueden ser:

- Sexo: los accidentes domésticos afectan en mayor número a las mujeres, al igual que los accidentes de tráfico como viandantes[cxxx], por lo que se aconseja desarrollar medidas de prevención específicas para mujeres.

- Nivel socioeconómico: los accidentes de tráfico como peatones afectan más a personas mayores con un nivel de cualificación y un nivel económico bajo.

Un estudio publicado en España en 2009 concluye que las intervenciones más efectivas para reducir los accidentes (en este caso de tráfico) son aquellas que reducen o eliminan el riesgo y que no dependen del cambio de comportamiento de las personas ni de sus conocimientos. También según dicho estudio, las intervenciones basadas exclusivamente en la educación no son efectivas para reducir las lesiones[cxxxi].

Por todo ello, **recomendamos**:

17.- Establecer medidas específicas desde las diferentes administraciones para disminuir los factores de riesgo que provocan accidentes en las personas mayores tanto, en el entorno privado como en el exterior.

Para la puesta en marcha de la recomendación expuesta, estimamos necesario implementar las siguientes **acciones**:

a) Desarrollar el Plan Integral de Accidentabilidad de Andalucía.

b) Fomentar las adaptaciones del hogar para las personas mayores.

c) Cumplimiento de las normativas existentes en cuanto a seguridad y accesibilidad.

3.1.3. Prevención De Caídas

La Organización Mundial de la Salud define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas en las personas mayores suponen un problema de salud escasamente valorado para la magnitud que en sí mismo poseen, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias inmediatas y a largo plazo. Las caídas son una de las principales causas de lesiones, incapacidad y muertes. En sí mismas constituyen un marcador de fragilidad[cxxxii,cxxxiii].

Un tercio de las personas mayores sufren caídas todos los años, cerca de la mitad lo hacen más de una vez[cxxxiv,cxxxv] y son mas frecuentes en mujeres que en hombres. Estas cifras aumentan con la edad, en las personas mayores frágiles y en aquellas que viven fuera del entorno familiar. De hecho la frecuencia de caídas aumenta a un 40% en personas mayores de 80 años.
Un 30-55% de las caídas presentadas por las personas mayores de 65 años tienen como resultado lesiones menores y aproximadamente el 6% de ellas originan fracturas[cxxxvi,cxxxvii,cxxxviii], siendo la cuarta parte de ellas de cadera. En España, concretamente, entre el año 2000-2003 se comunicaron 107.718 casos de fractura de cadera en personas mayores de 65 años[cxxxix].

Es posible actuar previniendo las caídas mediante educación para la salud y la detección de los factores de riesgo[cxl.cxli]. Es fundamental conocer los factores de riesgos que favorecen las caídas para intentar localizarlos y, si es posible, modificarlos.

Habitualmente las caídas tienen un origen multifactorial[cxlii,cxliii]. Cuantos más factores confluyan, mayor será el riesgo de caídas. La corrección de estos factores, aunque sea parcial, disminuirá el número de caídas.

Los factores de riesgo se clasifican en:

- **Factores intrínsecos**, relacionados con la persona. Vienen determinados por los cambios fisiológicos relacionados con la edad, sexo, patologías agudas o crónicas y el consumo de fármacos.

■ **Cambios fisiológicos relacionados con la edad**: deterioro de los sistemas visual, vestibular y propioceptivo, los cuáles son fundamentales para mantener el equilibrio. Además el sistema nervioso central también experimenta cambios que dificultan el control postural, como son la pérdida de neuronas y la reducción en el riego sanguíneo.

■ **Las patologías** que con mayor frecuencia se asocian a las caídas son aquellas que afectan al sistema neurosensorial (vértigo, demencia, enfermedad de Parkinson y déficit visuales), al sistema cardiovascular (trastornos del ritmo, síncopes, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, hipotensión ortostática, etc.), sistema músculoesquelético (disminución de masa muscular con pérdida de fuerza, artrosis, osteoporosis).

■ **El consumo de fármacos**: las personas mayores, debido a que padecen varias enfermedades, están sometidos a tratamientos simultáneos con el riesgo de interacciones y efectos adversos farmacológicos. Los fármacos que se relacionan con mayor riesgo de caídas son las benzodiazepinas, algunos

hipnóticos[cxliv,cxlv,cxlvi,cxlvii], neurolépticos, antidepresivos[cxlviii,cxlix,cl], anticonvulsivantes, algunos antiarrítmicos, vasodilatadores, diuréticos, antihipertensivos y antihistamínicos. El riesgo aumenta más aún si las personas ancianas están polimedicados con 4 o más fármacos. Habría pues que valorar los beneficios de la medicación frente al riesgo que estas suponen para cada paciente[cli].

- **Factores extrínsecos** que son fácilmente modificables. Entre ellos merecen especial atención:

■ **El tipo de calzado**: es recomendable que sujete bien el pie, a poder ser cerrado y de tacón bajo.

■ **El mobiliario**: a veces no está adaptado a las incapacidades. Así, es frecuente encontrar muebles de cocina demasiado altos o bajos, sillas demasiado bajas (que dificultan el cambio de sedestación a bipedestación), camas altas y estrechas (que complican el acto de levantarse y acostarse), etc. También se ha tener en cuenta la presencia de alfombras u obstáculos que dificulten el paso[clii].

■ **La iluminación** del domicilio también es importante.

■ **El cuarto baño** es una zona de riesgo para las caídas. Así las bañeras altas, sin antideslizantes, sin barras de sujeción y los retretes bajos son circunstancias que favorecerán las caídas.

■ **Las circunstancias meteorológicas** (lluvia, nieve) influyen en la incidencia de caída y fracturas. Por ejemplo, la mayor incidencia de fractura de cadera se da en invierno (25.8%) y la más baja en primavera (24.1%).

■ **Otras**: Las zonas de obras, barreras arquitectónicas (escaleras altas, ausencia de barras laterales de agarre), subir y bajar de transportes públicos, etc. pueden actuar como desencadenantes de caídas.

Por todo lo anteriormente referido, **recomendamos**:

18.- Evitar los factores de riesgos de las caídas:

■ Mejorando la calidad de vida de las personas y los problemas de salud que las favorecen y prestando especial atención a las enfermedades que más afectan al equilibrio y la postura, así como a la polimedicación.

■ Adaptando el entorno a las características y necesidades de las personas mayores incluyendo las prendas personales, el domicilio y el barrio.

a) Prevención primaria

Actividad	Nivel de Evidencia
Programas dirigidos a > 80 años	B
Programas dirigidos a > 65 años en los que se demuestren déficits no severos de fuerza, equilibrio y disminución de fuerza en extremidades y autonomía de movimiento	C
Clases de Tai Chi para entrenamiento del equilibrio en personas ancianas no seleccionadas que viven en la comunidad	B
Priorizar programas preventivos que incluyan más de una intervención	A
Factores específicos objetivo: corregir hipotensión postural, racionalización de fármacos e intervenciones para mejorar el equilibrio, la transferencia y la marcha	B
La valoración en domicilio de incapacidades y educación en las áreas de riesgo con posterior derivación a los profesionales de la salud, reduce las caídas	C
La modificación de los obstáculos en el domicilio es efectiva, debiendo ser realizada por profesionales de la salud con entrenamiento y especialmente dentro de intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.	B
La corrección quirúrgica de las cataratas en las mujeres mayores de 70 años ha demostrado efecto en la reducción de las caídas. La corrección de los trastornos visuales es de eficacia incierta, aunque se aconseja dentro de intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.	B/C
Se aconseja retirar la medicación psicotrópica que no sea imprescindible y cuando no sea posible reducir su posología, sobre todo, en intervenciones multidiciplinarias/multifactoriales.	B
La Vitamina D puede tener un efecto favorable, aunque es preciso administrar dosis elevadas e individualizar el tratamiento.	B/C

A título ejemplificativo, proponemos las siguientes **acciones**:

b) Prevención secundaria

Actividad	Nivel de Evidencia
La identificación y abordaje multidisciplinar posterior por personal sanitarios de residentes en la comunidad atendidos por caídas en urgencias, reduce las caídas	B
La valoración de personas ancianas institucionalizados que han tenido al menos una caída, con desarrollo de planes de tratamiento individualizados y educación personal, disminuye las caídas	B

c) Prevención terciaria

Su finalidad es reducir las consecuencias de la caída tanto a nivel de incapacidad física como psíquica:

Actividad	Nivel de Evidencia
Enseñar a las personas mayores a levantarse: evitar el "Long-lie"	C
Rehabilitar la estabilidad: primero en sedestación, luego en bipedestación. Programas de ejercicios.	C
Reeducar la marcha: si es preciso ayuda con dispositivos ortopédicos.	C
Psicoterapia de apoyo	C

3.1.4.- Mantenimiento de la movilidad

Con el paso de los años se aprecia una disminución de la movilidad articular y un aumento de la rigidez de cartílagos, tendones y ligamentos, lo que induce una mayor susceptibilidad para padecer lesiones musculares por sobrecarga.

A nivel psicomotriz se produce una reducción del repertorio motriz, enlentecimiento de los reflejos, descenso del tono motriz y modificaciones en la marcha tales como pasos más lentos, cortos y planos y pérdida del balanceo de manos. Los cambios a nivel de las cinturas escapular y pélvica, junto con diversas alteraciones de la columna vertebral motivan alteraciones estáticas en las personas mayores.

A medida que avanza la edad, las personas experimentan una disminución de la masa muscular, de la densidad mineral ósea y de la fuerza, contribuyendo todo ello a un mayor índice de fatiga. Se han postulado muy diversas causas, pero entre ellas, la principal es la inactividad física[cliii,cliv,clv,clvi,clvii,clviii,clix,clx,clxi,clxii,clxiii,clxiv,clxv].

Todos estos cambios condicionan un progresivo debilitamiento muscular, con la consiguiente afectación de la movilidad y un mayor riesgo de caídas y traumatismos.

A nivel neurológico, con la edad se disminuye la velocidad de conducción nerviosa lo que motiva diversos cambios que influyen en la movilidad de las personas mayores, deteriorándola. El ejercicio regular podría contribuir a mantener la función neurológica[clxvi, clxvii, clxviii].

Todos estos cambios funcionales de origen fisiológico se ven agravados por un diseño urbanístico y de los medios de transporte que no está pensado para personas con déficit de movilidad, proyectados por una sociedad acostumbrada a no pensar mucho en las personas mayores y en sus déficits funcionales.

La actividad física realizada regularmente ayuda a prevenir la pérdida excesiva de masa muscular, de fuerza muscular y de densidad mineral ósea. Además mejora la flexibilidad, la velocidad de la marcha y el equilibrio, evitando las caídas y las consecuencias económicas y sociales de éstas[clxix,clxx,clxxi,clxxii, clxxiii, clxxiv].

Por ello, **recomendamos**:

19.- Implantar programas específicos para paliar el deterioro en la movilidad que sufren las personas mayores a consecuencia del proceso natural de envejecimiento, teniendo en cuenta:

- Favorecer el mantenimiento de la movilidad y promover el ejercicio adaptado.

- Realizar un diseño urbanístico y de los medios de transporte que tenga en cuanta las limitaciones y particularidades de la movilidad de las personas mayores.

- Promover campañas de concienciación dirigidas hacia las personas sin limitación de la movilidad.

Sugerimos la puesta en marcha de las siguientes **acciones**:

a) Mejorar el diagnóstico y tratamiento de los déficits de movilidad entre profesionales de la salud.

b) Elaborar una guía de la movilidad en personas mayores.

c) Incluir normas en el diseño urbanístico y en el de los medios de transporte, para facilitar la movilidad de personas con déficit de movilidad de la persona mayor.

d) Incluir en el diseño de programas de ejercicio para mayores estrategias que mejorando la fuerza muscular, el equilibrio, la flexibilidad articular y velocidad de reacción, mejoren la situación de movilidad del mayor.

e) Realizar campañas de concienciación en las que se pongan de manifiesto que conductas insolidarias motivan problemas de movilidad a otras personas (aparcar en pasos de peatones, prisas y empujones en accesos a medios de transporte).

3.1.5.- Prevención del cáncer

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. Es, según el Informe "Las personas mayores en España" (2008)[clxxv], la segunda causa de mortalidad para la población general y para las personas de edad. Estos datos coinciden con los del Instituto de Estadística de Andalucía[clxxvi], según el cual la primera causa de mortalidad para las mujeres y hombres mayores de 75 años son las enfermedades circulatorias, seguida del cáncer y las enfermedades respiratorias.

La desagregación de los datos por sexos muestra que los cánceres con mayor incidencia en la población española son:

Mujeres	**Hombres**
Mama	Pulmón
Colon y recto	Próstata
Cuerpo útero (endometrio)	Colon y recto
Ovario	Vejiga urinaria
Estómago	Estómago

Todos estos cánceres son más frecuentes a medida que aumenta la edad de las personas, lo que unido al aumento de la esperanza de vida conlleva un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad a partir de los 80 años con respecto a edades anteriores[clxxvii].

A pesar de todo y gracias a los avances producidos en la investigación en los últimos 20 años, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia y/o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. Otros se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes que han sido identificados y se mencionan más adelante.

El índice de supervivencia de la enfermedad, definido como la proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido (5 años), es del 44% en hombres y del 56,4% en mujeres, según el estudio Eurocare-3 sobre la supervivencia del cáncer en Europa[clxxviii].

La prevención primaria del cáncer implica conocer y actuar sobre aquellos factores de riesgo asociados al desarrollo del mismo. El 35% de las muertes por cáncer en el mundo es atribuible a 9 factores de riesgo potencialmente modificables.

Algunos de los más importantes son:

1. Tabaco
2. Alcohol
3. Dieta
4. Exposición solar
5. Radiaciones ionizantes
6. Carcinógenos ocupacionales
7. Contaminación atmosférica
8. Agentes infecciosos
9. Diversos aspectos de la vida sexual y reproductiva
10. Herencia
11. Nivel socioeconómico

Basándose en la evidencia científica, el Código Europeo Contra el Cáncer[clxxix] establece las siguientes recomendaciones en relación a los estilos de vida:

1	No fumar; si se fuma, dejarlo lo antes posible. Si no se puede, nunca fumar en presencia de personas no fumadoras.
2	Evitar la obesidad.
3	Realizar alguna actividad física de intensidad moderada todos los días.
4	Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: comer al menos 5 raciones al día.
5	Limitar el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.
6	Si se bebe alcohol, ya sea vino, cerveza o bebidas de alta graduación, moderar el consumo a un máximo de dos consumiciones o unidades diarias si es varón, o a una si es mujer.
7	Evitar la exposición excesiva al sol. Es especialmente importante proteger a población infantil y adolescente. Las personas que tienen tendencia a presentar quemaduras deben protegerse del sol durante toda la vida.
8	Aplicar estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias que pueden producir cáncer. Cumpla todos los consejos de salud y de seguridad sobre el uso de estas sustancias. Aplicar las normas de protección radiológica.

Actualmente se dispone de pruebas científicas sobre la eficacia del cribado de cáncer de mama, cérvix y colorrectal, así como recomendaciones para otros cánceres de alta prevalencia. Las recomendaciones que se establecen con respecto a los cánceres más frecuentes señalados anteriormente son las siguientes:

CÁNCER DE PULMÓN

- Se recomienda realizar un consejo claro y personalizado para dejar de fumar.

- No hay datos suficientes para recomendar el cribado sistemático del cáncer de pulmón.

CÁNCER DE PRÓSTATA

- No hay pruebas científicas suficientes para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata en las personas asintomáticas.
- Los pacientes que soliciten ser cribados deben ser informados correctamente acerca de los beneficios y los riesgos del cribado y el tratamiento.

CÁNCER DE COLORRECTAL

- Se recomienda el cribado en las personas de riesgo medio partir de los 50 años, con alguna de las siguientes estrategias: SOH (Sangre Oculta en Heces) con periodicidad anual o bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.
- Se recomienda realizar una adecuada clasificación del grado de riesgo a través de una completa historia personal y familiar.
- En los individuos con pólipos adenomatosos esporádicos de riesgo se recomienda una colonoscopia a los 3 años de la resección, y si ésta es negativa o únicamente se han hallado 1 o 2 adenomas tubulares de tamaño < 10 mm, la siguiente exploración puede realizarse al cabo de 5 años.

CÁNCER DE MAMA

- Se recomienda realizar el cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.
- Se recomienda establecer la coordinación necesaria con los programas poblacionales de cribado del cáncer de mama.

CÁNCER DE OVARIO

- No hay pruebas científicas para recomendar el cribado sistemático del cáncer de ovario.

CÁNCER DE CUERPO ÚTERO (endometrio)

- Se recomienda proporcionar el consejo apropiado a las mujeres posmenopáusicas para que consulten ante cualquier sangrado vaginal.
- No hay pruebas científicas para recomendar el cribado sistemático del cáncer de endometrio en las mujeres asintomáticas.

CÁNCER DE CÉRVIX

- Consejo sobre protección en los contactos sexuales.
- Citología de Papanicolaou en las mujeres de 25-65 años. Al principio, 2 citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años.
- A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán 2 citologías con periodicidad anual y, si son normales, no se propondrán más intervenciones.
- No se ofrecerá cribado en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales, ni a las mujeres con histerectomía total.

CÁNCER DE PIEL

- Consejo sobre evitación de la exposición excesiva a la radiación solar y el uso de protectores solares.
- Campañas comunitarias que promuevan la prevención de la exposición excesiva a la radiación UV, en especial en las zonas turísticas y de ocio al aire libre.
- No hay datos suficientes para recomendar el cribado sistemático del cáncer de piel en la población general.
- Se recomienda la detección activa de los individuos con factores de riesgo para realizar consejo y explorar las posibles lesiones displásicas.

Así pues, formulamos la siguiente **recomendación**:[clxxx5]

20.- El cáncer es una enfermedad que se puede prevenir, tanto su aparición como sus impactos negativos una vez que se ha desarrollado. Para ello es necesario adoptar medidas en:

- Prevención primaria (consejos y estilo de vida): serían todas aquellas intervenciones dirigidas a reducir la probabilidad de aparición del cáncer o a aminorar o interrumpir su progresión incidiendo en los factores de riesgo asociados a su desarrollo.

- Prevención secundaria (cribado): tiene por objetivo detectar la enfermedad antes de que se manifieste clínicamente, en aquellas enfermedades en las que un tratamiento precoz permita mejorar su pronóstico.

3.1.6. Prevención de la obesidad

La obesidad se ha asociado a mayor riesgo de mortalidad total, de enfermedad cardiovascular, diabetes e hipertensión arterial[clxxxi]. La relación entre obesidad y mortalidad es menor en mujeres, personas mayores y sujetos con buena forma física.

Según el estudio epidemiológico EUROSTAT[clxxxii], **España** tiene entre los países europeos la tasa de obesidad más alta para las mujeres (13%) (junto con Finlandia) y para hombres (13,9%), así como un crecimiento rápido de esta tasa: en un periodo de cuatro años la obesidad creció un 10% para las mujeres y un 8.5% para los hombres. Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2006), la prevalencia media de obesidad es del 15,25% en población adulta y el sobrepeso alcanza al 37,43% de la población. Se hace hincapié en que si no se controla esta tendencia, pueden erosionarse severamente los logros de la longevidad saludable.

En un estudio poblacional realizado en **Andalucía**[clxxxiii] en personas entre 25 y 60 años se encuentra que el sobrepeso medido mediante IMC (25-29,9), afecta al 39% de la población analizada, siendo mayor en los hombres para todos los grupos de edad; la obesidad afectaría al 21,6% de la población, nivel muy superior al estimado para población española (13,4%) y mayor para mujeres a partir de los 40 años. La obesidad afecta al 15,6% de la población andaluza entre 2-24 años (media española 13,9%).

La **Estrategia NAOS**[clxxxiv] tienen como objetivo sensibilizar a la población del problema que representa la obesidad y promover iniciativas públicas y privadas que contribuyan a la adopción de hábitos saludables a lo largo de toda la vida y especialmente en infancia y juventud. Esta iniciativa tiene las características de superar el ámbito sanitario para incluir el educativo, empresarial (etiquetado, composición), medios de comunicación (regulación de publicidad y márketing)[clxxxv], deporte, hostelería (mejora de la composición de las comidas y aumento de la disponibilidad y oferta de alimentos saludables), universidades y asociaciones ciudadanas, así como considerar la alimentación y actividad física en un único mensaje, plasmado en la práctica en la **Pirámide NAOS** sobre estilos de vida saludables"[clxxxvi]. Esta pirámide tiene tres niveles que asocian las recomendaciones sobre alimentación y actividad física que deben desarrollarse con una determinada frecuencia: diariamente, varias veces por semana, y ocasionalmente.

El **Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía**[clxxxvii] se incardina dentro de las iniciativas de la Unión Europea (EU Platform on Diet Physical Activity and Health) y del Ministerio de Sanidad y Consumo (Estrategia NAOS) propo-

niendo líneas de actuación a desarrollar en diversos escenarios (escuela, sistema sanitario, municipios, empresas, movimiento asociativo...).

El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada[clxxxviii] (PAFAE) se articula en tres pilares: promoción de la lactancia materna, alimentación saludable y aumento de actividad física.

Las estrategias tienen que incorporar la **perspectiva de género** debido a:

- La obesidad afecta más intensamente a las mujeres, sobre todo en mujeres mayores de 60 años[clxxxix] .

- Necesidad de desarrollar programas de prevención y tratamiento de la obesidad específicos para mujeres[cxc].

La prevención de la obesidad debe tener en cuenta las **desigualdades sociales**. Asegurar a toda la ciudadanía el acceso a alimentos y entornos saludables es una responsabilidad de los gobiernos. Como también lo es asegurar un mínimo de educación y el acceso a empleo.

Es necesario el abordaje de las **estrategias publicitarias**, especialmente las que tienen como objetivo a la población infantil, dado que niñas y niños son considerados como vectores inductores al consumo con alto poder de decisión.

Es necesario desarrollar y aplicar una regulación ética a tales prácticas porque las y los menores no son capaces de diferenciar entre programas y publicidad e interpretan como realidad lo que se dice en un anuncio[cxci].

El PAPPS recomienda medir el perímetro abdominal en las personas que presenten un abdomen prominente de forma visual para determinar si tienen o no obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres) y en caso positivo proceder a la intervención sobre estilos de vida, dieta y actividad física[cxcii]. También es recomendación de la US Task Force[cxciii].

Se debe realizar consejo e intervenciones para perder peso en personas con obesidad (I conferencia de Prevención, Grado evidencia B).

Una revisión Cochrane[cxciv] sobre los efectos de las estrategias cognitivo-conductuales y algunas otras estrategias psicológicas para la reducción del peso encontró que los resultados eran mejores si se utilizaban intervenciones combinadas (terapia conductual+dieta+ejercicio).

Recomendamos:

21.- Promover que las personas mayores tengan un peso normal y evitar la obesidad y sus complicaciones.

"La obesidad es causa de importantes problemas de salud"

Para ello, proponemos las siguientes **acciones**:

a) Desarrollar campañas de información y fomento de alimentación saludable, con mensajes específicos para los grupos de población donde la obesidad es mayor.
b) Práctica de ejercicio físico regular y ajustado a las características de las personas mayores.

c) Seguimiento del peso y del IMC, (la conferencia de prevención propone el uso del IMC como medida estandarizada de valoración y seguimiento en todas las edades) (grado evidencia B).

d) Coordinación desde los ámbitos sanitarios, sociales, deportivos y medios de comunicación para que los mensajes que se transmitan sean claros y consensuados, con el fin de prevenir tanto la obesidad como la desnutrición.

e) No se recomienda el cribado sistemático de obesidad en la población, pero sí si existen enfermedades relacionadas (grado evidencia B) (I Conferencia de Prevención).

3.1.7.- Prevención de la desnutrición

La malnutrición en las personas mayores es un problema de salud prevalente, que puede llegar del 3-15% [cxcv] entre quienes viven en sus domicilios estando relacionado con multitud de factores fisiológicos (cambios corporales, problemas odontológicos, déficits sensoriales, enfermedades consuntivas, medicamentos), psicológicos (déficit cognitivo, problemas afectivos) económicos y socioculturales (aislamiento social, hábitos y costumbres, monotonía en la dieta, falta de información sobre nutrición).
º Las repercusiones del estado de desnutrición se extienden a la pérdida de funcionalidad e incapacidad[cxcvi, cxcvii], a importantes déficits orgánicos como el del sistema inmunitario[cxcviii] y al riesgo de mortalidad[cxcix, cc, cci].

Son múltiples los estudios que ponen de manifiesto que la malnutrición es una situación común, grave y frecuentemente no diagnosticada, cuya prevalencia es variable dependiendo de las zonas geográficas, el medio y la técnica con que se realice el estudio[ccii]. Estudios epidemiológicos muestran que del 5% al 10% de

la población mayor no institucionalizada está desnutrida; esta prevalencia aumenta hasta el 26% en pacientes que han sido hospitalizados por enfermedad aguda, y alcanza del 30 al 60% en pacientes que residen en instituciones[cciii], no habiéndose encontrado información desagregada por sexos.

Se ha de considerar adicionalmente la importante relación entre el estado nutricional y cognitivo[cciv]. Un grupo especial serían las personas con demencia, en quienes se asocian la pérdida progresiva de la capacidad para alimentarse por sí mismas y para elegir una dieta adecuada, las alteraciones de conducta negativa hacia la ingesta y la propia enfermedad, lo que produce una pérdida de peso desproporcionada respecto a la ingesta. En demencia tipo Alzheimer leve-moderada en domicilio se encuentra que pierden un 5% o más de su peso corporal en un año, y un 13% pierden más del 10%.
Debido a la frecuencia de la polifarmacia en las personas mayores, es importante considerar la repercusión de determinados grupos de fármacos sobre el estado nutricional[ccv].

Las recomendaciones nutricionales en este grupo de población deben orientarse según la situación funcional, de forma que se aboga por establecer varias categorías: personas mayores sanas, personas mayores afectas de procesos agudos hospitalizadas, personas mayores frágiles que viven en casa o residencias[ccvi]. Esta estratificación está corroborada por estudios que indican un orden creciente en la frecuencia de desnutrición: personas mayores sanas en la comunidad (1%); personas mayores frágiles con servicios de apoyo en casa (4%), pacientes en la comunidad con enfermedad de Alzheimer (5%), personas mayores hospitalizadas (20%) y personas mayores institucionalizadas (37%)[ccvii].

Deben considerarse la capacidad de comprar y preparar alimentos, las situaciones de emergencia y las situaciones de pérdida de funcionalidad y actividad que puedan limitar de forma transitoria o progresiva el acceso a la adecuada nutrición[ccviii]. Especial consideración tendrán las poblaciones de hombres mayores que, por los tradicionales roles de género, pueden tener un mayor desconocimiento para la preparación de alimentos.

La Conferencia de prevención de la dependencia propone para las personas mayores mantener un IMC en el normopeso o sobrepeso (grado evidencia B).

Propone también identificar las personas mayores en riesgo y modificar esos factores. Como detección se propone la valoración del peso y talla, siendo la pérdida de peso un indicador de riesgo de malnutrición. (grado evidencia C)

No existe evidencia que apoye la administración sistemática de suplementos nutricionales en personas mayores en general.

En aquellas personas mayores que no puedan alcanzar un adecuado aporte nutricional con la alimentación tradicional se propone la Alimentación Básica Adaptada que incluye enriquecedores de la dieta, dietas trituradas y modificadores de textura[ccix].

Por todo lo anteriormente expuesto, **recomendamos**:

22.- Fomentar la correcta nutrición entre las personas mayores, favoreciendo el peso normal y la ingesta adecuada de nutrientes.

3.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es muy importante intervenir lo más precozmente posible sobre aquellas alteraciones de la salud que pudieran llevar a provocar una situación de dependencia.

A lo largo de este epígrafe se desarrollarán los siguientes apartados:

3.2.1. Cribados recomendados.
3.2.2. Control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
3.2.3. Atención a los problemas osteoarticulares.
3.2.4. Detección precoz de la fragilidad.
3.2.5 Polifarmacia.

3.2.1.- Cribados recomendados

El objetivo principal de la realización de cribados recomendados en las personas mayores es la detección precoz de problemas de salud específicos, situaciones de riesgo para la salud, situaciones de dependencia y en definitiva de perdida de su calidad de vida.

Las recomendaciones propuestas en este documento están basadas en la evidencia científica disponible, de acuerdo a las intervenciones que se realizan en países de nuestro entorno y a las definidas dentro de nuestro contexto y de nuestro Sistema Sanitario.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha venido desarrollando diferentes políticas de prevención en la población adulta, que han contribuido a mejorar su estado de salud, evitar el deterioro y reducir las situaciones de fragilidad y dependencia. Entre las medidas que han demostrado su beneficio se encuentran: la educación sanitaria, las inmunizaciones, los cribados de neoplasias y el control de los factores de riesgo cardiovascular[ccx]. En este mismo sentido, se han incorporado, para su oferta desde los centros de salud de Atención Primaria, programas de atención específicos a personas mayores de 65 años para la detección precoz de los problemas de salud (y necesidades de cuidados) más prevalentes en esta población. Estos programas recogen actuaciones de efectividad de-

mostrada y valoran áreas como el riesgo de caídas, trastornos visuales y auditivos, polimedicación, incontinencia urinaria, nutrición, actividad física y actividades de la vida diaria.

En definitiva, con dicha iniciativa se oferta un conjunto de actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica y establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados para los hombres y mujeres mayores de 65 años en Andalucía. Este Plan persigue el seguimiento evolutivo, la prevención, el manejo de complicaciones, y el apoyo psicológico y social a pacientes y a personas cuidadoras principales del mismo y tiene como misión la detección e intervención precoz ante problemas de salud para mantener la autonomía, el buen estado de salud y la calidad de vida.

Los cribados recomendados en el "Examen de salud para mayores de 65 años del SSPA" se recogen en la siguiente tabla:

Intervención	Evidencia	Periodicidad Mínima
Medición de la Tensión Arterial	A	Personas sanas/ asintomáticas cada 2 años
Detección de la Depresión	B	Cada 2 años
Detección del Consumo Excesivo de Alcohol	B	Cada 2 años
Detección de la Incontinencia	B	Valoración Inicial a los 74 años
Riesgo de Caídas	A/B	Cada 2 años
Agudeza Visual	B	Cada 2 años
Detección de la Hipoacusia	B	Cada 2 años
Analítica bioquímica: Detección de Hipercolesterolemia	A	Cada 5 años si es normal

Tras una búsqueda de diferentes fuentes bibliográficas, todas ellas citadas a lo largo de los diferentes capítulos, podemos concluir que las principales recomendaciones son las que a continuación se exponen:

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

CRIBADO	RECOMENDACIÓN	GRADO
Ejercicio	Aeróbico y de resistencia	A
Tabaco	Detección y consejo	A
Alcohol	Detección y consejo	B
Nutrición	Detección y consejo	C, B
Salud Dental	Consejo	C
Vacuna Gripe	Vacunación anual	B
Vacuna Tétanos/Difteria	Dosis de recuerdo cada 10 años*	A
Vacuna Neumococo	Si existen factores de riesgo o se reside en una institución	B

* Los mayores de 65 años (en especial las mujeres) son un grupo de población con menor probabilidad de estar protegido frente al tétanos y a la difteria. Con 5 ó más dosis a lo largo de la vida no sería necesaria la revacunación.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

CRIBADO	SEXO	RECOMENDACIÓN	GRADO
Presión Arterial		Toma de PA cada 1-2 años	A
Colesterol		Determinación cada 5 años	A
Depresión		Cribado periódico	B
Visión - Población general - Diabetes - Glaucoma		- Cada 2 años con optotipos. - Diabetes: Cribado de retinopatía cada 3 años. - Glaucoma: Cada año si existen antecedentes familiares.	C

Hipoacusia		Periódicamente	B
Estado mental y funcional		Cuando se necesite: se debe estar alerta ante el deterioro en fases iniciales	C
Caídas		Consejo y ejercicio	A,B
Incontinencia urinaria	Mujeres	Interrogatorio	B,C
Polifarmacia		Interrogatorio	C
Osteoporosis	Mujeres	Aplicación de escalas de riesgo	B
Glucosa		Periódicamente en grupos de riesgo Cada 3 años>45 años	C
Función Tiroidea (TSH)	Mujeres≥ 50 años	Cada 5 años	C
Electrocardiograma		Periódicamente	C

■ El cribado de enfermedades oncológicas se aborda en el capítulo específico sobre este tema.

En conclusión de lo expuesto, **recomendamos**:

23.- Realizar cribados basados en la evidencia en el colectivo de las personas mayores para favorecer la detección precoz de problemas de salud específicos, situaciones de riesgo para la salud, situaciones de dependencia y de pérdida de la calidad de vida.

3.2.2.- Control de los factores de riesgo cardio-vasculares

Dentro de la enfermedad cardiovascular se pueden producir episodios de extrema gravedad, como son el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular (ataque cerebral).

En España las enfermedades del aparato cardiocirculatorio representan la primera causa de muerte, constituyen la tercera causa de años potenciales de vida perdidos y la primera causa de ingresos hospitalarios. Es la primera causa de muerte en las mujeres mayores.

Las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares en Andalucía desde 1975 al 2004 han tenido un importante descenso tanto en las mujeres como en los hombres. En especial hay que destacar el descenso de las enfermedades cerebrovasculares, tan importante tanto en los indicadores crudos como en los números absolutos. La enfermedad isquémica del corazón ha tenido un comportamiento diferente, los indicadores brutos presentan valores más elevados en los últimos años de la serie que en los primeros. Cuando se ajustan por edad mediante la estandarización directa pasan a ser descendentes, pudiéndose atribuir el aumento del número de defunciones y las tasas brutas al efecto del envejecimiento de la población andaluza en los treinta años estudiados[ccxi].

Conviene hacer hincapié en la necesidad de revisar el estudio y abordaje de las enfermedades cardiovasculares desde la perspectiva de género, también en las edades mayores. Estas enfermedades tradicionalmente se asocian a hombres, cuando los estudios actuales ponen de relieve que son la primera causa de muerte en mujeres mayores. Se debe garantizar el acceso a los servicios, a las pruebas diagnósticas, a los procesos de intervención y a la rehabilitación de una forma igualitaria para que continúe esta tendencia decreciente en la mortalidad en ambos sexos.

Se denominan factores de riesgo a aquellas circunstancias que en caso de aparecer aumentan las posibilidades de padecer este grupo de enfermedades. Entre otros, los principales son los siguientes: tabaco, presión arterial elevada, cifras elevadas de colesterol, diabetes, obesidad y sedentarismo.

- **Consumo de tabaco:** el riesgo de enfermedad coronaria es 2-3 veces mayor entre quienes fuman[ccxii].

- **Presión arterial**: la presión arterial está directamente relacionada con la mortalidad cardiovascular, de forma que si se reducen las cifras se disminuye la mortalidad[ccxiii].

- **Lípidos**: cuanto más alto es el nivel de colesterol total mayor es el riesgo. La disminución de los niveles de LDL-Colesterol conduce a una reducción de el riesgo de enfermedad coronaria y de ataque cerebral[ccxiv-ccxv].

- **Diabetes y metabolismo alterado de la glucosa**: el riesgo de cardiopatía isquémica y ataque cerebral aumenta en las personas con diabetes y con aquellas situaciones que la preceden, estableciéndose una relación directa entre mortalidad y niveles de control (hemoglobina glicosilada)[ccxvi] .

■ **Obesidad**: la presencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) 30 Kg/m2 y/o un perímetro abdominal mayor de 88 cm en mujeres o 102 cm en varones se asocia con un incremento del riesgo de hipertensión, dislipemia, diabetes, mortalidad por enfermedad coronaria e ictus tromboembólico [ccxvii, ccxviii]. Y en general la obesidad se asocia a una disminución de la expectativa de vida [ccxix].

■ **Inactividad física**: la actividad física regular está asociada con una reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular[ccxx].

Así , **recomendamos**:

24.- Mejorar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pues ello prolonga la vida de las personas y su calidad de vida, al ser éstos prevenibles, tratables y modificables.

25.- Establecer estrategias diferenciales para ambos sexos, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

A efectos ejemplificativos, exponemos las siguientes **estrategias y acciones** a desarrollar:

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR	Grado de evidencia
1. Se recomienda valoración del riesgo cardiovascular a personas mayores de 40 años y a cualquiera que tenga algún factor de riesgo.	**C**
2. A las personas con enfermedad cardiovascular, riesgo cardiovascular, dislipemias, diabetes o síndrome metabólico, se les debe realizar un plan de cuidados sobre estilos de vida saludables, que incluya:	
■ Cambios en la dieta	**A**
■ Abandono del tabaco	**A**
■ Actividad física	**B**

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR	Grado de evidencia
3. Se debería promover la adopción general de un patrón de dieta mediterránea que incluya fruta y vegetales, cereales integrales, pescados, legumbres, aceite de oliva, frutos secos, leche desnatada, y de forma moderada, pequeñas raciones de carne magra o aves de corral sin piel.	**B**
4 Toda la población debería tener como objetivo hacer un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana.	**B**
5. El tratamiento integral para adelgazar debería incluir la combinación de reducción de la ingesta energética, aumento de la actividad y terapia conductual.	**A**
6. Todas las personas que fuman deberían ser animadas a dejar de fumar. Dejar de fumar tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en todas las personas fumadoras de cualquier edad.	**A**
7. Se recomienda que toda persona fumadora reciba al menos una intervención educativa breve para dejar de fumar, impartida por personal sanitario de atención primaria.	**A**
8. La HTA se puede prevenir combinando cambios en el estilo de vida que incluyan evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física, reducir el consumo de sal, de alcohol y dieta con contenido bajo en grasa y rica en frutas frescas, vegetales y productos lácteos desnatados.	**A**
9. En personas con diabetes que presenten sobrepeso u obesidad se recomienda como objetivo primario una reducción de la ingesta calórica que consiga pérdida de peso.	**A**
10. Todas las personas con diabetes tipo 2 deben recibir educación dietética. La educación dietética debe ser impartida individualmente o en sesiones grupales por personal sanitario. Igualmente se debe recomendar la realización de ejercicio físico.	**A**
11. Las intervenciones que son útiles para reducir los factores de riesgo en las personas sin diabetes también son útiles en quienes la padecen. Se debe evaluar el consumo de sal y alcohol y limitar su uso.	**A**

"La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres mayores."

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR	Grado de evidencia
12. El hecho de simplificar los regímenes de dosificación aumenta el cumplimiento terapéutico.	**A**

3.2.3.- Atención a los problemas osteoarticulares

Las enfermedades osteoarticulares tienen una importante prevalencia entre las personas mayores y son motivos frecuente de incapacidad, dependencia, demanda de asistencia y carga familiar, constituyéndose como principal causa de dolor entre personas mayores y como principal motivo para restringir actividades diarias. La enfermedad osteoarticular más prevalente en personas mayores es la osteoartrosis de predominio axial (cervical, lumbar) seguida de la gonartrosis y la coxartrosis. Otras enfermedades como las reumáticas (fibromialgia, gota, poliartropatías, etc.) también presentan elevadas prevalencias en mayores. Además hay que tener una especial consideración con la osteoporosis por sus importantes consecuencias[ccxxi,ccxxii,ccxxiii].

La enfermedad osteoarticular tiene una repercusión muy significativa sobre las mujeres mayores, tanto en relación a su prevalencia (la osteoartritis de rodilla[ccxxiv], la de cadera[ccxxv] así como la artritis reumatoidea[ccxxvi], es más frecuente en mujeres), como a los problemas que acarrea, tanto en la vertiente funcional (condiciona la realización de actividades de la vida diaria), afectiva (la autoimagen se ve alterada por la incapacidad para cumplir su rol) y el dolor que genera.

El ejercicio en la osteoartrosis mejora el dolor y la función de la articulación afectada tanto en la rodilla, como en la cadera, mejorando también los calambres y el entumecimiento, posiblemente por una mayor amplitud de movimiento de la articulación y mayor fuerza, resistencia y coordinación de la musculatura encargada de movilizarla. Otra ventaja en estas patologías es la analgesia inducida por el ejercicio. En cuanto a la osteoporosis, la actividad física, al trasmitir cargas al hueso induce un aumento de la densidad mineral ósea tanto en deportistas como en población activa. De ahí que programas de actividad física que propician sobrecargas óseas y que mejoran la fuerza y la coordinación se han mostrado eficaces en la prevención de caídas y frac-

turas en mayores con osteoporosis. En la fibromialgia un programa de ejercicio físico ha mostrado eficacia en la mejora de la sintomatología dolorosa[ccxxvii,ccxxviii,ccxxix,ccxxx,ccxxxi,ccxxxii,ccxxxiii,ccxxxiv,ccxxxv,ccxxxvi,ccxxxvii,ccxxxviii,ccxxxix,ccxl,ccxli,ccxlii,ccxliii].

Así, **recomendamos**:

26.- Fomentar el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de las enfermedades osteoarticulares que incluya programas de ejercicio físico como medida preventiva y de tratamiento, así como la realización de programas de investigación con el fin de dilucidar el papel real de la actividad física reglada en la prevención y tratamiento de enfermedades osteoarticulares.

27.- Enfermedades osteoarticulares específicas tales como la osteoporosis y la fibromialgia podrían beneficiarse de programas de ejercicio físico si éstos están diseñados adecuadamente.

Proponemos las siguientes **acciones**:

a) Formar a los profesionales de la salud relacionados con el tratamiento de las enfermedades osteoarticulares en la valoración funcional y prescripción de ejercicio.

b) Impulsar la confección de guías de manejo de las diversas enfermedades osteoarticulares en las que se incluya el ejercicio físico.

c) Incluir el ejercicio físico con sobrecargas, entrenamiento de fuerza, en los programas de ejercicio físico destinados a la prevención de osteoporosis, especialmente en sujetos con antecedentes familiares o factores de riesgo para padecer esta enfermedad.

d) Impulsar el conocimiento de los beneficios del entrenamiento de fuerza para las personas mayores.

e) Incluir el ejercicio físico como herramienta de tratamiento imprescindible en los protocolos de atención a pacientes con fibromialgia.

3.2.4.- Detección precoz de la fragilidad

La fragilidad como concepto o síndrome clínico diferenciado, ha sido redefinida recientemente por la American Geriarics Society[ccxliv], siguiendo la definición, previamente establecida por Bortz, como *un declinar generalizado en múltiples sistemas fisiológicos (principalmente,* aunque no sólo, *musculoesquelético, cardiovascular, metabólico e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento de la reserva funcional del individuo y mayor vulnerabilidad de desarrollo de múltiples resultados adversos que incluyen discapacidad y dependencia. Bortz añadía que este estado es distinguible del proceso de envejecimien-*

"La actividad física puede contribuir a paliar las consecuencias de las enfermedades osteoarticulares."

to y, lo que es más relevante, susceptible de intervención activa y reversible.

La I Conferencia sobre la Prevención y la Promoción de la Salud en la práctica clínica en España[ccxlv] establece que se produce un continuum entre lo normal y lo patológico que, si bien permite establecer puntos de corte claros de anormalidad cuando sus consecuencias son muy evidentes, también permite detectar los casos más incipientes, que es en los que más éxito tienen las intervenciones para revertir o modificar la situación de deterioro.

Fragilidad y discapacidad son dos entidades claramente relacionadas, si bien no son términos intercambiables, dado que algunas personas con discapacidad pueden no ser frágiles y, la detección de la fragilidad física suele ser previa a la aparición de la discapacidad y susceptible de intervención.

Conceptualmente se pueden distinguir dos condiciones diferentes en torno a la fragilidad[ccxlvi] :

- Fragilidad manifiesta: Personas con deterioro establecido e importante en las que se deduce por su situación una mayor probabilidad de empeoramiento y riesgo. Tienen diferentes grados de deterioro para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y suelen ser subsidiarias de una atención sanitaria específica y continuada.

- Fragilidad incipiente o sutil: La persona presenta grados menos avanzados de deterioro. La mayoría son independientes para realizar las ABVD, pero es frecuente que algunas de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) estén alteradas (relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su medicación, contabilidad doméstica, uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos, etc.), y a veces este deterioro es sutil. Diversos estudios demuestran eficacia en las intervenciones sobre las personas con deterioros funcionales leves- moderados frente a quienes tienen una alteración importante[ccxlvii, ccxlviii].

1. Criterios de Fragilidad:

En los últimos años, el concepto de fragilidad en las personas mayores se ha definido utilizando distintos criterios[ccxlix]:

Criterios clínicos

- Pluripatología,
- Polimedicación,
- Hospitalizaciones frecuentes,
- Caídas de repetición,
- Déficit sensorial,
- Incontinencia urinaria

Criterios funcionales

- Dependencia en las actividades
- Básicas e instrumentales de la vida diaria

Criterios socioeconómicos

- Vivir solo o sola,
- Viudez reciente,
- Institucionalización,
- Edad mayor de 80 años,
- Bajos ingresos económicos

Criterios cognoscitivos/afectivos

- Depresión,
- Deterioro cognitivo

El SSPA, en su documento "Examen de salud para mayores de 65 años", establece la fragilidad según el concepto y los criterios expuestos[ccl]:

Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha editado el documento "Desarrollo de Criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad"[ccli], realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. El objetivo del informe es definir el concepto de fragilidad en las personas mayores y mostrar herramientas y/o marcadores que ayuden a analizar las estrategias en el manejo de ancianos y ancianas frágiles. En cuanto a los predictores de fragilidad, el grupo integrante del panel del estudio coincidió en que son los siguientes:

- Trastorno de la movilidad, caídas y alteración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de sufrir úlceras por presión.
- Presentar pluripatología.
- Aspectos sociodemográficos y ambientales (sólo existió consenso en la infraestructura del lugar de residencia).
- Trastorno del ánimo (depresión, ansiedad y trastornos del sueño).
- Deterioro visual y/o auditivo.

La fragilidad no se presenta de igual forma en mujeres y hombres a medida que envejecen, en base a:

- Más mujeres viven solas (26% mujeres frente 11% varones).

- El nivel de instrucción es menor en las mujeres ancianas.

- Los ingresos económicos son significativamente inferiores en base a la dependencia de pensiones mayoritariamente no contributivas (pensiones de viudedad)

(pensión media de mujeres 515€ frente a 1190 en varones).

- Más mujeres ancianas en el medio rural con dedicación previa a actividades especialmente duras (trabajo del campo y economía sumergida) y actual aislamiento y desprotección.

- Menor cultura de participación social de las mujeres a todos los niveles.

- Peor percepción de la salud y la calidad de vida en las mujeres mayores[cclii].

- Mayor consumo de medicamentos[ccliii]

Formulamos la siguiente **recomendación**:

28.- Establecer estrategias para la detección precoz de la fragilidad con medidas específicas para la detección en mujeres, donde la fragilidad es mayor.

Para su consecución estimamos como necesarias, la puesta en marcha de las siguientes estrategias:

a) Se recomienda centrarse en la detección precoz de la pérdida funcional ya que la valoración funcional parece constituir el principal método para determinación de la fragilidad en el ámbito comunitario de atención[ccliv].

b) El principal objetivo de la detección de la fragilidad, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, es la intervención precoz con el objetivo de prevenir el deterioro funcional y la dependencia o retrasar y enlentecer su progresión, con intervenciones especificas domiciliarias y hospitalarias[cclv,cclvi].

c) Avizanda y col[cclvii] realizan una serie de recomendaciones específicas para la detección y la prevención de la fragilidad entre las que destacan:

- Atención Primaria:

a. Realizar cribado de fragilidad mediante alguna herramienta sencilla: Timed Up and Go, o la velocidad de marcha.

b. Valoración geriátrica integral (VGI) ante sospecha de fragilidad[cclviii].

c. Fomento y extensión de actividades preventivas. Sobretodo: el mantenimiento de actividad y ejercicio físico, el mantenimiento de un adecuado soporte y estado nutricional, el control de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, colesterol y tabaco), y extender las vacunaciones recomendadas (gripe, tétanos y neumocócica).

d. Potenciar aspectos de movilidad, habilidades físicas y disminución de riesgos físicos[cclix].

e. Correcto abordaje de cuadros clínicos específicos y enfermedades cró-

nicas (depresión, diabetes, osteoporosis, episodios cardiovasculares, etc.), síndromes geriátricos (delirium, incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, desnutrición) y otros que se relacionan entre las causas de fragilidad y de dependencia.

f. Revisión periódica de la medicación habitual.

g. Evitar o disminuir la repercusión de situaciones estresantes a las que son más vulnerables las personas mayores.

h. Facilitar y promover la relación y un adecuado soporte social.

- Atención Hospitalaria:

a. Si la persona tiene 80 o más años o entre 65 y 80 años con riesgo de deterioro funcional o presencia de algún síndrome geriátrico, la intervención es más efectiva en términos de menor pérdida de función y mayor ubicación en el domicilio, en unidades geriátricas de patología aguda con atención especializada y multidisciplinaria[cclx].

b. Una vez sobrepasada la fase aguda, si se produce un deterioro funcional durante el ingreso, la continuidad de cuidados debe procurarse, cuando sea necesario, en unidades de recuperación funcional o media estancia hospitalaria para aquellas personas con deterioro funcional de moderado a grave o en los hospitales de día geriátricos para quienes presenten deterioro funcional de leve a moderado[cclxi].

3.2.5.- Polifarmacia

La aparición de nuevos tratamientos plantea la necesidad creciente de establecer sistemas para prevenir los efectos adversos de los medicamentos y de informar a los colectivos sanitarios y a la población, especialmente a las personas mayores, sobre los riesgos y ventajas de las nuevas terapias[cclxii].

El aumento de la esperanza de vida y la realización de actividades preventivas y terapéuticas en el ámbito sanitario cada vez más exhaustivas, son factores que determinan el uso frecuente de fármacos en edades avanzadas. Según la Encuesta Nacional de Sanidad 2006, en el grupo de edad de 75 años y más, un 93,4% de las personas se han medicado en las últimas dos semanas, siendo este porcentaje aún mayor en el grupo de mujeres.

La polimedicación es común en mayores, alrededor de un 20% de los mayores de 70 años reciben 5 o más fármacos[cclxiii]. A pesar de estos datos de consumo de medicamentos, son escasos los ensayos clínicos que incluyen a las personas de edad avanzada con comorbilidad importante y uso simultáneo de varios fármacos.

Las personas mayores poseen particularidades en la farmacocinética y en la farmacodinamia, a veces coexisten en ellos varias patologías, para las que reciben múltiples tratamientos, y con frecuencia se dan interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad, que hacen que aumenten las reacciones adversas a medicamentos. Si estas peculiaridades no son tenidas en cuenta, los eventos adversos asociados al consumo de fármacos pueden conducir a ingresos hospitalarios[cclxiv] y posteriormente a situaciones de dependencia (por ejemplo, caídas y fracturas por el uso de psicofármacos[cclxv]).

La polifarmacia supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas y es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en las personas de mayor edad[cclxvi].

Conforme se va haciendo más complejo el régimen terapéutico, aumentan los problemas de falta de adhesión al tratamiento y la confusión de fármacos[cclxvii] y dosis. La falta de adherencia en patologías crónicas se estima que se sitúa en torno al 30-50%[cclxviii], siendo considerada por la OMS como un problema de salud pública. Respecto a la adhesión terapéutica, existe una revisión Cochrane que muestra que las intervenciones para mejorarla poseen una baja efectividad[cclxix]. El cumplimiento terapéutico implica no sólo tomar los medicamentos siguiendo el consejo de los y las profesionales de la salud, sino también mantener una amplia gama de hábitos y conductas saludables (por ejemplo, una dieta sana, actividad física, no fumar).

En ocasiones, las personas mayores son excluidas por criterios de edad para poder recibir tratamientos indicados y basados en la evidencia que podrían mejorar su situación clínica. La otra cara del problema es el uso inadecuado de fármacos[cclxx] (medicamentos que deberían de ser evitados en personas de edad avanzada por presentar elevado riesgo de producir reacciones adversas y aumento en el número de hospitalizaciones o por ser ineficaces), que tiene una especial relevancia en las mujeres[cclxxi]. Entre un 14- 24 % de mayores reciben medicación potencialmente inadecuada[cclxxii] (Odss ratio: 1,24), siendo el uso de psicotropos mayor en los hombres.

Alrededor de un 30% de los ingresos hospitalarios en personas mayores están relacionados con eventos adversos producidos por fármacos[cclxxiii] (Odss ratio: 1,30), siendo mayor en las mujeres.

Las medidas puestas en marcha dirigidas a profesionales del ámbito sanitario sobre el uso adecuado de medicamentos en la población mayor incluyen listas de medicamentos que no se financian (por su dudosa eficacia clínica), recomendaciones sobre dispensación de recetas, avisos a los profesionales sobre efectividad o no de algunos medicamentos, utilización de genéricos y prescripción por principio activo, guías y protocolos de prescripción basadas en la evidencia y en estudios de

coste/efectividad para conseguir una adecuada prescripción farmacológica de acuerdo con las necesidades de las personas mayores[cclxxiv].

Dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, en Andalucía se ha puesto en marcha en el año 2009 la revisión de la medicación por parte del personal de Atención Primaria del SSPA en mayores con polimedicación y el Observatorio para la Seguridad del Paciente, que cuenta con un Sistema de Notificación de Incidentes para ciudadanía y profesionales, estrechamente relacionado con la comunicación de los eventos adversos asociados al consumo de fármacos.

El uso de medicamentos en mayores sin una indicación clara es alto. En un estudio realizado en la provincia de Jaén, un 47 % de pacientes consumían al menos un medicamento sin indicación[cclxxv].

En otro trabajo llevado a cabo en la provincia de Córdoba[cclxxvi] en mayores que viven en la comunidad y que se encuentran en situación de inmovilidad en su domicilio, el porcentaje de pacientes con un consumo de más de 4 fármacos fue del 76,1%. El 35% de personas ancianas tomaba algún fármaco potencialmente inapropiado. Los más frecuentes fueron: ansiolíticos de acción prolongada (41,5%) e hipnóticos (13,8%). Las mujeres tomaban significativamente más fármacos inapropiados que los varones y las personas polimedicadas, más que las no polimedicadas.

Recomendamos:

29.- Promover la sensibilización y educación de la ciudadanía en el uso adecuado de medicamentos a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de minimizar los riesgos asociados a su consumo.

30.- Evitar la automedicación (incluidos los productos naturales) y el consumo de fármacos innecesarios. La adopción de estilos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital conlleva un menor uso de medicamentos.

A tal fin, proponemos las siguientes **acciones**:

Dirigidas a personas mayores:

- Evitar la automedicación (incluidos los productos naturales) y el consumo de fármacos innecesarios. La adopción de estilos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital conlleva un menor uso de medicamentos.

- Participar en la elaboración de regímenes terapéuticos con el personal sanitario exponiendo las dificultades o aspectos personales (sensoriales, cognitivos, motivación,..) en relación a la pauta farmacológica.

■ Solicitar información acerca de las ventajas e inconvenientes sobre los medicamentos prescritos, motivo por el que se indican, posología, instrucciones de autoajuste de dosis, interacciones, cambios de aspecto y/o dosis al tratarse de medicamentos genéricos, horarios de medicación, eliminación de agujas, advertencias sobre efectos adversos y otros aspectos de interés.

■ Cumplimentar adecuadamente el régimen terapéutico pactado. Si es preciso, usar Sistemas Personalizados de Dosificación.

■ Participar en actividades de educación sanitaria dirigidas al consumo de fármacos[cclxxvii].

Dirigidas al personal sanitario[cclxxviii]:

■ Revisar la medicación de cada paciente nuevo cada 6 a 12 meses después y con cualquier cambio de medicación. (Nivel de evidencia C).

■ Identificar medicamentos no apropiados en mayores usando los criterios de Beer´s y las Guías de Práctica Clínica. (Nivel de evidencia C).

■ Monitorizar a los pacientes que toman fármacos psicotrópicos y a quienes toman más de cuatro medicamentos porque tienen elevado riesgo de caídas. (Nivel de evidencia B).

■ Usar el cuestionario de Hamdy sobre revisión de medicación para decidir qué fármacos se deben suspender. (Nivel de evidencia C).

■ Considerar tratamientos no farmacológicos y revisar si los fármacos con beneficio probado siguen teniendo indicación. (Nivel de evidencia C).

■ Calcular la función renal y ajustar la dosis de la medicación consecuentemente. (Nivel de evidencia C).

■ Considerar medicamentos de dosis única diaria en combinación para mejorar la cumplimentación, siempre que esto no repercuta en los costes. (Nivel de evidencia C).

■ Combinar ayudas cognitivas y educación sanitaria para mejorar la cumplimentación. (Nivel de evidencia C).

■ En la elaboración del tratamiento hay que tener en cuenta la opinión de cada paciente y los aspectos relacionados con la calidad de vida[cclxxix]. Se han de facilitar las actitudes participativas de la población en la preservación, conservación, mejora y restauración de la salud.

■ La prescripción inadecuada en mayores puede reducirse con la revisión de forma regular de la medicación, prescripción electrónica, auditorías de adecuación periódicas (tener en cuenta indicadores cuantitativos, cualitativos sobre

"Más de un 40% de mayores de 65 años que viven en la comunidad usan al menos 5 medicamentos a la semana."

prescripción innecesaria o fármacos inadecuados) y reduciendo el número de prescriptores[cclxxx].

- Plantear estudios de farmacoepidemiología dando especial relevancia a los indicadores de resultados en salud (ingresos hospitalarios y/o muerte por problemas relacionados con los medicamentos).

4.- OTRAS ÁREAS

En los siguientes apartados se aporta información sobre algunas áreas que, sin formar parte directamente del envejecimiento saludable, están estrechamente relacionadas con él. Las áreas a tratar son:

4.1. Maltrato.
4.2. Investigación.
4.3. Formación.
4.4. Los contextos:

4.4.1. La familia y el domicilio.
4.4.2. El barrio y el municipio.
4.4.3. El contexto institucional.

4.1.- MALTRATO

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) declaró en 1998, la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, considerándolo como un problema de salud pública que da lugar a una importante morbilidad.

La Asociación Médica Mundial proclamó en 1989 y ratificó en 1990, la Declaración de Hong Kong sobre el maltrato de ancianas y ancianos, estableciendo entre otras las recomendaciones de identificación y tratamiento de los casos de malos tratos, mediante una intervención multidisciplinar.

La Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en Almería en 1995 elaboró la *"Declaración de Almería sobre el anciano maltratado"* [cclxxxi].

La Ley de Atención al Mayor (L.6/99 de 7 de julio) establece medidas de protección jurídica para las personas mayores.

[2] El Teléfono de Atención a las Personas Mayores está coordinado desde la Dirección General de Personas Mayores y cuenta con la participación de las Delegaciones Provinciales, los Servicios Sociales Comunitarios, Fiscalías y la colaboración de la Dirección General de Violencia de Género y el Servicio de Emergencia Sanitarias.

Posteriormente se ha desarrollado el Decreto 23/2004 de Protección jurídica a las personas mayores donde, entre otros, se hace referencia a los criterios de:

- Simplificación del procedimiento de acceso a los recursos y servicios que la normativa les reconoce.

- Coordinación con las actuaciones previstas por otras Administraciones Públicas y por los órganos judiciales[cclxxxii].

Desde **1999 funciona** en Andalucía el **Teléfono de Atención a las Personas Mayores**[2] (900 858 381), que es un instrumento fundamental para detectar, atender y sobre todo prevenir los casos de desasistencia, abandono ó maltrato en personas mayores que se producen en nuestra comunidad. Es un servicio gratuito de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

A continuación se exponen los datos obtenidos durante el año 2009[cclxxxiii]:

El número total de llamadas recibidas durante el 2009 ha sido de 5.322, (un importante incremento respecto al 2008 en el que se registraron 4.438),. Cabe destacar que 2.109 corresponde a la provincia de Sevilla seguida de Málaga con 1.035.

Simultaneamente a la recepción de la llamada y dependiendo de la demanda que se solicita, se realiza una clasificación de las misma con el fin de ser atendidas con la mayor eficacia y celeridad.

4.046 llamadas solicitando información, de las cuales 3.315 han sido remitidas al teléfono de Información Ciudadana y 731 al servicio de información Tarjeta Andalucía Junta 65 años.

El número de denuncias de desasistencia ó maltrato a Personas Mayores tramitadas a la Dirección General han sido de 1.269 de las cuales 831 corresponden a llamadas realizadas por mujeres, 340 por hombres y el resto (no sabe/ no contesta), siendo las provincias con más llamadas Sevilla con 475 y Málaga con 207.

- El 65% de las denuncias corresponden a personas en situación de dependencia y el 35% restante son personas con cierta autonomía personal.

- En cuanto a la edad, el 48% de la denuncias hacen referencia a personas de edad comprendida entre los 65 y 80 años y el 52 % restante se refieren a mayores de 80 años.

- De los casos de maltrato detectados durante los últimos años, destaca que el perfil de la persona mayor maltratada corresponde a una viuda mayor de 75 años, con dependencia física, psíquica (trastornos psicológicos y/o cognitivos) o económica, con aislamiento social y puede tener una historia anterior de maltrato familiar.

La persona que presuntamente ejerce el maltrato suele ser un pariente de primer grado, conviviente, con dependencia económica de la persona mayor y no es infrecuente que sufra un trastorno mental o algún tipo de adicción.

Fuente: Teléfono de Atención a las Personas Mayores, DGPM, CIBS, elaboración propia a partir de los datos estadísticos de 2009.

Según un estudio realizado en el 2005 por el Centro Reina Sofía, 60.000 personas de más de 64 años sufren malos tratos en España. De las víctimas, seis de cada 10 son mujeres. El porcentaje de mujeres víctimas de maltrato (63,2%) casi dobla al de hombres en esta misma situación (36,8%). Asimismo, al poner en relación el número de casos con la población anciana, la prevalencia de maltrato sigue siendo mayor para las mujeres (0,9%) que para los hombres (0,7%).

Por tipología de maltrato, las mujeres son las principales víctimas de maltrato psicológico, abuso económico y abuso sexual, mientras que el porcentaje de hombres víctimas de negligencia es algo mayor que el de mujeres en esta misma situación.

El 63,2% de las víctimas identifica qué persona de su entorno cercano ejerce el maltrato. En la mayoría de las ocasiones es la propia pareja (50%), seguida de los hijos e hijas (33,4%)[cclxxxiv].

El **Servicio Andaluz de Teleasistencia** es otro recurso del que disponen las personas mayores que viven solas o que convivan con otras personas también mayores para, en caso de emergencia, avisar y poner en marcha el dispositivo adecuado, ya sea sanitario, policial ó judicial, además de proporcionar información sobre los recursos existentes y sobre las prestaciones de la tarjeta mayores de 65 años.

Los recursos que provee la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Protección a la Personas en Situación de Depenendencia, pueden contribuir a evitar numerosas situaciones de malos tratos, sobre todo en el ámbito familiar, así como a aliviar la sobrecarga de la persona cuidadora y a prevenir situaciones de claudicación familiar, etc. Pero la práctica diaria nos demuestra la importancia de otras medidas que deben ponerse en marcha.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, elaboró en el 2003 el Plan de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS), donde el maltrato a personas ancianas se contempla como parte de la Violencia Doméstica. En el 2005 la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria editó una Guía de Atención a personas mayores maltratadas, donde se advierte del riesgo de "culpabilizar" en exceso a la familia. Se tiende a exigir a las personas que cuidan (todavía en su mayoría mujeres) una disponibilidad absoluta para la atención a las personas dependientes

sin tener en cuenta la falta de formación adecuada, ni los condicionamientos familiares y sociales.

La dedicación continuada a los cuidados puede dar lugar a una situación de agotamiento, de presión y de angustia que acaban afectando a la salud [cclxxxv].

Las sociedades científicas apuestan por un abordaje preventivo del maltrato, dado que existe suficiente conocimiento de los factores de riesgo tanto para ejercerlo como para ser víctima. Es de capital importancia la detección precoz y la intervención coordinada en un ámbito de colaboración institucional.

Proponemos las siguientes **recomendaciones**:

31.- Recuperar el respeto de la sociedad hacia las personas mayores evitando la discriminación por la edad y modificando el imaginario colectivo asociado a la ancianidad (decrepitud e inutilidad vs sabiduría y experiencia). Para ello es preciso cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar, promoviendo la corresponsabilidad de hombres y mujeres en las tareas de cuidados, también a las personas mayores y dependientes.

32.- Prevenir las situaciones de maltrato mediante la detección precoz y el abordaje de los factores de riesgo.

Para la consecución de lo reseñado, se sugieren las siguientes **acciones**:

PREVENCIÓN 1ª

- Programas de sensibilización hacia la sociedad en general para evitar el edadismo, contribuyendo a disociar vejez de enfermedad o dependencia.
- Programas de sensibilización y formación dirigidos a profesionales del ámbito sanitario.
- Programas de atención a mayores en situación de encamamiento, a la atención de mayores frágiles, personas inmovilizadas, altas hospitalarias o pacientes con enfermedades terminales.
- Programas de apoyo a las personas cuidadoras que incorporen de forma prioritaria la perspectiva de género.
- Detección y abordaje de los factores de riesgo de personas ancianas y cuidadoras y de las situaciones de mayor vulnerabilidad.

PREVENCIÓN 2ª

- Del abuso físico: lesiones, quemaduras, fracturas, caídas de repetición, etc.
- Del abuso psíquico: depresión, confusión, aislamiento, miedo, etc.
- De las negligencias físicas: Signos de descuido, falta de higiene, mal cumplimiento terapéutico, etc.
- De las negligencias psíquicas: sentimientos de soledad, indiferencia del cui-

dador o cuidadora, agresividad verbal, menosprecios, etc.) [cclxxxvi].

PREVENCIÓN 3ª
- Atención médica a los mayores víctimas de malos tratos:
- Poniendo en marcha un Plan de protección.
- Realizando un abordaje socio sanitario.
- Desarrollando un Protocolo de intervención coordinada entre las distintas Consejerías y con el ámbito judicial, en su jurisdicción civil y penal, que de una respuesta coordinada, ágil y adecuada en la respuesta a los casos de malos tratos de personas mayores[cclxxxvii].

4.2.- INVESTIGACIÓN

Para el año 2025, aproximadamente una tercera parte de la población de Europa habrá alcanzado una edad igual o mayor a 60 años y se producirá un incremento muy rápido de la cantidad de personas de más de 80 años. Ante un hecho sin precedentes, se deben desarrollar estrategias basadas en buenas prácticas y nuevos campos de investigación hasta ahora no abordados. La promoción de la salud y la participación activa en la sociedad de las personas mayores ha de ser de suma importancia.

La investigación es un pilar básico para abordar aspectos relacionados con la prevención y el manejo de las enfermedades que pueden presentar las personas de edad avanzada. Existen varias áreas de interés, que van desde los mecanismos moleculares del envejecimiento a la investigación clínica o a la investigación en salud pública (incluyendo protección y promoción de la salud, prevención de enfermedades, discapacidad y fragilidad, mejoría de la calidad de vida, la calidad de la asistencia, la organización sanitaria y los aspectos económicos de la sanidad).

Son áreas prioritarias de investigación para la Unión Europea:

- Investigación básica:

1. La modulación del envejecimiento a nivel sistémico, por lo que recomiendan la puesta en marcha de un proyecto integrado sobre los mecanismos moleculares del envejecimiento y los mecanismos naturales que podrían contrarrestar los deterioros, denominado "asincronía en el envejecimiento tisular".

2. Existen factores tanto intrínsecos como extrínsecos (nutrición y ambiente) que regulan la evolución y las condiciones del envejecimiento y de las enfermedades relacionadas con el mismo, modulando la expresión genética a nivel epigenético y postranscripcional. Deben desarrollarse modelos experimentales de forma que permitan la translación de la investigación básica a la asistencia sanitaria, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. El proyecto integrado planteado se denominaría "regulación epigenética de los procesos de envejecimiento".

“ El maltrato en las personas mayores es muy frecuente y es un problema oculto”

■ Investigación en servicios sanitarios:

1. La investigación en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas e invalidantes debería:

a. Incluir a todas las personas que pudieran obtener beneficio de esta investigación, contando con personas mayores frágiles y teniendo en cuenta las diferencias de género en el envejecimiento.

b. Usar variables de resultados que no sólo incluyan mortalidad, sino discapacidad, uso de servicios sanitarios y comunitarios, calidad de la asistencia y calidad de vida.

c. Basarse en la evidencia que aportan los trabajos de investigación.

d. Abarcar aspectos de salud pública.

e. Investigar sobre cómo los servicios sanitarios se han de adaptar a los nuevos retos (cambios demográficos, enfermedades, demandas, discapacidad y soporte social).

El enfoque de la investigación ha de ser traslacional, de forma que los conocimientos obtenidos por la investigación básica puedan aplicarse a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el proceso del envejecimiento. Para ello proponen la creación de un Instituto Europeo del Envejecimiento[cclxxxviii].

Los objetivos finales de la investigación dirigida al Envejecimiento Saludable serán el fomento de la autonomía y la puesta en marcha de aquellas medidas basadas en estudios científicos que ayuden a prolongar la duración de la vida libre de discapacidad y a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que presenten diferentes niveles de discapacidad.

En Andalucía, la iniciativa Opimec (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas complejas), permite compartir la puesta en marcha de proyectos como AMICA (Autonomy, Motivation & Individual Self-Management for COPD Patients) dirigido a pacientes con enfermedad pulmonar

"La investigación debe estar dirigida a promover la salud y el bienestar personal de las personas mayores, para contribuir al pleno ejercicio de sus capacidades"

obstructiva crónica, que contempla la validación de un dispositivo para la detección temprana de la agudización de sus procesos, con una orientación de apoyo de la autogestión, cuidados en domicilio y apoyo a distancia a pacientes y personas cuidadoras por parte de las y los profesionales sanitarios o como la Unidad de Atención a la Pluripatología (Guadalajara) que está enfocada a los cuidados de pacientes con pluri-patológía y frágiles y que permite cuidados en el domicilio mediante teleasistencia , ofrece apoyo a distancia a pacientes y personas cuidadoras por parte de profesionales del medio sanitario y crea sistemas de contacto entre pacientes.

En investigación básica, Andalucía ha hecho una fuerte apuesta por las Terapias Avanzadas (terapia con células madre, terapia génica y nanotecnología), con un enfoque traslacional y proyectos en marcha que investigan alternativas de tratamiento a enfermedades crónicas o degenerativas (diabetes mellitus y sus complicaciones, enfermedad de Parkinson, isquemia arterial crónica, trasplantes).

A nivel comunitario se han puesto en marcha estudios sobre prevención del riesgo de caídas en personas mayores (RIESCAN), ensayos clínicos sobre la implementación de actividades preventivas (ejercicio), estudios sobre cómo el calcio y la vitamina D influyen sobre la fuerza y el riesgo de caídas en personas de edad avanzada, consumo de fármacos inadecuados en mayores que viven en la comunidad y otros.

Recomendamos:

33.- Promover investigación básica que pueda aplicarse a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el proceso del envejecimiento, incentivando líneas de investigación de Envejecimiento Saludable cuyos objetivos contemplen el fomento de la autonomía y la puesta en marcha de aquellas medidas que ayuden a prolongar la duración de la vida libre de discapacidad y a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que presenten diferentes niveles de discapacidad.

A modo de ejemplo, proponemos las siguientes **acciones**:

Propuestas del Proyecto Envejecimiento Saludable a la Comisión Europea y a los Países Miembros[cclxxxix]:

1.- Desarrollar la investigación para evaluar la eficacia y la relación coste-eficacia en las intervenciones de promoción de la salud y en las intervenciones de prevención de enfermedades o mala salud, en todas las etapas de la vida y especialmente en la edad madura.

2.- Impulsar la investigación para encontrar métodos para motivar el cambio del estilo de vida de las personas mayores, especialmente los grupos con riesgo de exclusión, prestando especial atención a los aspectos medioambientales y culturales.

3.- Desarrollar indicadores de envejecimiento saludable. Prestar atención a los grandes indicadores (como las relaciones sociales, el género, la pobreza, la discriminación) que tienen un gran impacto en la salud mental y en el bienestar en la vida futura.

4.- Difundir los resultados de la investigación y promover sus aplicaciones prácticas entre agentes interesados.

5.- Favorecer la participación equitativa en la investigación de personas mayores y promover su consideración como capital social.

4.3.- FORMACIÓN

La formación de los y las profesionales de la salud en el campo del envejecimiento activo y la atención a personas mayores requiere de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan el apoyo para que las personas asuman las riendas de su vida en un hacer proactivo. Este "ser activo" debe reflejarse en la responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud.

Pasar del actual modelo de atención a un nuevo paradigma de envejecimiento activo requiere un gran esfuerzo por parte de la ciudadanía y también de los y las profesionales de la salud. El cambio siempre levanta resistencias y éstas sólo se vencen con formación, información y oportunidades. Hay que desaprender antiguas formas de hacer, pensar, sentir, vivir la vida y envejecer. Es el inicio de un camino largo, pero de cuyos resultados puede esperarse una auténtica "revolución cultural"[ccxc].

Desde el ámbito de la salud, la formación de los y las profesionales debe pasar indudablemente por la formación en competencias. Cuando se habla de competencias, éstas se entienden como la unión del conocimiento previo necesario,

las habilidades adquiridas que permitan llevarlo a cabo con mayor o menor éxito y las actitudes, principios, inclinaciones y compromisos asumidos. La competencia hace referencia por tanto al "como" del desempeño, tiene naturaleza cualitativa y describe los comportamientos que se piden a cada función. Requiere de la presencia conjunta de cinco componentes: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades), saber ser (actitudes), querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitudes).

A tal fin, **recomendamos**:

34.- La formación en el campo del envejecimiento activo y la atención a personas mayores requiere de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan el apoyo para que las personas asuman las riendas de su vida en un hacer proactivo.

La adquisición de competencias profesionales para la atención al envejecimiento activo pasan por:

Saber

Adquirir conocimientos teóricos y metodológicos sobre envejecimiento activo, participación social y trabajo intersectorial.

Saber hacer

Adquirir habilidades que permitan llevar a la práctica el concepto de envejecimiento activo.

Saber ser

Modificar actitudes para poder interiorizar los principios que propugna el envejecimiento activo: fomento de la responsabilidad personal, participación, toma de decisiones compartida, intersectorialidad.

Querer hacer

Interiorizar el valor añadido que aporta el envejecimiento activo al proyecto vital de las personas.

Poder hacer

Las aptitudes en el campo del envejecimiento activo se tienen en tanto que como personas el envejecimiento forma parte de nuestra propia vida.

4.4.- LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Las nuevas tecnologías y las ayudas técnicas pueden ser un gran apoyo para que las personas mayores aumenten su autonomía personal y tengan acceso a nuevas posibilidades y experiencias. Con ellas se puede favorecer en gran medida la comunicación y el acceso a los servicios.

La tecnología juega un doble papel en la reducción de desigualdades. Por una parte, hay un tipo de tecnología que puede aportar o suplir parte de la función que se va perdiendo, lo que sumado a la capacidad funcional restante da como resultado un aumento de la autonomía

personal. Por otro lado, la tecnología facilita la comunicación y el acceso a la información, mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC). Se debe tener en cuenta la existencia de una brecha digital entre hombres y mujeres ligada a razones de índole socioeconómica y cultural, en las que los condicionantes de género son determinantes.

El futuro de la aplicación de las TIC para las personas mayores tiene un fuerte impulso en la estrategia de "e-inclusión: envejecer bien en la sociedad de la información" de la UE y pasa por facilitar el denominado "Ambiente de Ayuda Vital", mediante desarrollos innovadores, como redes de sensores inteligentes, biosensores, microsistemas, sistemas llevables (que se integran en el propio cuerpo humano o en la ropa), redes inalámbricas ubicuas y comunicaciones móviles de 4ª y 5ª generación (incluyendo redes de área personal y redes corporales), la domótica, la inteligencia ambiental, la biomecatrónica e incluso la biónica.

El SSPA ha puesto en marcha iniciativas innovadoras en este campo como han sido Salud Responde, InterSAS o el Plan de telecontinuidad de cuidados o el telediagnóstico.

Para la consecución de lo expuesto, recomendamos:

35.- Mejorar el acceso de las personas mayores y de las personas que les cuidan a los servicios de salud y a otros servicios necesarios para mantener su autonomía, a través de las TIC, así como impulsar la aplicación de nuevas tecnologías para la mejora de la autonomía de las personas (como, por ejemplo, el desarrollo de la domótica).

Sugerimos, en este campo, el desarrollo de las siguientes acciones:

1. Se elaborará un catálogo de las tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) que supongan aportaciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

2. Se realizará una evaluación de las barreras que dificultan el acceso de las personas mayores y de quienes las cuidan a los productos y servicios desarrollados mediante TIC en las Instituciones.

3. Se llevará a cabo la eliminación progresiva de las barreras de acceso a las TICs identificadas en esos colectivos y especialmente se tenderá a disminuir la brecha digital atribuible a condicionantes de género y clase social

4. Se aplicará la filosofía de "Diseño Universal" a las nuevas aplicaciones de TIC que se desarrollen para las diferentes Instituciones.

5. Se impulsará la innovación en sistemas asistenciales basados en las tecnologías de la información y las comunicaciones, especialmente en el ámbito de la teleasistencia, la telemedicina, la teleformación, la atención de urgencias, dispensación farmacéutica, atención domiciliaria y atención hospitalaria.

6. Seguir incorporando sistemas que utilizan las nuevas TIC a los recursos de apoyo a las personas cuidadoras: localización de errantes con tecnología DPS, GSM o RFID, transmisión digital y analógica de bioseñales, sistemas de comunicación por TDT, SMS, MMS, etc.

7. Se creará una Comisión de Seguimiento de Innovación de las TIC con instituciones, asociaciones y empresas tecnológicas.

4.5.- LOS CONTEXTOS

- El contexto familiar y domiciliario,
- El contexto del barrio, la ciudad y/el pueblo…
- El contexto institucional.

4.5.1.- Los contextos familiar y domiciliario

"Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial afirma que los diversos susbsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros, quienes a su vez se ven influenciadas por ellas"[ccxci].

La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares, como describe Minuchin[ccxcii]. Por último, éstas son un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.

Cuando la persona mayor enferma la familia (y, sobre todo, las mujeres de la familia) es la principal fuente de cuidados. La socióloga Ángeles Duran afirma que el 12% del tiempo que se dedica a atender la enfermedad de algún miembro del hogar es suministrado por los servicios sanitarios, mientras que el 88% restante lo prestan las redes sociales de apoyo, fundamentalmente la familia más cercana[ccxciii].

Por ello, cada vez más, el sistema informal es reconocido y considerado un "sistema invisible de cuidados de salud" , la gran zona sumergida de un verdadero "iceberg" de atención a la salud[ccxciv].

Según el estudio del IMSERSO (2005), la persona cuidadora principal suele ser una mujer (84%), de edad intermedia (M- 53 años), ama de casa (44%) y en la mayoría de las ocasiones hija (50%) o cónyuge (16%).

"Las TIC favorecen la autonomía de las personas mayores"

Las mujeres, además de tener más probabilidad de ser cuidadoras, también tienen una menor probabilidad de ser cuidadas por los familiares (Rodríguez y Sancho, 1999).

Un 26,56 % de las mujeres españolas mayores de 65 años y que presentan alguna discapacidad viven solas, mientras que tan solo un 9,15 % de los varones españoles mayores con discapacidad viven solos en su hogar.

Todo ello se explica por el sistema de reparto de tareas que aún son asignadas en nuestra sociedad a uno u otro sexo en función de los roles tradicionales de género. Sin embargo, nos encontramos ante un momento de cambio de los modelos de familia. Actualmente coexisten un modelo de familia tradicional[ccxcv] basado en la asignación a la mujer del rol de cuidadora casi en exclusiva, con nuevos modelos de familias (monoparentales, o, más frecuentemente, monomarentales, familias reconstituidas, etc.), que junto a la masiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo y al cambio de expectativas respecto a su rol social, ponen en crisis cambios en la atención familiar a los cuidados de las personas mayores y personas con dependencia.

En España, las políticas públicas se basan en este modelo tradicional. La familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a todos sus miembros. Cuentan de entrada con que la persona dependiente va a ser cuidada en la familia y trata de apoyar en parte ese cuidado por ser más saludable mantener a esas personas en situación de dependencia en su hogar, además de que los costes económicos que generan son difícilmente abordables en su totalidad por las instituciones.

Por todo ello, cada vez se hace más necesario la detección, estudio y abordaje de las familias de riesgo que convivan con una persona mayor. Esta situación puede estar motivada entre otras causas por:

- Padecer una enfermedad crónica de larga duración.
- Problemas en la disponibilidad y organización de la familia.
- Existencia de problemas socioeconomicos.

Por otro lado, hay otra dimensión en el contexto familiar que influye directamente en la calidad de vida, que es el hogar. Uno de los objetivos básicos de las políticas sociales es procurar mantener a las personas ancianas en su entorno.

Según la Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores realizadas por el IMSERSO en 2008, más de 9 de cada 10 personas de edad avanzada residen en su propia casa. La antigüedad de muchas viviendas es elevada, de forma que un tercio de los mayores reside en casas con más de 50 años, y tan sólo una décima parte lo hace en casas de construcción relativamente reciente (menos de 25 años).

Existe una relación directa entre la edad de los residentes y la antigüedad de la casa.

- En las viviendas más viejas hay mayor probabilidad de encontrar personas solteras, viudas, separadas y divorciadas, con estudios primarios e inferiores, formando parte de hogares unipersonales, en los estudios consultados no se aprecian diferencias importantes entre hombres y mujeres[ccxcvi]. En general se trata de viviendas peor dotadas y se distribuyen con más frecuencia en áreas geográficas con menos de 10.000 habitantes. Sus habitantes suelen tener una percepción de salud de regular a muy mala y un estado funcional asociado con problemas de discapacidad.

- Más de dos tercios de mayores tienen cuarto de baño con bañera, y un 22% también tienen plato de ducha. La dotación de bañera entre las personas mayores y de ducha entre las personas mayores muy mayores (>80 años); asimismo, disponer de bañera se asocia con tener estudios más elevados, no presentar problemas de capacidad funcional, residir en viviendas de menor antigüedad y en hogares multigeneracionales.

- Se observa una relación entre el nivel de dotaciones y el perfil de las personas mayores, de forma que el nivel medio de dotaciones es superior entre los hombres, personas de menor edad, casados y separados/divorciados, con estudios secundarios y superiores, residentes en hogares multigeneracionales aunque también en pareja, en áreas geográficas de gran tamaño poblacional, con una percepción de la salud muy buena o buena y un nivel funcional sin discapacidad[ccxcvii].

- El REAL DECRETO 505/2007, establece la normativa para acceso a los edificios, a espacios públicos urbanizados, mobiliario urbano, aparcamientos, obras en vías públicas, señalización, etc. que serán obligatorias a partir del día 1 de enero de 2010 para los espacios públicos urbanizados nuevos y para los edificios nuevos, así como para las obras de ampliación, modificación, reforma o rehabilitación que se realicen en los edificios existentes.

Por ello, **recomendamos**:

36.- Detectar, estudiar y abordar a las familias de riesgo socio-sanitario que convivan con una persona mayor, sobre todo en los caso en los que se pueda requerir una intervención socio-sanitaria de emergencia.

37.- Mantener la residencia de las personas mayores en el entorno familiar y domiciliario habitual siempre que sea posible y así lo deseen las personas implicadas.

Proponemos las siguientes acciones:

a) Formación de profesionales en el abordaje familiar.

b) Coordinación entre los servicios sanitarios y sociales en las actuaciones ante familias disfuncionales.

c) Eliminación de las barreras arquitectónicas dentro del hogar.

4.5.2.- El barrio y el municipio

Las familias suelen estar insertas en una red social más amplia: el barrio.

Los barrios pueden definirse como zonas geográficas delimitadas que tienen determinadas características medio-ambientales y que están dotadas de unos equipamientos e instituciones comunes (colegios, parroquias, centros de salud, servicios sociales, etc.). Tienen un origen y una historia compartidos por su vecindario que presenta características más o menos semejantes y que tiene una mayor o menor conciencia de pertenencia entre sus miembros.

En cada barrio o comunidad existen una serie de grupos organizados e interrelacionados: asociaciones de mayores, de vecinos y vecinas, de comerciantes, etc.; formando redes comunitarias.

Las características urbanas de cada barrio conforman el entorno en el que transcurre la vida diaria. El nivel de salud de la población depende de factores ecológicos, geográficos, demográficos, socioeconómicos, culturales, políticos económicos, etc. Todos estos elementos constituyen un ecosistema que tiene una influencia directa en la calidad de vida de las personas. Las desigualdades sociales, íntimamente relacionadas con las desigualdades en salud, se estudian en el entorno de los barrios.

Es decir el contexto del barrio, del pueblo o de la ciudad tiene dos dimensiones: la comunidad, compuesta por redes sociales y el hábitat.

Está ampliamente demostrado que la existencia de una red de apoyo influye positivamente en la salud. Se han hecho estudios relacionando el apoyo social con la mortalidad, con la morbilidad, con la calidad de vida y con

"Los barrios tienen una influencia directa en la calidad de vida de las personas."

la salud mental, tanto transversales como longitudinales[ccxcviii]. Así mismo las redes sociales influye directamente en la salud percibida por las personas mayores y en su menor deterioro cognitivo[ccxcix].

Sluzky afirma que *"la relación entre la red social y la salud de la persona es un circulo vicioso de forma que la presencia de una red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene la red social, así como la presencia de una enfermedad crónica en una personas afecta negativamente a la red social de esa persona que a su vez impactará negativamente en la salud del individuo, cosa que a su vez aumentará la retracción de la red y así en espiral de deterioro recíproco"* .

Diversos estudios[ccc] realizados en entornos culturales diferentes demuestran que en las personas mayores se mantiene la familia como la principal fuente de apoyo para el funcionamiento diario y las amistades para mantener la integración social[ccci].

Sin embargo Sluzky analiza cómo *en las personas mayores es más importante el cuidado de estas redes, debido a la coexistencia de tres factores con efectos acumulativos:*

- *La red social se contrae por muerte o debilitamiento de sus miembros.*
- *La oportunidad de renovar la red social disminuye progresivamente*
- *El mantenimiento de la red se hace más gravoso a medida que se pierde la energía necesaria para mantener activos los vínculos.*

Esto hace que la gente mayor se vea replegada cada vez más en las relaciones familiares, que acarrean consigo sus propias viejas historias de lealtades, de deudas y supuestos de retribución, de compromisos y celos, de pasiones recónditas.

Con la desaparición de vínculos con gente de la misma generación se desvanece buena parte de los anclajes de la historia personal[cccii].

Es, por tanto fundamental en esta etapa, establecer acciones encaminadas a mantener y fortalecer las redes sociales

comunitarias que van a influir de forma definitiva de mantener la integración social, que aumenta la salud y la calidad de vida de las personas mayores y procurar la permanencia de la persona en su entorno habitual.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha el movimiento "Ciudades Saludables". Se trata de un movimiento internacional, promovido con el objetivo de apoyar a los gobiernos locales para poner la salud como cuestión de primer orden en el desarrollo de sus políticas y así aplicar estrategias y programas para la mejora de la salud y el desarrollo social y sostenible.

En nuestra comunidad autónoma hay en la actualidad 155 Gobiernos Locales adheridos a Red Andaluza de Ciudades Saludables (RACS).

La Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP), con el apoyo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, puso en marcha con la colaboración de los Gobiernos Locales Adheridos a la Red Andaluza de Ciudades Saludables su proyecto **"Entornos Saludables: Las Ciudades del Siglo XXI"**. Se trata de *"potenciar la promoción, impulso e implantación en el territorio del proyecto "Ciudades Saludables", mediante el diseño de estrategias que fomenten la participación, la interconexión, el intercambio de experiencias y buenas prácticas y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a propósito de la salud por y para la ciudadanía".*

La Consejería de Igualdad y Bienestar Social, encargó en el 2002 al Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA) una investigación sobre las desigualdades sociales en Andalucía. De ahí nació el Programa de Zonas Necesitadas de Trasformación Social (ZNTS) definidas como aquellos espacios claramente delimitados, en cuya población concurran situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social

Este proyecto implica la constitución de comisiones de coordinación a tres niveles: político, técnico y de comunidad y su objetivo fundamental es la puesta en marcha de procesos dirigidos a detener el deterioro e impulsar la recuperación de la convivencia, el entorno y de las condiciones personales, familiares y habitacionales que garanticen la inclusión social de la población.

Recomendamos:

38.- Mantener y fortalecer las redes sociales en las personas mayores, así como impulsar el proyecto: "Entornos Saludables: Las Ciudades del Siglo XXI", para toda Andalucía, y proponer medidas de discriminación positiva en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)

4.5.3.- Contexto institucional

En el documento base de la OMS[cccii] para el envejecimiento activo, se incluye como propuesta política fundamental promover entornos seguros y respetuosos con las personas mayores, incluyendo también a los centros sanitarios (TODOS LOS CENTROS INSTITUCIONALES: sanitarios, sociales, universidad, hacienda…) que deben de estar: adaptados a las características de las personas mayores, orientados a prevenir las discapacidades y el empeoramiento de las mismas, a lo largo de todo el ciclo vital.

Cabe entender el contexto sanitario como un elemento facilitador del envejecimiento activo. Un entorno sanitario facilitador y adaptado a las necesidades de todas las personas y de aquellas que se encuentran en las etapas más avanzadas de la vida, pasa por el impulso de determinadas estrategias y actuaciones.

Un entorno sanitario adaptado a *las características de las personas mayores, orientado a prevenir las discapacidades y el empeoramiento de las mismas, a lo largo de todo el ciclo vital*, hace necesario acercar la salud a los entornos donde se desenvuelven las personas, así como el fomento de entornos que favorezcan la elección de conductas saludables a lo largo de todo el ciclo vital.

Por ello, es necesario:

- La realización de políticas de concertación con los gobiernos locales con el objeto de fomentar la salud de la población, generando sinergias entre los recursos sanitarios y municipales.

- Acercamiento de los contenidos de promoción de la salud al hábitat dónde las personas se desenvuelven, en las distintas etapas de ciclo vital: escuelas, polideportivos, asociaciones juveniles, asociaciones de vecinos, etc.

- Acercamiento de los contenidos de promoción de la salud al hábitat dónde las personas mayores se desenvuelven: unidades de estancia diurna, residencias de mayores, asociaciones y otros entornos.

La formación y la sensibilización de los equipos profesionales de los centros sanitarios, aunque tratada en otro apartado de este capitulo, se convierten en un prerrequisito indispensable para una atención de calidad, adaptada a las necesidades de las personas y sensible a aspectos culturales, de género, de procedencia y edad. Una atención de calidad dirigida a las mujeres y hombres mayores requiere evitar adoptar actitudes edadistas[ccciv], que generen discriminación por razón de edad en la atención que reciben.

Son necesarias pues:

- La sensibilización y formación de los equipos profesionales de los centros sanitarios, para el fomento de un trato digno a todas las personas, generando, así mismo, una actitud positiva hacía las personas mayores.

- La formación de las y los profesionales de la salud, en competencias para la atención a las mujeres y hombres mayores y en las necesidades de salud de unas y otros.

- La inclusión en el curriculum de pregrado y posgrado formación sobre las variables socioculturales, de género y edad que mediatizan la salud de las personas, así como las necesidades de salud de las mujeres y hombres mayores.

Así, recomendamos:

39.- Fomentar un entorno accesible, para lo que se requiere la puesta en marcha de medidas que sitúen a todas las personas, independientemente de sus características culturales, de edad, de discapacidad, etc, en condiciones de igualdad, en cuanto al acceso a los recursos sanitarios.

40.- Generar un entorno sanitario que ofrezca una atención sanitaria integral y que sea sensible a la no discriminación por razón de edad y que incorpore la mirada de género, también en este grupo de edad.

41.- Promover un entorno que favorezca una atención socio-sanitaria integral, sin fracturas entre el sistema sanitario y el sistema del bienestar social.

Entorno accesible

- La aplicación de los principios del diseño universal con objeto de mejorar la accesibilidad física a los centros sanitarios.

- La simplificación de los trámites administrativos y la personalización de la atención.

- La vigilancia sobre la introducción de las TIC en las relaciones con la administración sanitaria, en el sentido de que no generen efectos adversos y la exclusión de algunos colectivos.

- Facilitación de información sanitaria relevante accesible a las personas mayores como prerrequisito para la toma de decisiones.

Atención sanitaria integral y que sea sensible a la no discriminación por razón de edad.

- Sensibilización de los profesionales de los centros sanitarios y de la población en general sobre la realidad de las mujeres y hombres mayores con objeto de desmontar estereotipos relacionados con la edad, entre ellos la equivalencia de edad a enfermedad y depen-

"Las instituciones deben evitar actitudes negativas por razón de edad"

dencia, el no reconocimiento de las variabilidades interindividuales, la visibilización de la edad madura como una etapa de difícil adaptación a los acontecimientos vitales que se produzcan y de retorno a la infancia.

- Fomento de un trato digno hacia las personas mayores, evitando el uso de formas minusvaloradoras y lenguaje infantilizado, que invisibilizan trayectorias vitales ricas en experiencias.

- Vigilancia sobre el hecho de que los estereotipos sobre las personas mayores no tengan influencia en la atención sanitaria, produciéndose pautas terapéuticas diferentes y no justificadas en función de la edad, diferencias no justificadas en el esfuerzo terapéutico, en los programas de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria, así como en los programas de rehabilitación.

- Incorporación de la perspectiva de género a los modelos de atención sanitaria, también en este grupo de edad.

- Impulso de la investigación sobre la salud de las mujeres y hombres mayores, solventando la infrarrepresentación de este grupo etéreo en los ensayos clínicos.

Atención socio-sanitaria integral

- El fomento del acto único en el ámbito sanitario.

- La creación de protocolos conjuntos de derivación y canales de comunicación entre el sector salud y el sector del bienestar social que superen la voluntariedad de sus profesionales y que hagan posible la prestación de una atención socio-sanitaria integral y completa.

- La creación de centros de convalecencia o media estancia.

GLOSARIO

ABVD: Actividades básicas de vida diaria.

Active ageing: Envejecimiento Activo.

Adherencia: grado de seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones en salud (farmacológicas y no farmacológicas).

Biomecatrónica: Es la integración de máquinas electromecánicas con el cuerpo humano, en principio, para usos terapéuticos.

Biónica: Característico de los seres vivos o que se refiere a ellos.

Colonoscopia: Es una exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y también, si es necesario, la parte final del intestino delgado (íleon terminal).

Coxartrosis: Artrosis de la cadera.

Cribado: una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La intención del screening es identificar enfermedades de manera temprana dentro de una comunidad.

Dislipemia: Alteración de los perfiles lipídicos.

Domótica: Se podría definir como la integración de la tecnología en el diseño inteligente de un recinto (casa inteligente).

E. A. S.: Encuesta Andaluza de Sanidad.

E. N. S.: Encuesta Nacional de Salud.

Epigenético: Al estudio de las interacciones entre genes y ambiente que se producen en los organismos.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Etaismo/edadismo: Consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores.

Europeam Silver Paper: Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

Eurostat: (Statistical Office of the European Communities, oficina europea de estadística) es la oficina estadística de la Comisión Europea, que produce datos sobre la Unión Europea y promueve la armonización de los métodos estadísticos de los estados miembros.

Farmacocinética: Es la rama de la farmacología que estudia los procesos a los que un fármaco es sometido a través de su paso por el organismo. Trata de dilucidar qué sucede con un fármaco desde el momento en el que es administrado hasta su total eliminación del cuerpo.

Farmacodinámica: Es el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto de éste sobre un organismo.

FRCV: Factores de riesgos cardiovasculares.

Gonartrosis: Artrosis de rodilla.

Grados de evidencia: es la fuerza que tiene una determinada recomendación.

- **Grado A**: extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).

- Estudios que lo avalan: meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.

- **Grado B**: recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).

- Estudios que lo avalan: revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

- **Grado C**: ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- Estudios que lo avalan: estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos.

Hemoglobina glicosilada: prueba analítica del Control de glucemia.
Histerectomia: La histerectomía es un procedimiento que comprende la extirpación quirúrgica del útero (matriz).

Ictus: Accidente cerebro vascular.

IMC: Indice de masa corporal.

Iniciativa Naos: Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

Long-lie: "caerse a todo lo largo".

Neoplasia: Es el proceso de proliferación anormal (multiplicación abundantemente) de células en un tejido u órgano que desemboca en la formación de un neoplasma. Un neoplasma que forma una masa diferenciada se denomina tumor y puede ser benigno o maligno.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAPPS: Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud.

Predimed: Prevalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo.

Postranscripcional: relativo a la transcripción genética del ADN/ARN.

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Prevalente: Dicho de una enfermedad, de un síntoma, etc. De mayor incidencia o frecuencia.

Programa Perseo: Programa escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad.

Sigmoidoscopia: Es un examen interno de la parte inferior del intestino grueso (colon) y el recto, empleando un instrumento llamado sigmoidoscopio.

SOH: Sangre oculta en heces.

SSPA: Servicio Sanitario Público de Andalucía.

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Us Task Force: Grupo de expertos en promoción y prevención de la salud de USA.

Xerostomía: Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca.

BIBLIOGRAFÍA

[i] Daponte Codina, Antonio; Bolívar Muñoz, Julia; García Calvente, María del Mar. Las Desigualdades Sociales en Salud. Granada: EASP, 2008.

[ii] US Preventive Services Task Force. Behavioral Counselling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. Recommendations and Rationale. Am J Prev Med 2003;24:93-100. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiet.htm.

[iii] Miquel J. Ejercicio y edad biológica. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 37-46.

[iv] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004

[v] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.

[vi] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004

[vii] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004

[viii] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105

[ix] Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Sº Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

[x] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.

[xi] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105

[xii] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.

[xii] Lancaster T, Stead L. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (RevisiónCochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: UpdateSoftware Ltd.

[xiv] Gómez Pavón J, Formiga Pérez F, Martín Lesende I, Abizanda Soler P,
Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007

[xv] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.

[xvi] Gómez Pavón J, Formiga Pérez F, Martín Lesende I, Abizanda Soler P,
Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007

[xvii] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.

[xviii] Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

[xix] Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[xx] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software

Ltd.
[xxi] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[xxii] Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

[xxiii] Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[xiv] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[xxv] Garcia, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

---

[i] Daponte Codina, Antonio; Bolívar Muñoz, Julia; García Calvente, María del Mar. Las Desigualdades Sociales en Salud. Granada: EASP, 2008.
[ii] European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009.
[iii] Council of the European Union, Brussels, oct 2009.
[iv] Mataix Verdú J (Director). Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.
[v] Martín criado E. El conocimiento nutricional apenas altera la prácticas de alimentación: el caso de las madres populares en Andalucía. Rev Esp Salud Pública 2007;81:519-528.
[vi] Martín Criado E. El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres declases populares. Revista Española de Sociología 2004; 4:93-118.
[vii] Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Perseo. Programa Piloto escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
[viii] De Lorferil M, Salen P, Martín JP, Monjaud I, Delaye J, Nicole M. Mediterranean diet, traditional risk factors and rate of cardiovascular complications after mypocardial infraction: Final report of tje Lyon Diet Herat Study. Circulation 1999;99:778-85.
[ix] PREDIMED study; update 2008. Estruch R, Corella D, Covas MI, Fiol M, Lapetra J, Salas- Salvadlo et al.
[x] Active Ageing: a policy framework. WHO, 2002.
[xi] Gómez Pavón J (Coord.) , Martín Lesende I, Regato Pajares P, Batzán Cortés JJ. Primera conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: semfyc eds, 2007.
[xii] US Preventive Services Task Force. Behavioral Counselling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. Recommendations and Rationale. Am J Prev Med 2003;24:93-100. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiet.htm.
[xiii] Noel M, Reddy M. Nutrition and aging. Prim Care 2005;32(3):659-69.
[xiv] Nijs K, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren W. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. BMJ 2006;332:1180-4.
[xv] Altus DE, Engelman KK, Mathews RM. Using family-style meals to increase participation and comunication in person with dementia. J Gerontol Nurs 2002;28:47-53.
[xvi] GómezCandela C, Loria kohen V, Dassen C. Elementos relevantes de la dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. FMC 2009;16(1):5.13.
[xvii] Altus DE, Engelman KK, Mathews RM. Using family-stile meals to increase participation and communication in persons with dementia. J Gerontol Nurs 2002;28:47-53.
[xviii] Nijs K, Graaf C, Kok FJ, Staveren W. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled tiral. BMJ 2006;332:1180-4.
[xix] Shephard RJ. The value of physical fitness in preventive medicine. Ciba Found Symp. 1985;110:164-82.
[xx] Shephard RJ. Exercise in the prevention and treatment of cancer. An update. Sports Med. 1993 Apr;15(4):258-80.
xxi Morris JN. Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. Med Sci Sports Exerc. 1994, 26:807-814.
[xxii] Bortz WM. We live too short. Bantam Books, New York, 1991, 217-233
[xxiii] US Departaments of Health and Human Services. Physical activity and health. A report of the surgeon general. US Departaments of Health and Human Services. Centres for disease control and prevention. Atlanta, GA. 1996.
[xxiv] Chávez S, López O, Martín J, Hernández E. Beneficios del ejercicio físico en el anciano. Rev Cubana Eferm. 1993, 2:87-97.
[xxv] McMurdo MET. A healthy old age: realistic or futile

goal?. BMJ. 2000. 321:1149-1151.
[xxvi] Miquel J. Ejercicio y edad biológica. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 37-46.
[xxvii] Gregg EW, Cauley JA, Stone K, Thompson TJ, Bauer DC, et al. Relationship of changes in physical activity and mortality am older women. JAMA. 2003, 14, 289 (18):2379-2386.
[xxviii] Chirosa LJ, Chirosa IJ, Radial P. La actividad física en la tercera edad. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000, 5 (18). Disponible en www.efdeportes.com
[xxix] Khort W. Effect of gender, age, and fitness level on response of VO2max. to training in 60-70 yr olds. Journal of Applied Physiology. 1991, 71:2004-2011.
[xxx] Chirosa LJ, Chirosa IJ, Radial P. La actividad física en la tercera edad. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000, 5 (18). Disponible en www.efdeportes.com
[xxxi] Miquel J. Ejercicio y edad biológica. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 37-46.
xxxii Merz CN y Forrester JS (1997). "The secondary prevention of coronary heart disease". American Journal of Medicine, 102:573-80.
[xxxiii] Vita AJ, Ferry RB, Hubert HB, Fries JE. Aging, healts risks, and cumulative disability. N Engl J Med. 1998. 338:1035-1041.
[xxxiv] Abellán A. Longevidad y Estado de Salud. En: Las personas mayores en España. Informe 2002. CSIC. Madrid 2002. Cap: 2. 63-85.
[xxxv] McMurdo MET. A healthy old age: realistic or futile goal?. BMJ. 2000. 321:1149-1151
[xxxvi] Pratt M, Macera CA, Wang G. Higher direct medical costs associated with physical inactivity. Physician Sportsmed.
2000 oct; 28 (10): 63-70.
[xxxvii] Beas-Jiménez JdD. El ejercicio físico como moderador del consumo de fármacos en la tercera edad. Tesis Doctoral.
Universidad de Cádiz. 2007.
[xxxviii] Beas-Jiménez JdD, Centeno-Prada RA, Rosety-Plaza M. Gasto anual medio en fármacos para el tratamiento de patologías osteoarticulares en mayores de sesenta y cinco años no institucionalizados: influencia de la práctica regular de ejercicio físico. Revista Andaluza de Medicina del Deporte. (En imprenta).
[xxxix] Williams PT, Franklin B. Vigorous exercise and diabetic, hypertensive, and hypercholesterolemia medication use. Med Sci Sports Exerc 2007; 39(11):1933-41.
[xl] Williams PT. Reduced diabetic, hypertensive, and cholesterol medication use with walking. Med Sci Sports Exerc 2008; 40(3):433-443.
[xli] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004
[xlii] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.
[xliii] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004
[xliv] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004
[xlv] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
[xlvi] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
[xlvii] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Madrid 2004
[xlviii] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
[xlix] Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
[l] Estudio HBSC, Health Behaviour in School-aged Children. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.
[li] ENS 2006, Elaboración Sv Epidemiología y Salud Laboral
[lii] Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Sº Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud
[liii] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
[liv] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca

Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.
[lv] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
[lvi] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y costeefectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[lvii] Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado de Atención a las Personas Fumadoras. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2008
[lviii] Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008.
[lix] Oriol de Solà-Morales La promoción del abandono del tabaquismo: una revisión de las estrategias Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques 2003.
[lx] Lancaster T, Stead L. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (RevisiónCochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: UpdateSoftware Ltd.
[lxi] Gómez Pavón J, Formiga Pérez F, Martín Lesende I, Abizanda Soler P, Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
[lxii] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[lxiii] Gómez Pavón J, Formiga Pérez F, Martín Lesende I, Abizanda Soler P, Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
[lxiv] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.
[lxv] Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
[lxvi] Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[lxvii] Raphaël Bize, Bernard Burnand, Yolanda Mueller, Myriam Rège Walther, Jacques Cornuz. Evaluación del riesgo biomédico como ayuda para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número3. Oxford: Update Software Ltd.
[lxviii] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y costeefectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[lxix] Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com
[lxx] Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[lxxi] Gorgojo Jiménez, L.; González Enríquez, J.; Salvador Llivina, T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar AETS - Instituto de Salud Carlos III 2003.
[lxxii] María Teresa Moreira, Lesley A Smith, David Foxcroft. Intervenciones basadas en las normas sociales para reducir el consumo indebido de alcohol por los estudiantes universitarios (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[lxxiii] SALUD21: el marco de la política Salud Para Todos para la Región Europea de la OMS. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 1999 (European Health for All Series. Nº 6).
[lxxiv] Maria Teresa Moreira, Lesley A Smith, David Foxcroft. Intervenciones basadas en las normas sociales para reducir el consumo indebido de alcohol por los estudiantes universitarios (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[lxxv] SALUD21: el marco de la política Salud Para Todos para la Región Europea de la OMS. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 1999 (European Health for All Series. Nº 6).
[lxxvi] María Teresa Moreira, Lesley A Smith, David Foxcroft. Intervenciones basadas en las normas sociales para reducir el consumo indebido de alcohol por los estudiantes universitarios (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
[lxxvii] Sancho Castiello M et all. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades

Autónomas. Informe 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales MADRID 2004

[lxxviii] Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105 2º Gómez Pavón J, Formiga Pérez F, Martín Lesende I, Abizanda Soler P,

[lxxix] Erica J. Smith, Steve Lui, Mishka Terplan. Intervenciones farmacológicas para mujeres embarazadas bajo tratamiento para la dependencia del alcohol (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[lxxx] Erica J. Smith, Steve Lui, Mishka Terplan. Intervenciones farmacológicas para mujeres embarazadas bajo tratamiento para la dependencia del alcohol (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[lxxxi] Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007

[lxxxii] Regato Pajares P, Segura Benedito A, et all. 1. ª Conferencia e Prevención y Promoción e la Salud en la Práctica Clínica en España. 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007

[lxxxiii] Jean McQueen, Tracey E Howe, Linda Allan, Diane Mains. Intervenciones breves para los consumidores de grandes cantidades de alcohol ingresados en unidades del hospital general (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.updatesoftware.com.

[lxxxiv] Llodra-Calvo Juan Carlos, Bravo-Pérez, Manuel, Cortés-Martinicorena, Francisco Javier. Encuesta de Salud Oral en España (2000). Revista del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Madrid 2002

[lxxxv] World Health Organisation. The World Oral Health Report 2003. Continous improvement of oral health in the 21st Century. The approach of the who global health oral health programme. Geneva-Switzerland. 2003

[lxxxvi] World Health Organisation. Oral Health in Aging Societies. Integration of oral Health and General Health. Geneva- Switzerland. 2006

[lxxxvii] Subirá Pifarré C, Ramón Torrell JM. La salud bucodental de los españoles mayores de 64 años. RCOE. Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos de España. Madrid 2000

[lxxxviii] World Health Organisation. The World Oral Health Report 2003. Continous improvement of oral health in the 21st Century. The approach of the who global health oral health programme. Geneva-Switzerland. 2003

[lxxxix] Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Examen de Salud a mayores de 65 años. Sevilla. 2008

[xc] Plan Andaluz de Promoción de la Salud Sexual para personas mayores. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla 2009.

[xci] Plan Andaluz de Promoción de la Salud Sexual para personas mayores. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla 2009.

[xcii] http://psicomundo.com/tiempo/educacion/clase14.htm. Acceso: 7 de enero 2009

[xciii] Prieto Chincolla Susana. La sexualidad en el mayor. Informe portal mayores Nº 57. Madrid 2006, Consultado en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf . Acceso: 7 de enero 2010

[xciv] García, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/García-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

[xcv] Rodríguez Benito Cristina. Como Cómo vivir plenamente la sexualidad en las personas mayores. Gestionresidencial.com. Madrid 2009. http://www.gestionresidencial.com/ Consultado: 7 enero 2010

[xcvi] Nusbaum, Singh y Pyles. Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older. Journal of the American Geriatrics Society. 2004

[xcvii] García, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

[xcviii] García, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

[xcix] http://psicomundo.com/tiempo/educacion/clase14.htm. Acceso: 7 de enero 2009

[c] Plan Andaluz de Promoción de la Salud Sexual para personas mayores. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla 2009.

[ci] Rodríguez Benito Cristina. Como Cómo vivir plenamente la sexualidad en las personas mayores. Gestionresidencial.com. Madrid 2009. http://www.gestionresidencial.com/ Consultado: 7 enero 2010

[cii] García, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/García-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

[ciii] García, José Luis (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41. Madrid 2005. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/García-sexualidad-01.pdf. Acceso: 7 enero 2010

[civ] Council of the European Union, Brussels, oct 2009.

[cv] Smits CH, DEG DM, Schmand B.Cognitive functioning and health as determinants of mortality in a older population. Am J Epidemiol 1999;150(9):978-86.

[cvi] Schup N, Tang MX, Albert SM. Decline in cognitive and functional skills increases mortality risk in non demented elderly. Neurology 2005;65:1218-26.
[cvii] Espinoza SE, Freid LP. Risk factor for frailty in the older adult. Clin Geriatr 2007; 15:37-44.
[cviii] Rockwood K, Son X, McKnight C, Bergman H, Hogan DB, Mc Dowell I et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Can Med Assoc J 2005; 173;489-95.
[cix] Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1929-33.
[cx] Carlos Gil A, Martínez Pecino F, Molina Linde JM, Villegas Portero R, Aguilar García J, García Alegría J, Formiga Pérez F. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia Evaluación tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla, 2009.
[cxi] Greendale GA, DeAmicis TA, Bucur A, Bretsky P, Rowe JW, Reuben DB et al. A propective study of the effect of fracture on measured physical perdormance: results from the MacArthur Study-MAC. J Am Geriatr Soc 2000;48:546-9.
[cxii] Valliant GE, Mukamal K. Successful aging. Am J Psychiatry 2001; 158:839-47.
[cxiii] European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009.
[cxiv] Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002.
[cxv] Active Ageing: a policy framework. WHO, 2002.
[cxvi] EDDES, 1999.
[cxvii] De Andrés-Pizarro J. Desigualdades en los Servicios de Protección de la dependencia para personas mayores. Gac Sanit 2004;18 (supp 1): 126-31
[cxviii] García Calvente M, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Monografías EASP, Granada, 1999.
[cxix] Diehl M, Marsiske M, Horgas AL, Rosemberg A, Sacynski J, Willis SL. Tge revised Observated Tasks of daily living; a performance-based assessment of everyday problem solving in older adults, L Appl Gerontol 2005;24:211-30.
[cxx] Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002.
[cxxi] Active Ageing: a policy framework. WHO, 2002.
[cxxii] Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koeptke KM et al,. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA 2006; 296:2805-4.
[cxxiii] Edwards JD, Wadley VG, Myers RS, Roenker DL, Cisell GM, Ball KK. Transfer of speed of processing intervention to near and far cognitive functions. Gerontology 2002;48:329-40.
[cxxiv] Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Aten Primaria 2007;39(Supl 3):88-108. Texto completo de los prigramas disponible en: http//www.papps.org/recomendaciones/09-expertos-saludmental. Pdf
[cxxv] Institute for Clinical Improvement. Health Care Guideline: Preventive services for adults. 15th edition. October
2009. Disponible en http://www.icsi.org/preventive_services_for_adults/preventive_services_for_adults_4.html
[cxxvi] Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Examen de Salud a mayores de 65 años. Sevilla. 2008
[cxxvii] Instituto sueco de Salud Pública. Envejecimiento saludable. Un desafío para Europa .Estocolmo. 2007
[cxxviii] Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a la accidentabilidad. Sevilla. 2007
[cxxix] Dirección General de Tráfico. Los accidentes de tráfico en la vejez. Análisis de los roles viales de las personas de edad. 2006. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/dgt-accidentes-01.pdf
[cxxx] Dirección General de Tráfico. Los accidentes de tráfico en la vejez. Análisis de los roles viales de las personas de edad. 2006. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/dgt-accidentes-01.pdf
[cxxxi] Novoa A.M et al. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. Gaceta Sanitaria. 2009; 23:553.e 1-553.e14.
[cxxxii] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxxxiii] Lázaro del Nogal M. Caídas en el anciano: ¿se pueden prevenir sus consecuencias? Modern Geriatrics 1997; 9:31-32.
[cxxxiv] Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988; 319(26):1701-7
[cxxxv] Perlado Ortiz de Pineda F. Caídas en el anciano. Med Integral 1988;12(9):12-26
[cxxxvi] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxxxvii] Feder G., Cryer C., Donovan S. On behalf of the guidelines development group. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. BMJ 2000; 321:1007-11 [Revisión]
[cxxxviii] Donovan S. Las caídas en las personas mayores pueden evitarse, pero las intervenciones deben ser multifactoriales y dirigidas. Terapéutica 2001; 1:34-35 [Revisión]
[cxxxix] Donovan S. Las caídas en las personas mayores pueden evitarse, pero las intervenciones deben ser multifactoriales y dirigidas. Terapéutica 2001; 1:34-35 [Revisión]
[cxl] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxli] Feder G., Cryer C., Donovan S. On behalf of the

guidelines development group. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. BMJ 2000; 321:1007-11 [Revisión]
[cxlii] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxliii] King MB, Tinetti ME. Falls in community- dwelling older person. J Am Geriatric Soc 1995; 43:1.146-1.154
[cxliv] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxlv] Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988; 319(26):1701-7
[cxlvi] Cumming RG, Miller JP, Kelsey JL. Medications and multiple falls in elderly people: The St Louis OASIS study. Age Ageing 1991; 20. 455-461.
[cxlvii] Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG , Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people(Cochrane Review); in the Cochrane Library, Issue I. Chichester , Wiley, 2004
[cxlviii] Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55: 36-43.
[cxlix] Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988; 319(26):1701-7
[cl] Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG , Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people(Cochrane Review); in the Cochrane Library, Issue I. Chichester , Wiley, 2004
[cli] John C. Woolcott, MA; Kathryn J. Richardson, MSc; Matthew O. Wiens, BSc, Pharm, PharmD; Bhavini Patel, MPharm; Judith Marin, BPharm, PharmD; Karim M. Khan, MD, PhD; Carlo A. Marra, BSc, Pharm, PharmD, PhD. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons.
[clii] Aizen E, Shugaev I, Lenger R.Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44(1):1-12
[cliii] Gutmann E, Hanzlíková V. Age changes in the neuromuscular system. Scientechnica Ltd. Bristol. 1972. 142-168.
[cliv] Häkkinen K. Muscle strenght and serum testosterona, cortisol and SHBG concentration in middle-aged and elderly men and women. Acta Physiology. 1993, 148:199-207.
[clv] Stone RG. Exercise parameters for the elderly. En: Stone RG, Gerontology Manual School of Occupational Therapy and Physical Therapy, University of Puget Sound (1996).
[clvi] Frontera WM. Strenght conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. Journal Applied Physiology.1998, 64:1034-1044.
[clvii] Cooper C, Taaffe D, Guido D, Packer E, Marcus R. Reslationship of chronic endurance exercise to the somatotropic and sex hormona status of older men. Eur J Endocrinal. 1998, 138 (5):517-523.
[clviii] Izquierdo M. Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. Archivos de Medicina del Deporte. 1998. 66:299-306.
[clix] McMurdo MET. A healthy old age: realistic or futile goal?. BMJ. 2000. 321:1149-1151.
[clx] Chirosa LJ, Chirosa IJ, Radial P. La actividad física en la tercera edad. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000, 5 (18). Disponible en www.efdeportes.com
[clxi] Mayán JM. Los beneficios de la actividad física en las personas mayores. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 15-18.
[clxii] Miquel J. Ejercicio y edad biológica. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 37-46.
[clxiii] Sánchez PA, Romero M. Actividad física y envejecimiento. http://www.efdeportes.com 2001, 6.
[clxiv] Barrios R, Cardoso L. Motivos de permanencia en el ejercicio de mujeres incorporadas a círculos de abuelos. Revista Antioqueña de Medicina Deportiva y Ciencias Aplicadas al Deporte y a la Actividad Física. 2003, 6 (1):30-37.
[clxv] San Juan AF, Gómez-Gallego F, Cañete S, Santiado C, Pérez M, Luci A. Does complete deficiency of muscle a actinin 3 alter functional capacity in elderly women? A preliminary report. Br J Sports Med 2006;40:1-3.
[clxvi] Chirosa LJ, Chirosa IJ, Radial P. La actividad física en la tercera edad. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000, 5 (18). Disponible en www.efdeportes.com
[clxvii] Barrios R, Cardoso L. Motivos de permanencia en el ejercicio de mujeres incorporadas a círculos de abuelos. Revista Antioqueña de Medicina Deportiva y Ciencias Aplicadas al Deporte y a la Actividad Física. 2003, 6 (1):30-37.
[clxviii] Sánchez PA, Romero M. Actividad física y envejecimiento. http://www.efdeportes.com 2001, 6.
[clxix] Gutmann E, Hanzlíková V. Age changes in the neuromuscular system. Scientechnica Ltd. Bristol. 1972. 142-168.
[clxx]
[clxxi] Mayán JM. Los beneficios de la actividad física en las personas mayores. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 15-18.
[clxxii] Miquel J. Ejercicio y edad biológica. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 37-46.
[clxxiii] Sánchez PA, Romero M. Actividad física y envejecimiento. http://www.efdeportes.com 2001, 6.
[clxxiv]
[clxxv] Díaz Martín Rosa (Coord.). Informe 2008. Las personas mayores en España. Instituto de Mayores y

Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
[clxxvi] Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2008. Consejería de Salud. Accesible en www.juntadeandalucía.es/salud.
[clxxvii] Consejería de Salud. Prevención del cáncer. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007. Accesible en www.juntadeandalucía.es/salud.
[clxxviii] Micheli Andrea, Baili Paolo, Quinn Mike et al. Life expectancy and cancer survival in the EUROCARE-3 cancer registry areas. Ann Oncol 2003; 14 (Suppl 5): 28-40.
[clxxix] Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification : third version. Ann Oncol 2003; 14: 973- 1005
[clxxx] Marzo Castillejo Mercé, Bellas Beceiro Begoña, Nuin Villanueva Mª Ángeles y otros. Estrategias de prevención del cáncer. Aten Primaria 2007; 39 (3): 47-66.
[clxxxi] Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidenca of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analisys. BMC Public Health 2009;9:88.
[clxxxii] Sanz de Galdeano A. The Obesity Epidemic in Europe. Bonn, Discusión Paper Nº 1814;2005.
[clxxxiii] Mataix Verdú J (Director). Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.
[clxxxiv] Agencia Española de seguridad alimentaria (AESA): Estrategia NAOS. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; Madrid:2005.
[clxxxv] Ministerio de Sanidad y Consumo. Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (PAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
[clxxxvi] Ballesteros Arribas JM, Dal-Re Saavedra M, Pérez Farinós N, Villar Villalba C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). Rev Esp Salud Pública 2007;81:443-49.
[clxxxvii] A. Martínez Rubio. Prevención Integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz.Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 21-34.
[clxxxviii] Alonso Alfonseca J, Aparicio Ibáñez D, Baus Japón M, Blanco Aguilar J, Caballero López G, Conejo Díaz JA. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. Sevilla: Junta de Andalucía; 2004.
[clxxxix] Gutiérrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of Overweight and Obesity in Elderly people in Spain. Obes Res 2004;12:710-5.
[cxc] Lobo F. Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. Rev Esp Salud Pública 2007;81:437-441.
[cxci] American Academy of Pediatrics: Children,adolescents, and television. Pediatrics. 2001;107 (2):423-426.
[cxcii] Programa de Actividades preventivas y Promoción de Salud. Semfyc. Actualización 2009.
[cxciii] US Preventive Services Task Force. Screening of obesity in adults 2009. Disponible en http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstf/upsobes.htm
[cxciv] Shaw K, O´Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida).En: La biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
[cxcv] Giró Miranda J. El envejecimiento activo en la sociedad española.
[cxcvi] Bartali B, Semba RD, Forngillo EA, Vaadhan R, Ricks MO et al. Low micronutrient levels as a predictor of incident disability in older women. Arch Intern med 2006;166(21):2335-40.
[cxcvii] Michelon E, Blaum C, Semba RD, Xue QL, Ricks MO, Freíd LP. Vitamin and carotenoid status in older women. Associations with the frailty syndrome. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61(6):600-7.
[cxcviii] Lesourd B. Nutrition: a major factor influencing immunity in the elderly. J Nutr Health Aging 2004;8(1):28-37.
[cxcix] Chaves PH, Xue QL, Gulranik JM et al. What constitutes normal hemoglobin concentration in community-dwelling disabled older women?. J Am Geriat Soc 2004;52:1811-6.
[cc] Keller HH. Weight gain impacts morbidity and mortality in institutional older persons. J Am Geriatr Soc 1995;43(2):165-9.
cci Cawthon PM, Marshall LM, MichaelY, Dam TT, Ensrud KE, Barrett-Connor E, Orwoll ES. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. J Am Geriatr Soc 2007;55(8):1216-23.
[ccii] Hernández Mijares A, Royo Taberner R, Martínez Triguero ML, Graña Fandos J, López García A, Morales Suárez-Varela MM. Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. Med Clin (Barc). 2001;117:289-294.
[cciii] Mucci E, Jackson SHD. Nutricional supplementation in community-dwelling elderly people. Ann Nutr Metab. 2008;52(suppl 1):33-37.
[cciv] Botella JJ, Ferrero MI. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. Nutr Hosp. 2004;19(3):154-159.
[ccv] Sabartés O. Factores de riesgo de malnutrición. En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Ed Masson, 2002: 35
[ccvi] Ruiz-López MD, Artacho Martín-Lagos R, López Martínez MC. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. Ars Pharmaceutica 2000;41(1):101-113.
[ccvii] Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr med 2002;18(4):737-57.
[ccviii] Active Ageing: a policy framework. WHO, 2002.
[ccix] Capo M. Importancia de la Nutrición en la Persona de Edad Avanzada. Ed Novartis: Barcelona, 2002.
[ccx] SEMFyC. Grupo de trabajo de Atención al anciano. Atención al anciano. Ediciones Eurobook. Madrid 1997

[ccxi] Ruiz-Ramos M, Hermosín T, Gamboa F. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCÍA ENTRE 1975-2004 Rev Esp Salud Pública 2008, Vol. 82, N.° 4
[ccxii] Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. BMJ (Clinical research ed. 1994 Oct 8;309 (6959):901-11.
[ccxiii] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002 Dec 14;360 (9349):1903-13.
[ccxiv] Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts. Prospective studies collaboration. Lancet. 1995 Dec 23-30;346 (8991-8992):1647-53.
[ccxv] Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet. 2005 Oct 8;366 (9493):1267-78.
[ccxvi] Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ (Clinical research ed. 2000 Aug 12;321 (7258):405-12.
[ccxvii] Hamm P, Shekelle RB, Stamler J. Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men. American journal of epidemiology. 1989 Feb;129 (2):312-8.
[ccxviii] Hamm P, Shekelle RB, Stamler J. Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men. American journal of epidemiology. 1989 Feb;129 (2):312-8.
[ccxix] Hamm P, Shekelle RB, Stamler J. Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men. American journal of epidemiology. 1989 Feb;129 (2):312-8.
[ccxx] Berlín JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. American journal of epidemiology. 1990 Oct;132 (4):612-28.
ccxxi Chrischilles E, Sherman T, Wallance R. Cost and health effects of osteoporotic fractures. Bone, 1994, 15: 377-386. ccxxii Shaw JM. Osteoporosis and physical activity. PCPFS Research Digest. 1995, 2, 3: 345-354.
[ccxxiii] Abellán A. Longevidad y Estado de Salud. En: Las personas mayores en España. Informe 2002. CSIC. Madrid 2002. Cap: 2. 63-85.
[ccxxiv] Nuñez M, Nuñez E, Sastre S, Del-Val JL, Segur JM, Macule F. Prevalence of knee osteoarthritis and analysis of pain, rigidity, and functional incapacity. Orthopedics. 2008
[ccxxv] Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of Knee and Hip Osteoarthritis and the Appropriateness of Joint Replacement in an Older Population. Arch Intern Med. 2008;168(14):1576-1584
[ccxxvi] Carbonell J, Cobo T, Balsa A, Descalzo MA, Carmona L; SERAP Study Group. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. Rheumatology (Oxford). 2008 Jul;47(7):1088-92. Epub 2008 May 29
[ccxxvii] Huddleston AL, Rockwell D, Kulund DN. Bone mas in lifetime tennis players. Journal of the American Medical Asociation. 1980, 244: 1107-1109.
[ccxxviii] Kovar PA, Allegrante JP, MacKenzie CR, Peterson MG, Gutin B, Charlson ME. Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of the knee. A randomized controlled trial. Ann Intern Med. 1992 Apr;116(7):529-534
[ccxxix] Recker RR, Lappe JM, Davies KM, Kimmel DB. Change in bone mass immediately before menopause. J Bone Miner Res. 1992,7(8):857-62.
[ccxxx] Kannus P, Haapasalo H, Sievanen H. The site-specific effects of long-term unilateral activity on bone mineral ansity and content. Bone. 1994, 15: 279-284.
[ccxxxi] Robinson TL, Snow-Harter C, Taaffe DR. Gymnasts exhibit higher bone mass than runners despite similar prevalence of amenorrhea and oligomenorrhea. Journal of Bone Mineral Research. 1995, 10: 1227-1233.
[ccxxxii] Shaw JM. Osteoporosis and physical activity. PCPFS Research Digest. 1995, 2, 3: 345-354.
[ccxxxiii] Taaffe DR, Snow-Harter C, Connolly DA. Differential effects of swimming versus weight bearing activity on bone mineral status of eumenorrheic athletes. Journal of Bone Mineral Research. 1995, 10: 586-593.
[ccxxxiv] US Departament of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Promoting Active Lifestyles Among Older Adults. 1996. Disponible en: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa
[ccxxxv] Chirosa LJ, Chirosa IJ, Radial P. La actividad física en la tercera edad. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000, 5 (18). Disponible en www.efdeportes.com
[ccxxxvi] Cook D, Koltyn K. Pain and exercise. Int J Sport Psychol.2000, 31:305-320.
[ccxxxvii] Mayán JM. Los beneficios de la actividad física en las personas mayores. En: de la Fuente M. Apuntes 771JO501. II Jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad. Conserjería de Turismo y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte. Granada 2001. 15-18
[ccxxxviii] Bonaiuti D, Shea B, Iovine R, Negrini S, Welch V, Kemper HHCG, Wells GA, Tugwell P, Cranney A. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000333. DOI: 10.1002/14651858. CD000333. (No evidencia de prevención de fracturas osteoporóticas con el
ejercicio en los dos primeros años)
[ccxxxix] Hernández Y, Bernardo I, Catalá I y Domínguez MC. Ejercicio físico en pacientes geriátricos. Enf. 2002. 19(3):1-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/

enf/vol19_1_03/enfl0103.htm
[cexl] Barrios R, Borges R, Cardoso L. Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. Rev Cubana Medien Integr. 2003, 19(2).
[cexli] Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD003786. DOI: 10.1002/14651858. CD003786.pub2.
[cexlii] Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004376. DOI: 10.1002/14651858. CD004376.pub2.
[cexliii] Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, Reichenbach S. Exercise for osteoarthritis of the hip. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD007912. DOI: 10.1002/14651858. CD007912.
[cexliv] Ferrucci L, Guralnick M, Studenski S, Fried L, Cutler GB, Waltson JD, for The Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc. 2004; 52:625-34.[Medline]
[cexlv] I Conferencia sobre la Prevención y la Promoción de la Salud en la práctica clínica en España, Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. semFYC Ed. Barcelona 2007
[cexlvi] Martín Lesende I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. Cuadernos de Gestión para el profesional de atención Primaria. 2002;8:91-100.
[cexlvii] Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community- living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999;48:445-69.
[cexlviii] Gill T, Baker D, Gottschalk M, Peduzzi P, Allore H, Byers A. A program to prevent functional declined in physically frail, eldely persons who live at home. N Engl J Med. 2002;347:1068-74
[cexlix] Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo?, María Luisa Martínez Martín. Rev Esp Gariatr Gerontol. 2007; 42, 357-60.htm
[cel] Salud65: Examen de salud para mayores de 65 años. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2008.
[celi] Carlos Gil, A et al. Desarrollo de Criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla, 2009.
[celii] Aspiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F,. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev esp Salud Pública 2002; 76: 683-699.
[celiii] López Torres J, Cerdá R, Fernández C, Requena M, Fernández C, Otero A. Factores asociados al consumo de medicación crínica en personas ancianas. Med Clin (Barc) 1997;108(15):572-576.
[celiv] Litago-Gil C, et al. Actividades preventivas en los mayores Aten Primaria 2003;32(Supl 2):93- 101.
[celv] Stuck AS, Mindr CE, Peter Wu¨ est I ,Gilman G,Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med.2000;160:977–86.
[celvi] Baztán JJ ,Suárez-Garía FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Manas L ,Rodríguez- Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders:Meta-analysis. BMJ.2009;338:b50.
[celvii] Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. DOI:10.1016/j.medcli.2009.04.028
[celviii] Baena JM, Gorroñogoitia A, Martín Lesende I, De Hoyos MC, Luque A, Litago C, et al. Actividades preventivas en los mayores. AtenPrimaria.2007;39:109–21 Disponible en: URL: http://papps.org/suplemento_ap_07.php.
[celix] Stuck AS, Mindr CE, Peter-Wüest I, Gilman G, Egli C, Kesselring A,et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community- dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med.2000;160:977–86.
[clx] Vellas B, Wayne SJ, Romero L, Baumgartner RN, Rubenstein LZ, Gary PJ. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 1997;45:735–8
[clxi] Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanheers L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16; CD005381.
[clxii] Envejecimiento activo: un marco político. Organización Mundial de la Salud Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
[clxiii] Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systemic review of the role of the pharmacist. Drugs Aging 2003; 20:817-32.
[clxiv] Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P,et al. European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease. European Summit on Age-related Disease. Wroclaw, 2008.
[clxv] Woolcott JC, Kathryn J. Richardson KJ, Wiens MO, et al. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons Arch Intern Med. 2009;169(21):1952-1960
[clxvi] Alarcón T, Bárcena A, González-Montalbo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admisión

to an acute geriatric ward. Age Ageing. 1999; 28:429-32.
[cclxvii] Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedicado ¿Conoce la posología de la medicación? ¿Afirma tomarla correctamente? Aten. Primaria 2004; 33(9):451-6.
[cclxviii] Chia LR, Schlenk EA, Dunbar-Jacob J. Effect of personal and cultural beliefs on medication adherente in the elderly. Drugs Aging. 2006; 23:191-202.
[cclxix] Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000011.
[cclxx] Jano E, Aparasu RR. Healthcare Outcomes Associated with Beers' Criteria: A Systematic Review Ann Pharmacother 2007; 41:438-48.
[cclxxi] Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based Study of Over 600,000 Older People Ann Pharmacother 2009; 43:1233-8.
[cclxxii] Aparasu RR, Mort JR. Inappropriate prescribing for the elderly: Beers criteria-based review. Ann Pharmacother 2000;34:338-46.
[cclxxiii] Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, Gambassi G: Adverse drug reactions as a cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). J Am Geriatr Soc 2002, 50:1962.
[cclxxiv] Díaz Martín R, Abellán García A, Castejón Villarejo P, et al. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas Informe 2008/ Tomo I. IMSERSO: Madrid. 2009. pag. 79.
[cclxxv] Pérez- Fuentes M F, Castillo R, Rodríguez-Toquero J et al. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada .Medicina de Familia (And) 2002; 1: 23-28.
[cclxxvi] Gavilán Moral E, Morales MT, Hoyos JA et al. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad Aten Primaria. 2006;38(9):476-82
[cclxxvii] FDA: Piénselo Muy Bien: Una Guía Para el Control de los Beneficios y Riesgos de las Medicinas. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/think_Spanish.htm FDA: Sea un miembro activo de su equipo de atención médica. Disponible en http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/active12panelSpa.htm. FDA: Los medicamentos y usted: Guía para adultos de más edad. Disponible en http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/medAndYouSpan.htm
[cclxxviii] Pham C., Dickman R. Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. Am Fam Physician 2007; 76:1387-44.
[cclxxix] Boyd C, Darer J, Boult C, et al. Clinical Practice Guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases JAMA, August 10, 2005—Vol 294, No. 6
[cclxxx] Milton JC, Hill-Smith I, Jackson S.. Prescribing for older people. BMJ 2008;336;606-609
[cclxxxi] Moya A., Barbero Gutierrez J. "Malos Tratos a personas mayores". Guía de actuación. IMSERSO 2005
[cclxxxii] Decreto 23/2004 de Protección jurídica a las personas mayores
[cclxxxiii] Teléfono de Atención a las Personas Mayores, DGPM, CIBS, elaboración propia a partir de los datos estadísticos de 2009.
[cclxxxiv] Iborra Marmolejo Isabel. "Maltrato de personas mayores en la familia en España" Centro Reina Sofía. Valencia. 2008
[cclxxxv] Burgos ML., Espinosa J.M., Muñoz, F., Portillo J. "Malos tratos a las personas mayores" Sociedad Andaluzas de Medicina Familiar y comunitaria. Granada. 2005.
[cclxxxvi] Burgos ML., Espinosa J.M., Muñoz, F., Portillo J. "Malos tratos a las personas mayores" Sociedad Andaluzas de Medicina Familiar y comunitaria. Granada. 2005.
[cclxxxvii] Burgos ML., Espinosa J.M., Muñoz, F., Portillo J. "Malos tratos a las personas mayores" Sociedad Andaluzas de Medicina Familiar y comunitaria. Granada. 2005.
[cclxxxviii] Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, et al. European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease. European Summit on Age-related Disease. Wroclaw, 2008.
[cclxxxix] Envejecimiento Saludable. Un desafío para Europa. Instituto Sueco de Salud Pública. Östersund. 2007.
[ccxc] IMSERSO. Envejecimiento activo. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/portada/envejecimiento-activo.pdf
[ccxci] Doherty WA, Campbell TL. Families and Health. Beverly Hill, CA, Sage, 1998. citado porYurss en "Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en la atención primaria" http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/bsuple9.html
[ccxcii] Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic Families. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987. citado por Yurss en "Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en la atención primaria"
[ccxciii] Durán MA. El tiempo y la economía española. ICE. 1991; 695: 9-48.
[ccxciv] García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999
[ccxcv] "Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal". Libro Blanco del la Dependencia. Cap. II. IMSERSO. Diciembre.2004. En: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf
[ccxcvi] Cas tejón P., Sancho M. "Modelos de convivencia". A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006.Colección Documentos. Serie de Documentos Estadísticos. Nº 22009 IMSERSO. http://publicaciones.administracion.es
[ccxcvii] Abellón García A. et all. IMSERSO. Encuesta 2006 "A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores"

[ccxcviii] Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. "La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana"

[ccxcix] Gómez D, Izquierdo M., Montalvo E., Pascual I., Segura A. "Influencia de la red social en la salud" http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-17.html

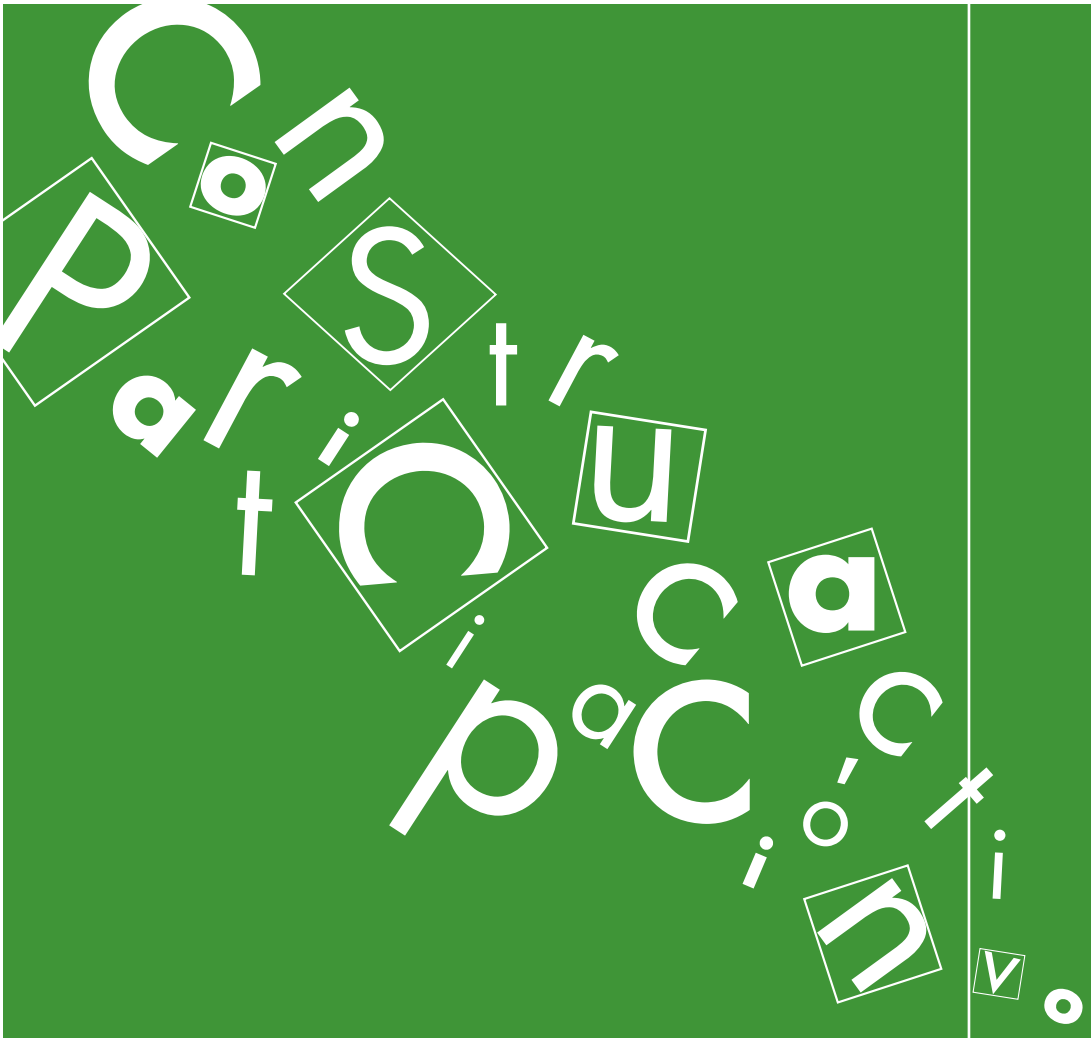
[ccc] Yangua s J.J. "Análisis de la cálida d de vida relacionada con la s alud en la veje z de de una perspectiva multidimensional". Colección Estudios. Serie Persona s Mayores. IMSERSO. 2006

[ccci] Yanguas J.J. "Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional". Colección Estudios. Serie Personas Mayores. IMSERSO. 2006

[cccii] Yanguas J.J. "Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional". Colección Estudios. Serie Personas Mayores. IMSERSO. 2006

[ccciii] OMS. Envejecimiento Activo: un marco político. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2002;37(2): 74-105.

[ccciv] Losada, Andrés. Edadismo: consecuencia de los estereotipos, del perjuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Informe Portal Mayores 2004; 14.



PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO LA SOCIEDAD

INNOVACIÓN Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Capítulo

04

VIVIR PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO LA SOCIEDAD

Hay muchas formas de entender el envejecimiento activo pero todas ellas hablan de participación de un modo u otro. ¿Por qué? **Porque envejecemos mejor si tomamos parte de forma activa en nuestro propio proceso de envejecimiento, es decir, si nos implicamos en la toma de las decisiones que van a afectar cómo envejecemos**. Algunas de esas decisiones son individuales pero otras muchas tienen que ver con otras personas, con la comunidad o con la sociedad en la que vivimos y de la que formamos parte. Por eso, la participación de la que hablamos es social y nos pone en relación con esas otras personas que también envejecen. Además, al calificar esta participación de activa queremos decir, entre otras cosas, que participamos para hacer algo al respecto de nuestro envejecimiento; y **con nuestra participación activa aportamos lo que podemos -ideas, tiempo, experiencia, capacidades, críticas, etcétera- para mejorar nuestro envejecimiento y el del resto de conciudadanos**. **Participación** y **contribución** al envejecimiento van aquí de la mano: "Una política para las personas mayores no debería estar determinada únicamente por la pregunta *¿Qué podemos hacer por los mayores?* También debería preguntarse *¿Qué pueden hacer las personas mayores por la sociedad?*" (Lehr, 2007: 8).

Dentro del marco del envejecimiento activo, esta participación activa es continua, se realiza durante toda la vida, a todas las edades, dado que nos desarrollamos y envejecemos mientras vivimos. Por tanto, **tiene poco sentido hablar de una participación exclusiva de personas mayores para personas mayores y con personas mayores; es más apropiado fomentar la participación social a todas las edades y entre todas las edades para contribuir al buen envejecimiento de todas las personas a lo largo de nuestras vidas**.

Por otro lado, hablamos de una participación diversa porque **ni hay una única manera de envejecer activamente ni todas las personas sabemos, podemos y queremos participar del mismo modo**. Además, **la participación** a la que nos referimos **es preventiva porque nos permite aumentar nuestras posibilida-**

des de envejecer de forma saludable. A participar de este modo y a envejecer de modo activo se aprende; de ahí la importancia de formarse a lo largo de toda la vida para tomar parte en el proceso de envejecimiento. Envejecer bien es una tarea, un proyecto vital capaz de guiarnos, de dar sentido a lo que hacemos y de orientarnos en el logro de la felicidad.

La implantación del envejecimiento activo en Andalucía también nos exige innovar, en alguna medida, **nuestras actuales formas de envejecer, de mirar el envejecimiento y de aprovechar el envejecimiento como reto y oportunidad para el desarrollo más humano, equilibrado y sostenible de nuestra Comunidad Autónoma**.

Leída esta introducción se entenderá con facilidad que **PARTICIPACIÓN**, **CONTRIBUCIÓN** e **INNOVACIÓN** sean los tres ejes en torno a los cuales hemos organizado las reflexiones y recomendaciones que siguen.

"Una estrategia para el envejecimiento activo debería ser participativa y empoderadora. En otras palabras, debe haber una combinación de acciones políticas de arriba abajo para posibilitar y motivar la actividad, pero también oportunidades para que los ciudadanos puedan actuar, de abajo arriba, por ejemplo en el desarrollo de sus propias formas de actividad" (Walker, 2009: 87-88).

1. - ENVEJECER PARTICIPANDO. HABLEMOS DE PARTICIPACIÓN Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Todos y todas, hombres y mujeres, debemos participar para envejecer mejor. Aunque tradicionalmente las personas mayores han sido vistas como las que envejecen, el envejecimiento activo nos propone considerar a esas personas como un miembro más de nuestra sociedad, necesitadas, como cualquiera, de apoyo para envejecer de modo satisfactorio pero, a la vez, capaces, como cualquiera, de contribuir al bienestar y desarrollo colectivos. Por tanto, **hablar de envejecimiento activo aludiendo más a las personas mayores, como solemos hacer en la actualidad, tiene que ser tan sólo una práctica transitoria: la clave para hacer del envejecimiento activo una oportunidad de desarrollo y bienestar está en incluir a toda la población andaluza en los esfuerzos para promover esta forma de envejecer.**

La Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Activo, celebrada en Madrid en el año 2002, señala en su artículo 10 que **"el potencial de las personas de edad es una sólida base para el desarrollo futuro. Permite a la sociedad recurrir cada vez más a las competencias, la experiencia y la sabiduría que las personas de edad aportan, no sólo para asumir la inicia-**

“hay que conseguir que la participación activa de las personas en general, y de las personas mayores en particular, se lleve a cabo a todos los niveles y en todos los ámbitos”

tiva de su propia mejora sino también para participar activamente en toda la sociedad” (Naciones Unidas, 2002: 3). En consonancia con estos planteamientos, y de acuerdo con el artículo 37.1. del Estatuto de Autonomía para Andalucía, que considera la incentivación del envejecimiento activo y el aseguramiento de la participación de las personas mayores como principios rectores de las políticas públicas, creemos que la participación en la vida política, social, educativa, cultural y económica de Andalucía es uno de los elementos básicos del envejecimiento activo. Por ello, y porque las personas mayores con vecindad administrativa en Andalucía, según el artículo 19 del citado Estatuto, tienen derecho a recibir de los poderes públicos de la Comunidad Autónoma una protección y una atención integral para la promoción del envejecimiento activo, **hay que conseguir que la participación activa de las personas en general, y de las personas mayores en particular, se lleve a cabo a todos los niveles y en todos los ámbitos**: partidos políticos, sindicatos, empresas, Administraciones, etcétera.

A este respecto, el Libro Blanco del Envejecimiento Activo debe preguntarse cuáles son las medidas más apropiadas para ese fin y cómo aplicarlas. Hacerlo requiere romper con ciertas dinámicas paternalistas hacia las personas mayores y reconocer y valorar los espacios que, de hecho, ya ocupan en el campo político y social así como abrir otros nuevos en los que puedan presentarse sus necesidades, defenderse sus intereses y deseos, y aprovecharse los conocimientos, experiencias y capacidades adquiridos a lo largo de sus vidas. **En Andalucía todos tenemos derecho a envejecer de modo activo y a una vejez activa pero participando plenamente en la toma de decisiones de aquello que nos concierna. No implicarnos en nuestro envejecimiento supondría poner en riesgo nuestro bienestar presente y el de las futuras generaciones.**

Asimismo, no podemos obviar que en las últimas décadas el continuo desarrollo de las denominadas como Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) ha venido transformando lo que tradicionalmente se ha entendido por participación. De hecho, se habla de

un profundo cambio de las formas y estructuras democráticas de convivencia y configuración de la ciudadanía debido a estas tecnologías, que pueden repercutir favorablemente en los procesos de desarrollo local abriendo nuevas formas y espacios de participación y proporcionando un nuevo sentido de identidad y pertenencia a la comunidad o lugar de adscripción. Sin embargo, hay que ser conscientes a la vez de que algunas personas mayores -las mujeres de más edad o las personas que viven en zonas rurales, por ejemplo- corren el riesgo de quedar relegadas con todas estas transformaciones. La denominada brecha digital no sólo es trascendente porque muchas personas pueden ser incapaces de servirse de aparatos y equipos; además, implica que las personas afectadas se queden al margen de nuevas formas de vida (por ejemplo, el teletrabajo) y de modelos de organización y mediación sociocultural en los que las NTIC cumplen una función estratégica (por ejemplo, en las formas de relacionarse y de participar a distancia).

1.1.- PRINCIPIOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

"Los componentes centrales del buen envejecer (la salud, el buen funcionamiento cognitivo, las buenas relaciones sociales y la satisfacción con la vida) pueden considerarse universales" (Fernández, 2009: 84-85).

Participar en la vida social, política, económica y cultural de la comunidad forma parte fundamental del ejercicio de ciudadanía en las sociedades democráticas. La noción de ciudadanía es compleja, se ha ido revisando a lo largo de las décadas y hoy en día abarca desde los derechos más básicos como la libertad de expresión, el derecho de reunión y voto o el derecho a juicios justos, asumidos casi como algo natural, hasta concepciones de una ciudadanía multicultural o ecológica, pasando por los derechos sociales o los denominados de tercera generación y todas las nuevas formas vinculadas a la apropiación de las NTIC.

Estudios recientes *"permiten esbozar el perfil de la ciudadanía andaluza, no como mera receptora pasiva de derechos, sino como protagonista de la vida política y social de su comunidad"* (Aguiar, Gómez, Martín, Millar y Pérez, 2007). De cara al futuro, y con vistas a hacer realidad el ideal del envejecimiento activo, este protagonismo no sólo debe concretarse en el sector de población más envejecida sino que tanto jóvenes como mayores debemos tomar un rol activo en la vida social andaluza.

Factores predictores de la participación de las personas mayores (The New York Academy of Medicine, s.f.):

- **Factores individuales: edad, condiciones de vida, estatus socioeconómico, etnicidad, movilidad, género, orientación sexual, creencias, expectativas y actitudes personales, personalidad y estilo de vida.**

- **Factores ambientales: acceso (conocimiento de las posibilidades de participación existentes y accesibilidad física en términos de transporte, seguridad y ubicación) y residencia en entornos emancipadores y propicios.**

- **Factores societales: creencias y actitudes de la sociedad -prejuicios tales como edadismo, sexismo, racismo y homofobia- y cohesión social.**

1.1.1.- Preferencias y capacidades de participación conforme envejecemos. El uso del tiempo.

En los últimos años han ido aumentando el interés y los estudios acerca del tiempo, su uso, su valor e incluso su precio. La profesora Mª Ángeles Durán plantea que existen diferentes motivos para este creciente interés en torno al tiempo (2007: 23 y 24). Entre ellos destacan los cambios demográficos y el envejecimiento progresivo de la población, que nos obligan a reinterpretar la sociedad y la economía con categorías nuevas. Además, en los últimos años las actividades de tiempo libre y de ocio tienden a aumentar progresivamente. Cada vez cuesta más concebir un tiempo vacío, en el que no hagamos nada; esto está relacionado con la gran expansión de un sector económico de ocio y de medios de comunicación que necesita conocer y aprovechar el tiempo disponible de sus clientes potenciales.
Investigaciones recientes vienen ofreciéndonos una gran cantidad de información acerca de los usos del tiempo en España. Éstos nos han revelado que las mujeres trabajan diariamente, por término medio, siete horas y un minuto, una hora y tres minutos más que los hombres; de este tiempo un 30% lo dedican al trabajo remunerado y un 70% al no remunerado, frente a un 73% y un 27% respectivamente en el caso de los hombres (Gálvez, Domínguez y Rodríguez, en prensa). Este hecho determina, como veremos con mayor profundidad más adelante, que las mujeres en todas las etapas de su vida tengan menos tiempo para dedicarle a actividades de ocio y participación.

En el caso concreto de las personas mayores observamos que un porcentaje superior de mujeres (92%) que de hombres (72%) se dedican al hogar y a la familia, invirtiendo además una cantidad de tiempo diaria mayor en estos dos ámbitos: cinco horas y media frente a las dos horas y cuarenta minutos de los hombres. Asimismo, aunque unos y otras dedican en la jornada un tiempo muy similar a las relaciones sociales y a la diversión, los hombres mayores hacen más uso que las mujeres de los medios de comunicación y dedican más tiempo al deporte y a otras actividades al aire libre: casi una hora diaria más. En Andalucía el porcentaje de hombres mayores que practican deporte y actividades al aire libre dobla al de las mujeres que lo hacen: 62% frente al 31% (Trinidad y López, 2007: 87-88).

"El 56,7% de los mayores andaluces considera que tiene el tiempo ocupado, aunque no tenga muchas obligaciones, frente al 24,3% que considera que no tiene nada que hacer y el 13,1% que afirma tener bastantes obligaciones y faltarle tiempo. En este último aspecto destacan las mujeres (23,9%) frente a los varones (10,8%), sobre todo hasta los 75 años" (Centro de Estudios Andaluces, 2006: 35).

El interés por el tiempo aumenta por otros factores como la insatisfacción de muchos colectivos sociales, especialmente las mujeres, por lo invisible y poco valorado socialmente que resultan su tiempo y su trabajo pero también porque advertimos que es muy elevado el tiempo que invertimos en actividades ni directamente productivas ni placenteras como los desplazamientos o las gestiones burocráticas.

Por todo esto, los estudios sobre el tiempo revelan diferentes elementos y visibilizan que "el uso del tiempo no es sólo un asunto individual y privado sino también colectivo y público" (Durán, 2007: 281). Para todas las personas los días tienen veinticuatro horas pero éstas pueden ser distribuidas y ocupadas en actividades muy diversas; y esto tiene importantes consecuencias sobre nuestra forma de envejecer.

"El 40,3% de los mayores andaluces afirma no querer dedicar más tiempo a ninguna actividad que realiza" (Centro de Estudios Andaluces, 2006: 35).

A lo largo de la vida dedicamos gran parte de nuestro tiempo al trabajo y a la familia pero también podemos disponer de tiempo para invertirlo en otras cosas. Parte de este tiempo lo podemos utilizar para seguir participando activamente en la sociedad a través de otras formas enriquecedoras de participación social e intergeneracional como el voluntariado o los denominados bancos de tiempo, con los que se consigue dar respuesta a necesidades cotidianas mediante el intercambio de tiempos de servicio.

Ahora bien, no se debe confundir el envejecimiento activo con un mero hacer ni con la hiperactividad, cuyas consecuencias no son positivas. **Cualquier esfuerzo de fomento de la participación social debe tener en cuenta los deseos, capacidades y preferencias en el uso del tiempo de quienes participan y adaptar los recursos a las demandas de participación realmente existentes a lo largo de toda la vida**.

Se recomienda:

1-. Apoyar a las personas para que asuman los cambios por los que van pasando a largo de la vida y motivarles para que elaboren, según sus preferencias y capacidades, sus propios planes de participación, de uso del tiempo y de realización personal.

"Envejecer en positivo, de forma activa y participando en la sociedad es bueno tanto para quien envejece como para la sociedad misma"

- Consultar y tener en cuenta las preferencias de participación de los distintos grupos de personas antes de programar acciones para esos grupos, tratando siempre de adaptar los recursos disponibles a sus demandas.

- Promover la participación de las personas en el ámbito económico, social, cultural, político, etcétera, durante toda la vida y no sólo en sus fases más avanzadas (adultez y vejez).

1.1.2.- La participación, en sus diversas formas y estilos, puede ser beneficiosa.

El ser humano es social por naturaleza. No hay un *yo* sin un *tú*. Somos seres en relación, que no podemos vivir aisladamente. La participación social nos mantiene en interacción, lo que aumenta nuestros niveles de autoestima y desarrolla una de las facetas intrínsecas del ser humano: nuestro sentido de pertenencia. Y esto sucede a lo largo de todo el curso de nuestras vidas.

Sabemos que el funcionamiento social va asociado a la supervivencia y a la longevidad, a la salud física y mental, al funcionamiento cognitivo saludable, a la satisfacción con la vida, al bienestar y a la calidad de vida. Las medidas de implicación social, el tener amistades y la participación social están positivamente asociadas con la habilidad para la realización de actividades de la vida diaria, suponen un efecto protector frente a la existencia de dependencia en la vejez y mantienen y mejoran el funcionamiento cognitivo: "los mayores que declaran una mayor implicación social y participación en actividades de ocio sufren en menor medida declive en su estado mental" (Fernández, 2009: 187).

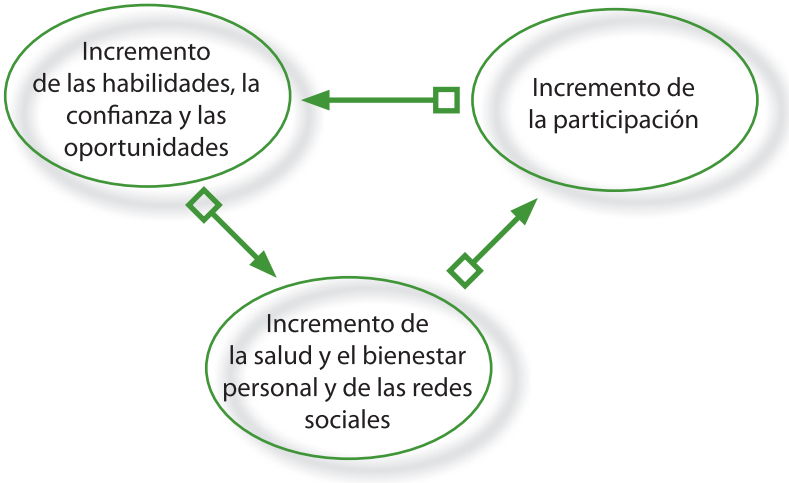
Distintas investigaciones demuestran que la percepción positiva del proceso de envejecimiento puede alargar la vida hasta siete años y medio (Levy, 2003). **Envejecer en positivo, de forma activa y participando en la sociedad es bueno tanto para quien envejece como para la sociedad misma.**

La participación tiene formas y estilos muy diversos a lo largo de la vida; incluso hay personas con escasa o nula participación social que alcanzan adecuados niveles de bienestar.

"La participación social de la propia persona mayor tiene importancia para el propio individuo porque la actividad en general, y la actividad social en particular, tiene un beneficio positivo en la salud y, concretamente, el sentirse reconocido y valorado por los demás ejerce una influencia muy positiva en la autoestima. La valoración que uno tiene sobre sí mismo, a su vez, se relaciona con el equilibrio psicológico y con un buen estado de ánimo" (Martínez, 2006: 53).

Hay diversos grados de participación: consulta, cogestión, control, codirección y participación en las decisiones. Es importante y beneficioso participar en las decisiones, participar en todos los ámbitos de la vida que conciernen a cada persona. La participación debería ir más allá del ámbito privado para pasar a tener un reconocimiento mayor en las instituciones a través, según el caso, de órganos consultivos, de cogestión, de control y de codirección, que faciliten la aportación en determinadas cuestiones de la visión, el saber y la experiencia de las personas conforme van envejeciendo.

Según Alan Walker (2009: 87), el aumento de la participación forma parte del ciclo del bienestar a medida que se envejece. El propio Walker plantea que ese ciclo se puede representar del modo siguiente:



En definitiva, "las personas mayores tienen mejor salud y viven más tiempo si están socialmente implicadas" (Blazer, 2005: 497).

La participación social favorece las emociones positivas, optimiza los mecanismos de autorregulación y autocontrol, potencia la confianza en uno mismo, mejora el afrontamiento de problemas y la capacidad de adaptación a situaciones difíciles. Asimismo,

las personas con implicación social tienen niveles inferiores de discapacidad, menor incidencia de la dependencia y menos tendencia a la depresión.

Necesitamos de otras personas como punto de apoyo para superar la adversidad. El mayor trauma no es el hecho que causa el sufrimiento sino la falta de afectos y el desencuentro. La felicidad es una representación mental que se construye en el encuentro con el otro.

La participación tiene formas y estilos muy diversos a lo largo de la vida. Por ejemplo, muchas personas mayores cultivan facetas que antes no pudieron desarrollar y así pintan, escriben, hacen fotografías, teatro, etcétera. Otras son un claro ejemplo de integración cuando apoyan a sus hijos, participan en grupos lúdicos, culturales, formativos, en el asociacionismo, en la acción voluntaria organizada, etcétera. Con ese estilo de vida se benefician tanto ellas como la sociedad misma. No obstante, también hay personas con escasa o nula participación social que dicen sentirse felices así.

Un ejemplo de beneficios de la participación. El voluntariado en el envejecimiento.

La participación continuada en grupos voluntarios es un factor de protección para el bienestar psicológico de las personas adultas que comienzan a desarrollar limitaciones funcionales (Greenfield y Marks, 2007). En el caso concreto de las personas mayores "la relación generalmente positiva entre actividad y bienestar depende de los recursos personales y sociales de la persona mayor" (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario y Thang, 2003: 142). Estos últimos autores, después de un repaso de la literatura científica sobre los beneficios del voluntariado para las personas mayores, concluyen que:

- **los beneficios positivos del voluntariado se producen incluso cuando el tiempo dedicado al mismo es corto. Lo importante es implicarse, aunque sea de forma modesta;**

- **el voluntariado puede ser aún más beneficioso para las personas mayores que tienen limitaciones funcionales y cierto grado de dependencia;**

- **escoger un voluntariado preferido por la persona, que le guste, y que incluya tareas significativas y que supongan un reto, parece ser importante a la hora de maximizar los resultados positivos de la experiencia;**

- **las personas mayores voluntarias reconocen sentirse más útiles, con mayor autoestima, y están más protegidas contra la pérdida del rol social y el aislamiento. Además, la labor como voluntarias les ayuda a estructurar su tiempo, a contar con un propósito más en el día a día, a sentirse parte de algo,**

"las relaciones y desigualdades de género, pueden ser muy distintas dependiendo de la política relativa a los cuidados puesta en práctica en una sociedad determinada"

a desarrollarse y a aumentar la significación en sus vidas.

Se recomienda:

2.- Difundir los beneficios de la participación y seguir fomentando una participación de amplio espectro, en todas las edades, respetando a quienes libremente decidan participar poco o nada.

1.1.3.- Envejecimiento y diferencias de género

Hombres y mujeres envejecemos de modo distinto en muchos aspectos. Es más, "cuando se aborda la situación de las mujeres de edad desde una perspectiva de género -según los patrones y los roles que han desempeñado a lo largo de sus vidas-, se muestra la desventajosa situación que tienen las mujeres frente a los hombres al envejecer en múltiples aspectos" (Ramos, 2009: 3). Por ello, **tenemos que potenciar la participación de las mujeres conforme envejecen.** Las mujeres, en especial las de más edad y las que viven en zonas rurales, han sufrido desventajas en muchas facetas de sus vidas aún no corregidas suficientemente. Su acceso a la formación, a la cultura y a otros escenarios sociales ha estado vetado en muchos casos. Además, la asignación del rol de cuidadoras de los miembros débiles de la familia -niños, enfermos y mayores dependientes- pero también de adultos supuestamente no dependientes, ha traído consigo que gran parte de sus vidas se haya visto recluida al ámbito doméstico, lo que ha dificultado su participación en otras esferas.

Todavía hoy, el trabajo doméstico y de cuidados limita y determina la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y en la vida social, económica, cultural y política de la comunidad, lo que, a su vez, retroalimenta los estereotipos de género, elemento fundamental para entender el mantenimiento de las desigualdades entre hombres y mujeres. Comparando España con la mayor parte de los países de nuestro entorno, en nuestro país se percibe un mayor desequilibrio por razones de género en el reparto del trabajo, sobre todo en relación a la dedicación al trabajo familiar no remunerado y de cuidados (Gálvez, Domínguez y Rodríguez, en prensa). La incorporación de

las mujeres españolas al mercado laboral ha aumentado a lo largo de las últimas décadas, lo que ha incrementado el gasto social y la provisión de servicios sociales, y ha sido mucho mayor que la incorporación de los hombres al trabajo familiar no remunerado y de cuidados. Esto demuestra una clara falta de corresponsabilidad y da lugar a una marcada desigualdad de género en el uso del tiempo.

Esta desigualdad es esencial para comprender la discriminación laboral que sufren las mujeres en los mercados de trabajo (Dolton, Marcenaro y Skally, 2008) y la consiguiente pérdida de bienestar asociado que perjudica tanto a las mujeres, que disfrutan de menor poder, autonomía y capacidad de decisión, como a la sociedad, que no utiliza eficientemente su capital humano.

En una investigación reciente sobre la población rural española (Camarero, 2009: 112), a propósito de las desigualdades de género, se dice: "Otro efecto perverso del reparto desigual de las tareas domésticas es que **la doble jornada que realizan las mujeres absorbe su tiempo libre**, de modo que, bien por atender a sus hijos o a las tareas domésticas, la mayoría tiene que renunciar a su tiempo de ocio, a la formación e, incluso, a la participación en el ámbito público (asociaciones, colectivos, etcétera)". **Esta doble jornada obliga a estas mujeres a envejecer más como deben que como desearían**. En general, **las relaciones y desigualdades de género, así como la participación de mujeres y hombres en la plena ciudadanía, pueden ser muy distintas dependiendo de la política relativa a los cuidados puesta en práctica en una sociedad determinada**. El reparto del cuidado de las personas dependientes -e independientes-, entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil se distribuye de formas diferentes en distintas sociedades: las sociedades que basan su sistema de cuidado en la relación que los individuos tienen con el mercado y/o principalmente en la aportación informal y no remunerada de la familia, son las más desiguales, ya que son las mujeres las que cubren las necesidades de cuidado del núcleo familiar sin recibir remuneración a cambio.

"Mientras que, por ejemplo, en Andalucía sólo un 5,21% de los ocupados varones trabajan a tiempo parcial, en el caso de las mujeres este porcentaje asciende al 25,51 %. (…) considerando el total de jornadas parciales existentes en Andalucía, las mujeres desempeñan aproximadamente las tres cuartas partes de las mismas (72,6 %). Este absoluto predominio femenino en el trabajo a tiempo parcial guarda una íntima relación con unas pautas muy arraigadas que estructuran la división social del trabajo y los usos del tiempo que, todavía en la actualidad, siguen estando marcadas por un claro sesgo de género. Las mujeres, pese a haber avanzado bastante en su grado de in-

corporación laboral, parecen seguir enfrentándose a la necesidad de buscar estrategias que les permitan compatibilizar las actividades y aspiraciones profesionales con las familiares y personales" (Bericat y Sánchez, 2008: 17).

Por eso, desde la economía feminista se insta a los poderes públicos a tomar en serio el tema del cuidado y a no presuponer que las mujeres son una fuente natural e ilimitada de cuidado (Elson, 2005; Folbre, 2001).

Se observa que **en el tiempo de participación, y también en el de ocio, las mujeres son más flexibles y con frecuencia sirven como variable de ajuste del tiempo de trabajo familiar doméstico.** Al aumentar las necesidades de cuidados se reduce significativamente el tiempo de ocio y participación que las mujeres tienen para dedicar al trabajo voluntario, a la vida asociativa, a los movimientos sociales o a los partidos políticos, por ejemplo. Dada la desigual distribución del trabajo por razones de género este tiempo tan necesario para el desarrollo personal y para la construcción de redes de integración y cohesión social generalmente es el primero que reducen las mujeres cuando asumen responsabilidades de cuidados (Carrasco, 2001: 14).

"Mientras los hombres realizan actividades en mayor número, en espacios abiertos y con mayores grados de movilidad, las mujeres concentran su actividad en espacios domésticos o afines a ello y con un carácter más pasivo. La división sexual del trabajo doméstico plantea en este sentido un punto de análisis. El ocio de los hombres mayores se configura como un elemento positivo para la etapa de jubilación en la que se encuentran. No resulta así para las mujeres mayores, especialmente para las que no han tenido un trabajo remunerado, ya que para ellas no existe tal jubilación de las tareas del hogar, por lo que siguen vinculadas a dichas actividades" (IMSERSO, 2008a: 30).

A pesar de ello, algunos estudios (IEA, 2004; IMSERSO-CIS, 2006) apuntan que las mujeres mayores tienen más interés por la participación y participan más que los hombres mayores en actividades como el trabajo voluntario, las reuniones, las visitas o la asistencia a clase. Además, las mujeres suelen ser más creativas y tener más capacidad de adaptación a situaciones diversas. Pero hay todavía hombres que se consideran superiores y mujeres, sobre todo en las edades más avanzadas, que se perciben a sí mismas en un segundo plano, supeditadas a los criterios de sus maridos. Por otro lado, **las amas de casa necesitan de una trasformación profunda de la forma en que la sociedad valora su trabajo**: tenemos que establecer mecanismos que reconozcan su contribución fundamental al sostenimiento cotidiano de los individuos que componen la sociedad, eliminando la posible penalización económica que para muchas de estas mujeres supone la pérdida de su marido.

Se recomienda:

3.- Revalorizar el papel de las mujeres en los distintos escenarios de participación y seguir trabajando por la igualdad de género conforme se envejece, especialmente en las fases más avanzadas de la vida y en el medio rural.

- Potenciar la presencia en el espacio público de las mujeres de todas las edades pero especialmente de las mujeres mayores.

- Mantener y aumentar las campañas de sensibilización para favorecer la igualdad entre géneros a todas las edades.

1.1.4.- Centros de Día y Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs), recursos para el envejecimiento activo y la participación.

El contacto y la participación social de los distintos sectores de edad de la población conforme envejecen es importante para evitar la segregación y la fragmentación de la sociedad. La población es un conjunto interrelacionado de personas que comparten los recursos y en el que se favorece el equilibrio y la igualdad en el acceso a dichos recursos. **Los Centros de Día y las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) de personas mayores son dos importantes recursos con los que contamos para impulsar el envejecimiento activo pero que hay que aprovechar mejor.**

En general, los Centros de Día dependientes de las administraciones públicas tienen una dotación de medios bastante aceptable que hay que seguir mejorando. Su actual denominación debería sustituirse por otra más acorde con un planteamiento transversal e intergeneracional, que permita mejorar la imagen de las personas mayores y acercarlas a los jóvenes y a personas de todas las edades. Asimismo, **se considera necesario planificar la transformación de los Centros de Día a fin de dar mejor respuesta al perfil cada vez más heterogéneo de las personas que los utilizarán en el futuro**. En esa transformación habría que considerar, entre otros cambios, la ampliación del trabajo preventivo, de mantenimiento y paliativo que los Centros de Día hacen en el área de salud. Asimismo, una interesante opción sería rediseñar los Centros de Día para que pasaran a ser centros de envejecimiento activo.

"La participación de personas mayores en centros sociales de actividades es un factor externo o ambiental que actúa como mecanismo de retraso de la dependencia funcional" (Rubio, Lázaro y Sánchez, 2009: 33).

La Ley 6/1999, de 7 de julio de Atención y Protección de las Personas Mayores en Andalucía, contempla los Centros de Día como uno de sus instrumentos para posibilitar la integración social y evitar situaciones de desarraigo de las personas mayores, en línea con lo que viene pro-

"Desde los Centros de Día de Personas Mayores ya se desarrolla una función importante en dos de los pilares fundamentales del envejecimiento activo: la salud y la participación"

poniendo Naciones Unidas: "El aumento de la esperanza de vida y la mejora de la salud en la vejez constituyen un enorme éxito y representan un potencial en términos de mano de obra, cualificación y experiencia que la sociedad necesita utilizar de modo productivo. La experiencia en torno al envejecimiento activo muestra que las personas mayores que están integradas en la sociedad tienen más calidad de vida y vidas más largas y saludables. Las sociedades necesitan considerar de forma más activa cómo integrar a las personas mayores y asegurar su participación en una sociedad cohesionada, de todas las edades" (UNECE, 2009a: 2).

Desde los Centros de Día de Personas Mayores ya se desarrolla una función importante en dos de los pilares fundamentales del envejecimiento activo: la salud y la participación. En cuanto a la salud, estos Centros son lugares de transmisión de hábitos saludables y de prevención de la dependencia. A través de actividades y talleres se enseñan, por ejemplo, los beneficios de la alimentación adecuada, de la actividad física moderada o de la salud bucodental. Por lo que se refiere a la participación, entendida como una apertura a la comunidad, en estos Centros se realizan actividades intergeneracionales y de voluntariado, y se fomenta que las personas mayores tomen parte en multitud de actividades: sociales, deportivas, artísticas, recreativas, artesanales, de autoayuda, culturales, turísticas, uso de las nuevas tecnologías, etcétera.

No hay duda: estos Centros de Día juegan un papel importante a la hora de apoyar y facilitar oportunidades para la práctica personal y el desarrollo comunitario del envejecimiento activo. A este respecto, convendría tener en cuenta lo siguiente:

a) Al aumentar la esperanza de vida se incrementa el número de personas mayores, lo que afecta a la capacidad de estos Centros, que se pueden quedar pequeños y obsoletos. La solución no pasa simplemente por que se aumente la oferta sino por promover que otros estamentos y organismos sean igualmente receptivos a las cambiantes necesidades de las personas mayores y del envejecimiento de la población, como ya hacen, por ejemplo,

las universidades a través de sus programas para mayores.

b) El perfil de los/as usuarios/as va a ir cambiando; hay distintos grupos con diferentes inquietudes y gustos. Por tanto, estos Centros tienen que ser flexibles, mejorar sus recursos y su capacidad de adaptación.

c) Se está incrementando el número de las personas más mayores dentro de las mayores, con un envejecimiento no patológico pero más acentuado, que quieren participar de la vida de los Centros de Día. Esta población se puede sentir desatendida si en las actividades, talleres y servicios que se desarrollan en los Centros de Día no se tienen en cuenta estas diferencias para abordarlas desde la integración.

d) La formación continua del personal de los Centros es fundamental para saber solventar las distintas situaciones y acontecimientos, innovar y adaptar los recursos de los Centros con el fin de prestar un mejor servicio.

e) Es necesaria una reforma, una remodelación de estos Centros para adaptarlos a los nuevos tiempos, una reorientación que permita disponer de Centros modernos y más idóneos para los programas de envejecimiento activo del futuro.

Quienes trabajan en los Centros de Día de Andalucía son conscientes de la necesidad de impulsar el envejecimiento activo utilizando este importante recurso público. En 2007, 96 profesionales de los Centros de Día de personas mayores dependientes de la Junta de Andalucía se mostraban bastante o muy de acuerdo con la necesidad de introducir un nuevo modelo de envejecimiento activo que aporte los recursos necesarios para que cada persona pueda asumir la responsabilidad sobre su forma de vivir y la manera como gestiona su propia vida (Bermejo y Miguel, 2008: 15).

Pasemos ahora a hablar de otro importante recurso para la participación, el asociacionismo, que ha crecido considerablemente en los últimos años con la creación de muchas PYMAs aunque, por ahora, tan sólo una minoría de personas mayores está integrada en ellas.

La proporción de personas mayores andaluzas que acuden a un centro social o a una asociación de mayores es baja.

Estas asociaciones presentan dos ventajas importantes: llegan a casi todas las poblaciones rurales y aglutinan el sentir y las nuevas necesidades de las personas mayores actuales, aunque por el momento cuentan con escasísimos recursos y muchas barreras burocráticas en sus gestiones.

DATOS DE ANDALUCÍA POR EDAD Y SEXO

	TOTAL			65-74		75-79		80 Y MÁS	
	TOTAL		MUJER		MUJER		MUJER		MUJER
ACUDIR A UN CENTRO SOCIAL O ASOCIACIÓN DE MAYORES									
TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	4,5%	8%	1,9%	8,7%	2,1%	8,6%	2,4%	4,6%	1,2%
ALGUNA VEZ A LA SEMANA	11,4%	19,2%	5,7%	22,5%	6,5%	17,3%	6,5%	12,5%	3,3%
NO LA REALIZÓ	74,3%	66,2%	80,2%	62,4%	81,5 %	68,1%	78,9%	75,1%	78,7%
NO PROCEDE (NO LEER)	9%	5,3%	11,6%	5,5%	9,6 %	5,2%	11,4%	5,1%	16,1%
N.S.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
N.C.	0,8%	1,2%	0,5%	0, 9%	0, 3%	0, 9%	0, 8%	2,8%	0, 7%
TOTAL	995	417	578	218	292	116	123	83	163

FUENTE: CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES, 2006:40.

¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas de las PYMAs de personas mayores en Andalucía?

En 2008, con el apoyo de la Agencia Andaluza del Voluntariado, se llevó a cabo una investigación sobre la situación de las PYMAs de personas mayores en Andalucía. Cuarenta y ocho PYMAs y una confederación de asociaciones de personas mayores participaron en este estudio, que concluyó que las tres debilidades fundamentales de estas entidades, por orden decreciente de importancia, son: la falta de recursos, el escaso compromiso y formación de sus miembros, y el alejamiento y aislamiento debidos a su ubicación en el territorio. Las PYMAs andaluzas también reconocieron tener tres fortalezas fundamentales: el material humano -es decir, las personas que en ellas colaboran-, el valor de la experiencia vital de las personas mayores vinculadas a estas organizaciones, y su gran capacidad para autogestionar los recursos disponibles y hacer mucho con poco (OFECUM y CONFEMAC, 2008).

La disponibilidad de medios es fundamental para el fomento de la participación asociativa. La dispersión geográfica que presentan las PYMAs hace que, aunque el número de sus socios/as no sea numeroso, su implantación generalizada, en especial en pequeñas localidades, las convierta en las únicas organizaciones que dinamizan a las poblaciones donde se ubican. **La insuficiente atención y apoyo a las PYMAs por parte de las Administraciones, no sólo en lo económico sino en relación a la información, al asesoramiento y al reconocimiento de su labor, junto con las interminables trabas burocráticas ante cualquier gestión, anulan en gran medida el potencial de estas entidades como dina-**

mizadoras sociales. En estos momentos es crucial saber valorar y potenciar el asociacionismo, en general, y las PYMAs, en particular, a la hora de satisfacer las necesidades emergentes relacionadas con el envejecimiento y de mejorar la participación, sobre todo de las mujeres y de quienes viven en el hábitat rural.

Por último, es necesario aludir también al movimiento asociativo de los andaluces que residen fuera de nuestra Comunidad Autónoma, del que participan más de cincuenta mil socios y socias, entre los que, por supuesto, también hay personas mayores; este movimiento ha sido y sigue siendo fuente de desarrollo de la identidad andaluza fuera de nuestras fronteras (Consejería de Gobernación, s.f.).

Se recomienda:

4.- Facilitar, multiplicar y agilizar los recursos institucionales disponibles para que los Centros de Día y las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) de Personas Mayores sigan fomentando la participación de personas de todas las edades adaptada a las demandas de las presentes y futuras generaciones de personas mayores.

- Programar en los Centros de Día de Personas Mayores actividades atractivas, adaptadas a los gustos de socios y socias, y adecuadas para conseguir mejoras bio-psico-sociales de su envejecimiento.

- Llevar a cabo en los Centros de Día de Personas Mayores acciones que combinen y promuevan paralelamente la memoria, la actividad física, la interacción social y la salud de sus socios y socias.

- Desarrollar, a través de los Centros de Día de Personas Mayores, servicios intermedios como los programas de comida a domicilio, la formación de personas cuidadoras y la estimulación física y cognitiva de la persona mayor que lo precise.

- Organizar, desde los Centros de Día de Personas Mayores, actividades físicas en espacios públicos tales como parques, especialmente dirigidas a las personas de más edad, para que se aprendan a utilizar de forma adecuada los aparatos de ejercicio físico disponibles en esos espacios.

- Trabajar para la formación, en los Centros de Día de Personas Mayores, de órganos de gobierno paritarias en virtud del género y de las edades de todas las personas asociadas.

- Valorar y potenciar las PYMAs en el medio rural, ayudando a salvar obstáculos como la distancia geográfica e incrementando los recursos de estas entidades para que puedan atender las necesidades emergentes relacionadas con el envejecimiento en su entorno.

- Simplificar, facilitar y agilizar el acceso de las PYMAs a las Administraciones públicas.

- Buscar vías de autofinanciación para las PYMAs, distintas a las ofertadas por las Administraciones públicas.

- Apoyar a las asociaciones, federaciones o confederaciones que hacen de correa de transmisión entre las pequeñas asociaciones rurales y las instituciones.

1.1.5. - Participación y dependencia

La participación es un derecho a lo largo de toda la vida, que no se puede ignorar cuando la dependencia eclipsa parte de nuestra autonomía personal. Todas las personas dependientes pueden, en distinto grado, continuar siendo activas y sintiéndose útiles en actividades compatibles con su estado, tanto en la esfera personal, como en los ámbitos familiar y comunitario. Hay que potenciar al máximo las capacidades y la autonomía de las personas dependientes de modo que no produzcamos un aumento de su dependencia a medida que envejecen y que puedan seguir contribuyendo a la mejora de la sociedad andaluza.

"El envejecimiento activo debería incluir a todas las personas mayores, incluso a aquéllas que en alguna medida son frágiles y dependientes. Esto se explica por el peligro de que centrarse solamente en los 'mayores jóvenes' excluirá a los 'mayores mayores' y por el hecho de que la conexión entre actividad y salud (incluida la estimulación mental) se mantiene hasta la vejez avanzada" (Walker, 2009: 87).

A menudo no somos capaces de conectar envejecimiento activo y dependencia debido al concepto de actividad que utilizamos. **Parece que *ser activo* entre en contradicción con *ser dependiente*. Pero no es así.** Un reciente estudio español sobre el concepto de actividad en el marco del envejecimiento activo aclara que **lo importante no es tanto hacer esto o aquello como la disposición de la persona a asumir las riendas de su vida, de su envejecimiento**: "Es importante precisar que la actividad, independientemente de que pueda materializarse en acciones y realizaciones con gran nivel de concreción, es un posicionamiento vital implicado. Es el mecanismo a través del cual la persona asume las riendas de su vida en un hacer pro-activo y no meramente receptivo-pasivo. Este 'ser activo' se refleja en una responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, estar física y mentalmente activo) y la inserción participativa en la realidad social (relacionarse con otros, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). Las realizaciones concretas han de vivirse de forma intrínsecamente motivada, priorizando en ellas elementos que las hagan singulares y significativas para la persona y por tanto han de formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora" (Bermejo y Miguel, 2008: 29-30).
Cuando esa disposición se concreta en una actividad realizada que supone el mantenimiento o la mejora de los lazos sociales, sabemos que se consiguen be-

neficios de cara al mantenimiento y a la recuperación de la habilidad de realizar actividades de la vida diaria. Podemos afirmar, en consecuencia, que la implicación social ayuda a prevenir o a disminuir la pérdida de autonomía para la vida diaria y, en consecuencia, "la implicación comunitaria es beneficiosa en gran medida y debería promoverse a través de las políticas sociales" (Zunzunegui et al., 2005: 46).

"Promover la actividad social y productiva puede proporcionar tanto a los médicos como a quienes diseñan las políticas una estrategia adicional para mantener la salud y la independencia de las personas mayores y posponer las consecuencias discapacitantes de enfermedades crónicas relacionadas con la edad" (Mendes de León, Glass y Berkman, 2003: 640).

Se recomienda:

5.- Asegurar la participación general de las personas en situación de dependencia a lo largo de toda su vida, en función de su estado y posibilidades, tanto en las actividades que puedan realizar como en la toma de decisiones sobre los temas que les afecten, desarrollando al máximo las capacidades y la autonomía de las personas dependientes de modo que no produzcamos un aumento de su dependencia a medida que envejecen.

1.1.6. Participación inclusiva, intergeneracional e intercultural, dirigida en especial a las personas en situación de vulnerabilidad

El envejecimiento activo promueve la inclusión: envejecer es cosa de todos, de todas, y afecta a todos y a todas. Por ello, apuesta por una participación transversal, entre generaciones, entre culturas y entre personas con situaciones más o menos vulnerables. El objetivo es que cualquier actividad posible relacionada con el envejecimiento esté adaptada para toda persona que desee participar en ella.

Un reciente informe de investigación sobre la exclusión social de las personas mayores de 55 años en la Unión Europea (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2008), indica que dicha exclusión es por lo general más alta en los países mediterráneos. Considerando la falta de participación social como uno de los factores de exclusión, este informe concluye que cerca del 30% de las personas mayores de 55 años residentes en España tienen un índice de participación social bajo, lo que constituye un indicador de falta de inclusión de esas personas.

Las relaciones intergeneracionales evitan el aislamiento, ayudan a aumentar la cohesión social y el desarrollo comunitario y estimulan comportamientos prosociales en las personas de distintas generacio-

nes. Son fuente de bienestar, mantienen a la persona con un funcionamiento social estable y hacen que las personas más jóvenes adquieran una visión más realista y positiva del envejecimiento como una etapa satisfactoria de la vida. En las últimas décadas tanto el discurso como las actuaciones sociales han potenciado la segmentación de la población en grupos de edad: niños/as, adolescentes, adultos, mayores, etcétera, con escasa comunicación entre ellos. **Se ha perdido buena parte de la transmisión e intercambio de puntos de vista propios de cada generación que resultan enriquecedores para toda la sociedad, y se ha dado lugar a situaciones discriminatorias edadistas, justo lo contrario de lo que el envejecimiento activo trata de promover.**

La intergeneracionalidad se basa en dos pilares fundamentales: saber escuchar y saber transmitir, en definitiva, saber relacionarse. La comunicación entre las personas, sea cual sea su edad, es fundamental. Es evidente que los encuentros intergeneracionales deben comenzar en la familia; es el reto más importante y más cercano, pero **la participación de las personas en programas intergeneracionales a lo largo del curso de sus vidas, tendrá más posibilidades de éxito si fomentamos, a través de esos programas, espacios y talleres, una cultura cotidiana en la que personas mayores y jóvenes se reúnan de manera habitual para construir comunidades en las que sepan y quieran comunicarse mejor y en la que se produzca un aprendizaje y un intercambio continuado de recursos entre las generaciones**.

Por otro lado, es un hecho reconocido que el incremento actual de las demandas de cuidados y de las dificultades para dar respuesta a estas necesidades -la llamada crisis de los cuidados- está siendo en gran medida aliviado mediante las migraciones internacionales, que a su vez intensifican la crisis de cuidado en los países pobres y en desarrollo (Benería, 2008). Aunque en ciertos sectores de la población los movimientos migratorios puedan generar desarraigo y rechazo, es necesario subrayar que, junto con la contribución fundamental para el sostenimiento cotidiano de los individuos que componen la sociedad, estos movimientos representan asimismo una oportunidad para el enriquecimiento mutuo mediante el intercambio cultural. Puesto que una proporción importante de la población inmigrante trabaja con las personas mayores, estas personas se convierten en un importante recurso para potenciar lo positivo que tienen los procesos interculturales: "Según los datos de afiliación a la Seguridad Social ofrecidos por el Ministerio de Trabajo (a diciembre 2008), el 56,6% de las personas incluidas en el Régimen Especial de Servicio Doméstico son extranjeras. Esta extranjerización del servicio doméstico ha estado vinculada al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer nativa al mercado laboral formal.

El cuidado de personas dependientes, principalmente ancianos, por parte de empleadas de hogar inmigrantes se ha convertido en el primer trabajo que han encontrado a su llegada a España" (Martínez Buján, 2009:101).

A pesar de que Andalucía se ha confirmado en los últimos años como tierra de acogida, tenemos que tener en cuenta que hay una importante población de andaluces residentes en otros lugares. "Hoy, más de un millón y medio de personas de origen andaluz residen fuera de nuestra Comunidad, llegando a ser más de ciento cuarenta mil andaluces y andaluzas los que viven en el extranjero" (Consejería de Gobernación, s.f.). "Desde 1995 a 2005, son más de cuarenta y cinco mil las personas que han retornado a nuestra tierra desde el extranjero, manteniéndose el ritmo de retorno en la presente década con un contingente medio de cuatro mil personas anuales" (Consejería de Gobernación, 2009: 10). Sería necesario que, tanto las personas que se encuentran fuera de nuestra Comunidad como los andaluces y andaluzas que han decidido volver a residir en Andalucía, lo que a menudo les coloca en situación de vulnerabilidad, puedan disponer también de oportunidades para participar en el desarrollo y en el mejor envejecimiento de nuestra sociedad.

"Cuando se diseñan y ejecutan acciones y medidas de inclusión social es crucial situar en el centro las necesidades, en especial las de los grupos de personas mayores más vulnerables cuyas perspectivas sobre la política de inclusión social a menudo no se tienen en cuenta: personas con discapacidades; mujeres mayores y viudas que dependen de la pensión del marido, personas afectadas de demencia, personas víctimas de abusos o negligencia, personas mayores sin hogar, inmigrantes, quienes tienen como barrera la falta de alfabetización, las parejas de personas que han cometido delitos, las personas que viven en áreas rurales, la personas mayores que necesitan mejorar su movilidad, los familiares cuidadores de parientes mayores vulnerables" (AGE, 2007: 20-21).

Se recomienda:

6.- Incrementar las experiencias, programas y espacios de intercambio intergeneracional e intercultural dirigidos a atender a las personas más vulnerables a medida que envejecen. (en consonancia con lo que se plantea en el Capítulo I de este Libro Blanco).

- Aprovechar la emigración e inmigración como oportunidades para el acercamiento e intercambio cultural a lo largo de la vida.

- Potenciar los vínculos entre personas mayores e inmigrantes como medio para alcanzar una sociedad cohesionada e intercultural, poniendo en marcha campañas para que las personas mayores vean el contacto con los/as cuidadores/as de

otros países como una oportunidad y una puerta abierta hacia nuevos conocimientos y experiencias.

- Impulsar la participación de las personas mayores en programas de apoyo a personas inmigrantes, familias monoparentales, mujeres maltratadas, y otras personas en situación de vulnerabilidad.

- Aumentar los programas de alojamiento compartido y acompañamiento, al estilo de los realizados por las universidades.

1.2.- CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. ¿CÓMO CONSEGUIR LA INTEGRACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DE MODO QUE LA SOCIEDAD ANDALUZA SEA UNA AUTÉNTICA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES?

Naciones Unidas (UNECE, 2009) ayuda a responder, de modo general, esa pregunta proponiendo tres ámbitos concretos de intervención política:

1) la **integración funcional**, que incluye la participación social, política y económica de las personas mayores.

2) las **infraestructuras**, de modo que la accesibilidad y el coste económico de la vivienda, el transporte y los bienes culturales, incluidos los medios de comunicación, estén al alcance de cualquier persona mayor.

3) las **relaciones intergeneracionales**, para lograr desestigmatizar el envejecimiento y aumentar los intercambios entre personas de distintas generaciones.

La participación es una práctica deseable pero no siempre resulta posible; existen factores que la condicionan e incluso la impiden y, por tanto, es indispensable actuar sobre ellos. Cuando hablamos de participación en el marco del envejecimiento activo no nos debemos restringir a un o unos ámbitos concretos de participación: "El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia" (OMS, 2002: 79).

"La participación es una práctica deseable pero no siempre resulta posible"

"Entre las dificultades que encuentran los mayores andaluces para realizar actividades cerca de la vivienda, destaca bajar y subir escaleras (42,8%), y caminar por las aceras debido a obras (34,6%). Alrededor del 20% también tienen dificultades al caminar por la calle debido a: ruidos, suciedad, atracos. El 24,5% tiene dificultades para utilizar transportes públicos. Las mujeres presentan en todos los casos mayor dificultad que los hombres" (Centro de Estudios Andaluces, 2006: 48)

Por otro lado, hay que tener en cuenta que las motivaciones por las que la ciudadanía participa son muy variadas: desde adquirir información y conocimiento acerca de la esfera pública, hasta tener influencia real en la toma de decisiones pasando por entrar en contacto con personas con las que se comparten intereses. Sean unas u otras las motivaciones no se debe olvidar que la participación de la ciudadanía en las cuestiones políticas reporta claros beneficios al sistema democrático. De hecho, al enfrentarles al supuesto dilema democrático entre apostar por un proceso de toma de decisiones participativo y uno en que los gobiernos tomen rápidamente las decisiones sobre la base del conocimiento de expertos existe una mayoría de andaluces/as que afirma preferir un proceso de toma de decisiones participativo (Aguiar, Gómez, Martín, Millar y Pérez, 2007). Sin embargo, hay distintos factores que condicionan e influyen esa participación. En los siguientes apartados se revisarán algunos de ellos.

1.2.1.- La heterogeneidad de las personas y de las formas de envejecer conlleva que las condiciones para una participación efectiva sean muy diversas.

Entender el envejecimiento activo como un proceso que sucede a lo largo de todo el curso vital nos obliga a considerar la diversidad del mismo. La heterogeneidad de la sociedad requiere un planteamiento igualmente diverso de la participación. Aunque se hable del *colectivo de personas mayores* lo cierto es que se trata de un grupo muy variado según el lugar donde se viva -rural o urbano-, la generación -cohorte o grupo histórico- a la que se pertenezca, el sexo, el género, la formación, el tipo de trabajo, los ingresos y otros recursos económicos, la pertenencia o no a asociaciones, etcétera. **Mejoraremos nuestras posibilidades de envejecer de modo**

activo en la medida en que aumentemos la presencia, en las instituciones y en las asociaciones de todo tipo, de personas más y menos mayores, y con perfiles diversos.

"Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. [...] El enfoque del envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por razón de edad y reconocer la diversidad de las poblaciones ancianas" (OMS, 2002: 79).

Se recomienda:

7.- Buscar formas alternativas de envejecimiento activo que estén mejor adaptadas a las nuevas necesidades y capacidades de las generaciones de personas mayores.

- Poner en marcha un sistema de información con la oferta de actividades para la población de más edad, próximas a su lugar de residencia.

- Fomentar la diversidad de personas mayores presentes en instituciones y asociaciones de todo tipo, mejorando en especial la participación en estos espacios de las mujeres conforme envejecen.

1.2.2.- La participación de las personas que viven solas y de las que están aisladas.

"Las situaciones de soledad se encuentran relacionadas de manera directa con la edad, siendo las personas mayores las que más experimentan este tipo de situaciones. De este modo, [en Andalucía] un 33,75% de la población mayor de 65 años ha experimentado situaciones de soledad en el último año, frente a un 20,48% de la población con una edad comprendida entre los 18 y los 34 años" (ESECA, 2009: 68).

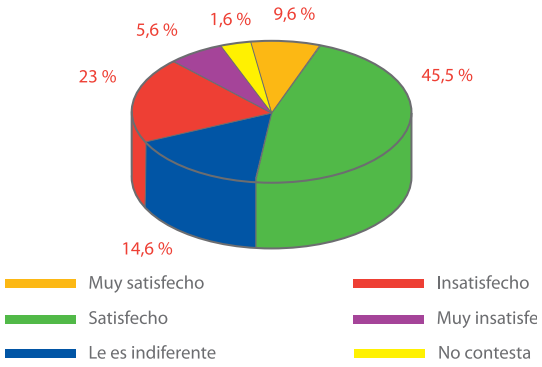
En nuestra sociedad, nuestros ritmos de vida, la falta de tiempo, los valores imperantes no siempre favorecen la existencia de momentos y espacios de encuentro. Sin embargo, Trinidad y López (2007: 92) apuntan que el avance que se está dando de la vida en solitario entre hombres y mujeres mayores tiene en gran medida que ver con su creciente deseo de autonomía: cada vez más personas de edad eligen soportar los posibles inconvenientes de la soledad por el mayor grado de libertad e intimidad que por otro lado obtienen.

Soledad no equivale necesariamente a aislamiento. Por tanto, **las personas mayores que viven solas o las que están aisladas no deben ser consideradas únicamente como personas con dificultades de participación; de cualquier forma, lo cierto es que debemos**

prestar más atención a sus deseos y capacidades reales para participar. Lo que a efectos de la participación nos debe preocupar más es la denominada como *soledad social*, que alude directamente al déficit no deseado de relaciones y apoyo social. Sabemos que las personas mayores más activas informan con menor frecuencia de sentimientos de soledad (Portal Mayores, 2009a). "La soledad se incrementa con la edad, pero no debido a la edad per se sino al aumento de la discapacidad y al debilitamiento de la integración social" (Jylhä, 2004: 166).

No obstante lo anterior, sí hay otras personas que viven aisladas, con un gran déficit participativo. Hay que atender a estas personas que, a medida que envejecen, se colocan en situación de desarraigo, o de riesgo, y que son más vulnerables. La participación de estas personas es igualmente necesaria, desde sus posibilidades, deseos y necesidades.

Por otra parte, resulta clave que el entorno físico en el que viven estas personas propicie la participación; y no siempre es así. La existencia de barreras arquitectónicas -por ejemplo, la falta de ascensores en muchas viviendas- supone una dificultad objetiva para la participación de personas con cierto grado de dependencia que las aísla del resto de la sociedad.



Fuente: Portal Mayores (2009a)

Se recomienda:

8.- Favorecer la participación tanto de las personas que viven solas como de las que están aisladas, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada y residen en zonas rurales.

- Crear bancos de tiempo y servicios de acompañamiento como alternativa al aislamiento asociado al proceso de envejecimiento.

- Seguir con las políticas de eliminación de barreras de todo tipo, especialmente las arquitectónicas, que dificultan o impiden la participación social de las personas conforme envejecen, sobre todo de aquéllas más vulnerables.

1.2.3.- Trayectorias de participación: nuestra participación en la vejez se explica en virtud de cómo hemos venido participando a lo largo de la vida.

Por lo general, **la persona que ha ejercido la participación a lo largo de su vida sigue siendo participativa conforme va envejeciendo.** "La participación social se desarrolla a lo largo del ciclo vital. Existe una correlación positiva entre actividades y participación social en la vida anterior, durante la juventud y la adultez temprana y media, y la participación social en la fase avanzada de la vida, pero el tipo de trabajo voluntario que se realiza en la primera adultez es diferente del de la vejez" (Lehr, 2007: 4).

Las personas mayores andaluzas de hoy han vivido en su juventud y buena parte de su madurez un ambiente poco propicio para la participación social. Y sabemos cuál es una de las consecuencias de esa falta de participación anterior: "la implicación en una actividad en un momento anterior de la vida es un fuerte predictor de la participación en la vejez" (Agahi, Ahacic y Parker, 2006: 344).

No obstante, las condiciones familiares, sociales, económicas, etcétera, han ido favoreciendo más la interacción social y la interdependencia entre individuos, y todo eso puede haber influido en que, a pesar de las limitaciones, con la restauración de la democracia se haya vivido un notable crecimiento de las formas de participación, si bien aún nos queda mucho por mejorar.

Por otra parte, es posible que actualmente se esté educando a los jóvenes en un individualismo preocupante por excesivo -juegos individualistas, consumo centrado en el individuo y valores de autonomía e independencia absoluta-. Tal vez los/as niños/as de hoy tienen todo o más de lo que necesitan -se educa para satisfacer los deseos al instante- y es posible que este entrenamiento repercuta negativamente en el futuro haciendo disminuir las conductas asociativas, de apoyo mutuo, reciprocidad y voluntariado. Es necesario contrarrestar estas tendencias. **No podemos permitirnos que nuestra sociedad m ás envejecida sea menos participativa.**

Se recomienda:

9.- Realizar campañas de sensibilización que transmitan mensajes motivadores para la participación activa y que fomenten la cooperación, a lo largo de toda la vida, entre las personas y las comunidades.

- Replantear las pautas de educación familiar y escolar para formar ciudadanos más participativos, interdependientes y solidarios desde edades tempranas.

1.2.4.- El necesario reconocimiento público de la participación de las personas mayores

"No podemos permitirnos que nuestra sociedad más envejecida sea menos participativa"

Más allá del reconocimiento legal, el derecho a la participación requiere ser reconocido, respetado y requerido por la sociedad. Algunas personas pueden retraerse en sus deseos de participación por los reparos al *qué dirán* o porque no hay nadie que les invite y anime del modo adecuado a participar. Para ayudar a superar esas dificultades **habría que conseguir un visible reconocimiento público del valor de la participación**. Por ejemplo, datos recientes indican que "se valora el trabajo de los mayores como cuidadores de otros familiares o parientes, aunque españoles y europeos estiman que no está suficientemente apreciado: 77% de españoles y 76,6% de europeos opinan así" (Portal Mayores, 2009b: 8).

A este respecto, el papel de los medios de comunicación es fundamental. Por ejemplo, la imagen de las personas mayores que dan los medios de comunicación aún es en muchos casos una imagen anticuada y estereotipada: se presenta a las personas mayores como personas pasivas, acabadas, dependientes, como una carga social, que no se corresponde con la realidad de los/as mayores de hoy: "Los medios de comunicación *dan una imagen sesgada del colectivo de las personas mayores, una visión que no se corresponde con la realidad.* Se mueven entre tópicos y estereotipos, añadiendo un poquito de conmiseración y lástima, si viene al caso; alguna lagrimilla: 'pobres ancianos abandonados'; algunas críticas: el dinero que nos cuestan en medicinas, en residencias; su poquito de morbo: anciano de 60 años abusa de unas niñas a las que daba caramelos, o ancianos mueren abrasados en su casa al incendiarse un brasero, etc." (Díaz, 2003: 283).

¿Cómo definimos hoy a las personas españolas mayores de 65 años?

Un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2008) se ha ocupado de buscar respuesta a esta pregunta entre la población española de ambos sexos mayor de edad. Ante todo, vemos a las personas mayores como dependientes (35,6%), enfermas (27,7%), inteligentes (25,4%) y ociosas (20,8%). Y creemos que la sociedad no se comporta ni bien ni mal con ellas sino regular (46,4%).

Se recomienda:

10.- Reconocer públicamente el valor de la participación a lo largo de toda la vida y valorar la participación real y necesaria que ya practican muchas personas mayores.

1.2.5.- La falta de preparación para asumir los cambios, un obstáculo para la participación

Una de las razones explicativas de la escasez de participación es el déficit formativo, especialmente en las personas mayores. Algunas de estas personas se convierten en víctimas resignadas, tienen bajos niveles de autoestima y confían poco en sus posibilidades debido a las carencias formativas arrastradas desde su infancia.

Una adecuada preparación para el envejecimiento activo, a lo largo de toda la vida, pero especialmente cuando se va aproximando la edad de jubilación, puede repercutir muy positivamente en los niveles de participación de los ciudadanos y en la mejora de su realización personal. En este sentido, es clara la necesidad de facilitar el acceso a las nuevas tecnologías a lo largo de todo el curso vital.

"Los problemas que causa la pérdida del empleo pueden generar un bloqueo tal en la persona que le impida desarrollar estrategias y acciones que posibiliten la adaptación. (…) Se tiene el sentimiento de que no solamente se pierde el trabajo sino también las referencias que organizaban su vida cotidiana. Los mayores obstáculos se presentan en aquellas personas que han estado centradas excesivamente en su rol laboral, que no han desarrollado otros campos de interés y preocupación, por lo que al llegarles la nueva situación se encuentran con recursos muy limitados" (IMSERSO, 2008a: 168).

Se recomienda:

11.- Sensibilizar a la población sobre la importancia de prepararse para la vejez según el proyecto vital de cada persona.

"A nivel social, emerge la demanda de formas específicas de preparación para que la persona prejubilada pueda enfrentar esta etapa de su vida de forma menos traumática, dándole herramientas de afrontamiento y una salida adecuada desde el punto de vista emocional, familiar y social" (IMSERSO, 2008a: 173).

- Proponer públicamente estilos concretos y alternativos de preparación para la vejez.

- Facilitar un adecuado acceso a la información y a la formación -Internet, formación online y presencial- de todos/as a medida que se envejece, aprovechando para ello de forma coordinada el uso de los medios que ya hay en los centros de enseñanza.

1.2.6.- Riesgos del envejecimiento activo: estrés y exclusión

A efectos de la participación, un envejecimiento activo mal entendido puede tener dos riesgos. Por un lado, confundirlo con hacer muchas cosas, lo cual puede llevar a sufrir ciertos niveles de estrés poco saludables, en línea con lo que ya le sucede a muchas personas de todas las edades. Por otro lado, está el riesgo de etiquetar negativamente, menospreciar y hasta excluir otros estilos de vida menos dinámicos, que no se ajusten a lo recomendado desde el marco del envejecimiento activo.

La esencia de envejecer activamente no consiste en envejecer haciendo actividades, por muy apropiadas que puedan ser esas actividades para optimizar la participación, la salud y la seguridad de las personas. Lo esencial es que los hombres y mujeres que así lo deseen se planteen cómo quieren seguir envejeciendo y tomen las riendas, como protagonistas, de la mejora de su propio envejecimiento y del de quienes viven en su entorno. **El envejecimiento activo es activo porque propone que las personas actúen para mejorar su forma de envejecer.** Esto implica que la subjetividad de las personas que envejecen es un factor prioritario a la hora de animarlas a hacerlo de manera activa: **nadie puede envejecer activamente si no lo desea, si no pone de su parte, si no se implica**.

En cuanto al primer riesgo, el estrés, y por mencionar tan sólo un ejemplo, hay personas mayores, en torno al 20% (Centro de Estudios Andaluces, 2006), tanto hombres como mujeres, que se ven involucradas en el cuidado de sus nietos y nietas -llevarlos y traerlos del colegio, darles de comer, etcétera-. Según estas mismas personas dicen, su rol de cuidadores, por una parte, les ayuda a estar activas pero, por otra, les crea una responsabilidad excesiva que les impide dedicarse a otras actividades de ocio y participación y disfrutar plenamente de esta etapa de la vida. De hecho el 13,1% de las personas mayores andaluzas dice tener bastantes obligaciones y faltarle el tiempo, algo que sucede más a mujeres (23,9%) que a hombres (10,8%) (Centro de Estudios Andaluces, 2006). Por eso, planteamos la necesidad de elaborar campañas de información y sensibilización para que las personas, conforme van envejeciendo, sean dueñas de su tiempo y no se sientan esclavizadas por afectos o normas morales.

"Sería conveniente ofrecer algún tipo de ayuda a los abuelos/as cuiadores/as en estos casos para mejorar sus pautas de conducta frente a los comportamientos problemáticos. Esta ayuda podría ofrecerse a través de algún curso de formación, o incluso de asesoramiento individual para casos más difíciles" (Triadó et al., 2008: 72).

"exigen que se les tenga en cuenta, que se preste atención a sus opiniones, no sólo por el peso demográfico que tienen o por la experiencia que les avala sino por el derecho a contribuir que, como ciudadanos, les ampara"

En cuanto a la fuerza excluyente debida al carácter excesivamente normativo de un envejecimiento activo mal planteado, la velocidad y el ritmo de nuestra sociedad a menudo nos lleva a considerar como no contributivas o no participativas las formas de vida de personas que se plantean la gestión de su tiempo dando prioridad a otros valores y necesidades que aquellos socialmente sancionados como válidos y aceptables. Como hemos visto más arriba, las formas de participar y de contribuir a la sociedad son muy diversas y no se trata de que establezcamos un catálogo indicativo de cuáles son válidas y cuáles no. **Aun reconociendo que participar no sólo es un derecho sino un deber, y que envejecer de forma activa es una corresponsabilidad, hay que respetar a quienes tomen la decisión de no participar.** Eso sí, el reto de las políticas de envejecimiento activo es lograr que el grupo de quienes desean participar sea cada vez mayor.

Se recomienda:

12.- Sensibilizar a la sociedad para que la participación, a medida que se envejece, sea una práctica deseada, saludable y no discriminatoria.

2.- ENVEJECER CONSTRUYENDO SOCIEDAD. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO NO SÓLO ES PARTICIPACIÓN SINO CONTRIBUCIÓN

Las personas mayores, claro ejemplo de cómo nuestra sociedad envejece, son cada vez más numerosas y muchas de ellas quieren ser activas, contribuir y aportar a la sociedad. Por ello, exigen que se les tenga en cuenta, que se preste atención a sus opiniones, no sólo por el peso demográfico que tienen o por la experiencia que les avala sino por el derecho a contribuir que, como ciudadanos, les ampara.

Las posibilidades de intervención en la construcción de una sociedad mejor, más inteligente, se han de realizar en función de cómo se siente y de qué desea la persona y no en función de su edad.

"Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad. Para trabajar en pro de la consecución de ese objetivo, es necesario eliminar todos los factores excluyentes o discriminatorios en contra de esas personas. La contribución social y económica de las personas de edad va más allá de sus actividades económicas, ya que con frecuencia esas personas desempeñan funciones cruciales en la familia y en la comunidad. Muchos de sus valiosos aportes no se miden en términos económicos, como en el caso de los cuidados prestados a los miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de los hogares y la realización de actividades voluntarias en la comunidad. Además, esas funciones contribuyen a la preparación de la fuerza de trabajo futura. Es necesario reconocer todas esas contribuciones, incluidas las del trabajo no remunerado que realizan en todos los sectores las personas de todas las edades, y en particular las mujeres" (Naciones Unidas, 2002: 10).

2.1.- LA IMAGEN, ESTEREOTIPOS Y MITOS DE LAS PERSONAS MAYORES COMO IMPRODUCTIVAS

La población mayor ha crecido cualitativa y cuantitativamente. Este crecimiento supone una oportunidad para preguntarnos cómo puede contribuir esa población al desarrollo y bienestar de la sociedad. **La sociedad debe reconocer, cuando así sea, la aportación de las personas mayores como personas activas y productivas en distintas facetas de la vida, como fuente de recursos y posibilidades. Las políticas de envejecimiento activo no han de ver a las personas mayores como un problema a resolver sino como parte de la solución a los retos generados por el envejecimiento demográfico.** Y las personas mayores, por su parte, se tienen que reconocer a sí mismas como protagonistas de su proceso de envejecimiento, demostrando que pueden aprender, cambiando actitudes para vivir mejor, facilitando el inicio de nuevos hábitos saludables para aumentar sus competencias, tanto las personales como las sociales, y colaborando, en definitiva, a tener una óptima calidad de vida. **Seguir aprendiendo, dando y recibiendo no tiene edad.**

Una visión sobre las personas mayores en la que se pongan en valor las aportaciones que esas personas hacen a la sociedad repercutirá muy positivamente en la sociedad en general y en el envejecimien-

to activo en particular. Hace falta que las personas mayores sean conscientes de que la sociedad las valora y necesita. En ese sentido, **la visión generalizada de la persona mayor como improductiva tiene que ir desapareciendo.** Esta falsa realidad genera actitudes y comportamientos negativos frente a las personas mayores, con el riesgo de que, como dice el profesor José Luis Pinillos, acaben creyéndose que son lo que los demás les dicen que son (Pinillos et al., 1994) y no lo que quieren ser.

Las personas mayores no son una carga de trabajo para la sociedad sino un activo que aporta experiencia, formación, valores humanos, tiempo libre, dedicación y apoyo a la familia. Son generadores de actividad, consumo, calidad de vida y facilitan el desarrollo de nuevos recursos económicos y sociales. Crean riqueza y empleo. Parece que, poco a poco, esta visión de las personas mayores va abriéndose paso: "La idea de que las personas mayores representan una 'carga' es muy simple pero suele ser utilizada frecuentemente. Ante la afirmación de que la gente mayor es una carga para la sociedad, los europeos responden mayoritariamente que no están de acuerdo (84,8%). La percepción negativa es superior entre los españoles, 17,9% están de acuerdo con la afirmación (13,9% los europeos)" (Portal Mayores, 2009b: 3). No obstante, aún queda mucho por hacer: en mayo de 2009, en España, sólo un 6% de una muestra representativa de hombres y mujeres mayores de edad, pensaban que ser activas y disfrutar de la vida es el rasgo que mejor representa a las personas mayores (CIS, 2009).

"A los ojos de la sociedad hay que redefinir el rol de los mayores, y por tanto, de los jubilados -una etapa, la jubilación, que se ha llegado a recalificar de rol sin roles-, y esta asignatura pendiente compete en gran medida a los profesionales de la comunicación" (Polo, 2006). En un estudio dirigido por la socióloga Matilde Fernández (Fernández-Cid y Martín, 2008) se analiza, desde un exhaustivo trabajo de campo, el tratamiento de las noticias sobre mayores que publican los principales periódicos de información generalista del país, y se llega a las siguientes conclusiones:

- Los significantes más utilizados en referencia a los/as mayores como colectivo son: 'ancianos', 'personas mayores', 'viejos', 'jubilados' y 'tercera edad'.

- Predomina la polarización en los perfiles y en los relatos: en un extremo, una imagen muy positiva de lo que significa ser mayor, como el resultado de una vida evolutiva y madura, en la que la persona se presenta activa y protagonista de su propia trayectoria vital; en el otro, una imagen más negativa que representa a las personas mayores inactivas, en proceso degenerativo hacia la ancianidad, desprovistas de ese saber y esa experiencia que a otros se atribuye.

"Las personas mayores no son una carga de trabajo para la sociedad sino un activo que aporta experiencia"

Nos podemos preguntar si se pueden modificar los estereotipos sobre los mayores: "todas estas creencias podrían modificarse, a pesar de las dificultades que ello comporta, si los individuos recibieran la información adecuada, principalmente en los períodos fundamentales de formación" (Melero, 2007: 29). Una de las actuaciones a realizar sería que el sistema educativo proporcionase contenidos y procedimientos que facilitasen el cambio de actitudes, con diseños curriculares que incidiesen concretamente en la difusión de conocimientos verosímiles sobre la población de más edad, y fomentando con ello las prácticas y experiencias intergeneracionales, como instrumentos materiales de una sociedad para todas las edades. Se tendrían que establecer bases teóricas y metodológicas que permitiesen este tipo de actividades.

Las personas mayores de hoy en día forman parte de la generación del cambio que ha sabido participar, contribuir, integrarse y legar a las generaciones siguientes un sistema democrático y valores como el interés por el trabajo bien hecho, el esfuerzo, la disciplina y la responsabilidad. Este legado, la contribución de las generaciones de más edad, si se cuida y se adapta a los tiempos, puede servir para vivir en paz y armonía.

Se recomienda:

13.- Destacar públicamente, de modo muy visible, las buenas prácticas tanto de contribución de las personas mayores a la sociedad -en el ámbito personal, social y laboral- como de reconocimiento de esa contribución por parte de la sociedad.

- Premiar buenas prácticas tanto de cómo las personas mayores contribuyen a la sociedad como del reconocimiento que la sociedad hace de esa contribución.

- Editar publicaciones y promover obras de teatro o películas dirigidas a toda la población en donde se reconozcan las contribuciones de las personas mayores a la sociedad.

- Realizar campañas específicas de difusión de la aportación, remunerada y no remunerada, que han realizado y realizan las personas mayores a favor de la sociedad.

- Facilitar la creación de escenarios tales como pequeños grupos de debate intergeneracionales en los que las personas mayores puedan transferir su experiencia vital y, a su vez, enriquecerse con los puntos de vista de otras generaciones.

2.2.- ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO LAS PERSONAS MAYORES ESTÁN CONTRIBUYENDO EN LA SOCIEDAD

"El conocimiento de los recursos que aporta la sociedad por parte de las personas mayores se configura como una herramienta clave para la promoción del envejecimiento activo" (IMSERSO, 2008a: 26).

Considerando el envejecimiento como un proceso a lo largo de la vida, que cada persona vive de una forma subjetiva, **tenemos que ser conscientes de la heterogeneidad de la vejez y de cómo esa heterogeneidad puede afectar a la hora de que cada persona mayor contribuya a la mejora de la sociedad. Toda aportación a la sociedad, sea del tipo que sea, debe ser valorada y reconocida.**

"Las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, al realizar una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades. Las aportaciones económicas y sociales que las personas mayores realizan a la sociedad están, en la mayoría de los casos, fuera del mercado de trabajo y por tanto son 'invisibles'. Estas personas constituyen un grupo social emergente que, con bastante frecuencia, es ignorado y muy especialmente en el ámbito de su contribución al sustento material de nuestras sociedades; la realidad, sin embargo, es que los mayores realizan una aportación muy relevante en este sentido" (Barrio, 2007: 85).

Hay que tener en cuenta que, **a lo largo de sus vidas, las personas mayores podrán contribuir en momentos de plenitud personal o en otros momentos de capacidades más limitadas por los achaques propios del envejecer. Lo importante es no dejar de contribuir**: cada persona puede aportar un granito de arena que, aunque en algunas ocasiones pueda parecer insignificante, nunca llega en vano.

Los adultos mayores contribuyen significativamente a la sociedad (HSBC, 2007: 7)

El sondeo periódico internacional sobre el futuro de la jubilación realizado por el Instituto de Envejecimiento de la Universidad de Oxford revela que los adultos mayores contribuyen de una manera significativa allí donde viven. Los datos muestran que las personas de más de 60:

- **Contribuyen a la sociedad: los adultos mayores están contribuyendo con**

miles de millones de dólares a la economía global en trabajo voluntario.

- **Contribuyen a la fuerza de trabajo: los adultos mayores están contribuyendo en sus comunidades y en la economía a través de su trabajo e impuestos.**
- **Contribuyen a sus familias: son mayoría los adultos mayores que dan más dinero, más apoyo y más cuidado a la familia y a los amigos del que ellos reciben a cambio.**

2.2.1. - Asociacionismo y voluntariado

"La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante de facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones" (Naciones Unidas, 2002: 10).

Hablando de construir la sociedad es inevitable referirse a las aportaciones de las personas mayores en asociaciones y a través de la práctica del voluntariado. Como demuestran los datos demográficos, es indudable que estamos caminando hacia una sociedad más longeva y que conserva por más tiempo sus facultades físicas y mentales. **Contamos hoy en día con muchas personas mayores muy válidas para la sociedad y, que a su vez, sienten la necesidad de ser útiles y necesarias**. Esto repercute no sólo en el beneficio físico y psíquico para las personas que se asocian o son voluntarias sino también para terceras personas y para toda la sociedad en general. El voluntariado es una forma de ocupar la nueva disponibilidad de tiempo, por ejemplo, para las personas jubiladas, a la vez que se configura como una oportunidad de aprendizaje, servicio y desarrollo personal. Asimismo, las ventajas para el sistema económico-social ocasionadas por la incorporación de las personas mayores al voluntariado son significativas para todos los sectores. En 2008, un estudio del IMSERSO calculó, para el conjunto de España, el valor económico del trabajo voluntario de las personas mayores; las cifras se expresan en el siguiente cuadro y son suficientemente ilustrativas por sí solas:

Existe un acuerdo bastante general y unánime en que **la interacción social -la actividad social, la participación, la integración social, la implicación social, etcétera- es un campo importante de cara al envejecimiento saludable, así como para el bienestar y la calidad de vida a lo largo de todo el ciclo vital.** El funcionamiento social va asociado a la supervivencia y a la longevidad, a la salud física y mental, al funcionamiento cognitivo saludable, a la satisfacción con la vida, al bienestar y a la calidad de vida.

Según datos de 2003, el 19,5% de las personas mayores de Andalucía participa en actividades de voluntariado.

Lo hacen mucho más las mujeres mayores (23,9%) que los hombres (13,8%) (IMSERSO, 2008a: 97).

Por otra parte, el papel de las asociaciones de personas mayores va más allá de la realización de actividades, tal como demuestra la experiencia de las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) de personas mayores. En el análisis de este sector asociativo en Andalucía realizado en 2008 se concluyó que "los mayores saben que estas asociaciones contribuyen al bienestar social de mucha gente mediante su oferta de servicios. Están convencidos de que este movimiento asociativo de mayores, aunque pequeño, tiene una gran importancia para la ocupación del tiempo libre y el desarrollo de todo el colectivo: *hay muchos mayores que encuentran en las sedes de las PYMAS un espacio donde entretenerse, relacionarse y obtener apoyo. Si no, quizás quedarían en casa aislados*; *mantenemos a las personas mayores activas, con las consecuencias que esto tiene en el bienestar de estas personas y en el ahorro de servicios de atención*. Ni más, ni menos" (OFECUM y CONFEMAC, 2008: 58).

Valoración del trabajo de voluntariado de las personas. Año 2006

Persona ≥ 65 años	7.484.392
Personas ≥ 65 años dedicadas a voluntariado	2,30%
Total voluntarios ≥ 65 años	172.141
Horas semanales de voluntariado	17
Total horas semanales de voluntariado al año	2.923.528
PTETC	73.088
SMI anual	7.572,6
Valoración económica	553.467.752

Fuente: IMSERSO, 2008b: 137.

De igual modo, también hay que reconocer la importancia, quizá menos evidente, de la red asociativa integrada por los andaluces y andaluzas que viven fuera de nuestra Comunidad. Estas asociaciones están contribuyendo a que sus miembros reciban apoyo, confianza, solidaridad y no pierdan sus raíces e identidad de nacimiento. Y también son espacios de promoción de las relaciones intergeneracionales.

El 51,7% de las personas de Andalucía con más de 65 años reconocían, en 2003, pertenecer a algún tipo de asociación o club específico para personas mayores (IMSERSO, 2008a: 92).

Es importante potenciar el asociacionismo y el voluntariado intergeneracional así como la contribución en todas aquellas actividades orientadas al bien común, siendo más enriquecedor que las asocia-

ciones cuenten entre sus miembros con igualdad y equitatividad en cuanto al género; hoy por hoy existe una tendencia a una mayor contribución de las mujeres en este tipo de actividades. En parte puede ser por la natural tendencia que tiene la mujer a relacionarse y a conversar y por su experiencia en el cuidado de los demás, ya que socialmente se ha considerado que están más preparadas para ello. Es posible que ese sea el motivo por el que hay un mayor número de mujeres que se dedican al voluntariado relacionado con el cuidado de niños, mayores y enfermos. Sin embargo, hay asociaciones que promueven otro tipo de voluntariado como puede ser el medioambiental, y ahí la afluencia de personas de género masculino es mayor. Estos repartos de tareas tienen que ir cambiando en la sociedad. **Hombres y mujeres se encuentran igualmente capacitados para realizar todo tipo de actividades de voluntariado y no deberían ser encasillados en una u otra actividad en función del género.**

El 67,7% de los españoles creen que las personas mayores contribuyen más como voluntarias en organizaciones comunitarias y caritativas. Dentro de la Unión Europea este porcentaje alcanza, por término medio, el 78% (Portal Mayores, 2009b: 12).

Por otro lado, las aportaciones que realizan las personas voluntarias no pueden suplir, bajo ningún concepto, a las propias de un puesto de trabajo. **El voluntariado es una práctica social, útil y necesaria, que ahorra muchos gastos a la sociedad, en un marco de acción ético que hace posible que se sirva a los demás de forma desinteresada.** El objetivo general del voluntariado de personas mayores "consiste principalmente en fomentar la participación activa de estas personas, en actividades de interés general, que repercutan positivamente en la sociedad" (Pérez, Rubio y Musitu, 2007: 33).

Habría que fomentar e informar más a las personas mayores sobre el voluntariado, ya que aún hay muchas que desconocen sus posibilidades y beneficios.

Un 28% de las personas mayores residentes en España estarían dispuestas a participar como voluntarias dentro de una asociación para visitar a personas mayores dependientes. ¿Por qué es voluntario sólo el 8% de los mayores cuando el 28% está dispuesto a serlo? (UDP, 2009: 3).

Se recomienda:

14.- Promover y dar a conocer mejor a la sociedad la labor del voluntariado a lo largo de toda la vida, en general, y las aportaciones de las personas mayores voluntarias, en particular.

- Hacer campañas divulgativas sobre las ventajas del voluntariado, y sobre cómo todos podemos realizar voluntariado a medida que envejecemos, con independencia de la edad y del sexo.

- Organizar formas de reconocimiento público de la labor voluntaria tales como la entrega de premios al trabajo que realizan las personas mayores por los demás.

- Contribuir a la difusión y reconocimiento de las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) sostenidas por personas mayores.
- Impulsar la implicación en el movimiento asociativo a lo largo de la vida y dar a conocer la aportación de las personas mayores a través de sus asociaciones.

- Mejorar los procedimientos informativos para que las nuevas entidades de voluntariado sepan cómo conseguir ayudas institucionales.

2.2.2.- Personas mayores cuidadoras.

La contribución que realizan las personas mayores al bienestar y a la economía de la sociedad en la prestación de cuidados es muy importante. Muchas personas mayores continúan desarrollando actividades domésticas y de cuidados -dirigidas tanto a sus ascendientes mayores y a sus cónyuges, como a sus hijos y nietos- para las que no existe una edad de jubilación. "La solidaridad familiar es un elemento fundamental de la estructura de nuestra sociedad. (…) Entre las personas mayores la práctica de la solidaridad familiar más realizada es el cuidado de los nietos/as. Existe un volumen muy importante de mayores que realiza estas tareas de apoyo. Entre las personas mayores que tienen nietos (92,4%), tres de cada cuatro (72,5%) declaran haber ayudado a sus hijos en su cuidado cotidiano, en la actualidad o anteriormente (…) El cuidado de los nietos y las tareas concretas que ello supone (acompañamiento al colegio o guardería, merienda) es una de las funciones que más ocupa el tiempo de los mayores" (Barrio, 2007: 88).ç

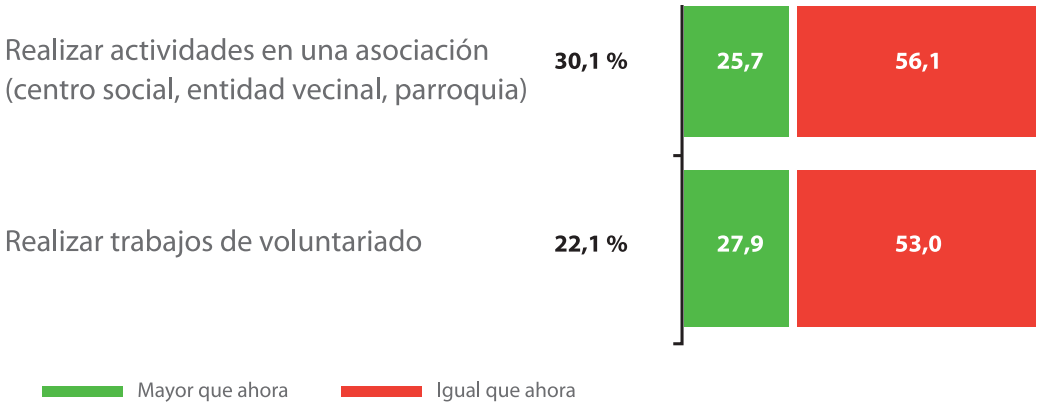
"El 19,9% de los mayores andaluces ayuda en la actualidad al cuidado de sus nietos mientras sus padres trabajan (20,7% de los hombres y 19,4% de las mujeres). El 45,1% lo realiza con una frecuencia diaria. El 39,3% lo ha hecho también con anterioridad, aunque ahora no lo realiza" (Centro de Estudios Andaluces, 2006: 54).

También existe una importante provisión de ayudas informales a otras personas por parte de los mayores. Un 30,7% declaran haber prestado ayuda en una o más tareas a alguna persona cercana que debido a su estado de salud lo haya necesitado. Este tipo de ayuda se presta de manera informal, sin retribución alguna (Barrio, 2007: 90).

"La ayuda financiera de padres y abuelos es muy importante para los jóvenes cuando tratan de crear su propio hogar y familia: 89,1% de los españoles (86,8% en Europa) están de acuerdo" (Portal Mayores, 2009b: 8).

"El voluntariado es una práctica social, útil y necesaria, que ahorra muchos gastos a la sociedad"

¿Qué harán los jubilados de mañana, en comparación con los de hoy, en relación con el asociacionismo y el voluntariado?



Fuente: Deutsche Bank (2008).

Naturalmente que, aunque en ocasiones resulte invisible, esta forma de contribuir de las personas mayores tiene también un claro valor económico: **"El valor económico del cuidado de nietos por parte de las personas de 65 y más años alcanza los 8.000 millones de euros, lo que representa el 0,8% del PIB y el 1,7% de la remuneración de los asalariados totales de la economía" (IMSERSO, 2008b: 143).**

El tiempo dedicado por las personas mayores al trabajo no remunerado dentro del hogar interesa desde el punto de vista socio-económico. Estas funciones aportan un elevado beneficio económico, desde el momento en que las familias se ahorran tener que pagar por su realización. Este tipo de funciones actualmente sigue siendo infravaloradas y no reconocidas socialmente. Este apoyo informal llega allí donde las Administraciones no lo hacen y, al mismo tiempo, está ahorrando muchos costes a la Administración y a la sociedad en general.

Por otro lado, partiendo de la premisa de que los abuelos/as constituyen una de las figuras de apego más importantes en el desarrollo evolutivo de un ser humano, hay que tener en cuenta las consecuencias que para ese apego tienen los cambios del modelo de familia

nuclear. Nos encontramos con familias monoparentales que viven a distancia geográfica de los abuelos o que carecen de éstos porque han fallecido. Y, en contrapartida, existen personas mayores sin hijos o sin nietos que viven con la añoranza de no haber podido desarrollar dicho rol. Las situaciones son diversas y las actuaciones al respecto han de serlo también; lo que importa al fin al cabo es aprovechar la disposición de personas más y menos envejecidas a establecer una relación de apoyo y cuidado mutuo.
La diferencia en cuanto al género en este tipo de actividades es digna de mención: los cuidados están más relegados al ámbito de las mujeres. Su contribución posibilita que estas personas mayores, que han sabido aprender de la vida, puedan transmitir a las nuevas generaciones orientaciones prácticas para optimizar su propio recorrido vital.

Las familias y la sociedad deben entender que si hay personas mayores que actúan de cuidadoras es porque quieren realizar ese trabajo y no porque tengan la obligación de hacerlo. Ya lo hemos dicho más arriba pero conviene repetirlo: hay personas mayores que se encuentran en riesgo de estrés debido a la sobrecarga producida por los cuidados que tienen que dispensar. En definitiva, **hay que ofrecer mayor apoyo institucional a las personas que se dedican al cuidado de familiares, creando y aprovechando mejor las guarderías y centros especializados para personas mayores y personas discapacitadas**.

También es muy importante señalar la aportación de las personas mayores en el ámbito sanitario. Como se ha comentado, el tiempo que han dedicado al cuidado de los demás, sobre todo más en el caso de las mujeres, ha posibilitado que tengan experiencia en el campo de la salud, sobre todo, en el caso de enfermedades más comunes que, incluso, han podido padecer ellas mismas. Y así, contamos con muchas personas mayores -sobre todo en el medio rural- conocedoras de remedios caseros para problemas de salud y que están dispuestas a pasar sus conocimientos y experiencias a las futuras generaciones. Asimismo, es sabido que las personas mayores tienen un interés especial por la salud; les gusta ver programas de televisión relacionados con ese tema, suelen hablar con vecinos y amigos sobre los padecimientos que cada uno tiene, lo que les va dando una sabiduría popular en temas de salud que sería necesario aprovechar.

Por último, nos parece necesaria una alusión a un tipo de cuidados muy poco considerados: nos referimos al apoyo financiero que prestan las personas, conforme envejecen, a las generaciones más jóvenes. En España, 9 de cada 10 entrevistados admiten que la ayuda financiera de padres y abuelos es importante para los adultos jóvenes a la hora de que estos se decidan a crear un hogar y una familia

propios (The Gallup Organisation, 2009). De modo orientativo nos referimos a dos de las conclusiones de una encuesta realizada en el conjunto de España acerca de la solidaridad intergeneracional en las familias en tiempos de crisis:

- "la ayuda económica directa que los abuelos/as ofrecen a sus hijos e hijas/nietos y nietas ha aumentado a consecuencia de la crisis en un 47'02%. Este aumento se refleja en todos los grupos de edad de las familias, siendo los padres de entre 36 y 46 años en los que más incidencia ha tenido este aumento" (Asociación Edad Dorada, 2009: 5).

- "La ayuda económica que los abuelos y abuelas prestan a sus hijos e hijas/nietos y nietas se materializa en primer lugar en apoyo 'para llegar a fin de mes' (34'93%), seguido de ayudas para el pago de prestamos hipotecarios o al consumo (17,96%), y de compra de alimentación o vestido (16,57% y 12,57%, respectivamente)" (Asociación Edad Dorada, 2009: 6).

Se recomienda:

15.- Mejorar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar para que las personas cuidadoras puedan envejecer de modo activo.

- Realizar estudios sobre el trabajo no remunerado y las diversas aportaciones al bienestar de la sociedad que hacen las personas cuidadoras a lo largo de su ciclo vital.

- Concienciar a las familias de que la labor de apoyo y cuidado que realizan las personas mayores no puede ser impuesta. Las personas mayores tienen derecho a vivir su propia vida, y a realizar sus planes y proyectos.

- Aumentar el apoyo institucional a las personas que se dedican al cuidado de familiares, con la creación de más guarderías y centros especializados para personas mayores y personas discapacitadas.

- Facilitar la existencia de programas intergeneracionales en los que se vincule afectivamente a niños de guardería con personas mayores necesitadas para que puedan realizar conjuntamente programas y actividades.

- Poner en marcha actividades de voluntariado mediante las que personas con mejor estado de salud presten apoyo a otras en situación de dependencia.

- Cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar.

"Algunas de las personas mayores que han terminado su ciclo laboral están en disposición de formar o asesorar a personas más jóvenes"

2.2.3.- Apoyo a la inserción laboral

Necesitamos activar los recursos y potenciales de las personas mayores.

"Existen muchas posibilidades de incrementar la calidad de vida a través de la participación social, ya sea mediante el voluntariado o por medio de nuevos formatos de trabajo respetuosos con la edad que eviten la marginación de las personas mayores sin poner bajo una presión indebida a quienes no pueden vivir según los estándares de actividad pero permitiendo continuar en el trabajo una vez superada la edad de jubilación obligatoria a quienes sean capaces y así lo quieran" (Fernández-Ballesteros et al., 2009: 49).

o

La falta de formación y conocimiento de oficios o trabajos por parte de las personas jóvenes dificulta su acceso al mercado de trabajo y la creación de negocios. **Algunas de las personas mayores que han terminado su ciclo laboral están en disposición de formar o asesorar a personas más jóvenes, contribuyendo, por ejemplo, a conservar oficios artesanales u otras actividades en vías de desaparición.** Asimismo, también **las personas profesionales cualificadas, jubiladas y prejubiladas, pueden ofrecer de forma altruista su experiencia asesorando a otras personas menos favorecidas, como desempleados, mujeres con escasa formación e inmigrantes.**

El programa Seniors de la Fundación Andalucía Emprende: ejemplo de contribución
(http://www.a-emprende.net)

El programa Seniors de tutorías especializadas, que la Junta de Andalucía puso en marcha en septiembre de 2007, tiene como finalidad propiciar que empresarios con una extensa trayectoria profesional y empresarial vuelquen todos sus conocimientos, habilidades y contactos en apoyar a jóvenes empresarios. Desde su puesta en marcha en 2007 se ha autorizado a un total de 511 empresas, que han generado 2.677 empleos.

Estas firmas, que han recibido asesoramiento estratégico y financiero por parte de 156 empresarios 'seniors' (ex

directivos y ejecutivos jubilados o prejubilados), están promovidas por 793 socios trabajadores y han generado un total de 2.677 puestos de trabajo.

De todos los tutores el 49,31% pertenecen a los sectores de la banca y actividades financieras, industria, ingeniería y consultoría.

El potencial de personas mayores en sabiduría y conocimiento debe aprovecharse: pueden aportar al mundo del trabajo un importante bagaje de experiencia y productividad. Las empresas actuales tienen ante sí un gran reto: aprovechar los beneficios de la convivencia multigeneracional que permite aunar talento e ilusión juvenil y experiencia de las personas de más edad.

Por otro lado, la experiencia de los años sirve no sólo a nivel profesional sino también a nivel humano y personal. Las personas mayores tienen un bagaje cultural lleno de vivencias e historias que sólo el paso de los años permite tener. Es importante por ello que empresas e instituciones cuenten con las personas mayores, que les pidan su apoyo.

Se recomienda:

16.-Implicar a las personas con experiencia de trabajo en cualquier sector para que, a medida que envejecen, contribuyan a la inserción laboral de otras personas.

- Promover, especialmente en núcleos rurales, que personas mayores con experiencia formen a jóvenes en vías de acceder al mercado de trabajo.

- Ampliar a otros sectores de la economía iniciativas como el programa Seniors de la Fundación Andalucía Emprende.

- Introducir en Andalucía los modelos internacionales de formación de personas para su transición ocupacional, a medida que envejecen, desde el sector lucrativo al sector no lucrativo.

2.2.4.- Las personas mayores como difusoras de la cultura, de la lectura y de las tradiciones

El potencial humano y profesional de las personas mayores, jubiladas o no, es un valor a tener en cuenta; estas personas pueden convertirse en difusoras de la cultura implicándose en actividades relacionadas con el patrimonio cultural de su ciudad, y permaneciendo así activas y útiles a la sociedad a la que pertenecen. Además, de esta forma se potencia el establecimiento de relaciones intergeneracionales positivas cuando, por ejemplo, personas mayores colaboran con los museos como guías voluntarios y enseñan las exposiciones a niños, jóvenes y familias.

Aunque se pueda pensar que este último tipo de actividad quizás vaya dirigido a personas mayores con un cierto nivel

educativo y cultural y que a la persona voluntaria le puede preocupar si tiene la adecuada preparación para poder mostrar los contenidos, en realidad, una vez superados los primeros encuentros con los visitantes del museo, la actitud es completamente distinta: "la confianza en ellos mismos, el convencimiento de ir por buen camino y la posibilidad de llegar a obtener la más completa preparación son argumentos más que suficientes para poder sentir la necesaria seguridad y hasta la satisfacción que ofrece un objetivo logrado" (Bordejé, 2003: 4-5). La mayoría de los voluntarios que se implican en estas tareas no estaban involucrados en otras similares y, por tanto, con esta contribución social y cultural inician una nueva etapa en sus vidas (Bordejé, 2003: 5).

En cuanto a la lectura, la Consejería de Cultura ha puesto en marcha el *Observatorio de la Lectura* con el fin de ir tomando el pulso de manera permanente a la evolución de los hábitos lectores de andaluces y andaluzas. Este Observatorio cuenta ya en estos momentos con un barómetro que nos permite una primera aproximación a esta realidad a través de datos ciertamente preocupantes: nuestra Comunidad Autónoma se situaría cuatro puntos por detrás de la media del resto de España en cuanto a hábitos lectores, siendo también menor el uso de la red de bibliotecas o la compra de libros (Consejería de Cultura, s.f.). **Las personas mayores pueden contribuir a la difusión de la lectura a través de programas determinados tales como clubes de lectura, campañas de lecturas, cuentacuentos en colegios, etcétera.**

Y, por último, **en cuanto a las tradiciones, hay que aprender a respetarlas y eso significa aprender a respetar un patrimonio heredado de las personas de más edad, con todo lo que ello implica de enriquecimiento en valores. Esto también se puede difundir a través de un voluntariado en el que se explique a los más jóvenes costumbres y tradiciones de su localidad; este voluntariado puede suponer un intercambio de arte, cultura, saberes y tradiciones muy enriquecedor para ambas partes.**

Se recomienda:

17.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuentes de cultura contando con ellas en programas de voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

2.3. - ELIMINACIÓN DE OBSTÁCULOS PARA PODER CONTRIBUIR MEJOR A MEDIDA QUE SE ENVEJECE

"Si el trabajo y el voluntariado se presentasen de modo más atractivo como opciones en la fase más avanzada de la vida, muchas personas se implicarían. El número de personas mayores que

finalmente trabajarían o realizarían voluntariado dependerá tanto de lo atractivo de las opciones de trabajo o de voluntariado como del conjunto de posibilidades alternativas existentes" (Bass, Caro y Chen, 1993: 12-13).

Uno de los factores que más coarta la contribución a la sociedad de las personas a medida que envejecen es el aislamiento y la falta de seguridad que sufren, sobre todo, aquellas personas mayores que se encuentran en situaciones más vulnerables, como puede ser el caso de algunas mujeres que viven solas en el medio rural, personas inmigrantes, personas discriminadas por su identidad sexual o quienes pertenecen a minorías étnicas, por nombrar tan sólo unos ejemplos. Pudiera ser que necesiten atención especial porque las personas mayores que se sienten solas y padecen la soledad tienen más probabilidad de vivir en la pobreza, tener mala nutrición y sentirse deprimidas. La pobreza y la precariedad económica se traducen en la incapacidad para cubrir las necesidades y gastos básicos. Este hecho evidente coloca a una parte de las personas mayores en una situación de imposibilidad o de clara desventaja a la hora de plantearse qué posibilidades reales tienen de envejecer con dignidad. Asimismo, hay que continuar trabajando para conseguir la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en la ocupación de puestos de trabajo y en asegurar que unos y otras perciban las mismas retribuciones de modo que cuando llegue el momento de la jubilación accedan a iguales pensiones.

"Los potenciales obstáculos para la participación social en igualdad de las personas mayores incluyen la pobreza, la mala salud, los bajos niveles educativos, la falta de transporte, el acceso a los servicios y la discriminación por edad" (UNECE, 2009a: 2).

Por otro lado, si según los estudios demográficos se sabe que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y un riesgo más alto de encontrarse en situación de soledad y/o dependencia, habría que trabajar con ellas de modo preventivo (con campañas de autoayuda y otros programas), prestando especial atención a las mujeres mayores y discapacitadas que viven en el ámbito rural. Sólo si existe esta prevención podremos lograr que estas mujeres puedan seguir contribuyendo.

Para favorecer la contribución de las personas mayores que viven solas se propone la implantación y extensión, en las viviendas, de sistemas informáticos que permitan el acceso telemático a determinados servicios de ocio, formación o teleasistencia que minimicen la soledad y el aislamiento de las personas que viven solas. En este sentido, contamos en Europa con una interesante experiencia pionera denominada *Work4homes* y que comprende la gestión de un amplio parque de viviendas en Francia, Alemania y Reino Unido que han incorporado tecnología propia de la sociedad de la información para que el envejecimiento activo esté más al alcance de sus inquilinos. Debemos aprender de estas experiencias

para introducir en Andalucía sus mejores prácticas y resultados.

Por otro lado, para que las personas mayores no encuentren obstáculos a la hora de contribuir a la sociedad deben contar con viviendas accesibles, sin barreras arquitectónicas que les dificulten el libre contacto con el exterior. En Andalucía, existe un programa del Plan Concertado de Vivienda y Suelo (2008-2012) denominado *Rehabilitación Singular* cuyas actuaciones se centran, fundamentalmente, en la instalación de ascensores en comunidades que carecen de esta instalación. También contamos con un programa de *Adecuación Funcional Básica de Viviendas* cuyo objetivo es la concesión de ayudas destinadas a mejorar la seguridad y la adecuación funcional de las viviendas que constituyan residencia habitual de personas mayores o con discapacidad. Con todo, las viviendas son tan sólo un caso, sin duda relevante, de cómo los entornos físicos pueden permitir o impedir, alentar o dificultar que las personas sigamos contribuyendo a medida que envejecemos. En el fondo, lo que deberíamos promover es la introducción generalizada de la cultura del diseño universal, para todos, cuyo objetivo es hacer fácilmente accesible a cualquier persona el uso de objetos y espacios necesarios para la realización de las actividades de la vida.

Se recomienda:

18.- Realizar estudios sobre los obstáculos que dificultan que las personas puedan contribuir en sus entornos, en su comunidad y en la sociedad a medida que envejecen, y proponer soluciones para eliminar dichos obstáculos.

- Atender, desde centros de personas mayores, asociaciones y Administraciones los problemas concretos que impidan la contribución a la sociedad de las personas en situación de vulnerabilidad.

- Fomentar la contribución a la sociedad de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y valorar la importancia de sus reivindicaciones.

- Facilitar recursos financieros adecuados a las personas mayores que, por falta de los mismos, no pueden contribuir a la sociedad como el resto de ciudadanos.

2.4.- LAS PERSONAS MAYORES Y LA ECONOMÍA: VIVIENDA Y CONSUMO

El uso de la vivienda tiene un gran protagonismo en la economía de las personas mayores debido, sobre todo, a las fuertes revalorizaciones inmobiliarias de los últimos años, actualmente en declive. El porcentaje de personas mayores que tienen una vivienda en propiedad es muy alto, lo que, en teoría, compensa en cierta medida las bajas pensiones que perciben de la Seguridad Social.

"En Andalucía, un 86,54% de la población mayor de 65 años y un 67,65% de la población con una edad

comprendida entre los 50 y los 64 años son propietarios sin pagos pendientes de su vivienda frente a un 25,03% de las personas del intervalo 18 a 34 años

y un 36,78% de las personas entre los 35 y los 49 años" (ESECA, 2009: 49).

Como vemos, en Andalucía se tiene muy arraigado el concepto de vivienda en propiedad, sobre todo en el caso de las personas mayores, muy al contrario de lo que ocurre en otros países europeos, en donde el número de personas que viven en alquiler es muy superior. Por lo tanto, se dispone de un bien patrimonial que podría compensar en cierta medida el déficit de las pensiones, al no tener que pagar una mensualidad por la vivienda y en un futuro poder disponer de ella para su venta, si fuese necesario. "Sin embargo, en la práctica, resulta difícil poder afirmar que ambos datos conduzcan siempre automáticamente a una mejor situación económica. Parece razonable el supuesto de que, por diferentes circunstancias, las personas mayores tienen dificultades apreciables para mantener las viviendas y su equipamiento en condiciones adecuadas. La insuficiencia de las pensiones, en algunos casos, y las carencias físicas y relacionales, en otros, constituyen importantes barreras para que las personas mayores, sobre todo las de edad más avanzada, mantengan unos niveles mínimos de adecuación de sus viviendas" (Ayala y Sastre, 2007: 223).

De nuevo, este tipo de problemas pueden ser más graves cuando se trata de personas mayores que viven solas.

Por lo tanto, **tenemos que aumentar los esfuerzos para que las viviendas sean accesibles de modo que no se conviertan, con el envejecimiento de quienes las habitan, en obstáculos para el contacto de la persona mayor con el mundo exterior.** En ese sentido, hay que mencionar la reciente publicación del Decreto 293/2009 por el que se aprueba el *Reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía*, normativa que demuestra el interés de la administración andaluza en promover la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas. Este decreto actualiza los parámetros dimensionales y técnicos de acuerdo con las condiciones básicas estatales y las innovaciones técnicas, tomando como referencia la Ley 1/1999 de Andalucía. En el ámbito estatal, se ha publicado recientemente el Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad (BOE nº 61, de 11 de marzo de 2010) y que desarrolla los parámetros a contemplar en los edificios e instalaciones para dotarlos de accesibilidad. Asimismo, es interesante mencionar que se ha publicado en el mismo Boletín Oficial del Estado, la Orden

"tenemos que aumentar los esfuerzos para que las viviendas sean accesibles de modo que no se conviertan,... en obstáculos para el contacto de la persona mayor con el mundo exterior"

561/2010, de 1 de febrero, por el que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados, de ámbito estatal y de carácter básico.

El tipo de alojamiento de viviendas tuteladas ha crecido muchos en países de la Unión Europea como pueden ser Holanda, Alemania y Gran Bretaña, donde llevan años funcionando. En nuestro país, aunque aumenta el interés y la demanda, sigue siendo un proyecto a desarrollar. Las viviendas tuteladas suponen un nuevo recurso social. Están destinadas al alojamiento permanente de personas mayores que tienen un adecuado nivel de autonomía personal, tanto física cómo psíquica, pero que presentan dificultades para poder seguir residiendo en su domicilio habitual. Es preciso llevar a cabo una labor de coordinación de las iniciativas públicas y privadas a este respecto, permitiendo incluir, ya sea en los planes de vivienda estatal y autonómicos o en los programas de atención social a las personas mayores de cada Administración Pública, medios precisos para conseguir que la adecuación y el acceso de la persona mayor a una vivienda digna sea una realidad.

Por otro lado, las personas que reciben una pensión, aunque sea mínima, disponen de una cierta seguridad material. En ocasiones, y más aún en un contexto de crisis económica, esto les convierte en potenciales consumidores para empresas sin escrúpulos, con comerciales agresivos, que se aprovechan de la situación abordando a la persona mayor y haciéndole creer en la necesidad de adquirir ciertos productos. En estos casos se instrumentaliza a las personas mayores, que son tratadas únicamente como un nuevo sector de mercado del que beneficiarse colocándole bienes y servicios específicos para personas de más edad. **Debemos hacer más esfuerzos para concienciar a la población de la necesidad de practicar un consumo informado, razonable y responsable conforme se envejece.**

Las personas mayores no deberían prestarse a aparecer en los medios de comunicación como simples destinatarios de productos exclusivos para mayores sino también de productos familiares y para todas las edades. Ésta sería una forma de evitar la acentuación de estereotipos dañinos que convierten a las personas mayores en un *colectivo* más bien desconectado del conjunto de la sociedad.

Se recomienda:

19.- Promover formas de convivencia y de residencia alternativas a las actuales (acompañamientos, apadrinamientos, viviendas compartidas, pisos tutelados, residencias auto-gestionadas por personas mayores, edificios intergeneracionales, etcétera) que faciliten el acceso de las personas a viviendas en mejores condiciones, más adecuadas tanto para envejecer el mayor tiempo posible en el propio domicilio si así se desea, como para facilitar el uso de los espacios públicos a todas las personas a medida que envejecen.

■ Aumentar los esfuerzos para que viviendas y espacios públicos sean accesibles y con el envejecimiento no se conviertan en obstáculos para el contacto de la persona con el mundo exterior.

■ Estudiar el sistema general de espacios libres públicos en los Planes Generales de Ordenación Urbanística, para facilitar su uso a toda la población; realizar, en especial, un estudio de las condiciones y características a contemplar en el diseño de estos espacios para las personas mayores.

20.- Organizar acciones (en sintonía con los instrumentos de protección jurídica expuestos en el Capítulo II de este Libro Blanco) destinadas a concienciar a la población andaluza de la necesidad de practicar un consumo informado, razonable y responsable conforme se envejece.

En Andalucía, "el 78,20% de las personas con una edad de 18 a 34 años y un 78,52% de las personas de 50 a 64 años confirman la existencia de áreas lúdicas en su entorno frente a un 67,54% de las personas mayores de 65 años" (ESECA, 2009: 44).

2.5. - LA APORTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES A LA MEJORA DEL MEDIO AMBIENTE

Las personas mayores perciben los problemas ambientales como el segundo tipo de problema más importante en Andalucía (Consejería de Medio Ambiente, 2008). Más en concreto, para las personas mayores los problemas ambientales más graves en Andalucía son los incendios forestales, seguidos de la falta de agua y de la contaminación de las playas y mares. A nivel global, el problema ambiental más grave que perciben las personas mayores es el cambio climático.

Al mismo tiempo, algunos estudios revelan que las personas mayores tienden a mostrar menos preocupación e interés por los temas medioambientales y en general son más reacias a las acciones proambientales que las personas más jóvenes (Echevarrén, 2009: 6, 26); de hecho, un 30% de las personas mayores de 65 años se define a sí misma como "muy poco ambientalista". Entre las razones principales para ello se encontrarían la falta de educación y de información sobre las cuestiones de ecología y medio ambiente (Echevarrén, 2009: 7). De ahí que si se considera conveniente que aumente la participación e interés de las personas mayores en estas cuestiones vamos a tener que desarrollar campañas de sensibilización adecuadas.

Desde las organizaciones de mayores, el medio ambiente se percibe como un entorno descrito desde una visión histórica y en clave socio-económica. Supone un tema de interés, aunque muchas de las asociaciones no se han planteado iniciativas en este ámbito por dificultades propias que no han sabido o podido superar: prioridades, desconocimiento, desinformación o, en algún caso, falta de interés de su masa social. Las organizaciones, en general, tienen excelentes relaciones con el entorno social e institucional, pero no suelen trabajar en red o cooperar con otras entidades para el desarrollo de proyectos conjuntos; apoyan actuaciones de otras entidades pero no existe una verdadera cooperación asociativa en este sector. De todas formas, existen experiencias concretas muy positivas de proyectos de educación ambiental y de voluntariado ambiental en redes locales. Los temas ambientales que más interesan a las personas mayores son conceptos básicos ambientales y educativo-ambientales, temas vinculados con el medio ambiente urbano, rural y natural (Consejería de Medio Ambiente, 2009).

Por lo tanto, **las personas mayores, a pesar, en algunos casos, de la falta de formación, información y cultura ambiental, realizan un papel clave y activo en las asociaciones ambientalistas y de voluntariado ambiental.** El afán de estas personas de seguir siendo activas supone una fortaleza que no se puede desaprovechar en nuestro esfuerzo por la mejora del medio ambiente. Las personas de más edad constituyen un sector social demandante de iniciativas proambientales y, en consecuencia, deberíamos organizar las actividades de información, sensibilización y participación necesarias sobre los temas medioambientales que más les interesan. Así, las personas mayores podrían aportar al medio ambiente y a la sostenibilidad sus experiencias, su sabiduría, su tiempo, su capacidad para aplicar a la vida cotidiana y asociativa los conocimientos medioambientales que tienen y una aproximación afectiva al tema.

Se recomienda:

21.- Desarrollar métodos y escenarios de educación ambiental específicamente adaptados a las necesidades y características de las personas según su grado de envejecimiento.

- Organizar acciones medioambientales centradas en la persona mayor -en la vindicación y dignificación de su papel social-, con ritmos de trabajo dinámicos pero no exigentes, con un peso importante de las actividades al aire libre, que combinen ocio y educación y que estén orientadas hacia la práctica.

- Fomentar la aportación de las personas mayores al medio ambiente mediante su experiencia, sabiduría, tiempo y aproximación afectiva.

- Ofrecer espacios de encuentro y promover la participación, a lo largo de todo el ciclo vital, de todas las entidades y personas en el proceso de mejora de las condiciones ambientales.

"Que las personas mayores participen activamente cobra una especial relevancia para el conjunto de la comunidad. Desde la óptica de una sociedad intergeneracional, diversa y cohesionada, se entiende y defiende que todo grupo social contribuye a equilibrar y enriquecer una sociedad. En este sentido las personas mayores aportan experiencia, conocimientos, madurez y perspectiva temporal en el análisis, elementos cruciales para sociedades como las nuestras que se caracterizan por estar inmersas en una dinámica de continuos y rápidos cambios" (Martínez, 2006: 53-54).

3.- ENVEJECER INNOVANDO. PARTICIPAR Y CONTRIBUIR SIGNIFICA INNOVAR

"No se puede afrontar el envejecimiento de la población mediante la búsqueda de inexistentes soluciones que lo hagan desaparecer, sino que son necesarios planteamientos innovadores de adaptación. La vejez de mañana será distinta de la de hoy y los problemas claves pueden no surgir donde se esperan. Se atribuye una gran importancia a los aspectos económicos, pero también van a aparecer problemas sociales complicados e inéditos, aunque no imprevisibles. La integración social de un colectivo, cada vez más numeroso, sin empleo remunerado pero con recursos económicos y buenas condiciones físicas (al menos entre los 10 a 15 primeros años de la jubilación), forma a la vez parte del problema y de su solución, por la enorme contribución a la sociedad que pueden aportar las personas de más edad" (Fernández Cordón, 2007: 9).

3.1.- EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, MOTOR PARA LA INNOVACIÓN

"La vejez, la longevidad, no debería verse como un problema sino como una oportunidad y un reto -un reto para todos: para las personas que envejecen, para su familia y para nuestra sociedad-. No deberíamos preguntarnos únicamente por los problemas y déficits del envejecimiento y la vejez. (…) Tenemos que preguntarnos, tener los ojos abierto e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas mayores y también por las competencias y los nuevos potenciales de las personas muy mayores" (Lehr, 2007: 9).

El envejecimiento activo no es algo nuevo, pero sí lo es el esfuerzo de todos para hacer que esta forma de envejecer sea accesible y posible para el conjunto de la población andaluza. Además, **la participación y la contribución al bien común propias del envejecimiento activo son en sí mismas fuente de innovación en la medida en que ayudan a construir una sociedad donde envejecer más y, sobre todo, mejor. Nunca antes envejecer había sido posible para tantas personas; ahora tratamos de que ese envejecer vaya acompañado de bienestar general para todas las personas y todas las comunidades, a lo largo de toda la vida.**

Necesitamos difundir el mensaje de que envejecer de modo activo, con sus pros y sus contras, es un desafío y una oportunidad al alcance de todos y todas, no sólo de las personas de más edad. Y habrá que explicar con claridad qué significa envejecer activamente y cómo se hace; y, lo que es más importante, **entre todas las personas hay que inventar cómo llevar a la práctica en los pueblos y ciudades de Andalucía este particular modo de envejecer.**

Ya hemos dicho que los actuales Centros de Día de Personas Mayores pueden aportar mucho en ese sentido como espacios de promoción y práctica del envejecimiento activo. Pero hay que ir más allá, dado que las formas de envejecer bien son muy diversas; necesitamos hacer un esfuerzo transversal de modo que el apoyo al buen envejecimiento se aborde desde todos los ámbitos de la sociedad y en todos sus espacios y no únicamente en aquéllos que en la actualidad se ocupan de las personas de más edad.

Ha llegado el momento de explorar la relación entre envejecimiento y creatividad: el buen envejecimiento del futuro va a ser distinto pero tenemos que inventarlo desde el presente, desde hoy.

"En relación con el desarrollo de las políticas de envejecimiento de la región europea de Naciones Unidas, todos los Estados necesitarán mucho

más conocimiento con respecto a las necesidades y exigencias de las poblaciones de más edad y las opciones disponibles, ya que el 'auge de la ancianidad' se afianza. Se necesitarán soluciones adaptadas a los usuarios y basadas en estudios de investigación para introducir innovaciones sociales y técnicas a una escala masiva, no sólo en lo que se refiere a productos y sistemas para la discapacidad y la rehabilitación, y no sólo innovaciones en materia de prevención y asistencia, sino también innovaciones que les permitan una mejor participación, un nivel de vida mayor y una mejor calidad de vida a los ciudadanos mayores cada vez más activos" (Taipale, 2008: 200).

Se recomienda:

22.- Invitar a todos los organismos, entidades y profesionales que estén realizando experiencias de envejecimiento activo o que puedan contribuir al desarrollo de las mismas a innovar y mejorar esas experiencias.

- Organizar campañas de explicación y promoción del envejecimiento activo.

"La promoción del envejecimiento activo es ciertamente la respuesta más inteligente a la revolución demográfica que supone un mundo envejecido" (Fernández, 2009: 232).

- Introducir en el currículum de la educación obligatoria contenidos que aborden el envejecimiento activo.
- Reconocer, potenciar y renovar la labor de apoyo al envejecimiento activo que realizan los Centros de Día de Personas Mayores e introducir en ellos nuevas acciones intergeneracionales e interculturales.

"Hay una importante ausencia de reflexión o una concepción muy limitada [tanto por parte de los profesionales como de las personas mayores] sobre el concepto de envejecimiento activo" (Bermejo y Miguel, 2008: 17).

3.2.- LA INTERGENERACIONALIDAD, PARTE FUNDAMENTAL DE LA INNOVACIÓN

Ya lo hemos dicho: **envejecer bien es cosa de todas las personas. Por tanto, el envejecimiento activo necesita de la colaboración de todos, por encima de los habituales criterios de agrupamiento social: edad, sexo, hábitat, nivel de estudios, clase social o etnia.** Siendo obvio que las diferencias entre unas personas y otras existen, necesitamos que esas diferencias no nos conduzcan a percibirnos como contrarios en un asunto que a todos nos interesa: vivir más tiempo pero, sobre todo, vivir mejor. **La intergeneracionalidad nos plantea precisamente que el contacto, el intercambio y la solidaridad entre todas las**

generaciones tienen resultados positivos a la hora de envejecer de forma activa.

"El mantenimiento de la solidaridad intergeneracional es un factor importante en un enfoque moderno del envejecimiento activo. Este factor significa tanto equidad entre las generaciones como la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen a las distintas generaciones. El envejecimiento activo es intergeneracional: se refiere al futuro de todos y no sólo al de las personas mayores. Todos somos parte interesada en esta tarea porque todo el mundo quiere vivir una vida larga y saludable" (Walker, 2006: 85).

Los programas intergeneracionales ayudan a construir cohesión social y a crear un entorno inclusivo que permite a las personas mayores participar al máximo de todas sus capacidades.

Pero la intergeneracionalidad no sólo es relevante para el envejecimiento activo en el contexto extra-familiar sino también dentro de las familias: "La implicación social en instituciones sociales valiosas como la familia contribuye a dar una sensación de significado a la vida que conduce a un incremento de la longevidad. (…) los roles familiares y parentales son importantes factores de predicción de la supervivencia de los padres mayores. El reconocimiento del importante papel de los familiares mayores por parte de los hijos y de la familia extensa puede reforzar sus sentimientos de utilidad, dependencia mutua y pertenencia, y puede actuar sobre su supervivencia mediante mecanismos fisiológicos que aún no comprendemos" (Zunzunegui, Béland, Sánchez y Otero, 2009: 358).

El aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valía de todas las edades. Los estudios sobre el tema han demostrado que los jóvenes que aprenden con personas mayores tienen actitudes más positivas y realistas con respecto a las generaciones de más edad y aceptan mejor el declive funcional. Este hecho es especialmente importante, por ejemplo, en el aprendizaje y utilización de las nuevas tecnologías.

Las personas jóvenes empujan fuerte en el mercado laboral, la preparación es superior a la que tenían las generaciones anteriores, pero al mismo tiempo les falta la experiencia de las personas mayores. A este respecto, las empresas de hoy tienen como principal misión y desafío la convivencia entre el talento juvenil y la experiencia de los mayores.

La ventaja evolutiva que presenta la nueva generación por la adaptación de su cerebro a la tecnología digital puede producir una especie de *brecha mental,* para salvar esto será necesario ayudar a la juventud a aprender a potenciar sus destrezas interpersonales, y enseñar a los mayores a poner a punto sus destrezas

tecnológicas. Ambas generaciones han de conservar y mejorar su capacidad de poder hablarse cara a cara, de entender las señales sutiles no verbales que se emiten en una conversación, y de crear formas empáticas de relacionarse entre sí, de forma autónoma. De este modo mejoraremos las habilidades de relación social y frenaremos la sobrecarga tecnológica que padece la juventud y que está disminuyendo sus habilidades empáticas.

El alargamiento de la vida junto con la necesidad de dar la oportunidad de seguir ocupados laboralmente durante más tiempo a quienes lo deseen está trayendo consigo que los lugares de trabajo sean cada vez más multigeneracionales. Sin embargo, estamos poco acostumbrados a ello. Necesitamos reflexionar sobre el tema e inventar una nueva cultura que aproveche el potencial de las relaciones intergeneracionales en los lugares de trabajo.

En definitiva, necesitamos nuevas formas de solidaridad y apoyo mutuo intergeneracional: "Los cambios demográficos están modelando una nueva sociedad, y se acelerarán a partir de 2010: cada vez habrá menos jóvenes y adultos, cada vez habrá más trabajadores de edad, jubilados y ancianos. Nuestras sociedades deberán inventar nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan las jóvenes generaciones y los ciudadanos de edad más avanzada. Será necesario que todos los agentes contribuyan a gestionar estos cambios: deben desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones, hechas de apoyo mutuo y transferencia de competencias y experiencias" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005: 7).

Se recomienda:

23.- Proponer y ejecutar nuevas formas de mejorar las relaciones intergeneracionales en el ámbito familiar, en el comunitario y en los distintos espacios productivos.

- Fomentar los programas y los centros intergeneracionales como medios para aprovechar al máximo la participación y las contribuciones de las distintas generaciones.

- Reorganizar la estructura de las Administraciones de modo que se facilite el encuentro y la colaboración entre personas de distintas generaciones a la hora de atender sus necesidades mediante políticas y programas.

- Posibilitar que las personas mayores contribuyan a la prestación de servicios actualmente dedicados a la atención a la infancia y a la juventud, y viceversa.

- Poner en marcha experiencias innovadoras para un mejor aprovechamiento de los lugares de trabajo multigeneracionales.

3.3. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, FUENTE DE DESARROLLO E INNOVACIÓN ECONÓMICA

"El envejecimiento de la población puede incluso constituir una gran oportunidad para incrementar la competitividad de la economía europea. Es necesario ofrecer a los agentes económicos europeos las mejores condiciones para aprovechar esas oportunidades que ofrecen los cambios demográficos en términos de creación de nuevos mercados para bienes y servicios de unos clientes de más edad. Un primer paso en esa dirección sería, sin duda, animar a los agentes económicos a incluir el fenómeno del envejecimiento en sus estrategias de innovación. Esto afecta a numerosos ámbitos, como las tecnologías de la información y de la comunicación, los servicios financieros, las infraestructuras de transporte, de energía y turísticas, y los servicios de proximidad, en particular los servicios de asistencia de larga duración." (Comisión Europea, 2006: 11).

El envejecimiento activo es también productivo, es decir, es una fuente de riqueza económica. Si más personas desean participar y contribuir al desarrollo de la sociedad, a lo largo de sus vidas, como vía para envejecer mejor, podemos lograr que aumente el flujo de bienes y servicios, la oferta y la demanda.

Ya hemos hablado de la importancia de los cuidados y del voluntariado como aportaciones muy relevantes de las personas mayores. Pero debemos seguir innovando. Por ejemplo, en el ámbito de la economía social.

La economía rural, más envejecida, también está necesitada de un nuevo revulsivo. El éxodo hacia los núcleos urbanos ha originado el progresivo abandono de las explotaciones agrarias contribuyendo a un desequilibrio en las ofertas de trabajo entre las áreas urbanas y rurales. Debe trabajarse para minimizar el éxodo y potenciar las actividades agrarias en los núcleos rurales, aprovechando espacios que no están en explotación. Las personas mayores que viven en estos núcleos pueden colaborar a su regeneración; y podemos poner en marcha programas para que quienes hoy no viven en municipios rurales también colaboren en paliar los problemas asociados al sobreenvejecimiento rural.

"El foco central de la política debe ser la integración de las personas mayores en la sociedad, puesto que ellas quieren una creciente participación en sus vidas. En un futuro no demasiado distante será importante explorar caminos innovadores de capacitación y proporcionar educación y formación en zonas rurales y remotas y aplicar, de la mejor forma posible, las nuevas y emergentes tecnologías de la comunicación para facilitar y mejorar estos programas" (Troisi, 2008: 226).

"Si más personas desean participar y contribuir al desarrollo de la sociedad, a lo largo de sus vidas, como vía para envejecer mejor, podemos lograr que aumente el flujo de bienes y servicios, la oferta y la demanda"

La incorporación de la mujer al mercado laboral y la crisis económica dificultan el cuidado de los niños, especialmente en familias numerosas. Debe seguir potenciándose la incorporación de la mujer al trabajo y contribuyéndose al sostenimiento de las familias necesitadas. Nuestra economía debe hacer más compatible el trabajo con los cuidados conforme vamos envejeciendo; hay que ser más creativos a la hora de estudiar las fórmulas adecuadas para conseguir esa compatibilidad.

Si bien estamos inmersos en un proceso de reformulación del concepto de jubilación para que ésta pase, poco a poco, de ser una obligación forzosa a ser una opción, hay que reconocer a la vez que hay muchas personas adultas y adultas mayores que se ven obligadas a dejar de ser activas laboralmente. Son necesarios esfuerzos para que estas personas tengan la posibilidad de seguir creando riqueza y contribuyendo al desarrollo. **No podemos permitirnos desaprovechar ninguna aportación de valor.**

Agenda para el envejecimiento productivo en Andalucía.

Si consideramos como productivas no sólo las contribuciones que crean riqueza sino aquéllas que intervienen de modo significativo en los principales problemas de una comunidad, tenemos a mano la posibilidad de confeccionar una a genda de asuntos en torno a los cuales podríamos ser más productivos a medida que envejecemos. Basta con repasar cuáles son, según los diferentes grupos de edad, los principales problemas que afectan personalmente a los ciudadanos de Andalucía y actuar al respecto. Según datos de 2009 los tres primeros de esos problemas son, por orden decreciente de importancia, los siguientes: la falta de empleo, la inseguridad ciudadana y la suciedad en las calles. Los más jóvenes (18-34 años) sitúan el difícil acceso a la vivienda por delante de la suciedad en las calles (ESECA, 2009: 48).

¿Imaginamos la puesta en marcha de proyectos liderados por personas mayores con el objetivo de solucionar algunos de esos problemas?

Se recomienda:

24.- Organizar y potenciar bancos de tiempo como modelos innovadores para la promoción del intercambio de capacidades y conocimientos a lo largo de la vida.

25.- Animar y apoyar a todos los agentes económicos para que introduzcan el envejecimiento activo y productivo en sus estrategias de investigación, de desarrollo y de innovación.

3.4. - NUEVAS DEMANDAS Y PRODUCTOS EN TORNO A Y POR LAS PERSONAS MAYORES

"Las sociedades cuya población tiene una vida más larga ofrecen oportunidades de desarrollo de nuevos productos y servicios. Las posibilidades de expansión de estos futuros mercados son amplias" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2009: 10).

El envejecimiento demográfico de la población está produciendo un aumento en el número de personas de más edad. Pero el cambio no sólo es cuantitativo sino cualitativo: **cada vez hay más personas mayores dispuestas a salirse de cualquier estereotipo que trate de decirles lo que tienen que hacer o que les discrimine por tener la edad que tienen. Esto está trayendo consigo una diversificación de las demandas que estas personas realizan no sólo como consumidores sino como ciudadanos.** Los mercados, los sistemas políticos, los servicios sociales y las propias entidades de personas mayores tienen que saber responder a esas demandas, de las que podemos citar los siguientes ejemplos: actividades asociativas, programas de ocio y tiempo libre, productos financieros y de consumo, tecnología (ordenadores, teléfonos móviles, consolas de juego, etc.), juegos e instrumentos para desarrollar las capacidades físicas (visión, audición, fuerza, elasticidad, etc.) y cognitivas.

En el conjunto de España, el gasto de las personas mayores en consumo de ocio asciende a 8.812 millones de euros, lo que representaba el 0,9% del PIB de 2006. El 81,6% de gasto de las personas mayores en consumo de ocio corresponde a los hombres y el 18,4% restante a las mujeres (IMSERSO, 2008b: 125-126 y 127).

Todo este tipo de productos y servicios tiene que dirigirse tanto a la población mayor que vive en ciudades como, muy especialmente, a aquélla que vive en los núcleos de población más alejados.

Actividades de ocio y tiempo libre realizadas por las personas de más de 65 años en Andalucía

Ver televisión	86,54%
Pasear	74,83%
Actividades familiares	65,24%
Reunión con amigos	60,01%
Compras y visitas a centros comerciales sin objetivo definido	20,06%
Deporte	19,03%
Otros	17,34%
Turismo	9,49%
Ir al cine	6,00%
Asistencia a teatro	4,23%
Asistencia a exposiciones, galerías	4,22%
Asistencia a museos	2,47%
Asistencia a conciertos	2,46%
Asistencia a eventos deportivos	2,13%

Fuente: ESECA (2009)

Se recomienda:

26.- Estudiar de forma continuada el perfil de las demandas de productos y servicios a los que desean acceder las personas a medida que envejecen.

■ Realizar campañas divulgativas sobre nuevos productos pensados para las personas mayores de modo que éstas los conozcan.

■ Apoyar el desarrollo de investigaciones e industrias productoras de nuevos instrumentos capaces de desarrollar la capacidad cognitiva de las personas a medida que envejecen.

■ Diseñar programas de ocio y tiempo libre innovadores para todas las personas, que tengan especialmente en cuenta el estado físico de las personas conforme van envejeciendo.

■ Adaptar la oferta de actividades y de servicios a las nuevas necesidades sociales, procurando la participación conjunta de distintas generaciones y de ambos géneros (Un ejemplo de lo que decimos lo constituye el turismo social intergeneracional y solidario: personas mayores y jóvenes, juntas, viajan para prestar ayuda a otras personas).

3.5.-NECESIDAD DE MAYOR ATENCIÓN A LA RELACIÓN ENTRE ENVEJECIMIENTO Y BRECHA DIGITAL

Si hay un ejemplo indudable de producto innovador ése es el de las denominadas como Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC). Nuestra sociedad está viéndose profundamente cambiada por la creciente capacidad de producir, almacenar y transportar información en formato digital. No ser capaces de incorporarse a esta revolución digital es una nueva forma de analfabetismo. De ahí lo urgente de asegurar las condiciones necesarias para que todas las personas, a medida que envejecen, puedan tener acceso a esas tecnologías. En este caso, **las personas que, por su edad, no están más familiarizadas con este tipo de productos, tienen un riesgo mayor**

de ser víctimas de una brecha digital que puede llevarlas a una situación de vulnerabilidad y hasta de exclusión. Hoy por hoy, las personas de más edad son las que menos uso hacen de las NTIC: (Equipo Portal Mayores, 2009: 44).

Al hablar de estas nuevas tecnologías en el medio rural se sigue viendo que muchas personas mayores aún tienen miedo a enfrentarse a ellas. Cuando se vence ese miedo, todo se vuelve mucho más fácil y contamos con más personas dispuestas a participar e implicarse en la formación de otros. La mayoría de las personas mayores demandan ponerse al día en el dominio de la informática y de Internet.

Necesitamos hacer campañas, sobre todo en el medio rural, para mostrar qué ventajas tiene el acceso a Internet: contactar con amigos y familiares, conocer más el mundo, enriquecerse culturalmente y disfrutar, al tiempo que puede ser un paliativo de la soledad y el aislamiento.

Poco a poco muchas de las gestiones que hoy se pueden hacer por el tradicional método de la ventanilla pasarán a tener que realizarse *online*. Cambios como éste deben llevarnos a reciclarnos y a pensar en positivo. Si, a medida que envejecemos, vamos utilizando las tecnologías, éstas no nos darán miedo alguno.

"El cambio de la estructura demográfica europea también puede ofrecer una oportunidad para el desarrollo de productos y servicios destinados a satisfacer las necesidades de las personas de más edad. Pueden desarrollarse nuevas tecnologías para permitir a éstas mantener su autonomía y vivir más tiempo en su propio hogar, y para transformar la prestación de asistencia, en particular personalizando los servicios como respuesta a las necesidades y preferencias específicas de los pacientes. La inversión en educación, investigación y desarrollo podrán proporcionar amplios beneficios en el futuro, por lo que no deberán reducirse durante la crisis. La inversión en la modernización de la infraestructura de transportes, que puede contribuir a mantener la demanda durante el periodo de crisis, también será necesaria para facilitar el acceso a todos los ciudadanos, al mismo tiempo que respalda los derechos de los viajeros de movilidad reducida" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2009: 10).

Sin embargo, la cuestión de la participación y la sociabilidad con las NTIC no está exenta de controversia. Algunas perspectivas plantean que las NTIC contribuyen al vaciamiento de lo público (Virilio, 1997), que son un factor de aculturación, socavan el capital social y limitan la participación ciudadana pues el tiempo dedicado a la interacción mediada tecnológicamente empobrece las

USO DE LAS TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (16 A 74 AÑOS) 2008

	Total personas	Personas que han utilizado el ordenador en los últimos 3 meses	Personas que han utilizado internet en los últimos 3 meses	Personas que han utilizado internet al menos una vez por semana en los 3 últimos meses	Personas que han comprado a traves de internet en los últimos 3 meses	Personas que usan teléfono móvil
AMBOS SEXOS						
Edad: de 16 a 24 años	4.600.582	92,8%	90,3%	81,8%	17,6%	98,1%
Edad: de 25 a 34 años	7.658.076	82%	78,3%	67,6%	22,2%	97,3%
Edad: de 35 a 44 años	7.481.103	70,3%	63,7%	54%	14,4%	94,9%
Edad: de 45 a 54 años	6.064.279	56%	50,8%	43,1%	11,7%	90,4%
Edad: de 55 a 64 años	4.856.360	28,6%	24,6%	21,5%	4,6%	78,7%
Edad: de 65 a 74 años	3.737.546	10,3%	8,9%	7,4%	1%	57,9%
Total Personas	34.497.946	61%	56,7%	49,2%	13,3%	88,8%
HOMBRES						
Edad: de 16 a 24 años	2.356.002	91,8%	89,3%	81%	19,1%	97,1%
Edad: de 25 a 34 años	3.958.130	80,8%	78,1%	69,1%	24,9%	96,7%
Edad: de 35 a 44 años	3.824.952	73,3%61,6%	67,6%	58,3%	17,3%	95,1%
Edad: de 45 a 54 años	3.068.096	61,6%	56,9%	50,2%	13,4%	92%
Edad: de 55 a 64 años	2.358.313	35,6%	31,2%	27,9%	6,5%	79,4%
Edad: de 65 a 74 años	1.728.927	15,3%	13,6%	11,8%	1,7%	61%
Total Personas	17.294.420	64,5%	60,7%	53,6%	15,5%	89,6%
MUJERES						
Edad: de 16 a 24 años	2.244.580	93,9%	91,4%	82,7%	16%	99,1%
Edad: de 25 a 34 años	3.699.946	83,4%	78,5%	66,1%	19,3%	98%
Edad: de 35 a 44 años	3.656.151	67,2%	59,6%	49,5%	11,5%	94,6%
Edad: de 45 a 54 años	3.096.183	50,4%	44,9%	36%	10,1%	88,8%
Edad: de 55 a 64 años	2.498.047	22,1%	18,3%	15,4%	2,9%	78%
Edad: de 65 a 74 años	2.008.619	5,9%	4,9%	3,6%	0,5%	55,2%
Total Personas	17.203.526	57,4%	52,8%	44,7%	11%	87,9%

Fuente: INE. INEBASE: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2008.

relaciones sociales y la cohesión colectiva. De hecho, en el entorno rural -que aquí nos interesa mucho por la importante presencia de personas mayores-, donde las relaciones se encuentran más condicionadas por factores territoriales que en el ámbito urbano, se viene constatando una mayor vulnerabilidad frente al impacto de las NTIC, que tienen una capacidad de intromisión más acentuada que otras tecnologías para quebrar identidades asentadas en el arraigo a lo territorial.

Otros planteamientos subrayan, por contra, la relevancia y potencial de la NTIC para el *empoderamiento* local. Remarcan que las NTIC pueden ser catalizadoras de nuevas formas de cooperación y acción social, activando y transformando significativamente el capital social, en lo que Van Bavel, Punie, Burgelman, Tuomi y Clements (2004) denominan, "capital social interconectado", por la capacidad que tienen de movilizar recursos materiales, información y conocimiento.

En este sentido, Andalucía no se quiere quedar atrás en el tren de las nuevas tecnologías, y tomando conciencia de la importancia que éstas suponen para que todas las personas puedan participar y contribuir en la sociedad se están poniendo en marcha iniciativas para eliminar la brecha digital entre la ciudadanía, en general, y entre colectivos tecnológicamente más vulnerables, como pueden ser las personas mayores, en particular. Un ejemplo de lo que decimos es la Orden por la que se establecen las Bases Reguladoras para la concesión de incentivos destinados a la adquisición de dispositivos y servicios TIC entre los colectivos de personas con una discapacidad superior al 33% y personas mayores de 80 años (Junta de Andalucía, 2010: 39).

En esta misma línea, el programa *Andalucía Compromiso Digital*, promovido por la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía, busca ofrecer oportunidades para mejorar la calidad de vida de los andaluces, a través del uso de las nuevas tecnologías. Este programa se encuentra consolidado, y, tan sólo en la provincia de Sevilla, cuenta ya con con 147 voluntarios y 1.415 usuarios registrados, y ha realizado más de 4.600 acompañamientos digitales. La delegación provincial de Innovación, Ciencia y Empresa ha valorado especialmente el compromiso de los voluntarios de este programa que, "de manera altruista, ayudan a otras personas, en su mayoría de la tercera edad, a acceder a las nuevas tecnologías, simplemente enseñándoles cómo se utiliza un ordenador o un correo electrónico" (Cibersur, 2009). *Andalucía, compromiso digital*, que tiene una fuerte componente intergeneracional, está permitiendo, además, acercar la sociedad de la información a poblaciones alejadas de la capital al tiempo que contribuye a reducir la brecha digital.

Se recomienda:

27.- Facilitar un acceso de todas las personas, pero en especial en el medio rural, a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) a medida que envejecemos, aprovechando de forma coordinada el uso de todos los recursos disponibles.

- Mejorar, sobre todo en el medio rural, la dotación de locales para instalar equipos informáticos utilizables por los vecinos.

- Impartir cara a cara, y a veces de forma virtual, formación continua para aprender el uso del ordenador y de Internet.

- Facilitar que las asociaciones de personas mayores cuenten con equipos informáticos.

- Potenciar el acercamiento intergeneracional entre personas jóvenes y mayores a través de cursos de tecnología digital que les permitan aprender a comunicarse y a trabajar juntos.

- Aumentar la inversión en proyectos de investigación, desarrollo e innovación cuyo objetivo sea la mejora de las NTIC para su uso por todas las personas a medida que envejecen.

- Ofertar servicios de telefonía, Internet y formación a distancia con unas tarifas apropiadas para que el acceso se garantice por igual a todas las personas mayores.

3.6.- INNOVAR EL ENVEJECIMIENTO PERO CON LAS PERSONAS MAYORES

"Es evidente que hay una clara distorsión entre lo que constantemente se pregona, con gran despliegue propagandístico y lo que los hechos se encargan de demostrar cotidianamente. Alusiones por doquier a la participación de las personas mayores, pero sin la posibilidad de que éstas lleguen a intervenir directamente en sus asuntos. Las decisiones se adoptan por terceras personas, que en ocasiones ni siquiera se aproximan generacionalmente a los mayores y difícilmente pueden trasladar los deseos y las inquietudes de éstos. Es conveniente apostar por una sociedad para todas las edades, porque ¿quién puede asegurar que se adoptan las mejores decisiones en favor de las personas de edad? ¿No será más aconsejable que sean ellas mismas las que decidan lo que conviene a sus propios intereses?" (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2009: 4).

Entre otras razones, la participación y la contribución en el envejecimiento activo serán innovadoras si no son discriminatorias y se plantean de abajo arriba, es decir, desde las personas mayores y no de modo paternalista –participar porque alguien lo autoriza-, dirigista –participar porque alguien así lo ordena-, o como concesión a las personas mayores –participar por participar- sino como su

"Algunas personas mayores puede que se hayan jubilado del trabajo, pero ninguna se ha jubilado de la vida ni de su derecho a participar y a contribuir en democracia"

derecho -participar para conseguir un fin establecido por las propias personas mayores-. **El envejecimiento activo termina con la política *para* las personas mayores -y, a menudo, incluso por encima de ellas- y potencia la política *desde* y *con* las personas mayores.**

Tanto la necesidad de participación en la vida comunitaria como la necesidad de realización personal pueden considerarse incluidas en el derecho a la autonomía personal. Este derecho, recogido en la normativa vigente, no está aún totalmente garantizado en cuanto a la disponibilidad de oportunidades para su ejercicio. Y esto nos obliga a facilitar las condiciones adecuadas para que las personas mayores tengan la autoconfianza, la capacidad y la autoridad suficientes para sentir que realmente pueden participar y contribuir allí donde se toman las decisiones sobre los derechos y deberes que les conciernen. Al mismo tiempo, **hablar del derecho a participar y contribuir obliga a referirse también al capítulo de los deberes: tenemos que plantear cuáles son los deberes asociados al envejecimiento activo de modo que, a ese derecho vaya unido el deber de aprovechar las oportunidades de ejercerlo y el compromiso de buscar con ello el mayor bien común posible.**

Este protagonismo de las personas mayores no debería ir en la línea de profundizar la separación de esas personas con respecto al resto de la ciudadanía -con ofertas del tipo políticas sólo para mayores, programas sólo para mayores, ocio sólo para mayores, teatro sólo para mayores, etc.-. Podríamos decir que **los asuntos que conciernen a las personas mayores y que están relacionados con su envejecer nos conciernen a todos; y viceversa. Algunas personas mayores puede que se hayan jubilado del trabajo, pero ninguna se ha jubilado de la vida ni de su derecho a participar y a contribuir en democracia.**

Se recomienda:

28.- Pasar de una participación informativa o consultiva a otra continuada, de autogestión

y cogestión ciudadana, en la que las personas mayores tengan voz y voto en las decisiones que afecten a cualquier asunto de su comunidad.

■ Poner en marcha medidas que saquen a la luz la diversidad, los conocimientos, saberes y habilidades de las personas mayores y sus posibilidades para la innovación social.

■ Prestar atención prioritaria a las innovaciones que faciliten la participación de personas mayores discriminadas por motivos étnicos, sexuales, económicos, políticos o cualesquiera otros.

■ Promover y asegurar la implicación de las personas mayores en la vida y en la estructura política, y facilitar su participación plena en todos los espacios políticos donde se toman las decisiones.

"El Parlamento andaluz cuenta con un porcentaje de personas mayores de 55 años del 19,3%. Por tramos de edad, un 17,4% tiene entre 55 y 64 años y sólo un 1,8% entre 65 y 74 años. Las mujeres representan el 38,5% en el Parlamento andaluz, pero su representación se reduce bruscamente en los tramos de mayor edad. Así, la representación femenina entre las personas de más de 55 años alcanza el 9,5%" (IMSERSO, 2008a: 51).

■ Plantear y concretar cuáles son los deberes asociados al envejecimiento activo como proceso en el que personas y sociedad son corresponsables.

■ Revisar el Decreto 217/2003, de 22 de julio, por el que se regulan determinados aspectos del grupo de Consejeros Generales representantes de otras organizaciones en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros, previsto en el artículo 63 bis de la Ley 15/1999, de 16 de diciembre, de Cajas de Ahorros de Andalucía, de modo que las asociaciones de mayores, así como sus confederaciones y federaciones, integrantes del Consejo Andaluz de Mayores, puedan tener mayor presencia en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros.

3.7.- NECESITAMOS NUEVAS POLÍTICAS, MEJOR ADAPTADAS A UNOS CONTEXTOS Y A UNA CIUDADANÍA QUE ENVEJECEN

"Todos los grupos de edad hacen contribuciones igualmente importantes a la sociedad y a sus comunidades y familias. Las personas mayores pueden poner a disposición de otros su conocimiento y experiencia. Pueden servir como guardianas de la memoria colectiva de la sociedad. Para asegurar que puedan permanecer activas e independientes tanto como sea posible son necesarias políticas que apoyen su integración social y económica en todas las esferas de la sociedad. Para lograr este complejo objetivo se necesita un enfoque holístico en virtud del

cual el envejecimiento sea integrado en todas las áreas políticas.

La incorporación del envejecimiento en las principales políticas es la estrategia, el proceso y el esfuerzo multidimensional de integrar las cuestiones del envejecimiento en todas las áreas políticas a todos los niveles. El objetivo último es conseguir un desarrollo de la sociedad más equitativo, capaz de beneficiar a todos los grupos sociales. Si este proceso tiene éxito, todos los interesados de relieve son incluidos en el proceso de toma de decisiones para asegurar que las necesidades de todos los grupos de edad son satisfechas en todas las áreas políticas. La incorporación del envejecimiento en las principales políticas puede considerarse una herramienta importante para lograr una sociedad para todas las edades" (UNECE, 2009b: 2).

En general, es necesario impulsar el desarrollo de políticas de envejecimiento sostenibles, que se adapten a las necesidades y circunstancias contextuales de las personas a las que se dirigen, favoreciendo la equidad de toda la ciudadanía en el acceso a servicios, minimizando y corrigiendo las posibles discriminaciones, y aumentando la eficiencia de la inversión en recursos sociales.

Por ejemplo, las políticas urbanísticas tienen que concentrarse en introducir los cambios necesarios para conseguir que nuestras ciudades y pueblos sean vivideros para poblaciones que envejecen. Las políticas de inmigración tienen un doble reto en relación con el envejecimiento activo. Por un lado, fomentar unas buenas relaciones entre las personas mayores y sus cuidadores/as inmigrantes, como forma de avanzar hacia una sociedad más cohesionada intercultural e intergeneracionalmente. Por otro lado, no pueden dejar de prestar atención al envejecimiento de la población inmigrante, que aporta diversidad y riqueza a nuestras sociedades. En cuanto a las políticas laborales, por poner otro ejemplo, sería importante crear nuevas formas de trabajo, más flexibles, que permitan combinar mejor la vida laboral y la participación en los asuntos comunitarios; **trabajar o participar tiene que dejar de ser una disyuntiva: al igual que se envejece trabajando, deberíamos poder envejecer participando y contribuyendo.** Otro ejemplo: las políticas deportivas deberían tener más en cuenta la participación de las personas mayores tanto a la hora de organizar los espacios para la práctica del deporte como las distintas competiciones y modalidades.

"Las expectativas de las personas de edad y las necesidades económicas de la sociedad exigen que las personas de edad puedan participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades. Las personas de edad deben tener la oportunidad de traba-

jar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación. La habilitación de las personas de edad y la promoción de su plena participación son elementos imprescindibles para un envejecimiento activo. Es necesario ofrecer sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social a las personas de edad" (Naciones Unidas, 2002: 3).

La atención a la participación debe diversificarse: además de participar en el ámbito familiar y en el de la sociedad más amplia, existen múltiples niveles intermedios, más cercanos al concepto de comunidad, que habría que explorar e impulsar. Los ya citados bancos de tiempo son un ejemplo de lo que decimos; se trata de alternativas intergeneracionales de cercanía que potencian el mantenimiento de un rol social activo, orientado hacia el desarrollo y la participación comunitaria y hacia formas de ocio activo.

Se estima imprescindible la participación coordinada de todas las áreas institucionales (Salud, Empleo, Cultura, Medio Ambiente, Innovación, etcétera) en programas y recursos que de manera transversal puedan ser utilizados y contribuyan de modo más efectivo a implantar el envejecimiento activo. Sólo con un esfuerzo intencionado de este tipo podremos aspirar a la indispensable sostenibilidad a largo plazo de las políticas de envejecimiento activo y a la renovación de la cultura y de los modelos de hacer política implícitos en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía.

"La incorporación del envejecimiento en las principales políticas ayuda a asegurar la mejor integración de las necesidades de todos los grupos de edad en el proceso de construcción de las políticas. Puede permitir a las personas mayores contribuir a la sociedad, comunidades y familias tanto como lo hacen otros grupos de edad. En última instancia esa incorporación debería ayudar a armonizar las economías y las sociedades con el cambio demográfico" (UNECE, 2009b: 1).

Se recomienda:

29.- Conectar de modo transversal los esfuerzos y los recursos al servicio de las diferentes políticas y órganos de las Administraciones Públicas encaminados a dar una respuesta prioritaria a los retos que plantea el envejecimiento activo en Andalucía.

- Realizar investigaciones periódicas sobre las prácticas de envejecimiento activo en Andalucía y la eficacia de las políticas e intervenciones de promoción del envejecimiento activo. Sin datos precisos, fiables y específicos sobre Andalucía no será posible ni saber cuáles son las actuaciones más adecuadas ni evaluar su impacto.

- Asegurar la sostenibilidad y actualización de las políticas de envejecimiento activo, renovándolas para lograr el impacto a largo plazo pretendido por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía.

Cuatro instrumentos políticos para el envejecimiento activo.

En 2009 Naciones Unidas aprobó un marco estratégico de aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento hasta el año 2012 (Naciones Unidas, 2009). Este marco propone 4 instrumentos esenciales que bien pueden servir para orientar las decisiones que Andalucía tome en el futuro de cara a mejorar sus políticas de envejecimiento activo:

1) Diseñar políticas de envejecimiento activo de base empírica, es decir, que estén basadas en hechos objetivos rigurosamente comprobados.

2) Integrar la cuestión del envejecimiento activo y las preocupaciones de las personas mayores en todas las políticas autonómicas.

3) Utilizar un enfoque participativo en la planificación, el diseño, la aplicación y supervisión de las políticas de envejecimiento activo, de modo que las políticas y programas reflejen los intereses reales de las personas que residen en Andalucía.

4) Utilizar indicadores para medir los progresos logrados con la aplicación de políticas y programas de envejecimiento activo.

GLOSARIO

Apoyo social
Intercambio de recursos, bienes o servicios entre los miembros de una red social.

Asociacionismo
En el contexto de la educación social, el asociacionismo es un postulado que reconoce que mediante la creación de asociaciones que favorezcan la participación social, se puede lograr una transformación de la realidad y del espacio público, superando la individualidad al compartir, afrontar y resolver los problemas mediante el apoyo mutuo.

Banco de Tiempo
Los bancos de tiempo, en pocas palabras, son redes de personas que se organizan para intercambiar servicios que se valoran siempre en función del tiempo que requieren para ser realizados. Las personas socias de estos bancos ponen a disposición de las demás su tiempo para determinados servicios pero no a cambio de dinero sino a cambio de otros servicios. Un banco de tiempo es una forma de ayuda mutua, que se basa en el principio de 'dar y recibir para volver a dar' pero no necesariamente a la persona de la que recibimos; por eso se dice que se basa en la reciprocidad indirecta. Si Margarita ayuda con los ejercicios de matemáticas al hijo de Susana durante dos horas una tarde, Susana no tiene por qué devolver el servicio directamente a Margarita sino que puede ir a regar las plantas de Cristina dos días mientras ella está de vacaciones y Cristina por su parte ayudará a Margarita a colgar unas estanterías en su salón.

Cambio social
Alteración apreciable y a cualquier escala de las estructuras sociales, las consecuencias y manifestaciones de esas estructuras ligadas a las normas, a los valores, a los procesos y a los productos de las mismas. Este cambio puede ser progresivo o regresivo, permanente, ético o moral, planeado o sin planear.

Centros de Día
Centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación de dichas personas con el medio social, y que pueden servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población.

Cohesión social

Se refiere a la situación en la que una sociedad ha alcanzado un nivel óptimo de disminución de las disparidades de bienestar entre sus miembros y ha reducido las desigualdades gracias al desarrollo de la justicia social, la primacía del estado de derecho y la solidaridad. Las políticas públicas a favor de la cohesión social serían aquellas que: a) desarrollen identidad común, b) construyan solidaridad, c) establezcan horizontes de confianza, d) establezcan situaciones de igualdad de oportunidades y e) generen en la comunidad relaciones basadas en la reciprocidad.

Comportamiento prosocial o altruista

Todos aquellos actos encaminados a beneficiar a otros individuos, sin considerar los motivos ulteriores al benefactor.

Contribución

Aportación voluntaria de ayuda individual o con otras personas y cosas, para un determinado fin. Por lo general, cuando se habla de contribución, en contraposición a participación, se resalta el sentido colectivista del término, es decir, que el valor de la contribución se explica más bien por los intereses de la comunidad de la que forma parte quien contribuye y no por los propios intereses individuales de ese contribuyente.

Desarraigo

Falta de interés o lazos afectivos con el entorno en que se vive.

Empoderamiento

Capacitar y dar poder. Parte de la concepción de que las circunstancias externas son modificables si se modifica primero la posición de las personas (comenzando por su propio auto-concepto), así como la del grupo de pertenencia. Para ello, en la intervención hay que centrarse en la consideración de las capacidades en lugar de poner el foco en las limitaciones que presentan las personas mayores y habilitar en destrezas, estrategias y habilidades que exploren posibilidades y oportunidades capaces de mejorar la autoestima individual y después la propia posición del grupo. El desarrollo del empoderamiento tiene un carácter procesual, pues sólo se aprende a medida que se practica.

Envejecimiento activo

Producto del proceso de adaptación continua que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo desarrollo físico (incluyendo la salud), psicológico (óptimo funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional) y social de la persona a medida que envejece. La promoción del envejecimiento activo implica la provisión de los medios necesarios para que las personas y las comunidades tomen las decisiones que consideren oportunas con el fin de lograr la optimización subjetiva de todas esas condiciones a través de intervenciones biomédicas, físicas, psicológicas y socioambientales. La promoción del envejecimiento activo supone prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar el bienestar y la calidad de vida conforme se envejece.

Exclusión social
Es el proceso acumulativo sobre una persona de factores negativos, con barreras y límites que le dejan fuera de la participación en la vida social mayoritariamente aceptada. Estos límites y barreras son de origen muy diverso y van más allá de la carencia de ingresos.

Implicación social
Compromiso individual o colectivo dentro de una red social para contribuir a la misma.

Innovación
Innovación es la aplicación de nuevas ideas, conceptos, productos, servicios y prácticas, con la intención de ser útiles para la mejora de una situación genérica de partida, sea con fines productivos u otros cualesquiera. Innovar obliga a crear algo que no existía hasta el momento; de ahí que la innovación vaya unida al desarrollo del pensamiento creativo. La innovación exige la conciencia y el equilibrio para transportar las ideas, del campo imaginario o ficticio, al campo de las realizaciones e implementaciones.

Interculturalidad
El concepto de interculturalidad nos remite a la idea de diversidad cultural, al reconocimiento de que vivimos en sociedades cada vez más complejas donde es necesario posibilitar el encuentro entre culturas. Ahora bien, el discurso de la interculturalidad no puede construirse desconectado del contexto social e ideológico de la propia diversidad cultural, desligándolo del análisis de cómo se producen las relaciones entre distintos grupos sociales y culturales u ocultando las estructuras políticas y económicas que las condicionan. La interculturalidad requiere análisis rigurosos que favorezcan la compresión de los conflictos que necesariamente surgen en este contexto (riesgo de asimilación, de pérdida de identidad cultural, de marginación social, etcétera) y que aporten elementos para definir políticas críticas capaces de enfrentar lo que constituyen los auténticos obstáculos en este camino: la injusticia y la desigualdad. [Observatorio Temático, Bantaba, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, Universidad del País Vasco. Consultado el 27 de octubre de 2009, en http://www.bantaba.ehu.es/obs/ocont/obsinter].

Integración social
El grado en que un individuo está inserto en un grupo, organización o comunidad, en la que se dan las condiciones para un equitativo ejercicio de derechos y responsabilidades asociadas a dicha inserción. Puede entenderse también como un concepto aglutinante, resultado de las redes sociales y del apoyo social.

Memoria colectiva
Conjunto de representaciones y juicios interpretativos del pasado que están compartidos en un momento dado por la mayoría de individuos que constituyen un grupo social o una sociedad.

Participación social
Proceso a través del cual las personas toman parte activa y decisiva en la toma de decisiones y actividades que tienen que ver con la mejora de sus condiciones sociales de vida y con la reducción o prevención de determinados riesgos. La participación social es la base sobre la cual se fortalecen los niveles de empoderamiento de las organizaciones sociales e individuos y se fomenta el desarrollo del capital social. Supone el compromiso en actividades sociales.

Participación activa
Participación que supone la toma de una iniciativa de quien la emprende y el deseo de conducir su acción de cara al logro de los resultados que el participante persigue. El carácter activo le viene dado, sobre todo, por su autonomía a la hora de tomar parte en aquello de que se trate.

Persona Mayor
De forma genérica, se dice de la persona que está más envejecida que otra con la que se trata de comparar. Como categoría demográfica se suele referir a las personas que tiene 65 o más años, si bien este umbral es arbitrario. Por ejemplo, para Naciones Unidas –que se refiere a las personas mayores como *personas de edad*- el umbral a partir del cual considerar a una persona mayor son los 60 años. Esto ha conducido al equívoco de reducir las cuestiones de envejecimiento casi de modo exclusivo a las relativas a las personas mayores.

Política social
El conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que lo beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad y justicia posibles.

PYMAs (de mayores)
Pequeñas Y Medianas Asociaciones (de mayores). Por similitud con el concepto de PYME, el de PYMA se refiere a las entidades asociativas que son de menor tamaño y que no agrupan a diversas asociaciones. Merece la pena utilizar este concepto cuando se da, como es el caso en Andalucía, un extendido minifundismo del sector asociativo de las personas mayores.

Red/es social/es
Sistemas organizados para el contacto y el intercambio y distribución de recursos entre los miembros que las integran. Entre los recursos más típicos que circulan por una red están el apoyo y el capital en sus diversas formas.

Relaciones intergeneracionales
Interacciones entre los individuos de generaciones diferentes. Por lo general se suele utilizar para referirse a las relaciones de influencia, intercambio y aprendizaje recíproco entre generaciones distintas.

Relaciones sociales
Concepto más general y aglutinante para referirse a todos los tipos de interacciones y transacciones interpersonales.

Sociedad para todas las edades
En primer lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que no crea barreras simbólicas o físicas entre niños, adultos y personas mayores, sino que facilita el contacto y la comunicación entre ellos. En tal sentido, edad quiere decir 'grupo de edad'. En segundo lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que facilita y mantiene las conversaciones y el aprendizaje mutuo entre individuos con diferentes referencias en el tiempo histórico. En este caso, edad significa 'generación histórica'. En tercer lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que tiene en cuenta continuidad y vinculación a través de toda la vida. Ahora edad se refiere a 'fases de la vida', nombradas y definidas por una cultura y una estructura social determinada. Evidentemente, los primeros dos significados están estrechamente relacionados con el tercero. La experiencia personal del viaje por la vida está profundamente configurada por los contextos sociales en los que se integra.

Viviendas compartidas
Utilizamos este término en un doble sentido. Por un lado, aludimos a soluciones de vivienda consistentes en que varias personas deciden aportar recursos para acondicionar un lugar en el que residir compartiendo ciertos servicios y apostando por una mayor convivencia en común y apoyo mutuo. Por otro lado, son viviendas compartidas aquéllas en las que la persona propietaria accede a alojar a otra/s persona/s con el fin último de establecer un cierto intercambio de servicios –un ejemplo muy común en España lo constituyen las personas mayores que viven solas y que admiten a un/a estudiante universitario/a del que recibir acompañamiento y al que ayudar a solucionar su problema de vivienda de modo más económico.

Viviendas tuteladas
Son viviendas tuteladas aquellas destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y se configuran como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa sobre centros de servicios sociales, y supervisados por una entidad de servicios sociales, tanto de carácter público como privado.

Voluntariado - (Mejor Uso) - Acción Voluntaria organizada
La Ley de Voluntariado de Andalucía define el concepto de Acción Voluntaria Organizada cuando se cumplen las siguientes condiciones:
- Que sean actividades de interés general.
- Que se realice libremente y de forma responsable y gratuita.
- Que se desarrolle en el marco de programas concretos realizados a través de entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

AGE (2007). AGE/inc Project. Give a voice to older people in poverty and social exclusion. Bruxelles: AGE-The European Older People's Platform.

Agahi, N., Ahacic, K. y Parker, M.G. (2006). Continuity of Leisure Participation From Middle Age to Old Age. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 61B*, 6, S340-S346.

Aguiar, F., Gómez, B., Martín, G., Millar, L.M., y Pérez, M. (2007). La ciudadanía andaluza hoy. *Actualidad* 18. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Asociación Edad Dorada (2009). Estudio sobre la solidaridad intergeneracional en las familias españolas en tiempos de crisis. Consultado el día 30 de enero de 2010, en http://www.mensajerosdelapaz.com/

Ayala, L. y Sastre, M. (2007). Pobreza, mayores y Seguridad Social: una perspectiva económica. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 1, 207-229. Consultado el día 11 de enero de 2010, en http://www.mtas.es

Barrio Truchado, Elena del (2007). Vida cotidiana, aportaciones y actividades. En Abellan, A. et al., *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores* (pp. 84-105). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Bass, S. A, Caro, F. G., y Chen, Y.P. (Eds.). (1993). *Achieving a Productive Aging Society*. Westport: Auburn House.

Benería, L. (2008). The Crisis of Care, International Migration, and Public Policy. *Feminist Economics, 14*, 3, 1-22.

Bermejo, L. y Miguel, J.J. (2008). Resumen del documento técnico sobre envejecimiento activo. Madrid: IMSERSO.
Bericat, E. y Sánchez, E. (2008). *Balance de la desigualdad de género en España. Un sistema de indicadores sociales*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Blazer, D.G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health, 9* (6), 497-499.

Bordejé, M. (2003). Voluntariado cultural de personas mayores. VI Jornadas de Voluntariado Cultural. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.mcu.es

Camarero, L. (Coord.) (2009). *La población rural de España. De los desequilibros a la sostenibilidad social.* Barcelona: Fundación "la Caixa".

Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida ¿Un asunto de Mujeres? *Mientras Tanto,* 82, otoño-invierno, 43-70.
Centro de Estudios Andaluces (2006). Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Cibersur (2009, 16 de noviembre). Aumentar el número de usuarios de TIC, reto para los voluntarios de Andalucía Compromiso Digital. Consultado el 14 de enero de 2010, en http://www.cibersur.com

CIS (2008). Barómetro de Marzo. Avance de resultados. Estudio 2.758. Madrid: CIS.

CIS (2009). Barómetro de Mayo. Estudio 2.801. Madrid: CIS.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). Libro Verde Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones. COM 2005 (94) final. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Comisión Europea. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.imserso.redintergeneracional.es

Comisión de las Comunidades Europeas (2009). Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE (Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico). Bruselas, 29.4.2009. COM(2009) 180 final.

Consejería de Cultura (s.f.). Plan Integral para el Impulso de la Lectura en Andalucía. Consejería de Cultura. Junta de Andalucía. [Archivo Power Point]. Consultado el 11 de enero de 2010, en http://www.juntadeandalucia.es/cultura

Consejería de Gobernación (s.f.). Andaluces en el mundo. Presentación. Consultado el día 15 de enero de 2010, en http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion

Consejería de Gobernación (2009). I Plan Integral de Andaluces y Andaluzas en el Mundo (2009-2012). Junta de Andalucía. Consultado el día 15 de enero de 2010, en http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion

Consejería de Medio Ambiente (2008). Ecobarómetro 2008. Sevilla: Consejería de Medio Ambiente.

(2009). Diagnóstico sobre organizaciones de mayores en Andalucía y educación ambiental. Sevilla: Consejería de Medio Ambiente.

Consejo Estatal de Personas Mayores (2009). Envejecimiento y participación. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.imsersomayores.csic.es

Deutsche Bank (2008). Estudio sobre 'Estilos de vida y necesidades en la jubilación'. Presentación de resultados. [Archivo Power Point].
Díaz, L. (2003). Los mayores en los medios de comunicación. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13*(4), 283-284.

Dolto, P., Marcenaro, O. y Skally, A. (2008). Gender differences across Europe. En F. Bettio y A. Vershchagina (Eds.), *Frontiers in the Economics of Gender* (pp. 137-166). London: Routledge.

Durán, M.Á. (2007). *El valor del tiempo ¿Cuantas horas te faltan al día?* Barcelona: Espasa Calpe.

Echevarrén, J. M. (2009). Valores y conductas medioambientales en España. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Elson, D. (2005). Unpaid Work, the Millennium Development Goals, and Capital Accumulation. Comunicación presentada en el congreso *Unpaid Work and the Economy: Gender, Poverty and the Millennium Development Goals*, United Nations Development Programme and Levy Economics Institute of Bard College, Annandale-on-Hudson, New York, 1–3 October.

Equipo Portal Mayores (2009). Indicadores estadísticos básicos 2008. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 89. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.imsersomayores.csic.es/

ESECA (2009). Observatorio de la calidad de vida de los andaluces. Informe anual 2009. Granada: Fundación Caja Granada y Centro de Estudios Andaluces.

Fernández Cordón, J.A. (2007). El futuro de la población. Análisis prospectivo de Andalucía 2020. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Fernández Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología.* Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. et al. (2009). Berlin declaration on the quality of life for older adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention. *European Journal of Ageing,* 6, 49-50.

Fernández-Cid, M. y Martín, A. (2008).La imagen de las Personas Mayores en los Medios de Comunicación de Masas y la Opinión Pública. Madrid: U.D.P.-Obra Social Caja Madrid.

Folbre, N. (2001). *The Invisible Heart: Economics and Family Values*. New York: New Press.

Gálvez, L., Domínguez, M. y Rodríguez, P. (en prensa). When Gender Matters More than Culture. A Comparative Analysis on "Total Work" by Gender in EU Countries. *Feminist Economics*, special issue on Time Use.
Greenfield, E.A. y Marks, N.F. (2007). Continuous Participation in Voluntary Groups as a Protective Factor for the Psychological Well-Being of Adults Who Develop Functional Limitations: Evidence From the National Survey of Familias and Households. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 62B*, 1, S60-S68.

HSBC (2007). El futuro del retiro. London: HSBC Insurance Holdings Limited.

IEA. Instituto de Estadística de Andalucía (2004). Encuesta de empleo del tiempo en Andalucía (2002-2003). Sevilla: IEA.

IMSERSO (2008a). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

(2008b). *Economía y personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO-CIS (2006). Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647. Madrid: IMSERSO-CIS.
Jehoel-Gijsbers, G. y Vrooman, C. (2008). Social Exclusion of the Elderly. A Comparative Study of EU Member Status. ENEPRI Research Report no. 57. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.enepri.org/

Junta de Andalucía (2010, 11 de enero). ORDEN de 9 de diciembre de 2009, por la que se establecen las Bases Reguladoras para la concesión de incentivos destinados a la adquisición de dispositivos y servicios TIC entre el colectivo de personas con discapacidad y personas mayores, posibilitándoles el acceso a la Sociedad de la Información y el Conocimiento en igualdad de condiciones, y se efectúa su convocatoria para el año 2009. *BOJA*, 5, 39-45. Consultado el día 14 de enero de 2010, en http://www.juntadeandalucia.es/boja/

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging, 23,* 157–168.
Lehr, U. (2007). Participación and social inclusion. UNECE Ministerial Conference on Ageing. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.unece.org/

Levy, B. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58B*, 4, P203-P211.

Martínez, T. (2006). Envejecimiento activo y participación social en los Centros Sociales de Personas Mayores. En Martínez, T., Díaz, B. y Sánchez, C. (Coord.), *Los centros sociales de personas mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social* (pp. 47-61). Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

Martínez Buján, R. (2009). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes. *Xerbitzuan*, 45, 99-109.

Melero, L. (2007). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. En B. Kristensens, L. Álvarez (Ed. Lit.) y J. Evans (Ed. Lit.), *Comunicación e persoas mayores: Actas do Foro Internacional* (pp. 29-46). Santiago de Compostela: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.

Mendes de León, C., Glass, T. y Berkman, L. (2003). Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults. *American Journal of Epidemiologyy, 157* (7), 633-642.

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A. y Thang, F. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 58B*, 3, S137-S145.

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. A/CONF.197/9. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2009). Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: marco estratégico de aplicación (E/CN.5/2009/5). Nueva York: Naciones Unidas.

OFECUM y CONFEMAC (Coord.)(2008). *Libro verde de las pequeñas y medianas asociaciones de personas mayores de Andalucía.* Granada: Agencia Andaluza del Voluntariado.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37*(S2): 74-105.
Pérez, V., Herrera, R. y Musitu, G. (2007). *Mayores solidarios*. Madrid: Dykinson, S.L.

Pinillos, J.L. et al. (1994). *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez*. Madrid: Fundación Caja Madrid.

Polo, Mª Eugenia (2006). La resocialización de los mayores: una asignatura pendiente. Consultado el día 29 de enero de 2010, en http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo21.pdf
Portal Mayores (2009a). Soledad. Una de las amenazas a la calidad de vida de los mayores. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.imsersomayores.csic.es

(2009b). La imagen de los mayores en Europa. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 96. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.imsersomayores.csic.es

Ramos, M. (2009). Los retos para el siglo XXI de una nueva cultura de envejecimiento activo y participativo. En G. Pérez, J. García y A. de Juanas, V Jornadas de Calidad de Vida en Personas Mayores. Envejecimiento Activo y Participativo. [CD-ROM]. Consultado el día 21 de diciembre de 2009.

Rubio, E., Lázaro, A. y Sánchez, A. (2009). Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics, 9,* 26-36.

Taipale, V. (2008). El envejecimiento de Europa supone un capital social acrecentado. Cómo puede contribuir la investigación. En Mª Luz Cid (Coord.), *Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento* (pp. 199-200). Madrid: IMSERSO.

The Gallup Organisation (2009). Intergenerational Solidarity. Flash Eurobarometer Series #269. Consultado el día 29 de enero de 2010, en http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_en.htm

The New York Academy of Medicine (s.f.). Social participation. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.agefriendlynyc.org.

Triadó, C., Celdrán, M., Conde, L., Montoro, J., Pinazo, S. y Villar, F. (2008). Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://imserso.es.
Trinidad, A. y López, J. (2007). *La situación social de los mayores en Andalucía*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Troisi, J. (2008). La eficacia de los programas de formación para las personas mayores. En Mª Luz Cid (Coord.), *Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento* (pp. 223-226). Madrid: IMSERSO.

UDP (2009). Deliberación mayor. II informe. Madrid: UDP.

UNECE (2009a). Integration and participation of older persons in society. Policy brief on aging, 4. Geneva: UNECE. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.unece.org/
(2009b). Mainstreaming aging. Policy brief on aging, 1. Geneva: UNECE. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.unece.org/

Van Bavel, R., Punie, Y., Burgelman, J.-C., Tuomi, I. y Clements, B. (2004). *ICTs and social capital in the knowledge society*. Technical Report Series, EUR 21064 EN. Sevilla: IPTS.

Venne, R. (s.f.). Mainstreaming the concerns o folder persons in the social development agenda. Consultado el día 21 de diciembre de 2009, en http://www.un.org/esa/socdev/ageing

Virilio, P. (1997). *El cibermundo, la política de lo peor*. Madrid: Cátedra.

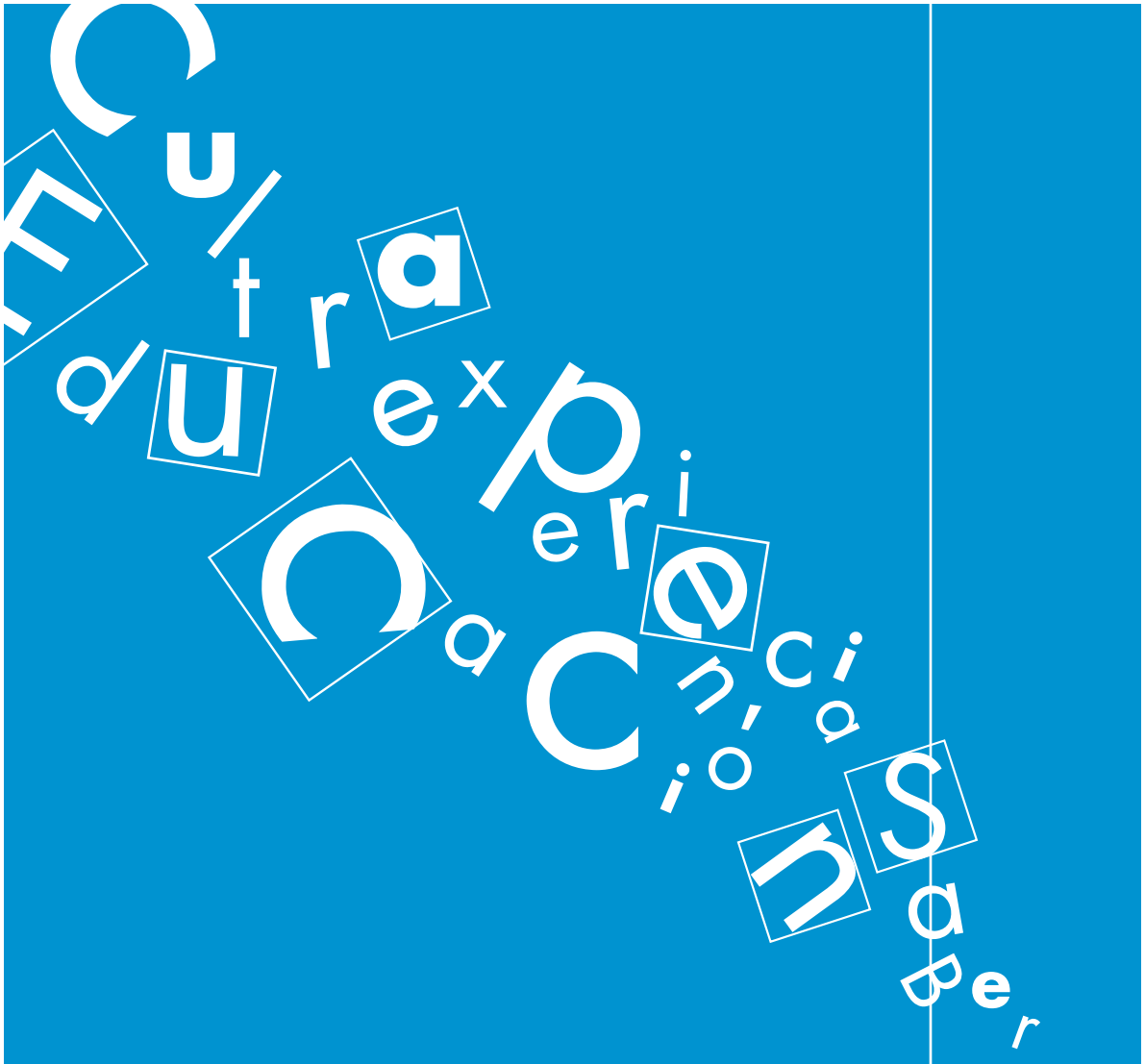
Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, *13* (1), 78-93.
(2009). Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy, 21* (1): 75-93.

Zunzunegui, M.V. et al. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing, 2,* 40-47.

Zunzunegui, M.V., Béland, F., Sánchez, M.T. y Otero, A. (2009). Longevity and relationships with children: the importante of the parental role. *BMC Public Health, 9*, 351-360.

Construcción.

Participación.



VIVIR EN CONTINUA FORMACIÓN

EDUCACIÓN PARA TODA LA VIDA

Capítulo

05

Cultura
experiencia
Conocimiento
Saber

1. - INTRODUCCIÓN

De una manera amplia se entiende por formación permanente la capacidad de aprendizaje que tienen las personas de todas las edades del ciclo vital y consecuentemente la aplicación de programas educativas a lo largo de toda la vida.

Desde esta perspectiva el Consejo Europeo (Lisboa, marzo de 2000), estableció la necesidad de la educación a lo largo de toda la vida, como un derecho y una de las claves del siglo XXI, siendo necesario que las instituciones sociales, políticas, financieras, sanitarias y educativas, acomodasen sus objetivos y planteamientos a la sociedad en la que están inmersas.

De una manera concreta, el aprendizaje permanente, ya sea de carácter formal o no formal, se puede definir como toda actividad útil, realizada de manera continua que tiene por objeto mejorar los conocimientos, las cualificaciones y las capacidades. Se entiende por aprendizajes formales aquellos que conducen a la obtención de un título, y por no formales los que sin conllevar titulación permiten adquirir competencias necesarias para el ejercicio de la ciudadanía activa.

Además, en las conclusiones del citado Consejo Europeo se hace mención especial a la necesidad de establecer estrategias y medidas claras y coherentes, que fomenten el aprendizaje permanente para toda la ciudadanía. Aprendizaje que debe garantizar la igualdad de oportunidades, para que las personas puedan adaptarse a las diferentes transformaciones sociales, económicas, laborales y culturales y participen de forma activa en el diseño de un futuro común.

Lo expuesto anteriormente viene a afirmar que, para adaptarnos con éxito a los continuos cambios que se producen en la sociedad del siglo XXI, las personas debemos poder adquirir, ampliar o renovar nuestros conocimientos, actitudes y capacidades cada vez en períodos más cortos de tiempo. En este proceso de adaptación el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación es imprescindible para evitar la exclusión social por falta de acceso a recursos y conocimientos esenciales para la vida.

Por tanto se requieren nuevos enfoques, en los que el aprendizaje a lo largo de la vida será una pieza clave, superando la idea de que la formación sólo puede obte-

nerse en una etapa concreta de la vida, la de estudiante y en unas edades determinadas, la niñez-juventud y la adultez.

Es ya conocido que, en la actualidad, hay en el mundo más personas de edad por habitante que nunca, y la proporción sigue en aumento. Estas personas de edad pueden contribuir mucho al desarrollo de la sociedad. Por lo tanto, es importante que tengan la posibilidad de aprender en igualdad de condiciones y de manera apropiada. Por ello sus capacidades y competencias deben ser reconocidas, valoradas y utilizadas.

Debido a los avances médicos, las personas mayores, son hoy, no sólo un sector social cada vez más numeroso, sino también un colectivo en el que la incapacidad y la dependencia se ven relegadas a edades cada vez más avanzadas. De esta manera, las personas podemos esperar pasar la última etapa de la vida fuera de las obligaciones del trabajo remunerado con los beneficios que el tiempo libre conlleva, y con todas las condiciones para poder implicarnos en actividades y disfrutar de nuevos retos. Por ello, no es extraño que cada vez sean más las personas interesadas en continuar aprendiendo.

El planteamiento anterior nos lleva a considerar que el reconocimiento del derecho a la educación y el derecho a aprender durante toda la vida, es hoy en día más que nunca una necesidad; es el derecho a leer y escribir, a indagar y analizar, a tener acceso a determinados recursos, y a desarrollar y practicar capacidades y competencias individuales y colectivas, siendo ésta una de las claves del siglo XXI.

De esta forma la sociedad moderna otorga particular importancia al concepto de educación permanente o continua, que establece que el proceso educativo no se limita a la niñez y juventud, sino que el ser humano debe adquirir conocimientos a lo largo de toda la vida, porque aprender no tiene edad.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/364/01), el art.14. Derecho a la educación dice *"Toda persona tiene derecho a la educación y al acceso a la formación profesional y permanente".*

El derecho a la educación en España está garantizado por la Constitución de 1978,en el art. 27 donde se reconoce el derecho de todos a la educación; artículo desarrollado con posterioridad por la Ley Orgánica de 1985, reguladora del derecho a la educación.

Por último el art. 21 del nuevo Estatuto de Autonomía para Andalucía, referido a la Educación, reconoce el derecho de la educación compensatoria, manifestando en su punto 1: "Se garantiza, mediante un sistema educativo público, el derecho constitucional de todos a una educación

permanente y de carácter compensatorio". Una vez expuesto lo anterior podríamos preguntarnos:

¿Cómo debería abordarse una estrategia de formación a lo largo de toda la vida?

Desde nuestro punto de vista la educación permanente debería abordarse como un proceso que tuviera las siguientes características :

a) Multidireccional mediante la cual se transmitiesen conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar, puesto que la educación no sólo se produce a través de la palabra, sino que está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

b) De vinculación y concienciación cultural, moral y conductual, ya que a través de la educación las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores.

c) De socialización formal de los integrantes de la sociedad, a través de la cual se comparten entre las personas ideas, cultura y conocimientos, siempre dentro del respeto a los demás, a las diferencias de género, de cultura etc.

En resumen, lo que se expone en esta introducción está en consonancia con lo que defiende la OMS, cuando manifiesta que los países podrán afrontar el envejecimiento de sus poblaciones, si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil promulgan políticas y programas de envejecimiento activo. Es decir, para que un país pueda envejecer de forma sostenible, es necesaria la planificación. Es por tanto, tras la revolución demográfica moderna, una auténtica necesidad, además de la puesta en acción de un derecho reconocido, que se diseñen políticas activas favorables al envejecimiento activo.

Para Andalucía el envejecimiento activo imbuirá de forma transversal, como nueva política social prioritaria, el diseño de numerosos programas y servicios públicos y privados. Estos aspectos se aprecian como necesarios en un contexto de cambio y envejecimiento creciente de la población, decrecimiento de las tasas de natalidad, y prolongación de la vida; como una dilatación exponencial de la etapa adulta y un importante componente de feminización. Esto supondrá la emergencia de numerosas demandas, muchas de ellas insólitas hasta la fecha. Por una parte será objeto de políticas preventivas que aminoren los casos y grados de dependencia, física, psicológica y emocional, y por otra de programas de optimización que posibiliten un desarrollo pleno de las personas mayores en la última etapa del ciclo vital.

Parafraseando a Lehr 2008[i], podemos concluir esta introducción afirmando que, la educación a lo largo de la vida, y por tanto, quienes lean este documento

se encontrarán que, está orientado hacia el envejecimiento activo, como producto de un proceso de adaptación que acontece a lo largo de la vida, a través del cual se logra un buen desarrollo físico, incluyendo la salud, un óptimo desarrollo psicológico a través de un buen funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional, y un buen desarrollo socioambiental. En resumen, el buen funcionamiento de estos tres elementos, lo físico, lo psicológico y lo socioambiental, constituyen la base de vivir con calidad de vida, objetivo final del envejecimiento activo.

2.- JUSTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN A LO LARGO DE LA VIDA

El aprendizaje es un proceso que posibilita la adquisición de conocimientos e información para una vida satisfactoria, activa y de calidad a lo largo del ciclo vital. Además de la información y de los conocimientos necesarios para realizar las tareas concretas sirve para adaptarnos con eficacia a nuestro medio.

Desde esta perspectiva es obvio que necesitamos aprender a lo largo del ciclo vital. De esta manera se justificaría la formación permanente de las personas mayores, ya que el aprendizaje constituye uno de los principales vehículos de la adaptación y un poderoso impulso del desarrollo personal y del progreso sociocultural.

Por otra parte, habría que añadir, que las personas mayores hacen más a menudo lo que se espera de ellas que lo contrario. Así, la importancia de nuestras expectativas en el grado de actividad y competencia de este colectivo es notoria. De esta manera, si esperamos incompetencia ésta se producirá y si esperamos competencia y aprendizaje aseguramos su probabilidad de aparición. Todo ello, a pesar de que existe una actitud social negativa en relación al aprendizaje en la última etapa del ciclo vital, pero los estudios confirman que la adquisición y asimilación de conocimientos y comportamientos o hábitos se pueden conseguir en cualquier edad, Fernández Ballesteros (2004).

De todo lo expuesto anteriormente se deduce, por tanto, que no será difícil la justificación de la educación a lo largo de toda la vida, teniendo como fundamento:
2.1. El creciente envejecimiento de la población;
2.2. El aislamiento sociocultural y humano;
2.3. Los favorecedores cambios políticos-legislativos.
2.4. La nueva filosofía sobre la educación en el último tramo del ciclo vital;
2.5. Las razones estrictamente educativas.

2.1. - EL CRECIENTE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Cuando se trata sobre el envejecimiento de la población es ya casi un tópico de

la mayoría de quienes escriben sobre el tema, sean de la especialidad que sean, acudir a la estadística como único recurso para analizar el tema. No es que esto no sea correcto, pero, desde nuestro punto de vista, se abusa muchas veces de las estadísticas, donde los excesivos datos pueden, a veces, ocultar la información. Por ello se ha estimado conveniente aquí combinar el análisis cualitativo con el cuantitativo o estadístico.

Tan llamativo está llegando a ser el envejecimiento de la población que se constata como uno de los fenómenos más significativos de las sociedades desarrolladas. Ello es debido a los avances en la medicina; la generalización de los hábitos alimenticios más sanos; la mayor higiene, la frecuente práctica de ejercicios físicos, la estimulación cognitiva y actividades sociales, la mejora en suma de la calidad de vida de la ciudadanía. Pero este desarrollo no es igual para todos los países. Así, mientras en España existe en la actualidad 7.633.807 personas mayores de 65 años y en Andalucía 1.250.000, en las zonas más deprimidas de la tierra apenas pasa de los 50 años la esperanza de vida, frente a zonas más ricas, que se aproximan a los 90 e incluso se sobrepasan, pues cada vez hay más personas centenarias. El desarrollo demográfico alcanzado, pues, junto con los cambios producidos, han generado una profunda transformación social. Baste citar como indicadores la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y al conjunto de la vida social, la renovación de la vida familiar y otros cambios positivos, que han servido para el desarrollo de la sociedad, pero ello ha generado otros aspectos negativos como el aislamiento, la soledad, la marginación y en el peor de los casos, incluso el maltrato de las personas mayores, según el Informe 2008 "Las personas mayores en España".

2.2.- EL AISLAMIENTO HUMANO Y SOCIOCULTURAL

Las personas mayores, apartadas de la vida productiva a través de la jubilación, de un medio social específico de las relaciones que propicia el mundo del trabajo y de la participación social en general; alejadas, también, del ámbito social de convivencia y de los hijos e hijas, se encuentran, a veces, perdidas e inseguras como sujetos pasivos de una sociedad que tiene otros valores instalados en los que este sector de población no tiene cabida, llegando a ser hasta ignorados.

Estas circunstancias requieren una profunda reflexión, que no queda satisfecha al circunscribirla sólo a lo económico, las pensiones, sino que hay que hacerlo extensivo, también, a los servicios, objeto de este capítulo: la formación y la educación como medio de desarrollo personal y de integración social. Es decir, que la problemática que afecta a las personas mayores actualmente hay que concebirla en un contexto social y humano más que en un exclusivo ámbito económico o

asistencial. Desde esta amplia perspectiva se valora positivamente el legado cultural y el potencial educativo del que son portadores estas personas y la utilidad que su experiencia y saber hacer tiene para la sociedad actual, lo cual requiere evaluar la provisión de recursos y medios para la integración, intercambio y transmisión de tales conocimientos y valores, ya sea a través de la alfabetización digital, la provisión de espacios de encuentros intergeneracionales, la diversificación del carácter de los foros existentes, etc.

2.3.- LOS CAMBIOS POLÍTICOS-LEGISLATIVOS

Los cambios en las políticas en los diferentes países del mundo desarrollado y la renovación en la legislación están marcando un rumbo favorable en las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores, así como la creación de una solidaridad intergeneracional y al mismo tiempo que sigue el crecimiento demográfico se está protegiendo la calidad de vida. Estos aspectos favorables están siendo defendidos por numerosos organismos nacionales e internacionales que están insistiendo repetidamente sobre la necesidad de una atención especializada que contemple las peculiaridades demandas de las personas mayores. Desde este análisis habría que destacar las frecuentes publicaciones y recomendaciones de la O.M.S., de la O.I.T., de la Asamblea Mundial de Envejecimiento (1982 y 2002), de la U.E., la UNESCO, ONU… A nivel nacional el Plan Gerontológico 1992 y el Plan de Acción para las Personas Mayores 2005-2007, las recomendaciones del IMSERSO, las ONGs, e instituciones públicas y privadas. A nivel regional andaluz, habría que mencionar la ley de Servicios Sociales de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, la ley de Atención y Protección a las personas mayores…

Todo lo expuesto anteriormente justifica el fuerte despliegue legislativo que a nivel de las instituciones internacionales, nacionales, autonómicas, locales y de las propuestas de la sociedad civil se producen en torno a las personas mayores, como un indicador de su significatividad y reconocimiento en todo el mundo, Martínez (2001).

2.4.- LA NUEVA FILOSOFÍA DE LA EDUCACIÓN A LO LARGO DE LA VIDA

De forma creciente, los países desarrollados van diseñando programas de formación permanente. Este indicador es una muestra clara de la sensibilidad que se está expresando hacia uno de los colectivos más desprotegidos de la población, aunque no sea el único.

Desde una visión democrática, tolerante y flexible, los diferentes países apuestan por sus actividades de educación permanente. Para la matriculación en estos programas no se suelen necesitan diplomas previos, sino motivación y experien-

cia de vida. Incluso en algunos casos ni siquiera experiencia de vida, puesto que se rechaza toda condición de edad, de manera que dejan a cada adulto la libre decisión de elegir modalidad de aprendizaje específico o a cada estudiante joven con interés por una materia, relacionarse intergeneracionalmente a través de este nuevo planteamiento.

Además, con el fin de hacer extensiva esta formación a zonas rurales se ha emprendido la descentralización con la filosofía de la cultura para todos y por tanto no focalizada en los grandes núcleos urbanos. A título de ejemplo se podría citar: los centros y secciones de educación permanente que imparten enseñanzas formales y no formales dirigidas a las personas adultas que, en la actualidad existen 143 centros y 521 secciones dependientes de la Consejería de Educación que imparten enseñanzas formales y no formales, posibilitando la formación básica, el acceso a titulaciones básicas, a otros niveles del sistema educativo y fomentando el ejercicio de la ciudadanía activa. De ello dan cuenta las aproximadamente 125.000 personas que participan en esta oferta educativa durante el curso 2009/2010; por otra parte, se podrían citar también los Programas Universitarios de Mayores Provinciales de Andalucía.
Todo lo expuesto anteriormente es un indicador de la sensibilidad social en general y de las personas mayores en particular. Es decir, a la sociedad la consideramos deudora con este sector de la población, que contribuyó a su desarrollo. De ahí que la sociedad ahora quiera agradecer ese servicio con una prestación cultural y un reconocimiento a quienes, por distintas circunstancias, políticas, económicas o de género no pudieron acceder, ni siquiera, a la formación básica, Velázquez (2006).

2.5. LAS RAZONES RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS

Para justificar las razones educativas de la implantación de la formación a lo largo de la vida baste citar el reconocimiento que a esta actividad conceden tanto el Plan Gerontológico (1992) como el Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007).

Por otra parte hay que considerar que la democratización de la cultura debe facilitar el acceso a la información a todos los sectores de la población que lo deseen por el mero hecho de querer acceder a un tipo de formación permanente cualquiera, que le ayude a su desarrollo personal y que contribuya a conseguir una sociedad más culta, crítica y participativa, donde se construya una nueva imagen de los mayores y se combata su exclusión social.

Para terminar se presenta un cuadro resumen donde se citan las razones más relevantes de la justificación de la educación a lo largo de todo el ciclo vital.

RESUMEN Nº 1
JUSTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA

- El creciente envejecimiento de la población.
- El aislamiento cultural y humano.
- Los favorecedores cambios políticos-legislativos.
- La nueva filosofía sobre la educación en el último tramo del ciclo vital.
- Las razones estrictamente educativas.

Recomendamos:

1.- Diversificar y flexibilizar las propuestas de educación a lo largo de la vida para atender más eficazmente al colectivo de personas mayores como grupo heterogéneo y complejo.

2.- Fomentar y extender la formación a lo largo de la vida con programas bien definidos, diseñados y adaptados a las personas mayores.

Para ello sería conveniente:

- Flexibilizar los programas educativos para adecuarlos a las necesidades de las personas mayores.
- Concienciar a las personas, conforme envejezcan, de la necesidad de la formación a lo largo de la vida.

3.- CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPACIOS FORMATIVOS

Son muchos los beneficios que proporcionan el acceso a una educación y formación permanente. Entre otros, la mejora de la autoestima y, sin duda, una mayor y mejor integración social.

Desde este punto de vista, el desarrollo de las Nuevas Tecnologías y de la Sociedad de la Información no puede ser ajeno a las personas mayores, ya que los seniors representan el grupo de edad con la tasa de mayor progreso en el uso de Internet, Hanson (2009).

Por ello, la formación de la ciudadanía para el acceso a la Sociedad de la Información tiene que hacer especial hincapié en el grupo poblacional de las personas mayores. Según esto si el envejecimiento activo requiere un elemento de participación, ésta no puede verse obstaculizada por el desarrollo de la "brecha digital" de la edad, pues los beneficios que aportan las nuevas tecnologías de la Información y Comunicación a las Personas Mayores son innegables.

Con este escenario de partida, debemos plantearnos cómo debería abordarse una estrategia de formación a lo largo de toda la vida, cuáles deberían ser sus bases y los ámbitos bio-psico-sociales y ambientales en los que debe desarrollarse y, sobre todo, cuáles deberían ser los valores, que deberían impregnar cual-

quier actuación estratégica dirigida a las personas mayores.

Desde nuestro punto de vista los espacios formativos deberían ser accesibles, motivadores, adaptados a los diversos ritmos de aprendizaje, innovadores, dinámicos, participativos y corresponsables, igualitarios, diversos, integradores y recíprocos.

1. ACCESIBILIDAD

La accesibilidad debe ser contemplada en su sentido más amplio, pues esta es una de las mayores trabas hoy día, que impiden el pleno acceso a la formación de las personas mayores. Para ello convendría: tener la información disponible; facilitarles los circuitos de acceso y motivarles para acudir a los diferentes programas de formación permanente. Éstos serían los tres aspectos favorecedores del acceso a la formación permanente.

Por ello, la formación debe ser cercana, amigable y motivadora; debe convertirse en una oportunidad más de integración y estrechamiento de vínculos de las personas mayores con la sociedad. De otro modo ahondaría en la "brecha social" ya existente entre las personas mayores y el resto de la sociedad; debe permitir el desarrollo personal en los diversos entornos en los que las personas se desenvuelven para envejecer mejor en la comunidad y en casa. Debe ser pues localizable y accesible a la comunidad, pero no solamente ubicada en entornos urbanos, sino también, en entornos rurales, porque la educación es un derecho y por ello debe ser accesible a todas las personas.

Actualmente, la formación permanente es más limitada, circunscrita casi en su totalidad, en los entornos urbanos que en los rurales.

No obstante, algunas iniciativas han sido desarrolladas con éxito por la Consejería de Cultura con la creación de redes de centros y secciones de educación permanente, por Universidades de forma aislada a través de Programas Universitarios de Mayores, por los Ayuntamientos a través de programas municipales para mayores ofrecidos desde los centros municipales o centros de día, o por el tejido asociativo a través de talleres o conferencias, etc.

En definitiva, la oferta formativa desarrollada en los entornos rurales es escasa, y se reduce prácticamente a los centros y secciones de educación permanente, cuyo contenido siendo necesario resulta a veces insuficiente.

El camino por recorrer es largo, y las oportunidades que brindan en este sentido las infraestructuras de telecomunicaciones, las redes de comunicación y la tecnología aplicada a los nuevos entornos de aprendizaje permiten extender el acceso a estos recursos desde todos los rincones de Andalucía.

2. MOTIVACIÓN

No todas las personas mayores afrontan esta etapa de sus vidas de una misma manera. Así, mientras existen personas poco motivadas, que experimentan un vacío y pérdida de autoestima, con un agravado sentido de inutilidad y carga para la sociedad, otras, por el contrario, la afrontan con la mayor de las energías y ganas de hacer, de aprender, de desarrollarse, de colaborar, de aportar, de hacer todo lo que las circunstancias personales y de la vida le han impedido desarrollar y que han sido acumuladas y ansiadas a lo largo de toda una vida. Y otras que afrontan esta etapa con tranquilidad y serenidad.

Por ello el espectro formativo debe ser amplio y diverso, adecuado a los diversos ritmos de aprendizaje y diversas motivaciones personales. Formación necesaria para prevenir el deterioro, útil, práctica, básica, pero también con facilidad y condiciones de acceso a una formación universitaria más avanzada, para aquellos que lo deseen.

Por todo ello los recursos y materiales deberán ser altamente motivadores aportando sentido de utilidad al usuario/a. Esta motivación proviene tanto de la calidad de los recursos, como de lo práctico que resulten para la resolución de problemas de la vida cotidiana.

Así, si ellos/as inician su aprendizaje por el placer de aprender, hay que facilitarles, motivarles, para que sigan aprendiendo más y mejor y sus aprendizajes tengan un efecto multiplicador a través de la comunicación con otras personas.

3. ADAPTABILIDAD

Para la adaptabilidad se ha de tener en cuenta que los recursos y materiales deben ser de fácil uso, sencillos, aplicables y de fácil localización, sobre todo cuando el público destinatario es una sociedad diversa, funcional en su conjunto, compuesta por jóvenes y no tan jóvenes, personas con y sin problemas, de diferentes generaciones, etc.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a afirmar que no se trata de hacer un doble desarrollo de todas las actuaciones y nuevos espacios de aprendizaje, sino de tener como premisa un diseño universal para todos con pequeñas modificaciones para una fácil adaptación a la heterogeneidad de las personas mayores.

Estas premisas, en general, no sólo redundarán en el mayor y mejor acceso a los recursos de las personas mayores, sino de la sociedad en su conjunto.

Por todo ello, cuándo los espacios, recursos y materiales sean específicos para las personas mayores deberán estar adaptados a este colectivo, facilitándose la comprensión de los contenidos. Además los recursos y productos deben cubrir las necesidades reales del colectivo en materia de idioma, dificultad conceptual, inte-

gración, inserción, etc. Asimismo se debe promover itinerarios formativos adaptados. Esta adaptación de los contenidos cumple con una doble finalidad: por un lado que el usuario/a acceda de una forma más rápida y cómoda a los recursos y por otra que sea él/la mismo/a el/la guía de su aprendizaje, al romper las barreras espacio-temporales de este aprendizaje.

Por otra parte, para poder conseguir una fácil asimilación, la organización debe ser presentada siguiendo estructuras y esquemas lógicos y bien combinados según la naturaleza de los contenidos y de las características de las personas a las que se dirigen.

En definitiva, habría que facilitar la promoción de la comodidad del entorno del aprendizaje adaptado a las personas a las que va dirigido, aunque esto suponga un esfuerzo añadido en el diseño de enseñanza-aprendizaje.

4. INNOVACIÓN

Los beneficios que proporcionan las NTICs al colectivo de las personas mayores son indiscutibles, abarcando desde una mejora de su eficiencia, hasta la prevención del deterioro cognitivo, el fomento de las habilidades y capacidades personales, la mejora de la autoestima y, sin duda, una mayor y mejor integración social y tecnológica.

Desde esta óptica muchas personas han manifestado, que gracias al uso de la tecnología se sienten más integradas, que conocen aspectos de los que oyen hablar habitualmente a sus nietos/as y a las personas jóvenes y que la tecnología, también, les resulta de utilidad, les facilita la comunicación con entidades y contactos, les permite construir sus propios relatos, transmitir su saber hacer y tienen una mayor sensación de sentirse útiles.

Usualmente asociamos la innovación en la formación a la capacitación en la utilización de las herramientas TIC por parte de las personas mayores, para que les permitan desenvolverse con la máxima autonomía e independencia, mejorando su calidad de vida y su desarrollo personal. Por ello habría que ofrecerles los conocimientos necesarios, para que tomen conciencia de las ventajas y desarrollo de la Sociedad de la Información en la que están llamados a participar de manera plena (administración electrónica) potenciando así su carácter de ciudadanos/as actualizados.

Para ello, es fundamental la puesta en marcha de programas específicos de formación dirigidos a las personas mayores, enfocado a mostrar la utilidad y los beneficios derivados de la incorporación de las TICs en la vida diaria, especialmente aquellos aspectos que fomenten el envejecimiento activo y que inciden directamente en su bienestar y autonomía personal. Servicios de e-salud, e-ocio, de apoyo en el hogar (servicios interactivos a través de la TDT, servicios de teleasistencia, de comercio sin salir de casa...) Los

avances de la tecnología (entornos AMI) en este sentido son incipientes, pero dar a conocerlos y generalizar su uso entre la población beneficiaria es pieza fundamental. Innovación, en definitiva, que puede extenderse al ámbito de la teleformación como una nueva fórmula del proceso de enseñanza-aprendizaje.

5. DINAMISMO

La sociedad es cambiante y dinámica. Según esto parece lógico que nos preguntemos: ¿Quién podría decir hace apenas unos años, que el uso del móvil se iba a generalizar entre la población mayor?, pero las nuevas formas de comunicación y de relación cambian de manera permanente.

Antaño la comunicación era principalmente verbal. Posteriormente verbal y escrita. Hoy día, los mayores volúmenes de información creados son digitales, accesibles a través de espacios web, enciclopedias, revistas, periódicos y libros digitales, etc.

Los espacios de socialización también han ido evolucionando. Antes eran las plazas de los pueblos, los casinos, los centros de día, las asociaciones etc. Hoy día, las redes sociales han modificado las formas de relación.

El acceso al ocio, la cultura, a la sanidad también cambian.

Las personas destinatarias de la formación también han ido evolucionando. Al principio era un privilegio exclusivo de hombres. Hoy día son más las mujeres que acceden más a la formación que los hombres (entre otras cosas porque hay más mujeres), aunque ello aún no se aplica de igual forma en el acceso al mercado laboral.

De igual manera la formación está vinculada a las diversas etapas de la vida: la infancia, la niñez, la adolescencia, la juventud y la adultez. Precisamente una adultez cambiante, cada vez más longeva, hace que los requerimientos y necesidades de formación cada vez sean mayores por ser mayor la proporción de población adulta y lo servicios que a la misma se ofrecen.

De esta manera, aunque aún queda mucho por andar, la formación es cada vez más intercultural e integradora.

Por otra parte, la formación también ha ido evolucionando, principalmente por la aplicación de las nuevas tecnologías. Ello es debido a que el concepto de educación y formación, gracias al propio desarrollo sufrido en los niveles educativo-formativos de la población ha cambiado. Por ello, las necesidades son más, más específicas y más especializadas. Los espacios formativos se han multiplicado y diversificado más allá de la regulación estricta anterior, y no sólo se circunscriben a las Nuevas Tecnologías, sino que

la experiencia adquiere cada vez más un componente educativo-formativo. Pero no sólo la experiencia profesional, también la lúdica (ocio, cultura, turismo, etc), la cual va creciendo especialmente en los colectivos de personas mayores y es mu y valorada y demandada, contribuyendo de esta manera al incremento de la calidad de vida y a su permanente activación.

Incluso la formación en las nuevas tecnologías es y debe ser cambiante y dinámica, adecuada a las nuevas necesidades de las personas mayores que la propia evolución de la sociedad y el propio desarrollo tecnológico demande.

Además cada vez están más extendidas las enseñanzas virtuales, hasta tal punto que hoy día no hace falta saber manejar un procesador de texto o una hoja de cálculo para poder acceder y participar activamente en la Sociedad del Conocimiento.

Por todo ello la formación deberá capacitar a los/as destinatarios/as en aquello que satisfaga sus necesidades personales de comunicación (correos, chats, videoconferencias, etc.), relaciones sociales (redes sociales) o con la administración (e-administración), expresión (herramientas 2.0), diversión (redes de ocio, espacios multimedia de música y cine, etc.), cuidados (portales y servicios de esalud), información (prensa, tv, radio y libros digitales).

Lo anterior nos lleva a concluir que, si las formas de comunicación, participación y relación cambian, los nuevos modelos serán el objeto de dicho aprendizaje.

Por ello la interactividad y experimentación son también dos de las variables más importantes del aprendizaje. Interactividad para poder establecer un diálogo rico entre los materiales y el/la usuario/a, otorgando a este último/a todo el protagonismo de su aprendizaje. Por su parte la experimentación debe servir de vehículo atractivo para mostrar ejemplos y poner en marcha procesos cognitivos superiores a través del planteamiento de hipótesis, razonamiento e investigación de los aprendizajes en situaciones reales.

6. PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

La participación se entiende como la efectiva participación del conjunto de la sociedad andaluza y en especial de las instituciones y organizaciones sociales en las iniciativas y servicios puestos en marcha para el desarrollo de esta formación.

Por ello es conveniente impulsar y potenciar la participación efectiva de las personas mayores para favorecer y desarrollar su progreso y calidad de vida; extender y hacer compartir la responsabilidad y compromiso de alcanzar los objetivos entre todas las instituciones, organizaciones y agentes, por extensión y ósmosis a

toda la población mayor, individual y colectiva, no sólo como beneficiaria de estos servicios, sino como protagonista corresponsable, con "derechos y deberes", en su capacidad de responder por sus actuaciones en los servicios o infraestructuras que se pongan a su disposición.

Habría que tener en cuenta, de esta manera, la conciencia que muchas personas mayores tienen de que sólo poseen derechos por tener muchos años, y no deberes como ciudadanos/as responsables.

7. IGUALDAD

La igualdad de oportunidades y la inclusión social son metas fundamentales sobre las que se asienta la política social andaluza actual y deben representar, asimismo, las bases fundamentales del desarrollo de la formación para el envejecimiento activo.

Este valor pretende lograr que toda las personas mayores independientemente del nivel educativo o económico, del género, de la situación laboral o del aislamiento geográfico de su lugar de residencia, pueda acceder a esta formación y a los beneficios derivados de su uso.

También, habría que hacer constar, que el insuficiente nivel de estudios en un amplio sector de la población mayor andaluza no debe de ser obstáculo para la igualdad en los aprendizajes y para la integración en la marcha y el progreso de esta sociedad, Plan Gerontológico (1992).

8. DIVERSIDAD E INTEGRIDAD

Se puede definir la diversidad como el grado de variación de diferentes grupos humanos. Andalucía destaca por su gran cantidad de grupos humanos heterogéneos, los cuales aportan riqueza cultural, económica y social a la sociedad actual. Heterogeneidad que hay que interpretar como riqueza intercultural en la historia actual de nuestra región.

Por ello uno de los valores debe ser el de aprovechar esa riqueza, potenciando al máximo las capacidades de estos grupos heterogéneos (sea cual sea su edad, sexo, raza, etnia, …) con el fin de aportar e incrementar la interactuación con otros grupos de otras comunidades foráneas, así como enriquecer y propagar la cultura y riqueza andaluzas.

La interculturalidad producida por la diversidad de la población debe ser aprovechada, pues, como un medio para el enriquecimiento y no como un mecanismo de defensa de la integridad personal y cultural.

Habría que añadir, que frente al reduccionismo educativo, la educación en la diversidad, la experiencia del otro y con el otro, puede contribuir a generar, de forma regulada, procesos de innovación y transformación en positivo para la comunidad integral.

9. RECIPROCIDAD

Por último, y no por ello menos importante, la formación a lo largo de la vida debe abordarse, de igual manera, desde dos ejes sinérgicos y complementarios, a través de la formación para y por las personas mayores. La formación para personas mayores es la de más uso, con sus debilidades y fortalezas. Pero la formación realizada por las personas mayores, como difusores de la experiencia, de la cultura y el conocimiento, debe desarrollarse de manera plena, siendo muchas las posibilidades y los ámbitos de aplicación.

La intergeneracionalidad aún no está suficientemente desarrollada en el ámbito de la formación. Existen experiencias singulares y aisladas de aprendizaje conjunta de nuevas tecnologías en lo que los/as más jóvenes enseñan a usar las tecnologías, y los más mayores aportan cómo hacerlo de forma responsable y segura, aportando y enriqueciendo dicha formación en valores. O los mismos procedimientos pero aplicados al contexto del inicio a la lectura y escritura.

El mentoraje puede ser aplicado de múltiples maneras a todo tipo de iniciativas y de los ámbitos más diversos y que aprovechen el conocimiento y la experiencia y por qué no la iniciativa de las personas mayores, incluidas aquellas laborales de acompañamiento de las personas mayores a otras más jóvenes en el inicio de la actividad profesional, empresarial o artesanal. Todo ello, porque las personas mayores constituyen un potencial humano y profesional nada desdeñable y cada vez mayor. Su colaboración desinteresada y voluntaria en actividades sociales y/o relacionadas con la difusión del patrimonio cultural es notable, y los beneficios que les reporta a su bienestar personal, salud y calidad de vida son indudables, pero esta actividad debe generalizarse más allá de los entornos urbanos y debe extender su oferta a muchos más ámbitos locales y específicos en los que las personas mayores podrían desarrollar esta actividad voluntaria. Un ejemplo a citar podría ser el voluntariado digital de las personas mayores. ¿Quiénes mejor que ellas mismas para sensibilizar y motivar a otras, para que se acerquen a las nuevas tecnologías?

Para terminar este epígrafe se muestra un cuadro en el que se citan las características más relevantes de los espacios formativos.

RESUMEN Nº 2
CARACTERÍSTICAS DE LO ESPACIOS FORMATIVOS

1. Accesibilidad.
2. Motivación.
3. Adaptabilidad.
4. Innovación.
5. Dinamismo.
6. Participación y Corresponsabilidad.
7. Igualdad.
8. Diversidad e Integridad.
9. Reciprocidad.

Así, recomendamos:

3.- Impulsar la educación a lo largo de la vida, con independencia del nivel educativo, económico o de género.

Para ello sería conveniente:

- Abordar la educación permanente para y por las personas mayores.
- Hacer accesible la educación a todas las personas mayores que lo deseen.
- Adaptar la formación permanente a las personas a las que va dirigida.

4.- Promover la implementación de programas congnitivos durante el envejecimiento para facilitar la integración. Para ello sería conveniente:

- Posibilitar que las personas mayores se ejerciten en tareas verbales y de comunicación a través de la formación continua.
- Promover el empoderamiento y cambiar los imperativos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y el aprendizaje en estas edades

4.- CATÁLOGO DE RECURSOS FORMATIVOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA

La idea central de la educación permanente consiste en aceptar la capacidad de aprendizaje que tienen las personas en todas las edades del ciclo vital y no solamente en la infancia y la adolescencia. Ahora bien, la organización de la educación permanente supone una superación del concepto tradicional de "escolarización".

Desde esta perspectiva, se entenderá que aprender a lo largo de toda la vida estará, pues, cerca de la idea de I. Llich de la "Escuela a Perpetuidad", aunque con los matices propios, Velázquez y Fernández (1998).

Así, se puede entender que "se aprende mientras se vive y que se aprende de la experiencia". Por tanto, todo en la comunidad es potencialmente educativo, del mismo modo que cualquier situación puede servir para aprender.

Por otra parte, la calidad de vida no está desligada del aprendizaje, puesto que la enseñanza que se imparte en la formación permanente no está encaminada hacia las titulaciones, sino a la formación integral del alumnado participante para mejorar su situación personal y social en su contexto, así como para servir de estímulo a otras personas, independientemente de su edad.

Desde esta argumentación se entiende que se vayan construyendo proyectos capaces de dar respuesta a los deseos de las personas mayores que solicitan aprender desde un enfoque amplio de desarrollo cultural y no desde la perspectiva restringida de la instrucción, porque no se trata de "aprender para", sino de "aprender por", Velázquez (2006).

Desde esta óptica la formación a lo largo de la vida se está configurando como uno de los factores más importantes del desarrollo y la mejora de los ciudadanos/as mayores. De ahí que la expansión que esta formación está teniendo en nuestra comunidad autónoma se vea aumentada por las posibilidades, que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ofrecen.

Por todo ello, 1996 fue denominado por la U.E. como el año de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Desde aquel momento, manifiestamente la Unión quiso llamar la atención acerca de la necesidad de prestar atención a la formación y aprendizaje de los ciudadanos a lo largo del ciclo vital.

La comunidad autónoma andaluza, sensible a su compromiso con las personas mayores continuó implantando y mejorando su catálogo de recursos dirigidos a este colectivo. Catálogo que, de forma resumida y sin ser exhaustivo, se puede sintetizar en los siguientes enunciados, según se especifica en el siguiente cuadro:

RESUMEN Nº 3
CATÁLOGO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA

- Programas Universitarios de Mayores (PUM).
- Aulas de Tercera Edad (ATE).
- Programas Municipales para Mayores (PMM).
- Universidades Populares (UP).
- Programas Culturales de los Centros de Día (PCCD).
- Voluntariado Cultural de Mayores (VCM).
- Asociacionismo Cultural de Mayores (ACM).
- Otras Actividades: congresos, cursos, jornadas, conferencias, viajes culturales, intercambios…

En la actualidad, estos programas deberían ser evaluados para corregir posibles

deficiencias, hacer propuestas y mejorarlos cualitativamente, al mismo tiempo que resaltar los logros conseguidos.

No obstante, con ser muchos y buenos estos programas no son suficientes. De ahí que en los próximos capítulos se presenten algunos otros que de alguna manera vendrían a profundizar y completar el catálogo actual y, consiguientemente, a enriquecer el escenario formativo en nuestra comunidad autónoma andaluza.

Por todo lo anteriormente expuesto, recomendamos:

5.- Dinamizar a las instituciones públicas y privadas y a la sociedad civil para implementar programas que favorezcan el envejecimiento activo en la comunidad autónoma andaluza.

Para ello sería conveniente:

- Concienciar a las personas mayores andaluzas de la conveniencia de la formación a lo largo de toda la vida.

- Favorecer los diferentes programas de mayores para mejorarlos cualitativamente y adecuarlos a la población andaluza.

6.- Promover la investigación para analizar y evaluar los diferentes programas de formación a lo largo de toda la vida en la comunidad autónoma andaluza.

Para ello, seria conveniente:

- Implicar a las universidades andaluzas en la investigación gerontagógica "por y para" el envejecimiento activo.

- Motivar a las personas mayores para que sean investigadoras sobre los propios procesos de aprendizaje.

7.- Formar en el envejecimiento activo y formación a lo largo de la vida en Andalucía requiere de conocimiento, actitudes y habilidades, que permitan el apoyo para que las personas mayores sean autónomas.

5.- PROGRAMAS INNOVADORES

Entendemos por programas innovadores aquellas acciones que deben ser acometidas en la actualidad por las personas mayores, para que éstas se sitúen en las mejores condiciones como ciudadanos/as de una sociedad moderna y participativa.

Para ello se ofertan tres programas, que consideramos de vital importancia para las personas mayores andaluzas.

El primero hace referencia a los Programas de Preparación a la Jubilación Activa (en adelante PPJA), como base para la información y orientación de las personas mayores y como indicador de que otra

forma de envejecer es posible a través del envejecimiento activo.

En segundo lugar, se profundiza en los Programas Universitarios de Mayores (en adelante PUM), que gozan de muy buena salud en la comunidad autónoma andaluza, no sólo en los ámbitos urbanos, sino, también, en los rurales.

El tercero, se refiere a las personas mayores y las nuevas tecnologías, como acción clave para romper la "brecha digital" y, consecuentemente, la "brecha social" de la exclusión.

5.1.- LOS PROGRAMAS DE PREPARACIÓN A LA JUBILACIÓN ACTIVA (P.P.J.A.)

5.1.1.- Introducción

El enfoque que se defiende en este texto se fundamenta en el envejecimiento activo, de ahí que al término "jubilación" se le añada el de "activa".

Desde esta perspectiva entendemos la jubilación como una forma de vida, en la que las personas jubiladas no deben detener su desarrollo, sino seguir avanzando y disfrutando con calidad de vida este cada vez más largo período del ciclo vital.

Consideramos que la jubilación no es privilegio de unas cuantas personas, sino el comienzo del estatus social de la mayoría de la clase trabajadora; no es un acontecimiento excepcional, sino una vieja conquista social. Pero, por otra parte, la jubilación es un fenómeno social diferenciador, ya que no afecta a todas las personas por igual, Yanguas, J. (1995).

La diferencia depende fundamentalmente de las variables moduladoras tales como las expectativas, la cuantía de la pensión, la situación bio-psico-social, etc, que favorecen o dificultan el proceso de la jubilación.

No obstante, independientemente de las variables citadas, sobre todas las personas jubiladas suele caer una imagen social devaluada, que se identifica con el tradicional enfoque del envejecimiento como declive. De esta manera se ha percibido al jubilado/a como clase pasiva, inútil, dependiente, frente a los trabajadores en activo, que se identifican como clase activa, útiles y competentes.

De ahí que un gran número de personas jubiladas hayan asumido esta percepción y se comporten conforme al modelo tradicional imperante.

Afortunadamente hoy estamos en condiciones de afirmar, desde el modelo bio-psico-social, que la etapa de la jubilación no tiene por qué ser una fase de declive, carencias y deterioro; de debilidades en definitiva, sino que puede considerarse como una etapa de crecimiento y de fortalezas, Moragas, (2004).

Desde un punto de vista histórico, se puede comprobar que mucho ha tenido que ver en esta negativa percepción social la consideración de los más jóvenes como competentes, frente a la ya clásica incompetencia atribuida a los mayores en aras de la concepción del más radical capitalismo productivo.

Afortunadamente, las y los nuevos/as jubilados/as, los "nuevos mayores", conscientes de su momento histórico y del protagonismo que les ha tocado vivir, están tomando conciencia de las grandes posibilidades que tienen para ejercer una influencia positiva sobre su propia vida y sobre la sociedad actual.

Lo anterior no quiere decir, que no exista, cada vez más, una preocupación por las dificultades existentes en la transición de la vida laboral a la jubilación. Preocupación que no es sólo de quienes se jubilan, sino de las políticas de recursos humanos, de las empresas, de la administración pública, de los organismos internacionales y de la sociedad en general.

De ahí que se esté despertando la conciencia del importante papel social que una población activa y participativa representa. Y de ahí que se estén tomando las medidas oportunas, para que el colectivo de jubilados/as reciba una formación adecuada.

Todo ello porque hoy no se sostiene el argumento de que la jubilación es consecuencia de una incapacitación para continuar desplegando competentemente cualquier actividad, porque la mayor esperanza de vida y la mejor calidad de ésta, tienen que ver con que se puedan vivir los años de jubilación de forma positiva. De esta manera, la jubilación sería equivalente a vivir de forma competente y activa.

RESUMEN Nº 4

CURSO DE PREPARACIÓN A LA JUBILACIÓN ACTIVA

1. Introducción

- La jubilación, una etapa vital.
- Un acontecimiento complejo: físico, psíquico, económico y social.
- Mitos y hechos sobre la jubilación.
- Preparación activa y positiva para una etapa vital.

2. Salud Física

- La salud, derecho y obligación individual.
- Valoración y rediseño de hábitos saludables. Órganos y sistemas.
- Nutrición. Ejercicio físico. Sueño. Vida sexual. Estilo de vida.
- Prevención de la enfermedad y accidentes. Rehabilitación.
- Asistencia sanitaria. Medicación. Seguridad social. Seguros privados.

3. Salud Mental

- Personalidad. Tipos y reacciones.
- Intereses y motivaciones, emociones y afectos.
- Inteligencia. Memoria. Capacidad de aprendizaje. Sentidos.
- Autoconcepción y etapas vitales.
- Prevención de la enfermedad. Desarrollo personal y equilibrio mental.

4. Salud Social

- Familia y Relaciones. Esposos. Hijos. Nietos. Parientes. Cooperación y Conflicto.
- Grupos de Relación: amigos, vecinos, colegas. Redes de relación.
- Ámbitos: vecindario, clubes, hogares, centros. Asociacionismo,
- Soledad. Aislamiento. Marginación y redes sociales.
- Prevención y rehabilitación de las enfermedades sociales. Alcoholismo y toxicomanía.

5. Tiempo Libre

- Intereses. Aficiones. Actividades: intelectuales, manuales, estéticas, recreativas. Identificación y desarrollo de hábitos.
- Ocupaciones: creativas, artesanas, estéticas.
- Educacionales: culturales.
- Recreativas: juegos, deportes, espectáculos, viajes.
- Ideológicas, políticas, religiosas. Voluntariado. Trabajo para la comunidad.

6. Medio Ambiente

- Vivienda. Casa. Hogar. Residencia. Alternativas y posibilidades.
- Estabilidad o mudanza. Valoración. Criterios. Acondicionamiento.
- Aprovisionamiento. Almacenajes. Funcionalidad. Valoración.
- Movilidad y barreras. Transporte habitual. Viajes.
- Servicios públicos. Servicios a domicilio públicos y privados.

7. Economía y Derecho

- Pensiones. Sistemas. Revisiones. Inflacción y nivel de vida.
- Nivel de renta. Nivel económico. Calidad de vida.
- Previsión privada. Fondos de pensiones. Seguros. Vitalicios. Ahorro. Propiedad mobiliaria e inmobiliaria.
- Rentas diversas. Actividades. Ocupaciones.

8. Enfoque Positivo

- Definición del objetivo vital: plan para la jubilación.
- Aplicación de los objetivos a la realidad. El plan de funcionamiento.
- El fin del trabajo activo y el inicio de actividades en la jubilación. Los vasos comunicantes entre ocupaciones.
- Preparación para la jubilación. Integración de la personalidad y los objetivos vitales.
- La jubilación, una etapa vital a vivir.

Para terminar, parece oportuno que se respondan algunas cuestiones, que pueden despejar dudas sobre la puesta en marcha de estos programas.

¿Cuándo iniciar los PPJA?:

- En una primera fase, parecería conveniente iniciarlos diez años antes de que se produzca la jubilación, haciéndolos coincidir con la planificación de la mitad de la vida (50 años aproximadamente).

- En una segunda fase, se podría llevar a cabo en la prejubilación o inmediatamente después de la jubilación.

- En una tercera fase se debería llevar a cabo durante la jubilación, para contrastar las expectativas con la realidad.

¿Quién debería asumir los gastos de los PPJA?:

- La razón del costo de la realización de este programa es, paradójicamente, una cuestión esgrimida frecuentemente para justificar la ausencia de programas en todo tipo de organizaciones. Argumento que pierde todo tipo de validez, cuando se analiza la reducción de gastos sanitarios y sociales que la preparación para la jubilación origina. Ello constituiría un programa preventivo de incalculable valor de ahorro para el gasto público.

¿Dónde desarrollar los PPJA?:

- Recomendable en un lugar externo al trabajo.

- En las empresas que ofrecen estos programas.

- En la sede de educación de adultos.

- En las asociaciones de jubilados/as.

- En las sedes sindicales.

- En los Centros de Día de Personas Mayores.

- En otros lugares perfectamente acondicionados.

¿Quién debería impartir estos programas?:

- Las instituciones públicas y/o privadas.

- Los sindicatos.

- Las empresas.

- Los colegios profesionales.

- Las asociaciones.

- Profesionales provenientes de la medicina, psicología, sociología, derecho…

- Otras instituciones y profesionales afines.

¿Quién debería participar en estos programas?:

- Las personas próximas a la jubilación o recién jubilados/as, pero siempre es conveniente que asistan los dos miembros de la pareja, para evitar que los proyectos de vida no sean divergentes, sino lo más cercanos posible, para la realización personal y social de las dos personas.

¿Qué tiempo se necesita para el desarrollo de los PPJA?:

- La duración media oscila entre 30 y 50 horas, aunque la experiencia indica que el número de horas aconsejable debe ser de 15 a 20 horas en sesiones de 2-3 días por semana. De todas formas, depende de distintas circunstancias para su desarrollo, así como del número de participantes y del presupuesto asignado.

¿Qué objetivos se proponen para un PPJA?:

- Tomar conciencia de los cambios.
- Destacar los aspectos positivos de la jubilación.
- Facilitar la planificación del futuro como jubilados/as.
- Sensibilizar hacia hábitos saludables.
- Informar sobre aspectos de interés particular y general.
- Motivar a las personas para un envejecimiento activo.

¿Qué contenidos deberían impartirse?:

Siguiendo el ejemplo propuesto, los contenidos a impartir serían:

- De introducción general al envejecimiento activo.
- Cambios físicos.
- Psicogerontología.
- Aspectos sociales.
- Contenidos de ocio y tiempo libre.
- Medio ambiente.
- Aspectos económicos-legislativos adaptados a la edad.
- Enfoque positivo del envejecimiento.

¿Qué metodología sería la más adecuada?

Los métodos de preparación a la jubilación se suelen dividir en dos modelos:

- informativos (magistrales).

- De desarrollo personal (participación activa).

Aunque en la práctica no existen modelos puros, sino que se combinan ambos, parece más conveniente el uso mayoritario del segundo modelo frente al primero.

De acuerdo con lo anterior, la metodología más adecuada sería la activa y participativa, combinándose los medios audiovisuales con las exposiciones orales y de grupo, teniendo algunos documentos como soportes de la información debatida.

¿Cómo y cuándo evaluar y hacer un seguimiento de los PPJA?

En general, en la Unión Europea no se prodigan trabajos en torno a la evaluación de la eficacia de los PPJA tradicionales. Por ello se recomienda, que se investigue en la comunidad autónoma andaluza el impacto que estos programas tienen y se haga un seguimiento de las debilidades y fortalezas de este programa innovador.
En síntesis, parafraseando a Moragas, (2004), podemos afirmar que la jubilación constituye una etapa de vital importancia debido a la prolongación de la esperanza de vida de las personas. Esto implica un cambio socio-económico para el que no existen mecanismos de preparación.

Por ello consideramos que los PPJA mejorarían la calidad de vida de las personas jubiladas, con el consiguiente ahorro del gasto sanitario y consecuentemente la producción de un cambio personal y social. Además, la promoción de esta preparación requiere un plan de acción basado en la difusión del envejecimiento activo, hábitos saludables y promoción de las relaciones sociales. Tres elementos clave para vivir con calidad de vida.

RESUMEN Nº 5
ELEMENTOS BÁSICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PPJA

- ¿Cuándo iniciar los PPJA?
- ¿Quién debería asumir los gastos de los PPJA?
- ¿Dónde desarrollar los PPJA?
- ¿Quién debería impartir estos programas?
- ¿Quién debería participar en estos programas?
- ¿Qué tiempo se necesita para el desarrollo de los PPJA?
- ¿Qué objetivos se proponen para un PPJA?
- ¿Qué contenidos deberían impartirse?
- ¿Qué metodología sería la más adecuada?
- ¿Cómo y cuándo evaluar y hacer un seguimiento de los PPJA?

Formulamos la siguiente recomendación:

8.-Proponer la progresiva implantación de los PPJA para personas próximas a la jubilación a sindicatos, empresas y organismos locales.

Para ello sería conveniente:

- Diseñar PPJA adecuados a la población andaluza.

- Fomentar los PPJA como medio de optimización del envejecimiento activo.

- Propiciar que la jubilación sea percibida como una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y social.

- Transmitir una imagen de la jubilación que ponga de relieve su dimensión positiva, tanto para las personas cercanas a la jubilación y las jubiladas, como para la sociedad en general.

- Fomentar que las mujeres mayores andaluzas, realicen cursos de PPJA, independientemente de que no hayan trabajado de forma remunerada.

5.2.- LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES

De entrada , se hace preciso manifestar que la extensión, en este apartado, se justifica por la importancia de estos programas y por el auge y desarrollo adquirido en la C.A.A. bajo la dirección de las universidades y con el apoyo de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, así como por otras instituciones, públicas y privadas, sobre todo las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos.

Quede claro, pues, que este apartado sirve de introducción y marco general a los Programas Universitarios de Mayores, en adelante P.U.M.

Su objetivo consistirá en clarificar algunos aspectos no siempre bien definidos. Al mismo tiempo, se persigue poner cierto orden en determinados conceptos, ya que se constata que, aunque se está incrementando el número de estos programas, no está siendo acompañado igualmente con el soporte y la consistencia, que la teoría y la investigación dan a la práctica. Por ello el contenido de este bloque versará sobre: la historia, la justificación, la definición, el modelo marco de los P.U.M. en España y Andalucía, la estructura y duración de estos programas, así como la metodología y evaluación.

5.2.1. -Historia

La aparición de las Universidades de Mayores en el mundo es relativamente reciente, como lo demuestra el hecho de que la primera se fundara en Tolouse (Francia) en 1973 por el Profesor Pierre Vellas. Este evento supuso todo un fenómeno social, aunque tardó en tomar la relevancia que merecía, incluso en Francia, donde este movimiento tuvo mayor éxito. Más tarde se extiende a los países francófonos y posteriormente al resto de los países industrializados.

Estas universidades surgen inicialmente con la idea de proporcionar a la persona mayor un lugar en la sociedad y recuperar su dignidad. Con este objetivo las universidades de la tercera edad, U.3.A. ó U.T.A., como se las llamó inicialmente, se dirigieron a la formación sobre todo en Gerontología Social, y a la investigación en temas relacionados con la salud, la psicología, lo social y lo económico.

En Andalucía, los Programas Universitarios de Mayores comenzaron a mediados de la década de los 90 en la Universidad de Granada, seguido por la de Sevilla.

Desde un análisis amplio, la evolución mundial de esta iniciativa universitaria ha pasado, según Lemieux (1997), por tres momentos históricos como aparece en el siguiente cuadro:

EVOLUCIÓN MUNDIAL

DE LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS PARA MAYORES

ETAPAS	ACTIVIDAD EDUCATIVA	FINALIDAD/OBJETIVOS
1ª. Etapa	Servicios educativos concebidos como programas culturales de tiempo libre.	Entretener Favorecer las relaciones sociales entre las personas mayores
2ª. Etapa	Actividades educativas para la participación y mejora de los conocimientos de los mayores	Intervención de los mayores en los problemas sociales existentes
3ª. Etapa	Programas educativos reglados, con Plan de Estudios propio, con todas las características propias de la enseñanza superior y, generalmente, propuestos desde las Ciencias de la Educación	

No obstante, la diferenciación entre las etapas no es óbice, para que las tres puedan compatibilizarse. Concretamente en España la oferta de los P.U.M. se corresponde fundamentalmente con la primera y la segunda etapa antes citada.

En la actualidad, según Stadelhofer (2002), existen estudios o universidades para las personas mayores en todos los países europeos, la mayoría de los cuales están conectados a través de redes nacionales:

Muchos de ellos son miembros de la Asociación Internacional de las Universidades de Tercera Edad (A.I.U.T.A.), fundada en 1975, que promociona la fundación y desarrollo de la U.3.A., el contacto científico entre los miembros y la coordinación de las actividades en el campo de la educación, los estudios y la investigación (para más información consultar http:/ www.aiuta.asso.fr).

Bastantes se aglutinan alrededor de la red T.A.L.I.S.,"Tirad Age Learning International Studies", Estudios Internacionales de Formación de la Tercera Edad, que tienen como objetivo fortalecer el intercambio de especialistas en el campo de los estudios de la tercera edad.

Otros se concentran a través de la red E.F.O.S., "European Federation of Older Students at Universities", Federación Europea de Estudiantes Mayores Universitarios, tiene como objetivo poner en contacto los estudiantes de la tercera edad de todos los países Europeos.

Algunos pertenecen a la red L.I.L.L., "European Network Learning in Later Life", Red Europea de Educación Permanente de personas adultas, creado en la conferencia de Ulm, 1996. Esta red es una plataforma de información y comunicación en Internet para los responsables y para personas mayores, que convoca reuniones periódicas en forma de conferencia, talleres, etc. Para más información consultar http:/www.uni-ulm.de/lill.

Además, existen otras redes nacionales e internacionales, que se pueden consultar.

5.2.2.- Justificación

Justificar los P.U.M. y tratar de la integración de las personas mayores en la Universidad es equivalente a plantearse dos temas con un mismo objetivo.

A partir de esta premisa la integración de los mayores en la universidad debe abordarse desde la perspectiva del cambio de las universidades en su proceso imparable de democratización. Afortunadamente hemos pasado de una universidad elitista a una universidad de masas, de una universidad dirigida al academicismo a una universidad con tres grandes funciones: profesionalización, investigación y extensión cultural; de una universidad dirigida sólo a jóvenes a una universidad para todas las edades; de una universidad cerrada a una universidad abierta a los retos de la sociedad del conocimiento.

Lo expuesto anteriormente justifica la plena integración de estos programas en la Universidad.

Además, muchas de estas personas consideran que asistir a las aulas universitarias es una deuda que la sociedad española tienen con ellas, ya que no pudieron asistir en su juventud por razones de índole socio-económicas, políticas o de género.

Por ello entendemos que en el siglo XXI la sociedad y la universidad pueden y deben saldar dicha deuda.

5.2.3.- Definición

Al aproximarnos al estudio de los P.U.M. lo primero que se debería delimitar conceptualmente es qué son y qué no son éstos. Desde este planteamiento es importante establecer claramente la diferencia entre la Educación de Adultos, las Aulas de Tercera Edad, los Talleres Municipales para Mayores, las Universidades Populares y los P.U.M., porque bajo el común denominador de la formación permanente se pueden confundir estas cinco formas de intervención:

a) La Educación de Personas Adultas tiene como finalidad ofrecer a quienes son mayores de 18 años, la posibilidad de adquirir, actualizar o ampliar sus conocimientos y aptitudes para su desarrollo personal.

b)Las Aulas de la Tercera Edad se pueden definir como un foro de acercamiento a la animación socio-cultural, que posibilita el desarrollo comunitario de la persona mayor, potenciando sus capacidades lúdicas y creativas en torno a la cultura.

Las Aulas de la Tercera Edad están organizadas a través de una Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (C.E.A.T.E.).

c) Los Talleres Municipales para personas mayores son ofertados a la ciudadanía por los gobiernos locales, para que éstas accedan a la formación continua en distintos ámbitos de conocimientos y de tareas ocupacionales. Estas actividades se diferencian de los P.U.M., en primer lugar, en la financiación y enfoque de política local, en segundo lugar en el nivel exigido al alumnado para el acceso, ya que en estos talleres no se exige un nivel académico, y en tercer lugar en el profesorado, que no es universitario.

d) Las Universidades Populares son unas instituciones que se reanudaron en España en 1980 después de haber sido clausuradas tras la Guerra Civil. Son independientes de la Universidad y sus objetivos están orientados a la formación de la ciudadanía independientemente de la edad. Sus contenidos son muy variados y están orientados a unos programas diversos.

e) Por último, los P.U.M. constituyen, como señala su fundador el Profesor Pierre Vellas, una institución universitaria con tres funciones fundamentales, formación, investigación y acción social.

De una manera más explícita lo que define a los P.U.M. se podría concretar en: facilitar el acceso a la educación y a la cultura; dinamizar la vida cultural de la co-

munidad impulsando el asociacionismo y promoviendo la participación social y cultural; promover actividades para el tiempo libre; facilitar oportunidades de relación con otras personas fomentando la convivencia y la tolerancia; posibilitar la formación continua; propiciar el desarrollo cultural como patrimonio de bienes y sistema de valores éticos y de solidaridad y por último, trascender el ámbito puramente instructivo y académico para enfrentarse a los problemas educacionales, que plantea la comunicación social o las dificultades inherentes a la sociedad industrial y de consumo.

Por último, habría que decir, como señala Casares (2002), que por medio de estos programas se cuenta con otra posibilidad más de convertir un tiempo que podía ser vacio y tedioso en gratificante, lleno de actividad con sentido y en contacto con otras personas. La alternativa, no sólo cumple los objetivos específicos de la participación social y del enriquecimiento intelectual y cultural, sino que, de forma colateral rompe el riesgo del aislamiento y fomenta la calidad de vida de las personas mayores. Los estudios realizados se dirigen en esta orientación. Baste citar los resultados obtenidos en la tesis doctoral de Fernández C. (2002) de la Universidad de Sevilla "Impacto sobre el desarrollo de los Programas Universitarios de Mayores", o en el caso sudamericano (Argentina) la tesis doctoral del profesor Juni (1999) de la Universidad de Granada "Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y en la vejez", ambas investigaciones inéditas.

5.2.4.- El modelo marco de los programas universitarios de mayores de españa como referencia

El modelo marco de los P.U.M. consensuado para España es fruto de un largo recorrido que se inicia en los primeros Encuentros Nacionales, continúa con la publicación por el IMSERSO de la Guía de Programas Universitarios de Mayores de España Velázquez M., Fernández C. y otros (1999), y sigue con las exposiciones y debates en diferentes foros. Todo ello con el objetivo de aunar esfuerzos, intercambiar experiencias y procurar el establecimiento de unas pautas comunes que permitieran avanzar conjuntamente para lograr el reconocimiento académico, social y político que estos programas debían tener a nivel nacional.

Lo que se pretende con este "modelo marco" no es ni congelar, ni cerrar un plan de estudios detallado, sino más bien establecer las directrices generales y básicas a partir de las cuales cada Universidad aprobará su propio plan en el marco de la autonomía universitaria. En este sentido, es necesario partir de una serie de elementos, que han de ser considerados fundamentales para poder establecer este marco de referencia.

Desde la perspectiva del análisis anterior habría que tener en cuenta:
a) A los posibles destinatarios (personas mayores);

b) Los objetivos;

c) Los contenidos que conforman los planes de estudios;

d) La estructura y duración de las enseñanzas.

e) La metodología y

f) La evaluación.

Concretando lo anterior se podría concluir diciendo que para que un programa universitario del mayores tenga las señas de identidad como tal debería:

1. Tratarse de un Programa Formativo Superior presentado por una Universidad (pública/privada).

2. Ser aprobado por sus correspondientes órganos de gobierno.

3. Estar dirigido y coordinado por un equipo nombrado por la Universidad, que se responsabilice con el desarrollo, evaluación, actualización y seguimiento.

4. Adecuarse a las normas de ordenación académica de la Universidad.

5.2.5.- Estructura de los programas universitarios de mayores en andalucía

A) Destinatarios / as

Probablemente no pueda representarse una foto fija sobre las características de las personas mayores andaluzas, entre otras razones, porque son heterogéneas y están en continuo cambio bio-psico-social. De ahí que las expectativas, intereses, motivaciones y necesidades varían en función de la edad, de la época en la que se ha vivido, e incluso del lugar en el que se reside. Probablemente los intereses del alumnado de una gran ciudad tengan poco que ver con los de una ciudad más pequeña y menos aún con los de poblaciones de ámbito rural.

En la actualidad, podemos considerar una serie de características muy generales, salvando las peculiaridades y diferencias antes reseñadas. En general, son personas jubiladas o prejubiladas, con excelentes condiciones físicas y mentales, que cuentan con tiempo libre que desean emplear en seguir aprendiendo y permanecer activos/as intelectualmente. Para muchas de ellas, es la primera oportunidad de acceder a la Universidad, lo que representa una meta, que resultó inalcanzable en otras etapas de su vida por las circunstancias políticas, económicas y sociales que vivió la España de la postguerra.

Entre las personas mayores andaluzas que acceden a estos programas hay un grupo importante, que cuenta con una formación de grado medio y superior, que proceden de una formación técnica y que muestran un gran interés, sobre todo, por las Ciencias Sociales, Humanidades y Jurídicas.

Los/as destinatarios/as de la mayoría de los Programas Universitarios para personas mayores, son personas con 50-55 años cumplidos. No obstante el límite de edad para acceder a este tipo de programas puede ser muy variado y cualquiera de los límites que se establezcan pueden justificarse por razones diversas, como los objetivos que se persiguen, el interés de las Instituciones que lo financian, o la demanda de la población. Se justifica esta edad, porque incluye a personas jubiladas, con jubilación anticipada o cercanas a la jubilación.

Habría que señalar que en el curso 2007/2008, 70 universidades españolas impartían estos programas en 170 sedes diferentes y con un alumnado cercano a los 36.000. De éstas, 9 universidades son andaluzas que imparten los programas en 45 sedes diferentes (urbanas y rurales) y cuentan con un alumnado superior a los 7.000, según fuentes de FADAUM (Federación Andaluza de Asociaciones de Aulas Universitarias de Mayores).

De lo anterior se desprende que el alumnado de los Programas Universitarios de Personas Mayores en Andalucía representa un 19,4% de España, distribuyéndose por genero aproximadamente entre el 68% de mujeres y un 32% de hombres, de muy variada edad, estudios y profesiones. Esta diversidad puede parecer un problema a la hora de adaptar las enseñanzas, sin embargo, creemos que esa variedad enriquece y facilita algunos objetivos de estos programas, sin obviar las dificultades, que conlleva la heterogeneidad para la docencia.

Por último habría que señalar que, el hecho de ofertarse estos Programas de mayores supone que aceptemos como mínimo cuatro consideraciones:

1ª.- Que se puede aprender a cualquier edad, ya que las debilidades que se puedan derivar de la mayor edad (menos agilidad, menos memoria, menos agudeza sensorial...), puedan contrarrestarse con otras fortalezas que se consiguen con los años (más tiempo, más curiosidad, más experiencia, más constancia).

2ª.- Que la formación universitaria no debe estar orientada solamente a formar profesionales más o menos competentes e investigadores más o menos productivos, sino que también debe procurar hacer más culta a la sociedad en su conjunto, propiciando la reflexión sobre la cultura y los valores.

3ª.- Que la educación, como acción intencionada, es un proceso de desarrollo

personal que dura toda la vida y en una sociedad democrática, con un cierto nivel de desarrollo económico, tecnológico, y cultural, la educación permanente es una necesidad más que un lujo y la Universidad es una de las instituciones educativas con las que cuenta la sociedad.

4ª.- Que una vez conseguida, en los países desarrollados, la utopía de universalización de la educación básica, así como la ampliación de la edad de escolarización obligatoria, y la mayor facilidad de acceso a los niveles educativos no obligatorios, las instituciones educativas han empezado a preocuparse con mayor intensidad de aspectos como la mejora de la calidad educativa en los niveles ya establecidos y a dar respuesta a una mayor demanda de la educación de otros sectores, como es el caso de las personas mayores.

B) Objetivos de los programas y elementos organizativos

Los objetivos de los P.U.M. deben estar específicamente definidos y constituyen el segundo aspecto que ha de tenerse en cuenta para la toma de decisiones relativas al desarrollo de las "enseñanzas".

Estos objetivos se podrían agrupar en dos bloques:

1. Objetivos formativos dirigidos a:

- Proporcionar una formación universitaria que facilite el desarrollo de un aprendizaje autónomo.
- Divulgar, ampliar o actualizar el conocimiento y la cultura entre las personas mayores.
- Promover un mejor conocimiento del entorno para obtener un mayor provecho de las ofertas de ocio (culturales, físicas, intelectuales, ...) en la sociedad.
- Favorecer el desarrollo personal de capacidades y valores de las personas mayores desde la perspectiva de la formación a lo largo de toda la vida.
- Facilitar el acceso a otros estudios universitarios a aquellas personas que, después de cursar enseñanzas específicas, para mayores, acrediten tener la formación necesaria para cursarlos.

2. Objetivos sociales orientados a:

- Mejorar la calidad de vida, a través del conocimiento y de las relaciones que se establecen en el ámbito universitario.
- Potenciar el desarrollo de las relaciones intergeneracionales, facilitando la transferencia de saberes y actitudes a través de la experiencia.
- Desarrollar la formación para el voluntariado en colaboración con los Servicios Sociales y de la Comunidad, así como con otras instituciones.
- Facilitar recursos para la adaptación al cambio y a las realidades contemporáneas.

Entre los elementos organizativos básicos de estas enseñanzas específicas habría que destacar:

1.- Un plan de estudios estable con especificaciones de adscripción a las correspondientes Áreas de Conocimiento, que imparten formación en las diferentes titulaciones.

2.- Una duración del programa en relación con el curso académico, fijando su tiempo de inicio y final de acuerdo con el calendario universitario (septiembre-junio).

3.- La programación en sus diferentes cursos y niveles, con una adecuada carga lectiva (mínima y máxima) preestablecida por cada curso académico.

4.- El nivel de competencia alcanzado por los alumnos debe ser evaluado por los diferentes procedimientos habituales en el contexto universitario atendiendo a las características de los sujetos. No se trata de un programa de simple asistencia pasiva.

5.- La garantía de un nivel de formación para que esta sea reconocida por la propia Universidad y las instituciones educativas superiores, otorgando título y/o certificado pertinente.

C) Selección de los contenidos

No parece oportuno proponer un listado de materias, sino que cada Universidad de la Comunidad Autónoma Andaluza debería seleccionar las que considere más convenientes en función de al menos los tres criterios siguientes:

a) El contexto cultural, económico y social en el que se inscribe cada programa.

b) La interdisciplinariedad, seleccionando la temática de los diferentes campos de conocimiento y titulaciones.

c) La disponibilidad y adecuación del profesorado para este tipo de alumnado.

Teniendo en cuenta los tres aspectos anteriores, pasamos a mostrar una propuesta sobre las "enseñanzas" que deberían formar parte de los Programas Universitarios de Mayores. Propuesta que es abierta y orientativa, ya que cada Universidad deberá adecuarla a su propio contexto haciendo uso de su autonomía.

Los contenidos que se proponen se organizarán en torno a diferentes Áreas de Conocimiento, seleccionando aquellas que mejor se adecuan a las peculiaridades de este tipo de Programas.

RESUMEN Nº6
ÁREAS PROPUESTAS EN LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS MAYORES

1.- Humanidades y Ciencias Sociales

2.- Ciencias Jurídicas y Económicas

3.- Ciencias de la Tierra y del Medio Ambiente

4.- Ciencias Biosanitarias

5.- Ciencias Tecnológicas

D) Estructura y duración de las enseñanzas

Siguiendo una estructura similar a la de otras Titulaciones Universitarias consideramos que las materias de los Programas Universitarios de Personas Mayores tendrán una clara orientación interdisciplinar y deberán organizarse en: materias obligatorias, que cursarán todos los alumnos del Programa, y materias optativas, entre las que los alumnos podrán elegir las que determine cada Universidad, además proponemos incluir actividades complementarias de carácter socio-cultural que completarán esta oferta académica.

La finalidad preferente de las materias obligatorias estará encaminada a la divulgación o profundización de diferentes temas científico-culturales, facilitando el análisis y la reflexión sobre aspectos relacionados con:

- Uno mismo y con otras personas,
- el entorno natural, social, cultural y científico,
- la evolución y aportaciones de la Humanidad,
- la sociedad y la cultura actual y futura.

Con las materias optativas se pretende:

- Ampliar o profundizar en diferentes campos de la cultura que pudieran interesar al alumnado.

- Crear o desarrollar actitudes sobre algunos aspectos dela sociedad actual a través de una información crítica y plural, para que puedan decidir la forma de participación adecuada.

- Potenciar la creación o el desarrollo de diferentes aficiones culturales para una utilización más gratificante del tiempo de ocio.

- Facilitar el acceso, como libre oyente, a titulaciones universitarias.

- Servir de ayuda para resolver u orientar en la resolución de algunos problemas de tipo jurídico y sanitario, que puedan presentarse a los mayores.

- Facilitar el acceso a la investigación a las personas mayores interesadas.

La duración de cada una de las materias obligatorias y optativas se propone que oscile en torno a 1 crédito ECTS como mínimo para poder abordar la correspondiente temática, no sólo con rigor, sino con una cierta amplitud y profundidad.

Las actividades complementarias se incluirán como una oferta académica para conseguir los siguientes objetivos:

1. facilitar las relaciones intergeneracionales,

2. promover el acceso a actividades culturales y recreativas,

3. potenciar las relaciones con otras instituciones.

4. profundizar y/o divulgar algunos temas concretos.

La propuesta de actividades complementarias puede ser muy variada, tanto en el tipo como en la temática o la duración. A modo de ejemplo señalamos las siguientes: Conferencias; recitales de poesía y/o canciones; mesas redondas; grupos de teatro; debates intergeneracionales; coros; visitas y viajes culturales; cine-fórum; cursos monográficos teóricos y/o prácticos y talleres; grupos de creación poética y literaria; comentarios de prensa-radio-TV; concursos: relatos, pintura…

La duración mínima del programa debería ser de tres años, que coincide con la duración de la mayoría de las distintas universidades españolas, aunque se podría ampliar si se estimara conveniente. Al final de los estudios debería obtenerse un título o certificado oficial, ya que esto permitiría la movilidad y convalidación a nivel estatal. También se podría pensar en programas de cinco años o similares.

En cuanto al calendario, se entiende que este debería ser el mismo que el calen-

dario universitario, de septiembre a junio, con posibilidad de realización de las pruebas pertinentes en septiembre para todos/as aquellos/as alumnos/as que no superaran las materias en las convocatorias ordinarias.

Por último, desde el punto de vista de la estructura, convendría añadir dos aspectos concretos relacionados con la infraestructura y la ordenación académica, que tan necesarios son para conseguir los objetivos propuestos. Los aspectos a considerar en este ámbito serían los siguientes:

1.- Estos programas deben realizarse en el espacio universitario, siempre que sea posible, y en cualquier caso poniendo medios y las instalaciones de la universidad al servicio de las personas mayores, sin ningún tipo de discriminación. Todo ello para favorecer la convivencia con las personas más jóvenes.

2.- La responsabilidad de la docencia corresponde al profesorado universitario en sus diferentes categorías. Si se estimara conveniente, los/as responsables docentes solicitarán la colaboración de otros/as expertos/as y colaboradores/as.

E) El enfoque metodológico fundamentado en la Gerontagogía

El enfoque de las materias debe adecuarse, tanto a los objetivos, como a las características de los destinatarios, sin olvidar el carácter universitario de estos programas. Es decir, el enfoque que damos a estas enseñanzas no conducirá a que la sociedad tenga mejores profesionales, sino al desarrollo personal para conseguir una sociedad más culta y más "humanizada".

La metodología, deberá facilitar la consecución de los objetivos, sin olvidar que algunas metas se lograrán, no por los contenidos elegidos, sino por la forma en que se aborden y por la metodología que fundamente las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Teniendo en cuenta: los objetivos, los contenidos y los/as destinatarios/as proponemos una diversificación metodológica, que combine clases expositivas con apoyo de materiales impresos y/o audiovisuales con las clases prácticas y los trabajos en grupo, que oriente y dinamice el/la profesor/a, así como clases cooperativas en las que se favorezca el aprendizaje entre iguales a partir de la experiencia del alumnado y el/la profesor/a. También deberá potenciarse el trabajo individual con mayor o menor tutorización, para lograr una mayor autonomía y posibilidad de autoformación.

De lo expuesto anteriormente se podrían extraer las siguientes conclusiones:

1ª.- Que los contenidos de las diferentes materias deben adaptarse al nivel de formación del alumnado, tratando de ajustar el rigor científico de los contenidos

a la capacidad de comprensión de los propios sujetos (Principio de "adecuación" de los contenidos).

2ª.- Que los programas deberán tener en cuenta las situaciones específicas de aprendizaje de las personas mayores (tiempos/ritmos, intereses y motivación) (Principio personalización del aprendizaje).

3ª.- Que el curso universitario podrá complementarse con otro tipo de actividades de carácter sociocultural, integrando con ella los aspectos estrictamente académicos propios de la Institución en la que se enmarca (Principio de integración de lo académico y la realidad socio-cultural).

F) Evaluación

La evaluación como actividad intencional y compleja debe formar parte de las decisiones en el diseño de cualquier programa formativo, para valorar en qué medida se han alcanzado los objetivos previstos, cómo ha funcionado el proceso y qué resultados se han alcanzado.

La evaluación se considera por ello un instrumento imprescindible para regular los procesos formativos y para la acreditación de los conocimientos alcanzados.

Siguiendo las fases del proceso evaluador el procedimiento sugerido consistiría en:

a) Recoger información que sea fiable y válida, seleccionando los métodos e instrumentos adecuados para obtener los datos necesarios cuantitativos y/o cualitativos.

b) Emitir juicios que supongan comparación con un marco de referencia.

c) Tomar decisiones que pueden ser variadas y nos lleven a mantener o modificar algunos aspectos del programa.

Por otra parte se estima que deberá evaluarse tanto la consecución de los objetivos propuestos (producto), como el desarrollo del propio programa (proceso).

En resumen, desde nuestro punto de vista, entendemos que se deba incorporar una evaluación inicial (tanto la de partida para acceder al programa, como en cada materia), una evaluación procesual (atenta al desarrollo del programa en todos sus aspectos), una evaluación de resultados, así como una evaluación de impacto (que permita comprobar la aplicación real de los conocimientos y experiencias alcanzados por el alumnado en la Universidad).

CUADRO RESUMEN Nº 7
ESTADÍSTICAS DE LOS PUM EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA
CURSO 2009/2010

Almería y provincia (Roquetas)

Nombre del Programa: Universidad de Mayores. Ciencia y Experiencia.

Nº Alumnos/as Totales: 571.

Nombre de la Asociación: Asociación de Mayores en la Universidad de Almería "Concha Zorita".

Nº de Socios: 76.

Cádiz y provincia (Jérez de la Frontera y Algeciras)

Nombre del Programa: Aula Universitaria de Mayores.

Nº Alumnos/as Totales: 1.106.

Nombre de la Asociación: Asociación Universitaria de Mayores "Gaudeamus Igitur".

Nº de Socios: 536.

Córdoba y provincia (Cabra, La Carlota, Lucena, Puentegenil, Priego de Córdoba y Peñarroya)

Nombre del Programa: Cátedra Intergeneracional Profesor "Francisco Santisteban".

Nº Alumnos/as Totales: 2.352.

Nombre de la Asociación: Asociación de Alumnos de la Cátedra Intergeneracional Profesor "Francisco Santisteban".

Nº de Socios: 242

Granada, provincia (Motril, Guadix, Baza y Órgiva) y Ceuta

Nombre del Programa: Aula Permanente de Formación Abierta.

Nº Alumnos/as Totales: 911.

Nombre de la Asociación: Asociación de Alumnos del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada (ALUMA) y Asociación de Alumnos y Ex alumnos del Aula Permanente de la Universidad de Granada en Ceuta (AULACE).

Nº de Socios totales: 643.

Huelva y provincia (Cartalla, Lepe, Puebla de Guzmán y Moguer)

Nombre del Programa: Aula de Mayores y de la Experiencia.

Nº Alumnos/as Totales: 572.

Nombre de la Asociación: Asociación Universitaria del Aula de Mayores y de la Experiencia de la Universidad de Huelva.

Nº de Socios: 141.

Jaén y provincia (Linares, Úbeda y Alcalá la Real)

Nombre del Programa: Programa Universitario de Mayores.

Nº Alumnos/as Totales: 503.

Nombre de la Asociación: No existe

Nº de Socios: 0.

Málaga y provincia (Antequera, Benalmádena, Fuengirola, Marbella, Mijas Pueblo y Las Lagunas, Nerja y Vélez-Málaga)

Nombre del Programa: Aula de Mayores.

Nº Alumnos/as Totales: 1.246.

Nombre de la Asociación: Asociación de Mayores Amigos de la Universidad de Málaga (AMADUMA).

Nº de Socios: 455.

Sevilla Hispalense y provincia (Arahal, Carmona, Cazalla de la Sierra, Ecija, Estepa, Mairena del Aljarafe, Morón de la Frontera, Osuna, Utrera y Sanlucar la Mayor)

Nombre del Programa: Aula de la Experiencia.

Nº Alumnos/as Totales: 1.558.

Nombre de la Asociación: Asociación Universitaria del Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla.

Nº de Socios: 275.

Sevilla Universidad Pablo de Olavide (UPO). Sólo provincia (Alcalá de Guadaira, Almensilla, Aznalcóllar, Bormujos, Carmona, Castilleja de la Cuesta, Gerena, Gilena, Gines, Herrera, La Rinconada, Marchena, Montellano y Salteras)

Nombre del Programa: Aula Abierta de Mayores.

Nº Alumnos/as Totales: 645.

Nombre de la Asociación: Asociación Universitaria Ciudad de Carmona.

Nº de Socios: 100.

* Nota: datos facilitados por FADAUM. La inclusión de Ceuta y Melilla se debe a que son sedes dependientes de la Universidad de Granada.

Para finalizar, y a modo de síntesis, se presenta un cuadro del modelo marco de los P.U.M. de España, consensuado por las Universidades Andaluzas, como conclusión de los aspectos fundamentales tratados en este epígrafe.

RESUMEN Nº 8
ESQUEMA DE LA PROPUESTA BASE PARA UN MODELO-MARCO DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES EN ESPAÑA

CURSOS	- Como mínimo (programa específico) Sin limitación (programa normalizado)	
CALENDARIO	De septiembre a junio	
ESTRUCTURA	1er. Ciclo:	De 15 a 20 créditos mínimo por curso. Carga total no inferior a 400-450 horas (para los 3 cursos)
	2º Ciclo:	- Estudios reglados en diferentes titulaciones (Facultades y Escuelas Universitarias) - Ofertar diferentes programas para continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida
NÚMERO Y TIPO DE MATERIAS	- Materias de amplio espectro temático repartidas entre 5 campos temáticos como mínimo. - No inferiores a 20-30 horas lectivas por materia - Obligatorias - Optativas - Actividades complementarias (fuera del cómputo de horas lectivas)	
HORARIO	- Distribuido entre los tres cursos de modo equitativo y compensado. - Horario mañana/tarde. De 2 a 5 días de clase a la semana de 2 ó 3 horas diaria	
ADSCRIPCIÓN DE MEDIOS	- Centro propio: administración y gestión académica. - Infraestructuras propias del centro. - Comunes y generales de la Universidad	
CAMPOS TEMÁTICOS	1.- Humanidades y Ciencias Sociales 2.- Ciencias Jurídicas y Económicas 3.- Ciencias de la Tierra y del Medio Ambiente 4.- Ciencias Biosanitarias 5.- Ciencias Tecnológicas	

Recomendamos :

9.-Acercar los diferentes programas formativos de mayores al contexto rural.

10.-Apoyar los programas universitarios de mayores para su desarrollo y mejora cualitativa.

11.-Favorecer la formación continua y permanente con apoyo de las asociaciones de mayores de las diferentes Universidades Andaluzas.

12.-Optimizar las relaciones intergeneracionales en el ámbito universitario.

13.-Incentivar la participación de los programas universitarios de mayores como dinamizadores de su entorno sociocultural.

5.3.- LAS PERSONAS MAYORES Y LAS NUEVAS TECONOLOGÍAS

Parece obvio, que, para adaptarse con éxito a los continuos cambios que se producen en la sociedad del Siglo XXI, las personas mayores deben poder adquirir, ampliar o renovar sus conocimientos, aptitudes y capacidades cada vez más en períodos más cortos de tiempo. En este proceso de adaptación el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación es imprescindible para evitar la exclusión social por falta de acceso a recursos y conocimientos esenciales para la vida actual.

Por tanto, se requieren nuevos enfoques en los que el aprendizaje a lo largo de la vida será una pieza clave, superand o la idea de que la formación sólo puede obtenerse en una etapa de la vida, la de estudiante.

Por ello, el desarrollo de las Nuevas Tecnologías y de la Sociedad de la Información no puede ser ajeno a las Personas Mayores. La formación de la ciudadanía para el acceso a la Sociedad de la Información tiene que hacer especial hincapié en el grupo poblacional de las personas mayores- Si el envejecimiento activo requiere un elemento de participación, ésta no puede verse obstaculizada por el desarrollo de una "brecha digital" de edad que lleve a la marginalidad informática. Por ello, se exige formación específica en nuevas tecnologías.

Los beneficios que aportan las nuevas tecnologías de la Información y Comunicación a las Personas Mayores son innegables: mejoran su capacidad cognitiva, previenen su deterioro y estimulan su memoria. Además hacen crecer su autoestima y su integración y participación social.

Según el Informe España 2008 de la Fundación Orange resulta que "en España el uso que los mayores hacen de las Tecnologías de la Información es cada vez más

importante aunque aún se separa bastante de los hábitos de las personas más jóvenes en varios sentidos: las utilizan menos y para fines distintos." "Entre los mayores la evolución ha sido aún más espectacular, en los cinco años que median entre el inicio y el final de la serie,(2003-2007) el número de usuarios de ordenadores de 65 a 74 años ha aumentado en un 35,6%, pero el de usuarios de Internet lo ha hecho en un 92,6% " .

Aquí se rompe otro paradigma: Las personas mayores cada vez le tienen menos miedo a Internet y tampoco hemos de limitar las nuevas tecnologías a Internet. La TDT ofrece grandes posibilidades, así como las nuevas generaciones de la telefonía móvil.

Lo anterior cobra sentido en un mundo donde han surgido nuevas realidades como el comercio electrónico a través de Internet, las videoconferencias, la telemedicina o las plataformas digitales. Hasta ahora nunca las nuevas tecnologías habían tenido un papel tan preponderante en la vida cotidiana, pues no sólo nos ofrecen todo tipo información o formación, sino que nos sirven para comunicarnos con los/as demás, introduciéndose en todos los ámbitos de nuestras vidas. De esta manera están cambiando nuestra manera de hacer las cosas: de trabajar, de divertirnos, de relacionarnos y de aprender. Las personas mayores no pueden quedar al margen de este movimiento, por ello han de aprender también con las nuevas tecnologías y a lo largo del capítulo hemos defendido que envejecer es vivir y que la pedagogía jamás dará un no a la educabilidad del alumnado, cualquiera que sea la etapa la vida y su edad. Lo expuesto con anterioridad viene a confirmar que se abren nuevas perspectivas en el ámbito de la educación permanente. Perspectivas que deben ir acompañadas de las cautelas necesarias, para que la técnica no vaya por delante o deje de lado a las personas. Cautelas que en forma de condiciones, deben cumplirse para que la teleformación tenga posibilidad de producir aprendizajes.

Por ello se ha de tener en cuenta, que la sociedad digital, el hogar digital, el teletrabajo, la teleformación, son realidades cada vez más presentes, auspiciadas por el exponencial crecimiento del número de ordenadores, de la reducción de sus precios, de los progresos en la rapidez de procesamiento, así como de la imparable aparición de software, que permiten sacar más partido a los potentes ordenadores actuales.

Desde esta óptica, Jaques Delors, (1996), p. 198, en el informe de la Comisión de la UNESCO, titulado "La educación encierra un tesoro" afirma: "La Comisión desea poner claramente de relieve que esas nuevas tecnologías están generando ante nuestros ojos una verdadera revolución, que afecta tanto a las actividades relacionadas con la producción y el trabajo, como a las actividades ligadas a la educación y a la formación… así pues, las sociedades actuales son, de uno u otro modo, sociedades de

información, en las que el desarrollo de las tecnologías puede crear un entorno cultural y educativo capaz de diversificar las fuentes del conocimiento y del saber".
Hasta ahora, la formación había sido sinónimo de cursos de formación. Aunque hay que reconocer la existencia de múltiples experiencias de autoformación, seminarios y grupos de trabajo, sin embargo, las posibilidades que ahora se ofrecen con la incorporación de las nuevas tecnologías para la formación son amplísimas.
Una de las respuestas que los sistemas de formación están comenzando a perfeccionar es el que denominamos como teleformación, que, según FUNDESCO, (1998) p. 56, "es un sistema de impartición de formación a distancia apoyado en las TICs (tecnologías, redes de telecomunicación, videoconferencias, TV digital, materiales multimedia), que combinan distintos materiales pedagógicos: instrucción clásica (presencial o autoestudio), las prácticas, los contactos en tiempo real (presenciales, videoconferencias ó chats) y los contactos en diferido (tutores, foros de debate, correo electrónico…). Por todo ello, la teleformación se está configurando como una herramienta de gran utilidad.

La teleformación a la que nos referimos es aquella, que utiliza todas las potencialidades de la Red Internet, así como de los desarrollos paralelos que Internet está promoviendo. Nos estamos refiriendo, por tanto, a una formación, que utiliza el ordenador como principal recurso tecnológico, que emplea hipermedia, así como la comunicación digital. Así, la teleformación permite configurar diferentes escenarios formativos que, combinados, pueden proporcionar un aprendizaje más significativo.

En resumen, para terminar, habría que decir que, se han mostrado algunas ideas que podrían suponer una mejora en la adaptación al entorno y la comunicación de las personas mayores, si se atreven a usar Internet. En general, pensamos que las personas mayores del siglo XXI tienen planteados nuevos retos que obligan a dar por parte de todos, nuevas respuestas. Se impone una búsqueda de ideas que puedan realmente llevarse a la práctica y ayuden a conseguir una mayor calidad de vida. Creemos que Internet puede ser una de ellas.

Por último se presenta un estudio comparativo por regiones del uso del ordenador, Internet y teléfono móvil por parte de las personas mayores de 65 años, INE, (2008).

	Porcentaje de personas mayores de 65 años que han utilizado el ordenador en los últimos 3 meses
Cataluña	20,60
Madrid (Comunidad de)	18,80
Navarra (Comunidad Foral de)	12,20
Aragón	11,50
Balears (Illes)	9,90
País Vasco	9,90
Cantabria	9,40
Comunitat Valenciana	8,00
Asturias (Principado de)	7,70
Andalucía	6,20
Castilla y León	5,20
Canarias	4,80
Galicia	4,30
Murcia (Región de)	4,10
Extremadura	3,20
Rioja (La)	2,40
Castilla-La Mancha	2,30

	Personas mayores de 65 años que han utilizado Internet en los últimos 3 meses
Cataluña	19,40
Madrid (Comunidad de)	15,30
Aragón	9,40
Navarra (Comunidad Foral de)	8,60
Balears (Illes)	7,90
Comunitat Valenciana	7,80
País Vasco	6,80
Cantabria	6,20
Andalucía	5,20
Canarias	4,80
Asturias (Principado de)	4,70
Galicia	4,60
Castilla y León	3,70
Murcia (Región de)	3,20
Extremadura	2,70
Rioja (La)	2,40
Castilla-La Mancha	2,30

	Personas mayores de 65 años que usan teléfono móvil
Madrid (Comunidad de)	70,20
Cataluña	70,00
Comunitat Valenciana	63,20
País Vasco	60,80
Asturias (Principado de)	59,50
Cantabria	58,50
Castilla y León	54,40
Navarra (Comunidad Foral de)	53,40
Canarias	52,60
Andalucía	51,60
Extremadura	49,90
Rioja (La)	49,10
Galicia	48,50
Murcia (Región de)	48,30
Balears (Illes)	47,50
Aragón	46,80
Castilla-La Mancha	35,80

Formulamos las siguientes recomendaciones:

14.- Promover las nuevas tecnologías entre las personas mayores.

Para ello sería conveniente:

- Facilitar instrumentos para el aprendizaje sobre las nuevas tecnologías.

- Organizar cursos de formación sobre las nuevas tecnologías.

- Desarrollar programas para la integración de las personas mayores en la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías.

Motivar a las personas mayores para el uso de las nuevas tecnologías.

15.- Facilitar el acceso a las nuevas tecnologías, a medida que se envejece, especialmente en el medio rural. Aprovechando de forma coordinada el uso de los recursos disponilbles.

Para ello sería conveniente:

- Impartir de forma presencial y/o virtual la formación continua para aprender el uso del ordenador y de Internet.

- Facilitar a las asociaciones de personas mayores la instalación de equipos informáticos.

- Potenciar el acercamiento intergeneracional a través de cursos de tecnología digital que les permitan aprender a comunicarse y trabajar juntos/as.

- Aumentar la inversión de proyectos de investigación, desarrollo e innovación, cuyo objetivo sea las NTICs para su uso a medida que se envejece.

6.- LAS PERSONAS MAYORES COMO PROTAGONISTAS

Cuando se trata sobre las personas mayores, no deberíamos entender que éstas son exclusivamente receptoras de servicios, programas o actividades, sino que, desde la óptica del envejecimiento activo, habría que considerarlas como agentes protagonistas del cambio de la percepción social de este grupo de población.

Desde esta perspectiva se entenderá mejor que las recomendaciones que aquí se sugieren tengan sentido y sean coherentes desde la perspectiva de envejecer activamente.

Tres son los programas concretos que se proponen en este epigrafe:

- El primer programa hace referencia a las personas mayores como difusoras de cultura y conocimiento.

- El segundo trata sobre las personas mayores como difusoras de la lectura, tanto entre los de su misma edad como entre los más jóvenes.

- El tercero y último se refiere a las personas mayores como difusoras de experiencia y tradición del patrimonio inmaterial.

6.1.- LAS PERSONAS MAYORES TRANSMISORAS DE CULTURA Y CONOCIMIENTO

La cultura está reconocida, junto con el género, como un determinante transversal del envejecimiento activo. Hablamos de cultura en el sentido de legado vivo, inmaterial y como significante social. Por tanto, nos referimos a un componente social fundamental, multidimensional y variable de gran complejidad.

Podría parecer que, por tanto, tratamos de una materia no sólo inconsistente (que no lo es), sino intrínsecamente complicada en su haber para diseñar modelos de cambio. Pero la cultura como sector de actividad alberga un potentísimo caudal de recursos sociales, políticos y económicos para la innovación y la transformación. Además, su carácter como área le infiere un enorme potencial educativo y experiencial, ya que está cargada de valores. De ahí que no debamos olvidar que es un derecho.

Por otra parte, dentro de este magma cultural de partida, se subsumen los estereotipos que, a veces (en tanto en cuánto sean negativos), contribuyen al inmovilismo social, a la desigualdad e incluso a la violencia, provocando conflictos individuales y sociales, reticencias y bloqueos al cambio y en definitiva discriminación, Moreno (2001).

Ante ello y precisamente desde la cultura, desde la producción y la difusión cultural, podemos luchar con más fuerza, generando nuevas imágenes e idearios, mayor creatividad, espíritu crítico y flexibilidad para todos/as. Podemos avanzar cuidadosamente y utilizar la producción cultural como medio indirecto de transmisión y afianzamiento del nuevo paradigma: el envejecimiento activo, contribuyendo al cambio de imagen y a la percepción, que sobre las personas mayores se tiene. No obstante, hay que estar vigilantes, para que ello no coarte o condicione la libertad creativa.

Sin embargo, hay que tener en cuenta, que el concepto de cultura no puede reducirse al caudal de conceptos adquiridos, como si de un grado de instrucción se tratase, pero lo cierto es que muchas personas mayores, en nuestra comunidad autónoma andaluza, sufren las consecuencias de una deficitaria instrucción y un bajo nivel de formación, debido fundamentalmente a razones socioeconómicas y políticas de otrora afortunadamente ya superadas.

Este insuficiente nivel cultural limita, sin duda, su capacidad de una mayor participación en los diversos sectores y aspectos de la vida cultural.

Esta pobreza educativa de parte de la población mayor ha convertido a las personas mayores jubiladas más en un cese, que en una liberación para realizar proyectos o acciones deseables. Baste citar que muchas personas mayores nunca o casi nunca leen libros o novelas; que es minoritaria la asistencia a espectáculos (cines, teatro, conciertos) que algunos/as ni siquiera disfrutan de vacaciones.

A todo ello se une la actitud indiferente, a veces hostil, de parte de la sociedad con respecto a los bienes culturales de los que son innegablemente depositarios las personas mayores. Al ignorarlas, al no valorarlas, se está rechazando el legado patrimonial muy enriquecedor para la ciudadanía y se está renunciando a la conservación de las raíces, provocando en ocasiones discontinuidad en el desarrollo sociocultural de las ciudades y pueblos.

Afortunadamente, lo expuesto anteriormente, va dejando paso a una tendencia hacia el reconocimiento social del valor que custodian las personas mayores como conservadoras y difusoras de cultura y conocimiento.

Por otra parte, habría que tener en cuenta que, las nuevas generaciones que van accediendo a la jubilación poseen un bagaje cultural muy superior al de hace unas décadas y, por tanto, están en condiciones óptimas de ser difusores de cultura y conocimiento y de esta forma, protagonistas activas de su propia historia, como ciudadanía consciente y preactiva. Por tanto, se considera necesario potenciar el reconocimiento público de esta función y promover el incremento de la provisión de medios (espacios y canales) para la transferencia de esta herencia social y mejorar la cadena de transmisión.

Desde la óptica anterior se puede considerar, que no solamente las personas mayores son acreedoras de formación permanente y continuada a lo largo de toda la vida, sino que desempeñan un destacado papel en la difusión de la cultura y el conocimiento, especialmente en las generaciones más jóvenes.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a manifestar, que las personas mayores no son sujetos pasivos del mundo que les rodea, sino todo lo contrario. El potencial humano y profesional de este colectivo, jubilado o no, es un valor a tener en cuenta.

Por otra parte es muy interesante, que las personas mayores pongan parte de su tiempo libre en actividades relacionadas con la difusión del patrimonio cultural de su pueblo o ciudad y de esa manera están mejorando su bienestar personal, salud integral y calidad de vida, permaneciendo activos y útiles a la sociedad a la que pertenecen. Al mismo tiempo que

promueven y dan a conocer los museos y monumentos, aumentan el número de sus visitantes individuales y grupales y enseñan sus exposiciones permanentes y temporales a niños y jóvenes, jubilados y pensionistas, así como a otros colectivos sociales alejados del disfrute de los bienes culturales. De esta forma se establecen relaciones intergeneracionales, que son muy favorecedoras entre las diferentes edades.

El valor del patrimonio cultural radica en su significado colectivo, como significante social. Es por tanto, de la ciudadanía y ésta tiene el derecho y el deber de mantenerlo vivo como legado común. Las personas mayores se convierten, de esta manera, en agentes culturales o motivadores culturales en un nuevo modelo de educación.

A modo de ejemplo, baste citar, a nivel nacional, el Programa "Voluntarios culturales mayores de museos y catedrales de España".

Este programa nace en el año 1993 con el apoyo de la Unión Europea y está promovido, dirigido y coordinado por la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE), entidad sin ánimo de lucro de ámbito estatal. Cuenta con la colaboración de Obra Social Caja Madrid y el apoyo del Ministerio de Cultura y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Desde el inicio ha recibido también el valioso apoyo de la Federación Española de Amigos de los Museos (FEAM) y de diversas organizaciones de personas mayores. Este programa recibió el "Premio Extraordinario del IMSERSO 1998" y el "Premio Nacional JÚBILO 2000".

Si se quisiera participar en este voluntariado lo único que tendría que hacer sería inscribirse en el programa y las personas seleccionadas recibirían un breve curso de formación sobre "Voluntariado Cultural, Personas Mayores y Museos" y, posteriormente, serían destinadas al Museo elegido por cada Voluntario/a según sus motivaciones y preferencias a fin de ser capacitadas sobre la exposición permanente y las materias propias de cada Museo.

A nivel autonómico andaluz, citaremos como ejemplos las iniciativas culturales relacionadas con el envejecimiento activo con el programa "La Alhambra más cerca" y "La Alambra educa". Programas de voluntariado de las personas mayores para la visita, acompañada y comentada, al museo de la Alhambra. Estos programas están pensados para colectivos de estudiantes, personas mayores y grupos de carácter cultural y social. Como reconocimiento a la labor que llevan realizando han sido objeto de copremios como: "Premio Extraordinario del IMSERSO 1988" y posteriormente "Premio Jubilo 2000".

También habría que añadir aquí los "clubes de lectura de las bibliotecas" y el pro-

ceso de educación y participación abierta como las "visitas a archivos", que son interesantes por la relación entre el patrimonio documental y la memoria histórica de la que son protagonistas muchas de las personas mayores que viven actualmente.

Para terminar este epígrafe se muestra un cuadro resumen sobre las actividades a desarrollar por las personas mayores como transmisoras de cultura y conocimiento.

RESUMEN Nº 9
LAS PERSONAS MAYORES COMO DIFUSORAS DE CULTURA Y CONOCIMIENTO

- Difusoras de Cultura:

- Velar por el patrimonio cultural de su ciudad o pueblo.
- Organizar actividades teatrales, musicales, artísticas…
- Dar a conocer museos y monumentos.
- Organizar exposiciones: pintura, fotografía…
- Promover actos culturales: conferncias, mesas redondas, cineforum…
- Crear un voluntariado de cicerones para su ciudad o pueblo.
- Crear grupos de teatro, corales.

- Difusoras del Conocimiento:

- Organizar congresos, seminarios, jornadas…
- Escribir la historia y cultura local.
- Organizar conferencias, coloquios, charlas, debates…
- Organizar grupos de trabajos monográficos.
- Organizar debates sobre la prensa, radio y TV.

Estimamos necesario formular las recomendaciones siguientes:

16.-Incrementar el disfrute de las personas mayores en las facetas de la vida cultural de su entorno, propiciando su presencia activa en los actos programados. Para ello, es preciso:

- Fomentar la práctica del turismo y organizar intercambios con personas de diferentes lugares.

- Fomentar y favorecer los programas orientados al disfrute de la cultura y el conocimiento.

- Ampliar el nivel cultural de las personas mayores mediante el enriquecimiento de las actividades ofrecidas en los diferentes centros de aprendizaje.

17.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuente de cultura, contando con ellas en programas de voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

6.2.- PERSONAS MAYORES COMO DIFUSORAS DE LECTURA

En la actualidad, el Plan Integral para el Impulso de la Lectura en Andalucía, que toma el relevo del anterior Plan de Fomento de la Lectura 2000-2004, es el instrumento definido por la Consejería de Cultura para abordar las medidas estratégicas, que se proponen como resultado el fomento de la lectura y el afianzamiento de hábitos lectores en la población andaluza. Este plan centra sus medidas en la modernización de la red de bibliotecas, garantizando el acceso de toda la ciudadanía. Además, del apoyo a la creación literaria y a los sectores editoriales y libreros de Andalucía.

En cuánto a los hábitos de lectura y compra de libros en Andalucía, por grupos de edad se constata, que leen un mayor porcentaje los segmentos más jóvenes, si bien las personas que leen más libros por término medio son las de 45 y más años.

Por otra parte, habría que señalar que, desde la creación en 1998 del Centro Andaluz de las Letras, la Consejería de Cultura ha ido dotándose de una serie de programas estables de animación a la lectura en todo el territorio.

En la actualidad, se entiende que hay que proceder a un refuerzo de estos programas, así como a una cualificación y diversificación de los mismos. Pero también, se debe implicar más en estos programas a las personas mayores, como potenciales lectores y difusores de la lectura. Entre otras razones, porque disponen de más tiempo, tanto para leer como para ser difusores de la lectura a sectores más jóvenes de la población.

Desde este planteamiento se puede concluir, que las personas mayores pueden difundir la lectura a través de programas determinados, como organizaciones de club de lecturas, campañas de lecturas para personas mayores, cuentacuentos en colegios de primaria, etc.

En definitiva, en cada persona mayor se encuentra en potencia un divulgador/a de la ciencia y del conocimiento y un/a motivador/a cercano para la lectura.

Desde este punto de vista, sería conveniente alentar a sus nietos/as, para que desde temprana edad acudan a actividades relacionadas con la Ciencia y la Tecnología, lo que podría convertirse en un factor fundamental de surgimiento de futuras vocaciones científicas y un avance de la sociedad andaluza.

Además, este colectivo podría transmitir a los demás un mayor conocimiento con bases científicas de como funcionan los fenómenos cotidianos y una humanización del conocimiento científico a otros colectivos con menor disponibilidad de tiempo.

Todo ello, porque el contacto cotidiano con los miembros de la familia puede ser un factor multiplicador de conocimiento científico. Puede convertirse en un divulgador a pequeña escala de la Ciencia, la Tecnología y la Cultura.

De esta forma sencilla estamos creando un público específico de la divulgación de la ciencia, fundamental para aumentar la cultura científica entre la población, así como fomentar el gusto por los temas científicos, tecnológicos y culturales y con ello propiciar una cultura científico-técnica y cultural elevando así el nivel de la ciudadanía andaluza.

Por último, citaremos un estudio sobre el Pacto Andaluz por el Libro de la Consejería de Cultura (septiembre 2009).

A través de un análisis multivariante del barómetro de lectura en Andalucía se constata que la variable de mayor correlación con la lectura es el nivel de estudios. Así, a menos nivel de estudio, las personas mayores de 65 años, leen menos. Según la citada investigación: los mayores de 65 con estudios hasta primaria residentes en un hábitat hasta 50.000 habitantes, el 14,7% leen libros, mientras que con las mismas edades y estudios, en hábitats de más de 50.000, el porcentaje de las personas que leen libros es del 25%, frente a las personas mayores de 65 años con estudios secundarios o universitarios, que leen libros un 68,7%. Además, esta investigación demuestra que, a mayor formación, mayor calidad de vida, y que la lectura tiene también una función terapéutica para ayudar a combatir o sobrellevar la soledad.

Por todo ello, parece lógico que haga falta que las personas mayores lectoras sean difusoras, en primer lugar, en el propio colectivo de mayores y después, dediquen sus esfuerzos a los más jóvenes. Todo ello, transitoriamente, porque las nuevas generaciones de personas mayores van teniendo mejor formación ahora que hace unas décadas.

Desde esta perspectiva, consideramos que el alumnado de los Programas Universitarios de Mayores de las universidades andaluzas podrían acometer esta tarea desde el voluntariado cultural, a través de sus diferentes asociaciones universitarias.

RESUMEN Nº 10
LAS PERSONAS MAYORES COMO DIFUSORAS DE LA LECTURA

Como difusoras de lectura, las personas mayores podrían:

- Organizar clubes de lectura.
- Diseñar campañas de lectura.
- Ser cuentacuentos en escuelas infantiles y colegios.
- Organizar y/o colaborar en las bibliotecas.
- Organizar ferias de libros.
- Organizar talleres de poesía, teatro y narrativa.
- Potenciar recitales de poesía.
- Crear bibliotecas ambulantes.

Recomendamos:

18.- Difundir la lectura entre las personas mayores y en espacios escolares: educación infantil y primaria (cuentacuentos).

Para ello sería conveniente:

- Desarrollar estrategias que fomenten la lectura entre los mayores.
- Diseñar programas de difusión de la lectura a través de los medios de comunicación: radio, televisión, prensa, páginas web.
- Fomentar la lectura entre diferentes colectivos sociales.
- Facilitar el acceso a la lectura a través de actividades concretas: jornadas, semana del libro, feria del libro…
- Contagiar el placer de leer a los centros de educación de adultos y universidades populares.
- Estudiar fórmulas para aprovechar la contribución que las personas mayores lectoras pueden hacer para aumentar el hábito de lectura en nuestra comunidad autónoma andaluza.

6.3.- LAS PERSONAS MAYORES COMO DIFUSORAS DE EXPERIENCIA Y TRADICIÓN

La experiencia más importante que la persona mayor posee, no radica sólo en sus conocimientos técnicos, que los jóvenes aventajan, sino en el conocimiento de los aspectos psicológicos y sociales, que estas personas poseen por el mero hecho de haber vivido más tiempo. Tal vez las personas mayores tendrán, por su dilatada experiencia, posibles respuestas para los temas contemporáneos como la crisis individual, el diálogo entre las generaciones, los conflictos entre grupos y tantos otros problemas psicosociales actuales.

En síntesis, la persona que ha vivido más tiempo, parece lógico que podrá aportar al resto de la sociedad su experiencia, no por poseer mayores conocimientos, sino por haberlos experimentado durante más tiempo.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a considerar que el conocimiento adquirido y la experiencia acumulada son caudales que deben ser utilizados por la sociedad.

Desde un análisis más profundo, se podrían considerar como valores demasiado preciados como para ser ignorados por los más jóvenes.

.

Desde esta perspectiva se podría citar aquí el dicho senegalés que afirma: "cuándo una persona mayor muere, con ella arde una biblioteca". Esto viene a confirmar la importancia que tienen, cada vez más, los instrumentos de utilización de la experiencia de las personas mayores a través de distintas modalidades de mentoraje.

Según la UNESCO, y a través de la Convención para la Salvaguarda del Patrimonio Cultural Inmaterial adoptada en el 2003, este legado frágil y en su mayor parte de transmisión oral, se recibe de los antepasados y se transmite a los descendientes de forma anónima y no necesariamente reglada. Algunas de las más importes manifestaciones culturales del mundo han sido ya recogidas en la lista representativa del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Se constata en ella que las personas mayores han sido los principales protagonistas en el mantenimiento de este modelo de funcionamiento social.

En cuando a la institucionalización de este modelo, incluso en determinados ámbitos, como el sanitario o el universitario, se recogen figuras específicas como profesores eméritos o personal emérito del Sistema Nacional de Salud, que continúan aportando su experiencia al resto de la sociedad. Tal vez, en el mejor momento productivo, donde la experiencia modula cualitativamente el conocimiento.

Parecido razonamiento podemos hacer al referirnos a las tradiciones, que parece obvio, hay que aprender a respetarlas. Eso significa aprender a considerar un patrimonio, heredado de las personas mayores, con todo lo que ello implica de enriquecimiento en valores y reafirmación de la personalidad. Esto también se puede difundir a través del voluntariado donde los mayores explican a los más jóvenes costumbres y tradiciones de su localidad o ciudad. Los cuentos, los juegos, los juguetes, las recetas de cocina, las historias locales… son aspectos demasiado importantes como para que pasen al olvido o incluso queden borrados de la historia familiar. Desde este punto de vista, parece lógico que una persona se jubile de su quehacer laboral, pero nunca de su compromiso con transmitir la experiencia y tradición a sus descendientes

Lo anterior viene a sugerir un cambio en la consideración de la vejez como etapa negativa, que evoca situaciones pasadas y afortunadamente superadas en la actualidad, sino como algo activo y dinámico, con protagonismo histórico en la medida en la que se proporcionan fundamentos para el cambio desde la transición y no desde la ruptura.

El equívoco actual consiste en presentar conocimientos tradicionales de las personas mayores frente a saberes contemporáneos de los más jóvenes como si aprovechar uno supusiera negar los otros, y aquí está la falacia del planteamiento, ya

que ambos son indispensables en una sociedad moderna. Lo importante de la experiencia de las personas mayores son los conocimientos que poseen de la vida, mientras que lo valioso de los jóvenes es su capacidad de innovación e iniciativa. Se parte así de la similitud de conocimientos en lo esencial entre el pasado y el presente, ya que el ser humano sigue siendo el mismo antológicamente, mientras que la época presente resulta única en el mundo de la tecnología y en los avances de las ciencias naturales.

Se ha de tener presente y no conviene olvidar que, en muchas culturas el prestigio ha constituido la nota distintiva, el valor máximo y el mayor aprecio, que la sociedad ha concedido a la vejez. El prestigio basado en la presunción de una experiencia adquirida a través de su pasado por todas las etapas de la vida y de unas opiniones desapasionadas como consecuencia de una edad desinteresada, han permitido a la vejez ejercer una autoridad de consejo, en algunos casos con un fuerte contenido de poder, que ha sido considerado beneficioso para el equilibrio entre integración y cambio, y para el sentimiento de seguridad colectivo. Pensamiento que se refleja muy sabiamente en "De Senectute" ("Sobre la Vejez" de Cicerón).

Los puntos fuertes y las cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que ponga sus ideales y sus fines sola, única y exclusivamente en lo nuevo, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores, estabilidad y prudencia.

Todo lo anterior puede tomar sentido en el intercambio intergeneracional, donde los jóvenes han sido testigos de posibles cambios, que el entorno ha ido incorporando, sin embargo, carecen de historia donde poder encontrar el origen y el sentido de tal transformación, por ejemplo la transición democrática en nuestro país. De esta manera puede servir de intercambio el arte, la cultura, los saberes y tradiciones populares, muy enriquecedores para ambas partes.

Para terminar, podríamos concluir diciendo que las personas, que han vivido más tiempo podrán aportar al resto de la sociedad su saber y su experiencia, no por poseer mayores conocimientos, sino por haberlos experimentado durante más tiempo. Y es que si la experiencia es un grado, la tradición, los fundamentos del futuro, son pilares indiscutibles, pues como decían los clásicos romanos: "un pueblo que olvida su pasado, la historia, está condenado a desaparecer" o, "la historia es la maestra de la vida". Por todo ello, parece que tradición e innovación no debería estar reñido, sino ser complementarias y el nexo de unión podría ser el orillado colectivo de las personas mayores.

Por último se presenta un cuadro resumen sobre las actividades a desarrollar por las personas mayores como transmisoras de experiencia y tradición.

RESUMEN Nº 11
LAS PERSONASMAYORES COMO DIFUSORAS DE EXPERIENCIA Y TRADICIÓN

1. Experiencia:

a) Orientar laboralmente a personas más jóvenes.

b)Enseñar el trabajo artesano de las personas mayores a los más jóvenes.

c) Organizar diferentes tertulias sobre experiencias vividas por las personas mayores.

2. Tradición:

d) Crear museos locales.

e) Organizar exposiciones de fotografías antiguas.

f) Recopilar cuentos, juegos, juguetes y recetas de cocina antiguas.

g) Recoger por escrito la historia de las ciudades y los pueblos.

h) Recopilar historias orales contadas por personas mayores.

Formulamos las siguientes recomendaciones:

19.-Recuperar y organizar espacios para difundir las tradiciones locales a través de museos, exposiciones y narraciones orales.

20.- Poner al servicio de la comunidad las experiencias profesionales mediante un servicio de orientación a través del voluntariado.

21.- Recuperar las tradiciones locales a través de los cuentos, juguetes, canciones, dichos populares, etc, así como facilitar el aprovechamiento de la riqueza cultural de las personas mayores para potenciar su autovaloración y autoestima y salvaguardar el patrimonio y las tradiciones culturales, depositando en las personas mayores la confianza y responsabilidad de difundir las experiencias y tradiciones como miembros activos de la sociedad.

CONCLUSIONES

- La educación a lo largo de la vida es tan importante para el envejecimiento activo que está cambiando la imagen de las personas mayores en la comunidad autónoma andaluza.

- La educación a lo largo del ciclo vital debe ser abordada para y por las personas mayores.

- El catálogo de actividades educativas en la comunidad autónoma andaluza es un potente instrumento de formación permanente para el alumnado, pero debería ser ampliado y mejorado cualitativamente.

- La formación tiene una doble dirección: la persona mayor y la sociedad. Lo primero como crecimiento personal, lo segundo como difusor de experiencia, de la lectura, cultura, tradición y conocimiento.

- Destacamos la formación en las nuevas tecnologías y el aprendizaje de idiomas como acceso a la Sociedad del Conocimiento.

- Es fundamental en la educación a lo largo de la vida las relaciones intergeneracionales, que se deben propiciar en los diferentes programas de mayores.

- Debido a la importancia que tiene la jubilación, habría que incluir los Programas de Preparación a la Jubilación Activa, por los beneficios que tiene ésta en las personas jubiladas.

- La educación a lo largo de la vida debe ser accesible para todas las personas, independientemente del género y de su nivel económico y sociocultural.

- Los PUM son un excelente instrumento para la educación a lo largo de la vida, pero deberían extenderse aún más a los contextos rurales.

- Para establecer las relaciones intergeneracionales es conveniente abrir los diferentes programas educativos a todas las edades.

- El intercambio cultural de las personas mayores de otras regiones, países y universidades es beneficioso para el envejecimiento activo.

- Es fundamental el actual cambio de rol del envejecimiento pasivo por el activo, al que están contribuyendo los diferentes programas innovadores en los que las personas mayores son los protagonistas como miembros activos de la sociedad.

- La investigación a lo largo del envejecimiento es importante como instrumento de análisis y evaluación de los diferentes programas de formación. Investigación que deberían realizar tanto las instituciones como las universidades, así como las personas mayores.

- Las mujeres andaluzas deberían realizar, también, Programas de Preparación a la Jubilación Activa (PPJA), independientemente de que no hayan trabajado de forma remunerada.

- Sería muy conveniente, de acuerdo con la evolución de la población andaluza, que se potenciaran grupos de autoformación impartida por las personas mayores.

- Es necesario crear un material transversal para formar a los niños y niñas andaluces en el conocimiento de proceso de envejecimiento activo, como miembros de una sociedad envejeciente y envejecida como la andaluza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea Mundial de Envejecimiento, (1982). Viena.

Asamblea Mundial de Envejecimiento, (2002). Madrid.

Bru, C. (2002). Ponencia Marco. Los modelos marco de los PUM. En actas VI Encuentro Nacional de PUMs. Conselleria de Bienestar Social. Universidad Permanente de Alicante.

Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/364/01). Derecho a la Educación. Art. 14.

Casares, P. (2002). Ancianos. Problemática y propuesta educativa. Madrid. San Pablo.

Consejo de Europa (2000). Lisboa.

Constitución Española. 1978, Arts. 27 y 50. Derecho a la educación.

Delors, J. (1996). La Educación encierra un tesoro. UNESCO. Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI.

Estatuto de Autonomía para Andalucía. (2007). Art. 21.

FADAUM (2010). Federación Andaluza de Asociaciones Universitarias de Mayores.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología Social. Madrid. Pirámide.

Fernández, C. (2002). Impacto sobre el desarrollo de los PUMs. Un estudio sobre el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla. Tesis Doctoral Inédita.

Fundación Orange. (2008). Informe.

FUNDESCO (1998). La teleformación, p. 56.
Hanson, V. (2009). Congreso Internacional World Web.

Informe (2008). Las personas mayores en España. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. IMSERSO.

Informe Frankfurt (1978). Seminario de Jubilación p. 259.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta sobre equipamiento y uso de las tecnologías de la información y comunicación en hogares. Madrid. I.N.E.

Juni, J. (1999). Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y la vejez. Tesis Doctoral Inédita. Universidad de Granada.

Lehr, U. (2008). Prólogo en Fernández-Ballesteros. Envejecimiento Activo, P. 13. Madrid. Pirámide.

Lemieux, A. (1997). Los PUM. Enseñanza investigación. Madrid. IMSERSO.

Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

Martínez, A. (Coord). 2001. Gerontología y Derecho. Madrid. Médica-Paramericana.

Moragas, J. (2004). Preparación para la Jubilación en Gerontología Social. Fernández-Ballesteros.

Moreno, J. (1999). Mayores y exclusión social. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones.

O.M.S. (1999). Informe Año Internacional de las Personas Mayores. Ginebra.

Pacto Andaluz por el Libro (2009). Consejería de Cultura. Junta de Andalucía.

Plan Gerontológico (1992). Madrid. INSERSO.
Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007). Madrid. IMSERSO.

Stadelhofer, C. (2002). El significado de la formación general científica permanente para adultos mayores ene. Umbral del siglo XXI. En los modelos marco de los PUM. (pp. 93-94). Consellería de Bienestar Social. Universidad de Alicante.

Velázquez, M. y Fernández, C. (1998). Las universidades de ayores. Una aventura hecha realidad. Estimulación y desarrollo ene. Último tramo del ciclo vital. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones.

Velázquez, M. (1998). El Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla. Internacional Journal of the Third Age. Learning International Studies. (8), 14-21.

Velázquez, M. (1999). La formación de formadores para los PUM. Revista de formación educativa nº3. Sevilla. C.E.U.

Velázquez, M. y Fernández, C. (1999). Autoconcepto y envejecimiento. Internacional Journal of the Third Age. Learning International Studies. (9), 27-30.

Velázquez, M., Fernández, C. y Cols. (2000). Guía de Programas Universitarios de Mayores de España. Madrid. IMSERSO.
Velázquez, M. (2006). Reflexiones sobre los PUM. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones.

Yanguas J.J. y Cols. (1995). Intervención psicosocial en gerontología. Manual Práctico. Madrid. Cáritas.

Cultura
Educación
Experiencia
Saber

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Saudade
Partilhe
Compartilhe
Convida

ÁREA DE PROSPECTIVA DEMOGRÁFICA Y EJES TRANSVERSALES

1.- Difundir la lectura del envejecimiento demográfico no como una enfermedad social sino como un logro sin precedentes históricos, sostenido por la magnífica evolución de la esperanza de vida y por el control humano de la reproducción, evitando que se interprete exclusivamente el envejecimiento de la población en clave de problema. Es aconsejable que deje de asociarse sobre todo con sus dimensiones demográfica y económica, y se recalquen otros aspectos como las contribuciones que las personas mayores hacen a la familia y a la sociedad.

2.- Concebir, sobre todo, el envejecimiento humano como un proceso extendido a lo largo del ciclo vital, para lo cual debería disociarse de los 65 años, tanto en el campo de la investigación como del discurso social:

◢ Al tratar aspectos relacionados con el envejecimiento, la investigación no debería limitarse a considerar los 65 años como 'momento de comienzo de…', ni ocuparse tan sólo de este segmento de la población, ignorando a las personas de edad inferior. Impulsar los estudios longitudinales.

◢ Si por necesidad de tipo comparativo deben usarse indicadores sociales referidos a las personas de o más 65 años, advertir siempre que se trata de un criterio arbitrario y convencional para operar con las poblaciones puesto que a nivel humano el envejecimiento es un proceso presente a lo largo de todo el ciclo vital y no desde de una cierta edad.

◢ No presentar únicamente datos y resultados referidos en su conjunto al segmento de población de 65 o más años, sino desagregando siempre las informaciones por años cumplidos de las personas.

◢ Sería recomendable también la introducción del envejecimiento como aspecto transversal en todas las políticas públicas, independientemente del grupo de edad. Diseñar una planificación estratégica cuya meta se avanzar hacia una sociedad para todas las edades.

3. -Generar un discurso social sobre los procesos de envejecimiento y sobre la consideración de las personas mayores que desplacen a los prejuicios y a las visiones estereotipadas de la realidad que suelen circular. Para ello es clave disponer de un conocimiento real de los actores sociales.

4.- Crear un Observatorio del Envejecimiento en Andalucía para, entre otros cometidos,…

◢ Obtener, analizar y difundir un conocimiento real y permanentemente actualizado sobre los aspectos estruc-

turales y de cambio de la población andaluza, en comparación con los ámbitos nacional, europeo y mundial, que distinga asimismo a nivel interno singularidades por provincias y tipos de hábitats.

◢ Obtener asimismo conocimiento sobre las necesidades y las demandas de las personas a lo largo del ciclo vital, de cara a la consecución de un envejecimiento activo, así como sobre los recursos existentes para lograrlo tanto públicos como privados.

5.- Reconocer el hecho diferencial que significa el envejecimiento femenino, tanto en el plano personal como en el social, impulsando las investigaciones sobre envejecimiento que aporten información desagregada por sexo y aplicando la perspectiva de género en el diseño de todas las políticas públicas de envejecimiento activo, velando para la consecución de una igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres.

6.- Dada las singularidades personales (peor salud, peor posición económica, escasez de estudios, viudedad, etc.) y generacionales (derivadas por ejemplo de la Guerra Civil) de éstas últimas, y en general su mayor fragilidad social, evitar que queden marginadas u ocupen un plano secundario en las políticas de envejecimiento activo.

7.- Atender y apoyar esta favorable evolución, orientando las políticas de envejecimiento activo no únicamente hacia a la persona sino, allá donde exista, hacia la pareja. , pues en las sociedades modernas la viudedad es contemplada por quienes la sufren cada vez menos como la 'antesala de la muerte' y más como una etapa nueva de la vida que hay que dotar de sentido y de contenidos. Numerosas prácticas relacionadas con el envejecimiento activo podrían y habrían de contribuir a la hora de definir y potenciar esta nueva concepción de la viudedad.

8.- Considerar el estado civil como un factor básico a la hora de promocionar prácticas específicas de envejecimiento activo a hombres y mujeres, teniendo encuenta asimismo el tipo de población en el que se encuentran habitando.

9.- El grado de asunción del envejecimiento activo depende no únicamente de la actitud más o menos favorable que tengan las personas, sino además de sus circunstancias contextuales. Entre ellas, el tipo de hogar en el que habitan ha de ser muy tenido en cuenta en el diseño de políticas de envejecimiento activo, en aspectos como la seguridad, la participación o la salud. Por ejemplo…:

a) La posición económica viene determinada no tanto por los ingresos

de los individuos sino, más bien, por los del conjunto de los miembros del hogar donde habite. E igual pasa con el gasto.

b) De cara a la participación social, habrá que considerar que numerosas personas mayores apenas disponen de tiempo libre puesto que conviven con personas a las que han de prestar cuidados de modo permanente.

c) Y en la expansión de hábitos de vida saludables, también influye mucho la situación de pareja, por ejemplo en la alimentación y en general en los aspectos preventivos.

10.- Las políticas de envejecimiento activo han de favorecer la voluntad de las personas de envejecer en casa, sean acompañadas (como sucede con la gran mayoría de los varones) o bien solas (como hacen buena parte de las mujeres mayores), evitando que la sucesión de formas de convivencia que han de adoptar las personas en el último tramo de la vida, especialmente las mujeres (vida en pareja, solas en el hogar propio, mudanza con familiares o institucionalización), reduzca sus oportunidades de envejecimiento activo. Aquellas personas mayores que viven en el domicilio de familiares, pese a ser una minoría, no han de quedar relegadas a un plano secundario en las políticas de envejecimiento activo. Debe prestarse una atención especial a las que se han desplazado del medio rural al urbano para convivir con la familia, que son principalmente mujeres muy longevas con problemas de salud, con elevado riesgo de aislamiento social.

11.- Cualquier persona que sufra problemas de salud de cierta importancia, o incluso dependencia, no ha de ser excluida de las prácticas de envejecimiento activo. Desarrollar acciones encaminadas a potenciar tal estilo de vida, como la atención a domicilio o el empleo de las nuevas tecnologías. Tener en cuenta que cada vez resulta más frecuente envejecer en casa con discapacidades, incluso en solitario.

12.- Establecer mecanismos de intermediación entre la demanda de cuidados que hacen las personas en situación de dependencia y la oferta de mano de obra profesional que la provea. Por ejemplo, que las administraciones fomenten la creación de programas de integración laboral y social de las personas inmigrantes empleadas en este sector, que representen a su vez para las personas dependientes una garantía de seguridad a la hora de contratar sus servicios.

13.- Las residencias de personas mayores deben transformarse en centros polivalentes que ofrezcan servicios diversos y adaptados a las nuevas necesidades

tanto del residente como de su familia. Han de convertirse en centros abiertos e integrados en la comunidad, que comparten actividades y servicios con distintos colectivos y grupos de edad. Debería tenderse a la creación de centros intergeneracionales, constituidos como recurso comunitario y que permitieran la normalización de la vida residencial y el intercambio entre generaciones.

14.- Dado que lo más corriente es que se trate de un estilo de vida elegido frente a otros, eliminar las connotaciones sociales negativas (arrastradas de otro tiempo) que suelen pesar sobre la soledad residencial de las personas mayores. La vida en solitario ofrece a las personas que envejecen el ejercicio de derechos fundamentales como la libertad, la autonomía y la independencia en una magnitud superior a otras formas de convivencia alternativa (la mudanza a casa de familiares o la institucionalización). Son derechos cuyo disfrute antes importaban menos, cuando lo que verdaderamente primaba era la necesidad de asegurar la subsistencia, y que han de ser potenciados en las políticas de envejecimiento activo. Vivir en solitario a una edad avanzada plantea una serie de incertidumbres y comporta riesgos, relacionados tanto con la seguridad (quién se encargará de cuidarles si lo necesitan) como con la participación (por ejemplo, el aislamiento social) y con la salud (el sufrir una caída) que habrían que reducirse mediante el fomento de las prácticas de envejecimiento activo.

15.- Las personas sin estudios merecen una atención especial y diferenciada en las políticas de envejecimiento activo. En general, y a modo de síntesis de todo cuanto llevamos recomendado, adaptar las propuestas de envejecimiento activo a cada tipo o perfil de personas, dependiendo de su sexo, edad, estado civil, forma de convivencia, hábitat, salud, posición económica y nivel de estudios. En esa labor, prestar una atención especial a los perfiles de población en una situación potencial de mayor fragilidad social, y en concreto a las mujeres muy longevas sin pareja que habitan en el medio rural, dado que padecen un riesgo superior de pobreza, de aislamiento familiar y social, aparte de acusar en general un profundo déficit de instrucción académica.

16.- Por supuesto, potenciar la educación de adultos, que en Andalucía tiene un papel primordial porque facilita la alfabetización de un importante número de personas que alcanzaron su edad adulta no sabiendo leer ni escribir, sobre todo mujeres del medio rural. Y en este ámbito incrementar la presencia universitaria, que junto a los centros de educación de adultos pueden ser fundamentales en la dinamización e implantación de las políticas de envejecimiento activo y las prácticas intergeneracionales.

17.- Las distintas administraciones deben motivar la implantación de programas intergeneracionales con el objeto de:

- Favorecer a las personas mayores participantes oportunidades de formación, participación, salud y seguridad, ejes claves en la promoción de envejecimiento activo.

- Frente a la cultura del sujeto, de las edades y de las discriminaciones, potenciar una cultura, una economía, una salud, una educación y en suma una política basada en el 'entre', es decir, en las relaciones, que sustituya a la cultura del 'yo'.

- Fortalecer la solidaridad y el dialogo entre generaciones, teniendo en cuenta especialmente las necesidades de las personas mayores y de las jóvenes, como base sobre la que construir el camino hacia una sociedad para todas las edades.

- Posibilitar, por último, la implantación los programas intergeneracionales como vehículos de intercambio entre dos espacios de solidaridad, la familiar y la social.

18.- Junto al esfuerzo y a la iniciativa individual, se deberían promocionar las políticas de envejecimiento activo en Andalucía, tanto desde la esfera pública como desde la privada, para lo cual resulta muy aconsejable…:

- Informar sobre qué es el envejecimiento activo a los andaluces y las andaluzas, a través de los organismos públicos (educación, sanidad, etc.) y los medios de comunicación.

- Reconocer el envejecimiento como proceso que se produce a lo largo de toda la vida.

- Determinar el ámbito local como marco territorial más adecuado para la puesta en marcha de programas de envejecimiento activo.

- Evitar que los entornos rurales queden al margen de los recursos y las actuaciones relacionados con el envejecimiento activo.

19.- Creación de la figura del 'agente de envejecimiento activo', encargada de acercar los recursos sociales que lo fomenten entre los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

VIVIR EN SEGURIDAD

20.- Desarrollar, en colaboración con las Administraciones competentes, mecanismos de garantía específicos de los derechos de las personas mayores, tanto institucionales- a través de la figura del Defensor de las Personas Mayores- como normativos, haciendo especial hincapié en la lucha contra toda forma de discriminación, especialmente la referida a la edad.

21.- Informar a las personas mayores , a través del cauce habilitado en el artículo 42 de la Ley 6/99 , sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos. En particular sobre las ventajas de la utilización del poder preventivo otorgado ante Notario, así como de las figuras del Tutor y Curador.

Abrir un cauce de debate sobre la conveniencia de instar a la supresión del derecho a la legítima de los descendientes, sustituyéndola por un derecho de alimentos con cargo a la herencia a favor de hijos menores o discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales En este ámbito se sugieren una serie de modificaciones normativas. Así:

◢ Instar a la modificación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personas y Atención a las personas en situación de dependencia para incluir al "representante voluntario facultado para ello", en algunos de sus artículos en los que se exige una actuación de la persona dependiente.

◢ Modificar el artículo 45 de la Ley Autonómica 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía que, bajo el título Ingresos en centros residenciales" solo permite el ingreso en esos centros mediante prestación de su consentimiento por la persona en cuestión si tiene capacidad para esa prestación y, de lo contrario, es decir "en los casos de incapacidad presunta o declarada", se requerirá autorización judicial. Pues bien, la modificación que se propugna consiste en permitir que en los casos de "incapacidad presunta" de la persona de quien se solicite el ingreso, pueda prestar el consentimiento su apoderado en el poder preventivo que estamos contemplando en los casos en que hubiese sido expresamente facultado para ello.

22.- En relación al ejercicio de los derechos de los abuelos y abuelas con respecto a sus nietos y nietas se sugieren las siguientes recomendaciones:

◢ Institucionalizar una publicidad específica y una atención especializada en esta materia que pudiese cubrir todas las necesidades de información y asesoramiento especializado de que precisan las personas mayores. Desde la creación de un departamento del Defensor de la Persona Mayor en la oficina del Defensor del Pueblo Andaluz, pasando por la creación de un departamento especializado en las oficinas de orientación social y por la inclusión de la especialidad en la Ley 1/2008 de Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía de 27 de Febrero , pudiendo acudir , en su caso, para el ejercicio de este derecho al Ministerio Fiscal.

◢ Instar a las modificaciones normativas procedentes en el sentido de permitir que los abuelos sean oídos –a petición de éstos y el Juez lo considerase conveniente- en los casos de determinación de ejercicio de la patria potestad, así como en los procedimientos de separación, nulidad y divorcio de los padres a los efectos de determinar el régimen de guardia y custodia de los hijos.

23.- Informar a la ciudadanía de la posibilidad de establecer las condiciones en que cada persona quiere que le sea prestada la asistencia sanitaria a través del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas .Igualmente puede designarse uno o varios representantes para que sirvan de interlocutores ante los Médicos y hagan valer las instrucciones establecidas por la persona otorgante.

24.- Se debe seguir avanzando en la consolidación de la seguridad económica que el sistema de Seguridad Social garantiza. Para ello es necesario:

◢ Adaptarlo a la realidad económico-social, sin perder de vista la mejora de las prestaciones, especialmente las destinadas a las personas mayores.

◢ Apostar por un mantenimiento de la carga contributiva que sobre la sociedad supone el sistema, alejándonos de tentaciones de reducción generalizada de cotizaciones.

25.- Igualar progresivamente, por motivos de justicia social y no discriminación, el importe de la pensión mínima que garantiza el Sistema Contributivo con la pensión No Contributiva , así como acometer una reforma en profundidad de la pensión de viudedad. Para ello:

◢ El sistema debe converger hacia una progresión económica sustancial para la pensión de viudedad, sin por ello menoscabar el equilibrio financiero del Sistema, cuestión fundamental para garantía de la seguridad económica de las personas mayores.

◢ Se propone la elevación de la protección en la viudedad de casos de necesidad, unidos a rentas perdidas con el fallecimiento. En esa línea, se debe potenciar la parte de prestación no contributiva, con complementos a mínimos más elevados, hasta llegar al mínimo de jubilación.

◢ Por otro lado, en el supuesto de percepción de otras rentas o de convivencias previas breves, se podría respetar la prestación con carácter no vitalicio.También se podría vincular el importe de la pensión de viudedad a la menor o mayor duración del disfrute común de la pensión de jubilación del fallecido.

26.- Introducir mecanismos restrictivos para limitar al máximo la jubilación forzosa, sobre todo en actividades compatibles con la edad, en las que, además, los años de experiencia pueden ser una ventaja laboral y social. En esa línea proponemos un aumento de los estímulos económicos a la jubilación parcial a partir de los 65 años, como mecanismo productor de un envejecimiento activo laboral, compatibilizando el trabajo parcial de la experiencia con el ocio activo.

27.- Que las pensiones no contributivas de la Seguridad Social experimenten en su cuantía incrementos anuales por encima del IPC, con el fin de producir una mejora sustancial en el poder adquisitivo de las personas beneficiarias de la misma, de modo que en el plazo de cinco años alcance el 100 por ciento del importe del salario mínimo interprofesional.

28.- Que se consoliden las medidas de reducción del gasto como el bono social en el consumo de electricidad y se extiendan a otras energías como el gas y el agua de uso domestico y a otros servicios como Internet.

29.- Dada la variedad y complejidad de instrumentos que el ordenamiento jurídico ofrece a las personas mayores para asegurar su vejez, adicionalmente al sistema de protección público, se requiere que se disponga de una información puntual y comprensible de los mismos al efecto de que pueda llevarse a cabo una elección adecuada que no reduzca o límite sus derechos. Del mismo modo, se ha de exigir de forma enérgica una cultura de transparencia a las entidades financieras y aseguradoras sobre estos instrumentos.

30.- En el ámbito de la comunicación realizar una campaña de concienciación sobre la importancia que para las personas mayores tiene desenvolverse en un entorno" accesible y seguro", en la que se incida en el valor de la "accesibilidad preventiva" que evite en el futuro situaciones como: traslados de domicilio, ingresos en centros, aparición discapacidad por accidentes o caídas, etc.

31.- En el ámbito normativo, instar :

◢ Dentro de la regulación legal sobre edificación la exigencia de que se construyan "viviendas convertibles", en renta libre o protegidas, cuyas características arquitectónicas permitan en el futuro hacerlas accesibles a un bajo coste económico.

◢ A la modificación de la regulación que hace la actual Ley de Propiedad Horizontal sobras obras de accesibilidad

en las comunidades de propietarios/as, que sólo establece como obligatorias las obras cuyo coste no supere tres mensualidades ordinarias por cada comunero/a.

◢ A una mejora del control administrativo y el procedimiento sancionador en casos de incumplimientos de la normativa de accesibilidad.

32.- Mejorar la formación de los/as profesionales del diseño incluyendo la accesibilidad dentro de las materias curriculares universitarias así como fomentar la investigación de nuevos productos de apoyo y tecnologías que mejoren la autonomía y la accesibilidad en la comunicación de las personas mayores

33.- En el ámbito de la actuación de fomento de las Administraciones Publicas aumentar las cuantías de las ayudas públicas destinadas a la eliminación de barreras tanto en el edificio como en el interior de las viviendas., así como prever la subvención para la adquisición de ayudas técnicas o productos de apoyo para salvar desniveles dentro del domicilio de personas mayores (elevadores, plataformas salvaescaleras, grúas..) o mejorar su comunicación con el entorno (ayudas TIC), así como regular el Fondo de Supresión de Barreras previsto en la normativa andaluza, con objeto de financiar actuaciones para hacer progresivamente accesibles los entornos existentes o ya construidos (vías públicas, edificaciones y medios de transporte).

34.- Es necesario que las Administraciones Públicas adopten medidas concretas en materia de protección de los derechos que, como consumidores, tienen las personas mayores. Así:

◢ Deben seleccionar y suministrar información en materia de consumo dirigida específicamente a las Personas Mayores.

◢ Deben salvaguardar todos los derechos y, especialmente, el derecho a la información, de las Personas Mayores como personas consumidoras y usuarias en los medios de comunicación social.

◢ Han de planificar y ejecutar acciones formativas en materia de consumo dirigidas a las Personas Mayores.

◢ Deben definir y deben adoptar las medidas necesarias en materia de Defensa y Protección de los consumidores, especialmente en relación a las ofertas comerciales dirigidas específicamente a este sector de la población, como cumplimiento a lo dispuesto en el art. 48 de la Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.

35.- Entre toda la ciudadanía hay que "redefinir" la imagen social de las personas mayores desalojando del sentir colectivo los clichés y estereotipos desfasados y trasladando su realidad actual. Para conseguirlo es preciso:

◢ Promover la investigación sobre la situación real de la presencia y las características de los estereotipos asociados a las personas mayores en nuestra sociedad. En particular, el tratamiento que de ellas se hace desde los medios de comunicación, tanto en la programación como en la publicidad.

◢ Profundizar mediante los estudios e informes necesarios en el conocimiento de los hábitos, preferencias, percepciones y opiniones de las personas mayores en relación con los medios audiovisuales y sus contenidos, así como de la percepción del resto de la población de la imagen de las personas mayores transmitida a través de la programación y publicidad de la televisión.

◢ Favorecer un adecuado tratamiento social de las personas mayores, a través de medidas informativas y educadoras.

◢ Establecer, a través de los órganos competentes, unas recomendaciones de estilo sobre el tratamiento informativo y publicitario de las personas mayores, utilizando para ello el mecanismo de la corregulación.

◢ Colaborar con las instituciones pertinentes, en particular con el Consejo Audiovisual de Andalucía, para implementar los mecanismos de seguimiento y control sobre el tratamiento en los programas y en la publicidad protagonizada o dirigida a las personas mayores.

◢ Desarrollar acciones específicas en el ámbito educativo y mediático que permita incorporar una adecuada imagen social de las personas mayores.

◢ Fomentar las buenas prácticas en el abordaje informativo y publicitario de las personas mayores; así como los programas y contenidos específicamente dirigidos a ellos o que cuenten con su participación.

◢ Contribuir al desarrollo de medidas que permitan la accesibilidad de los mayores a los medios de comunicación.

◢ Promover la colaboración interinstitucional, con los operadores públicos y privados, y con otros actores del sector audiovisual con la finalidad de poner en marcha acuerdos y otras acciones que contribuyan a la promoción y defensa de los mayores en el ámbito de los medios de comunicación.

36.- Profundizar en la información a las empresas familiares sobre la existencia de la figura de los protocolos familiares y su utilidad. Así como se mantenga la acer-

tada política de incentivos económicos públicos para el desarrollo de protocolos familiares.

37.- En relación a los malos tratos en el ámbito familiar, solicitar a las Autoridades competencia en Servicios Sociales que realicen una política preventiva destinada a descubrir y actuar ante situaciones de convivencia en condiciones extremas, con cargas asistenciales difícilmente soportables para los familiares cuidadores que pueden dar lugar a episodios violentos. Para ello es preciso :

◢ Realizar estudios e investigaciones sobre el maltrato a personas mayores vulnerables, para conocer con exactitud su dimensión y problemática.

◢ Desarrollar acciones coordinadas y ágiles de prevención y detección de los casos de maltrato

◢ Desarrollar programas educativos y de sensibilización orientados al respeto y reconocimiento de las personas mayores (redes sociales de apoyo, agentes de cambio, etc), y acciones formativas para los profesionales del sector y de los medios de comunicación

38.-Solicitar a los Poderes Públicos competentes la creación de grupos de Policía especializados en la prevención y persecución de los delitos de los que con más frecuencia son víctimas las personas mayores, así como incluir esta materia en los planes de estudio y formación de las Fuerzas de Seguridad.Igualmente se solicita se profundice en el proceso de creación en todas las Fiscalías de las Secciones de Protección de las Personas Mayores.

39.- Que se establezcan programas específicos de educación y se considere necesario desarrollar acciones que salvaguarden la seguridad de las personas mayores en el uso de la red viaria y del tráfico.

VIVIR SALUDABLEMENTE

40.- Fomentar la dieta mediterránea, que se caracteriza por:

◢ Elevado consumo de cereales, frutas, verduras, frutos secos, legumbres.

◢ Aceite de oliva como fuente principal de grasa.

◢ Consumo moderado de pescado, pollo, leche y lácteos.

◢ Bajo consumo de carne y productos cárnicos.

41.- Para el fomento de la alimentación saludable, se hace necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

◢ La totalidad de los profesionales de la salud deben recibir formación en atención nutricional (Silver Paper).

◢ Se debe considerar la capacidad de comprar y preparar alimentos, las situaciones de emergencia y las situaciones de pérdida de funcionalidad y actividad que puedan limitar de forma transitoria o progresiva el acceso a la adecuada nutrición.

◢ Incluir políticas sociales globales que promuevan la producción, distribución y comercialización de alimentos idóneos desde el punto de vista nutritivo y de condiciones higiénicas así como acentuar los aspectos atractivos y agradables de la alimentación, los placeres de la buena mesa y la compañía.

◢ Procurar el acceso a los alimentos y a una nutrición adecuada.

42.- Fomentar la práctica regular de ejercicio físico en las personas mayores, a través de campañas de sensibilización y mediante medidas tendentes a propiciar ventajas económicas (Por ejemplo descuentos en cuotas de usuario) para las personas mayores que acudan a instalaciones deportivas o utilicen servicios que impliquen la realización de ejercicio físico.

43.- Promover iniciativas que fomenten la actividad física, adaptándolas a las características funcionales y las prefere ncias de las personas mayores (Huertos saludables, Rutas saludables como "Un millón de pasos", Bailes de salón, oficios tradicionales, etc.)

44.- Aprovechar las instalaciones y estadios deportivos para hacer de ellos foco de irradiación del envejecimiento activo a través de la práctica adecuada del deporte.

45.- Desarrollar la normativa necesaria para restringir el consumo de tabaco en zonas públicas, que proteja en todo momento a las personas no fumadoras, además de regular el acceso de la población más joven al consumo de tabaco, facilitando programas de deshabituación tabáquica a las personas mayores promoviendo los tratamientos más adecuados a sus necesidades y características individuales, así como desarrollar acciones específicas que incidan sobre el grupo de chicas de 16 a 24 años.

46.- Desarrollar campañas divulgativas dirigidas a la prevención del daño que puede derivarse del consumo de alcohol.

47.- Garantizar un tratamiento accesible, eficaz, flexible, basado en la mejor evidencia científica y adaptado a sus circunstancias, a aquellas personas mayores con problemas relacionados con el alcohol

48.- Favorecer una correcta salud bucodental a lo largo de toda la vida a fin de prevenir problemas específicos, funcionales, nutricionales, así como otros que afectan a la comunicación o la propia imagen y que inciden en el bienestar de las personas y en su calidad de vida.

49.- Favorecer desde la sociedad y desde las instituciones, la normalización de la sexualidad de las personas mayores.

50.- Incluir a todas las personas mayores en todas las estrategias de promoción de la salud mental que se impulsen desde los diferentes ámbitos

51.- Promover el entrenamiento de la memoria, la estimulación mental y las estrategias de compensación mental, así como la formación de profesionales que promocionan estas actividades de estimulación cognitiva (Silver Paper).

52.- Promover la capacitación de las personas para mejorar la autoeficacia, resolución de problemas, conducta prosocial y capacidad de afrontamiento a lo largo del ciclo vital (Active Ageing).

53.- Tener en cuenta la influencia de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en la salud mental de éstas, con el objeto de impulsar medidas de discriminación positiva.

54.-Formular y aplicar estrategias destinadas a mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento de las enfermedades mentales en las personas mayores, con inclusión de procedimientos de diagnóstico, medicación adecuada, psicoterapia y capacitación del personal que atiende a este subgrupo de poblacióniv elevando la calidad de la evaluación y diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados en las primeras etapas de su manifestación, mejorar el infradiagnóstico de la depresión, y reducir las altas tasas de suicidio en las personas mayores.

55.-Informar y concienciar a la población de personas mayores de 65 años de la efectividad de la vacunas de la gripe, y de difteria/tétanos, y la neumocócica en los casos en los que exista una patología crónica previa que clínicamente lo justifique.

56.-Establecer medidas específicas desde las diferentes administraciones para disminuir los factores de riesgo que provocan accidentes en las personas mayores tanto, en el entorno privado como en el exterior.

57.- Evitar los factores de riesgos de las caídas:

◢ Mejorando la calidad de vida de las personas y los problemas de salud que las favorecen y prestando especial atención a las enfermedades que más afectan al equilibrio y la postura, así como a la polimedicación.

◢ Adaptando el entorno a las características y necesidades de las personas mayores incluyendo las prendas personales, el domicilio y el barrio.

58.- Implantar programas específicos para paliar el deterioro en la movilidad que sufren las personas mayores a consecuencia del proceso natural de envejecimiento, teniendo en cuenta:

◢ Favorecer el mantenimiento de la movilidad y promover el ejercicio adaptado.

◢ Realizar un diseño urbanístico y de los medios de transporte que tenga en cuanta las limitaciones y particularidades de la movilidad de las personas mayores.

◢ Promover campañas de concienciación dirigidas hacia las personas sin limitación de la movilidad.

59.-El cáncer es una enfermedad que se puede prevenir, tanto su aparición como sus impactos negativos una vez que se ha desarrollado. Para ello es necesario adoptar medidas en:

◢ Prevención primaria (consejos y estilo de vida): serían todas aquellas intervenciones dirigidas a reducir la probabilidad de aparición del cáncer o aminorar interrumpir su progresión incidiendo en los factores de riesgo asociados a su desarrollo.

◢ Prevención secundaria (cribado): tiene por objetivo detectar la enfermedad antes de que se manifieste clínicamente, en aquellas enfermedades en las que un tratamiento precoz permita mejorar su pronóstico.

60.- Promover que las personas mayores tengan un peso normal y evitar la obesidad y sus complicaciones.

61.- Fomentar la correcta nutrición entre las personas mayores, favoreciendo el peso normal y la ingesta adecuada de nutrientes.

62.- Realizar cribados basados en la evidencia en el colectivo de las personas mayores para favorecer la detección precoz de problemas de salud específicos, situaciones de riesgo para la salud, situaciones de dependencia y de pérdida de la calidad de vida.

63.- Mejorar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pues ello prolonga la vida de las personas y su calidad de vida, al ser éstos prevenibles, tratables y modificables.

64.- Establecer estrategias diferenciales para ambos sexos, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

65.- Fomentar el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de las enfermedades osteoarticulares que incluya programas de ejercicio físico como medida preventiva y de tratamiento, así como la realización de programas de investigación con el fin de dilucidar el papel real de la actividad física reglada en la prevención y tratamiento de enfermedades osteoarticulares.

66.- Enfermedades osteoarticulares específicas tales como la osteoporosis y la fibromialgia podrían beneficiarse de programas de ejercicio físico si éstos están diseñados adecuadamente.

67.- Establecer estrategias para la detección precoz de la fragilidad con medidas específicas para la detección en mujeres, donde la fragilidad es mayor.

68.- Promover la sensibilización y educación de la ciudadanía en el uso adecuado de medicamentos a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de minimizar los riesgos asociados a su consumo.

69.- Evitar la automedicación (incluidos los productos naturales) y el consumo de fármacos innecesarios.

70.- Recuperar el respeto de la sociedad hacia las personas mayores evitando la discriminación por la edad y modificando el imaginario colectivo asociado a la ancianidad (decrepitud e inutilidad vs sabiduría y experiencia). Para ello es preciso cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar, promoviendo la corresponsabilidad de hombres y mujeres en las tareas de cuidados, también a las personas mayores y dependientes.

71.- Prevenir las situaciones de maltrato mediante la detección precoz y el abordaje de los factores de riesgo.

72.- Promover investigación básica que pueda aplicarse a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el proceso del envejecimiento,incentivando líneas de investigación de Envejecimiento Saludable cuyos objetivos contemplen el fomento de la autonomía y la puesta en marcha de aquellas medidas que ayuden a prolongar la duración de la vida libre de discapacidad y a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que presenten diferentes niveles de discapacidad.

73.- La formación en el campo del envejecimiento activo y la atención a personas mayores requiere de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan el apoyo para que las personas asuman las riendas de su vida en un hacer proactivo.

74.-Mejorar el acceso de las personas mayores las personas y de las personas que les cuidan a los servicios de salud y a otros servicios necesarios para mantener su autonomía, a través de las TIC, así como impulsar la aplicación de nuevas tecnologías para la mejora de la autonomía de las personas. (como, por ejemplo, el desarrollo de la domótica).

75.- Detectar, estudiar y abordar a las familias de riesgo socio-sanitario que convivan con una persona mayor, sobre todo en los caso en los que se pueda requerir una intervención socio-sanitaria de emergencia.

76.- Mantener la residencia de las personas mayores en el entorno familiar y domiciliario habitual siempre que sea posible y así lo deseen las personas implicadas.

77.- Mantener y fortalecer las redes sociales en las personas mayores, así como impulsar el proyecto: "Entornos Saludables: Las Ciudades del Siglo XXI", para toda Andalucía, y proponer medidas de discriminación positiva en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS).

78.- Fomentar un entorno accesible, para lo que se requiere la puesta en marcha de medidas que sitúen a todas las personas, independientemente de sus características culturales, de edad, de discapacidad, etc, en condiciones de igualdad, en cuanto al acceso a los recursos sanitarios.

79.- Generar un entorno sanitario que ofrezca una atención sanitaria integral y que

sea sensible a la no discriminación por razón de edad y que incorpore la mirada de género, también en este grupo de edad.

80.- Promover un entorno que favorezca una atención socio-sanitaria integral, sin fracturas entre el sistema sanitario y el sistema del bienestar social.

PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO SOCIEDAD

81.-Apoyar a las personas para que asuman los cambios por los que van pasando a largo de la vida y motivarles para que elaboren, según sus referencias y capacidades, sus propios planes de uso del tiempo y de realización personal vinculados a la participación social.

◢ Consultar y tener en cuenta las preferencias de participación social de los distintos grupos de personas antes de programar acciones de participación de esos grupos, tratando siempre de adaptar a la demanda los recursos disponibles.

◢ Promover la participación de las personas en el ámbito económico, social, cultural, político, etcétera, durante toda la vida y no sólo en sus fases más avanzadas (adultez y vejez).

82.-Difundir los beneficios de la participación y seguir fomentando una participación social de amplio espectro, en todas las edades, en función de las preferencias de cada persona a la vez que respetando a quienes libremente deciden participar poco o nada.

83.- Revalorizar el papel de las mujeres en los distintos escenarios de la participación social y seguir trabajando por la igualdad de género conforme se envejece, especialmente en las fases más avanzadas de la vida y en el medio rural.

◢ Potenciar la presencia de las mujeres mayores en el espacio público.

◢ Mantener las campañas de sensibilización que favorezcan la igualdad entre géneros a todas las edades.

84.-Potenciar, facilitar y agilizar los recursos institucionales disponibles para que los Centros de Día y las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) de Personas Mayores sigan fomentando una participación de personas de todas las edades pero especialmente adaptada a las demandas de las presentes y futuras generaciones de personas mayores.

◢ Programas en los Centros de Día actividades y tareas atractivas y adaptables a los gustos personales, intentando que

a través de ellas puedan conseguirse logros a distintos niveles.

◢ Llevar a cabo en los Centros de Día acciones combinen motricidad y memoria para que paralelamente se promueva la memoria, la actividad física, la interacción social y la salud de sus socios y socias

◢ Desarrollar, a través de los Centros de Día, servicios intermedios como los programas de comida a domicilio, la formación a las personas cuidadoras y la estimulación física y cognitiva de la persona mayor que lo precise.

◢ Organizar, desde los Centros de Día, actividades físicas en espacios públicos tales como parques, especialmente dirigidas a las personas de más edad, que explique cómo utilizar de forma adecuada los aparatos para el ejercicio físico disponibles en dichos espacios.

◢Trabajar para la formación, en los Centros de Día, de juntas de gobierno paritarias en virtud del género de las edades de todas las personas asociadas.

◢ Valorar y potenciar las PYMAs en el medio rural, salvando obstáculos como la distancia geográfica e incrementando los recursos de estas entidades para que puedan atender las necesidades emergentes relacionadas con el envejecimiento en su entorno.

◢ Simplificar, facilitar y agilizar el acceso de las PYMAs a las Administraciones públicas.

◢ Buscar vías de autofinanciación para las PYMAs distintas a las ofertadas por las Administraciones públicas.

◢Apoyar a las asociaciones, federaciones o confederaciones que hacen de correa de transmisión entre las pequeñas asociaciones rurales y las instituciones.

85.- Asegurar la participación general de las personas en situación de dependencia a lo largo de toda su vida, en función de su estado y posibilidades, tanto en las actividades que puedan realizar como en la toma de decisiones sobre los temas que les afecten,desarrollando al máximo las capacidades y la autonomía de las personas dependientes de modo que no produzcamos un aumento de su dependencia a medida que envejecen.

86.- Incrementar las experiencias, programas y espacios de intercambio intergeneracional e intercultural dirigidos a atender a las personas más vulnerables a medida que envejecen. (en consonancia con lo que se plantea en el Capítulo I de este Libro Blanco).

◢ Aprovechar la emigración e inmigración como oportunidades para el acercamiento e intercambio cultural a lo largo de la vida.

◢ Potenciar los vínculos entre personas mayores e inmigrantes como medio para alcanzar una sociedad cohesionada e intercultural, poniendo en marcha campañas para que las personas mayores vean el contacto con los/as cuidadores/as de otros países como una oportunidad y una puerta abierta hacia nuevos conocimientos y experiencias.

◢ Impulsar la participación de las personas mayores en programas de apoyo a personas inmigrantes, familias monoparentales, mujeres maltratadas, y otras personas en situación de vulnerabilidad.

◢Aumentar los programas de alojamiento compartido y acompañamiento, al estilo de los realizados por las universidades.

87.- Buscar formas alternativas de envejecimiento activo que estén mejor adaptadas a las nuevas necesidades y capacidades de las generaciones de personas mayores.

◢ Poner en marcha un sistema de información con la oferta de actividades para la población de más edad, próximas a su lugar de residencia.

◢ Potenciar la diversidad del perfil de personas mayores presentes en instituciones y asociaciones de todo tipo, mejorando en especial la participación en estos espacios de las mujeres conforme envejecen.

88.- Favorecer la participación tanto de las personas que viven solas como de las que están aisladas, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada y residen en zonas rurales.

◢ Crear Bancos de Tiempo y servicios de acompañamiento como alternativa al aislamiento que pueda ir asociado al proceso de envejecimiento.

◢ Seguir con las políticas de eliminación de barreras de todo tipo, especialmente las arquitectónicas, que dificultan o impiden la participación social de las personas, sobre todo de aquéllas más vulnerables.

89.-Realizar campañas de sensibilización que transmitan mensajes motivadores para la participación activa y que fomenten la cooperación, a lo largo de toda la vida, entre las personas y las comunidades, cada cual en función de sus preferencias y de su proyecto vital.

◢ Replantear las pautas de educación familiar y escolar para formar ciudadanos más participativos, interdependientes y solidarios desde edades tempranas.

90.- Reconocer públicamente el valor de la participación a lo largo de toda la vida y valorar la participación real y necesaria que ya practican muchas personas mayores.

91.- Sensibilizar a la población sobre la importancia de prepararse para la vejez según el proyecto vital de cada persona, proponiendo públicamente estilos concretos y alternativos de preparación para la vejez.

◢ Proponer públicamente estilos concretos y alternativos de preparación para la vejez.

◢ Facilitar un adecuado acceso a la información y a la formación -Internet, formación online y presencial- de todos/as a medida que se envejece, aprovechando para ello de forma coordinada el uso de los medios que ya hay en los centros de enseñanza

◢ Facilitar un adecuado acceso a la información y a la formación -Internet, formación online y presencial- de todos/as a medida que envejecemos, aprovechando para ello de forma coordinada el uso de los medios que ya hay en los centros de enseñanza.

92.- Sensibilizar a la sociedad y hacer posible que la participación a medida que envejecemos sea una práctica saludable y no discriminatoria.

93.- Destacar públicamente, de modo muy visible, las buenas prácticas tanto de contribución de las personas mayores a la sociedad -en el ámbito personal, social y laboral- como de reconocimiento de esa contribución por parte de la sociedad.

◢ Premiar buenas prácticas tanto de cómo las personas mayores contribuyen a la sociedad como del reconocimiento que la sociedad hace de esa contribución.

◢ Editar publicaciones y promover obras de teatro o películas dirigidas a toda la población en donde se reconozcan las contribuciones de las personas mayores a la sociedad.

◢ Realizar campañas específicas de difusión de la aportación, remunerada y no remunerada, que han realizado y realizan las personas mayores a favor de la sociedad.

◢ Facilitar la creación de escenarios tales como pequeños grupos de debate intergeneracionales en los que las personas mayores puedan transferir su experiencia vital y, a su vez, enriquecerse con los puntos de vista de otras generaciones.

94.- Promover y dar a conocer mejor a la sociedad la labor del voluntariado a lo

largo de toda la vida, en general, y las aportaciones de las personas ayores voluntarias, en particular.

◢ Hacer campañas divulgativas sobre las ventajas del voluntariado, y sobre cómo todos podemos realizar voluntariado a medida que envejecemos, con independencia de la edad y del sexo.

◢ Organizar formas de reconocimiento público de la labor voluntaria tales como la entrega de premios al trabajo que realizan las personas mayores por los demás.

◢ Contribuir a la difusión y reconocimiento de las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) sostenidas por personas mayores.

◢ Impulsar la implicación en el movimiento asociativo a lo largo de la vida y dar a conocer la aportación de las personas mayores a través de sus asociaciones.

◢ Mejorar los procedimientos informativos para que las nuevas entidades de voluntariado sepan cómo conseguir ayudas institucionales.

95.-Mejorar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar para que las personas cuidadoras puedan envejecer de modo activo.

◢ Realizar estudios sobre el trabajo no remunerado y las diversas aportaciones al bienestar de la sociedad que hacen las personas cuidadoras a lo largo de su ciclo vital.

◢ Concienciar a las familias de que la labor de apoyo y cuidado que realizan las personas mayores no puede ser impuesta. Las personas mayores tienen derecho a vivir su propia vida, y a realizar sus planes y proyectos.

◢ Aumentar el apoyo institucional a las personas que se dedican al cuidado de familiares, con la creación de más guarderías y centros especializados para personas mayores y personas discapacitadas.

◢ Facilitar la existencia de programas intergeneracionales en los que se vincule afectivamente a niños de guardería con personas mayores necesitadas para que puedan realizar conjuntamente programas y actividades.

◢ Poner en marcha actividades de voluntariado mediante las que personas con mejor estado de salud presten apoyo a otras en situación de dependencia.

◢ Cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar.

96.- Implicar a las personas con experiencia de trabajo en cualquier sector para que, a medida que envejecen, contribuyan a la inserción laboral de otras personas.

◢ Promover, especialmente en núcleos rurales, que personas mayores con experiencia formen a jóvenes en vías de acceder al mercado de trabajo.

◢ Ampliar a otros sectores de la economía iniciativas como el programa Senior de la Fundación Andalucía Emprende.

◢ Introducir en Andalucía los modelos internacionales de formación de personas para su transición ocupacional, a medida que envejecen, desde el sector lucrativo al sector no lucrativo.

97.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuentes de cultura contando con ellas en programas de voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

98.- Realizar estudios sobre los obstáculos que dificultan que las personas puedan contribuir en sus entornos, en su comunidad y en la sociedad a medida que envejecen, y proponer soluciones para eliminar dichos obstáculos.

◢ Atender, desde centros de mayores, asociaciones y Administraciones los problemas concretos que estén impidiendo contribuir a las personas en situación de vulnerabilidad.

◢ Fomentar la contribución a la sociedad de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y valorar la importancia de sus reivindicaciones.

◢ Facilitar recursos financieros adecuados a las personas mayores que, por falta de los mismos, no pueden hacer su contribución a la sociedad como el resto de ciudadanos.

99.- Promover formas de convivencia y de residencia alternativas a las actuales (acompañamientos, apadrinamientos, viviendas compartidas, pisos tutelados, residencias auto-gestionadas por personas mayores, edificios intergeneracionales, etcétera) que faciliten el acceso de las personas a viviendas en mejores condiciones, más adecuadas tanto para envejecer el mayor tiempo posible en el propio domicilio si así se desea, como para facilitar el uso de los espacios públicos a todas las personas a medida que envejecen.

◢ Aumentar los esfuerzos para que viviendas y espacios públicos sean accesibles y con el envejecimiento no se conviertan en obstáculos para el contacto de la persona con el mundo exterior.

◢Estudiar el sistema general de espacios libres públicos en los Planes Generales de Ordenación Urbanística, para facilitar su uso a toda la población; realizar, en especial, un estudio de las condiciones y características a contemplar en el diseño de estos espacios para las personas mayores.

100.- Organizar acciones (en sintonía con los instrumentos de protección jurídica expuestos en el Capítulo II de este Libro Blanco) destinadas a concienciar a la población andaluza de la necesidad de practicar un consumo informado, razonable y responsable conforme se envejece.

101.- Desarrollar métodos y escenarios de educación ambiental específicamente adaptados a las necesidades y características de las personas según su grado de envejecimiento.

◢ Organizar acciones medioambientales centradas en la persona mayor -en la vindicación y dignificación de su papel social-, con ritmos de trabajo dinámicos pero no exigentes, con un peso importante de las actividades al aire libre, que combinen ocio y educación y que estén orientadas hacia la práctica.

◢ Fomentar la aportación de las personas mayores al medio ambiente mediante su experiencia, sabiduría, tiempo y aproximación afectiva.

◢ Ofrecer espacios de encuentro y promover la participación, a lo largo de todo el ciclo vital, de todas las entidades y personas en el proceso de mejora de las condiciones ambientales.

102.- Invitar a todos los organismos, entidades y profesionales que estén realizando experiencias de envejecimiento activo o que puedan contribuir al desarrollo de las mismas a innovar y mejorar esas experiencias.

◢ Organizar campañas de explicación y promoción del envejecimiento activo.

◢ Introducir en el currículum de la educación obligatoria contenidos que aborden el envejecimiento activo.

◢ Reconocer, potenciar y renovar la labor de apoyo al envejecimiento activo que realizan los Centros de Día de Personas Mayores e introducir en ellos nuevas acciones intergeneracionales e interculturales.

103.- Proponer y ejecutar nuevas formas de mejorar las relaciones intergeneracionales, el ámbito familiar, en el comunitario y en los distintos espacios productivos.

◢ Fomentar los programas y los centros intergeneracionales como medios para aprovechar al máximo la participación y las contribuciones de las distintas generaciones.

◢ Reorganizar la estructura de las Administraciones de modo que se facilite el encuentro y la colaboración entre personas de distintas generaciones a la

hora de atender sus necesidades mediante políticas y programas.

◢ Posibilitar que las personas mayores contribuyan en la prestación de servicios actualmente dedicados a la atención a la infancia y a la juventud, y viceversa.

◢ Poner en marcha experiencias innovadoras para un mejor aprovechamiento de los espacios productivos multigeneracionales.

104.- Organizar y potenciar bancos de tiempo como modelos innovadores para la promoción del intercambio de capacidades y conocimientos a lo largo de la vida.

105.- Animar y apoyar a todos los agentes económicos para que introduzcan el envejecimiento activo y productivo en sus estrategias de investigación, de desarrollo y de innovación.

106.- Estudiar de forma continuada el perfil de las demandas de productos y servicios a los que desean acceder las personas a medida que envejecen.

◢ Realizar campañas divulgativas sobre nuevos productos pensados para las personas mayores de modo que éstas los conozcan.

◢ Apoyar el desarrollo de investigaciones e industrias productoras de nuevos instrumentos capaces de desarrollar la capacidad cognitiva de las personas a medida que envejecen.

◢ Diseñar programas de ocio y tiempo libre innovadores para todas las personas, que tengan especialmente en cuenta el estado físico de las personas conforme van envejeciendo.

◢ Adaptar la oferta de actividades y de servicios a las nuevas necesidades sociales, procurando la participación conjunta de distintas generaciones y de ambos géneros (Un ejemplo de lo que decimos lo constituye el turismo social intergeneracional y solidario: personas mayores y jóvenes, juntas, viajan para prestar ayuda a otras personas).

107.- Facilitar un acceso de todas las personas, pero en especial en el medio rural, a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) a medida que envejecemos, aprovechando de forma coordinada el uso de todos los recursos disponibles.

◢ Mejorar, sobre todo en el medio rural, la dotación de locales para instalar equipos informáticos utilizables por los vecinos.

◢ Impartir cara a cara, y a veces de forma virtual, formación continua para

aprender el uso del ordenador y de Internet.

◢ Facilitar que las asociaciones de personas mayores cuenten con equipos informáticos.

◢ Potenciar el acercamiento intergeneracional entre personas jóvenes y mayores a través de cursos de tecnología digital que les permitan aprender acomunicarse y a trabajar juntos.

◢ Aumentar la inversión en proyectos de investigación, desarrollo e innovación cuyo objetivo sea la mejora de las NTIC para su uso por todas las personas a medida que envejecen.

◢ Ofertar servicios de telefonía, Internet y formación a distancia con unas tarifas apropiadas para que el acceso se garantice por igual a todas las personas mayores.

108.- Pasar de una participación informativa o consultiva a otra continuada, de autogestión y cogestión ciudadana, en la que las personas mayores tengan voz y voto en las decisiones que afecten a cualquier asunto de su comunidad.

◢ Poner en marcha medidas que saquen a la luz la diversidad, los conocimientos, saberes y habilidades de las personas mayores y sus posibilidades para la innovación social.

◢ Prestar atención prioritaria a las innovaciones que faciliten la participación de personas mayores discriminadas por motivos étnicos, sexuales, económicos, políticos o cualesquiera otros.

◢ Promover y asegurar la implicación de las personas mayores en la vida y en la estructura política, y facilitar su participación plena en todos los espacios olíticos donde se toman las decisiones.

◢Plantear y concretar cuáles son los deberes asociados al envejecimiento activo como proceso en el que personas y sociedad son corresponsables.

◢ Revisar el Decreto 217/2003, de 22 de julio, por el que se regulan determinados aspectos del grupo de Consejeros Generales representantes de otras organizaciones en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros, previsto en el artículo 63 bis de la Ley 15/1999, de 16 de diciembre, de Cajas de Ahorros de Andalucía, de modo que las asociaciones de mayores, así como sus confederaciones y federaciones, integrantes del Consejo Andaluz de Mayores, puedan tener mayor presencia en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros.

109.- Conectar de modo transversal los esfuerzos y los recursos al servicio de las diferentes políticas y órganos de las Administraciones Públicas ncaminados a dar una respuesta priori-

taria a los retos que plantea el envejecimiento activo en Andalucía.

◢ Realizar investigaciones periódicas sobre las prácticas de envejecimiento activo en Andalucía y la eficacia de las políticas e intervenciones de promoción del envejecimiento activo. Sin datos precisos, fiables y específicos sobre Andalucía no será posible ni saber cuáles son las actuaciones más adecuadas ni evaluar su impacto.

◢ Asegurar la sostenibilidad y actualización de las políticas de envejecimiento activo, renovándolas para lograr el impacto a largo plazo pretendido por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía.

FORMACIÓN CONTÍNUA. LA EDUCACIÓN PARA TODA LA VIDA

110.- Diversificar y flexibilizar las propuestas de educación a lo largo de la vida para atender más eficazmente al colectivo de personas mayores como grupo heterogéneo y complejo.

111.- Fomentar y extender la formación a lo largo de la vida con programas bien definidos, diseñados y adaptados a las personas mayores. Para ello sería conveniente:

◢ Flexibilizar los programas educativos para adecuarlos a las necesidades de las personas mayores.

◢ Concienciar a las personas, conforme envejezcan, de la necesidad de la formación a lo largo de la vida.

112.- Impulsar la educación a lo largo de la vida, con independencia del nivel educativo, económico o de género. Para ello sería conveniente:

◢ Abordar la educación permanente para y por las personas mayores.

◢ Hacer accesible la educación a todas las personas mayores que lo deseen.

◢ Adaptar la formación permanente a las personas a las que va dirigida.

113.- Promover la implementación de programas congnitivos durante el envejecimiento para facilitar la integración. Para ello sería conveniente:

◢ Posibilitar que las personas mayores se ejerciten en tareas verbales y de comunicación a través de la formación continua

◢ Promover el empoderamiento y cambiar los imperativos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y el aprendizaje en estas edades.

114.-Dinamizar a las instituciones públicas y privadas y a la sociedad civil para implementar programas que favorezcan el envejecimiento activo en la comunidad autónoma andaluza. Para ello sería conveniente:

◢ Concienciar a las personas mayores andaluzas de la conveniencia de la formación a lo largo de toda la vida.

◢ Favorecer los diferentes programas de mayores para mejorarlos cualitativamente y adecuarlos a la población andaluza.

115.- Promover la investigación para analizar y evaluar los diferentes programas de formación a lo largo de toda la vida en la comunidad autónoma andaluza. Para ello, seria conveniente:

◢ Implicar a las universidades andaluzas en la investigación gerontagógica "por y para" el envejecimiento activo.

◢ Motivar a las personas mayores para que sean investigadoras sobre los propios procesos de aprendizaje.

◢ Formar en el envejecimiento activo y formación a lo largo de la vida en Andalucía requiere de conocimiento, actitudes y habilidades, que permitan el apoyo para que las personas mayores sean autónomas.

116.- Proponer la progresiva implantación de los Planes de Preparación a la Jubilación Activa (en adelante PPJA) para personas próximas a la jubilación a sindicatos, empresas y organismos locales. Para ello sería conveniente:

◢ Diseñar PPJA adecuados a la población andaluza.

◢ Fomentar los PPJA como medio de optimización del envejecimiento activo.

a) Propiciar que la jubilación sea percibida como una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y social.

b) Transmitir una imagen de la jubilación que ponga de relieve su dimensión positiva, tanto para las personas cercanas a la jubilación y las jubiladas, como para la sociedad en general.

c) Fomentar que las mujeres mayores andaluzas, realicen cursos de PPJA, independientemente de que no hayan trabajado de forma remunerada.

117.- Acercar los diferentes programas formativos de mayores al contexto rural.

118.- Apoyar los programas universitarios de mayores para su desarrollo y mejora cualitativa.

119.- Favorecer la formación continua y permanente con apoyo de las asociaciones de mayores de las diferentes universidades andaluzas.

120.- Optimizar las relaciones intergeneracionales en el ámbito universitario.

121.- Incentivar la participación de los programas universitarios de mayores como dinamizadores de su entorno sociocultural.

122.- Promover las nuevas tecnologías entre las personas mayores.

Para ello sería conveniente:

◢ Facilitar instrumentos para el aprendizaje sobre las nuevas tecnologías.

◢ Organizar cursos de formación sobre las nuevas tecnologías.

◢ Desarrollar programas para la integración de las personas mayores en la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías.

◢ Motivar a las personas mayores para el uso de las nuevas tecnologías.

123.-Facilitar el acceso a las nuevas tecnologías, a medida que se envejece, especialmente en el medio rural. Aprovechando de forma coordinada el uso de los recursos disponilbles. Para ello sería conveniente:

◢ Impartir de forma presencial y/o virtual la formación continua para aprender el uso del ordenador y de Internet.

◢Facilitar a las asociaciones de personas mayores la instalación de equipos informáticos.

◢ Potenciar el acercamiento intergeneracional a través de cursos de tecnología digital que les permitan aprender a comunicarse y trabajar juntos.

◢Aumentar la inversión de proyectos de investigación, desarrollo e innovación, cuyo objetivo sea las NTICs para su uso a medida que se envejece.

124.-Incrementar el disfrute de las personas mayores en las facetas de la vida cultural de su entorno, propiciando su presencia activa en los actos programados.

Para ello, es preciso:

◢ Fomentar la práctica del turismo y organizar intercambios con personas de diferentes lugares.

◢ Fomentar y favorecer los programas orientados al disfrute de la cultura y el conocimiento.

◢ Ampliar el nivel cultural de las personas mayores mediante el enriquecimiento de las actividades ofrecidas en los diferentes centros de aprendizaje.

125.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuente de cultura, contando con ellas en programas de voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

126.- Difundir la lectura entre las personas mayores y en espacios escolares: educación infantil y primaria (cuentacuentos).

Para ello sería conveniente:

◢ Desarrollar estrategias que fomenten la lectura entre los mayores.

◢ Diseñar programas de difusión de la lectura a través de los medios recomunicación: radio, televisión, prensa, páginas web.

◢ Fomentar la lectura entre diferentes colectivos sociales.

◢ Facilitar el acceso a la lectura a través de actividades concretas: jornadas, semana del libro, feria del libro…

◢Contagiar el placer de leer a los centros de educación de adultos y universidades populares.

◢ Estudiar fórmulas para aprovechar la contribución que las personas mayores lectoras pueden hacer para aumentar el hábito de lectura en nuestra comunidad autónoma andaluza.

127.- Recuperar y organizar espacios para difundir las tradiciones locales a través de museos, exposiciones y narraciones orales.

128.- Poner al servicio de la comunidad las experiencias profesionales mediante un servicio de orientación a través del voluntariado.

129.- Recuperar las tradiciones locales a través de los cuentos, juguetes, canciones, dichos populares, etc, así como facilitar el aprovechamiento de la riqueza cultural de las personas mayores para potenciar su autovaloración y autoestima y salvaguardar el patrimonio y las tradiciones culturales, depositando

en las personas mayores la confianza y responsabilidad de difundir las experiencias y tradiciones como miembros activos.

130.- Deberán de facilitarse los instrumentos que lleven a efecto un adecuado seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el Libro Blanco.

Heathaging Participation Life

PRESIDENT'S LETTER

REGIONAL MINISTER'S LETTER

INTRODUCTION

LIST OF RECOMMENDATIONS

Heathaging Participation Life

President 's letter

Andalusia is facing a demographic change, given that the population over 65 years-old will double over the next four decades, reaching almost 30% of Andalusia's total population.

At present, older people are becoming much more active and want to have more independence, to travel and to participate in activities. They especially want to share their experience, continue developing as people and participate actively in our society.

Foreseeing and adapting to these demographic and social changes represents a challenge that needs proposals and solutions, because it affects each and every one of us.

Therefore the Junta de Andalucía (Andalusian Government) is committed to introduce Active Aging policies. It aims to provide a new social right and an important guide for public policies, as recognised and established in Andalusia's Statute of Autonomy.

These policies are coherent with the legal and institutional efforts that have been made over the past thirty years towards establishing rights, and organising programs and services for older people.

With these policies, we intend to bring forward a more egalitarian, fair and unified social model. We also want to pay more attention to the older generation's present and future needs, enabling them to make good use of their potential, wealth and wisdom.

The Junta de Andalucía is determined to continue rising to the challenge and exercising new social rights for older people. It therefore started up a pioneering participation process in Spain and Europe, which led to this White Paper on Active Aging.

This Paper, which is also a scientific analysis and research instrument about the reality of older people in Andalusia, provides important points and recommendations that help to create a "sustainable Andalusia" in line with Active Aging.

It is a tool which will improve older people's quality of life, health and environment, encouraging them to be independent and guaranteeing legal, financial and general security. It also hopes to confront the stereotypes associated with old age and to project an image that is more fitting with reality.

This is a Paper to encourage older people to participate in constructing society, to promote lifelong education and training, so that generations learn to live and work together.

In Andalusia, we consider health, education and politics to be priority factors which ensure that older people can be more independent, improving their quality of life.

I am convinced that each and every one of us is capable of converting this demographic and social change into a chance to establish a more active, unified society, a "society for all ages".

José Antonio Griñán Martínez
President of the Junta de Andalucía

Regional Minister's letter

There are papers that leave a lasting mark. The White Paper on Active Aging in Andalusia is going to be one of those papers.

With this objective, the Junta de Andalusia has encouraged active participation to create this paper, so that it will leave a lasting impression on people, the society and Active Aging policies for the Andalusia of today and the future.

In this paper you will find a study about Andalusia's future demographics, as well as key points and recommendations that will enable older people to continue gaining from life through the years and make the most of the opportunities that age has to offer. Furthermore this paper generates a new positive, supportive and egalitarian awareness towards aging, a process that will affect each and every one of us.

These key points and recommendations consider gender equality and relationships between generations. They will allow older people to Live in security, Live a healthy life, participate and help build society and will offer them life-long learning opportunities. They have emerged as a result of much deliberation and preparation, with scientific rigor and future vision, so I would like to thank the people, organisations and companies who have participated for their efforts and hard work.

Thanks to these people, Andalusia has its own "Roadmap" to establish Active Aging policies, to work towards a model society that is fair for older people, and which will leave a lasting impression on future generations.

Micaela Navarro Garzón,
Regional Minister Of Equality And Social Welfare

INTRODUCTION

Aging should be seen as a process which affects us all, which requires social modulations and adapted responses ; not only from the public authorities, but also from society itself, from the citizens themselves in a common effort. It is therefore necessary to take up healthy living habits and make the effort to participate, live and offer opinions; to take up a lifestyle governed by the freedom to choose, to make use of our heritage for the future, to make decisions about our environment, to practice a necessary citizens' solidarity, to grow every day as individuals and as members of society, but, likewise, the freedom to choose not to do so.

Several considerations must be knocked down and several prejudices thrown out in order to establish the basis for a correct concept of active aging: firstly, believing that the spectacular aging of the population is a threat to the welfare society is a view which hides the opportunity and challenge it entails; secondly, that elderly people do not represent tax and expenditure liabilities but, on the contrary, create wealth and stimulate the economy by creating industry, and imply an adaptation in the way public services are provided, giving rise to warmer, more human and efficient public workers; and thirdly, they help families and provide experience, contributing towards making improvements in the environments in which they move.

Active aging must not be seen as just a policy of action arising from the need to adapt to the crucial demographic change involved in the aging of the population; it should be considered a lever of change which makes it possible to adapt society —with the efforts of public authorities and citizens— to a change of paradigm regarding the image and value of elderly people. Setting out from the basis that we all grow old and that we grow old together, in our families and in our contexts, it becomes necessary to take on the postulates arising from active aging as a public commitment which makes society grow and which creates opportunities, wellbeing, wealth and employment.

This Paper's view of active aging represents a model which allows people to grow old while contributing and participating socially in accordance with our capabilities. Therefore, nobody can be excluded from the necessary active aging policies.

Learning to "manage old age" is a key factor in the construction of our concept. The idea is to bring our social contribution into line with evolution and life processes,

offering ways to continue being useful in a Society which continues to need us as we grow old.

Our view of active aging in Andalusia is based on the definition of active aging given by the World Health Organization. We assume the need of taking on this policy because our statutory framework also demands it, as a social right and as a guiding principle for public authorities. We therefore consider active aging as the *"process of optimisation of health, participation and security opportunities in order to improve quality of life as people grow old"*. And to this we add education and training throughout life, as an uninterrupted process which accompanies us throughout our existence and does not come to an end on retirement.

Around these four axes, we apply the aforementioned postulates. We consider active aging to mean:

- Aging SECURELY
- Aging HEALTHILY
- Aging while PARTICIPATING and CONTRIBUTING
- Aging while BEING TRAINED and LEARNING

In other words, it is living with security, with the necessary social, legal and health support. It is living with health, having the resources necessary to lead a healthy life. It is living with a feeling that one is acknowledged, respected and needed to contribute to society. It is living while training and learning throughout life.

All this requires the adoption of a number of principles which make up the coordinates of our view of active aging in Andalusia.

COMPREHENSIVENESS
Active aging presents a variety of aspects and factors which call for a global and joint approach which takes in all the factors which come together in the concept.

PROTECTION
The mechanisms of protection of elderly people should be seen as responses to situations which do not define the group, but towards contingencies which other groups may experience.

TRANSVERSALITY
Responses must come from all the fields involved, not just one. Contributions must be made from the health, social, transport, town planning, economic and cultural sectors.

COORDINATION AND INTERSECTORALITY
It is necessary to encourage coordination between the different agents in order to promote the actions and make them effective. Nearly all the fields of action of the public authorities carry out actions for elderly people, but it is necessary to include these actions in a common policy. It is not reasonable for actions which include a large sector of the population

to be carried out with no overall strategy to distribute tasks and responsibilities.

COOPERATION
Forms of cooperation with other Administrations and with the Third Sector will be sought.

INNOVATION AND CREATIVITY
It is necessary to seek realistic, sustainable and effective solutions and responses; but also, naturally, innovative and creative models to adapt the responses to the needs of society.

FLEXIBILITY
The active aging model must be flexible and adaptable to the social changes which occur more and more markedly and over shorter and shorter time periods. This White Paper must therefore be a changeable and flexible instrument which gives a permanent solution to the new needs created by the social transformation arising from the aging of our population.

INCLUSIVENESS
All of us participate in the aging process, as well as are located in aging contexts. Our families, neighbourhoods, cities, regions… All of them age.

BETWEEN GENERATIONS
Society is not fragmented, and as such should be a common environment of mutual enrichment, in which young people, adults and elderly people live together and exchange values, information, traditions…

EQUALITY
Equal opportunities and social inclusion are basic goals by which the present policy in Andalusia is guided, and should also represent the essential foundations for the design of active aging policies.

CARE IN THE URBAN AND RURAL SETTING
For equality of care in the urban and rural setting, it is necessary to make the informative circuits accessible to elderly people and to encourage the latter to carry out the programmes offered.

This paper is divided into five chapters which cover all the aspects of active aging policies. Each chapter gives a detailed explanation which leads to the formulation of a number of recommendations, which amount to 130 in all.

Thus, the first chapter, called "**Transversality and Perspective of aging in Andalusia**", begins with an analysis of the social changes arising from the aging of the population in Andalusia, their characteristics and future prospects. There is also a detailed study of elderly people in Andalusia in their structural aspects and in the prospects of change. In said study, we affirm that *"it is necessary to know the essential sociological features of elderly people in the autonomous community of Andalusia, analysing both structural aspects and changing trends, which inform about the different ways of growing old and which, additionally, provide knowledge which helps eliminate the prejudices and stereotypes which often*

erly people." And this chapter also explains the need to approach aging policies with two essential transverse lines, namely, the gender perspective and relationships among generations.

The second chapter, entitled "**Living with Security**", approaches the different aspects which contribute to the formation of one of the essential pillars of our active aging model. And this security is considered in a many-sided way: legal security and protection of rights, economic security, security with regard to the limits of the environment and security with regard to appropriate treatment of elderly people by the informative and advertising media. In a continued effort to deal with all aspects surrounding the daily life of elderly people, proposals have been made about road safety, age discrimination, protection of family heritage, their consumer rights and criminal acts of which they may be victims. Living with security is an essential postulate for growing old with quality of life.

The analysis of the requirements for Healthy Aging makes up the Third Chapter of this document, which is entitled "**Healthy Living**". In this chapter, with the aid of health professionals, all aspects surrounding healthy aging have been dealt with exhaustively. A quick glance at the index of this Chapter gives us a good idea of the extensive work of synthesis which has been carried out. Promotion of Health and Prevention of Dependence are the two pillars on which this chapter has been built, along with a study of aspects related to abuse, research, training and new technologies, and an approach to the contexts which influence people's health: the neighbourhood, the family, the town and the institutional field.

Chapter four, entitled "**Growing old while participating and building society. Innovation and active aging**" sets the basis for successful active aging via the channels of participation. You age better if you participate. The principles of participation in aging are established. Emphasis is made of the important component of social construction and formation provided by the active participation of elderly people in society. And in a bold statement, it links aging with innovation. This Chapter points out that: *"the participation and contribution to the common good which form part of active aging are, in themselves, a source of innovation to the extent that they help to build a society in which to age more and, above all, better. Never before had aging been possible for so many people; now we try to ensure that this aging is accompanied by general wellbeing for all people and all communities throughout the whole of life."*

Finally, the inclusion of a fifth Chapter regarding Training is a way of giving naturalisation papers to the opinion that it is not possible to link education, training and learning to certain stages of life. We are always learning and always teaching in a task linked to the life flow of people. Therefore, the Chapter is entitled "**Living in Continuous Training. Education for Life"**. This Chapter indicates the characteristics training centres should have, shows

a catalogue of training resources in our Autonomous Community and mentions programmes such as that of preparation for active retirement and the training of university students. Finally, the important role of elderly people in culture, knowledge, reading, experiences and traditions is established.

The final section of this Document presents a compendium of the different recommendations which have concluded each of the subject sections of the afore-mentioned chapters: 130 recommendations, which are the coordinates on which active aging policies must be developed over the coming years.º

Mª José Castro Nieto,
Managing Director of Elderly People

DEMOGRAPHIC PROSPECTIVE AND TRANSVERSE AXIS AREA

1.- To divulge the concept of demographic aging not as a social disease but as an achievement with no historical precedents, sustained by the magnificent progress of life expectancy and by the human control of reproduction, in order to prevent the aging of the population from being seen only as a problem. It is advisable for people to stop associating it above all with its demographic and economic dimensions and to emphasise other aspects such as the contribution elderly people make to the family and society.

2.- To consider human aging as a process which extends over the whole lifecycle, such that it should be dissociated from the age of 65 years, both in the field of investigation and in social discourse:

◢ When dealing with aspects related to aging, research should not be limited to considering 65 years as "the time at which aging starts…", nor deal only with this segment of the population, ignoring people of a younger age. Promote longitudinal research.

◢ If for comparative purposes social indicators referring to people of 65 years of age or more must be used, it should always be indicated that this is an arbitrary and conventional criterion for working with populations since, at a human level, aging is a process which occurs throughout the lifecycle and not just after a certain age.

◢ Not to present only data and results referring as a whole to the 65+ segment of the population, but always to disaggregate information according to the number of years people have lived.

◢ It would also be recommendable to introduce aging as a transverse aspect in all public policies, regardless of the age group, and to design a strategic plan whose aim is to advance towards a society for all ages.

3.- To create a social discourse about aging processes and about the consideration of elderly people which eliminates the prejudices and stereotyped views of reality which usually exist. For this purpose, it is essential to have a real knowledge of social actors.

4.- To create an Aging Observatory in Andalusia to carry out the following tasks, among others:

◢ To obtain, analyse and divulge a real and constantly updated knowledge about aspects of the structure and change of the population of Andalusia, in comparison with national, European and world data, which also makes an

internal distinction between provinces and types of habitat.

◢To obtain knowledge about the needs and demands of people throughout the lifecycle, for the purpose of achieving active aging, and about the resources -both public and private- existing to do so.

5.- To acknowledge the difference between male and female aging, at both a personal and social level, promoting research into aging which provides information disaggregated according to sex, and applying the gender perspective to the design of all public active aging policies in order to ensure real and effective equality between men and women.

6.- Given the personal (worse health, worse economic position, lack of studies, widowhood, etc.) and generational (arising, for example, from the Civil War) characteristics of the latter and, in general, their greater social fragility, to ensure they do not become marginalised and take second place in active aging policies.

7.- To attend and support this positive evolution, aiming active aging policies not only at the individual but also, where it exists, at the couple. In modern societies, widowhood is seen by those who suffer it less and less as the "threshold of death" and more and more as a new phase of life which has to be given meaning and content. Many practices related to active aging could and should make a contribution when it comes to defining and promoting this new concept of widowhood.

8.- To consider marital status as a basic factor when it comes to promoting specific active aging practices in men and women, also bearing in mind the type of population they inhabit.

9.- The degree of acceptance of active aging depends not only on the more or less positive attitude people have, but also on their contextual circumstances. Among the latter, the type of home they live in must be carefully considered in the design of active aging policies, in aspects such as security, participation or health. For example:

a) Economic position is determined not so much by the income of individuals but more by that of the group of members of the household they form part of. The same is also true of expenditure.

b) With regard to social participation, it should be remembered that many elderly people have hardly any free time since they live with people to whom they have to provide permanent care.

c) And in the extension of healthy living habits, the situation of the couple also has a great influence, for example, in feeding habits and in preventive aspects in general.

10.-Active aging policies must satisfy the desire of people to grow old at home, either in company (as is the case for most men) or alone (as occurs with most women), ensuring that the succession of forms of coexistence people have to adopt in the last stages of life, especially women (conjugal life, alone at home, moving in with relatives or institutionalisation), does not reduce their opportunities for active aging. Those elderly people who live in the home of relatives, despite being a minority, should not be relegated to a secondary position in active aging policies. Special attention should be given to those who have moved from a rural to an urban environment to live with the family, who are mainly very old women with health problems and with a high risk of social isolation.

11.- People who suffer health problems of a certain seriousness, or even dependence, should not be excluded from active aging practices. Actions must be developed aimed at promoting such a life style, such as home care or the use of new technologies. It should be taken into account that it is more and more common to grow old at home with disabled persons, or even alone.

12.-To establish mediation mechanisms between the demand for care by people in a dependent situation and the offer of professional labour that provides it. For example, administrations could promote the creation of programmes of occupational and social integration of the immigrants employed in this sector, which, in turn, would represent a guarantee of security to the dependent people when it comes to contracting their services.

13.-Elderly people's homes should become multipurpose centres offering diverse services adapted to the new needs of both the residents and their families. They must become open centres which are integrated in the community and which share activities and services with different collectives and age groups. There should be a trend towards the creation of intergenerational centres, established as a community resource and which permit the normalisation of residential life and intergenerational exchange.

14.- Given that in most cases it is a lifestyle which is chosen from among others, it is necessary to eliminate the negative social connotations (a hangover from earlier times) which usually exist with regard to the residential solitude of el-

derly people. Living alone offers aging people the possibility of exercising fundamental rights such as freedom, autonomy and independence to a higher degree than in other forms of alternative coexistence (moving in with relatives or institutionalisation). These are rights whose enjoyment was less important before, when the really important thing was to ensure subsistence, and which must be promoted in active aging policies. Living alone at an advanced age poses a number of uncertainties and involves risks, related both to security (who will look after them if they need it) and to participation (for example, social isolation), and to health (the possibility of suffering a fall), which must be reduced through the promotion of active aging practices.

15.-People without any formal education deserve special attention in active aging policies. In general, and by way of synthesis of everything we have recommended up to now, it is necessary to adapt the active aging proposals to each type or profile of person, depending on their sex, age, marital status, form of coexistence, habitat, health, economic position and academic level. In this task, special attention should be given to population profiles in a potential situation of greater social fragility, and, specifically, to very old women without a partner who live in the rural environment, given that they suffer a higher risk of poverty and family and social isolation, apart from having, in general, a very low academic level.

16.-It is naturally recommendable to promote adult education, which plays a very important role in Andalusia in promoting the literacy of a large number of people who reached adulthood without knowing how to read or write, above all women from a rural setting. And in this field, to increase the presence of universities, which, along with adult education centres, can be fundamental in the promotion and introduction of active aging policies and intergenerational practices.

17.-The different administrations must encourage the introduction of intergenerational programmes with the aim of:

Providing the elderly people who participate with opportunities of training, participation, health and security, key factors in the promotion of active aging.

In opposition to the culture of the subject, of ages and of discriminations, promoting a culture, an economy, a health system, an education and, in short, a policy based on the "between", i.e. on relationships, to replace the culture of 'me'.

Enhancing solidarity and dialogue between generations, paying special attention to the needs of old and young

people, as a basis on which to build the path towards a society for all ages.

Making possible, lastly, the introduction of intergenerational programmes as vehicles of exchange between two areas of solidarity: the family and society.

Final recommendations:

18.-Along with individual efforts and initiatives, active aging policies must be promoted in Andalusia, both from the public and private spheres, for which purpose it highly recommendable:

◢ To inform people in Andalusia about what active aging is, through public authorities (education, health, etc.) and the media.

◢ To acknowledge aging as a process that takes place throughout life.

◢ To establish the local area as the most suitable territorial framework for the start-up of active aging programmes.
◢ To ensure that rural areas are not excluded from the resources and actions related to active aging.

19.-Creation of the figure of "active aging agent", in charge of bringing the social resources which foment active aging to the citizens of Andalusia.

LIVING WITH SECURITY

20.- o develop, in collaboration with the relevant Administrations, specific mechanisms to guarantee the rights of elderly people; both institutional—through the figure of the Ombudsman for the Elderly—and regulatory, placing special emphasis on the fight against any kind of discrimination, especially with regard to age.

21.-To inform elderly people, through the channel established in article 42 of Act 6/99, about the rights they are acknowledged in the legal system and the measures to be taken in the event of infringement of the same. Above all, about the advantages of using the preventive power granted in the presence of a Notary, and about the figures of Tutor and Guardian.

To open a channel of debate about the suitability of eliminating the inalienable succession of two thirds of the value of the deceased's estate to his/her descendents, replacing it by a right to maintenance to be taken from the inheritance in favour of children who are not yet of legal age or who have physical, mental or sensory disabilities.

In this respect, a number of regulatory modifications are suggested; namely:

◢ To urge for the amendment of Act 39/2006, on Promotion of Personal Autonomy and Care to people in a situation of dependence, to include the "voluntary representative authorised for the purpose", in some of its articles in which an action by the dependent person is required.

◢ To amend article 45 of Autonomous Law 6/1999, on Care and Protection of Elderly People in Andalusia, which, under the title "Admissions to residential centres", only permits admission to these centres by consent of the person in question if they are capable of giving said consent or, otherwise, i.e. "in cases of presumed or declared incapacity", judicial authorisation shall be required. Nevertheless, the amendment proposed consists of permitting that in cases of "presumed incapacity" of the person for whom admission is requested, the agent of the latter in the preventive power we are considering may give consent in those cases in which he/she has been expressly authorised to do so.

22.-With regard to the exercising of the rights of grandparents in relation to their grandchildren, the following recommendations are made:

◢ To institutionalise specific advertising and specialised care on these issues which can cover all the specialised information and advise requirements of elderly people; from the creation of a department of Ombudsman for the Elderly at the Ombudsman's office in Andalusia, to the creation of a specialised department in the social guidance offices and the inclusion of the special area in Act 1/2008, of 27 February, on Family Mediation in the Autonomous Community of Andalusia, it being possible to go to the Ministry of Prosecution, where appropriate, in order to exercise this right.

◢ To urge for appropriate regulatory amendments to permit grandparents to be heard—at the request of the latter and if the Judge considers it expedient—in cases of determining custody issues, and in parental separation, annulment and divorce procedures, for the purposes of establishing the rules on guardianship and custody of the children.

23.-To inform citizens of the possibility of establishing the conditions under which each person would like health care to be given them through the Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (Register of Life Wills in Advance). Also, one or more representatives may be designated to act as intermediaries before the Doctors and execute the instructions established by the person they represent.

24.-It is necessary to continue advancing in the consolidation of the economic security the Social Security system guarantees. For this purpose it is necessary:

◢ To adapt it to the real socioeconomic situation, without losing sight of the improvement of services, especially those aimed at elderly people.

◢ To propose the maintenance of the tax load on society implied by the system, avoiding the temptation to make a generalised reduction of payments.

25.-To gradually equalise, for reasons of social justice and non-discrimination, the amount of the minimum pension guaranteed by the Tax System with the Non-Tax pension, and to make a thorough review of the widow's pension. For this purpose:

◢ The system must converge towards a substantial economic progression for the widow's pension without thereby impairing the financial balance of the System, an essential factor for guaranteeing the economic security of elderly people.

◢ We propose the raising of the protection in widowhood of cases of necessity, along with income lost on death. Along these lines, it is necessary to promote the non-tax benefit part, with higher supplements to basic pensions, until the minimum pension is reached.

◢ On the other hand, in the event of other income being received or of earlier brief periods of cohabitation, non-life benefits could be respected. The amount of the widow's pension could also be linked to the shorter or longer duration of the common enjoyment of the retirement pension of the deceased.

26.-o introduce restrictive mechanisms to limit forced retirement as far as possible, especially in activities compatible with age, in which the years of experience can also be a professional and social advantage.

Along these lines, we propose an increase in the economic incentives to partial retirement at the age of 65, as a mechanism to create occupational active aging, combining partial work with active leisure.

27.-Non-tax Social Security pensions should undergo annual increases of above the CPI, in order to create a substantial improvement in the purchasing power of the people receiving the same, in such a way that, in a period of 5 years, it amounts to 100 percent of the minimum wage.

28.-Expense reduction measures such as the social bonus in electricity consumption should be consolidated and extended to other energies such as gas and to water for domestic use and other services such as the Internet.

29.-Given the variety and complexity of the instruments that the legal system offers elderly people to assure their old age, apart from the public protection system, detailed and understandable information about the same must be made available in order for people to make a suitable choice without reducing or limiting their rights. Likewise, it is necessary to demand a policy of transparency regarding these instruments from financial and insurance companies.

30.-In the field of communication, it is necessary to carry out an awareness campaign about the importance of elderly people being able to cope in an "accessible and secure" environment, which stresses the value of "preventive accessibility" to prevent situations in the future such as: moving house, admissions to centres, appearance of disability due to accidents or falls, etc.

31.-In the regulatory field, urge for:

- Within legal regulations regarding building, the requirement that "convertible homes" be built, for free rental or protected, whose architectural features mean that in the future they can be made accessible at a low economic cost.

- The amendment of the regulation made by the current Horizontal Property Act regarding accessibility installations in owners' communities, which only establishes as obligatory installations whose cost does not exceed three ordinary monthly payments for each community member.

- An improvement in the administrative control and sanctioning procedure in cases of non-fulfilment of accessibility regulations.

32.-To improve the training of design professionals, including accessibility as part of the university curricula, and to promote research into new backup products and technologies to improve autonomy and accessibility in the communication of elderly people.

33.-In the field of the promotional activity of the Public Administrations, to increase the public subsidies allocated to the removal of barriers both in the building and inside the flats, and to plan the subsidy for the acquisition of technical aids or backup products to overcome level

changes within the homes of elderly people (elevators, stair lifts, cranes, etc.) or improve their communication with the surroundings (ICT subsidies), and to regulate the Barrier Removal Fund established in the regulations of Andalusia, in order to finance actions to gradually provide accessibility to existing or already built areas (public roads, buildings and means of transport).

34.-It is necessary for the Public Administrations to adopt specific measures on issues regarding the protection of the rights which, as consumers, elderly people have. Therefore:

◢ They must select and provide information on consumer issues aimed specifically at Elderly People.

◢ They must safeguard all the rights and, especially, the right to information, of Elderly People as consumers and users in the social media.

◢ They must plan and carry out educational actions on consumer issues aimed at Elderly People.

◢ They must define and adopt the necessary measures on issues of Defence and Protection of consumers, especially in relation to the commercial offers aimed specifically at this sector of the population, in compliance with the provisions of art. 48 of Act 6/1999, of 7 July, on Care and Protection of Elderly People in Andalusia.

35.-Among the population as a whole, it is necessary to "redefine" the social image of elderly people, removing outdated clichés and stereotypes from the collective opinion and replacing them by their current reality.

To achieve this, it is necessary:

◢ To promote research into the real situation of the presence and characteristics of the stereotypes associated with elderly people in our society. In particular, the treatment they are given in the media, in both programmes and advertisements.

◢ To investigate, through the necessary studies and reports, the habits, preferences, perceptions and opinions of elderly people in relation to audiovisual media and their contents, and also the perception of the rest of the population of the image of elderly people transmitted through television programmes and advertisements.

◢ To promote suitable social treatment of elderly people through informative and educational measures.

◢ To establish, through the relevant authorities, style recommendations regarding the informative and advertising treatment of elderly people, using the mechanism of co-regulation for the purpose.

◢ To collaborate with the relevant institutions, in particular with the CAA, to implement monitoring and control mechanisms over treatment in programmes and advertising involving or aimed at elderly people.

◢ To carry out specific actions in the educational and media fields to incorporate a suitable social image of elderly people.

◢ To promote good practices in the informative and advertising treatment of elderly people; and in the programmes and contents specifically aimed at them or involving their participation.

◢ To contribute towards the development of measures to permit the accessibility of elderly people to the media.

◢ To promote inter-institutional collaboration, with public and private operators, and with other agents of the audiovisual sector, in order to set up agreements and other actions which contribute to the promotion and defence of elderly people in the media.

36.-To provide more information to family businesses about the existence of the figure of family protocols and their utility; and to maintain the go od policy of public economic incentives for the development of family protocols.

37.-With regard to abuse in the family, to request the Social Services Authorities to carry out a preventive policy aimed at discovering and taking action against situations of cohabitation in extreme conditions, with care loads which are difficult to support by the relatives in charge and which may give rise to violent episodes. For this purpose it is necessary:

◢ To carry out studies and research into abuse of vulnerable elderly people, in order to find out exactly what the magnitude of the problem is.

◢ To carry out fast, coordinated actions for the prevention and detection of cases of abuse.

◢ To carry out educational and sensitisation programmes aimed at the respect and acknowledgement of elderly people (social support networks, agents of change, etc.), and training actions for the professionals of the sector and of the media.

38.-Urge the relevant Public Authorities to create Police groups specialised in the prevention and persecution of the offences of which elderly people are most frequently the victims, and include these issues in the curricula and training of the Security Forces. Likewise, we request that the process of creation be looked into in all the Prosecuting Services of the Elderly People's Protection Sections.

39.-To establish specific education programmes and carry out actions to safeguard the security of elderly people in the use of the road system and of traffic.

HEALTHY LIVING

40.-To promote the Mediterranean diet, which consists of:

◢ High consumption of cereal, fruit, vegetables, nuts, legumes.

◢ Olive oil as the main source of fat.

◢ Moderate consumption of fish, chicken, milk and dairy products.

◢ Low consumption of meat and meat products.

41.-For the promotion of a healthy diet, it is necessary to take the following recommendations into account:

◢ All health professionals should receive training in nutritional care (Silver Paper).

◢ It is necessary to consider the capacity to buy and prepare food, emergency situations and situations of loss of functionality and activity which may temporarily or progressively limit access to suitable nutrition.

◢ To include global social policies promoting the production, distribution and marketing of suitable foods from a nutritional and hygienic viewpointii and to emphasise the attractive and pleasant aspects of the diet, the pleasures of good food and company.

◢ To guarantee access to food and to a suitable diet.

42.-To promote the regular practice of physical exercise in elderly people, through sensitisation campaigns and measures providing economic advantages (for example, discounts on user payments) for elderly people who go to sporting installations or use services involving the practice of physical exercise.

43.-To carry out initiatives that promote physical activity, adapting them to the functional characteristics and preferences of elderly people (Health gardens, Health routes such as "One million steps", Ballroom dancing, traditional trades, etc.).

44.-To make use of sports facilities and stadiums as active aging radiation centres through the correct practice of sports.

45.-To impose the necessary regulations to restrict the use of tobacco in public areas in

order to protect non-smokers at all times, as well as regulating the access of the younger population to the use of tobacco, providing smoking cessation programmes to elderly people, promoting the most suitable treatments for their needs and individual characteristics, and to carry out specific actions aimed at 16 to 24-year-old young women.

46.-To carry out informative programmes aimed at the prevention of the damage which can arise from alcohol consumption.

47.-To guarantee accessible, effective, flexible treatment to elderly people with alcohol related problems, based on the best scientific evidence and adapted to their circumstances.

48.-To promote oral health throughout life in order to prevent specific functional and nutritional problems as well as others which affect communication or self-image and which affect people's wellbeing and quality of life.

49.-To promote the normalisation of the sexuality of elderly persons, from society and from the institutions.

50.-To include all elderly people in all the mental health promotion strategies carried out in diverse fields.

51.-To promote memory training, mental stimulation and mental compensation strategies, and the training of the professionals who promote these cognitive stimulation activities (Silver Paper).

52.-To promote the training of people to improve self-efficiency, problem solving,iii pro-social conduct and ability to cope throughout the lifecycle (Active Aging).

53.-To bear in mind the influence of the inequalities existing between men and women in the mental health of the latter, in order to promote positive discrimination measures.

54.-To formulate and apply strategies aimed at improving the prevention, early detection and treatment of mental illnesses in elderly people, including diagnosis procedures, suitable medication, psychotherapy and the training of the staff caring for this subgroup of the population,iv improving the quality of the assessment and diagnosis of Alzheimer's disease and other related disorders in the early stages of their appearance, improving the infra-diagnosis of depression, and reducing the high suicide rates in elderly people.

55.- To inform and sensitise the over 65-year-old population of the effectiveness of flu, diphtheria/tetanus and pneumococcal vaccinations in those cases in which there is a prior chronic pathology which clinically justifies them.

56.-To establish specific measures from the different administrations to decrease the risk factors which cause accidents among elderly people, in both the private and public sphere.

57.-To prevent fall risk factors:

◢ By improving people's quality of life and the health problems which lead to falls and paying special attention to the illnesses which most affect balance and posture, and to multiple medication.

◢ By adapting the environment to the characteristics and needs of elderly people, including personal clothing, the home and the neighbourhood.

58.-To implement specific programmes to alleviate the loss of mobility suffered by elderly people as a result of the natural aging process, bearing in mind:

◢ To promote the maintenance of mobility and adapted exercise.

◢ To design urban areas and transport bearing in mind the mobility limitations and characteristics of elderly people.

◢ To promote sensitisation programmes aimed at people with no mobility problems.

59.- Cancer is a disease which can be prevented, both in its appearance and in the negative effects it has once it has developed. For this purpose, it is necessary to adopt measures in:

◢ Primary prevention (advice and lifestyle): this includes all those interventions aimed at reducing the probability of appearance of cancer or at minimising or interrupting its advance, emphasising the risk factors associated with its development.

◢ Secondary prevention (screening): the aim of this is to detect the disease before clinical appearance of the same, in those diseases in which early treatment makes it possible to improve their prognosis.

60.-To ensure elderly people have a normal weight and prevent obesity and its complications.

61.-To promote correct diet among elderly people, encouraging normal weight and the suitable intake of nutrients.

62.-To carry out screening based on the evidence in the elderly people's collective in order to promote the early detection of specific health problems, health risk situations, situations of dependence and of loss of quality of life.

63.-To improve cardiovascular risk factors (CVRF), since this lengthens people's lives and improves their quality of life, it being possible to prevent, treat and modify said factors.

64.-To establish different strategies for each sex for the prevention of cardiovascular diseases.

65.-To promote the early diagnosis and suitable treatment of musculoskeletal diseases, including physical exercise programmes as a measure and for the prevention and treatment of the same, and research programmes to find out the real role of controlled physical activity in the prevention and treatment of musculoskeletal diseases.

66.-Specific musculoskeletal diseases such as osteoporosis and fibromyalgia could benefit from physical exercise programmes if this are suitably designed.

67.-To establish strategies for the early detection of fragility, with specific measures for detection in women, in whom fragility is greater.

68.-To promote the sensitisation and education of citizens in the suitable use of medicines throughout the lifecycle, in order to minimise the risks association with their consumption.

69.-To prevent self-medication (including natural products) and the unnecessary consumption of medicines.

70.-To recuperate the respect of society towards elderly people, preventing age discrimination and altering the collective image associated with old age (decrepitude and uselessness vs. wisdom and experience). For this purpose, it is necessary to change the social expectations of the woman's role as a devoted caregiver at the expense of her own health and wellbeing, promoting the co-responsibility of men and women in care tasks, also to elderly and dependent people.

71.-To prevent situations of abuse through early detection and the tackling of risk factors.

72.-To promote basic research which can be applied to the prevention, treatment and rehabilitation of diseases related to the aging process, encouraging lines of Healthy Aging research whose aims include the promotion of autonomy and the start-up of measures which help increase the length of disability-free life and improve the quality of life of people with different levels of disability.

73.-Training in the active aging field and in the care of elderly people requires knowledge, attitudes and skills to provide support so that people can take charge of their own lives in a proactive way.

74.-To improve the access of elderly people and the people who care for them to health services and other services necessary to maintain their autonomy, through ICTs, and to promote the application of new technologies to improve people's autonomy (such as the development of domotics, for example).

75.-To detect, study and approach social-health risk families living with an elderly person, above all in those cases in which an emergency social-health intervention may be required.

76.-To maintain the residence of elderly people within the family and normal home environment whenever possible and when the people involved so desire.

77.-To maintain and strengthen social networks among elderly people, and to promote the project: "Healthy Environments: 21st Century Care", throughout Andalusia, and to promote positive discrimination measures in Areas with Needs for Social Change (ZNTS).

78.-To promote an accessible environment, for which purpose it is necessary to establish measures to situate all people, regardless of their characteristics of culture, age, disability, etc., in conditions of equality with regard to access to health resources.

79.-To create a health environment that offers comprehensive health care and which is sensitive to non-discrimination for age reasons and which also includes gender considerations in this age group.

80.-To promote an environment that encourages comprehensive social-health care, without schisms between the health system and the social welfare system.

PARTICIPATING IN A SOCIETY AND ITS BUILDING

81.-To help people accept the changes they undergo throughout their life and encourage them, according to their personal preferences and abilities, to make their own plans for the use of their time and for personal fulfilment related to social participation.

◢ To consult and bear in mind the social participation preferences of the different groups of people before programming participation action for the same, always attempting to adapt the available resources to the demand.

◢ To promote people's participation in the economic, social, cultural, political, etc. field, throughout their lives and not just in the more advances phases (adulthood and old age).

82.-To disseminate the benefits of participation and continue promoting a wide ranging social participation in all age groups, in accordance with the preferences of each individual while, at the same time, respecting those who freely decide to take little or no participation in society.

83.-To reassess the role of women in the different areas of social participation and continue working towards sex equality as people grow older, especially in the more advanced phases of life and in the rural setting.

◢ To promote the presence of elderly women in the public setting.

◢ To continue with the sensitisation campaigns that promote sex equality at all ages.

84.-To promote, facilitate and speed up available institutional resources in order for Day Centres and Small and Medium Associations (SMA's) for Elderly People to continue promoting the participation of people of all ages, but specially adapted to the demands of present and future generations of elderly people.

◢ Day Centre programmes involving attractive tasks and activities adaptable to personal tastes, attempting to make achievements at different levels through the use of the same.

◢ To carry out in Day Centres actions which combine motor skills and memory in order to promote, in parallel, the memory, physical activity, social interaction and health of their members.

◢ To carry out, through Day Centres, intermediate services such as meals on wheels, care worker training and the physical and cognitive stimulation of elderly people who require it.

◢ To organise, through Day Centres, physical activities in public areas such as parks, especially aimed at elderly people, and to explain how to correctly use the appliances for physical exercise available in such areas.

◢ Work towards the formation, in Day Centres, of joint governing boards representing both sexes and all the ages of the members.

◢ To assess and strengthen SMA's in the rural setting, getting over obstacles such as geographical distance and increasing the resources of these bodies so that they can meet the new needs of people related to aging in their environment.

◢ To simplify, facilitate and speed up the access of SMA's to the Public Administrations.

◢ To seek self-financing channels for SMA's other than those offered by the Public Administrations.

◢ To support the associations, federations and confederations that act as intermediaries between the small rural associations and the institutions.

85.-To guarantee the general participation of people in a situation of dependence throughout their lives, in accordance with their state and possibilities, both in the activities they are able to carry out and in the making of decisions about issues which affect them, developing as far as possible the abilities and autonomy of dependent people in order to avoid their dependence increasing as they grow old.

86.-To increase intergenerational and intercultural exchange experiences, programmes and areas aimed at caring for more vulnerable people as they grow old (in accordance with what is proposed in Chapter I of this White Paper)

◢ To make use of emigration and immigration as opportunities for cultural proximity and exchange throughout life.

◢ To strengthen the links between elderly people and immigrants as a means of achieving a cohesive, intercultural society, setting up campaigns to encourage elderly people to see contact with caregivers from other countries as an opportunity and an open door on to new knowledge and experiences.

◢ To promote the participation of elderly people in programmes of support for immigrants, single parent families, battered women and other people in vulnerable situations.

◢ To increase shared accommodation and companionship programmes, like those carried out by universities.

87.-To seek alternative forms of active aging that are better adapted to the new needs and abilities of the new generations of elderly people.

◢ To set up a system of information with the offer of activities for the elderly populations, near their place of residence.

◢ To promote the diversity of the profile of elderly people present in institutions and associations of all kinds, and particularly to increase the participation of women in these areas as they grow older.

88.-To promote the participation of both people living alone and of isolated people, especially in the case of elderly people living in rural areas.

◢ To create Time Banks and companionship services as an alternative to the isolation that can be associated with the aging process.

◢ To continue with the policies for the removal of barriers of all kinds, especially architectural ones, which hinder or impede the social participation of people, particularly the more vulnerable ones.

89.-To carry out sensitisation campaigns which transmit messages to encourage active participation and promote cooperation, throughout life, between people and communities, each in accordance with his/her preferences and life project.

◢ To rethink family and school education standards in order to create more participative, interdependent and considerate citizens from early ages.

90.-To publicly acknowledge the value of participation throughout life and to assess the real and necessary participation which many elderly people already carry out.

91.-To sensitise the population about the importance of preparing themselves for old age in accordance with the life project of each person, publicly proposing specific and alternative styles of preparation for old age.

◢ To publicly propose specific and alternative styles of preparation for old age.

◢ To provide adequate access to information and to Internet training, online training and classroom training of all citizens as they grow older, making use, for this purpose, in a coordinated way, of the resources already existing in educational centres.

◢ To provide adequate access to information and to Internet training, online training and classroom training of all citizens as they grow older, making use, for this purpose, in a coordinated way, of the resources already existing in educational centres.

92.-Sensitise society to ensure that participation as we grow older is a healthy, non-discriminatory practice.

93.-Publicly emphasise, in a highly visible way, the good practices of both the contribution of elderly people to society—in the personal, social and professional field—and the acknowledgement of this contribution by society.

◢ To reward good practices of both the contribution of elderly people to society and the acknowledgement of this contribution by society.

◢ To issue publications and promote plays or films aimed at the whole population, in which the contribution of elderly people to society is acknowledged.

◢ To carry out specific campaigns to disseminate the contribution, paid or unpaid, which elderly people have made and continue to make to society.

◢ To facilitate the creation of scenarios such as small intergenerational discussion groups in which elderly people can transmit their life experience and, at the same time, learn from the viewpoints of other generations.

94.-To better promote and inform society about voluntary work throughout life, in general, and the contributions of elderly volunteers, in particular.

◢ To carry out informative campaigns regarding the advantages of voluntary work and about how we can all be volunteers as we grow older, regardless of age and sex.

◢ To organise forms of public acknowledgement of voluntary work such as the giving of prizes for the work carried out for others by elderly people.

◢ To contribute to the dissemination and acknowledgement of Small and Medium Associations (SMA's) maintained by elderly people.

◢ To promote involvement in associations throughout life and inform about the contribution elderly people make through their associations.

◢ To improve informative procedures so that new voluntary organisations can know how to obtain institutional aids.

95.-To improve measures of conciliation of professional and family life so that caregivers can grow old actively.

◢ To carry out research into unpaid work and the various contributions to the wellbeing of society made by caregivers throughout their lifecycle.

◢ To make families aware that the support and care work carried out by elderly people cannot be imposed. Elderly people have the right to live their own lives and to carry out their plans and projects.

◢ To increase institutional support to people who work caring for relatives, with the creation of more care centres and specialised centres for elderly and disabled people.

◢ To create intergenerational programmes in which nursery children form affective links with elderly persons and carry out programmes and activities together.

◢ To set up voluntary activities through which people with better health lend their support to others in a situation of dependence.

◢ To change the social image of the women as devoted caregiver at the expense of her own health and wellbeing.

96.-To involve people with work experience in any sector so that, as they grow older, they can contribute towards the employability of other people.

◢ To make it possible, especially in rural areas, for elderly people with experience to train young people about to enter the labour market.

◢ To extend initiatives like the Senior programme of the Andalucia Emprende foundation to other sectors of the economy.

◢ To introduce to Andalusia international training models for the occupational transition of people as they grow old, from the paid to the unpaid sector.

97.-Make better and greater use of the role of elderly people as sources of culture, counting on them for cultural volunteer programmes for the dissemination and transmission of the heritage of Andalusia.

98.-To carry out research into the obstacles which make it difficult for people to contribute to their community and society as they grow old, and to propose solutions to remove said obstacles.

◢ To deal, from centres for the elderly, associations and Administrations, with the specific problems which

are preventing people in vulnerable situations from contributing.

◢ To promote the contribution to society of elderly people in vulnerable situations and assess the importance of their claims.

◢ To provide adequate financial resources to elderly people who, for lack of the same, are unable to make their contribution to society like other citizens.

99.-To promote alternative forms of cohabitation and residence to the present ones (companionships, sponsorships, shared housing, tutored flats, self-managed old people's homes, intergenerational buildings, etc.), which facilitate access of people to housing in better conditions, more suitable both for growing old for as long as possible in one's own home if so desired, and for facilitating the use of public spaces to all people as they grow old.

◢ To increase efforts to make housing and public spaces accessible and not to become obstacles, with age, to the contact of the person with the outside world.

◢ To investigate the general system of free public spaces in the General Town Planning Plans, in order to make them accessible to the whole population; to carry out, particularly, a study of the conditions and features to be considered in the design of these spaces for elderly people.

100.-To organise actions (in accordance with the legal protection instruments indicated in Chapter II of this White Paper) aimed at making the population of Andalusia aware of the need to practice informed, reasonable and responsible consumption as one grows older.

101.- To develop environmental education methods and scenarios specifically adapted to the needs and characteristics of people according to their degree of aging.

◢ To organise environmental actions aimed at elderly people —on the vindication and dignifying of their social role—, with dynamic but not too demanding rhythms of work, with special emphasis on outdoor activities combining leisure and education and with a stress on practical work.

◢ To promote the contribution of elderly people to the environment through their experience, wisdom, time and affective warmth.

◢ To offer meeting places and promote participation, throughout the lifecycle, of

all companies and people in the process of environmental improvement.

102.-To encourage all the authorities, companies and professionals that are carrying out active aging experiences or that can contribute to the development of the same to innovate and improve these experiences.

◢ To organise campaigns for the explanation and promotion of active aging.

◢ To introduce contents concerning active aging into the obligatory education curriculum.

◢ To acknowledge, promote and renew the active aging support efforts carried out by Elderly People's Day Centres and introduce new intergenerational and intercultural actions into them.

103.- To propose and carry out new forms of improving intergenerational relationships in the family, the community and the different productive areas.

◢ To promote intergenerational programmes and centres as a means to make maximum use of the participation and contributions of the various generations.

◢ To reorganise the structure of Administrations in such a way as to facilitate the meeting and collaboration between people of different generations when it comes to attending to their needs through policies and programmes.

◢ To make it possible for elderly people to contribute to the rendering of services currently aimed at the care of children and young people, and vice versa.

◢ Start up innovative experiences for a better use of multigenerational productive spaces.

104.-To organise and promote time banks as innovative models to promote the exchange of skills and knowledge throughout life.

105.-To encourage all economic agents to include active and productive aging in their research, development and innovation strategies.

106.-To continuously investigate the profile of demands for the products and services that people wish to have access to as they grow old.

◢ To carry out informative campaigns about new products intended for elderly people in order for the latter to know of their existence.

◢ To support the development of research and industries producing new instruments capable of developing people's cognitive capacity as they grow older.

◢ To design innovative leisure and free time programmes for everybody, which pay special attention to the physical state of people as they grow older.

◢ To adapt the offer of activities and services to the new social needs, ensuring the joint participation of the different generations and of both sexes (an example of this is intergenerational social tourism: elderly people and young people travel together to help other people).

107.-To provide access to everybody, but especially in the rural setting, to New Information and Communication Technologies (NICT's) as they grow older, making use of all the available resources in a coordinated way.

◢ To increase, particularly in the rural setting, the availability of premises to install computer equipment for use by the local people.

◢ To give training in the use of the computer and Internet, either in person or in virtual form.

◢ To ensure elderly people's associations have computer equipment.

◢ To promote intergenerational relationships between young and old through digital technology courses which enable them to communicate and work together.

◢ To increase investment in research, development and innovation projects whose aim is the improvement of NICT's for use by everybody as they grow older.

◢ To offer telephone, Internet and distance learning services with appropriate fees to guarantee equal access to all elderly people.

108.-To move from informative or questioning participation to continuous, self-managed and co-managed citizens' participation, in which elderly people have a say in the decisions which affect any issue in their community.

◢ To establish measures to bring to light the diversity, know-how, wisdom and skills of elderly people and their possible contributions to social innovation.

◢ To pay special attention to the innovations which promote the participation of elderly people who suffer discrimination for ethnic, sexual, economic, political or any other reasons.

◢ To promote and ensure the involvement of elderly people in political life and structure, and promote their full participation in all the political areas in which decisions are made.

◢ To propose and specify the duties associated with active aging as a process in which people and society are co-responsible.

◢ To review Decree 217/2003, of 22 July, which regulates certain aspects of the General Counsellors' group representing other organisations in the General Assembly of Savings Banks, established in article 63 of Act 15/1999, of 16 December, on Savings Banks in Andalusia, such that elderly people's associations, and their confederations and federations, forming part of the Elderly People's Council of Andalusia, can have a greater presence in the General Assembly of Savings Banks.

109.-To connect, across the board, the efforts and resources used by the various policies and authorities of the Public Administrations intended to give a priority response to the challenges posed by active aging in Andalusia.

◢ To carry out periodical research into active aging practices in Andalusia and the effectiveness of active aging promotion policies and interventions. Without precise, reliable, specific data about Andalusia, it will not be possible to know either what the most suitable actions are or to assess their impact.

◢ To assure the sustainability and updating of active aging policies, renewing them in order to achieve the long term impact intended by the White Paper on Active Aging in Andalusia.

CONTINUOUS TRAINING. EDUCATION FOR LIFE

110.-To diversify and make flexible the proposals of education for life in order to attend more effectively to the elderly people's collective as a heterogeneous and complex group.

111.-To promote and extend training for life with well defined and designed programmes adapted to elderly people.

For this purpose it is necessary:

◢ To make educational programmes more flexible in order to adapt them to the needs of elderly people.

◢ To make people aware as they grow older of the need for lifelong education.

112.-To promote education for life, regardless of academic or economic level or sex.
For this purpose it is necessary:

◢ To think about permanent education for and by elderly people.

◢ To make education accessible to all elderly people who want it.

◢ To adapt permanent education to the people it is aimed at.

113.-To promote the implementation of cognitive programmes during the aging process in order to facilitate integration. For this purpose it is necessary:

◢ To make it possible for elderly people to carry out verbal and communication tasks through continuous training.

◢ To promote empowerment and change the negative opinions about old age, aging and learning at these ages.

114.-To encourage public and private institutions and civil society to implement programmes to promote active aging in the autonomous community of Andalusia.

For this purpose it is necessary:

◢ To make elderly people in Andalusia aware of the necessity for lifelong education.

◢ To promote the various elderly people's programmes to improve them qualitatively and adapt them to the population of Andalusia.

115.-To promote research to analyse and assess the various lifelong education programmes in the autonomous community of Andalusia.

For this purpose it is necessary:

◢ To involve the universities of Andalusia in gerontological research "by and for" active aging.

◢ To encourage elderly people to be researchers into their own learning processes.

◢ Training in active aging and lifelong education in Andalusia requires knowledge, attitudes and skills to provide support in order for elderly people to be autonomous.

116.-To propose the gradual introduction of PPJA's for people approaching retirement in trade unions, companies and local authorities.

For this purpose it is necessary:

◢ To design suitable PPJA's for the population of Andalusia.

◢ To promote PPJA's as a means of optimisation of active aging.

a) To ensure that retirement is seen as a phase of life which is full of possibilities of personal and social fulfilment.

b) To transmit an image of retirement which emphasises its positive aspects, for people approaching retirement, retired people and society in general.

c) To ensure elderly women in Andalusia carry out PPJA courses, whether or not they have worked for pay.

117.-To take the various elderly people's educational programmes into the rural setting.

118.-To support university programmes for the elderly for their development and qualitative improvement.

119.-To promote continuous and permanent training with the support of the elderly people's associations of the various universities in Andalusia.

120.-To optimise intergenerational relationships in universities.

121.-To encourage participation in university programmes for the elderly as ways of promoting their socio-cultural environment.

122.-To promote new technologies among elderly people.
For this purpose it is necessary:

◢ To provide instruments for learning about new technologies.

◢ To organise training courses in new technologies.

◢ To carry out programmes for the integration of elderly people in the society of information and new technologies.

◢ To encourage elderly people to use new technologies.

123.-To provide access to new technologies as people grow older, especially in the rural setting, making use of the resources available in a coordinated way.

For this purpose it is necessary:

◢ To provide continuous training, either in person or in virtual form, in the use of the computer and Internet.

◢ To provide elderly people's association with computer equipment.

◢ To promote intergenerational relationships through digital technology courses which enable them to learn to communicate and work together.

◢ To increase investment in research, development and innovation projects whose purpose is the use of NICT's by people as they grow older.

124.-To increase the enjoyment of elderly people in the aspects of the cultural life of their environment, encouraging their active presence in the programmed activities.

For this purpose it is necessary:

◢ To promote the practice of tourism and organise exchange visits with people from other places.

◢ To promote programmes aimed at the enjoyment of culture and knowledge.

◢ To enhance the cultural level of elderly people through an increase in the activities offered at the various learning centres.

125.-To make greater and better use of the role of elderly people as a source of culture, counting on their presence in cultural volunteer programmes for the dissemination and transmission of the heritage of Andalusia.

126.-To promote reading among elderly people and in schools: children's and primary educations (storyteller).

For this purpose it is necessary:

◢ To develop strategies to promote reading among the elderly.

◢ To design reading dissemination programmes through the media: radio, television, press, websites.

◢ To promote reading among different social groups.

◢ To provide access to reading through specific activities: conferences, book week, book fair…

◢ To transmit the pleasure of reading to adult education centres and people's universities.

◢ To investigate ways of making use of the contribution elderly readers can make to increase the reading habit in our autonomous community of Andalusia.

127.-To recuperate and organise areas for disseminating local traditions through museums, exhibitions and oral narrations.

128.-To place professional experiences at the service of the community by means of a guidance service organised through voluntary work.

129.-To recuperate local traditions through stories, toys, songs, popular sayings, etc., and to facilitate the use of cultural resources by elderly people in order to enhance their self-esteem and safeguard heritage and cultural traditions, entrusting elderly people with the task of divulging the experiences and traditions as active members of society.

FINAL RECOMMENDATION

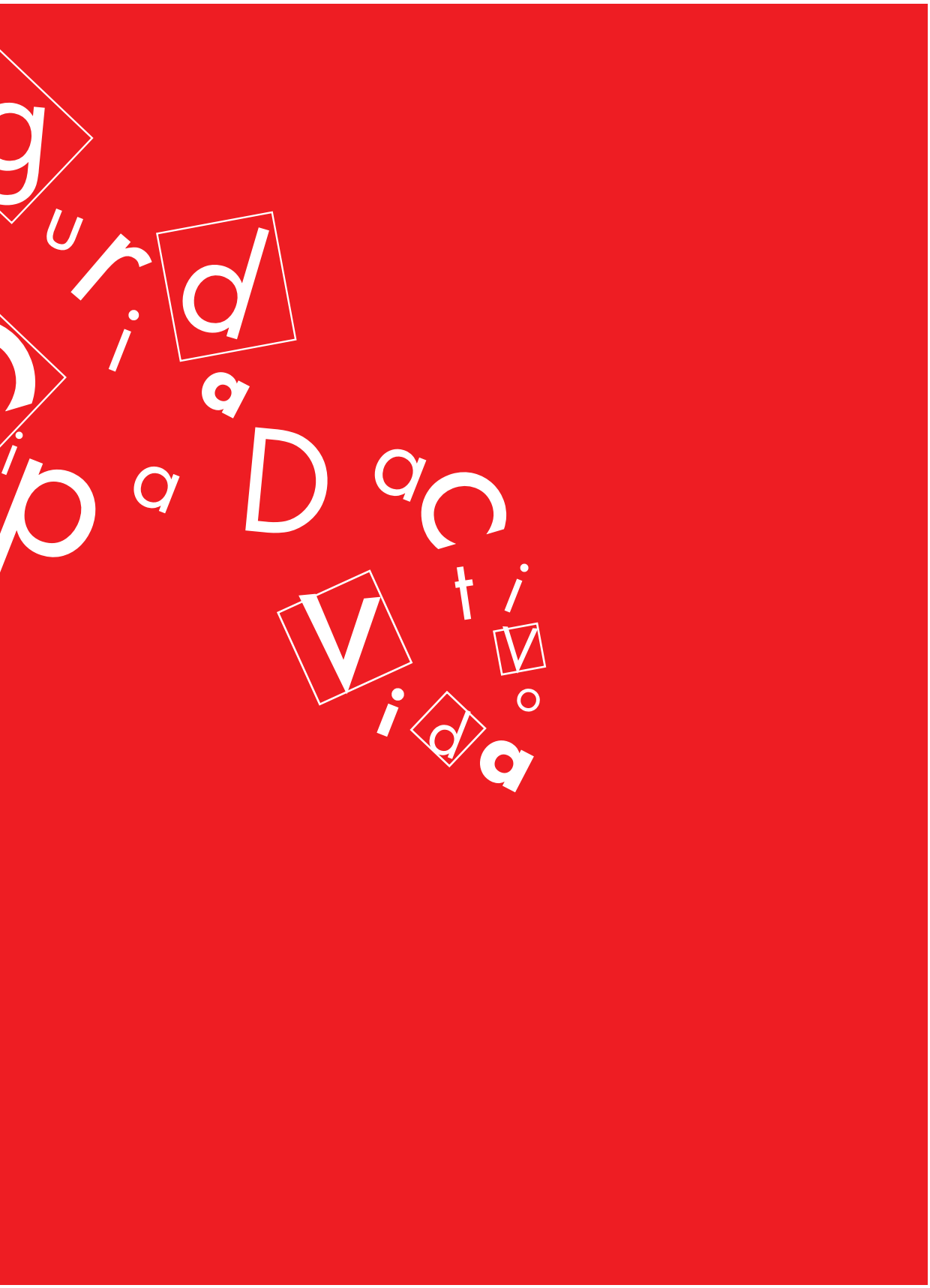
130.- It is necessary to provide the instruments to carry out a suitable monitoring of the fulfilment of the recommendations contained in the White Paper.

Segurida
Participa
Activo
Vida

Se
Parti
C

LBEA

Libro
Blanco
del
envejecimiento
activo


g
u
r
d
i
a
p
a
D
a
C
t
i
v
o
V
i
d
a

Seguridad Participada

IBEA

JUNTA DE ANDALUCIA