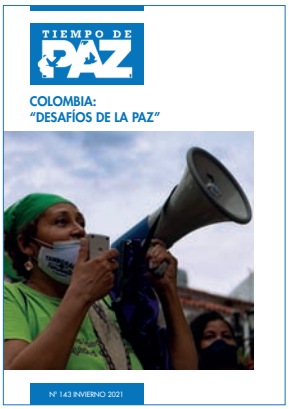
LOS DERECHOS DE LOS MAYORES

Nº 145 VERANO 2022

Tiempo de Paz es una publicación monográfica de análisis e investigación publicada por el **Movimiento por la Paz**

La revista tiene una periodicidad **trimestral**. En la primavera de 2011 se publicó su número 100.

Trata temas relacionados con cooperación, desarrollo y **conflictos internacionales**, entre otros, abordados por reconocidos **especialistas** en la materia.



¡Suscríbete ya!

www.revistatiempodepaz.org

www.mpdl.org · mpdl@mpdl.org

ÍNDICE

Editorial
I. LOS DERECHOS DE LOS MAYORES
Coordinador José Manuel Ribera 3

Presentación del coordinador 6
José Manuel Ribera

Los derechos humanos de las personas mayores 10
Carmen Barranco e Irene Vicente

Los derechos de los mayores: ¿Un problema ético? 18
Diego Gracia Guillén

El edadismo: una amenaza frente las personas mayores 26
Rocío Fernández Ballesteros y Carmen Huici

El derecho a unas pensiones y prestaciones dignas 40
Octavio Granado

Derecho a la salud y a la atención sanitaria 54
Pedro Sabando

Derechos y retos de las personas mayores desde la educación y la cultura 68
María Sainz

Los derechos del mayor y su ejercicio en las residencias 78
Pilar Rodríguez

Una cierta mirada sobre el envejecimiento: Personas con discapacidad mayores 88
Luis Cayo Pérez Bueno

Sobre la Convención Interamericana para las Personas Mayores y sus dificultades de aplicación 96
Enrique Gomáriz

Las personas mayores como titulares de derechos 104
Mariqueta Vázquez

Documentación: Informe de la Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España - Senado 108

II. AGENDA DEL MOVIMIENTO POR LA PAZ 120

III. BIBLIOGRAFIA

Revista de revistas 128

Tiempo de Paz no se hace responsable de las opiniones expresadas por los autores.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE CULTURA Y DEPORTE

Esta revista ha recibido una ayuda a la edición del Ministerio de Cultura y Deporte.

fundiPAX
FUNDACIÓN FUNDIPAX-INICIATIVAS PARA LA PAZ

Foto portada: https://www.shutterstock.com/es/image-photo/emotional-elderly-woman-pushes-demands-into-1751138891

Revista trimestral.
Editora: Francisca Sauquillo. ***Director:*** Carlos Fernández Liesa. ***Redactora-Jefe:*** Teresa Rodríguez de Lecea.

Consejo de Redacción: Cristina Álvarez Merino, Vicente Baeza, Henar Corbí, Emilio Ginés, Enrique Gomáriz, Marta Iglesias, Tshimpanga Matala, Ana Mª Ruiz Tagle, Margarita Sáenz-Díez, Enrique Sánchez, Jaume Segura, José Angel Sotillo, Anna Terrón y Rafael Tuñón.

Colaboradores: Francisco Aldecoa, Celestino del Arenal, Mariano Calle, Javier García Fernández, Emilio Gilolmo, José Manuel Gómez Mancebo, Manuel Guedán, Juan Gutiérrez, María Ángeles Herrero, Nacho López Cano, Araceli Mangas, Manuel Martín Parra, José Molina, Isabel Muñoz, Manuel Núñez Encabo, Manuel Pérez Ledesma, Manuel de la Rocha Rubí, Marisa Rodríguez, Felipe Sahagún, Antonio Santesmases, Félix Sautié, Manuel Simón, Pablo Sullivan, Fernando Valenzuela, Carlos Alonso Zaldívar.

Editor: Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad. ***Redacción y Administración:*** C/ Martos, 15. 28053 Madrid. Tel.: 91 429 76 44. Fax: 91 429 73 73. E-Mail: mpdl@mpdl.org.
Composición, fotomecánica e impresión: Nocba Creative.
Depósito Legal: M-1062-1984. ***ISSN:*** 0212-8926

EDITORIAL

El presente número de la revista *Tiempo de Paz* aborda múltiples desafíos derivados del envejecimiento. El ciclo de la vida empieza y acaba en momentos en que las personas estamos en situación de vulnerabilidad por razón de edad. Los niños, hasta la mayoría de edad tienen unos derechos y un régimen de protección. Las personas mayores hasta hace muy poco tiempo no eran vistos como un grupo de población que, en muchos casos, necesita el desarrollo progresivo de normas para que sus derechos, que son los mismos que los de las demás personas, sean realmente efectivos. Sus diferentes necesidades y situaciones exigen un desarrollo progresivo, que se ha dado en algunos ordenamientos internos, y que está en trance de desarrollo en el sistema universal. Es una cuestión que se plantea en todas las latitudes, siendo el sistema interamericano el normativamente más avanzado, con una convención de personas mayores cuyos avances y límites analiza muy bien Enrique Gomáriz, antiguo director de esta revista.

El consejo de Redacción seleccionó al Doctor José Manuel Ribera, uno de los mayores especialistas españoles, académico de la Real Academia de Medicina, que ha coordinado brillantemente este número. El resultado es muy útil por un lado, para la reflexión y la toma de conciencia y por otro, para servir de palanca para el desarrollo del Derecho y de las políticas públicas con respecto a las personas mayores.

La situación de las personas mayores es una cuestión socio-cultural y de valores. Socio cultural porque el bastón del anciano es venerado y respetado en algunas sociedades mientras que en otras, como sucede actualmente en occidente, se valora más la fuerza, la juventud y la belleza. El término edadismo, analizado por Rocío Fernández Ballesteros, catedrática emérita de Psicología y exdecana de la Facultad de la Universidad Autónoma, junto con Carmen Huici, de la misma Facultad en la UNED, expresa un cierto menosprecio hacia los mayores. Utilizado desde 1969 por Robert Butler -primer presidente del Instituto nacional de envejecimiento de Estados Unidos-, y derivado del inglés age-ism, refleja el prejuicio que hay hacia los mayores mediante acciones, actitudes y creencias, y que se manifiesta de muchas maneras. La misma actitud o incluso peor es la que se ha dado históricamente y aún hoy con las personas con discapacidad, que también envejecen, y sobre las cuales hay que hacer un abordaje político, social y económico que de lugar a políticas públicas de respuesta adecuada, como analiza Luis Cayo Pérez Bueno, Presidente del CERMI.

Es también una cuestión cultural, de cómo la sociedad concibe a los mayores, como sabios o como obstáculos, o en otras actitudes en una gama amplia de colores. Es además y sobre todo una cuestión ética, que aborda el Académico de la Real Academia nacional de medicina, Diego Gracia, al considerar la distinción entre los valores instrumentales o técnicos, que se miden en unidades monetarias y los intrínsecos, que tienen valor por sí mismos. Así la amistad, la dignidad, la justicia, la solidaridad, que son los más importantes de la vida, y son los abuelos/as quienes mejor transmiten estos valores, pues están en una etapa de la vida en la que ya no se preocupan tanto por la riqueza económica.

Este número también es muy relevante desde la perspectiva jurídica, sobre la cual hay varias ponencias, desde la del médico Pedro Sabando, sobre el derecho a la salud y a la

atención sanitaria, a la de Octavio Granado, que fue Secretario de Estado de la Seguridad Social entre 2004-11 y entre 2018-19-, sobre el derecho a pensiones y prestaciones dignas que deben llevar, considera, a reclamar nuevos ingresos, a que la edad de jubilación se flexibilice -según estilos de vida- y a que se valore más la capacidad que la incapacidad de las personas.

El número apuesta por una consideración de las personas mayores como titulares de derechos, como evidencian las ponencias de las profesoras de la universidad Carlos III, Carmen Barranco, Directora del Instituto de derechos humanos Peces-Barba) e Irene Vicente, Investigadora del Departamento de Derecho internacional, eclesiástico y filosofía del derecho, que estiman que sería necesario un convenio sobre derechos de las personas mayores, porque contribuiría a la "visibilidad de las violaciones que les afectan y a mejorar la respuesta de los Estados". El derecho antidiscriminatorio permite considerar que las distinciones, exclusiones o restricciones basadas en la edad, que no están justificadas son vulneraciones de su derecho a la igualdad. O la intervención de Mariqueta Vázquez, Secretaria de envejecimiento activo del Partido socialista madrileño, que aborda la necesidad de que la diversidad de situaciones de las personas mayores (salud, nivel educativo, relaciones sociales, orientación sexual) se exprese en políticas (de movilidad, vivienda, servicios sanitarios). También la de María Saiz, que pone en valor la importancia de la educación y la cultura continuadas para abordar estos retos pues es algo benefactor para ellos y para combatir el edadismo con modelos y conductas slow life, favoreciendo una longevidad saludable con acciones vitales. Que las políticas de las personas mayores deben realizarse con un enfoque de derechos humanos, insiste y profundiza Pilar Rodríguez, Presidenta de la Fundación Pilares, y ex directora general del IMSERSO

En definitiva, creemos que se ha alcanzado el objetivo inicialmente previsto de abordar desde una perspectiva amplia, que permite visibilizar la problemática de las personas mayores desde un panorama interdisciplinar y centrad en un enfoque de derechos humanos y en la necesidad de desarrollos normativos y políticos adaptados a la realidad que vivimos.

Por último, en la sección de Documentación se publican las Recomendaciones del Informe de la Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en la Comisión de Derechos Sociales en el Senado, que manifiestan la preocupación y las directrices de la política del Gobierno al respecto.

PRESENTACIÓN DEL COORDINADOR

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO
Coordinador
Catedrático emérito de Geriatría de la UCM
Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España

RESUMEN

Esta introducción tan solo pretende sentar las bases sobre las que se ha elaborado el número de Tiempo de Paz que tiene en sus manos. Como puntos de partida cabe establecer dos hechos esenciales. El primero, que los cambios demográficos son inflexibles y que la proporción de personas mayores, al alza desde hace un siglo, va a continuar creciendo en las próximas décadas. El segundo, que el fenómeno reciente del "edadismo", prejuicios, estereotipos y, sobre todo, discriminación por razón de la edad, constituye una realidad tan asentada en la sociedad como desconocida e ignorada en la práctica por el conjunto de los ciudadanos y, con frecuencia, por las propias administraciones. Sobre estas bases las declaraciones de organismos internacionales como Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud y también numerosas voces nacidas en nuestro propio país, exigen una toma de conciencia de los derechos del mayor que se traduzca en todos los terrenos, desde la educación sanitaria y social del ciudadano, incluido el propio colectivo víctima de esta situación, hasta quienes dictan las normas administrativas por las que se regula nuestra convivencia.

Palabras clave: personas mayores, derechos, discriminación por edad, edadismo

ABSTRACT

The aim of these introductory remarks is to offer the frame of the monographic revision about the rights of the elderly population, which you will have the opportunity to read in this paper. There are two previous points we must take into account. First, that elder population has been permanently increasing all along last century. Moreover, according with the demographic previsions this tendency will persist within the next decades. Second, that we are talking about a colective that must be considered victime of this new form of agression named ageism. In addition to stereotypes and prejuices, age discrimination is an extended and badly recognized phenomenon. Elder rights have been emphasized by supranational institutions, like United Nations or the World Health Organization, through calls and oficial declarations along last years. In Spain many institutions and particular groups add its voices fighting for a better health and social education, that arrives to all members of our society, starting from all potential victims, until administrative rulemakers. who are the ones who make the norms that regulates our living in society.

Keywords: elder people, rights, age discrimination, ageism

Uno de los grades retos sociales de nuestro siglo es el que representa el fenómeno del envejecimiento. Ocurre así en el mundo y también en nuestro país. Las cifras son abrumadoras y dejan poco margen para la discusión. Por ceñirnos a España cabe recordar que la esperanza de vida al nacer que al principio del siglo XX era de poco más de 35 años se había duplicado en el último tercio de ese siglo y en estos momentos se sitúa alrededor de los 85 años para las mujeres y en torno a los 80 para los hombres. Si a esto unimos el descenso en las tasas de natalidad, entenderemos que la población mayor de 65 años que representaba entre el 7 y el 8% del total en los años ochenta, en el momento actual supone cerca del 20% del total de la población española.

Este cambio demográfico plantea problemas e interrogantes sociales, económicos, sanitarios o de cualquier otro tipo que se tome como referencia. En todo caso como punto de partida hay que asumir al menos dos realidades. La primera que se trata de un proceso que va a ir a más en las próximas décadas. La segunda que los cambios determinados por el proceso de envejecer ofrecen un variabilidad individual extraordinaria, lo que dificulta la búsqueda de soluciones comunes a nivel universal. Aún cabría añadir la imposibilidad de establecer un punto de corte en materia de edad como elemento definitorio de la vejez, salvo que se hable en términos administrativos o para llevar a cabo estudios epidemiológicos.

La revista *Tiempo de Paz* ha decidido dedicar uno de sus números monográficos a profundizar en uno de los principales desafíos que se derivan de esta situación: el que plantea el cumplimiento o incumplimiento de los derechos universales aplicados a este colectivo. La rapidez con la que se está produciendo este envejecimiento poblacional nos ha superado en gran medida y ha facilitado un fenómeno antes poco perceptible, quizás porque cuantitativamente no se veía como problema. Me estoy refiriendo a la realidad que representa ese componente del edadismo que llamamos discriminación por edad, algo tan extendido como ignorado por la sociedad, incluidos en gran medida los propios afectados..

Los ejemplos de discriminación son infinitos sea cual sea la perspectiva desde la que se contemplen. No es el momento para entrar en detalles. Señalaré, tan solo, a modo de un ejemplo aparentemente neutro, pero que puede resultar significativo, la dificultad para encontrar un nombre universalmente aceptado para denominar al colectivo. Todos están cargados de connotaciones negativas y, en gran medida, van siendo sustituidos en el tiempo por otros que acaban corriendo la misma suerte.

Ocurrió en su momento con la palabra “senil”, fuera ya de uso. Más tarde palabras como viejo o anciano se han sumado a la lista. Son utilizadas normalmente en tono despectivo o como insulto. Si se acude a un diccionario de sinónimos se puede caer el alma a los pies: inútil, carcamal, vejestorio, y un etc. que abarca según los casos entre 20 y 30 lindezas parecidas. En los años sesenta apareció, importado del francés, lo de “tercera edad”, una expresión que oficializó el INSERSO pero que tampoco tuvo mucho recorrido, aunque si el suficiente como para aparecer en el artículo 49 de nuestra Constitución. En los últimos años lo que parece más correcto y desde luego más utilizado es hablar de “mayor” o de “mayores”; de “adulto mayor” si se vive en cualquier país de habla hispana al otro lado del Atlántico. Se trata de algo bastante absurdo en la

medida que se recurre a un comparativo como forma de definición. Ya veremos lo que dura. La lección es que debemos recordar que el lenguaje nunca es inocente.

En este contexto el tema de los derechos viene siendo recurrente, pero nunca viene mal hacerlo aflorar de una manera periódica. Así lo ha interpretado nuestra revista en tácita consonancia con otros muchos organismos supranacionales y nacionales que desde hace tiempo vienen mostrando su sensibilidad en este terreno. Si echamos la vista al pasado inmediato encontraremos sin esfuerzo varios ejemplos importantes. Recordaré algunos en esta introducción. Sin remontarnos mucho en el tiempo el grupo de trabajo de Naciones Unidas sobre envejecimiento denunciaba expresamente, en su informe de agosto de 2013, la necesidad de "elaborar un nuevo contrato social que responda a una mayor protección de los derechos de las personas mayores",

Otro organismo supranacional del máximo nivel, la Asamblea Mundial de la Salud en su 69º sesión del 22 de abril de 2017, alumbró un extenso documento que sentaba las bases de lo que se conoce como "2020-2030: un decenio para el envejecimiento saludable". Uno de los aspectos contemplado en el texto habla de forma expresa de estrategias de acción preferentes y entre ellas alude a las medidas que deberían adoptarse para el reconocimiento de los derechos del anciano. También, contemplando el problema desde otra perspectiva, solicita luchar contra cualquier forma de edadismo cultural y social, lo que supone hacerlo contra la discriminación, los prejuicios y los estereotipos, ejemplos típicos de manifestaciones que atentan contra estos derechos del adulto mayor.

Más recientemente, en 2021, la Comisión Europea publicó un libro extenso, elaborado por más de cien profesionales de la atención al mayor de diferentes países europeos después de más de dos años de trabajo conocido como "Libro verde sobre el envejecimiento". En el mismo se dedica bastante espacio a lo que llaman "Pilar Europeo de Derechos Sociales". Dentro de estos derechos destacan los siguientes a) Pensiones y prestaciones, b) Cuidados de larga duración, c) Asistencia sanitaria, d) Integración de las personas con discapacidad, e) Protección social, f) Equilibrio entre vida profesional/vida privada, y g) Educación, formación y aprendizaje permanente.

Los testimonios y peticiones para afrontar el problema no sólo vienen de fuera. En nuestro país también han aparecido declaraciones y manifiestos en este sentido Algunas de ellas, muy meritorias, proceden de entidades locales comprometidas con el tema como la emitida por la Asociación de mayores del Siglo XXI, de Madrid. Otras tienen su origen en colectivos más amplios. Entre ellas cabe citar el "manifiesto" redactado por la Mesa estatal por los derechos de las personas mayores, al que se adhirieron 19 asociaciones y que fue publicado en 2020. En este manifiesto se denuncian expresamente "las barreras en el ejercicio de sus derechos y las restricciones para el acceso a bienes o servicios, algo que ocurre en mayor medida cuando existe situación de pobreza, de exclusión social o se analizan en el contexto del colectivo que vive en el medio rural"

Por último, en 2021, la Comisión de Derechos Sociales del Senado puso en marcha una ponencia para estudiar el proceso de envejecimiento en España, convocando para ello a numerosas entidades del sector, así como también a expertos a título individual. El tema de los derechos del colectivo de mayores, en consonancia con el nombre

de la comisión convocante, formaba una parte importante de sus contenidos.

Como vemos, el tema preocupa a todos los niveles y es muy amplio el catálogo de derechos potencialmente vulnerado sea cual sea la perspectiva desde la que se analice. Por ello el índice de este número abarca una gran variabilidad temática. Se ha pretendido, desde una visión multidisciplinar, abordar algunos de sus puntos más calientes, coincidentes en gran parte con los enunciados más arriba que apuntaba la Comisión Europea, a través de su Libro Verde. Resulta obvio que la lista podría haber sido mucho más amplia, pero el espacio es el que hay. También hemos querido incorporar algún que otro testimonio directo más o menos institucional.

En todo caso hemos procurado –y creo que lo hemos conseguido- contar con expertos de primer nivel a la hora de tratar los temas escogidos. Gracias a todos ellos por haber aceptado el reto. Hemos añadido como apéndice una de las muchas declaraciones sobre el tema, procedente de organismos del máximo nivel, aparecidas en estos últimos tiempos. Con todo ello esperamos haber cumplido con el doble objetivo de informar y, sobre todo, sensibilizar sobre un problema poco visualizado al conjunto de la sociedad. Al mismo tiempo queremos aportar el sentir de la revista y de su entidad madre Movimiento por la Paz-MPDL-, con el fin de contribuir entre todos a superar esta lacra social.

LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES[1]

M. CARMEN BARRANCO AVILÉS
IRENE VICENTE ECHEVARRÍA

Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba
Universidad Carlos III de Madrid

RESUMEN

Desde el comienzo del siglo XXI han surgido iniciativas orientadas a salvar la brecha entre la proclamación del principio de igualdad y no discriminación y la situación de exclusión a la que se enfrentan las personas mayores. Una de las medidas que se reclama con mayor fuerza es la aprobación de una convención sobre los derechos de las personas mayores en el sistema universal. A partir de la reflexión sobre la evolución y el estado actual en el Derecho internacional, la autora defiende que, aunque existen argumentos suficientes para justificar que las personas mayores son titulares de los derechos humanos desde un punto de vista jurídico, una convención específica contribuiría a visibilizar las violaciones que las afectan y a mejorar la respuesta de los Estados.

Palabras clave: Derecho internacional de los derechos humanos y personas mayores, sistema universal y derechos de las personas mayores, sistemas regionales y derechos de las personas mayores, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

ABSTRACT

Since the beginning of the 21st Century, several initiatives have tried to bridging the gap between the proclamation of the principle of equality and non-discrimination and the situation of exclusion faced by older persons. One of the most strongly demanded measures is the approval of an International Convention in the universal system. Based on the reflection on the evolution and the current state of international law, the author defends that, although there are sufficient arguments to justify that older persons are holders of human rights from a legal point of view, a specific convention would contribute to make visible the violations that affect them and improve the response of the States.

Keywords: International human rights Law and older persons, universal system and the rights of older persons, regional systems and the rights of older persons. Inter-American Convention on the Protection of the Human Rights of Older Persons.

1. EL DERECHO Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Hasta hace poco tiempo, las referencias explícitas a las personas mayores en el Derecho positivo de los derechos humanos eran escasas. A pesar de que formalmente no eran excluidas de la titularidad, el edadismo llevaba a dar por justificadas determinadas normas, políticas y actitudes que las trataban peor o que impactaban sobre ellas de modo más desfavorable, comparándolo con el resto de la población. El desarrollo del Derecho antidiscriminatorio permite considerar que las distinciones, exclusiones, restricciones o preferencias basadas en la edad, que no estén justificadas y sean adecuadas, necesarias y proporcionales constituyen vulneraciones de su derecho a la igualdad y no discriminación[2] y que, en definitiva, la situación de desventaja en la que de hecho se encuentran las personas mayores es el resultado de la discriminación estructural que las afecta, que la coherencia con los derechos humanos exige abordar.

Las personas mayores son titulares de todos los derechos humanos, sin embargo, las dificultades para la efectividad de estos derechos han llevado a que en el Derecho internacional se desarrollen distintos instrumentos relacionados con ellas. No todas las iniciativas han adoptado un enfoque de derechos, y los textos en los que se plasman no son siempre instrumentos vinculantes[3], sin embargo, *cada vez son más las voces que reclaman una Convención internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores en el sistema universal.* También en los sistemas regionales se han llevado a cabo distintas iniciativas, la más exitosa, sin duda alguna, la que culminó con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores. En los siguientes apartados, se mostrará, de forma sucinta, el origen y la evolución de la preocupación por los derechos de las personas mayores en los sistemas internacionales de protección y en la Unión Europea.

2. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el sistema universal, se menciona específicamente a las personas mayores en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que alude al derecho a los 'seguros en caso de vejez', pero no es hasta años más tarde cuando la preocupación por la eficacia de los derechos en el caso de las personas mayores se incorpora en la agenda.

De este modo, en 1982 tuvo lugar en Viena la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que concluyó con el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, consistente en una serie de recomendaciones[4]. Posteriormente, en 1991, fueron adoptados por Resolución 46/61 los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, que, si bien no tuvieron un adecuado seguimiento en otros documentos (los Objetivos del Desarrollo del Milenio hubieran sido una oportunidad) recogen elementos de la Declaración sobre derechos y responsabilidades de las personas de edad de la Federación Internacional de la Vejez; los principios se refieren a la independencia,

participación, cuidados, autorrealización y dignidad[5]. *El año 1999 fue proclamado Año Internacional de las Personas de Edad y en 2002 tuvo lugar en Madrid la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento; en esta ocasión se adoptaron una Declaración Política y un nuevo Plan de Acción con un programa de seguimiento*[6].

En 2010, y a través de la Resolución 65/182, Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la Asamblea solicita al Secretario General un informe que incluya la situación relativa a los derechos de las personas de edad en todas las regiones del mundo[7]. El resultado fue el Informe de Seguimiento de 2011, en el que se señalan como problemas:

A la pobreza y la precariedad de las condiciones de vida;
B la discriminación por motivos de edad
C la violencia y el maltrato
D la falta de medidas, mecanismos y servicios especiales"[8].

Uno de los aspectos en los que se fija el informe es en la escasez de referencias explícitas a la edad en los tratados internacionales básicos de derechos humanos, con la excepción de:

A la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares incluye la "edad" en la enumeración de los motivos de discriminación (artículo 7);
B la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad incluye referencias a las personas de edad en el artículo 25 b), sobre la salud, y en el artículo 28 2) b), sobre un nivel de vida adecuado y la protección social, así como referencias al acceso a la justicia adecuado a la edad en el artículo 13, y a medidas de protección que tengan en cuenta la edad en el artículo 16;
C la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer incluye en el artículo 11 1) e) una referencia a la vejez en relación con la eliminación de la discriminación contra las mujeres en lo referente al disfrute del derecho a la seguridad social" (§ 22)

La misma Resolución 65/182 creó un Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad. Los informes de este grupo de trabajo contribuyen a la aprobación de la Resolución 67/139 Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad (2012)[9]. La pervivencia de los problemas de eficacia motivan la Resolución 24/20 (2013), que fue aprobada por el Consejo de Derechos Humanos, y por la que se establece el mandato de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad[10].

Diversas Observaciones Generales y Recomendaciones de los órganos de los tratados dentro del sistema universal, hacen referencia, en el marco de Naciones Unidas, a las personas mayores: CEDAW, Recomendación General No.27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos; CESCR, Observación general No.6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad; CESCR, Obser-

vación general No.14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud; CESCR, Observación general No.19 sobre el derecho a la seguridad social; CESCR, Observación general No.20 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales; CESCR, Observación general No.21 sobre el derecho de toda persona a participar en la vida cultural; CCPR, Comentario General No.18 sobre no discriminación; CRPD, Observación general No.1 sobre el Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; CRPD, Observación general No.2 sobre el Artículo 9: Accesibilidad[11].

Asimismo, varios de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible guardan relación con la situación de los derechos de las personas mayores, aunque en pocos puntos las personas mayores son mencionadas expresamente; *se encuentran ejemplos en la meta 2.2 (poner fin a la malnutrición teniendo en cuenta también a las personas mayores), 11.2 (sistemas de transporte en relación con ciudades y asentamientos humanos inclusivos) y 11.7 (sobre acceso a zonas verdes y espacios públicos seguros).* Por otro lado, la desagregación de datos por edad que han de llevar a cabo los Estados para el seguimiento, constituye una oportunidad para obtener una imagen de la situación de las personas mayores.

Varios de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible guardan relación con la situación de los derechos de las personas mayores, aunque en pocos puntos las personas mayores son mencionadas expresamente

La ausencia generalizada de un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas dirigidas a las personas mayores y las llamadas de atención sobre la situación de vulneración en la que viven, han motivado que los sistemas regionales aprueben dos textos de protección de los derechos de las personas mayores. Se trata de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), en vigor desde el 11 de enero de 2017, y del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Derechos de las personas mayores (2016).

3. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS SISTEMAS REGIONALES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

A partir de las iniciativas emprendidas en el sistema universal, en los sistemas regionales también se ha impulsado el trabajo en favor del desarrollo de mecanismos orientados a reforzar los derechos humanos de las personas mayores. Tanto en el sistema regional americano como en el africano han visto la luz instrumentos convencionales. En el segundo caso, el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Derechos de las personas mayores (2016), no está en vigor y sólo cuenta con 6 ratificaciones en febrero de 2022.

A continuación, se presentará a grandes rasgos la situación en el sistema regional americano y en Europa, ámbito en el que además de al Consejo de Europa se hará referencia a la Unión Europea.

3.1. SISTEMA REGIONAL AMERICANO

En el mismo sentido en que lo hacía la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el artículo 16 de la Declaración Americana de Derechos del Hombre (1948) hay una referencia al derecho a la 'seguridad social que proteja de las consecuencias de la vejez'. Asimismo, el art. 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1988), se refiere al "derecho de toda persona a la protección especial durante su ancianidad", para satisfacer este derecho, los Estados deben proporcionar 'instalaciones adecuadas', alimentación y atención médica a quienes no puedan acceder por sí, ejecutar programas laborales específicos que permitan a 'los ancianos' acceder a una actividad productiva y fomentar la creación de organizaciones sociales 'destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos'.

La Primera Conferencia Regional sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe tuvo lugar en 2003 y es el resultado del proceso de seguimiento de la Asamblea de Madrid. Con estos precedentes, en 2007, y en el marco de la Segunda Conferencia, la Declaración de Brasilia propone la designación de una relatoría especial para velar por los derechos humanos de las personas mayores (par. 25) y contiene el compromiso de los Estados de impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas mayores en el sistema universal. En la Tercera Conferencia (2012) ve la luz la Carta de San José sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, que expresa el estado del consenso en la región a propósito de la necesidad de desarrollar mecanismos internacionales de garantía de los derechos de las personas mayores, con lo que el camino para lo que finalmente será la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores queda allanado.

El camino para lo que finalmente será la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores queda allanado.

La Convención se firmó en 2015 y entró en vigor el 11 de enero de 2017. En su texto se hace presente la idea de indivisibilidad e interdependencia de los derechos y está presente la preocupación por la discriminación, en la que se incluye la perspectiva interseccional. A lo largo de su articulado, se contemplan las barreras que afectan a las personas mayores en el ejercicio de los derechos y se establecen fórmulas para solventarlas.

3.2. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN EUROPA

Como ocurre en el sistema regional americano, también en Europa el instrumento de derechos sociales, la Carta Social Europea revisada (en vigor en general desde 1999 y para España desde 1 julio de 2021), contempla el derecho de las personas mayores a la protección social (artículo 23) que obliga a los Estados a implementar recursos para que las personas mayores puedan ser miembros plenos de la sociedad. Asimismo, y como ocurre con el Protocolo de San Salvador, también en el caso de Europa se refleja

la preocupación por la vivienda, la salud y la existencia de instituciones adecuadas.

En el sistema regional europeo, la preocupación por la efectividad de los derechos de las personas mayores más allá de la protección social se pone de manifiesto en la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la promoción de los derechos de las personas mayores (2014)[12] *y en la Resolución 2168 (2017) de la Asamblea Parlamentaria Derechos humanos de las personas mayores y su atención integral* [13]. El primero de estos documentos establece una serie de principios orientados a promover, proteger y asegurar la efectividad y la igualdad en el disfrute de los derechos reconocidos en la Convención Europea de Derechos Humanos y en la Carta Social Europea revisada por parte de las personas mayores. Entre otros, incluye la referencia a la no discriminación, en torno a la cual se señala que los Estados deberían considerar incluir explícitamente la edad como fundamento prohibido (par. 7). El texto se refiere además a la autonomía y participación, a la protección de la violencia y el abuso, protección social y empleo, cuidado, y administración de justicia.

En el marco de la Unión Europea, la discriminación por razón de edad está prohibida por el artículo 21 de la Carta de Derechos Fundamentales, y en el artículo 25, relativo a los derechos de las personas mayores "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". Sin embargo, no todas las políticas de la Unión dirigidas a las personas mayores adoptan un enfoque basado en derechos[14]. Por ejemplo, las Directivas antidiscriminatorias, que obligan a los Estados miembros, sólo contemplan la prohibición de discriminación por razón de edad en relación con el Empleo[15].

Por ejemplo, las Directivas antidiscriminatorias, que obligan a los Estados miembros, sólo contemplan la prohibición de discriminación por razón de edad en relación con el Empleo

El año 2012 fue proclamado el Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad entre Generaciones y ya se ha mencionado en este trabajo cómo las Orientaciones que han de guiar el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones, anexadas a la Declaración del Consejo de la Unión Europea sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, aunque no son incompatibles con un enfoque basado en derechos, se construyen desde la representación del envejecimiento como un problema y no con la idea de dotar de una mayor efectividad a los derechos de las personas mayores en Europa.

Un documento que sí adopta una perspectiva de derechos es el Pilar Europeo de Derechos Sociales. Entre los principios enumerados algunos se refieren específicamente a las personas mayores, pero, aun sin una referencia expresa, hay principios especialmente relevantes en relación con los ámbitos en los que las personas mayores encuentran dificultades en el ejercicio de sus derechos:

*"**3.** Igualdad de oportunidades:* Con independencia de su sexo, origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, toda persona tiene derecho a la igualdad de trato y de oportunidades en relación con el empleo, la protección social, la educación y el acceso a bienes y servicios a disposición del público. Debe fomentarse la igualdad de oportunidades de los grupos infrarrepresentados.

***9.** Equilibrio entre vida profesional y vida privada:* Los padres y las personas con responsabilidades asistenciales tienen derecho a los permisos adecuados, a unas condiciones de trabajo flexibles y a servicios de asistencia. Las mujeres y los hombres deben tener igualdad de acceso a permisos especiales para cumplir con sus responsabilidades asistenciales y debe animárseles a utilizarlos de forma equilibrada.

***15.** Pensiones y prestaciones de vejez:* Los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia tienen derecho a recibir una pensión de jubilación acorde a sus contribuciones que garantice una renta adecuada. Las mujeres y los hombres deben tener las mismas oportunidades para adquirir derechos de pensión.
Toda persona tiene derecho a los recursos que garanticen una vida digna en la vejez.

***17.** Inclusión de las personas con discapacidad:* Las personas con discapacidad tienen derecho a una ayuda a la renta que garantice una vida digna, a servicios que les permitan participar en el mercado laboral y en la sociedad y a un entorno de trabajo adaptado a sus necesidades.

***18.** Cuidados de larga duración:* Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios" (16).

El principal problema es que los veinte principios incorporados en el Pilar Europeo de Derechos Sociales expresan un compromiso político, pero no son vinculantes para los Estados ni para las instituciones europeas.

Teniendo en cuenta el impulso que se ha dado a los derechos de las personas con discapacidad a partir de la entrada en vigor de la CDPD, parece que sería aconsejable el desarrollo de un instrumento internacional que específicamente se refiriera a los derechos de las personas mayores. Pero, en ausencia de convención, y en este momento existen elementos suficientes en el sistema universal de protección de los derechos humanos, en los sistemas regionales y en el Derecho de la Unión Europea, para considerar, por un lado, que las políticas dirigidas a las personas mayores han de adoptar un enfoque basado en derechos y, por otro, que la discriminación por razón de edad contra las personas mayores está prohibida.

El compromiso de los Estados constitucionales con los derechos humanos convierte en obligatoria una revisión de las normas y de las políticas dirigidas a las personas mayores desde el enfoque basado en derechos. Además, la aplicación de este enfoque puede requerir de nuevas normas y políticas orientadas a hacer reales y efectivos los derechos reconocidos a las personas mayores, para lo cual es preciso tener una representación adecuada del alcance de sus desventajas[17].

NOTAS

1 • La investigación que ha dado origen a este trabajo se ha desarrollado en el marco de tres proyectos. Discriminación por Razón de Edad en España, financiado por la Fundación HelpAge Internacional España y desarrollado entre mayo y octubre de 2019 (ver el informe que resultó en BARRANCO AVILÉS, M.C. y VICENTE ECHEVARRÍA, I., La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos, HelpAge, 2000), Acceso a la justicia y vulnerabilidad. PID2019-108918GB-I00 Proyecto de I+D+I financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, en el marco de los Programas Estatales de Generación de conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+I y de I+D+I Orientada a los retos de la sociedad y la Acción financiada por la Comunidad de Madrid a través de la línea de "Excelencia del Profesorado Universitario" del Convenio Plurianual con la UC3M (EPUC3M06), en el marco del V PRICIT.

2 • CDCP, Observación General nº 18 (1989) No-discriminación, par. 7, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6622&Lang=sp (último acceso 20-5-2022)

3 • Ver CEBADA, A., "Las personas de edad en el Derecho Internacional: hacia una convención de la ONU sobre los derechos de las personas de edad" en CARDONA, M.B., FLORES, F. y CABEZA, J. (coord..), Edad, discriminación y derechos, Thomsom Reuters Aranzadi, Madrid, 2019, pp. 53-71.

4 • Disponible en https://undocs.org/en/A/RES/37/51 (última consulta 6 de septiembre de 2019). El texto del plan está disponible en https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf (último acceso 20-5-2022).

5 • Disponible en https://undocs.org/es/A/RES/46/91 (último acceso 20-5-2022).

6 • https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf (último acceso 20-5-2022).

7 • ASAMBLEA GENERAL NACIONES UNIDAS, Resolución aprobada por la Asamblea General el 21 de diciembre de 2010, 2011 https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/182&Lang=S (último acceso 20-5-2022).

8 • https://undocs.org/es/A/66/173 (último acceso 20-5-2022).

9 • https://undocs.org/es/A/RES/67/139 (última consulta 6 de septiembre de 2019).

10 • https://undocs.org/es/A/HRC/RES/24/20 (última consulta 6 de septiembre de 2019).

11 • La Experta Independiente publica la lista con los enlaces en su sitio web https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/InternationalStandards.aspx (último acceso 20-5-2022).

12 • https://rm.coe.int/1680695bce (último acceso 20-5-2022).

13 • https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=23768&lang=en (último acceso 20-5-2022).

14 • AGENCIA DE DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA, Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing, Publication Office of the European Union, Luxembourg, 2018, p.6, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-fundamental-rights-report-2018-focus _en.pdf (último acceso 20-5-2022).

15 • Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento d eun marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A32000L0078 (último acceso 20-5-2022). En el informe de la AGENCIA DE DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA, Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing, cit., se señalan algunos instrumentos, como la Directiva sobre derechos de las víctimas, el borrador de Directiva de Accesibilidad (finalmente aprobada en abril de 2019) o la propuesta de Directiva sobre el equilibrio entre la vida profesional y privada pueden ser relevantes desde el punto de vista de los ámbitos en los que las personas mayores pueden ser discriminadas. Adoptar un enfoque basado en derechos que tenga en cuenta a las personas mayores es un reto.

16 • https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es (último acceso 20-5-2022).

17 • Esta es una de las propuestas del ya citado informe de la AGENCIA DE DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA, Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing, cit., p. 13 y 14.

LOS DERECHOS DE LOS MAYORES, ¿UN PROBLEMA ÉTICO?

DIEGO GRACIA GUILLÉN

Catedrático emérito de Historia de la Medicina y bioética, UCM
Académico de numero de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas

RESUMEN

El lenguaje de la ética es el propio de los deberes, no de los derechos. El deber es una experiencia universal en la especie humana, que la obliga a buscar la máxima promoción y realización de los valores que se hallan en juego en cada situación. Hay dos tipos de valores, los instrumentales o técnicos, que se miden en unidades monetarias, y los llamados intrínsecos, que tienen valor por sí mismos, con independencia de cualquier transacción. Es el caso de la amistad, la dignidad, la justicia, la solidaridad, y tantos más. Ellos son los más importantes de la vida, tanto individual como colectiva. Durante la etapa productiva de la vida, los seres humanos hemos de buscar al incremento de los valores instrumentales, y con ellos de la riqueza económica. De ahí que sean los abuelos quienes se encuentran en mejores condiciones para la transmisión de los valores intrínsecos a sus nietos. Una función que parece hundir sus raíces en la propia historia evolutiva de la especie humana.

Palabras clave: Tercera edad, mayores, ética, derechos humanos

ABSTRACT

The language of ethics is that of duties, not of rights. Duty is a universal experience in the human species, which forces it to seek the highest promotion and realization of the values that are at stake in each situation. There are two types of values, the instrumental or technical ones, which are measured in monetary units, and the so-called intrinsic, which have value by themselves, independently of any transaction. This is the case of friendship, dignity, justice, solidarity, and many more. They are the most important in life, both individually and collectively. During the productive stage of life, human beings must seek to increase instrumental values, and with them economic wealth. Hence, it is the grandparents who are in the best condition to transmit intrinsic values to their grandchildren. A function that seems to have its roots in the evolutionary history of our human species.

Keywords: Tercera edad, mayores, ética, derechos humanos.

DERECHOS Y DEBERES

Derecho y deber parecen ser términos correlativos, algo así como las dos caras de una misma moneda, de tal modo que lo que resulta ser un derecho en una persona, se convierte en otra en deber. Uno tiene derecho a que los demás respeten su vida, y por tanto todos deber hacerlo.

Pero a poco que se reflexione, se verá que la cuestión es algo más compleja. Cabe preguntarse, por ejemplo, si ambos términos se hallan en condiciones de simetría, o si uno es previo al otro. ¿Tengo el deber de respetar al otro porque él tiene derecho a ser respetado, o, por el contario, mi deber para con él es la fuente de su propio derecho? Aunque lo parezca, no es un trabalenguas o un mero juego de palabras. En el fondo de esto hay un serio problema. Que, además, ha recibido muy pocas respuestas distintas a lo largo de nuestra historia.

La respuesta más clásica se confunde con los mismos orígenes de la cultura occidental, en la Grecia y la Roma clásicas. Entonces se colocó como categoría central la de "ley" (nómos, lex), término que originariamente significaba el vínculo que liga de alguna manera a los seres humanos entre sí. Las leyes primarias no son las jurídicas, dictadas por los seres humanos, sino las que gobiernan el orden de la naturaleza, cuyo origen hay que situar en instancias superiores, en los dioses. De ahí el concepto de "ley natural", superior a cualquier ley positiva, ya que obligaba no solo externamente sino también en el foro interno de la conciencia; no se trataba de una ley jurídica sino primariamente moral. Es más, las leyes del derecho positivo solo podían considerarse justas o moralmente correctas si resultaban acordes y constituian la mera expresión del derecho natural. De modo que la ley positiva podía y debía ser la expresión de esa ley que constituía el orden de la naturaleza y aparecía como natural a la consideración de todo ser humano. *La función de la ley positiva era vigilar el cumplimiento de la ley natural por parte de los seres humanos, y sancionar su transgresión.* Y la ocupación de los legisladores no era otra que la de conseguir la perfecta coherencia entre la ley natural y su expresión positiva. De este modo creía lograrse el ideal de que el derecho y el deber acabaran siendo términos correlativos, casi sinónimos. El deber sería la fuente del derecho, y éste la expresión de aquél. Al menos, en el caso de los que se llamaron "deberes perfectos", aquellos que se consideraban de obligado cumplimiento para todos, y que por ello debían estar sancionados por la ley. Quedaba otro ámbito, el de los "deberes imperfectos", en los que la ley, lejos de obligar, dejaba su cumplimiento a la libre decisión de las personas particulares. Es lo que llevó a distinguir entre "preceptos" y "consejos". No puede extrañar que, establecida esta distinción, tardara poco en concluirse que el Derecho debía ocuparse de la sanción de los preceptos, dejando a la Ética la promoción de los segundos, aquellos que no pueden convertirse en mandatos sino solo en exhortaciones. La conclusión es obvia: lo realmente importante, aquello que definía las "obligaciones" se ventila en el dominio del Derecho, no de la Ética, reducida solo a la promoción de las obras que dieron en calificarse de "supererogatorias".

Lo realmente importante, aquello que definía las "obligaciones" se ventila en el dominio del Derecho, no de la Ética

La mentalidad que acabo de describir ha sido la clásica en la cultura occidental, y se halla incrustada en nuestro inconsciente colectivo. Lo importante es el Derecho. La Ética es un añadido que, si no resulta superfluo, sí es, cuando menos, prescindible. Con buenas leyes arreglaremos la sociedad. Así pensaron quienes, aún caliente la Segunda Guerra Mundial, *decidieron publicar una Declaración Universal de Derechos Humanos que sirviera de patrón y modelo para todas las Constituciones nacionales. De este modo, no volverían a producirse contiendas tan horrendas como la que acababa de suceder.* Con un buen sistema de derechos humanos podríamos acercarnos al ideal que ya había descrito Kant en su opúsculo Sobre la paz perpetua. La guerra es propia de sociedades inciviles, que no han salido todavía del primitivo estado de naturaleza, como el propio Kant señala. Si por algo se caracteriza la civilidad es, precisamente, por estar regida por normas jurídicas reguladoras de la convivencia humana. Un buen sistema jurídico es el método para acabar con la barbarie e instaurar de una vez por todas la justicia en las relaciones humanas.

Escrito esto en los días en los que el mundo asiste atónito a una de las guerras más inciviles que se hayan dado nunca. No parece que la Declaración de Derechos Humanos de la ONU, ni las muchas declaraciones que siguieron a ésta, hayan acabado con la incivilidad y la barbarie. ¿A qué puede deberse esto? ¿Su solución estará en añadir más preceptos a nuestras ya largas listas de derechos humanos, o habrá que ir pensando en que el problema está en otro lugar distinto? Y si es así, ¿dónde?

Procede de Aristóteles el siguiente dicho que ha corrido a lo largo de la cultura occidental: *parvus error in principio magnus est in fine,* un pequeño error al comienzo da un gran error al final. Y es posible que algo así nos esté sucediendo. Deber y derecho no son términos correlativos, ni el derecho es la fuente del deber. Ha costado muchos siglos ver que eso no es así, y que la realidad parece ser más bien la contraria. El ser humano es un sujeto primariamente moral. La experiencia del deber es universal en toda persona dotada de un mínimo coeficiente intelectual. No es posible escapar de ella. Se nos impone necesariamente. Y el primer deber no es con las leyes positivas, ni incluso con las leyes naturales, sino con uno mismo. Los seres humanos tenemos que hacer, por puro imperativo ético, lo que debemos. Aunque no nos lo mande nadie externo, o aunque vaya en su contra. El deber es personal e intransferible. En cada momento tenemos que hacer lo que nos dicta el deber, nuestro deber. A esto lo llamó Kant ser "autónomo", el principio y fundamento de la moral. Y cuando se actúa por cualquier otro mandato distinto, externo a uno mismo, ya sea religioso, jurídico o de cualquier otro tipo, la conducta se convierte en "heterónoma", que para Kant es tanto como decir inmoral. De ahí que sacara la conclusión terrible de que todas las éticas anteriores a él, las que han dominado y siguen dominando la historia de nuestras sociedades, han sido heterónomas, es decir, inmorales. Aunque respeten los derechos humanos.

Los seres humanos tenemos que hacer, por puro imperativo ético, lo que debemos. Aunque no nos lo mande nadie externo, o aunque vaya en su contra.

Conviene recordar esto en una situación tan dramática como la que estamos atravesando. Parece que seguimos viviendo en el estado de naturaleza, a pesar de todas las cartas de derechos humanos y de la superabundancia de leyes. ¿Cómo arreglar esto? ¿Con más leyes? O habrá que pensar que la solución tiene que venir de otro lado. Leo

con espanto que la flamante ley de educación hace días aprobada por el Parlamento español, la LOMLOE, un monstruo tan absurdo como la palabra que la define, ha acabado con la enseñanza de la filosofía, concede un lugar raquítico a la ética, y, cómo no, viene a confundirla con la formación en derechos humanos. Así, los contenidos de la materia que llama "Educación en Valores cívicos y éticos" han de ceñirse" al conocimiento y respeto de los Derechos Humanos y de la Infancia, a los recogidos en la Constitución española, a la educación para el desarrollo sostenible y la ciudadanía mundial, a la igualdad de mujeres y hombres, al valor del respeto a la diversidad y al papel social de los impuestos y la justicia fiscal, fomentando el espíritu crítico y la cultura de paz y no violencia." (art 25.7). En la práctica, pura formación en derechos humanos. Por cierto, que a pesar de lo meticulosos que parecen haber sido al detallar derechos y evitar discriminaciones, se han olvidado, entre otros, de los derechos de los mayores. ¿Por qué será?

La educación está orientada a formar a los jóvenes para la etapa activa y productiva, es decir, para la vida adulta, pero no para la vejez, ya que de esta se espera poco o nada, puesto que constituye la llamada, y esto sí que es discriminación, "clase pasiva". Parece que ya no tiene nada que ofrecer. Los derechos humanos llegan con dificultad, a lo que parece, a estas, digamos, sutilezas.

LOS MAYORES Y LA ÉTICA

No sé si a las personas mayores les faltan derechos o si la ley les concede todos los que merecen, a pesar de que la nueva ley de educación no los haya tenido en cuenta. No soy un especialista en derechos humanos. Pero con independencia de que tengan o no todos los derechos que merecen, *me pregunto si reducirles a la categoría de clases pasivas no constituye ya una discriminación, de la que parecen no ser conscientes algunos legisladores.*

Lo cierto es que la esperanza media de vida al nacimiento se acerca cada vez más a los noventa años, y que la jubilación tiene lugar veinte o veinticinco años antes. Veinticinco años son muchos para vivir sin otro objetivo que el de holgar sin rumbo fijo, poniéndose al sol y esperando el final de la vida. Algo no cuadra en este panorama. Hemos aumentado la esperanza de vida, *hemos conseguido que la vejez dure mucho más que antes, hasta constituir un tercio de la vida humana, pero no hemos sido capaces de dotarla de un objetivo.* Se la llama "clase pasiva" porque ha dejado de producir, al menos al modo como lo venía haciendo durante la segunda etapa de su vida, pero no parece haberse encontrado el modo de sacar a sus miembros de la pasividad y dotarles de un rol activo en la vida. Como diría Sartre, están de *trop*, "de más".

Consciente de esto, la OMS ha dedicado la década en que nos encontramos al "envejecimiento saludable". Pero tampoco nos dice qué debe entenderse por "salud" o por "saludable". ¿Consiste en no estar enfermo? No debería ser así, puesto que la definición de salud que ella misma ha impuesto dice que es "un estado de perfecto bienestar… y no solo la ausencia de enfermedad". ¿Y qué puede entenderse por perfecto bienestar? ¿Holgar todos los días al sol? Pese a todo lo que se dice y escribe, parece

difícil ir algo más allá de esto. *Por lo que resulta razonable concluir que no sabemos muy bien qué hacer con los ancianos.*

¿Y si dejáramos de hablar tanto de derechos y centráramos nuestra atención en los deberes? Porque, como ya hemos visto, los deberes son previos a los derechos y fundamento suyo. El deber es una experiencia básica de todo ser humano, desde luego muy anterior a su reconocimiento por cualquier sistema jurídico. El deber es la base de la ética. Y la ética, a pesar de lo que ha venido defendiendo tradicionalmente el iusnaturalismo, no es un epifenómeno del derecho, sino precisamente su fundamento. El deber se educa en las escuelas y las leyes se hacen en los parlamentos. Y no pueden hacerlas de otro modo que de acuerdo con la formación que hayan recibido en las escuelas. Como claramente pone de manifiesto la experiencia de todos los días.

La ética se ocupa del deber. Y éste consiste siempre en lo mismo, en promover todo lo que esté en nuestra mano la realización de valores. Si vemos que alguien está siendo objeto de una agresión que pone en peligro su vida o su integridad, todos tenemos claro que nuestro deber es ayudarle en tanto nos sea posible. El deber exige siempre promover en lo posible la realización de valores, la justicia, la salud, la solidaridad, etc. El deber no se contenta con lo meramente bueno sino que exige siempre lo óptimo. El deber del juez es dictar la mejor sentencia posible, y el del cirujano llevar a cabo la mejor operación quirúrgica, etc. Nada inferior a lo óptimo es bueno, aunque nos lo parezca. No hay ética de máximos y ética de mínimos, como hoy es frecuente oír. Toda ética es de máximos o no es ética. Algo a lo que nunca pueden aspirar las leyes, que si son coercitivas han de limitarse a establecer unos mínimos, y si aspiran a máximos no pueden ser más que propositivas.

VALORES INTRÍNSECOS Y VALORES INSTRUMENTALES

La ética consiste en realizar valores tanto como sea posible. Y ya desde los tiempos de Aristóteles se viene diciendo que los valores son de dos tipos. Hay unos, los más conocidos, que se denominan instrumentales o por referencia, ya que su valor les viene de algo externo a ellos mismos. Un fármaco tiene valor en tanto que sirve para algo externo al propio fármaco, aliviar el dolor, paliar un síntoma, etc. Si no cumpliera con esa función, diríamos que "no vale para nada", y no pagaríamos por él. Esto es lo típico de todos los valores instrumentales, que por ello mismo se miden siempre en unidades monetarias. Un instrumento vale tanto cuanto se está dispuesto a pagar por él.

Pero lo sorprendente es que no todos los valores son de este tipo. Hay otros que valen por sí mismos, no por referencia a nada distinto de ellos. Son los llamados valores intrínsecos. Piénsese, por ejemplo, en la amistad. Si alguien fuera nuestro amigo por puro interés, diríamos de él que no es un verdadero amigo. La copla popular dice que el cariño verdadero ni se compra ni se vende. Es el caso de la amistad, de la justicia, de la dignidad, de la solidaridad, del amor, y de tantos más.

Hecha esta distinción, podemos ya sacar la moraleja de todo este razonamiento. El incremento constante de la esperanza de vida de nuestra especie, cada vez más cercana a los 90 años, hace que pueda dividirse en tres periodos de aproximadamente 30

años. El primero es el periodo de formación, y el segundo el de la actividad productiva, sacando rendimiento a esa formación que nos dieron. En esta segunda etapa de la vida lo que prima es la gestión y promoción de los valores instrumentales, y por tanto el respeto al principio sagrado de la eficiencia, es decir, a la búsqueda del máximo beneficio económico al mínimo costo.

Pero llega un momento en que el ser humano deja de ser eficiente, o empieza a resultar menos eficiente que sus rivales más jóvenes. Voluntaria o forzosamente tendrá que abandonar la vida activa o productiva y entrar en otra fase, la propia de las llamadas "clases pasivas", que hoy empieza a ser de duración igual o incluso superior a cada una de las otras dos. ¿Qué hacer en ella? Por sorprendente que pueda parecer, en la primera etapa se nos educa para actuar con eficiencia en la segunda, pero no para la tercera.

Por sorprendente que pueda parecer, en la primera etapa se nos educa para actuar con eficiencia en la segunda, pero no para la tercera

Por eso son tan interesantes trabajos como el recientemente publicado por James K. Rilling, Amber Gonzalez y Minwoo Lee, según el cual la resonancia nuclear magnética del cerebro de los abuelos ante la presencia de sus nietos muestra que en sus cerebros las reacciones empáticas y emocionales son muy distintas e incluso superiores a las que la presencia de los hijos provocan provoca en sus padres. En el cerebro parece haber un *global parenting caregiving system*, responsable del comportamiento de los abuelos con sus nietos. *La conclusión es que los abuelos, en vez de ser sujetos pasivos de los que ya no cabe esperar nada para la sociedad, pueden tener una función fundamental en el cuidado y la educación, es decir, en la transmisión de valores a sus nietos.*

Esto que parecen haber intuido los teóricos del evolucionismo comportamental, cobra nueva relevancia analizado desde la teoría de los valores. Los padres, y en general quienes se encuentran en el segundo periodo de la vida, el que va de los 30 a los 60 años, han de ocuparse de modo preferente y casi exclusivo de la promoción de los valores instrumentales, esos que se miden en unidades monetarias, y durante esos años no van a tener tiempo ni posibilidad de ocuparse de los valores intrínsecos, y menos de transmitírselos a sus hijos. *Y la pregunta es: ¿no será esta la tarea que la propia evolución ha reservado a los abuelos?*

Suponiendo que se responda a esta pregunta con un sí, los problemas, lejos de resolverse, no habrán hecho más que cambiar levemente de rostro. Porque la siguiente pregunta es: ¿están preparados para ello? ¿Les ha preparado la sociedad para cumplir esa función? En la primera etapa de la vida se nos educa para rendir profesionalmente en la segunda, pero no para la tercera. Toda la cultura occidental gira en torno a la promoción de la eficiencia y el mayor disfrute posible de los valores instrumentales. ¿Y qué pasa con los intrínsecos? Responder a esta pregunta aclararía algunos de los más graves problemas de nuestra civilización. Es necesario ampliar la "hipótesis de la abuela" de que hablan los teóricos de la biología del comportamiento, y proponer una "cultura de los abuelos", que a la vez que ayude a éstos a definir sus objetivos como grupo etario, sirva para añadir valor a la sociedad de la que forman parte. Porque si no lo hacen ellos, corre el peligro de que se quede sin hacer. Como en parte ya está sucediendo.

BIBLIOGRAFÍA

Arsuaga, Juan Luis; Martínez, Ignacio: La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana. Barcelona: Destino, 2019.

Boyd, Robert: A Different Kind of Animal: How Culture Transformed Our Species. Princeton: Princeton University Press, 2018.

Clark, Carol: "How Grandmothers' Brains React to the Sight of Their Grandchildren", eScience Commons, November 17, 2021.

Gracia, Diego: Valor y precio. Madrid: Triacastela, 2013.

Gracia, Diego: Construyendo valores. Madrid: Triacastela, 2013.

Gracia, Diego: "Por una cultura de la vejez", Anales de la RACMyP, 2020 (96): 395-409.

Kant, Manuel: La paz perpetua. Madrid: Alamanda, 2018.

Martinón-Torres, Maria. Homo imperfectus. Barcelona: Destino, 2022.

Stuart Nattrass, Darren P. Croft, Samuel Ellis, Michael A. Cant, Michael N. Weiss, Brianna M. Wright, Eva Stredulinsky, Thomas Doniol-Valcroze, John K. B. Ford, Kenneth C. Balcomb, and Daniel W. Franks: "Postreproductive killer whale grandmothers improve the survival of their grandoffspring". PNAS, 2019 Dec 9; 116 (52): 26669-26673.

Rilling, James K, Amber Gonzalez and Minwoo Lee, "The neural correlates of grandmaternal caregiving" Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 2021 Nov 24; 288 1963: 20211997.

Williams, GC. "Pleiotropía, selección natural y evolución de la senescencia". Evolución. 11 (4): 1957: 398–411.

EL EDADISMO: UNA AMENAZA FRENTE A LAS PERSONAS MAYORES

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS
UAM
CARMEN HUICI CASAL
UNED

RESUMEN

Edadismo" es un relativamente reciente término en español derivado del inglés ageism, término emanado de un documento de la Conferencia celebrada en la Casa Blanca en EEUU. Edadismo es un concepto sistémico, conceptual y prácticamente bien documentado, con el que se expresa un prejuicio hacia los adultos mayores y en él se utiliza el triple de respuesta, es decir: acciones, actitudes, creencias y valores como así es descrito por Nelson (2004).

El término fue acuñado hace aproximadamente 50 años, en 1969, por Robert Butler (Primer Presidente del Instituto Nacional de Envejecimiento de USA), como age-ism, y traducido posteriormente al español. En español, edadismo es definido como una experiencia subjetiva que emana de las relaciones intergeneracionales y de las confrontaciones entre distintas edades, enfatizando que "el edadismo refleja una profunda inquietud por parte de jóvenes y personas de mediana edad, de repugnancia personal (sic) frente al disgusto de hacerse viejos, enfermos y dependientes, con miedo a la impotencia, la incapacidad y la muerte". (p.243).

Palabras clave: Edadismo, prejuicios, acciones, actitudes, creencias y valores.

ABSTRACT

"Edadismo" is a relatively recent term in Spanish derived from the English ageism, a term emanating from a document of the Conference held at the White House in the USA. Ageism is a systemic, conceptual and practically well-documented concept, with which a prejudice towards older adults is expressed and in it the triple response is used, that is: actions, attitudes, beliefs and values, as described by Nelson (2004). The term was coined approximately 50 years ago, in 1969, by Robert Butler (First President of the US National Institute on Aging), as age-ism, and later translated into Spanish. In Spanish, ageism is defined as a subjeActive experience that emanates from intergenerational relationships and from confrontations between different ages, emphasizing that "ageism reflects a deep concern on the part of young and middle-aged people, of personal repugnance (sic) against to the disgust of becoming old, sick and dependent, with fear of impotence, incapacity and death".

Keywords: Ageism, prejudices, actions, attitudes, beliefs and values

QUÉ ES EL EDADISMO

"Edadismo" es un relativamente reciente término en español derivado del inglés ageism término emanado de un documento de la Conferencia celebrada en la Casa Blanca en EEUU. Edadismo es un concepto sistémico, conceptual y prácticamente bien documentado, con el que se expresa un prejuicio hacia los adultos mayores y en él se utiliza el triple nivel de respuesta, es decir: acciones, actitudes, actitudes, creencias y valores como así es descrito por Nelson (2004).

El término fue acuñado, hace aproximadamente 50 años, en 1969, por Robert Butler (Primer Presidente del Instituto Nacional de Envejecimiento de USA), como age-ism, y traducido posteriormente al español. En español, edadismo es definido como una experiencia subjetiva que emana de las relaciones intergeneracionales, y de las confrontaciones entre distintas edades, enfatizando que *"el edadismo refleja una profunda inquietud –por parte de jóvenes y personas de mediana edad- de repugnancia personal (sic) frente al disgusto de hacerse viejos, enfermos, y dependientes, con miedo a la impotencia, la incapacidad y la muerte". (p.243).*

SUS COMPONENTES

Independientemente de una visión generalmente negativa del envejecimiento, que esa misma definición expresa, en 1975, *Butler (1975) amplia la definición del edadismo añadiendo a la condición emocional del prejuicio, el proceso cognitivo del estereotipo y la manifestación motora de la discriminación como comportamiento y, todo ello, por razón a la edad*, y paralelamente a semejantes derivados del racismo y el sexismo. En realidad, en la base del edadismo late una implícita consideración causal a la edad a lo largo de la vida.

En forma resumida y simple, un conjunto de investigaciones y autores de la OMS (2021), con base en el triple sistema de respuesta del comportamiento humano, señalan que el edadismo se refiere a cómo, una determinada colectividad, grupo o individuo, piensan (que estereotipos perciben), sienten (que prejuicios expresan) y actúan (cómo discriminan a un sector de su población) hacia otras personas por razones de edad. En realidad, el edadismo puede referirse a cualquier estadio de la vida, sin embargo, nuestro interés aquí hace referencia a las personas mayores.

Finalmente, existe una clara diferencia entre el edadismo y otras creencias y actitudes erróneas en razón a la raza y sexo y es que son consideradas generalmente condiciones negativas y, por tanto, deben ser combatidas y preferentemente erradicadas. Sin embargo, *el edadismo es considerado, y definido, por algunos autores con una doble faz: es decir, positiva y negativamente* (Bytheway,1995; Palmore, 1999). Incluso, Fiske y su grupo consideran "ambivalente" el estereotipo que emana de su teoría SCM (Stereotype Content Model). No obstante, *en este trabajo vamos a centrarnos, esencialmente, en el edadismo como una condición negativa* por varias razones: 1) en primer lugar, por cuanto ello es resaltado por la OMS mediante una llamada global en este sentido; 2) además, el reclamo general a combatirlo; 3) pero, añadiendo, como luego veremos,

repercusiones esencialmente negativas no solo en las personas mayores, sino también en la población de todas las edades y 4) con repercusiones varias heterogéneas no solo psicosociales sino, también, socio-económicas y de todo tipo. En definitiva, el edadismo es como una profecía que se auto-cumple y, golpea como un bumerang, provocando efectos negativos a todos los niveles en la sociedad y sus individuos.

Como vemos en la figura 1, los tres componentes del edadismo –estereotipos, prejuicios, y discriminación- producen consecuencias esencialmente negativas globalmente y en ocasiones son confundidas entre sí puesto que mientras los estereotipos aluden a aspectos cognitivas personales o culturales, los prejuicios los hacen a lo valorativo y afectivo negativo mientras que la discriminación se refiere a conductas de exclusión. Estos tres componentes son aceptados, unánimemente, por la comunidad científica (para una revisión ver Levy,S.R. y Macdonald, 2017) y los organismos internacionales, como formando parte del edadismo, así como considerándolo un problema mundial (lo cual es nuestra opinión es exagerado y, tampoco aparece avalado empíricamente incluso afirmando que en Europa, 1 de cada 3 personas *afirman haber sido objeto de edadismo y convocan a su lucha global* (ver OMS, 2021; https://w+who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un). Nuestros datos, procedentes de la European Social Survey (Fernández-Ballesteros et al, 2020) ponen de relieve que existe una visión negativa en la mayor parte de países europeos, sobre las personas mayores de 70 años, aunque no alcanzan las tasas expresadas por la OMS.

COMPLEJIDAD DEL EDADISMO

Cómo ya señalamos, el edadismo, se ve conformado por tres componentes esenciales (cada uno de ellos procede de cada uno de los tres sistemas de respuesta comúnmente aceptados): Estereotipos, que comprende pensamientos, ideas, imágenes relativas a la vejez; Prejuicios que hacen referencia a respuestas afectivas presentes en individuos y grupos y, manifestaciones diferenciales entre grupos que expresan tanto diferencias cognitivas, afectivas como comportamentales (ver Figura 1).

Figura 1. Los 3 Componentes del edadismo

Pero la investigación sobre edadismo pone de manifiesto que, además, estos tres componentes - prejuicio, estereotipos y discriminación expresados a través de los tres sistemas de respuesta del comportamiento humano, respectivamente, afectivo, cognitivo y motor—operan y se manifiestan también a distintos de niveles de detección (en función del nivel de conciencia con el que se recibe), tanto en forma controlada y explicita como implícita y automática, como ha puesto de relieve Levy y Banaji, 2002). Como señalan Iversen, Larsen y Solem (2009) una completa definición del edadismo debe contener, desde luego, los mencionados tres componentes, *pero teniendo en cuenta en su estudio la distinción entre manifestaciones implícitas y explícitas de esos tres componentes.* Veamos brevemente este aspecto.

Niveles explícito e implícito

Las actitudes humanas pueden aparecer y/o ser detectadas y evaluadas de dos formas: *La evaluación implícita*, (del latín implicitus) implica que los ítems o reactivos que se presentan a un sujeto no expresan claramente el objetivo que se pretende; en otros términos, éste está enmascarado. Por el contrario, la *detección o evaluación explícita*, el individuo recibe un ítem y se solicita una respuesta ante él de manera directa y, por tanto, podemos considerar que le correspondería el antónimo de explícito.

Realizar un test Implícito (URL https: //implicit. harvard.edu/ implicit/ Spain) y el test explicito que forma parte del Sistema de Evaluación:

• Implícito: Ej.: TEST DE ASOCIACIÓN IMPLÍCITA: https://implicit.harvard.edu/implicit/spain/ (Las preferencias por jóvenes respecto a mayores van, aproximadamente, de un 80% a un 20%)
• Explícito: Ej.: IAS de Levy et al., Per.Mot. Scale,2004,99,2008-10 o SCMQ Cuddy Et al. British Journal of Social Psychology (2009), 48, 1–33.

Niveles de análisis:

Así mismo, el edadismo no es solo un fenómeno individual sino también social, por lo cual deben tenerse en cuenta los distintos niveles de análisis en los que aparece, desde un nivel micro o individual (ver Butler, 1980, a un nivel macro (institucional, contextual, cultural), pasando por un nivel meso, intermedio configurado por contextos intergrupales de donde procedería un edadismo relacional.

• *El nivel Macro:* llevaría consigo un Macro edadismo, en otras palabras, la concreta actitud (que se expresa: lo que piensa, siente o se hace) en una colectividad concreta; por ejemplo: popularmente (prensa, TV, discursos políticos) *en España se habla de "nuestros mayores". Ello implica una sobre-generalización simplista que sitúa a todos los individuos mayores a un mismo nivel de igualdad* cuando, precisamente, sabemos que existe una máxima diversidad entre las personas mayores: en otras palabras, en términos cuantitativos en la medida en que tenemos más edad los individuos divergen más entre sí, su variabilidad de incrementa. Pero, además, el adjetivo posesivo "nuestros" que expresa una apropiación radical inapropiada. Finalmente, tal vez, lo más importante es que este nivel influye en lo que las distintas generaciones transmiten.

• *El nivel Meso:* en las redes sociales podemos encontrar Meso edadismo o edadismo relacional expresado mediante asociaciones negativas sobre las personas mayores; por ejemplo, cuando se hace un ERE se selecciona a los mayores para dejar la empresa.

• *El nivel Micro:* existe claramente Micro edadismo que es la concepción individual del individuo "envejeciente" que le lleva a regular su conducta. Así, llegada una determinada edad, se utilizan micro-auto-estereotipos (Fernández-Ballesteros, 2002: "los yoyas") cuando dicen para justificarse: "yo ya… no puedo ir allí". Finalmente, también existe un Micro edadismo interpersonal cuando se dice a un compañero de tu misma edad "pero tú, a tu edad, no te da vergüenza".

En resumidas cuentas, como han puesto de relieve Iversen, Larsen y Solem (2009), la matriz propuesta inicialmente de 3 componentes (Prejuicio, Estereotipo y Discriminación) debe ser ampliada según los dos niveles de detección (Implícito/Explícito) y 3 tres niveles de análisis (micro, meso, macro) lo cual arrojaría 18 variaciones totales cuya expresión gráfica se presenta en la Figura 2,

Figura 2 - Niveles de detección y análisis del Edadismo

En definitiva, el ser humano tiende a la clasificación de sus congéneres y lo hace a través de categorías físicas como es el sexo, o la raza y, finalmente en el caso de la edad, aludiendo a un criterio que es en parte físico (es medida por días, meses y años) pero con una fuerte influencia social por cuanto su clasificación general o segmentada es eminentemente social. Es decir, ser adulto o viejo es unas de las categorías sociales -que previamente han sido consolidados en atributos verbales (niño, joven, adulto, anciano/mayor)- que cuentan con distintas cargas semánticas de alta o baja consideración social, por cuanto son las personas mayores (tanto hombres como mujeres) los grupos de edad menos valorados (en datos de España, ver Fernández-Ballesteros, 1992, entre otros muchos). Cuando la categorización social tiene una carga extremadamente negativa que implica una identidad deteriorada para las personas que forman parte de ella podemos hablar de estigma (Goffman, 1963) lo que da lugar a la exclusión social.

Sin embargo, esta baja consideración explícita hacia las personas mayores (tanto hombres como mujeres) se aprecia también implícitamente cuando en el conocido Implicit Project de la Universidad de Harvard, las preferencias viejas/jóvenes son de un aproximado

un 20/80%. Lo cual se aprecia mucho menos cuando se examinan mediante evaluaciones explícitas. En otras palabras, la importancia de tener en cuenta, ambos niveles de detección junto con análisis macro, meso, micro "edadismos" nos ofrecen un panorama mucho más completo del tema que nos ocupa.

EFECTOS DE UNA VISIÓN EDADISTA

Según la OMS el edadismo "tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos" (2021) y, como resaltan Ayalon y Test Römer (2017) en definitiva, el edadismo se expresa a nivel individual y societario. Así, la visión de la edad como poder causal de condiciones negativas a lo largo de la vida es aprendida y aplicada a uno mismo e influye en la salud y la longevidad (Levy et al. 2002) y es un aprendizaje social transmitido de generación a generación (con todo lo que ello conlleva) lo cual produce repercusiones, no solo, a nivel micro sino meso y macro.

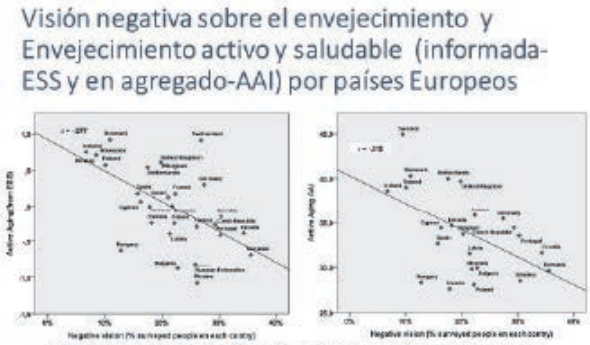
> Según la OMS el edadismo "tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos"

En este sentido y en el trabajo ya comentado más arriba, una visión negativa sobre las personas mayores está negativamente asociada con el envejecimiento saludable y activo (tanto poblacional como interindividual), con la participación social y el bienestar, como puede comprobarse en la Figura 3 (Fernández-Ballesteros, Olmos, Pérez y Sánchez-Izquierdo, 2020) e, incluso, como Levy, B. et al (2020) señalan, el edadismo parece estar asociado con una mayor prevalencia de la enfermedad y el gasto social poniendo de relieve que finalmente influye en un mayor gasto social convirtiéndose en una profecía que se auto-cumple. En definitiva, podemos afirmar que el edadismo es un factor de riesgo frente a la salud y el envejecimiento saludable y activo,tanto a nivel individual como poblacional. Por otra parte, debemos añadir que la discriminación percibida solo está asociada a la salud y el envejecimiento activo interindividual pero no al envejecimiento activo poblacional.

Figura 3: Visión negativa del envejecimiento en países europeos

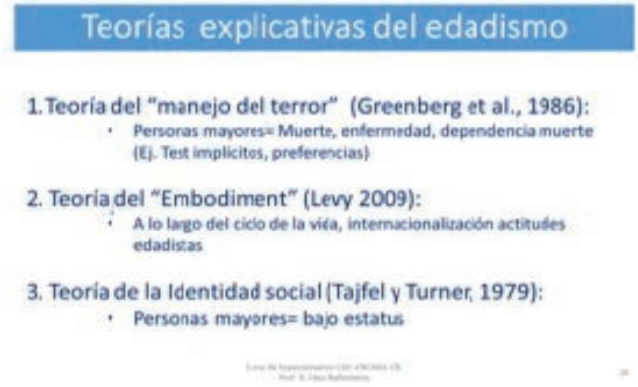
Algunas teorías aplicables al edadismo

Tres son las teorías que los autores consideran aplicables al edadismo: "Manejo del terror", "Embodiment" e "Identidad social" que sintéticamente, se presentan en la Tabla 1. Repasémoslas brevemente



Fernandez-Ballesteros, R. Olmos, R., Pérez-Ortiz, L. & Sánchez-Izquierdo, M. (2020). Cultural aging stereotypes in European Countries. Are they a threat to active aging?. PlosOne https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232340F

Figura 4. Teorías del edadismo



La Teoría del *"manejo del terror"* de Greenberg et al., (1986) pretende justificar el miedo a la muerte, la enfermedad y, en definitiva, la finitud de la vida y la ansiedad que todo ello produce en la gente común. Así, la vejez y las personas mayores, en general, estarían asociadas (aunque solo sea por su mayor probabilística proximidad) a la enfermedad y a la muerte y el rechazo y la ansiedad (comparativa con los jóvenes en los Test implícitos) que produce esta edad de la vida.

La Teoría del *"Embodiment"* de Levy (2009), pretende justificar no ya lo que evocan las personas mayores sino cómo se transmite, y postula varias fases en esta propagación: internalización a lo largo del ciclo de vida, transmisión inconsciente, importancia relativa según la edad y múltiples vías hasta la internacionalización de actitudes edadistas. En definitiva, esta teoría es aplicable solo al supuesto de transmisión interindividual.

A través de la comparación social ("ellos vs. Nosotros") se suele favorecer al propio grupo (favoritismo endogrupal); así, la Teoría de la *"Identidad social"* de Tajfel y Turner (1979) propone que los grupos sociales de pertenencia (desde la familia a la clase social) suponen una importante fuente de orgullo y auto-estima y de identidad social ("ellos" vs "nosotros") a través de un proceso de categorización, al que ya nos hemos referido anteriormente. A*sí el edadismo –proceso cognitivo afectivo y potencialmente transformado en comportamientos discriminatorios- puede ser explicado a través de la teoría de la identidad social.* Si bien otros grupos pueden manifestar el favoritismo y considerarse superiores a los mayores, esto no es tan frecuente en el caso de los mayores que pueden llegar a preferir al exogrupo de los jóvenes a nivel implícito

CÓMO COMBATIR EL EDADISMO

Puesto que ya hemos aludido a la Campaña Mundial contra el Edadismo de la OMS (2021) hemos de referirnos, en primer lugar, a las sugerencias realizadas por esta organización y, en segundo lugar, a nuestros propios postulados en este MOOC-UAM-Edex (Fernández-Ballesteros, et al. en prensa).

La Organización Mundial de la Salud: Tres Estrategias para reducir el Edadismo

La OMS señala que existen tres estrategias para reducir el edadismo: a) la política y la legislación, b) las actividades educativas y c) las intervenciones de contacto intergeneracional.

a *La política y la legislación.* A pesar de que la OMS refiere que la amplitud del edadismo, si observamos las enormes diferencias de los países europeos tanto en cuanto su visión negativa como en su relación con la salud y el envejecimiento activo. En ambos parámetros, la legislación contraria a la discriminación en función de la edad (y al sexo o a la raza) así como relativa a los derechos humanos en general, son importantes para el macro edadismo.

b *La educación.* No cabe duda que a nivel meso y micro es tal vez el más importante medio de actuación más potente. En él la OMS no hace mención de la enorme importancia de la familia, la cual es la más potente influencia en la educación que los individuos tienen para categorizar y difundir ideas edadistas, sexistas, igualitaristas o racistas.

c *Contacto intergeneracional.* Continuando con la anterior argumentación, generalmente, el individuo vive en un contexto intergeneracional, no obstante, al descender la fertilidad en la familia, la intergeneracionalidad de la familia ha disminuido y, por tanto, es importante resaltar la importancia de la relación interpersonal que debe extenderse a través de los medios posibles al alcance.

Finalmente, *la OMS ha desarrollado un Kit de herramientas antiedadistas,* en el siguiente enlace se podrán encontrar atractivas y originales medios de combatir el Edadismo : 9https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/global-campaign-to-combat-ageism/global-campaign-to-combat-ageism---toolkit--s.pdf?sfvrsn=6c546ce7_7&download=true (tratar de utilizar las más importantes)

1. Teoría de acción MOOC COMB-Ed

Nuestra revisión de los programas e intervenciones (ENCAGEn, Fernandez-Ballesteros y Sánchez-Izquierdo, en prensa) dio como resultado que si bien existen un número muy alto de políticas, programas e intervenciones para luchar frente al edadismo muy pocas de ellas presentaban valoraciones sobre sus efectos y que los únicos valorados correspondían a los programas realizados en el ámbito educativo y universitario.

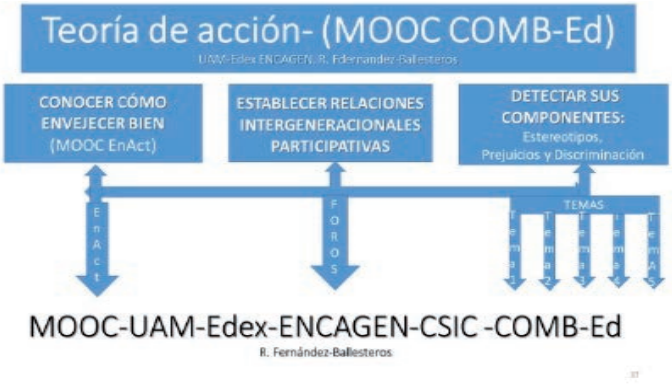
Este mismo resultado fue hallado por Levy S.R. que postula el Modelo PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences Model) que focaliza 2 Factores activos que reducen el edadismo negativo: a) la educación sobre el envejecimiento incluyendo modelo activo de envejecimiento y b) las experiencias de contacto interpersonal individualizadas en el mismo trabajo corporativo.

Por nuestra parte, desde 1996 hemos venido trabajando en programas de envejecimiento activo, muchos de los cuales se inspiran en "Vivir con Vitalidad" (desarrollado por Fernández-Ballesteros, 2002) y han sido implantados en la Universidad Autónoma de Madrid. Han sido valorados a lo largo de estos últimos años y han mostrado su efectividad y eficacia (para una revisión ver Caprara et al, 2013; https://www.hindawi.com/journals/cggr/2013/817813)y se han convertido en programas on-line (OCW (Open

Course Ware "Vivir con Vitalidad" https:// formacion.uam.es/course/view.php?id=1986&sesskey=tJX82yXm43; MOOC (Massive Online Open Course EnAct: www.edx.org/es/course/promocion-del-envejecimiento-activo).

Lo importante es que, entre nuestros resultados, en nuestro estudio realizado en cuatro Universidades de cuatro países (España-UAM, Cuba-ULH, México-UNAM y Chile-UC), 313 personas mayores en total (75% mujeres; edades entre 50 y 84 años) pasaron por el programa y 190 controles (77% mujeres, rango edad 50-91), intervinieron en este estudio valorativo. Las comparaciones entre los grupos antes y después de la administración del Programa para el envejecimiento activo mostraron una mejoría de su auto-percepción sobre su envejecimiento, así como mejoraron sus imágenes sobre el envejecimiento tanto individual como cultural, mientras que los controles no mostraron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones. En resumen, los programas sobre envejecimiento activo parecen combatir la visión negativa del envejecimiento y, por tanto, en edadismo.

Figura 5: Teoría de acción del MOOC-COMB-Ed-



Como puede observarse en la Figura 4, el modelo teórico ya explicado cuenta con tres esenciales principios activos:

1 *Conocer los principios activos del envejecimiento y, especialmente, cómo envejecer bien* en nuestro MOOC-COMB-Ed – que hemos avalado empíricamente (como hemos explicado más arriba) se plasma en el MOOC-UAM-Edx. EnAct: www.edx.org/es/course/promocion-del-envejecimiento-activo y debe ser realizado por los estudiantes del COMB-Ed como aparece en la Figura 4 como complemento necesario para combatir el Edadismo.

2 *Establecer relaciones intergeneracionales participativas,* ampliamente demostrado como uno de los principios activos para combatir el edadismo que en este Programa estará implementado en los Foros (ver Figura 4), que el alumno encontrará tanto en ambos MOOC COMB-Ed y EnAct. Dado que ambos MOOC-Edx-UAM están abiertos a todas las edades (desde los ¿? Años en adelante), los Foros se convierten en la mejor situación para relaciones intergeneracionales y se prepararán tareas para ser realizadas entre jóvenes y alumnos.

3 *Detectar los Componentes del Edadismo: Estereotipos, Prejuicios y Discriminación*, es el tercer principio activo de cualquier programa que se pretenda y es sorprendente que no se haga hincapié en ello en otros programas, intervenciones y modelos y ello porque, en parte los componentes del edadismo tienen un carácter implícito y pueden pasar desapercibidos al sujeto. Para combatir el edadismo tendremos que saber a qué nos referimos para poder identificarlo y, finalmente, combatirlo.

Con este objetivo, vamos a sugerir utilizar una estrategia llamada CIEM, Conoce.Identifica. Evalúa.Modifica (ver, Fernández-Ballesteros,(2002: http://envejecimientoactivo.es/verTexto.php?idTexto=&menu=2&path=Envejecimiento%20Activo&link=envejecimiento-activo.php&nombre=Yoyas&seccion=6), construida para la modificación de los auto-estereotipos o "yo-yas" que son utilizados en el MOOC-Edx-UAM EnAct y en la que se insistirá en los temas 2, 3, y 4 pero que aquí nos servirá de colofón práctico al abordaje de la Introducción al Edadismo.

EPÍLOGO: Cómo proceder para combatir el propio edadismo y auto-eda dismo (los "yo yas.")

Los tres componentes del edadismo (estereotipos, prejuicios y discriminación) suelen asentarse en una idea irracional, a saber, que la edad tiene un poder causal que regula nuestras pensamiento, emociones y conducta.

Los "yo yas", los estereotipos e incluso los prejuicios y la discriminación ante personas mayores constituyen pensamientos automáticos que, si estamos alerta, podemos identificar y, una vez detectados, evaluar y modificar. Por tanto, deberemos estar atentos y cuando "nos oigamos" pronunciar un "yo ya" o cualquier estereotipia o prejuicio frente a otras personas ("ella/el/ellas/ellos ya" deberíamos proceder a su evaluación, preguntándonos ¿hasta qué punto es cierto que la edad no me/le/la/les permite una determinada actividad o acción? Si es otro tipo de evento (estamos enfermos, nos hemos descuidado, etc.) deberemos trazar un plan de acción para modificar la errónea imputación a la edad y actuar en consecuencia de nuestro análisis.

Deberíamos proceder a su evaluación, preguntándonos ¿hasta qué punto es cierto que la edad no me/le/la/les permite una determinada actividad o acción?

Un día muy agradable, se encontraba Catalina comiendo en el jardín con sus hijos y sus nietos. Estaban recordando aquellos días de camping en los que Catalina llevaba a sus hijos al Pirineo, hace ya más de 30 años.

Los niños, ensimismados con las historias, propusieron ir a acampar todos juntos en las próximas vacaciones. A los padres les encantó la idea, pero Catalina no estaba segura: "a mi edad, yo ya no estoy para irme de acampada".

La realidad de Catalina es que desde hace años lleva una vida muy sedentaria, por lo que el solo hecho de ir al médico o a hacer la compra se vuelve una labor agotadora. Así que andar por la montaña le parece algo totalmente imposible.

Sus hijos comenzaron a organizar la salida, contando con ella, insistiéndole en que, seguro que cambiaría de opinión, tenían tiempo de sobra para convencerla.

Catalina reflexionaba sobre ello: "Pero cómo voy a ir, si me duele todo el cuerpo. Aunque María, la vecina, tiene dos años menos que yo y lleva a sus nietos para arriba y abajo del pueblo, con una vitalidad… ¿Será la edad realmente el problema?"

Pensar en los recuerdos tan bonitos que tenía de las veces anteriores que había ido a acampar, lo mucho que lo había disfrutado con su familia, y recordar que también fue una experiencia exigente para ella entonces, le hizo ver que la edad no era el problema, sino su forma física. A raíz de los dolores que sentía en las articulaciones, cada vez le costaba más salir de casa, y había ido dejando de moverse. Tal vez, si fuese ejercitándose poco a poco, podría encontrarse mejor para la acampada. Así que fue a hablar con su médico de cabecera para ver qué podía hacer.

Desde entonces, Catalina ha estado preparándose con ejercicios adecuados para ella que le recomendó el médico, supervisada por un entrenador que cuida de que los haga correctamente y sin hacerse daño. Muy lentamente, se va dando cuenta de que se cansa menos al hacer sus quehaceres diarios. Ya ha confirmado a sus hijos que se apunta a la acampada. Aunque no esté para entonces en muy buena forma, no va a perderse la experiencia, y sabe que sus hijos estarán pendientes de ella.

"A partir de ahora, tendré cuidado para detectar mis propios auto-edadismos (los "yo-ya…") o los edadismos hacia otros que limitan mi/su actividad con *atribuciones a la edad erróneas* no dejar de hacer cosas-o impedir que otros las hagan- que son beneficiosas porque crea que ya no es apropiado en razón a la edad.

En resumen: ¡Combatir el edadismo empieza por uno mismo!

BIBLIOGRAFÍA

Ayalon, I. Tesch-Römer, C. (Eds.)(2018) . Contemporary Perspectives on Ageism. N.Y.: Springer.

Burnes, D. et al. (2019). Interventions to reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. AJPH Opn-Themed Reseacrh, 109,8, pp: e1-e9.

Bustillos, A., Fernández-Ballesteros, R. y Huici, C. (2012) Efectos de la activación de etiquetas referidas a la vejez . Psicothema ,24, 352-357 (A) ISSN 0214 - 9915

Butler, R.N. (1969) Age-Ism: Another form of Bigotry The Gerontologist, Volume 9, Issue 4_Part_1, Winter 1969, Pages 243–246,

Caprara, MG; Molina,MA, Schettini, R, Santacreu,R., Orosa,T, Mendoza-Núñez VM, Rojas,M. and Fernández-Ballesteros R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program Current Gerontology and Geriatrics Research Vol2 Article ID 817813, 14 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/817813

Cuddy, A.J.C. y Fiske S.T. (2004). Doddering but Dear: Process, Content, and Function I Stereotying of Older Persons. En: Nelson, T.D. (Ed..) (2004). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older persons. Cambridge: The MIT Press. Pp. 3-27

Gendrom, T.L., Inker,J., Welleford,E.A. (2017). A theory of relational ageism: A Discourse Analysis of the 2015 White House Conference on Aging. The Gerotologist, 58,2,242-250.

Levy, B.R. y Banaji, M.R. (2004) Implicit Ageism. En Nelson, T.D. (Ed..). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older persons. Cambridge: The MIT Press. 49-77.

Levy, B.· et al. (2018) Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. The Gerontologist, 2020, Vol. 60, No. 1, 174–181doi:10.1093/geront/gny131.

Levy, B. (2009). Embodiment theory. A psychosocial approach to aging, Curr Dir Psychol Sci.18(6): 332–336.

Levy, B., Kasl,S.V., Gill, T.M. (2004). Images of Aging Scale. Perceptual and Motor Skills, 99, 208-210.

Levy, S.R. y Macdonals, J.L. (2016). Progress on understanding ageism. J. Social Issues,72 (1), 5-25.

Levy, S.R. (2018). Toward reducing ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences Model). The Gerontologist, 58, 2 226-232

Lev,S., Wurm, S., Ayalon, l. (2018). Origins of Ageism at the Individual Level. En: I Ayalon y C. Tesch-Römer: (Eds.)(2018) . Contemporary Perspectives on Ageism. N.Y.: Springer. pp51-72.

Iversen, T.N., Larsen, L y Solem, R.E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. Nordic Psychology, 61(3) 4-22.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging. The Contribution of psychology. Gottingën: Hogrefe & Huber. (Traducción española. Envejecimiento Activo: La contribución de la psicología. Madrid: Pirámide, 2008.

Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002): Vivir con Vitalidad. (5 Volúmenes) Madrid, Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. . Bustillos, A. y Huici,C. (2015). Positive perception of ageing and performance in a memory task: Compensating for stereotype threat. accepted for publication in Experimental Aging Research. Volume 41 (4), 410-425.DOI: 10.1080/0361073X.2015.1053757

Fernandez-Ballesteros, R. Caprara, MG, Schettini, R. Bustillos, A. Mendoza, V.M. Orosa,T. Kornfeld, R and Rojas, M. (Chile), López-Bravo, L. Santacreu, M. Molina M.A. (2013). Effects of University Programs for Older Adults: Changes in Cultural and Group Stereotype, Self-Perception of Aging, and Emotional Balance. Educational Gerontology, 39: 119–131, 2013.

Fernández-Ballesteros R., Sánchez-Izquierdo M., Santacreu M. (2021) Active Aging and Quality of Life. In: Rojo-Pérez F., Fernández-Mayoralas G. (eds) Handbook of Active Ageing and Quality of Life. International Handbooks of Quality-of-Life. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_2.

Fernandez-Ballesteros, R. Olmos, R., Pérez-Ortiz, L. & Sánchez-Izquierdo, M. (2020). Cultural aging stereotypes in European Countries. Are they a threat to active aging?, PlosOne https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232340F.

Fernández-Ballesteros, R (2022, en prensa)

Fernández-Ballesteros, R. Benetos, A.,Robine, J.M. (Eds.) (2019). The Cambridge Handbook of Successful Aging. New York: Cambridge Press.

Fernández-Ballesteros, R. (1992): Mitos y realidades sobre la vejez y la salud, Barcelona: SG-Fundación Caja Madrid. ISBN: 84-87621-104.

Nelson, T.D. (Ed..) (2004). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older persons. Cambridge: The MIT Press.

Palmore E.B. (1999): Ageism: negative and positive. N.Y Springer Pub. Co.

Tajfel, H. y Turner, J.C. (1986) The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In: Worchel, S. and Austin, W.G., Eds., Psychology of Intergroup Relation, Hall Publishers, Chicago, 7-24.

Enlaces de Interés

Envejecimiento activo: Envejecimiento saludable: https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing
Edadismo: https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un

KIT CONTRA EL EDADISMO: PowerPoint Presentation (who.int).

· Puede accederse al informe y los materiales conexos en el siguiente enlace: https://who.canto.global/b/RF6A9 con la contraseña: 726748.

· Para ver el evento de lanzamiento el jueves 18 de marzo de 13.00 a 14.00 CET, es posible registrarse en https://www.eventbrite.ch/e/launch-of-first-un-global-report-on-ageism-a-global-conversation-on-ageism-registration-139820897067

· Contacto para medios de comunicación: Carla Drysdale, Oficial de Comunicaciones. Telf.: +41 22 791 2222; Correo electrónico: mailto:cdrysdale@who.int

· La Organización Mundial de la Salud (OMS) lidera las actividades mundiales de salud pública en el marco del sistema de las Naciones Unidas. Fundada en 1948, la OMS trabaja con 194 Estados Miembros, en seis regiones y desde más de 150 oficinas, para promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a los más vulnerables. Nuestro objetivo para 2019-2023 es asegurar que 1000 millones de personas más dispongan de cobertura sanitaria universal, proteger a 1000 millones de personas más frente a las emergencias sanitarias y mejorar la salud y el bienestar de otros 1000 millones de personas. Para obtener más información acerca de la OMS, puede consultarse su página web, www.who.int, o seguir a la Organización en Twitter o Facebook.

· La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) es el principal organismo de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos. Representa el compromiso del mundo con la promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Para cumplir su misión, la Oficina sigue un sólido marco de resultados conocido como Plan de Gestión de la ACNUDH. Esa hoja de ruta se basa en los resultados de consultas con los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil, la comunidad de donantes y el sector privado.

· El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), arraigado en la Carta de las Naciones Unidas y guiado por la transformativa Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, defiende el componente de desarrollo de las Naciones Unidas. El DAES reúne a la comunidad internacional para trabajar con el objetivo de lograr soluciones comunes a los problemas más acuciantes del mundo. El Departamento ayuda a los países a traducir sus compromisos internacionales en medidas nacionales en los ámbitos económico, social y ambiental. Es una voz líder en el ámbito analítico para promover la inclusión, reducir las desigualdades y erradicar la pobreza, y un defensor de la lucha contra los obstáculos que impiden a las personas salir de esta.

· El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es el organismo de las Naciones Unidas para la salud sexual y reproductiva. Nuestra misión es crear un mundo en el que todos los embarazos sean deseados, todos los partos sean seguros y se aproveche el potencial de todos los jóvenes. El UNFPA hace un llamamiento para lograr el cumplimiento de los derechos reproductivos para todos y apoya el acceso a una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar voluntaria, la atención de la salud materna y la educación completa sobre sexualidad.

EL DERECHO A UNAS PENSIONES Y PRESTACIONES DIGNAS

OCTAVIO GRANADO MARTÍNEZ

Exsecretario de Estado de la Seguridad Social 2004-2011 y 2018-2019

RESUMEN

La Seguridad Social española tiene más de cien años. En su configuración actual, casi sesenta. Goza de gran apoyo social y político (el Pacto de Toledo), pero existe una constante preocupación de los organismos internacionales y ciudadanos por la sostenibilidad del sistema y su adecuación a los cambios sociales y demográficos que experimenta la sociedad española. Hasta ahora, los movimientos sociales se han centrado en frenar reformas que se consideraban lesivas o en exigir revalorizaciones de las pensiones. Ahora, defender el derecho a unas pensiones dignas debe ir más allá. Deben reclamarse nuevos ingresos para el sistema, que las aportaciones que la Seguridad Social hizo al Estado en otros momentos se repongan, que la edad de jubilación se flexibilice para atender a las diferencias de estilo de vida, que se valore más la capacidad que la incapacidad de las personas. Todo esto posibilitará que las pensiones del futuro sean mejores y más adecuadas.

Palabras clave: Pensiones, sostenibilidad, cambios sociales, demografía

ABSTRACT

Spanish Social Security is over hundred years old. In its current configuration nearly sixty years old. It enjoys wide social and political support (Pacto de Toledo), but there is a continued concern among international authorities and citizens about the system sustainability and its adaptation to the social and demographic changes that the Spanish society is experiencing. Until now, social movements have been focusing on restraining considered damaging reforms or claiming for pensions revaluation. Now, defending the right to a decent pension must go further. New incomes to the system must be demanded, contributions made by the Social Security to the state in the past must be replenished, the age for retirement should become more flexible to meet the different lifestyles, and people ability should be more valuable than people incapacity. All this will enable in the future better and more suitable pensions.

Keywords: Pensions, sustainability, social changes, demography.

1. UN BREVE CONTEXTO HISTÓRICO: DESDE 1900 HASTA LA LLEGADA DE LA DEMOCRACIA

El sistema español de pensiones tiene en la actualidad retos indudables. Si atendemos a la retórica huera de las afirmaciones electoralistas, parecería que el único problema de las pensiones reconocible es su escasa cuantía. Pero esto no es así, y merece la pena explicar brevemente cuál es la situación actual, partiendo de dos claros momentos históricos.

El nacimiento de nuestro sistema puede fecharse en la Ley de Accidentes de Trabajo (1900), primera norma en que se reconoce un ámbito de protección, sanitario y económico, a los accidentados. Desde un punto de vista más estructural, la primera institución de Seguridad Social que se crea en nuestro país es el Instituto Nacional de Previsión (1908). El INP puso en marcha el Seguro Obligatorio de Vejez (luego también de Invalidez, SOVI) como pensión zócalo para quienes no tenían una cobertura específica más relevante, que se alcanzaba a través de las mutualidades, en las grandes empresas de la industria y los servicios. La Segunda República pone en marcha prestaciones de desempleo, y tras la guerra civil el franquismo desarrolla el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que amplía notablemente la atención sanitaria.

La desastrosa gestión de las mutualidades por parte de mandatorios falangistas, y la obligación de que las mutualidades invirtieran sus recursos en deuda del INI y del Estado, con una rentabilidad muy inferior a la inflación, llevaron a la inmensa mayoría de las mutualidades a la ruina. Con ocasión de la quiebra general del país, en 1959 el Plan de Estabilización genera un replanteamiento de toda la política económica pública, que organiza la actividad prescindiendo de puestos de gastos ficticios, puestos de trabajo improductivos, y creando nuevos impuestos. *El Impuesto sobre los Rendimientos del Trabajo Personal es el primer impuesto sobre la renta, y la Ley General de Seguridad Social va a crear un nuevo sistema de reparto que obliga a cotizar a un número creciente de empleadores y empleados*, para con las cotizaciones recaudadas pagar las pensiones de las mutualidades arruinadas.

Estas mutualidades se van incorporando paulatinamente a la renovada Seguridad Social, que va añadiendo nuevos cotizantes en su campo de aplicación (trabajadores agrarios, empleadas de hogar, trabajadores autónomos), normalmente con cotizaciones bajas que daban lugar a pensiones también bajas, pero superiores a la cuantía casi ridícula del SOVI. El nuevo sistema nace con límites estrictos (bases de cotización limitadas, las pensiones no revalorizadas pese a la alta inflación) y al margen del Estado: Ni sus trabajadores (salvo los de las empresas del INI) están afiliados a él, ni sus cuentas forman parte de los Presupuestos Generales.

Durante la Transición se produce la última tanda de incorporaciones de mutualidades, se incorporan los presupuestos de la Seguridad Social a los del Estado (el primer ejercicio, un simple resumen de un folio), se producen revalorizaciones más periódicas, y comienzan a producirse los primeros estudios sobre el futuro del sistema.

Durante la Transición se produce la última tanda de incorporaciones de mutualidades, se incorporan los presupuestos de la Seguridad Social a los del Estado

2. LAS PENSIONES EN DEMOCRACIA: DESDE 1977 HASTA NUESTROS DÍAS

Durante los años de democracia, las políticas sobre pensiones en España han oscilado con la alternancia en el poder del Partido Popular (primero UCD) y del PSOE, solo o en coalición. Los dos partidos que han gobernado (o hegemonizado las coaliciones de gobierno) España son asimismo los que reciben el apoyo mayoritario de los jubilados y pensionistas españoles. Los cambios en la política de pensiones han sido muy perceptibles, pero también es significativo un hilo conductor.

En el plano institucional, el antiguo INP se transforma en cuatro entidades gestoras: INSS (pensiones), INSALUD (sanidad), INSERSO (servicios sociales) y SEPE (desempleo), más un servicio común de recaudación, la TGSS (tesorería). La atención sanitaria y los servicios sociales verán su atención transferida a las Comunidades Autónomas. Con los Pactos de la Moncloa se inaugura un ciclo de concertación social que en las pensiones alcanzará su plasmación práctica con el *Pacto de Toledo (1995), que inaugura una dimensión parlamentaria de la concertación.*

En el plano financiero, la incorporación a los Presupuestos Generales del Estado va permitiendo afianzar la distinción entre prestaciones contributivas y no contributivas. En diferentes momentos se va perfilando la financiación de las prestaciones contributivas con las cotizaciones, que se realizan sobre bases cada vez más equivalentes a los salarios, mientras los impuestos financian los servicios públicos que pasan desde la Seguridad Social a considerarse un derecho de ciudadanía. En la última década del siglo XX comienza a ganar peso la financiación del Estado en la sanidad y los servicios sociales, que culmina el año 2000. También va ganando lentamente peso la financiación por parte del Estado de los complementos a mínimo de pensión para los pensionistas sin otros ingresos.

El Estado desarrolla en los años 90 del siglo XX unas pensiones no contributivas orientadas a quienes nunca han financiado una pensión del sistema, y en 2013 culmina la asunción del 100% de los complementos a mínimo. En 2021 el Estado asume los complementos de maternidad y paternidad, las reducciones de cotización de agrarios, autónomos y del Régimen Especial del Mar, las tarifas planas, los complementos de pensión para cubrir brechas de género, etc. Para la mayoría de los pensionistas, desde los años 90 se ha establecido como derecho la revalorización de las pensiones, vinculada alternativamente al IPC o a indicadores abstractos en momentos de intenso déficit del sistema Todos estos pasos consolidan el sistema, no sin retrocesos en los periodos de menor holgura presupuestaria, en los que a veces se aprueban reformas sin consenso social que no llegan a aplicarse nunca.

Desde la crisis económica de 2008 el diferente trato experimentado por salarios (que se congelan o disminuyen) y pensiones (que siguen reconociéndose en función de la vida laboral) ha generado un desequilibrio entre el crecimiento de unos y otras, que ha aumentado el peso de las pensiones en el PIB y disminuido la sostenibilidad del sistema. Las pensiones particulares vinculadas a la negociación colectiva en España no han experimentado la evolución de otros países de la OCDE. En cuanto a los fondos de

pensiones que otorgan prestaciones individuales, se han generalizado, pero con un peso en el PIB muy inferior al de otros países del ámbito referido.

En el plano orgánico, la Seguridad Social va a extender su universalización cubriendo colectivos sin relación laboral, como los cuidadores de personas en dependencia o colectivos de becarios e investigadores. La democracia asistirá a las últimas integraciones de mutualidades, como la MUNPAL, de los trabajadores municipales, la ITP (de Telefónica), de notarios, etc. Las mutualidades que perviven son ya prácticamente gestoras de planes de pensiones para colectivos corporativos. El Régimen General va estableciendo una mayor proporcionalidad entre salario y base de cotización, que se trasladará con dificultades a los otros regímenes, estando pendiente el RETA . Los agricultores por cuenta propia y por cuenta ajena se integran en el RETA y en el R. General respectivamente, en dónde también confluyen con un sistema especial las empleadas de hogar, lo cual mantiene la excepcionalidad del Régimen Especial del Mar (marinos y pescadores) y el de la Minería Energética, en práctica extinción con el carbón. Los integrantes de Clases Pasivas del Estado que han ingresado desde 1° de enero de 2011 se integran en el Régimen General de la Seguridad Social. Las prestaciones de los diferentes regímenes han tendido a confluir con las reconocidas en el Régimen General, e incluso en la actualidad existe una prestación prácticamente universal por cese de actividad en el RETA (excluidos los afiliados agrarios).

> El Régimen General va estableciendo una mayor proporcionalidad entre salario y base de cotización, que se trasladará con dificultades a los otros regímenes.

Si cabe exponer una conclusión general, después de 45 años de democracia, los españoles todavía confían poco en las instituciones alternativas a la Seguridad Social, y lógicamente son muy sensibles a las informaciones sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones, normalmente pesimistas cuando se elaboran desde instituciones que ofrecen sistemas de previsión alternativos o desde organismos internacionales (Comisión Europea, OCDE, FMI) que en general valoran al sistema como difícilmente sostenible, por la elevada tasa de reemplazo pensión/salario, y por los compromisos de revalorización de las pensiones. El último de estos episodios, vivido en el mes de mayo, la desconfianza de la Comisión Europea sobre la suficiencia de las reformas de 2021. *Frente a estas valoraciones pesimistas, destaca por contradictoria la proyección positiva de las cuentas de la Seguridad Social realizada por la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal en enero de 2019, a partir de unos flujos de inmigración sostenidos e importantes.*

3. LOS RETOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MOMENTO PRESENTE: HACER FRENTE AL CAMBIO DEMOGRÁFICO Y A LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES.

Como hemos comprobado en las líneas anteriores, la Seguridad Social ha venido solventando su situación económica mediante un complejo entramado de reformas estructurales, financieras y sobre las prestaciones. Estas últimas se han centrado en aumentar los requisitos para el cobro de la pensión o de su anticipación, respetando en

todo caso los convenios internacionales suscritos por España, en retrasar la edad de jubilación en la línea fundacional (que pasó de los 60 años de las pensiones mutualistas a los 65) y en desarrollar un estricto régimen de incompatibilidades con la pensión y uno de los topes máximos de pensiones públicas más bajos de Europa, que cobran todos los pensionistas, desde los Presidentes de Gobierno hasta el último cotizante. No olvidemos los factores fundamentales que han incrementado el número de cotizantes desde los 16 millones hasta los más de 20 en los últimos veinte años:

- La apertura del mercado de trabajo *a las mujeres* sin excepciones, que suponen ya el 47% de los cotizantes.
- La regularización de los tr*abajadores inmigrantes* (el 11,5% en la actualidad) y las previsiones de seguir acudiendo a su participación para compensar el estrechamiento de la base de la pirámide de población por la menor tasa de natalidad y fecundidad.
- La entrada en el sistema de categorías de *perceptores de ingresos sin relación laboral*, como cuidadores, investigadores y becarios.

Pero estas vías están llegando a colmatar las posibilidades de crecimiento del sistema, y por tanto las nuevas necesidades deberán cubrirse con otro tipo de medidas. A cortísimo plazo, la elevada inflación genera este año ya un problema para financiar la revalorización de pensiones comprometida por el Gobierno. Pero a medio y largo plazo, estos problemas podrían concretarse en dos grandes bloques.

El primero, el efecto del baby boom sobre las cuentas de la Seguridad Social. Para los lectores menos avezados en los intríngulis demográficos, denominamos así un conjunto de años en los que la natalidad se ha disparado con un crecimiento especial de los nacimientos. En la Unión Europea el baby boom llega después de la IIª Guerra Mundial y dura aproximadamente diez años, desde 1945. En España nuestra Guerra Civil acaba en 1939, y un proceso similar debía comenzar pues a su finalización, pero la fuerte emigración, la represión política, y las enormes carencias económicas desplazan este crecimiento hasta bien entrados los años 50. Su final coincide con la muerte del dictador. El franquismo tenía como una de las señas de identidad una prohibición absoluta de los medios de control de la natalidad, y esto ocasionaba que las familias solo contaran con la naturaleza (abstinencia, método Ogino) para su planificación. La legalización sucesiva de los preservativos, la píldora, la realización de interrupciones del embarazo en países cercanos primero y luego con plena legalidad en España, disminuye la tasa de natalidad hasta mínimos europeos, ya que la política natalista del franquismo, basada en prohibiciones e ignorancia no ha sido sustituida por una política de apoyo a la familia que permita a los jóvenes disponer de viviendas accesibles, estabilidad laboral y servicios para sus hijos.

Pero ahora han pasado 65 años del comienzo del baby boom, y estamos entrando pues en un pension boom: En las próximas décadas van a jubilarse cada año entre 400.000 y 500.000 personas, mientras que el mercado de trabajo no va facilitar una cantidad similar de relevo generacional. El aumento de la esperanza de vida va a incrementar el número de pensionistas muy por encima de lo que va a crecer el mercado de trabajo.

El segundo bloque correspondería a las transformaciones sociales, que alteran fundamentalmente las expectativas de lo que los ciudadanos consideran una pensión digna. Como

veremos en los apartados siguientes, la edad de jubilación es contemplada con expectativas bien distintas por personas que tienen la misma edad y comparten oficio, pero que se diferencian en situación familiar, estado de salud, aficiones, estilo de vida, etc. Las profesiones con un esfuerzo físico y mental más difícil de asumir a edades avanzadas son cada vez menos, mientras la mecanización favorece que las nuevas ocupaciones puedan seguir desempeñándose a edades avanzadas, reduciendo el papel de renta de sustitución que se asignaba tradicionalmente a las pensiones (de jubilación, para sustituir la edad de trabajar, de incapacidad para sustituirla, de muerte y supervivencia para sustituir la falta de recursos de personas que sostenían la familia).

El ejemplo más evidente de estas transformaciones sociales sería lo sucedido con la pensión de viudedad. Cuando se crea, en muchos trabajos el matrimonio supone la salida del mercado de trabajo de la mujer casada. Como pensión vitalicia sustituye al marido. Luego los varones pueden cobrarla, y en los casos en que lo hacen esta percepción incrementa la brecha de género entre las pensiones de varones y mujeres. La compatibilidad de la pensión con cualquier trabajo genera agravios con otras prestaciones y el debilitamiento del matrimonio como núcleo de la familia convencional genera la necesidad de extender prestaciones entre otras formas de relación familiar (parejas de hecho). Pero, al final, en un mercado de trabajo en el que el 47% de la afiliación es femenina, se suscita inevitablemente la reflexión de si no sería más justo configurar una pensión que sustituyera efectivamente a una pérdida de renta, ya que en la actualidad en algunas ocasiones no lo hace, mientras que en otras genera incluso una mejora de renta disponible para la familia. Una reflexión compatible con el hecho de que una pensión de viudedad fuerte coexiste en el sistema español con unas pensiones de orfandad muy débiles.

En los apartados siguientes vamos a ofrecer un punto de vista sobre las incertidumbres del sistema, especialmente sobre cómo resolver las tensiones financieras, si entrar en profundidad en la dimensión legal de los cambios prestacionales. Quedarían también fuera de este análisis, simplemente por razones de espacio en la colaboración, el desarrollo de las pensiones vinculadas a la negociación colectiva que pueden mejorar el sistema. El autor defiende ambas (reformas prestacionales y el desarrollo de fondos vinculados a convenios), así como que nuestra Seguridad Social debe seguir reduciendo las desigualdades en la última etapa de la vida de los cotizantes.

Una reflexión compatible con el hecho de que una pensión de viudedad fuerte coexiste en el sistema español con unas pensiones de orfandad muy débiles.

4. LA AMPLIACIÓN DE LAS BASES IMPONIBLES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En la actualidad, las actividades sometidas a cotización son las definidas en el artículo 7 del Texto Refundido por el campo de aplicación, que como ya hemos comentado se ha ampliado, pero que en todo caso carece de una sistemática definida. *La existencia de una base máxima de cotización supone que las personas que ya la abonan, en el caso de realizar una segunda actividad deben prorratear sus ingresos para definir porcentajes*

de la base aplicables a cada supuesto. No está definida la cotización de las actividades compatibles con la pensión. Ni qué sucede cuando una persona que no cotiza al sistema desarrolla una actividad que podría incluirse en el campo de aplicación. Como ejemplos, una persona propietaria de explotaciones agrarias que no cotiza por las mismas, o que obtiene rendimiento alquilando sus propiedades. Un funcionario cotizante a Clases Pasivas que dicta conferencias. Sucesivas resoluciones dictadas para defender intereses concretos antes que el interés general han excluido de la cotización a árbitros de competiciones deportivas, deportistas que reciben remuneraciones parciales, etc. La voluntad del legislador, por otra parte, ha incluido dentro del campo de aplicación a investigadores, becarios, cuidadores a personas en situación de dependencia, a pesar de que sus remuneraciones no están vinculadas a una relación laboral.

Sería muy razonable que la definición de las actividades sometidas a cotización fueran todas aquellas que producen ingresos que no den origen a un encuadramiento convencional, y que la base máxima de cotización se circunscribiera, en el caso de que se defendiera que siguiera existiendo, a la actividad que produce más ingresos al cotizante, mientras que se establece una cotización de solidaridad para actividades de cotizantes jubilados, que ya están en la base máxima o que realizan actividades esporádicamente. Si vamos a necesitar más ingresos, subir cotizaciones es una senda que puede volverse rápidamente cuesta arriba, y sería más razonable que cotizaran algo quienes nada aportan.

5.UN PATRIMONIO LIBRE DE HIPOTECAS FUTURAS

Como ya hemos comentado anteriormente, la Seguridad Social traspasó al Estado el mantenimiento de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales, garantizó con ingresos tributarios las pensiones no contributivas, los complementos a mínimo de pensión y el Ingreso Mínimo Vital, y acordó con el Estado la financiación de los componentes no contributivos parciales del sistema (tarifas planas, complementos de maternidad y paternidad, reducciones de cotización de colectivos concretos…), lo que ha supuesto en 2021 la recepción de transferencias del estado por un importe superior a los 40.000 millones de euros. El cumplimiento de estos compromisos, puntualmente recogidos por las diferentes resoluciones de la Comisión correspondiente del Congreso de los Diputados, coloquialmente conocida como comisión del Pacto de Toledo, ha estabilizado el funcionamiento del sistema y llevado al déficit a magnitudes asumibles. Pero el déficit existe, *y la jubilación de los baby boomers puede suponer un riesgo que es necesario conjurar con medidas concretas.* Y la primera de estas medidas es poner a cero el saldo de la Seguridad Social con el Estado.

Para que los lectores lo entiendan, todas estas medidas han supuesto que en un momento dado la Seguridad Social ha dejado de financiar una política que ha pasado a corresponder al Estado. Pero durante los años precedentes, los gastos de Seguridad Social afectos a estos gastos se han consolidado en el pasivo del Sistema. Tal ha sucedido con el pago de partidas de asistencia sanitaria o con el pago de complementos a mínimo de pensión; los ingresos dejados de percibir por beneficios fiscales recogidos en los presupuestos son asimismo un lucro cesante que el sistema ha asumido por la simple

necesidad de encontrar en momentos de estrecheces presupuestarias un ingreso financiero solvente y garantizado.

Al contrario de lo que ha sucedido con estos gastos contraídos, los préstamos que el estado ha concedido a la Seguridad Social para financiar su déficit en ejercicios presupuestarios concretos no revisten la forma de estimaciones virtuales, sino que se han consignado en el Balance del Sistema y son en estos momentos la parte más relevante de su desequilibrio. En cuanto a los gastos indebidos pagados por la Seguridad Social, el Tribunal de Cuentas los ha cifrado en un estudio realizado ad hoc con los datos proporcionados por la Intervención General de la Seguridad Social en 103.690 millones de euros, tal y como consta en el correspondiente informe y ha sido comunicado al Congreso de los Diputados por la Presidenta del Tribunal de Cuentas, Enriqueta Chicano. Hay que precisar que esta partida incluye exclusivamente gastos de naturaleza no contributiva pagados con fondos contributivos del sistema, pero no incluye los ingresos, reducciones y beneficios fiscales que la Seguridad Social ha recortado de sus ingresos, y que deberían completar este cálculo.

Sobre los préstamos otorgados por el Estado a la Seguridad Social, la propia Intervención General de la Administración del Estado ya consideró que los mismos no podían considerarse como tales a la luz de los requisitos establecidos para estas operaciones por el reglamento del Sistema Europeo de Cuentas, ya que nunca ha existido un plan para el reembolso de estos préstamos. Muy al contrario, los plazos para el vencimiento de los préstamos eran prorrogados automáticamente cuando vencían, lo que evidencia con claridad la falta de intención y de capacidad para el reembolso.

La constitución de un fondo con las aportaciones del Estado debería marcarse como objetivo solventar en parte el déficit que va a producirse por la jubilación de los baby boomers. Las medidas adoptadas en este sentido, de creación de una cotización suplementaria del 0,5%, son positivas pero insuficientes.

6. LA EDAD DE JUBILACIÓN QUE INTERESA A LOS TRABAJADORES

Las grandes polémicas sobre las reformas de los sistemas de pensiones siempre se han orquestado sobre la defensa o el ataque al retraso en la edad de jubilación. Conforme ha aumentado el peso en términos de PIB del sistema de pensiones, las polémicas han ganado en intensidad y han perfilado con mayor precisión sus propuestas. La creación de la Seguridad Social en la Ley fundadora, en los años 60 del pasado siglo, despachó a los pensionistas que habían cotizado antes del año de la formalización de los regímenes, los denominados mutualistas porque se suponía habían cotizado a las mutualidades, con el reconocimiento de su derecho a jubilarse a la edad pactada en su momento, 60 años, con lo que centenares de miles de trabajadores que habían cotizado antes de 1° de enero de 1967 pudieron jubilarse a esta edad. Apenas quedan casos aislados, pero nadie ha manifestado ningún interés en derogar una norma que reconocía este derecho, lo que además hubiera sido muy probablemente rechazado por el Tribunal Constitucional.

*La edad de jubilación de 65 años coexistió siempre con edad de jubilación más bajas, reconocidas a colectivos de trabajadores que habían ganado este derecho cuando se formalizaron sus mutualidade*s o que habían conseguido la consolidación de un a jurisprudencia acorde con la dureza, penosidad y peligrosidad de condiciones de trabajo. Los mineros del carbón, marinos y pescadores, estibadores, pilotos maquinistas de ferrocarril, se jubilaban antes de los 60 años en función de coeficientes reductores que alteraban el tiempo necesario para llegar al 100% de pensión. En los casos en los que la lucha sindical había sido más intensa, los convenios colectivos adelantaban el pase a la reserva sin ocupaciones laborales antes de la jubilación efectiva, con un salario equivalente al de los trabajadores en activo, como en el caso de los marinos. En el caso de las mutualidades de la Administración, el pase a la reserva en las Fuerzas Armadas y en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado realizaban una función similar.

En todos estos casos, se partía de la evidencia de que determinadas profesiones disminuían la esperanza de vida de los trabajadores, y de que obligarles a trabajar a edades avanzadas provocaba accidentes de trabajo, enfermedades profesionales (como la silicosis) y era algo inaceptable para el conjunto de los trabajadores. Los coeficientes reductores aprobados en los tiempos de la democracia han utilizado una línea argumental parecida: la elevada incapacidad temporal en el caso de los policías municipales o de la Ertzaintza, la siniestralidad de los bomberos (una actividad excluida de la normativa de prevención de riesgos laborales por razones obvias), la menor esperanza de vida de las personas con una grave discapacidad física o psíquica. En todos estos colectivos, como en gran parte de los colectivos anteriores, se ha reajustado la legislación española de acuerdo al derecho comparado de los países de la Unión Europea.

Pero con el paso del tiempo, la democracia ha ido modificando las condiciones de trabajo de estos colectivos, y eliminado o disminuido enormemente la mortalidad diferencial.

Pero con el paso del tiempo, la democracia ha ido modificando las condiciones de trabajo de estos colectivos, y eliminado o disminuido enormemente la mortalidad diferencial. Del estibador con el gancho y el faldón de cuero al hombro hemos pasado a quien trabaja con hilo musical y aire acondicionado en una grúa mecánica. Los maquinistas de ferrocarril han dejado de cargar con palas el carbón y manejan maquinaria electrónica de alta precisión, como los aviadores. Los bomberos tienen unas condiciones de trabajo, maquinaria y protección que evitan la gran mayoría de los siniestros; la desaparición del terrorismo ha disminuido la mortalidad de los cuerpos de policía… En resumen, los antiguos factores profesionales están disminuyendo su cualidad determinante en la mortalidad, en los accidentes de trabajo, en las enfermedades profesionales. Hasta la reducción de los accidentes de circulación ha tenido su incidencia con la disminución de los accidentes in itinere.

Al lado, aparecen nuevos factores, como el estrés, el acoso, y siguen teniendo vigencia las jornadas alargadas irracionalmente, las malas condiciones de trabajo en términos de salud, la inobservancia de las medidas preventivas de situaciones de riesgo. El análisis de los accidentes de trabajo que cada año se realizan desde el Instituto de Salud y Seguridad en el Trabajo (última nomenclatura de antiguo Instituto de Higiene y Seguridad Laboral), las organizaciones sindicales, y los observatorios de riesgos de la Administración y de las Mutuas colaboradoras descubren los riesgos que todavía se cobran vidas

e incapacidades, pero también los éxitos en la detección de las malas condiciones de trabajo que, abandonadas, permiten que la vida laboral no se vea alterada por problemas de salud.

Y en todas las profesiones aflora como elemento determinante el estilo de vida, que ya no es homogéneo profesionalmente. Las profesiones en las que antes se bebía y fumaba por parte de la mayoría de los trabajadores van desapareciendo. Ahora hay trabajadores que hacen ejercicio y practican deportes, cuidan su alimentación y su peso, tienen hábitos sanos… Cuidar el cuerpo prolonga la vida, es fácil y económico, está al alcance de todos, y conforme la jornada laboral disminuye y las prácticas religiosas van desapareciendo el cuidado del cuerpo ocupa su lugar en la distribución horaria del tiempo. Pero la nueva homogeneidad convive con una cada vez mayor heterogeneidad de costumbres y hábitos sociales. La gente forma una o varias familias, el primer hijo suele llegar muy tarde, pero en los casos de segundas familias no es infrecuente padres veteranos con hijos muy jóvenes. Quienes están en mejor forma y dedican una parte del tiempo al deporte o similares (senderismo, viajes en bici, etc) desean con frecuencia jubilarse antes que quienes tienen compromisos económicos que les mantienen más tiempo obligados a obtener mayores ingresos.

Y, por supuesto, dejamos para el final lo fundamental: Los trabajos cada vez son menos penosos y exigen menor fuerza física, aunque en España las jornadas son más amplias y duras que en muchos países de nuestro entorno. Pero toda esta heterogeneidad de diferentes trabajos, estados de salud, obligaciones económicas y situaciones personales obligará a la *Seguridad Social a disponer de una cobertura cada vez más flexible, lo que significa que lo que antes se resolvía alterando la edad de jubilación de todo un colectivo profesional ahora tendrá que resolverse habilitando fórmulas específicas abiertas a los deseos, diferentes, de sus integrantes individuales.* La extinción paulatina de los coeficientes reductores ha de conseguirse habilitando su reconversión en bonificaciones al estilo del modelo austriaco, y de reducciones de edad pactadas en planes individuales o colectivos de pensiones que no descarguen sobre la Seguridad Social la obligación de mantener una protección corporativa que en algunas ocasiones ni siquiera los teóricos beneficiados desean, tal es el caso de los estibadores y de los pilotos de aviación, que en muchos casos, desean jubilarse a una edad más tardía de la que las normas les retiran del mercado de trabajo. Transitar sin conflictos sociales a una nueva realidad más flexible no será fácil, pero la eliminación de algunas normas que se han convertido en auténticos privilegios es imprescindible. Moderación y determinación, pues, son los ejes de una política que debe centrar los beneficios sociales en todos los trabajadores, no en agregaciones corporativas.

7. LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO EJE DE LAS PRESTACIONES DE INCAPACIDAD Y DE LA COMPATIBILIDAD DE LA ACTIVIDAD CON LA JUBILACIÓN.

Cuando el sistema de reparto se creó en la Europa moderna, o en su formulación contemporánea por parte del gobierno del Canciller Bismarck, las cosas eran sencillas. La gente trabajaba mientras su edad y estado de salud le permitían trabajar. Después

se pasaba a la jubilación, y en el nuevo estado no estaba permitido trabajar. Si su capacidad o su salud se habían deteriorado antes de tiempo, una pensión de incapacidad salía al quite de la disminución de su capacidad laboral. *El sistema contributivo no abonaba pensiones por enfermedades surgidas antes del comienzo de la actividad laboral, sino de las incapacidades surgidas cuando se trabajaba,* que impedían la continuidad del trabajo. El trabajo era esencialmente físico, y por esto la edad de jubilación era una fecha claramente determinada, partiendo de la observación de en qué momento las personas ya no poseían la capacidad de trabajar. La definición que la Organización Mundial de la Salud da del concepto de salud en 1946 no está tan alejada de este conocimiento convencional. La salud es "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Hoy en día, cuestionaríamos seriamente que este estado complejo de salud pueda conseguirse sustituyendo al 100% de un día a otro la actividad laboral por la inactividad.

Hoy en día, cuestionaríamos seriamente que este estado complejo de salud pueda conseguirse sustituyendo al 100% de un día a otro la actividad laboral por la inactividad

A partir de este momento, la mecanización ha ido haciendo desaparecer el trabajo de las personas en la realización de muchos trabajos penosos o peligrosos, y la prevención de riesgos laborales ha ido arrinconando en las condiciones de trabajo los elementos que deterioraban la salud de los trabajadores, disminuyendo tanto los accidentes como las enfermedades profesionales, a la vez que la Medicina del Trabajo alumbra el contenido profesional de muchos padecimientos que existen en los puestos de trabajo, pero también en las relaciones sociales. Una trabajadora puede sufrir acoso en su lugar de trabajo, pero también maltrato en el hogar o en su tiempo libre en otros lugares. El agotamiento puede ser generado por un trabajo excesivo o mal configurado, pero también por situaciones psicológicas generadas en otras situaciones.

Esta mejora de las condiciones de trabajo también ha influido en el aumento de la esperanza de vida. "El gran escape" del que habla Angus Deaton se produce por la potabilización de las aguas, las vacunas y la mejora de la salubridad de los entornos urbanos, pero también en menor medida por los logros de más saludables condiciones de trabajo, que además tienen lugar en jornadas más reducidas. *Todos estos procesos están integrados: menores jornadas, mejor formación, mayor mecanización de las actividades penosas, mejores condiciones de trabajo, mejor prevención de riesgos.*

El sistema de pensiones debe integrar esta evolución de diferentes formas, aunque engañaríamos al lector si no le advirtiéramos de que la Seguridad Social española tiene en este momento una normativa extraordinariamente rígida, que en el imaginario colectivo ha intentado justificarse hablando del ingente paro juvenil, como si existiera una relación causa/efecto entre edad de jubilación de los mayores y trabajo de los jóvenes. Pero, en todo caso, la modificación de las condiciones de trabajo hace que cada vez un mayor número de pensionistas no deseen cesar bruscamente en la actividad, y el sistema ha debido flexibilizarse, no tanto para disminuir su gasto como para atender demandas sociales. Así, en el caso de las actividades por cuenta propia, se ha buscado la solución de mantener la actividad tras la jubilación cobrando una pensión menor, o pagando a

un relevista para que se mantenga el equilibrio actuarial del sistema. En otros casos, la actividad se considera directamente compatible. La administración del patrimonio del pensionista puede haberse encargado a profesionales cuando se disfrutaba de vida activa, pero cuando se ocupa la condición de jubilado nadie va a considerarla incompatible, por un ejercicio de simple sentido común. En el caso de las personas que han mantenido actividad agraria, el cuidado de explotaciones de carácter familiar para el consumo se considera compatible. Y los derechos de producción intelectual pueden generarse tras la jubilación. Pintar, escribir, componer, no ofrecen dudas. *Cuando es necesario que la actividad tenga un contenedor colectivo ya es más difícil trazar en el aire la barrera entre lo que se considera trabajo, y por tanto su compatibilidad exige normativa expresa, y producción intelectual.*

La jubilación parcial con contrato de relevo es otra forma de atemperar el tránsito súbito de la actividad a la inactividad, aunque su utilización como una mera anticipación de la edad de jubilación ha obligado a una restricción de las condiciones en las que se producía. En todos estos casos sin embargo, sorprende la falta de protagonismo con la que los planes de pensiones, bien particulares bien vinculados a la negociación colectiva no han sido considerados instrumentos válidos para la flexibilización.

No obstante, la reforma más importante que es necesario implementar en los próximos años es la de la reforma de las prestaciones de incapacidad. En la actualidad, tanto empleadores como empleados prefieren que el sistema expulse del mercado de trabajo a las personas que ven disminuir su capacidad por un problema de salud. El hecho de que en España la microempresa sea tan frecuente, con frecuencia vemos a empleadores, a veces las propias administraciones públicas, combatir desesperadamente la obligación de recolocar en un puesto de trabajo alternativo a alguien que ha perdido capacidad en el suyo, algo que hay que extender claramente.

La incapacidad parcial en el tiempo, es decir, la disminución obligatoria de la jornada laboral, parecería la respuesta más razonable a muchas patologías que no impiden a una persona trabajar por completo, sino trabajar por completo dos mil horas al año. Pero estas medidas tienen que partir de una primera impregnación cultural que deshaga la oposición de muchos trabajadores y de muchos empleadores. Unos prefieren percibir menos dinero antes que mantener una actividad mínima, otros que su mutua o su empresa paguen más dinero antes que modificar sus estructuras organizativas. En ambos casos, al final corren el riesgo de que la protección social acabe siendo imposible de mantener, y en este sentido retroceda. Este retroceso es perceptible en algunos ejemplos curiosos. Por ejemplo, la principal entidad previsora de la corporación médica no realiza cobertura de la gran mayoría de las patologías mentales. El retroceso en la cobertura pública aumenta la desigualdad y deja excluidos a los más vulnerables. El futuro, más a medio que a corto plazo, pasa pues por la atenuación de las normas de incompatibilidad entre trabajo y pensión, por la jubilación parcial como un tránsito obligado entre actividad y jubilación, y por una reforma de las prestaciones de incapacidad que extienda la responsabilidad de las empresas en el cambio de puesto de trabajo (ahora limitado a las contingencias profesionales) como alternativa a la incapacidad, y por la reducción de jornada como alternativa a muchas situaciones de incapacidad.

8. A MODO DE BREVE CONCLUSIÓN

Las reivindicaciones que intentan defender pensiones dignas se han centrado hasta ahora en los procedimientos de revalorización de pensiones, y en el bloqueo de las medidas que perseguían reducir el incremento de los costes del sistema y su afección a la economía del país. En este momento, desde mi punto de vista, si los movimientos sociales desean seguir transitando por esta sentada de relativa sencillez no serán útiles ni eficaces. *Desde este punto de vista, la defensa de unas pensiones dignas debe incidir en la reivindicación de nuevos ingresos y de nuevas regulaciones que abran paso a pensiones más compatibles con el estilo de vida que quieren los nuevos pensionistas.* La cuantía de la pensión no perderá importancia, pero habrá otras perspectivas a considerar. He intentado en estas líneas condensar lo que deberían ser estos ejes útiles y eficaces de lucha por pensiones dignas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ELEMENTALES

Antes que un conjunto de citas bibliográficas que justifiquen un trabajo académico, enunciamos un conjunto de fuentes en las que se ha basado este trabajo.

Sobre la historia de la Seguridad Social, un libro esencial dirigido por el profesor José Luis Tortuero Plaza, "Cien años de protección social en España", editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). A destacar, los primeros capítulos, de los profesores Monereo Pérez, Alvárez de la Rosa, García Murcia, el capítulo del propio profesor Tortuero y sobre todo el espléndido capítulo del profesor Comín. La descapitalización de las Mutualidades puede conocerse en "INI. 50 años de industrialización en España", de Martín Aceña y Comín, Espasa Calpe (1991)

Para conocer las reformas operadas en democracia la colección de libros editada por el propio Ministerio de Trabajo es muy útil. A destacar los números 14 (La Seguridad Social en el umbral del siglo XXI), 16 ((Acuerdo sobre consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social), el 29 (Los retos de Seguridad Social). En general, las discusiones y conclusión final sobre las diferentes renovaciones del Pacto de Toledo pueden consultarse en las bases documentales del Congreso de los Diputados.

Las críticas previas al Pacto de Toledo pueden conocerse a través de un sinfín de publicaciones de diversas entidades financieras. A destacar "La reforma del sistema público de pensiones en España" de Herce y Pérez Díaz, nº 4 en la colección de estudios económicos de Caixa, y "Un sistema de pensiones más libre y eficaz", varios autores, nº 66 en el Boletín del Círculo de Empresarios.

En cuanto a estudios concretos, son fundamentales las actas de los Congresos de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, publicadas en Ediciones Laborum.

Como documentos oficiales, las diferentes anualidades del "Informe Económico y Financiero" que anejan los proyectos de presupuestos de la Seguridad Social ofrecen una cuidada selección de los datos básicos de evolución del sistema. Las Cuentas de la Segu-

ridad Social publicada por la Intervención General de la Seguridad Social en el Boletín Oficial del Estado reflejan la evolución contable del sistema, y el Informe de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal publicado en enero de 2019 sobre el Sistema de Pensiones (en la época en que la AIReF estaba dirigida por el actual Ministro de Inclusiones, Seguridad Social y Migraciones, José Luis Escrivá) hace una proyección de los equilibrios del sistema. Los informes de este propio organismo, del Tribunal de Cuentas y del Banco de España ofrecen una información periódica. Naturalmente, las diferentes reformas son rastreables a partir de la evolución del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En todos estos documentos hay datos que sostienen las tesis del texto, pero cuya enumeración hubiera convertido el mismo en un estudio mucho más amplio.

Dixi et salvasi animam meam

DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA

PEDRO SABANDO
Médico

RESUMEN

Aunque su nombre haga parecer que se trata de dos conceptos similares, el derecho a la salud y el derecho a la atención sanitaria son dos "derechos" con un origen distinto en cuanto a su enunciado; son distintos también en su propia naturaleza, tienen una extensión y proyección a ámbitos diferentes, y la invocación de uno y otro tiene distinta capacidad para traducirse en políticas concretas que sean efectivas para mejorar la salud de las personas. De hecho, como argumentamos en este artículo, ilustrándolo con un ejemplo tomado de la situación actual del sistema sanitario español, el derecho a la salud, invocado como un concepto "universal" pero abstracto en un país en concreto, puede convertirse en un factor disuasorio para el desarrollo de políticas sanitarias efectivas que contribuyan a mejorar de manera igualitaria la salud y la protección sanitaria de distintos grupos de población.

Palabras clave: Derecho a la salud; derecho a la atención sanitaria; Estado de Bienestar

ABSTRACT

Although their similar name may make them seem look as the same concepts, the right to health and the right to health care have a different origin, are also different in its own nature, have different scopes of declaration, and have different capacities to translate into concrete policies that are effective in improving the health of people. In fact, as we argue in this article, using an example taken from the present Spanish health care system, the "right to health", invoked as a "universal" but abstract concept in a concrete country, can become an obstacle to the development of effective health policies contributing to improve with equality the health and health protection of different population groups.

Keywords: The right of health, the right to health care, welfare state

Analizar y comprender las similitudes y diferencias entre dos conceptos tan aparentemente próximos como son el "derecho a la salud" y el "derecho a la atención sanitaria", requiere conocer mejor las características de cada uno de ellos, tanto en lo que se refiere a las razones que han dado lugar a su enunciado, como a la naturaleza de su propia declaración, y su proyección a unos u otros ámbitos del ejercicio efectivo de los derechos reconocidos. En los dos apartados siguientes se describen, por eso, en primer lugar y de manera sucesiva las características de uno y otro derecho en cada uno de los aspectos mencionados.
Con arreglo a las características descritas, en un tercer apartado se analizan también las diferencias entre uno y otro "derecho" en la capacidad de trasladarse al derecho positivo de un país en concreto y al desarrollo de políticas sanitarias efectivas.

LA REFERENCIA AL DERECHO A LA SALUD

El origen de la conceptualización del "derecho a la salud" se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos, realizada en 1948 por la Organización de Naciones Unidas, que señaló en su artículo 25.1: "el derecho de cada uno a un estándar de vida adecuado para su salud y la de su familia, incluida la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios sociales necesarios".

La Declaración, que no fue más allá de ese carácter, sentó, sin embargo las bases para distintos pactos o convenios declarativos posteriores, en los que los países firmantes teóricamente se comprometen a cumplir con las obligaciones y medidas que se incluyen en cada uno de los convenios respectivos. A los efectos de la salud, el convenio más importante es el Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC) (1), adoptado y abierto para su firma, ratificación y acceso por la Asamblea General de Naciones Unidas de 16 de Diciembre de 1966, que, tras obtener un número suficiente de países firmantes establecido para ello, entró en vigor el 3 de enero de 1976.

> A los efectos de la salud, el convenio más importante es el Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC)

En su artículo 12, el Convenio citado establece que: "1.Los estados participantes en el presente Convenio reconocen el derecho de cada uno a disfrutar del estándar más alto alcanzable de salud física y mental.

2. Los pasos que deben darse por los estados participantes del presente convenio para lograr la plena realización de este derecho incluirán aquéllos necesarios para:
a) Las actuaciones necesarias para la reducción de la tasa de abortos espontáneos y de mortalidad infantil y para el desarrollo saludable de la infancia.
b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial.
c) La prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y de otro carácter.
d) La creación de condiciones que aseguren a todos los servicios y la atención médica necesarias en caso de enfermedad".

Referencias al "derecho a la salud" se incluyen también, entre otros, en el artículo 5 e)

iv) del Convenio Internacional para la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1965; en los artículos 11.1 f) y 12 del Convenio sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres de 1979; y en el artículo 24 del Convenio sobre derechos del niño de 1989. Otros muchos instrumentos regionales sobre salud, como la Carta Social Europea revisada, de 1961, en su artículo 11, reconocen el derecho a la salud. Y lo mismo hace la propia Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Una relación que podría hacerse interminable de intentar incluir a la totalidad de textos de diferentes centros, países y áreas geográficas que incluyen de una u otra manera esa referencia.

De entre todos esos documentos, la interpretación más amplia del contenido, extensión, forma de ejercicio y responsabilidades que se derivan del "derecho a la salud" que se proclama en los mismos, es la que se lleva a cabo en un documento de Agosto de 2000 (2), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (3), dependiente del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas, un órgano creado en 1985, 9 años después de su entrada en vigor, para hacer el seguimiento del Convenio del mismo nombre mencionado. Ese texto, elaborado, a su vez, treinta y cuatro años después de la primera redacción de ese convenio, y veinticuatro después de su entrada en vigor, no se limita a reproducir los términos literales originales del convenio citados antes, sino que constituye una amplia interpretación añadida de lo que supone el reconocimiento del "derecho a la salud" aplicado a distintos terrenos.

Ejemplos de esa ampliación son, la referencia que se hace en ese texto a que "el derecho a la salud no se reduce sólo al derecho a la atención sanitaria; por el contrario, supone un amplio rango de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que pueden conducir a una vida sana, y se extiende a los factores determinantes de la salud , como la alimentación, la vivienda, el acceso a agua potable y la disponibilidad de los saneamientos adecuados, la disponibilidad de condiciones de trabajo sanas y seguras, y un medio ambiente saludable".

Conforme a la interpretación de 2000, la misma expresión del término "derecho a la salud" resulta confusa por sí misma, más aún si, *como se indica en el documento citado, "el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano". ¿Por qué entonces llamarlo así?.*

Según el mismo texto, "el derecho a la salud contiene libertades y derechos. Las libertades incluyen el derecho al control de la salud y el cuerpo propios, incluída la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a ser libre de cualqier interferencia, como la tortura, el sometimiento a un tratamiento médico no consensuado y la experimentación. Por contraste, los derechos incluyen sobre todo el derecho a un sistema de protección sanitaria,- que permita disponer del nivel de salud alcanzable (según las precondiciones biológicas y socioeconómicas individuales y los recursos estales disponibles) más alto posible".

El propio enunciado del "derecho a la salud" no puede considerarse como un derecho susceptible de aplicarse por si mismo en ningún ámbito; ni tampoco la interpretación citada como algo más allá de un conjunto de principios generales que guíen y sirvan de contraste para las legislaciones específicas de los diferentes países en que se establezcan distintos derechos sanitarios concretos.

De hecho, esa labor de contraste de las legislaciones de los distintos países suscriptores del convenio es la que, desde la declaración de 2000, se le ha atribuído al propio Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales que elaboró la citada interpretación. Una labor, por otra parte, con escasos resultados efectivos: en una valoración realizada en 2008 (4), de los 158 países que habían ratificado el convenio en aquella fecha (en la actualidad son 169), sólo 56, es decir, poco más de un tercio de ellos, habían incluído el reconocimiento al derecho a la salud en sus textos constitucionales nacionales o sus equivalentes; e incluso, en la mayoría de los casos en los que había ocurrido así, la inclusión del "derecho a la salud" no se acompañaba del desarrollo de normas específicas en diferentes terrenos que deberían haber sido desarrolladas conforme a lo previsto en la mencionada interpretación, o lo habían sido en sentido distinto, incluso contrario, al previsto en esta última.

A los efectos de la salud, el convenio más importante es el Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC)

Esta situación sirve también para poner en cuestión que la declaración genérica del "derecho a la salud", incluso entendida como un conjunto de principios básicos comunes aplicables por diferentes países, de carácter abstracto y ajena a las condiciones sanitarias, sociales y económicas de cualquier país, pueda considerarse como instrumento adecuado de difusión y fuente efectiva del ejercicio positivo de derechos en materia de salud por los ciudadanos de cualquier país en concreto.

EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA

El origen real del ejercicio efectivo del derecho a la atención sanitaria en algunos países hay que buscarlo, por el contrario, en una fuente distinta, que no es otra que el desarrollo del Estado de Bienestar. Un desarrollo iniciado en el Reino Unido con el informe de Lord Beveridge en 1942 (5; 6), que dio pie a su extensión bajo condiciones y formas distintas asociadas a las peculiaridades de cada uno en diferentes países europeos en el período más inmediato posterior a la 2ª guerra mundial. Y, dentro de ello, a la creación años después (en el Reino Unido en 1947) de servicios de salud de distinto tipo (servicios nacionales de salud; sistemas de Seguridad Social o bismarckianos), que facilitan el acceso igualitario de toda la población a la atención sanitaria en los países en que están desarrollados, constituyéndose en modelo para la extensión del ejercicio efectivo del derecho a la atención sanitaria de los países que quieren hacerlo así.

Ese desarrollo inicial de los Estados de Bienestar en diferentes países europeos, y en concreto, el desarrollo de los servicios públicos de salud, se dio en el contexto de unas condiciones peculiares de distinto tipo que se dieron de manera coincidente en esos países en aquel momento. Entre esas condiciones se encontraban (7): un clima de solidaridad entre clases sociales generado durante la guerra anterior; la existencia de unas bases fiscales suficientes para garantizar el desarrollo de los servicios públicos que entonces se crearon; un desarrollo sanitario tecnológico (medicamentos nuevos eficaces, como los antibióticos; aplicación de distintas tecnologías al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades) inicial pero limitado; un cierto grado de acuerdo entre los partidos de la izquierda socialdemócrata y los conservadores en el desarrollo de los servicios públicos;

e incluso la posibilidad de encontrar incentivos, fundamentalmente de carácter económico, que permitieran superar la oposición inicial de la profesión médica a la creación de los servicios públicos de salud.

Su desarrollo supuso, en todo caso, una transformación profunda del sentido y el papel del Estado en los países en los que tuvo lugar, de manera que, *en palabras del filósofo Rubert de Ventós, el Estado pasó de disponer y justificarse por ejercer el monopolio de la violencia a disponer, y justificarse por ello ante la ciudadanía, del monopolio de la benevolencia.*

En el caso sanitario, durante la primera de esas fases eso se venía traduciendo en el desempeño exclusivo de las responsabilidades en materia de Salud Pública, concebidas como "policía sanitaria" (las medidas de aislamiento, restricciones de la movilidad y el contacto social, de control de abastecimientos y evacuación de aguas y otros), las únicas posibles para intentar controlar las enfermedades infecciosas, hasta entonces entre las causas principales de epidemias y mortalidad, en un momento en el que se desconocía la causa de las mismas, y se carecía de medios diagnósticos y terapéuticos específicos para afrontarlas. Y durante la segunda, el cambio se tradujo en el desempeño, simultáneo con las anteriores, de nuevas responsabilidades en la prestación de servicios de atención sanitaria, con la creación de servicios públicos.

El cambio, por su parte, llevó a algunos de los países en los que se desarrolló el Estado de Bienestar en el terreno sanitario, a incluir en sus textos constitucionales, o en leyes específicas de desarrollo de los mismos, al establecimiento positivo de un derecho a la "protección sanitaria"; un derecho que incluye el ejercicio de la protección ejercida de forma colectiva (Salud Pública) y la llevada a cabo de manera individual, mediante la atención prestada por los servicios públicos de salud. Una protección que es directamente aplicable a los ciudadanos del país correspondiente, y a los de otros países que residan en el mismo y resulten homologables a aquéllos por convenios específicos que lo establezcan así.

La base constitucional, o derivada de ésta, del derecho a la protección sanitaria establecido de esa forma conlleva, por otra parte, la igualdad en el ejercicio del mismo por parte de todos los ciudadanos del país en que esté así establecido. Por su parte, la extensión material de la protección, y dentro de ella, de la atención sanitaria individual a la que se tiene acceso en cada país, viene determinada por las normas propias de cada uno.

LA EVOLUCIÓN DEL EJERCICIO DEL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS ESTADOS DE BIENESTAR

Con el paso del tiempo y los cambios económicos, sociales y políticos que se han producido en todas las sociedades, las condiciones que dieron lugar a la creación de los Estados de Bienestar y, con ello, a la de los servicios públicos de salud, han cambiado sustancialmente. El clima de solidaridad entre clases sociales que existía cuando se crearon ha dado paso a sociedades cada vez más desiguales, que no favorecen en nada el ejercicio igualitario de cualquier derecho por mucho que esté reconocido así en textos constitucionales o legales; una parte de las doctrinas económicas dominantes

considera las rebajas fiscales, que socavan la financiación de los servicios públicos, una base principal de las políticas que conducen al progreso económico; más allá de manifestaciones verbales sin traducción en las políticas concretas que se aplican, se ha roto también el consenso entre partidos de tendencias diferentes que daba soporte a los servicios públicos; y el desarrollo tecnológico explosivo que ha tenido lugar en el terreno farmacéutico y el de las tecnologías aplicadas a la sanidad, soportado en buena parte en la garantía de absorción de sus productos por los servicios públicos sanitarios (8), *ha convertido a las grandes empresas de esos sectores, considerados unos de los de mayor interés inversor de cara al futuro (9), en multinacionales de gran tamaño con presupuestos superiores a los de muchos países, que gozan no sólo de la capacidad de imponer los precios de sus productos a los servicios públicos de todos los países del mundo, sino sobre todo el sentido de la innovación en su terreno, orientándolo en el sentido más favorable a sus propios intereses económicos (10), y no en el de la mejora de la salud de las poblaciones* (11) , y garantizando con ello el consumo de sus productos.

La consecuencia de esa evolución ha sido una tendencia creciente al aumento del gasto sanitario, que resulta imposible de controlar, inducido principalmente por el consumo de los nuevos productos farmacéuticos y tecnológicos sin una valoración adecuada de los beneficios sanitarios añadidos derivados del mismo (12; 13) (medicamentos de precio muy elevado con resultados dudosos o muy limitados en términos de beneficios médicos añadidos, una situación especialmente frecuente en el campo de los nuevos tratamientos oncológicos (14; 15); multiplicación innecesaria de aparatos diagnósticos o terapéuticos de alta tecnología para una utilización ineficiente de los mismos por los servicios públicos). El aumento del gasto sanitario de ese origen se ha convertido en el factor de riesgo más importante para el mantenimiento del derecho a la protección sanitaria en cada país (16; 17).

El aumento del gasto sanitario de ese origen se ha convertido en el factor de riesgo más importante para el mantenimiento del derecho a la protección sanitaria en cada país

Esa tendencia se trata de combatir sin poner en cuestión el aumento del gasto en esos sectores, en función del poder que ejercen sobre todos los servicios sanitarios las empresas farmacéuticas y tecnológicas. Esto hace recaer la posible reducción del gasto en restricciones en la prestación de los servicios públicos que dificulten el acceso a los mismos (recortes en personal; cierres de centros; generación de esperas prolongadas), limitando con ello de manera efectiva el ejercicio del derecho a la atención sanitaria. De manera alternativa o complementaria, también se hace recaer la reducción del gasto en la limitación o reducción de ese derecho a determinados grupos de población. En otros casos se establecen nuevas condiciones para el acceso a determinadas prestaciones ofertadas por los servicios públicos. O incluso se definen o mantienen grupos diferenciados para los que se establecen condiciones de acceso y prestación de los servicios que privilegian el acceso a los mismos y, por tanto, el ejercicio de un derecho que debería ser igual para todos, por parte de esos grupos.

El establecimiento de nuevas condiciones añadidas para el acceso a determinados ámbitos de la atención sanitaria es una forma de restricción del ejercicio del derecho a ésta que sólo se ha puesto hasta ahora en marcha en el NHS británico: en abril de 2016, un informe del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra (18; 19) informaba de que en un tercio de las áreas de salud inglesas se venían aplicando retrasos e incluso

denegaciones de intervenciones quirúrgicas en general, con las solas excepciones de los casos más graves, a pacientes fumadores u obesos que superasen determinados niveles del índice de masa corporal. El rechazo de ese tipo de medidas por razones éticas (20) y económicas no consiguieron evitar que las autoridades centrales del NHS inglés, tras la revisión de las mismas (21), dieran finalmente su autorización a su aplicación (22). El ámbito desde que se planteó ésta (los Clinical Commisioning Groups de las áreas de salud correspondientes) plantea, a su vez la cuestión de la ruptura en función del "código postal" de las condiciones de igualdad en el acceso a la atención sanitaria que venían siendo características del NHS, que estaban en la base del carácter "universal" de éste, en el sentido indicado.

De las restantes modalidades de restricción al ejercicio del derecho a la protección sanitaria aplicadas existen diferentes ejemplos en España, que se analizan más ampliamente a continuación.

EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARA EN ESPAÑA Y SU EJERCICIO Y EVOLUCIÓN POSTERIOR

El derecho a la protección sanitaria en España, en sus dos ámbitos, de Salud Pública y atención sanitaria, está establecido en los apartados 1 y 2 del artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (CE). Se trata, en consecuencia, de un desarrollo vinculado al del Estado de bienestar y la constitución de los servicios públicos de salud creados a partir de aquélla.

La extensión personal de la titularidad del derecho a la atención sanitaria se reguló primero mediante lo establecido en los apartados 2 y 3 del artículo 1° de la Ley 14/1986, General de Sanidad, cuyos términos se modificaron después, para adaptarlo a la nueva situación creada por la adhesión de España a la CEE, hoy Unión Europea, mediante lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En este último se incluyó también la referencia a la cobertura de los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, que preveía dos situaciones diferentes: una para aquéllos que estuvieran inscritos en el padrón municipal de su lugar de residencia habitual (lo que exige un mínimo de 90 días de estancia previa), a los que se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles; y otra para aquéllos que, encontrándose en España, careciesen de la inscripción en el padrón municipal correspondiente, para los que se reconocía el derecho a la atención de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que fuera su causa, hasta la situación de alta médica; la asistencia al embarazo, parto y postparto y, en todo caso, a los extranjeros menores de dieciocho años, el derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Por su parte, la extensión material de las prestaciones incluídas en la atención sanitaria prestada por el SNS se reguló de manera homogénea para todo el Sistema, mediante el

Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS, y más tarde mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

A su vez, la crisis económica iniciada en 2008 fue el detonante principal de las medidas de reducción del gasto público sanitario mediante la reducción efectiva del ejercicio del derecho a la atención sanitaria, utilizando para ello una buena parte de los instrumentos a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior. Instrumentos que fueron puestos en marcha cuando el PP accedió de nuevo al Gobierno de la nación mediante una única norma, el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

A su vez, la crisis económica iniciada en 2008 fue el detonante principal de las medidas de reducción del gasto público sanitario mediante la reducción efectiva del ejercicio del derecho a la atención sanitaria

De entre las medidas adoptadas en el RDecreto-Ley citado, la primera de ellas y, por tanto, la que parece pretendía destacarse en la norma, consistía en una modificación sustancial de la definición de la población con derecho a la asistencia sanitaria, de la que, como elemento principal, se excluía expresamente a la población inmigrante en situación irregular, estuviera o no inscrita en el padrón de su municipio correspondiente, manteniendo en todo caso la atención en casos urgentes, atención al parto, y a los menores de 18 años que estaban previstos en la normativa anterior. La razón para hacerlo así era, según se indicaba en el preámbulo de la norma, *la falsa atribución a la atención sanitaria de esos grupos del exceso de gasto en la atención a personas extranjeras que había sido detectado por el Tribunal de Cuentas* en un informe previo (según algunas estimaciones, el consumo sanitario de esos grupos no alcanzaba entonces ni el 1% del gasto del SNS). Un exceso de gasto que, por el contrario, y conforme al propio informe, correspondía a la falta de la compensación económica prevista en los convenios de la Unión Europea por la atención prestada en España a nacionales de otros países de este ámbito no residentes aquí.

El mismo RDecreto-ley contenía, sin embargo, también medidas generales que modificaban sustancialmente las condiciones personales del acceso al derecho a la atención sanitaria en España al asociarlo, mediante la definición de la condición de "asegurado", a la existencia de una relación laboral, rompiendo así la vinculación de ese derecho con la condición de ciudadanía española o asimilable a ella que había establecido la propia Constitución española y, en su desarrollo, la Ley General de Sanidad, y la Ley de cohesión y calidad del SNS, de 2003.

A ese tipo de medidas el RDecreto-Ley añadió, en todo caso, otras de naturaleza diferente, empezando por el aumento de los copagos farmacéuticos, que se extendieron incluso a los pensionistas que estaban exentos de ellos. Las restricciones presupuestarias y retributivas, normas en materia de gestión de personal y de los centros, a las que se han añadido las adoptadas por diferentes CCAA, que han conducido a los recortes en personal, cierres de centros, y generación de esperas prolongadas hasta extremos insoportables para acceder a la atención, tanto en el nivel primario como en la atención especializada, que, a día de hoy, hacen que el ejercicio del derecho a la atención sanitaria esté carente de contenido para grandes grupos de población, además con

diferencias territoriales importantes entre CCAA y dentro de cada una de ellas. Lo que ha dado lugar al aumento de la suscripción de pólizas de seguro sanitario privadas, tanto individuales como colectivas y vinculadas al puesto de trabajo, que han alcanzado niveles máximos tras la pandemia (23), con lo que se abre un horizonte de incertidumbre en cuanto al mantenimiento de la naturaleza del SNS porque de no corregirse las actuales deficiencias *se está incentivando indirectamente la búsqueda de pólizas privadas y dejarían la atención sanitaria pública como único recurso para aquéllos que carecen de capacidad económica para la suscripción de se*guros privados con lo cual desaparecería la esencia del SNS para ser otra cosa.

El RDecreto-Ley incluyó, por último, la ratificación del mantenimiento como sistemas que permiten un acceso diferente a la atención sanitaria a través de medios privados concertados con aseguradoras privadas a los colectivos pertenecientes a las Mutualidades de funcionarios civiles y militares MUFACE, MUGEJU e ISFAS, cuya permanencia, 36 años después de que la Ley General de Sanidad, previera su integración indiferenciada en el SNS, constituye la violación más flagrante del ejercicio igualitario del derecho a la atención sanitaria en los términos que la propia Constitución Española previó.

De todas las medidas descritas desde que se publicó el RDecreto -Ley citado, la que se destacó desde el principio por diferentes colectivos y ONGs como vulneración más importante de un supuesto "derecho a la salud" universal del que serían titulares todos los ciudadanos del mundo en cualquier país en el que se encontraran, en la línea de lo establecido en la interpretación de 2000 del CIDESC, fue la exclusión de la población inmigrante en situación irregular de los niveles de protección de los que gozaba previamente en España. Para el seguimiento puntual y denuncia de las situaciones derivadas de esa exclusión se constituyó por las organizaciones citadas una Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (24), planteando además desde ella que bastaría con garantizar por una u otra vía legal una atención más amplia de esos grupos de población "irregular" para recuperar el carácter "universal" de la protección sanitaria en España.

Ese criterio no es compartido por ningún otro país. En lo que hace al derecho a unos u otros grados de atención sanitaria por parte de los inmigrantes en situación irregular, ningún país de la Unión Europea, todos los cuales son suscriptores del CIDESC, reco-

noce el ejercicio de esos derechos en los términos más amplios e iguales a los propios ciudadanos de cada país en los que se hace referencia a esa cuestión en la interpretación del "derecho a la salud" de Agosto de 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que se ha citado en el primer apartado de este artículo (25; 26). Cada país tiene preferencia por una legislación específica propia en la que se hace referencia a esta cuestión, justificada por razones diversas, que van desde la experiencia compartida por la mayoría de los países del rechazo de la población inmigrante a someterse a los controles sanitarios administrativos ordinarios, por miedo a que los mismos tengan consecuencias negativas para su permanencia en el país, hasta la necesidad, derivada del derecho a la protección de la salud de la propia población del país de acogida, de someter a esos grupos a controles específicos de su estado de salud para evitar que se conviertan en vectores potenciales de enfermedades transmisibles, un argumento de especial relevancia en el contexto de la pandemia actual.

En todo caso la popularización acrítica de los planteamientos de REDER, en ausencia de ningún planteamiento político alternativo que llamase la atención acerca de las restantes restricciones al ejercicio del derecho a la atención sanitaria que se venían produciendo, llevó a que una de las primeras decisiones del gobierno que se formó tras la moción de censura fuera la promulgación del Real Decreto-Ley 7/2018, sobre el acceso universal al SNS. *En el mismo se volvía al reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de esos grupos de población en condiciones iguales a la de la población española, volviendo a la vez a vincular el reconocimiento de ese derecho a la condición de ciudadanía española.*

La convocatoria de nuevas elecciones impidió la convalidación parlamentaria del Real Decreto-Ley citado, lo que, con el nuevo gobierno de coalición que se formó, ha dado lugar finalmente al proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS (27). Las insuficiencias del proyecto de ley citado, que no alude en su texto a ninguna de las situaciones organizativas y de gestión que determinan las desigualdades en el ejercicio del derecho a la atención sanitaria que se han descrito previamente, y el mantenimiento incluso de los regímenes diferenciados de atención sanitaria que son las Mutualidades de funcionarios, han llevado a que el proyecto haya recibido el rechazo de distintas organizaciones y colectivos que demandaban su elaboración. De mantenerse en esos términos podría llegarse al resultado paradójico de que, habiéndose recuperado el sentido "universal" global de un "derecho a la salud" que carece de soporte alguno en el derecho positivo de ningún país, ni en ningún tratado internacional que establezca condiciones de obligado cumplimiento, estemos, por el contrario, cada vez más lejos de alcanzar de manera efectiva el ejercicio "universal", en el sentido de alcanzar a toda la población española y de manera igualitaria, del derecho a la protección sanitaria que la Constitución Española previó.

BIBLIOGRAFÍA

1.- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Accesible en: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

2.- CESCR General Comment NO. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12). Accesible en: https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html

3.- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Accesible en: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr/individual-communications

4.- Backman G. et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. The Lancet, 2008; 372 (Dec. 13): 2047-2085. Accesible en: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2961781-X

5.- Beveridge W. Social Insurance and Allied Services. Accesible en: http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf
6.- UK Parliament. Beveridge Report. Accesible en: https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/coll-9-health/

7.- Rey del Castillo J. Las condiciones de creación de los servicios públicos universales de salud. En: Políticas sanitarias en España: pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Un desarrollo específico de la Medicina bajo el capitalismo. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 2010. P. 601-626. Accesible en: http://hdl.handle.net/10486/4790

8.- Garber AM, Jones CI, Romer PM. (2006). Insurance and Incentives for Medical Innovation. Forum for Health Economics&Policy. Biomedical Research and the Economy, Article 4. Accesible en http://papers.nber.or/papers/W12080

9.- Ledley FD, McCoy FS, Vaughan G, Cleary EG. Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies. JAMA. 2020;323(9):834-843. doi: https://10.1001/jama.2020.0442
10.- Krimsky S. Science in the Private Interest. Has the Lure of Profits corrupted BiomedicalRresearch?. Maryland. Rowman&Littlefield Publishers, 2003

11.- Milne CP, Kaitin KI. Are Regulation and Innovation Priorities Serving Public Health Needs?. Frontieres in Pharmacology., 8 March 2019; 10: 144 , | https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00144 . Accesible también en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419525/pdf/fphar-10-00144.pdf

12.- Jonsson B. Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. European Journal of Health Economics, 2009; 10(4): 357-359. Accesible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-009-0173-2.pdf

13.- Garattini L, Casadei G. (2008). Health technology assessment: for whom the bell tolls?. European Journal of Health Economics, 2008; 9(4): 311-312. DOI: https:// 10.1007/s10198-008-0113-6

14.- Meyers E, Jenei K, Timothy M. Chisamore TM, Gyawali DB, Evaluation of the Clinical Benefit of Cancer Drugs Submitted for Reimbursement Recommendation Decisions in Canada. JAMA Intern Med. 2021; 181(4):499-508. DOI: https://10.1001/jamainternmed.2020.8588 .

15.- Green AK., Curry M, Trivedi N, Bach PB , Mailankody S. Assessment of Outcomes Associated With the Use of Newly Approved Oncology Drugs in Medicare Beneficiaries. JAMA Network Open. 2021;4(2):e210030. DOI: http://10.1001/jamanetworkopen.2021.0030 (Reprinted) February 24, 2021.

16.- Callahan D. Taming the beloved beast. How Medical Technology Costs are Destroying Our Health Care System. Princeton University Press, 2009.

17.- Frakt A. Blame Technology, Not Longer Life Spans, for Health Spending Increases. NYTimes. The Upshot, January 23, 2017. Accesible en: https://www.nytimes.com/2017/01/23/upshot/blame-technology-not-longer-life-spans-for-health-spending-increases.html

18.- BBC News, 22 April 2016. Obese patients denied surgery in a third of areas in England. Accesible en: https://www.bbc.com/news/health-36101302

19.- The Royal College of Surgeons of England. Smokers and overweight patients: Soft targets for NHS savings?. Accesible en: https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/library-and-publications/non-journal-publications/smokers-and-overweight-patients–soft-targets-for-nhs-savings.pdf

20.- Pillutia V, Maslen H, Savulescu J. Rationing elective surgery for smokers and obese patients; responsibility or prognosis?. BMC Medical Ethics, 2018; 19:28. Accesible en: https://bmcmedethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12910-018-0272-7.pdf

21.- National Health Executive. News, 05.09.16. CCG to review "draconian" plans to delay surgery for obese patients. Accesible en: https://www.nationalhealthexecutive.com/News/ccg-to-review-draconian-plans-to-delay-surgery-for-obese-and-smoking-patients

22.- National Health Executive. News, 29.11.2016. NHS England authorizes controversial plans to delay surgery for obese patients. Accesible en: https://www.nationalhealthexecutive.com/Health-Care-News/nhs-england-authorises-controversial-ccg-plans-to-delay-surgery-for-obese-patients

23.- Moreno A. Los seguros privados de salud alcanzan un record histórico de casi 10.000 millones de facturación tras el covid. El Economista, 28/1/2022. Accesible en: https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/11581707/01/22/Los-seguros-privados-de-salud-alcanzan-un-record-historico-de-casi-10000-millones-de-facturacion-tras-el-covid.html

24.- Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto-Ley 16/2012. Accesible en: https://www.reder162012.org/

25.- Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. European Journal of Public Health, 2011; 22(2): 267-271. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049

26.- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, August 2012. Migrants in an irregular situation: access to health care in 10 European Union Member States. Accesible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf

27.- Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Accesible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-110-1.PDF

DERECHOS Y RETOS DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA

MARÍA SAINZ MARTÍN

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
Presidenta ADEPS-FUNDADEPS

RESUMEN

La importancia de la educación y de la cultura en las diferentes etapas de la vida nos indica su influencia en el bienestar social en general y en el aumento de la longevidad en las sociedades actuales. Los programas de educación y cultura para mayores promovidos por centros públicos y privados nos demuestran cada día sus acciones benefactoras.
También interesa señalar los prejuicios del Edadismo y sus consecuencias negativas para las personas mayores. Así como las nuevas alternativas para combatir esos prejuicios con modelos como el Slow Life y el programa de la ONU sobre una sociedad para todas las edades con el hashtag (#AWord4ALLAges).
Las personas mayores necesitan mantener las actividades físicas, mentales, sociales e intelectuales para favorecer su salud y bienestar, pues alcanzar una longevidad saludable se consigue ejercitando estas acciones vitales. Recordamos los ejemplos de investigaciones y de programas realizados durante muchos años a través de las organizaciones promovidas por ADEPS y FUNDADEPS como el proyecto de SONRISAS para un envejecimiento saludable, las charlas de Educación para la Salud y la red de Bibliotecas para Pacientes.

Palabras clave: mayores, educación, cultura, salud.

ABSTRACT

The importance of education and culture in the different stages of life indicates its influence on social welfare in general and the increase in longevity in today's societies. The education and culture programs for the elderly promoted by public and private centers show us their benefactor actions every day.
It is also interesting to point out the prejudices of Ageism and its negative consequences for the elderly. As well as the new alternatives to combat these prejudices with models such as Slow Life and the UN program on a society for all ages with the hashtag (#AWord4ALLAges).
Older people need to maintain physical, mental, social and intellectual activities to promote their health and well-being, as achieving healthy longevity is achieved by exercising these vital actions. We recall the examples of research and programs carried out over many years through the organizations promoted by ADEPS and FUNDADEPS such as the SONRISAS project for healthy aging, the Health Education talks and the network of Libraries for Patients.

Keywords: seniors, education, culture, health.

INTRODUCCIÓN A LAS PALABRAS CLAVES: MAYORES, EDUCACIÓN, CULTURA

La edad es un marcador numérico que tiene mucha carga social, no solo cronológica, de la apariencia, sino también biológica y mental. A nadie se le ocurriría pensar, hoy en día, que los niños y niñas desde su más tierna infancia no tuvieran una educación que fuera aumentando los saberes según la edad y la capacidad infantil o juvenil para alcanzar unos objetivos personales, familiares y sociales. Es más, la educación formal y reglada desde la escuela infantil y las diversas etapas de la formación escolar, incluida la universitaria, van encaminadas a crear una buena ciudadanía, que tenga sobre todo habilidades y capacidades para una labor profesional con rendimientos económicos y con plusvalía de capital social que beneficie a la sociedad.

Y además la necesidad de informar y formar, desde bien pequeños, en qué sociedad se nace y se vive dónde se recibe una cultura con mayúscula de forma continuada que impregna todas las acciones desde bien temprana edad y con la cual en el futuro podrá aportar sus capacidades laborales, pero también creativas y espirituales según se van cumpliendo los años.

Así pues, la edad va pasando por etapas comprensibles para toda la sociedad, infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez. Y las acotamos por los años que van cumpliéndose para entendernos un poco mejor con todas las complejidades que acumulamos durante la vida.

LAS ETAPAS VITALES

Las primeras etapas vitales e incluso las laborales siempre van al unísono de la formación reglada, formal e informal, de la educación social y cívica, además de la cultura que todo lo envuelve. Por ello, el aprendizaje tiene que ser continuado desde todas las etapas: prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad.

Y durante esas etapas hemos ido acumulando conocimientos y habilidades, obteniendo títulos y reconocimientos para ejercer un trabajo mejor o peor remunerado e incluso hemos podido formar una familia de las múltiples y diversas que tenemos en una sociedad como la nuestra, con o sin descendientes y toda una serie de aportaciones a la sociedad donde hemos nacido, crecido y desarrollado nuestras competencias personales.

Por ello, el aprendizaje tiene que ser continuado desde todas las etapas: prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad.

Pero de pronto, en una etapa importante del recorrido de la vida, con el acúmulo de experiencias y de los cumpleaños, comienza a ralentizarse y no solamente por los factores biológicos o cronológicos de los números que significan una edad. Y para más sorna, comienzan a preguntar para qué te vas a seguir formando, educando, cultivando. La respuesta es bien sencilla: porque sigo con vida, quiero seguir viviendo y aprendiendo. También existen otras muchas respuestas, por supuesto, pero lo dejo al arbitrio del lector y lectora de este artículo.

Ahora vamos a desentrañar esas palabras que nos convocan, tales como derecho, reto y mayor. Y es curioso pensar que la palabra "mayor" pueda significar desde un grado militar (el Mayor) hasta ser el primero de la lista de hermanos y hermanas de una gran familia. Además, te lo dirán durante muchos años, pero cuando hablamos del grupo de personas, como colectivo, la palabra "mayor" o "mayores" cambia su significado totalmente.

Y es precisamente la educación y la cultura de una determinada sociedad la que expresa mejor su significado individual, familiar y colectivo cuando hablamos de derecho y reto. Partimos del conocimiento de que "el Derecho es un conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia".

También partimos de una realidad y es que la vida en sí misma es un reto continuo o una situación difícil, según nuestras particularidades y nuestros proyectos vitales, para cada uno de nosotros y nosotras hasta el final de nuestros días.

Así que ¿dónde colocamos la raya para decir que a partir de aquí somos los y las mayores y que es el comienzo de esa etapa que viene después de la adultez? *Nuestra sociedad española es longeva, pues la esperanza de vida al nacer según datos del INE referidos al año 2021 está en 82,33 para ambos sexos (85,06 años para las mujeres y 79,59 años para los varones)*. Los países más longevos son Japón y Suiza con 83 años de media para ambos sexos, donde tanto sus culturas sintoísta y calvinista, como la riqueza per cápita, tienen mucho que decir.

LAS DEFINICIONES

Y las definiciones de ser mayor cambian un poco según los países se refieran o no, al comienzo de la edad de jubilación laboral. Pero tomemos lo reseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus respuestas al envejecimiento poblacional estudiadas por la Asamblea General de la Naciones Unidas y presentadas en las asambleas mundiales de 1982 y 2002 que consideran adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

Así pues, las personas mayores, independientemente de su estatus laboral, deberían seguir estudiando, leyendo y cultivando su intelecto, no ya por los rendimientos laborales sino por los sociales que potencian la salud física y mental.

Por ejemplo, las universidades de los mayores ha sido una de las respuestas más importantes de los tiempos actuales

Además, como señalamos al principio, las personas mayores son coetáneas de la sociedad que les ha tocado vivir. También son parte importante de la propia cultura y del cultivo mental a través de las actividades múltiples que se ofrecen y se deben de ofrecer para seguir generando riqueza.

Por ejemplo, las universidades de los mayores ha sido una de las respuestas más importantes de los tiempos actuales y la

mayoría de las universidades públicas y privadas en España tienen programas para mayores. Son gratificantes para que las personas mayores cumplan sus objetivos de conocimiento y de relación social, donde no hay exámenes, pero pueden hacer actividades culturales, excursiones o seminarios para ampliar los conocimientos que desean conocer y disfrutar, bien en cursos completos como en seminarios o conferencias a las que pueden asistir de oyente.

"La Universidad para Mayores es un programa de duración y características variables, dependiendo de los centros", explica Ángelo Valastro, director de la Universidad para Mayores de la Universidad Pontificia de Comillas. Por ejemplo, en su institución este programa consta de cinco cursos en los que ofrecen a los alumnos distintas materias: por un lado, Historia, Literatura, Arte y Filosofía, y por otras materias complementarias "que permiten construir recorridos personalizados en función de los intereses de cada uno".

También entidades como el Centro para la Divulgación del Conocimiento Universitario, que colabora con entidades públicas y privadas, contribuyen al desarrollo de la educación a lo largo de la vida.

Ya *desde el comienzo de la democracia, con la Constitución española de 1978, la Federación de Universidades Populares, nacida a principios del siglo XX, ha venido promoviendo esta línea de actuación formativa para la educación popular y la capacitación obrera, además de la alfabetización en los mayores* y no solo la potenciación de centros para mayores con actividades diversas de entretenimiento y servicios que han seguido potenciando los ayuntamientos en la actualidad.

Las personas mayores del 2022, que nacieron alrededor de la década de los sesenta del siglo XX, tienen ya acumulada una importante formación escolar y académica. Ese capital formativo no puede ni debe perderse por el hecho de un cambio laboral y sociológico que conlleva a denominar población activa y pasiva a las personas.

Es más, las personas mayores reconocen el bienestar general que les produce mantener sus actividades intelectuales de forma continuada independientemente de sus capacidades biológicas, de su apariencia, de su cronología vital.

LA LENTITUD DE LA VIDA Y LOS PREJUICIOS COMO EL EDADISMO

Pero todo avance social, y la longevidad es un gran avance, tiene sus réplicas en una sociedad de la abundancia, cada vez más individualizada, hedonista y de una "cultura de lo joven" como modelo de vida y consumo.

Los cambios sociales, económicos y culturales producidos rápidamente durante estos últimos veinte años, desde que comenzó el nuevo milenio, basados en la alta tecnología y la sofisticación de la vida planetaria a través de las nuevas redes y del internet, ha producido un efecto de lo rápido, lo efímero, lo joven, lo transcultural y lo inmediato que rompe los esquemas de la humanidad de los veinte siglos anteriores.

Las nuevas corrientes internacionales de favorecer una vida más lenta *(slow life)* promovidas actualmente para indicar a la juventud y adultez los problemas físicos y mentales de una vida tan acelerada, tienen una aceptación minoritaria. *Slow Life* es un movimiento internacional que promueve la desaceleración de nuestro estilo de vida actual. Así, la "vida lenta" tiene como objetivo controlar nuestro propio tiempo en lugar de vivir atados a la inmediatez (término acuñado por el escritor Carl Honoré autor del libro Elogio de la Lentitud (Harper. San Francisco, 2004). Este modelo de vida está mucho más de acuerdo con las enseñanzas aprendidas en la infancia y la juventud de nuestros mayores porque había un tiempo para todo como eran los arreglos de las casas en los pueblos, barrios y ciudades para las fiestas y actividades sociales importantes, la preparación de las comidas y la compra de los alimentos de temporada, el comer juntos diariamente y el aprendizaje de las reglas de convivencia, como el respeto a los conocimientos de los abuelos y abuelas de lo cotidiano y de lo vivido, que se transmitía oralmente de padres a hijos. Todo esto se ha ido transformando rápidamente desde lo rural a lo urbano en menos de medio siglo de vida social. De la vida familiar y conjunta de padres, madres, hijos, hijas e incluso abuelos y tías a la separación de viviendas para los diferentes miembros de la familia, cada día más reducida numéricamente como los propios metros cuadrados de habitabilidad.

LA RIQUEZA Y EL CONSUMO. EDADISMO

La redistribución de la riqueza y el consumo en los países occidentales y neoliberales ha traído mucha independencia individual y cultural en todos los sentidos, pero también *han desaparecido soportes sociales y culturales aprendidos a través de la educación y la convivencia que se deberían recuperar de la forma que fuere en beneficio de la mayoría social y de los grupos de mayores en particular.*

Ahora las personas mayores se sienten "agredidas" diariamente por las nuevas tecnologías de la información y del conocimiento, a través de los aparatos tecnológicos al uso como son los móviles, las tabletas, los ordenadores y un sinfín de lenguajes de ofimática, que no hemos aprendido en las escuelas del siglo XX, lo que ha supuesto la transformación tecnológica de la vida diaria y de la información y formación virtual.

Ya no es la comunicación unidireccional de la prensa, radio y televisión e incluso del lenguaje verbal y escrito entre personas. Ahora la comunicación y la mayor extensión de las palabras es con las máquinas y los ordenadores.

La separación extrema de la infancia y la juventud de los mayores en una misma sociedad conlleva el sentimiento de orfandad social, aumentada a veces por la publicidad y los medios de comunicación. *El término de Edadismo fue acuñado en 1968 por el gerontólogo y psiquiatra Rober Butler y lo analizaba desde las relaciones de trabajo, salud, economía, familia y amor de las personas mayores.*

La OMS define como Edadismo a los estereotipos, prejuicios y discriminación contra las personas por la edad. Y esas creencias discriminatorias afectan negativamente a la salud de los mayores. Por ello lanzó la campaña mundial a través de una almohadilla o hashtag (#AWord4ALLAges) para transmitir el mensaje de "Un mundo para todas las edades".

Pero lo más interesante o relevante para conocer y apoyar actualmente este tipo de mensajes, se encuentra en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) para las personas mayores, con el mensaje siguiente:

"El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años. Para alcanzar estas metas, todo el mundo tiene que hacer su parte: los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y personas como usted".

Se establecieron un total de 17 objetivos mundiales interconectados entre sí. Todos los objetivos son susceptibles de afectar y también de ser abordados por las personas mayores del mundo, orientados a generar con su cumplimiento un futuro mejor y más sostenible para todos.

Por ello, tenemos que promocionar todo lo posible las actividades que favorezcan el crecimiento educativo y cultural en todas las edades, también en las personas mayores para conseguir los objetivos del milenio, que son los siguientes:

1. Fin de la pobreza

2. Hambre cero

3. Salud y bienestar

4. Educación de calidad

5. Igualdad de género

6. Agua limpia y saneamiento

7. Energía asequible y no contaminante

8. Trabajo decente y crecimiento económico

9. Industria, innovación e infraestructura

10. Reducción de las desigualdades

11. Ciudades y comunidades sostenibles

12. Producción y consumo responsable

13. Acción por el clima

14. Vida submarina

15. Vida de ecosistemas terrestres

16. Paz, justicia e instituciones sólidas

17. Alianzas para lograr los objetivos.

Así pues, hay que ponerse manos a la obra sin perder tiempo en lo que nos incumbe por la supervivencia cultural y de la propia humanidad.

LAS EXPERIENCIAS DE ADEPS Y FUNDADEPS (DESIDERATA PARA CULTIVAR LA SALUD, INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE LONGEVIDAD Y RED DE BIBLIOTECAS PARA PACIENTES)

Las personas mayores podemos ser importantes referentes para la juventud, sobre todo para indicarles que el mundo de sus sueños personales y profesionales pueden ser tan válidos como lo fueron para nosotros en su día.

Y como algunos de mis grandes maestros y maestras también fueron grandes escritores y científicos, que dejaron su huella escrita como Don Pedro Laín Entralgo, Prof. Juan Bosch-Marín, el Dr. Francisco Vega Díaz, el Dr. Ángel Nogales, la Dra. Pilar Nájera, la Profa. María Antonia Modolo y el Prof. Federico Mayor Zaragoza, por mencionar solo unos cuantos de los que me ayudaron en los inicios como estudiante de medicina y sobre todo como futura especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ahora ya soy una mujer mayor y considero que está prendida y asumida en nuestra sociedad longeva gracias a la fuerza que tuvieron a principio de los años 80, la definición de salud, que casi treinta años antes había realizado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946): "un estado de bienestar físico, psíquico y social, no solo la ausencia de enfermedad o minusvalía". Se demostró la necesidad de un compromiso de los organismos gubernamentales y, especialmente, que la sociedad civil organizada, a través de las asociaciones y sociedades científicas, debía tomar el protagonismo para cambiar el paradigma que prevalecía en las gentes de pensar que "si no se está enfermo, es porque se está sano".

Conocemos bien todo lo que supone cambiar los conceptos en las generaciones, por ello nos centramos en favorecer y promocionar la Educación para Salud, en mayúscula, *pues significó poner en valor dos palabras con propiedad como son la Educación y la Salud, que al unirse se sirven mutuamente como una disciplina que favorece las acciones de la información, la valoración de las actitudes, así como la promoción de los cambios de comportamiento de las personas en todo lo que respecta a la salud y a la prevención de enfermedades.*

AGENTES SOCIALES

Los agentes sociales son aquellas personas y organizaciones que tienen como objetivos incrementar la sociedad del bienestar y facilitar el equilibrio dinámico de los pueblos y los gobiernos. Como agente social hay que tener una visión que transcienda lo cotidiano y lo cercano; hay que saber, también, cuál es su misión para poder obtener resultados medidos a través de los objetivos propuestos. Y por ello creamos la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS,1985) y posteriormente la FUNDADEPS (2002) para trabajar en actuaciones concretas y en proyectos con futuro. Hacer que el planeta Tierra, como Aldea global, sea nuestra Aldea. Hacer nuestra la idea-fuerza de "pensar globalmente y actuar localmente" (OMS, 1990).

Y apostamos por favorecer una "Cultura de la Salud" que la defino como el arte y la ciencia de recordar que la salud no es un fin, sino un medio para ser feliz.

Los enunciados de "cultura", "arte" y "ciencia" encierran todo el poder ideológico de la época, en el cual los seres vivos nos recreamos, siempre teniendo en cuenta el pasado que lo sostiene y la prospección que la experiencia nos aporta en el tiempo, para prevenir o proponer algo hacia el futuro. El caudal de salud de una persona, al igual que el de la sociedad, depende tanto de indicadores epidemiológicos y biológicos como sociales y culturales. Mientras que las vacunas y las medicinas pueden inventarse o fabricarse a través de la Biotecnología y son tan visibles como comerciales, las vacunas sociales sólo tienen a la educación y a las leyes para favorecer difusamente la prevención, y esto implica gastar más en la prevención si queremos objetivar con datos estadísticos la buena salud de la infancia, la adolescencia, la juventud, la madurez y la vejez.

Se dice que la salud no tiene precio, pero si sabemos que tiene un coste social, y la sociedad tiene derecho a saber que la salud para todos está más relacionada con los estilos de vida y el medio ambiente que con la herencia genética y la asistencia sanitaria.

> La sociedad tiene derecho a saber que la salud para todos está más relacionada con los estilos de vida y el medio ambiente que con la herencia genética y la asistencia sanitaria.

A través de la experiencia profesional de la salud y la medicina preventiva ha existido un hilo conductor entrelazado con mis conocimientos y la visión intelectual creada que denominé en 1980 como *una Desiderata para Cultivar la Salud. Sus claves están en las acciones siguientes: Festejar la vida- Oír música- Leer libros- La higiene es básica- Andar es necesario- Reír imprescindible- Escuchar a los demás- Ser sinceros/as- Ser sensibles-Amar es fundamental- La solidaridad es ley- Unirse a los otros- Defender la libertad.*

La libertad no es un don divino, sino un derecho humano que se ha conquistado, y como todo lo adquirido puede perderse si no se ejercita y se defiende, a veces a contracorriente y otras veces de forma personal o en grupo, pero siempre con la bandera de la tolerancia y la paz.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Estos ideales preventivistas y promotores de la salud se transmitieron presencialmente a través del proyecto SONRISAS a fin de hacer las visitas amigas en sus domicilios a las personas mayores con dificultades de movilidad y a la vez el aula abierta de Educación para la Salud, por las tardes en el hospital Clínico San Carlos de Madrid, a fin de favorecer un envejecimiento saludable con las charlas sobre los temas de interés sobre salud y prevención de enfermedades, caídas y otros accidentes. Estos programas estuvieron en marcha durante más de diez años y a la vez se potenciaba, para las personas ingresadas en el hospital, el programa de Salud y Lectura y que servía como base científica para el programa actual de la Red de Bibliotecas para Pacientes en toda España (www.bibliotecasparapacientes.org).

Nos hemos preocupado por seguir investigando sobre la longevidad, tal como aprendíamos su importancia en el año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

Pues según el estudio Longitudinal Envejecer en España: El Proyecto ELES en 2011, en el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años. Esta longevidad se alcanza con la combinación de factores entre los que se encuentran el poseer genes que le favorezcan, ausencias de variables genéticas que predispongan a enfermedades y mantener una vida saludable. Y nuestro Informe Técnico del Estudio sobre Longevidad en una muestra de la Comunidad de Madrid (2010-2012) analizamos las variables que configuran la concepción de estilo de vida y que son las siguientes: la salud percibida, estilos de afrontamiento, estado de salud física, estado de salud mental, perspectiva frente al futuro: optimismo/pesimismo, vivencias de actividades de ocio, relaciones familiares y conyugales.

Así pues, necesitamos que la educación y la cultura sean un quehacer continuado en la vida de las personas mayores, que se favorezca y cultive desde la infancia hacia todas las etapas escolares y laborales como parte integral de una vida para la competencia y para la felicidad personal y social.

BIBLIOGRAFÍA

María Amalia Rubio y Colaboradoras (2021) Mujeres en el Tercer salón de baile. Sevilla, Editorial Hilos de Emociones.

Abellán, A y Ayala García, A (2012). "Un perfil de las personas mayores en España, 2012". Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Portal mayores, nº 131 /www.imsersomayores.csic.es/documentación/…/informes/index.html

María Sainz y Colaboradores (2012). "Informe Técnico del Estudio sobre Longevidad en una muestra de la Comunidad de Madrid (2010-2012)" en www.fundadeps.org/documentos

Pedro L. Moreno Martínez y Ana Sebastián Vicente (2010). Estudios e Investigaciones. Las Universidades populares en España (1903-2010) CEE Participación Educativa, número extraordinario, 2010, pp. 165-179

Castells, M. (2009) Comunicación y Poder. Madrid, Alianza editorial.

LOS DERECHOS DEL MAYOR Y SU EJERCICIO EN LAS RESIDENCIAS

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal

RESUMEN

Aunque las personas mayores tienen, obviamente, los mismos derechos que las demás, en demasiadas ocasiones estos se vulneran, en especial cuando necesitan cuidados por una situación de dependencia. Esto ocurre muchas veces sin que ni profesionales ni familiares, ni la propia sociedad perciban que se están lesionando.

En este artículo se presentan resultados de una línea de investigación-acción que desarrolla la Fundación Pilares para conocer qué derechos suelen violentarse en la relación de cuidados profesionales en residencias, por qué motivos y cómo poder actuar para garantizar su ejercicio. El objetivo es contribuir a preservar la dignidad y los derechos de las personas mayores ofreciendo instrumentos para favorecer que tanto los equipos profesionales como las familias cuidadoras puedan tener más consciencia de los derechos que pueden estar vulnerando y que adquieran estrategias para evitarlo.

Todo bajo un enfoque de atención basado en Derechos Humanos, que, junto con la ética profesional, son los principales fundamentos del nuevo modelo de cuidados que se propone en la actualidad por la comunidad experta y los Organismos Internacionales: integral, integrado y centrado en la persona.

Palabras clave: Enfoque de Derechos, cuidados de larga duración, personas mayores en residencias, atención integral y centrada en la persona.

ABSTRACT

Although the elderly obviously have the same rights as everyone else, on too many occasions these rights are violated, especially when they need care due to a situation of dependency. This often occurs without professionals, family members or society itself realising that they are being violated.

This article presents the results of a line of research-action carried out by the Fundación Pilares to find out which rights are usually violated in the professional care relationship in nursing homes, for what reasons and how to act to guarantee their exercise. The aim is to contribute to preserving the dignity and rights of the elderly by offering instruments to help both professional teams and caregiving families to become more aware of the rights that may be being violated and to acquire strategies to avoid it.

All this under a care approach based on Human Rights, which, together with professional ethics, are the main foundations of the new care model currently proposed by the expert community and International Organisations: comprehensive, integrated and person-centred.

Keywords: Rights-based approach, long-term care, elderly in nursing homes, integrated and person-centered care.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años existe una profusión de investigaciones, evaluaciones y propuestas de la comunidad científica y de los Organismos Internacionales que abogan por la definición de un modelo de atención alternativo al que ha sido predominante en las últimas décadas, cuando se dirige a las personas mayores que precisan apoyos y cuidados de larga duración (CLD). Se trata de pasar de un tipo de atención marcadamente asistencialista y paternalista centrado en la enfermedad y la dependencia a *un modelo de atención que atienda de manera integral el conjunto de necesidades bio-psico-sociales-espirituales de cada persona y, por tanto, que sea personalizado y cuente con su participación en la toma de decisiones.*

Este interés se ha agudizado de manera notable a causa de los estragos causados por la pandemia de SARS CoV-2, que ha tenido efectos devastadores sobre las personas mayores, especialmente, cuando estas vivían en una residencia, tanto en España como en el resto de países del mundo (Comas-Herrera A, et al 2021). Centrando el análisis en nuestro país, se ha podido mostrar recientemente (Rodríguez P y Gonzalo E, 2022), que existen factores estructurales de estos centros, así como de su relación con los servicios sanitarios públicos, que han jugado un papel importante en el impacto de la pandemia y que se relacionan directamente con la lesión de sus derechos más básicos, entre ellos, la atención sanitaria a la que muchas de estas personas no pudieron acceder debido a normas administrativas claramente discriminatorias.

La atención sanitaria a la que muchas de estas personas no pudieron acceder debido a normas administrativas claramente discriminatorias.

Nuestro parque residencial contaba en 2020 con 384.251 plazas (Pérez Díaz J, et al. (2020). Albergaba un grupo humano de aproximadamente 326.613 personas mayores, mujeres en su mayoría (71%), de más de 80 años (80%), con alta prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad, y dependencia. La convivencia en espacios cerrados, en estrecha interacción con sus cuidadoras, configuró el escenario idóneo para la propagación e impacto diferencial de la COVID-19 en estos entornos. Aproximadamente el 3% de los casos y el 40% de los fallecimientos se han dado en este grupo de población.

No obstante, aunque la incidencia y la mortalidad son la cara más visible del impacto de la COVID-19, no son sus únicas consecuencias; se han reportado aumentos en la incidencia de caídas, desnutrición, ulceras por presión, incontinencia, deterioro cognitivo, pérdida de capacidad funcional, ansiedad y depresión, así como pensamientos suicidas, y una mayor prescripción de psicótropos (Pinazo Hernandis S, 2020). Y, como se reitera, algunas de las medidas adoptadas frente a la pandemia vulneraron muy gravemente los derechos de las personas acogidas en los centros: desde la autonomía para tomar decisiones sobre su vida, incluidas dónde o con quien pasar sus últimos días, verse forzadas a un aislamiento y soledad largo y deshumanizado, hasta el acceso a un bien público y universal, como es la atención sanitaria especializada.

Este incremento de la lesión de derechos de las personas mayores durante la pandemia determinó que Naciones Unidas relanzara su campaña en contra del edadismo, como forma clara de discriminación hacia las personas mayores (OMS, 2021) en un intento de frenar, de manera global, el recrudecimiento de unas conductas lesivas contra un

importante grupo de población *sin que el conjunto de la sociedad pareciera advertir que no es permisible admitir que unas vidas tienen más valor que otras por razón de la edad o del lugar en el que viven.*

2. LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP) Y EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS (EBD) Y DIGNIDAD

Mucho antes de la pandemia ya existía en los países más desarrollados un movimiento a favor de un cambio de paradigma, un cambio cultural, en la manera de considerar y de atender a las personas mayores. Aportaciones como las que realizaron de manera temprana Carl Rogers o Tom Kitwood ayudaron a la configuración del nuevo modelo: terapia centrada en la persona, enfoque de las capacidades, junto a las propuestas de Organismos Internacionales, como la OCDE o la OMS sobre el envejecimiento activo y saludable, las dimensiones de la calidad de vida, el paradigma de los apoyos al proyecto de vida, el reconocimiento de la dignidad de todas las personas y el enfoque basado en los derechos.

Recogiendo estas y otras propuestas deducidas de la evidencia científica, que reclaman que el nuevo modelo hacia el que caminar sea el de atención integral y centrada en la persona (AICP), se ha propuesto la siguiente definición desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal: "La AICP es la que, desde la actuación de los poderes públicos y de la praxis profesional, promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su *dignidad y derechos*, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva" (Rodríguez P. 2010; 2021).

Rescatando los dos términos resaltados en la definición (dignidad y derechos), se analizan someramente los mismos a continuación.

2.1. ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS

Como se nos ha recordado por el especialista en derecho y servicios sociales Toni Vilá (2014), en España contamos con un cuerpo legislativo que constituye el armazón y las bases del nuevo modelo (Ley General de Sanidad, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia –LAPAD-, Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Leyes de Servicios Sociales de las CC.AA). Además de este conjunto normativo, una de las aportaciones que han venido a reforzar el modelo de AICP es el enfoque basado en derechos (EBD), que se gestó en el marco de las Naciones Unidas en las últimas décadas del siglo pasado[1] y planteaba reformas en las políticas sociales orientadas a la superación del modelo burocrático predominante concibiéndose como un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano. En principio se aplicó al ámbito de la cooperación internacional y posteriormente se fue trasladando a otras políticas públicas. *Se fundamenta en los Derechos Humanos (DDHH) que constituyen garantías universales protectoras de individuos*

y grupos frente a las acciones que lesionen sus derechos y libertades. Han tenido gran influencia en el avance de este enfoque los propios grupos sociales (mujeres, grupos indígenas, personas con discapacidad), que mediante la reivindicación de sus derechos han logrado revalorizar el derecho como instrumento de inclusión social.

que mediante la reivindicación de sus derechos han logrado revalorizar el derecho como instrumento de inclusión social.

Se refuerza la necesidad del EBD porque existe un importante gap entre la regulación normativa existente y el verdadero ejercicio de derechos que pueden realizar las personas concretas, lo que muestra la dificultad de pasar de las leyes a la vida cotidiana. Son muchos los derechos que aparecen en las normas autonómicas, nacionales e internacionales, y estos suelen enunciarse sin concretar ni determinar cuál es su contenido ni cuáles son las acciones que deben desarrollarse para promover su ejercicio y establecer las garantías correspondientes. Y si esto sucede en el ámbito de la ciudadanía en general y de las personas mayores en particular, más se acentúa el riesgo de vulneración de derechos cuando estas tienen una situación de discapacidad, cronicidad o dependencia por la que precisan recibir apoyos y CLD.

En la descripción del modelo AICP se enfatiza que el mismo se rige por una serie de principios que se colocan bajo dos ejes superiores situados en su frontispicio: la dignidad y los derechos, consustanciales ambos a la condición de persona. Quiere enfatizarse así la estrecha relación que se establece entre ambos, y también con el del conjunto de los valores de la ética, que deben impregnar los criterios de intervención que conforman la praxis profesional.

2.2. LA INTERCONEXIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS "DIGNIDAD" Y "DERECHOS"

a **Dignidad.** Recordemos que el término, etimológicamente, proviene del latín dignitas, cuya raíz dignus significa "excelencia", "grandeza", y, por ello, "ser merecedor"; y si acudimos al significado de "digno" o "valioso" en su denominación griega encontramos la voz axios, raíz de donde se deriva axiología o disciplina filosófica que analiza y estudia el campo de los valores de la ética.

Sin entrar aquí en la cronología de la evolución del significado de la dignidad, sí merece la pena rescatar la aportación que ya en el siglo XV realizara *Pico della Mirandola (1486) con su obra Discurso sobre la dignidad del hombre, en la que defendía que la diferencia entre el ser humano y el resto de los seres vivos estriba en que, en lugar de estar enteramente determinado por su naturaleza biológica, la persona tiene capacidad de actuar con autonomía para guiar su futuro, concluyendo que si se le priva de esta capacidad de autogobierno se le arranca también su propia naturaleza humana.*

Se trata de un claro antecedente de los desarrollos que realizaría tres siglos más tarde el gran pensador Inmanuel Kant, para quien la dignidad constituye un valor absoluto que no depende de factores externos y es el atributo propio e inherente al ser humano. Considera este filósofo que el fundamento y la posibilidad de realización de la dignidad es la autonomía de la voluntad y la racionalidad libre de cada individuo. Por el contrario,

la heteronomía (actuar según la opinión o el dictado de otros) es opuesta a la moralidad porque constituye una forma de esclavitud.
De los conceptos de dignidad y autonomía nace el imperativo categórico, propuesta central de la ética kantiana (y de toda la ética deontológica posterior), que el autor expresa como: "obra de tal manera que la norma de tu conducta pueda servir como ley universal" O, en otra formulación: "obra siempre de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquiera otra, siempre como un fin y no como un medio".
Para Kant todas las personas, sin distinción de rango o condición, tienen dignidad per se, lo que significa que todas, por encima de las diferencias que hacen de cada una alguien único y singular, son iguales en dignidad y se caracterizan por tener valor y no precio, de lo que nace la obligación de considerarlas siempre como sujeto y no como objeto, como fin y no como medio. El concepto hace una necesaria apelación a la interacción con las otras personas, lo que obliga a cada ser humano (deber moral) a considerar y respetar la dignidad de todos los demás, pero también (como derecho) a que se le reconozca la suya propia y, por ende, a ser merecedora de trato digno. Desde la filosofía kantiana, la persona, gracias a su racionalidad, tiene capacidad para conocer y distinguir el bien del mal, y, porque también tiene voluntad, puede efectuar opciones morales.

b **Derechos**. La dignidad se ha constituido como el fundamento de los derechos humanos, de lo que deviene que exista una íntima relación entre ambos conceptos. Cabe recordar como antecedente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, basados en la dignidad de la persona, la Carta de Naciones Unidas firmada en 1945 por los líderes mundiales a finales de la Segunda Guerra Mundial con la idea de ponerle fin y crear un mecanismo que fomentase el diálogo intergubernamental y previniera conflictos bélicos futuros. En el Preámbulo de la Carta se declara "…la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres", con lo que el concepto de dignidad se introducía como innovación en el Derecho Internacional positivo, lo que incidiría después en que estuviera presente en numerosos instrumentos internacionales. En un paso inmediato siguiente se gesta y nace en 1948 dicha Declaración, que se fundamenta en la consideración ética de que el Estado, la sociedad y la ciudanía están obligados a respetar a los demás como personas, elevándose así a mandato ético jurídico el respeto por la dignidad humana.

– – – – – –

Dignidad y derechos humanos se encuentran, pues, estrechamente relacionados, y ambos también constituyen la base de la ética y de la humanización de los cuidados. Con la progresiva incorporación del EBD, se acepta la interrelación existente entre política pública y derechos, entendiendo a aquella más que como simple medio para garantizar el ejercicio efectivo de estos. Desde este enfoque, se refuerza la idea del cambio radical que supone en cuanto a la posición de las personas que presentan necesidades especiales, como las derivadas de situaciones de dependencia o enfermedad que requieren CLD: pasan de ser consideradas beneficiarias o usuarias de los servicios a reconocerlas como ciudadanas con plenos derechos. Pero para poder realizarlos en la vida cotidiana se precisa que por parte de los equipos profesionales se faciliten

Con la progresiva incorporación del EBD, se acepta la interrelación existente entre política pública y derechos

las oportunidades y los apoyos que precisan para lo que también es necesario no olvidar la relevancia que tiene que se fomente el apoyo y reconocimiento que merecen los mismos, tanto quienes tienen el cuidado como su quehacer profesional, como quienes lo prestan desde el entorno familiar. La oferta de mejores condiciones a profesionales y familias que actúan en el ámbito de los cuidados ayudaría, por una parte, a frenar el incremento de lo que Maria Ángeles Durán (2018) denomina una nueva clase social, el "cuidatoriado", formado en el 90% por mujeres, "muchas de ellas sin protección social ni remuneración, con lo que la pobreza y la marginalidad a futuro está garantizada para ellas". *Y, por otro lado, incrementar la formación a quienes prestan cuidados a las personas mayores resulta esencial también para que conozcan sus derechos y favorezcan que no se vulneren*.

Con lo indicado en este apartado quiere enfatizarse que la dignidad de la persona se concreta en lo cotidiano en la realización de sus derechos, y que, para hacerlo posible, la ética es el sustento en el que fundamentar todas las acciones.

3. LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN DE LA FUNDACIÓN PILARES SOBRE EL EJERCICIO DE DERECHO DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Precisamente para evitar inconcreciones y que los derechos contenidos en la normativa se conviertan en declaraciones retóricas, la Fundación Pilares para la autonomía personal, cuya misión consiste precisamente en la defensa de los derechos de las personas mayores y en proponer acciones que conviertan el modelo teórico en realidades que impacten positivamente en su calidad de vida, diseñó en el año 2017 una amplia línea de investigación-acción para reforzar con nuevo conocimiento el ejercicio efectivo de los mismos, como factor clave del modelo AICP. Nuestra línea de acción pone el foco, no en los derechos de las personas mayores en general, sino en aquellos derechos cuyo ejercicio en la vida cotidiana depende en buena medida de la actuación y actitudes de los equipos profesionales y de los familiares que acompañan y cuidan a las personas mayores.

Nuestra línea de acción pone el foco, no en los derechos de las personas mayores en general, sino en aquellos derechos cuyo ejercicio en la vida cotidiana depende en buena medida de la actuación y actitudes de los equipos profesionales y de los familiares que acompañan y cuidan a las personas mayores.

Por otro lado, es importante señalar que la ciudanía goza de un conjunto de garantías compuesto por derechos, pero también por deberes, que en muchos casos no se tienen en cuenta. En la mayoría de las ocasiones, ello ocurre debido a actitudes paternalistas o formas de trato infantil, que no dejan de ser formas de maltrato que vulneran la dignidad y los derechos de las personas mayores.

El conjunto del proyecto referido se configura como un proceso que se divide en diferentes fases, siendo las ya realizadas a la hora de escribir este texto, las siguientes:

3.1. PRIMERA FASE: INVESTIGACIÓN 2018[2]

Durante esta primera fase de estudio nos propusimos alcanzar un primer diagnóstico de

la situación de los derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia, mediante un amplio trabajo de campo, que se realizó desde la complementariedad metodológica (cuantitativa y cualitativa).

Fruto de la sistematización de resultados recopilados y publicados (Vilá T, Rodríguez P y Dabbahg V, 2018), pudieron agruparse en dos grupos los derechos y deberes que se vulneran en mayor medida en la vida cotidiana de las personas que viven en residencias y también de quienes son cuidadas por su familia:

a **Derechos relacionados con la dignidad, la autonomía**, la capacidad de decidir, la libertad y la seguridad (Derecho a tomar decisiones y a responsabilizarse de ellas, derecho a recibir una atención sanitaria y social de calidad y deber de autocuidarse, libertad de circulación y residencia, derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, derecho a elegir las actividades en las que participar, derecho a la afectividad y sexualidad, a controlar los propios bienes, a la confidencialidad, a mantenerse en el entorno y elegir donde vivir…)

b **Derechos relacionados con la participación comunitaria** y las relaciones sociales más allá de la vida en la residencia (derecho a participar de la vida cultural y social de su entorno, a mantener relaciones sociales, derecho a la accesibilidad y a la libre circulación…).

Finamente, se recogieron una serie de recomendaciones para avanzar, por una parte, en el reconocimiento de la vulneración de derechos y de la no exigencia de deberes de las personas mayores por parte de los equipos profesionales que las apoyan y cuidan en centros y, por otro lado, para identificar líneas de trabajo que facilitaran, desde la praxis cotidiana, el ejercicio de derechos y deberes:

- Informar y sensibilizar a todo el sector sociosanitario y a la sociedad en su conjunto sobre los derechos y deberes de las personas mayores (que no caducan con la edad ni con la situación de salud).
- Concienciar a las/os profesionales de los centros y a las familias cuidadoras sobre los derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y capacitarles en habilidades para identificar cuándo se vulneran o no se dan oportunidades para ejercitarlos.
- Desarrollar programas formativos a los equipos profesionales de las residencias sobre humanización: información adaptada a los ritmos y capacidades de la persona, comunicación y empatía, ética y derechos, empoderamiento, mantenimiento de la identidad e imagen, respeto por las preferencias en estilos de vida, creencias y necesidades espirituales, sexualidad.
- Personalizar y adaptar los servicios a las personas mayores y garantizar su participación activa en las actividades de la residencia y en sus planes de atención, partiendo de su valoración gerontológica integral, del conocimiento de su historia de vida incluyendo sus capacidades y fortalezas, así como teniendo en cuenta sus preferencias y deseos sobre las actividades del día a día que desean mantener porque dan sentido a su vida (Rodríguez P, 2021).
- Contar con grupos de apoyo formados por personas que conozcan bien a la persona mayor para favorecer el ejercicio de la autonomía decisional de manera indirecta cuando

se presentan casos de deterioro cognitivo o demencia.
• Trabajar con las personas mayores su empoderamiento para que se hagan más conscientes de sus derechos y obligaciones.
• Capacitar e implicar a las familias en el conocimiento del significado en la vida cotidiana de los derechos y deberes de la persona mayor.
• Promover la creación de espacios hogareños en las residencias que las personas puedan identificar como propios y en los que resulte más fácil desarrollar actividades con significado y sentido para ellas.
• Fomentar la creación de espacios de reflexión y deliberación ética sobre los procesos de atención y las controversias o problemas que puedan producirse.

SEGUNDA FASE: ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS Y ACTUACIONES Y SU PILOTAJE EN CENTROS (2019)

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la investigación mencionada, el diseño de la segunda fase de este proyecto consistió en seleccionar o elaborar una serie de instrumentos y actuaciones facilitadoras para que los equipos profesionales y familias pudieran identificar primero en qué momentos y con qué actuaciones se produce la vulneración de derechos y, después, contar con orientaciones y herramientas para favorecer su ejercicio. Los mismos se sometieron a un proceso de pilotaje y evaluación en varias residencias y domicilios particulares, de cuyo resultado pudo deducirse que sí resultan recomendables como herramientas de utilidad. Tales instrumentos son[3]:

• Protocolo de ingreso. Para que la persona mayor que llega a la residencia sea partícipe de su futuro, transmitirle confianza y seguridad y resolver dudas e inquietudes.
• Promover que las personas decoren y lleven sus enseres a la residencia con el fin de avanzar en la consecución de ambientes "modelo hogar" y que las personas se sientan como en casa.
• Información y comunicación. Documento con indicaciones clave para la buena comunicación verbal y no verbal y pautas y ejemplos para practicar la escucha activa y la empatía.
• Los 10 Mandamientos. Documento que recoge las actividades y hábitos que cada persona residente desea que se respeten durante su estancia en la residencia, y que se configuran para los equipos profesionales como "mandamientos" dentro de los planes de actuación.
• Aplicación en la valoración integral de instrumentos de Calidad de Vida. Para completar la valoración geriátrica clásica, se propusieron escalas que contienen elementos subjetivos sobre lo que para cada persona es importante que se respete.
• Garantía de participación de la persona mayor en su Plan de Atención, que ha de contener también apoyos para seguir desarrollando su proyecto de vida: La persona recibe información suficiente y comprensible, aporta su opinión y se acuerda con ella el plan definitivo, que se actualiza periódicamente.
• Documento que firman las/os profesionales de compromiso de confidencialidad y secreto acerca de la información a la que se tiene acceso
• Preservación de la intimidad en las habitaciones mediante el uso de tarjetas con indicación de "No molesten" cuando no desean que nadie irrumpa en su espacio privado.
• Guía para la elaboración del documento de voluntades anticipadas. En ella se describe

su contenido y se contienen indicaciones para elaborarlo y registrarlo según la comunidad autónoma respectiva.
• Carta de derechos y deberes de las personas mayores. Modelo de Carta en la que se contienen un conjunto de derechos y deberes que deben ser acordados y respetados por todos los agentes del centro (personas mayores, profesionales y equipo directivo).

TERCERA FASE: ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ORIENTACIÓN PARA FAMILIAS (2020), PROFESIONALES DE RESIDENCIAS (2021) Y PARA LAS PROPIAS PERSONAS MAYORES (2022)

A partir del análisis del trabajo desarrollado, era llegado el momento de elaborar un conjunto de Guías prácticas dirigidas a diferentes destinatarios. La primera que se elaboró se dirige a familias cuidadoras en el hogar (Ramos Feijóo C y Lorenzo J (2020), siendo los destinatarios de la siguiente los equipos profesionales de las residencias con el objetivo ambas de avanzar en la concreción de los derechos y deberes de las personas mayores con necesidad de CLD y facilitar orientaciones y herramientas a quienes son responsables de su cuidado cotidianamente.

En la guía dirigida a profesionales de residencias (Rodríguez P, Vilà T y Ramos C, 2020) se contienen análisis conceptuales sobre el EBD y el respeto a la dignidad inherente a cada persona, así como diversos materiales que se están mostrando de utilidad a los equipos que trabajan en los centros para promover el ejercicio efectivo de los derechos y deberes en la vida cotidiana de las personas mayores, como fundamento que sostiene las propuestas del modelo de AICP, partiendo de que no es posible la incorporación efectiva de este en un centro en el que los derechos de las personas no puedan ejercitarse [(4)].

Para desarrollar las propuestas que se proponen en esta Guía, lo que en algunos centros en los que el modelo tradicional está muy arraigado puede constituir una tarea compleja, es importante que los mismos cuenten con un equipo directivo convencido, formado y con capacidad de motivar y guiar a las y los profesionales en un proceso de cambio que facilite las condiciones para que puedan organizarse grupos de reflexión ética en los que se debata cómo cambiar prácticas que obstaculizan el ejercicio de derechos. *Porque no basta con asimilar contenidos como los que se ofrecen en esta publicación o cualquier otro manual sobre la materia, sino que se precisa acompañarlo de un proceso de capacitación y de evaluación de cada una de las acciones que se vayan poniendo en marcha.* La Guía constituye de alguna manera un mapa, pero los equipos profesionales, junto con las personas mayores, serán los que abran sus propios caminos para lograr ese objetivo y caminar también hacia el cambio de modelo de cuidados en el que estamos comprometidos.

El último de los hitos de esta línea de trabajo ha sido la elaboración de una tercera guía, esta vez dirigida a las propias personas mayores en situación de fragilidad, soledad o dependencia, que también puede obtenerse y descargarse libremente de nuestra web (Díaz Aledo L y Maiques M, 2022).

Confiamos en que con estos frutos del saber colectivo podamos contribuir a que las personas mayores más vulnerables puedan tener vidas dignas y satisfactorias; pero el trabajo debe continuar.

NOTAS

1 • Declaración de Naciones Unidas sobre el Derecho al desarrollo (1986); Conferencia Mundial sobre derechos Humanos de Viena (1993); Cumbre de Copenhague sobre desarrollo social (1995).

2 • Los resultados de esta primera fase de investigación fueron publicados por la Fundación Pilares, como número 6 de su Colección Estudios, bajo el título Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana. El estudio, además de los investigadores principales, contó con las aportaciones de un grupo selecto de expertos, que aportaron ideas para la investigación y elaboraron desde sus respectivas disciplinas los textos que se incluyen en la primera parte de la obra: Félix Arregui, José Carlos Bermejo, Eva Mª Blázquez, Víctor Dabbahg, Loles Díaz-Aledo, Antonio M. Maroto, Sacramento Pinazo-Hernandis, José Manuel Ribera, Pilar Rodríguez, Elena Sampedro y Toni Vilà. Puede accederse libremente a los contenidos del libro a través del siguiente enlace: https://www.fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-estudio06-derechos-deberes-personas-mayores.php

3 • La descripción de tales medidas e instrumentos pueden encontrarse en el Anexo de la publicación: Rodríguez P. et al (2021): Ejercicio de Derechos y Deberes de las personas mayores en la vida cotidiana. Guía para profesionales de residencias y centros de día. Guía nº 7. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

4 • Además de los coordinadores del libro, han participado como coautores: Félix Arregui, Anna Bonafont, Ana García, Xavier García-Milà, Marije Goikoetxea, Astrid Lindstrôm, Josefa Lorenzo, Teresa Martínez, Antonio Martínez-Maroto y Carlos Mirete. Todos ellos han enriquecido con su expertise los contenidos de la Guía.

BIBLIOGRAFÍA

Comas-Herrera A, et al (2021): "Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence" LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE

Díaz Aledo L y Maiques M (2022): Nuestros derechos y deberes. Cómo defenderlos y ejercerlos. Guía de orientación para personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Guía nº 9 de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Durán Mª A. (2018): La riqueza invisible del cuidado. Universitat de Valencia.
Ramos Feijóo C. y Lorenzo J. (2020): Cómo favorecer el ejercicio de derechos y deberes en los cuidados familiares. Guía nº 6 de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

OMS (2015): Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Nueva York

OMS (2021): Informe mundial sobre el edadismo. Nueva York

OMS (2021): Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)

Pérez Díaz J, et al. (2020) Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Informes Envejecimiento en red nº 25

Pico della Mirandola G (1486): Discurso sobre la dignidad del hombre, Ars Vitalis.

Pinazo-Hernandis S. (2020) "Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos". Rev Esp Geriatr Gerontol.

Rodríguez Rodríguez P. (2013): La atención integral y centrada en la persona.Nº 1 de la Colección Papeles de la Fundación Pilares para la Automía Personal.

Rodríguez Rodríguez P. (2021): Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido. Ed. Catarata.

Rodríguez Rodríguez P. Vilà i Mancebo A. (2014): Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Tecnos;2014

Rodríguez P. y Gonzalo E. (2022): "COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España", Gaceta Sanitaria. Vol. 36. Núm. 3.

Rodríguez P. Vilà T. y Ramos C. (2021): Ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en la vida cotidiana. Guía para profesionales de residencias y centros de día. Guía nº 7 de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Vilà A. (2014): "El nuevo paradigma legislativo y su relación con el modelo AICP", en Rodríguez P y Vilà A: Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Ed. Tecnos.

Vilá T, Rodríguez P y Dabbahg V, (2018): Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana. Estudio nº 6 de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

UNA CIERTA MIRADA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES

LUIS CAYO PÉREZ BUENO

Presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)

Presidente del Patronato de la Fundación Derecho y Discapacidad (FDyD)

RESUMEN

El envejecimiento, fenómeno tan extendido en las sociedades actuales, presenta singularidades para ciertos grupos de población como son las personas con discapacidad, más de cuatro millones en España. La discapacidad no solo es un hecho que aparece correlativamente cuanto más avanza la edad, como nos dice la experiencia, y que se evidencia en las llamadas personas mayores con discapacidad, las más visibles; sino que también existen otras manifestaciones del envejecimiento ligado con la discapacidad, más específicas y menos conocidas, como son las personas con discapacidad mayores, aquellas con una discapacidad previa originaria que envejecen, realidad que precisa un abordaje político, social y económico que dé lugar a políticas públicas de respuesta adecuada. Este artículo incorpora una descripción general de las personas con discapacidad mayores para pasar de inmediato a enunciar y configurar los parámetros de una política pública, en forma de decálogo de iniciativas y acciones, a la altura de la demanda social de un sector de población en crecimiento cuyas necesidades no están siendo ni consideradas ni atendidas.

Palabras clave: discapacidad, mayores, inclusión, envejecimiento.

ABSTRACT

Aging, a phenomenon so widespread in today's societies, presents singularities for certain population groups, such as people with disabilities, more than four million in Spain. Disability is not only a fact that appears correlatively the more age advances, as experience tells us, and that is evidenced in the so-called older people with disabilities, the most visible; but there are also other manifestations of aging linked to disability, more specific and less known, such as elderly people with disabilities, those with a previous original disability who age, a reality that requires a political, social and economic approach that gives rise to appropriate response public policies. This article incorporates a general description of elderly people with disabilities to go immediately to enunciate and configure the parameters of a public policy, in the form of a decalogue of initiatives and actions, at the height of the social demand of a growing population sector. whose needs are neither being considered nor attended to.

Keywords: disability, elderly, inclusión, aging.

Dado que las personas mayores y las personas con discapacidad han sido quienes más exacerbadamente han sufrido los efectos de la crisis masiva de salud, devenida enseguida en pandemia global que todavía nos castiga, la derivada de la COVID-19, se impone de entrada la expresión de un recuerdo sentido y dolido a las víctimas de este cataclismo -fallecidas y enfermas- y a sus familias. La severidad de la sanción a estos grupos sociales -mayores y discapacidad- no es azarosa, no se trata del capricho de un virus, imbuido de conciencia selectiva, que ataca con preferencia a ciertos segmentos de población, haciendo acepción de personas; no se trata tampoco de que meros factores de salud hagan víctimas más propicias a las que pertenecen a esos grupos, de lo que desde luego algo hay; concurren condiciones previas, sociales, económicas, modos de habitar y de convivir, a los que se han visto forzadas las personas mayores y con discapacidad, que los han colocado en posiciones de exposición extrema, de vulnerabilidad corregida y aumentada, desbordada y desbordante.

Así lo hemos considerado y denunciado desde el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), la expresión global de la sociedad civil articulada en torno a la discapacidad para la representación, la interlocución y la incidencia políticas, con arreglo a una visión exigente e irrenunciable, por incómoda que resulte, de derechos humanos, porque las personas con discapacidad poseen todos los derechos humanos y en toda su intensidad y alcance.

Promovemos desde este sector social organizado una agenda política de derechos, inclusión y bienestar para las personas con discapacidad y sus familias, entre las que mayoritariamente hay que contar a las personas mayores. Pero la discapacidad, esto es un hecho incontrovertible, todo lo tiñe, todo lo modula. *La experiencia vital de ser mayor con discapacidad o incluso persona con discapacidad mayor, que no es un mero juego lingüístico, desencadena efectos, erige realidades tangibles*, aunque a veces no ostensibles para quien no tiene una mirada aguzada, hacia los que la analítica social debe dirigir una atención solícita, tan escrutadora como reveladora. Tras la pandemia ocasionada por el coronavirus, el hecho hasta entonces casi mostrenco del envejecimiento, de las personas mayores y de las personas con discapacidad mayores, comparece con total intensidad no solo social, económica y política sino asimismo moral. Nos interpela, nos interroga y nos compele a hablar y a hacer. Si algo netamente bueno puede venir de lo que es objetivamente tan catastrófico como lo constituido por la pandemia, es acaso este desatamiento del discurso -que ha de ser parresía, hablar sincero- pero sobre todo de la acción sobre la vejez y las personas mayores. Decir (y proponer) algo y con sentido y con aspiración de eficacia política sobre una cierta forma de envejecer, la de las personas con discapacidad, es el propósito de este artículo.

La cuestión del envejecimiento es crucial, de primera importancia, para nuestro movimiento social, no en vano el 60 por 100 de las personas con discapacidad son mayores de 65 años, más de 2 millones, según las estadísticas oficiales[1] del Instituto Nacional de Estadística (INE) (ya antiguas, por cierto, del ya lejano año 2008, y pendientes de actualización, la cual finalmente llegará el 28 de abril de 2022, mes en que según las previsiones se presentarán los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia, EDAD 2020). Envejecer va a significar, está significando ya, convivir con la discapacidad, en muchísimos casos, y esta relación y esta convivencia se ha de producir en los mejores términos, porque ésta,

la discapacidad, no ha de ser experimentada como un infortunio, como un indeseable castigo procedente un dios vengativo y cruel, sino un hecho, con aspectos negativos sin duda, con el que, empero, podemos y debemos establecer relaciones afirmativas, que generen espirales innovadoras en los que sepamos admitir y gestionar formulas inéditas de diversidad humana y social.

Pero no única y solamente por el peso de lo cuantitativo, abrumador, sino también por lo cualitativo: las personas con discapacidad mayores y las personas mayores con discapacidad (no se trata, insisto, de un retruécano, de un simple de juego retórico que desea vanamente captar la atención fácil) están sistemática y estructuralmente en una posición harto más frágil en cuanto a su autonomía y en relación con los apoyos que precisan para el ejercicio regular de sus derechos humanos, su acceso a los bienes sociales y su participación activa en la comunidad. Son, desde luego para el movimiento social CERMI, un grupo de atención preferente en la agenda política y social de la discapacidad articulada asociativamente. A partir de esta realidad innegable, estamos en proceso de erigir una agenda política del envejecimiento de las personas con discapacidad mayores[2], tan ambiciosa como transformadora de un entorno que es sumamente reticente y hostil para toda expresión de la vejez, más si cabe si viene acompañada de la discapacidad.

Se viene hablando en este texto, acaso culpablemente por inducir a confusión, de personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad mayores. Hay diferencias entre ambas expresiones; los conceptos diferentes, no son lo mismo. Las primeras son aquellas que adquieren la discapacidad sobrevenidamente, conforme van envejeciendo, pues existe vínculo sólido entre la edad avanzada y la aparición de discapacidades, que no son originarias (es decir aquellas que van con la persona desde el nacimiento, la infancia o la juventud). Las segundas son las que presentan justamente una discapacidad desde el alborear de la existencia o sus primeros estadios y envejecerán conviviendo con la discapacidad y siendo por consiguiente personas con discapacidad. Incluso, en el plano anímico, ser persona mayor a la que le adviene una discapacidad o ser persona con discapacidad que deviene mayor por el transcurso del tiempo, son hechos que se perciben y se viven con acusadas diferencias, la experiencia de ambos es muy disímil. Así lo refleja el lenguaje, hasta el más coloquial, a saber: una persona sorda desde el alumbramiento dice de sí misma que es "sorda"; una persona mayor que pierde o ve deteriorado el sentido del oído, con el paso de los años, se refiere así propia como "soy dura de oído u oigo mal". En cierta forma, en la discapacidad de origen, ésta resulta factor de construcción, en juego con otros muchos, de la propia identidad individual, o a sí, al menos, se tiene; y en la otra, la discapacidad, es como algo añadido, que se evidencia en sus efectos, pero que no parece poseer el peso necesario, la consideración suficiente para constituir elemento de entidad que contribuye a forjar identidad, acreditándose de este modo parte del proceso de construcción personal.

En el plano anímico, ser persona mayor a la que le adviene una discapacidad o ser persona con discapacidad que deviene mayor por el transcurso del tiempo, son hechos que se perciben y se viven con acusadas diferencias, la experiencia de ambos es muy disímil.

En esta incursión sobre el envejecimiento, en este reflejo de lo que devuelve una cierta mirada sobre una forma de envejecer, la atención se centra con particular intensidad

en estas segundas, *las personas con discapacidad mayores, pues es la dimensión menos explorada y tratada y por tanto más desconocida -y con apenas respuesta pública- del binomio discapacidad y edad avanzada.* Y tanto que es así, ya que para muchas personas con discapacidad -repárese en la discapacidad intelectual, el síndrome de Down, la parálisis cerebral, los trastornos del espectro del autismo, enfermedades poco frecuentes o de baja prevalencia, problemas de salud mental o discapacidad psicosocial, etc.-, el envejecimiento es un hecho inédito, algo nuevo, al que ahora están llegando, sin planos ni guías, carentes de cartografías de orientación, y que deben imperiosamente encarar. Esto es alentador y hay que saludarlo, que más gente llegue a ser mayor, anciana, sí, con todas las letras; población que, por su discapacidad, hasta hace no mucho, no había accedido al estadio de la vejez o la senectud, dado que su esperanza de vida, su longevidad era abruptamente cercenada por el hecho de presentar una discapacidad de esos tipos. Antes ni siquiera alcanzaban la edad avanzada, sus expectativas de una existencia prolongada eran asaz limitadas. Y no se detiene ahí el peculiarismo del envejecimiento en sus relaciones con la discapacidad. Estas y otras personas con discapacidad envejecen prematuramente, experimentan los efectos de la ancianidad antes de la edad cronológica que usualmente se entiende como inicio de la vejez.

Esto lo hemos visto y sufrido en el caso harto ilustrativo de las estrategias de vacunación contra el COVID-19, en que el criterio etario ha sido el prevalente. No sin denuedo y desgaste, hubo que persuadir a las autoridades sanitarias para que en los supuestos de determinadas discapacidades -valga por todas, el síndrome de Down antes citado- se redujese el umbral de edad establecido como requisito para acceder a la vacuna, al menos en 20 años, que es el lapso calculado de envejecimiento prematuro que esta discapacidad comporta.

De los cifras enunciadas anteriormente se deduce que así pues en España, 1,5 millones de personas con discapacidad afrontarán el envejecimiento en los próximos años; unirán el ser mayores a la realidad previa y anterior de ser personas con discapacidad, y quienes tenemos algún grado de responsabilidad en la vida pública, sea desde los poderes y autoridades, sea desde la sociedad civil organizada que influye y a veces logran prescribir las políticas, hemos de conseguir que esto no sea trágico, ni siquiera dramático; que nadie lo viva abandonado a su suerte, sino que estas personas y sus entornos inmediatos (la familia) se sientan preparadas y apoyadas para que su envejecimiento sea una experiencia natural, provechosa y enriquecedora, individual y socialmente, para sí y para su comunidad de pertenencia. Que envejecer con discapacidad no sea un castigo añadido, a los muchos que se les han inferido a lo largo de existencias nada fáciles, sino un hecho más, que debe ser gestionado, como todo, pero que no ha de mermar las posibilidades de una vida, que siempre es digna y valiosa, y también plena.

Para que su envejecimiento sea una experiencia natural, provechosa y enriquecedora, individual y socialmente, para sí y para su comunidad de pertenencia.

Aparte lo anterior, referido a los cuantitativo, se impone otra evidencia que no puede ser eludida. A saber: las personas con discapacidad no envejecen todas igual; factores como el género, el ser mujer o el residir en el medio rural, pertenecer a una minoría étnica o racial o tener la calidad de migrante, condicionan para mal los procesos de envejecimiento, por lo que toda acción legislativa o pública ha de tener muy presentes estas situaciones de multiexclusión y abordarlas desde un enfoque interseccional.

AGENDA POLÍTICA INCLUSIVA/DECÁLOGO

Esbozada así, aunque muy somera y esquemáticamente, la realidad del envejecimiento de las personas con discapacidad mayores, dado que CERMI es un movimiento social propositivo, tan exigente como colaborador de los poderes públicos, últimos responsables de las decisiones y garantes de su cumplimiento, es el momento de formular, aunque sea de forma aproximada, una agenda política inclusiva con la mira puesta en el envejecimiento de las personas con discapacidad[3], que pasa por estas iniciativas y acciones:

1ª Las personas con discapacidad, esa parte de la diversidad humana y social sometidas a condiciones estructurales de exclusión y discriminación, que se intensifican con el avance de la edad, *han de figurar con identidad propia, acusada y diferenciada, como grupo diana, en las políticas públicas sobre el fenómeno del envejecimiento y cómo abordarlo.*

2ª Las personas con discapacidad y las personas mayores -y, en concreto, las personas con discapacidad mayores- están más expuestas a la lesión y vulneración de sus derechos humanos.

Discapacidad y edad, en concurrencia mutua, son motivos de multiexclusión reforzada, por lo que *deben constituir grupos de atención y actuación prioritaria contra la discriminación y la segregación.*

3ª *Toda la acción pública en relación con el envejecimiento de personas con discapacidad ha de estar orientada a la autonomía personal,* a la vida independiente y a la inclusión en la comunidad, proporcionando apoyos suficientes, sostenidos y sostenibles, y libremente elegidos que las hagan posible. Se han de revisar de modo sistemático y reconfigurar los sistemas de apoyos, atención y cuidados establecidos para la discapacidad y la edad avanzada, para replantearlos en clave de conformidad con los derechos humanos, respeto a la voluntad y las preferencias de la propia persona, inclusión social y participación comunitaria en plenitud. Esto llevará consigo el abandono de esquemas caducos como la institucionalización forzosa (verbigracia las fórmulas habitacionales de tipo residencial, cuyo nexo cohesivo de vida en común es la edad o la discapacidad, no la voluntad de construir y compartir proyectos de vida comunes basados en el afecto, la amistad o el compañerismo).

4ª *Se ha de garantizar la continuidad y la coherencia de los apoyos sociales a las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento.* Llegar a los 65 años, edad que por convención se ha venido considerando hasta ahora el umbral de la vejez, no significa dejar de ser una persona con discapacidad, y pasar a ser una persona mayor, con recursos distintos enfocados solo a la edad, sino que se es una persona con discapacidad mayor, que ha de mantener la línea de atención. La creación de un auténtico espacio sociosanitario, del que hoy adolecemos, resulta esencial para que el apoyo se torne en más autonomía e inclusión.

5ª *Los sistemas de promoción y protección sociales en España para la discapacidad y la edad avanzada*, son claramente limitados e insuficientes. Arquitecturas de protección social nuevas como el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, creado en virtud de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las

Personas en situación de Dependencia, han resultado fallidas, afirmación cruda y para ciertas instancias inmoderada, pero horriblemente cierta, *y requieren un replanteamiento de base*, una refundación casi, para que estén a la altura de los elevados propósitos para los que se crearon en origen, defraudados en casi todos sus designios.

6ª Afrontar el envejecimiento con garantías de éxito por parte de las personas con discapacidad, supone intervenciones estructurales previas de gran ambición. *Se requieren entornos universalmente accesibles -la vivienda a estos efectos es paradigmático-, y autonomía económica*, que se logra con una inclusión laboral lo más amplia posible, en empleos dignos y de calidad, que genere prestaciones públicas futuras suficientes y duraderas. También es necesario extender las fórmulas de previsión social, que doten a las personas de progresiva robustez económica. Esto cabe resumirle en la activación social y económica de poblaciones demasiado tiempo obligadas a una pasividad impuesta, al albur de instancias ajenas a sí mismas, que favorecen la dependencia sistémica.

7ª Las personas con discapacidad, también las mayores, han de estar insertas, incluidas en la comunidad; deben vivir y desenvolverse existencialmente donde elijan, *sin verse forzadas a formas de vida y de habitación separadas y segregadas,* distintas de las generales de toda la ciudadanía. Hay que desplegar una enérgica estrategia de desinstitucionalización, acompañada a la par de la creación de nuevas fórmulas habitacionales inclusivas, generalizando las prestaciones como la asistencia personal.

8ª El sistema de Seguridad Social, en la dirección que marcan los renovados y vigentes acuerdos del Pacto de Toledo, en el que las propuestas del CERMI fueron en gran parte acogidas, *ha de redefinir las relaciones entre protección social y activación laboral*, que han de alimentarse recíprocamente, sin rigideces, alentando siempre la máxima inclusión de la persona con discapacidad mayor.

9ª *La soledad no deseada es un mal social de extraordinaria magnitud, con un impacto desmedido en las personas con discapacidad*, que se agudiza en las fases de envejecimiento. Se hacen inevitables estrategias vigorosas contra la miseria relacional en los grupos cívicos más castigados.

10ª *España posee, en materia de discapacidad, una sociedad civil potente, pujante, tramada y cooperativa*, que los poderes públicos han de tener como aliada en el despliegue de las políticas públicas de envejecimiento activo e inclusivo. Somos una herramienta útil socialmente. Úsennos, en el mejor sentido, nos dejamos.

Los grupos sociales de agitación y cambio sabemos que tendremos las legislaciones y políticas públicas que nos ganemos, habida cuenta que no se nos da nada que no arranquemos. Generar conciencia sobre las personas con discapacidad mayores, como problema social y político, y edificar al tiempo un programa político es una de las aspiraciones y también ocupaciones actuales del movimiento cívico de la discapacidad en España, que en este artículo han quedado bosquejados. Ahora, enunciado el discurso, es tiempo de hacer. En ello estamos.

NOTAS

1 • Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia, Instituto Nacional de Estadística (EDAD), Instituto Nacional de Estadística (INE), 2008, disponible en línea: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175. Al decir del propio INE, las "Encuestas sobre discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macro-encuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosas personas usuarias, en particular de la academia, la investigación y las organizaciones no gubernamentales. Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España".

2 • Véase a estos efectos, como documento de exposición y planteamiento, el Manifiesto del CERMI Estatal con motivo del día internacional de las personas de edad, 1 de octubre de 2021, disponible en línea: https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/MANIFIESTO%20CERMI%20D%C3%8DA%20INTERNACIONAL%20PERSONAS%20DE%20EDAD%202021.pdf, que comienza afirmando categóricamente que "las personas con discapacidad mayores son las grandes olvidadas. En su caso la discapacidad, ya sea sobrevenida o no, constituye un factor adicional que reclama más y mayor protección social, un cumplimiento más estricto y exquisito de los escasos derechos existentes a ellas destinados, así como una mayor vigilancia y exigencia por parte de las organizaciones con ellas vinculadas".

3 • El CERMI presentó y argumentó esta agenda política en forma de decálogo ante la Ponencia de Estudio del Senado dedicada al proceso de envejecimiento en España, en sesión celebrada el día 20 de enero de 2021, acudiendo a la convocatoria que para participar en estos trabajos parlamentarios recibió de la Cámara Alta española. Algunas de estas consideraciones y propuestas fueron incluidas en el texto de la ponencia finalmente aprobada el 18 de noviembre de 2021. Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en el seno de la Comisión de Derechos Sociales [del Senado de España].

BIBLIOGRAFÍA

Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia, Instituto Nacional de Estadística (EDAD), 2008, disponible en línea: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175.

Manifiesto del CERMI Estatal con motivo del día internacional de las personas de edad, 1 de octubre de 2021, (2021). disponible en línea: https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/MANIFIESTO%20CERMI%20D%C3%8DA%20INTERNACIONAL%20PERSONAS%20DE%20EDAD%202021.pdf

Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en el seno de la Comisión de Derechos Sociales, aprobada el 18 de noviembre de 2021, Senado de España, Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, número 259, 22 de noviembre de 2021, páginas 3 y siguientes.

SOBRE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LAS PERSONAS MAYORES Y SUS DIFICULTADES DE APLICACIÓN

ENRIQUE GOMÁRIZ MORAGA
ExDirector de Tiempo de Paz

RESUMEN

La preocupación de la comunidad internacional por las condiciones de las personas adultas mayores se inscribe en un curso que presenta dos etapas: a) una primera, en las últimas décadas del pasado siglo, marcada por la perspectiva de la eliminación de la discriminación y la protección de colectivos especiales, mediante instrumentos normativos específicos (eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer en 1979, derechos de la infancia en 1989, derechos de los pueblos indígenas, 1989 y 2007); b) una segunda, con la aparición, a partir de los años noventa del pasado siglo, de un cambio en la perspectiva del desarrollo y la acción pública, sobre la base del enfoque de derechos humanos, que plantea la identificación de derechos humanos específicos también para las personas adultas mayores.

Palabras clave: Personas adultas mayores, discriminación, derechos humanos

ABSTRACT

The concern of the international community for the conditions of older adults is part of a course that presents two stages: a) a first, in the last decades of the last century, marked by the perspective of the elimination of discrimination and the protection of special groups, through specific normative instruments (elimination of all forms of discrimination against women in 1979, children's rights in 1989, rights of indigenous peoples, 1989 and 2007); b) a second, with the appearance, from the nineties of the last century, of a change in the perspective of development and public action, based on the human rights approach, which proposes the identification of specific human rights as well for older adults.

Keywords: older adults, discrimations, human rights

La acción pública a favor de las personas adultas mayores (PAM) ha experimentado un fuerte cambio normativo y conceptual en las últimas tres décadas. Puede afirmarse que ha transitado desde el aumento de preocupación por la situación de este segmento etario, identificado progresivamente como un colectivo específico, hasta la comprensión de que, como otros conjuntos sociales vulnerabilizados, posee atribuciones especiales desde el enfoque de derechos humanos.

La preocupación de la comunidad internacional por las condiciones de las personas adultas mayores se inscribe en un curso que presenta dos etapas: a) una primera, en las últimas décadas del pasado siglo, marcada por la perspectiva de la eliminación de la discriminación y la protección de colectivos especiales, mediante instrumentos normativos específicos (eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer en 1979, derechos de la infancia en 1989, derechos de los pueblos indígenas, 1989 y 2007); b) una segunda, con la aparición, a partir de los años noventa del pasado siglo, de un cambio en la perspectiva del desarrollo y la acción pública, sobre la base del enfoque de derechos humanos, que plantea la identificación de derechos humanos específicos también para las personas adultas mayores.

Durante la primera etapa, la cuestión del envejecimiento había sido entendida como un asunto importante pero no prioritario. Cuando se celebra en 1982 la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se considera un asunto emergente y parcial, puesto que afectaba principalmente a los países más desarrollados, dado el envejecimiento creciente de su población. Pero a fines del siglo XX, con el aumento del peso de las personas adultas mayores (PAM) en otras regiones, como sucede en América Latina, la atención de la comunidad internacional sobre esta materia crece considerablemente, hasta que desemboca en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril del 2002, que concluye con la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid. El Plan es todavía un estándar internacional no vinculante que sólo tendrá efectos en los años siguientes y en determinadas regiones.

Al respecto, es importante recordar que el reconocimiento de la persona adulta mayor como titular de derechos específicos no es todavía universal. En efecto, a diferencia del caso de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor a nivel mundial en mayo del 2008, todavía no existe una Convención mundial de Naciones Unidas sobre los derechos de las PAM. Las causas tienen varios orígenes. Como se apuntó, toda una serie de países que todavía no presentan una población envejecida siguen considerando que este no es un asunto prioritario. Además, todavía está en discusión en varias regiones si este tramo etario constituye un colectivo especial, con derechos específicos, o debe formar parte de la población general de un país, que sólo debe proteger los derechos específicos del tramo etario opuesto: los menores de 18 años. Ello pese a que existen amplios sectores que reclaman una Convención Mundial, también desde movimientos internacionales de la sociedad civil, como la red HelpAge International o AGE Platform Europe, que tienen sus efectos sobre los grupos de trabajo de Naciones Unidas (como el Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento).

En su más reciente declaración, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) indicaba al respecto: "No hay una articulación clara en ninguno de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas sobre la naturaleza e importancia del envejecimiento, su construcción social y el fenómeno de

la discriminación por edad. Sin tal marco conceptual coherente para informar la interpretación y aplicación de la normativa sobre los derechos humanos existentes y para enmarcar el desarrollo de nuevas normas e interpretaciones que aborden las realidades de las vidas de las personas mayores, el sistema internacional de derechos humanos seguirá siendo insuficiente en el cumplimiento de sus promesas de garantizar que todas las personas, incluidas las personas mayores, disfruten plenamente de sus derechos humanos y libertades fundamentales". (OACDH, 2021).

Por otra parte, una nueva perspectiva conceptual ha surgido en los últimos años: hacer de la discriminación por edad, el edadismo, el eje trasversal de análisis y de la acción pública. Este planteamiento surge de las discusiones impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a la Estrategia y Plan de Acción mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud, que ha dado lugar a la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, y se recoge en el Informe Mundial sobre el Edadismo que se presenta a principios de 2021. La categoría principal, el edadismo, se manifiesta "cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional". El edadismo "se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad y puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido. El edadismo perjudica nuestra salud y bienestar." (OMS, 2021).

Cuando se refiere a las estrategias para combatir el edadismo, el informe identifica dos grupos etarios principalmente afectados: las personas adultas mayores y las personas jóvenes. Para ambos grupos examina la escala, el impacto y los determinantes del edadismo, pero no lo hace sobre la base de la identificación de derechos específicos de cada colectivo. Resulta evidente que este planteamiento refiere a una acción trasversal contra la discriminación por edad, pero es difícil identificar si ello facilita o no el establecimiento de una Convención Internacional sobre los derechos de las personas adultas mayores como colectivo específico. En todo caso, las conclusiones del Informe se refieren únicamente al lanzamiento mundial y local de campañas contra el edadismo y a la necesidad de impulsar estrategias de mitigación, sobre todo investigando como el edadismo afecta nuestra vida y dando respuesta a esas afectaciones, en términos generales.

El hecho es que, hasta hoy, la protección de los derechos humanos de las PAM sólo tiene instrumentos a nivel regional: la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad; además de una consideración semejante realizada en el Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa, recogida por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en 2014.

ORIGEN Y CONTENIDOS DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA

Puede afirmarse que el camino hacia la Convención Interamericana, como normativa vinculante para los países que la firman, es producto de un trabajo conjunto de los dos

sistemas internacionales que operan en la región: el segmento regional de Naciones Unidas, cuyo núcleo es la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y la organización internacional hemisférica referida a la Organización de Estados Americanos (OEA), que será finalmente el espacio jurídico en que se establezca la Convención, la cual entra en vigor una vez que varios estados (Uruguay, Costa Rica, Chile, Argentina, Brasil) la ratifican en 2016.

Así, la Convención viene precedida por una serie de instrumentos regionales, tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012).

La Convención Interamericana parte del reconocimiento de que las personas adultas mayores tienen derechos específicos como colectivo delimitado. Como reza su artículo primero: "El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad". *Ello significa abandonar por completo la noción de vejez que se centra en la pérdida de capacidades por el avance de la edad y la consiguiente necesidad de protección y atención, para resignificar esa atención y situarla junto al derecho a la independencia y la autonomía, a la participación y la integración comunitaria, al trabajo y al control de sus recursos propios, a la seguridad y a una vida libre de todo tipo de violencia, al libre consentimiento en el tratamiento de salud, a la educación y la cultura, a la recreación y el deporte, entre otros.*

Además de este énfasis puesto en la dignidad en la vejez, la independencia y autonomía de las PAM y el derecho a los cuidados de largo plazo, la Convención establece lo que denomina "toma de conciencia" (Capítulo V), que refiere a la asunción de la persona adulta mayor como titular específica de derechos, tanto por parte de las instituciones como de parte de la ciudadanía que deben modificar la visión predominante sobre el envejecimiento y la vejez. Este enfoque de derechos humanos va acompañado en la Convención Interamericana de otros enfoques importantes: el de equidad e igualdad de género y el de curso de vida.

Este tratado internacional refleja la protección de los derechos de las PAM en una triple dimensión: sobre los derechos emergentes, los derechos ya vigentes y los derechos que se extienden (CEPAL, 2017). Los derechos emergentes son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente. Los derechos vigentes son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido. Los derechos extendidos están dirigidos específicamente a colectivos que hasta

Este tratado internacional refleja la protección de los derechos de las PAM en una triple dimensión: sobre los derechos emergentes, los derechos ya vigentes y los derechos que se extienden (CEPAL, 2017)

entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación. De acuerdo a esta distinción de CEPAL, podrían señalarse los artículos correspondientes a esas tres categorías.

DERECHOS EMERGENTES

Tres derechos protegidos por la Convención corresponderían a este grupo: el derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6), el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7) y el derecho a los servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12). El primero contempla una apreciable innovación: se refiere al derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta la muerte sin discriminación de ningún tipo, para lo que garantiza, entre otros aspectos, los cuidados paliativos. El segundo derecho vuelve a colocar el acento en la integridad y la dignidad de la persona, específicamente en lo que se refiere a la toma de decisiones conforme a sus tradiciones y creencias. El tercer derecho, refiere a la protección respecto de los abusos que suceden con frecuencia en las residencias de cuidados de largo plazo.

DERECHOS VIGENTES

En cuanto a los derechos ya contemplados por distintas normativas, como la igualdad y la no discriminación (artículo 5), el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11) y la seguridad y la vida sin violencia (artículos 9 y 10), la Convención aporta nuevos elementos para establecer las obligaciones específicas de los Estados: se prohíbe la discriminación por edad en la vejez; *se indican los requisitos para que la persona mayor brinde su consentimiento libre e informado, y se protege la integridad y dignidad de la persona mayor, sin discriminación de ningún tipo.*

DERECHOS EXTENDIDOS

Este grupo refiere a derechos que, como el de accesibilidad y movilidad de las personas y el relacionado con las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, aunque ya están contenidos en otros instrumentos, como, por ejemplo, en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no contempla a las personas mayores de forma explícita (como lo hace con mujeres y niñez). Ahora la Convención extiende estos derechos directamente a las personas adultas mayores.

La robustez normativa de la Convención se complementa con el establecimiento de una obligación reforzada para los Estados parte y otros actores involucrados, al reconocer la competencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana para atender reclamaciones privadas. Así, su artículo 36 reza: "Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos, puede presentar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de alguno de los artículos de la presente Convención por un Estado Parte".

Esta innovación es importante, por cuanto en el caso de las personas mayores muchas de las violaciones de sus derechos humanos ocurren en el ámbito privado y son cometidas por particulares. En esos casos, si bien puede que los agentes del Estado no hayan participado directamente en la violación de un derecho, el Estado debe asumir su responsabilidad internacional cuando no se hayan adoptado las medidas necesarias para proteger a las víctimas o para prevenir la comisión de un delito, o cuando haya habido falta de debida diligencia en la investigación, obtención de justicia o falta de reparación adecuada.

Esta innovación es importante, por cuanto en el caso de las personas mayores muchas de las violaciones de sus derechos humanos ocurren en el ámbito privado y son cometidas por particulares.

DIFICULTADES DE APLICACIÓN DE LA CONVENCIÓN EN TÉRMINOS DE POLÍTICA PÚBLICA

Existe coincidencia acerca de que la acción pública en las Américas y particularmente en América Latina presenta un cambio considerable en cuanto al cuadro normativo de obligado cumplimiento a partir de la entrada en vigor (2016) de la Convención Interamericana. Sin embargo, precisamente debido a su alta dimensión de contenidos normativos, exigía un salto cualitativo en las políticas sobre la materia, en un espacio institucional y financiero despejado. Sin embargo, al poco tiempo de hacerse vigente, se produce en la región una coyuntura claramente contraria: el surgimiento de una grave emergencia sanitaria provocada por la pandemia mundial inducida por la COVID-19.

Esta emergencia se produce en una región que, de todas formas, presenta tradicionalmente una distancia apreciable entre los parámetros normativos y su aplicación en términos de política pública. Por eso sería necesario un estudio riguroso sobre los efectos específicos que ha tenido la Convención en las políticas y planes de acción para la atención de los derechos de las personas mayores en la región. En este contexto sobresale el caso de Costa Rica que tenía previsto renovar su política en esta materia para el año 2021 (por cuanto se agotaba el período de vigencia de la anterior) y, pese a la pandemia, sus autoridades decidieron cumplir con esa renovación prevista.

Así, el caso de Costa Rica permite observar las considerables dificultades de trasladar a la política pública la robusta carga normativa de la Convención. Como se había previsto, durante el año 2021 se llevó a cabo un proceso de consultas para la renovación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez para el período 2021-2031. Dado el carácter participativo del proceso, la demanda de asociar los objetivos de la política a los derechos reconocidos en la Convención, dio lugar a una carga propositiva particularmente ambiciosa. Los resultados de las consultas fueron traducidos en términos de planificación a las autoridades de Gobierno. La percepción general de las autoridades implicadas en la materia fue que sería necesario un salto cualitativo institucional y financiero para poder atender las demandas asociadas al cuadro normativo de la Convención, en un país de envejecimiento acelerado.

Así, pese a que dichas autoridades anunciaron públicamente que la política sería apro-

bada antes de concluir el año 2021, ya ha tenido lugar el cambio de gobierno, en mayo, sin que la Política fuera aprobada por el Gobierno saliente y todo indica que será revisada por el gobierno entrante antes de ser efectivamente aprobada. Es difícil saber cuánto se prolongará ese proceso.

Al mismo tiempo, la información disponible a nivel regional muestra claramente que los efectos negativos de la pandemia han golpeado especialmente a las personas adultas mayores (CEPAL, 2021). En el plano económico, las estimaciones de pobreza vieron como su volumen en la región se duplicaba y hasta triplicaba. En el plano sanitario, los adultos mayores se vieron afectados directamente, presentando la mayor tasa de mortalidad, reduciendo y postergando los tratamientos médicos necesarios y sufriendo afecciones referidas a la salud mental. El empeoramiento del cuadro general de condiciones de vida de las personas mayores en la región producido por la pandemia representa un obstáculo sustantivo para lograr la aplicación efectiva de los derechos reconocidos recientemente por la Convención Interamericana. Pero, en cualquier caso, la Convención ha establecido un estándar internacional de obligado cumplimiento en la región que ya no es posible desconocer en el proceso de reconstrucción social en marcha, en una región donde el envejecimiento poblacional avanza a un ritmo mucho mayor de lo esperado.

BIBLIOGRAFÍA

AGE Platform Europe. (2021). Human rights are for all ages. The EU must lead the rallying for a UN Convention. Disponible en: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/eleventh/UN_convention_EU-leads_Full-report_FINAL.pdf

CEPAL. (2017). Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y la autonomía. CEPAL. Santiago de Chile.

CEPAL. (2021). Panorama Social de América Latina 2021. CEPAL, Santiago de Chile.

HelpAge International (2021). Trato desigual. Lo que dicen las personas mayores sobre sus derechos durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/eleventh/Unequal-treatment-Spanish%20.pdf

Huenchuan, Sandra. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. CEPAL. México.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). (2006). "Preguntas frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo". Nueva York.

OACDH. (2021). Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons. Working paper prepared by OHCHR, March 2021. Disponible en: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/eleventh/OHCHR%20HROP%20working%20paper%2022%20Mar%202021.pdf

Organización de Estados Americanos (OEA). (2016). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Global Report on Ageism. OMS. Electronic version. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866

LAS PERSONAS MAYORES COMO TITULARES DE DERECHOS

MARIQUETA VÁZQUEZ ALBERTINO
Secretaria de Envejecimiento Activo PSOE-M

RESUMEN

Las personas mayores forman un grupo muy heterogéneo con condiciones de vida, estado de salud, niveles educativos, relaciones sociales y orientación sexual muy diversos. Esta diversidad debe reflejarse y valorarse en las intervenciones políticas en todas aquellas materias que les afecten: participación social y política, economía, movilidad, vivienda, servicios sanitarios y de atención social y condiciones ambientales, entre otras cosas. Solo así podremos construir sociedades, junto con las nuevas generaciones más jóvenes, en las que el envejecimiento y la longevidad se perciban plenamente como una oportunidad para cada ciudadana y ciudadano y la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Mayores, participación social y política, atención social

ABSTRACT

Older people form a very heterogeneous group with very diverse living conditions, health status, educational levels, social relations and sexual orientation. This diversity must be reflected and valued in political interventions in all matters that affect them: social and political participation, economy, mobility, housing, health and social care services and environmental conditions, among other things. Only then we can build societies, together with younger generations, in which ageing and longevity will be fully perceived as an opportunity for individual citizens and society as a whole.

Keywords: Older people, political participation, social care services

El incremento de la esperanza de vida de la población es un éxito social, en el que tiene mucho que ver la madurez de nuestra democracia y el reconocimiento de derechos. Es una consecuencia de la mejora de las condiciones de vida y los avances de la medicina moderna. Supone una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI y, por tanto, afrontar los desafíos que plantea una sociedad más longeva es uno de los retos sociales y políticos actuales más relevantes en todo el mundo. Esta situación obliga a repensar las políticas públicas que establecen las normas de convivencia y los roles previstos para cada rango etario. La actual revolución demográfica prevé que, en el año 2050, serán más las personas mayores de 65 años que las menores de 15 en todo el mundo[1].

Esta situación obliga a repensar las políticas públicas que establecen las normas de convivencia y los roles previstos para cada rango etario.

A pesar de lo expuesto en el párrafo anterior, fruto de la Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en el seno de la Comisión de Derechos Sociales del Senado, el incremento de la esperanza de vida de la población mayor, ha traído consigo un incremento del edadismo o discriminación por edad. Claro ejemplo de ello es el abandono sufrido por las personas mayores en las residencias al principio de la pandemia por Covid-19 y el inaceptable número de muertes producidas.

Por desgracia, no es el único caso, también vemos cómo paulatinamente va disminuyendo el número de personas de más de 65 años en las candidaturas a las elecciones de los diferentes ámbitos territoriales.

Pero no nos llamemos a engaño, este fenómeno no es exclusivo de España, sino que lamentablemente es bastante común en los países de nuestro entorno. Tanto es así que, sobre esta situación, la Organización de Mayores Europeos (ESO en sus siglas en inglés), organización paraguas de las organizaciones de personas mayores socialdemócratas y socialistas en Europa, de la que el PSOE forma parte, observadora del Partido de los Socialistas Europeos (PES en sus siglas en inglés) viene alertando desde hace ya tiempo.

LA VISIÓN DE LAS Y LOS SOCIALISTAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde nuestra visión, consideramos tres puntos esenciales:

1. Los previsibles cambios demográficos deben ser considerados desde una visión progresista. *Debemos esforzarnos por presentar la vejez también como una oportunidad.* Demográficamente, no es solo el número de personas mayores lo que es significativo, sino también el número de personas mayores sanas, ya que efectivamente la esperanza de vida sana también ha aumentado.

Asimismo, debemos considerar a las personas mayores, no como un grupo homogéneo sino un grupo muy diverso compuesto por personas muy activas, pero también por personas dependientes, que necesitan cuidados o asistencia sanitaria. *Las personas mayores no solo deben presentarse como beneficiarios netos de la sociedad, sino como contribuyen-*

tes y consumidores de servicios, sobre los que tienen derecho a reclamar el rendimiento de su inversión de por vida en el bienestar público y la atención de la salud. En este aspecto, no podemos olvidar el elevado número de personas mayores en situación de pobreza y el impacto que supone en la economía y los servicios.

Debemos invertir en entornos amigables con las personas mayores, servicios adecuados y accesibles, soluciones inteligentes y robótica, que por un lado mejorarán el nivel de vida de la ciudadanía mayor y, al mismo tiempo, fomentarán una nueva área de crecimiento económico sostenible a la que las nuevas generaciones puedan incorporarse. Todas estas mejoras tecnológicas facilitarían en gran medida una de las grandes aspiraciones de las personas mayores como es la de seguir viviendo en su hogar a medida que envejecen.

2. Los efectos de los cambios demográficos sin duda influirán en el equilibrio y las relaciones intergeneracionales. ¿Cómo pueden estos cambios tener un efecto constructivo en la solidaridad intergeneracional y no profundizar la brecha generacional?

Necesitamos un diálogo constructivo entre generaciones teniendo en cuenta la complementariedad entre mayores y jóvenes construyendo un vínculo entre la experiencia con el pasado y la proyección del futuro, así como buscar el interés común en el enfoque de los llamados problemas relacionados con la edad. La discriminación relacionada con la edad y la discriminación por edad deben combatirse mediante planes de acción y legislación apropiados.

Asimismo, debe garantizarse la participación activa de las personas mayores en la sociedad y, en particular, en los órganos de toma de decisiones y en el proceso de formulación de políticas.

3. Se prevé que la proporción de personas de 80 años o más en la población de la UE-28 se duplique con creces para 2050, alcanzando el 11,4%. Este sector de la población no ha recibido hasta ahora toda la atención que se merece.
La situación vivida en las residencias es harto elocuente, por lo que la situación y necesidades de las personas vulnerables mayores de 80 años necesita una atención especial desde la investigación y la política.

NOTAS

1 • Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en el seno de la Comisión de Derechos Sociales.

INFORME DE LA PONENCIA DE ESTUDIO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA - Senado

El documento completo del Informe puede consultarse en el Boletín Oficial de las Cortes Generales – Senado, Nº 259, 22 de noviembre de 2021, p.3.
Aquí reproducimos a continuación el capítulo IV

ANEXO
IV
RECOMENDACIONES

Una vez formuladas las Conclusiones que preceden, pueden formularse las siguientes Recomendaciones:

Recomendación 1. Garantizar los derechos de las personas mayores y combatir el edadismo, para promover una sociedad para todas las edades

1.1. Rediseñar las políticas públicas dirigidas a las personas mayores desde un enfoque basado en derechos. Repensar el papel de las personas mayores en la sociedad actual desde el diseño de las ciudades y los pueblos, las viviendas, los medios de transporte, los servicios y las políticas públicas, contando para ello con la voz y la contribución de las personas mayores.

1.2. En el marco de los foros diplomáticos internacionales multilaterales y en el seno de Naciones Unidas, apoyar la necesidad de acordar la creación de una Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, como instrumento jurídico vinculante, que promueva, proteja y asegure el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores en todo el mundo.

1.3. Implementar las recomendaciones formuladas por organismos internacionales, como las incluidas en el Decenio del envejecimiento saludable 2020-2030, proclamado

por la Asamblea de Naciones Unidas, así como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en el Libro Verde del Envejecimiento de la Comisión Europea.

1.4. Desarrollar un nuevo pacto intergeneracional, que suponga una nueva cultura de la vejez, que permita fomentar las actividades y espacios intergeneracionales donde las personas mayores y las jóvenes generaciones puedan interactuar.

1.5. Impulsar la aprobación de una Ley integral para la igualdad de trato y la no discriminación, con el objetivo de garantizar que ninguna persona pueda ser discriminada, entre otras causas, por razón de su edad.

1.6. Incluir la edad entre los ejes de desigualdad a tener en cuenta, al igual que lo es el género.

1.7. Realizar campañas de concienciación y sensibilización sobre los derechos de las personas mayores y sobre su contribución social.

1.8. Fomentar una nueva cultura del envejecimiento, revisando un lenguaje y unas actitudes que estigmatizan e infantilizan a las personas mayores, cambiando una terminología peyorativa y paternalista por otra adecuada a personas adultas con valor para la sociedad. Modificar la conceptualización social actual de la vejez, donde las personas mayores no contribuyen y sólo consumen recursos, por el de personas activas y vitales, en quienes podemos apoyarnos y confiar, y que tienen su vida llena de realidades y proyectos.

1.9. Mejorar el tratamiento de la información acerca de las personas mayores, sobre todo en los medios de comunicación y publicitarios, y elaborar un Manual de Buenas Prácticas en el uso del lenguaje y el enfoque de las informaciones sobre las personas mayores, fomentando la eliminación de estereotipos negativos ligados a la vejez y la invisibilización ligada a la misma en los medios de comunicación.

1.10. Garantizar la participación de las personas mayores y potenciar a las organizaciones sociales y sindicales que promuevan la defensa de sus derechos e impulsen los cambios sociales y culturales necesarios vinculados al actual proceso de envejecimiento.

1.11. Mejorar y garantizar el acceso de las personas mayores a la administración de justicia, estableciendo los apoyos necesarios.

1.12. Promover una alianza por el Estado de Bienestar como la mejor manera de garantizar el progreso social y económico de toda la sociedad en su conjunto. Se ha de llevar a cabo la necesaria articulación de los sistemas públicos del Estado de Bienestar, para hacer efectiva, de modo transversal, la inclusión social, superando todo tipo de discriminaciones y exclusiones.

1.13. Aprobar un Pacto de Estado para la protección y promoción de los derechos de las personas mayores, que suponga una garantía específica para estas y que contemple, al menos, los ámbitos de la salud, la vivienda, la protección económica y jurídica,

educación, cultura, ocio y de los cuidados, bajo los siguientes principios rectores:
- Garantizar la protección y el ejercicio de los derechos de las personas mayores.
- Garantizar la igualdad de oportunidades y el derecho al cuidado y la atención en situaciones de dependencia.
- Garantizar la participación activa en todos los ámbitos sociales y bajo una perspectiva intergeneracional.
- Evitar la discriminación por razón de edad y prevenir el edadismo.
- Garantizar el respeto a la voluntad y preferencias de la persona con relación a cómo quiere vivir su proceso de envejecimiento y los cuidados y apoyos que precisa.
- Considerar el envejecimiento como un logro y como un reto, garantizando una buena calidad de vida.

Recomendación 2. Abordar el fenómeno de la soledad no deseada

2.1. Elaborar por el Gobierno de España una Estrategia Nacional sobre la soledad no deseada, que permita, a partir de un análisis previo, desarrollar una red de soporte y contacto social para las personas solas en el territorio. Es preciso determinar cuáles son los factores de riesgo, quién está en riesgo de soledad no deseada, qué características tienen y qué acciones comunitarias se deben activar para prevenir estas situaciones. Las soluciones deben ser individualizadas y basadas en respuestas comunitarias.

Recomendación 3. Promover la igualdad real y efectiva entre las mujeres y los hombres mayores

3.1. Poner en marcha políticas que fomenten la conciliación y la corresponsabilidad en los cuidados, garantizando la igualdad de género.

3.2. Diseñar un protocolo específico para mujeres mayores que se incluya en el Pacto de Estado contra la violencia de género.

Recomendación 4. Garantizar la sostenibilidad del sistema público de pensiones

4.1. Garantizar la sostenibilidad del sistema público de pensiones y el mantenimiento del poder adquisitivo del conjunto de pensionistas del país, de acuerdo con las recomendaciones del Pacto de Toledo.

4.2. Fortalecer, mediante la solidaridad intergeneracional, el sistema público de pensiones, como patrimonio común del conjunto de la ciudadanía.

4.3. Favorecer medidas que permitan la compatibilidad entre el trabajo y el cobro de la pensión, flexibilizando el acceso a la jubilación y estableciendo incentivos para prolongar voluntariamente la vida laboral.

Recomendación 5. Promover los cuidados y apoyos a las personas mayores

5.1. Garantizar la universalidad, la responsabilidad pública y la normalización de los cuidados en cada uno de los sistemas públicos del Estado de Bienestar, para que, entre otras cuestiones, se permita desarrollar órganos y espacios de coordinación entre los sistemas, para asegurar la atención centrada en la persona y hacer que las intervenciones sean más efectivas y respetuosas con la voluntad y preferencias de las personas.

5.2. Poner en valor la función social de quienes trabajan profesionalmente en el sector de los apoyos y cuidados, como también la de las personas que realizan cuidados informales.

5.3. Teniendo en cuenta que los cuidados informales son desarrollados mayoritariamente por mujeres, considerar, en especial, su situación, ya sean nacionales o migrantes, en lo referente a sus condiciones laborales, y abordar siempre cualquier acción sobre este colectivo, desde una perspectiva de género, para evitar todo tipo de discriminación.

Recomendación 6. Adaptar el mercado laboral para que las personas puedan seguir contribuyendo, independientemente de la edad

6.1. Promover que las empresas fomenten la formación continua y permanente, para conseguir mantener la empleabilidad a lo largo de la vida, incluyendo las competencias digitales y su actualización.

6.2. Repensar en el ámbito laboral, en función de la capacidad funcional, los conceptos de toxicidad, penosidad, peligrosidad e insalubridad.

6.3. Apoyar el desarrollo, en el ámbito laboral, de programas de salud y bienestar adaptados a todo el personal, adecuando el puesto de trabajo a un diseño ergonómico.

6.4. Establecer medidas que redunden en una mejora de la tasa de actividad y de empleo para mayores de 55 años.

6.5. Implantar una cultura antiedadismo en el ámbito laboral y favorecer el tránsito flexible a la jubilación.

Recomendación 7. Impulsar la «economía del envejecimiento», tanto desde el punto de vista de la economía de los cuidados, como de la vinculada al ocio y al tiempo libre

7.1. Modificar los indicadores para medir la población, los patrones de consumo y producción y el nivel de actividad de la persona en la sociedad.

Recomendación 8. Promover, en colaboración con todas las Administraciones Públicas y los agentes implicados, el estudio de la realidad de las personas mayores, evaluar las políticas vinculadas al proceso de envejecimiento y fomentar la investigación

8.1. Promover estudios sobre las personas mayores longitudinales a larga escala, representativos de la población nacional, para evaluarlas física, mental, cognitiva y socialmente a lo largo del tiempo.

8.2. Promover estudios para obtener datos fiables sobre el abuso y el maltrato a las personas mayores.

8.3. Promover estudios e informes y recoger más y mejores datos sobre la realidad que viven las personas mayores, en base a sus opiniones y preferencias, y realizados y construidos con la participación activa de las personas mayores, implicándolos en su diseño y no solo incluyendo a las personas mayores como objeto de estudio, fomentando así su integración real en los mismos.

8.4. Evaluar las políticas vinculadas al proceso de envejecimiento.

8.5. Impartir formación sobre envejecimiento en todas las disciplinas académicas vinculadas a la atención social y a la atención sanitaria.

Recomendación 9. Modernizar el sistema de atención a las personas en situación de dependencia, para adaptarse a los retos actuales

9.1. Revisar y actualizar, en colaboración con todas las Administraciones implicadas, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para impulsar la promoción de la autonomía personal. Para ello, resulta imprescindible cumplir con el compromiso adquirido con las Comunidades Autónomas de contar con una financiación adecuada y suficiente.

9.2. Reforzar las políticas de atención a la dependencia, impulsando el cambio en el modelo de cuidados de larga duración hacia una atención centrada en la persona e impulsando el desarrollo de servicios de apoyo comunitarios, en línea con el Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales. Para que las personas puedan seguir viviendo en su casa y en el entorno comunitario, se ha de transformar el servicio de atención a la dependencia y convertirlo en un conjunto de servicios integrales, comunitarios y personalizados, contando con su participación y respetando la voluntad y preferencias de las personas en el diseño de sus apoyos. La metodología más apropiada para ello es la gestión centrada en la persona, de manera que se convierta en un modelo integrado y flexible de servicios e intervenciones profesionales, que permita y favorezca la presencia de las personas mayores en el hogar y en su entorno de convivencia. Cuando

la persona, por las razones que sean, no pueda vivir en su propio hogar, se articularán soluciones de apoyo personalizadas, de pequeña escala y comunitarias, que respondan también a sus necesidades y a su voluntad y preferencias.

9.3. Desarrollar el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, acordado en la Mesa del Diálogo Social y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que incluye:

- Llevar a cabo una evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Mejorar la financiación, de manera que se siga incrementando el nivel mínimo y el acordado.
- Reordenar y simplificar el sistema de financiación.
- Reducir lista de espera.
- Mejorar el procedimiento administrativo y el diagnóstico profesional.
- Modificar del Acuerdo de acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Reconocer la teleasistencia como derecho subjetivo de las personas con dependencia.
- Definir la teleasistencia avanzada y su papel en el sistema.
- Mejorar las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Mejorar y programar la cualificación del personal de los servicios de cuidados de larga duración y de los servicios sociales.
- Llevar a cabo los informes de impacto de mortalidad en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Analizar y revisar el actual sistema de copago.

9.4. Avanzar en el desarrollo de una regulación estatal de mínimos de la figura de la asistencia personal, prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y promover su disponibilidad y aplicación como figura de apoyo para la vida independiente de las personas mayores.

9.5. Elaborar un plan específico de refuerzo de los servicios profesionales de atención en los domicilios para personas mayores en situación de dependencia, con revisión de la financiación, que contenga las siguientes medidas:

- Incrementar, cuando sea preciso, las horas de atención en el servicio de ayuda a domicilio.
- Incrementar la intensidad de los servicios domiciliarios que permita la permanencia en el domicilio.
- Diseñar nuevos perfiles profesionales para dar respuesta a la promoción de la autonomía personal.
- Ampliar la compatibilidad entre prestaciones y servicios.
- Reconocer la aportación de las entidades locales.
- Incrementar los centros de día y promover su avance hacia modelos de apoyos personalizados, comunitarios y de pequeña escala.
- Impulsar centros de día polivalentes especializados para enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson.
- Recomendar la implantación de servicios de rehabilitación en los centros de atención

primaria y comunitaria del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar centros multiservicios abiertos a la comunidad.

9.6 Prestar información, formación, asesoramiento y apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, para, entre otras medidas, mejorar los programas de conciliación familiar.

9.7. Promover la evaluación, inspección y control de todos los servicios públicos, privados y concertados, prestados a las personas mayores, ya sea en sus domicilios, ya en los centros residenciales donde vivan.

9.8. Intensificar y programar la cualificación del personal de los servicios de cuidados de larga duración y de los servicios sociales, que incluya formación en ética aplicada y buen trato a las personas mayores. Dar especial relevancia a las cuestiones relacionadas con la prevención de situaciones conductuales de difícil manejo y a estrategias para la reducción de restricciones.

9.9. Desarrollar unas recomendaciones, con sistemas de evaluación, planificación y estándares de formación para la reducción de restricciones en el ámbito de los cuidados y apoyos a personas mayores, de forma que se garantice una cultura preventiva y de buen trato a todas las personas.

Recomendación 10. Promover un nuevo modelo de atención residencial para las personas mayores

10.1 Transformar el modelo residencial para las personas mayores predominante hacia un modelo que se parezca lo máximo posible a un hogar, ajustando los cambios a cada contexto, a través de un cambio organizacional hacia unidades de convivencia más reducidas, nuevos roles de los profesionales, fijando la figura del profesional de referencia, elaborando una historia de vida, promoviendo la autonomía, planes personalizados y los cambios del entorno necesarios, de manera que se desarrolle la atención integral centrada en la persona, mediante un modelo colaborativo entre los servicios sociales, sanitarios y comunitarios con la integración de personas residentes, familia, profesionales y voluntariado.

10.2. Velar, en materia de centros residenciales para personas mayores, ya sean públicos, privados o concertados, por la suficiencia de recursos humanos formados y estables, por la equidad en el acceso, por la homogeneización de los módulos de estancia coste/día y por el desarrollo de protocolos de coordinación social y sanitaria personalizados y de programas de cultura y ocio comunitario.

10.3. «Humanizar» el entorno residencial. Los cuidados prestados deben basarse en la ética aplicada, deben ser empáticos, compasivos y con una relación basada en el respeto a la dignidad de cada persona, la escucha activa, el bienestar de las personas y la defensa de sus derechos.

10.4. Mejorar los controles de vigilancia e inspección periódicos para garantizar la calidad y el buen servicio en la atención a las personas mayores en los centros residenciales. Implementar sistemas de autoevaluación que contribuyan a una cultura de mejora de la calidad en los equipos de apoyo. Promover la transparencia de los resultados de las evaluaciones, de forma que la ciudadanía y, particularmente, las personas mayores y sus familiares conozcan la calidad de los servicios que se les prestan.

10.5. Impulsar la profesionalización de los cuidados y la formación continua del personal de los centros de atención residencial, así como mejorar sus condiciones laborales. Es necesario, además, fomentar la investigación e innovación en los cuidados y la cualificación profesional en dicho ámbito.

Recomendación 11. Mejorar los recursos de vivienda disponibles para las personas mayores

11.1. Ofrecer distintas alternativas de alojamiento a las personas mayores: modelos de vivienda comunitaria, apartamentos con servicios, intergeneracionales, viviendas compartidas, viviendas colaborativas…, de manera que exista variedad de recursos comunitarios para que las personas puedan escoger, de acuerdo con su voluntad y preferencias.

Recomendación 12. Adaptar las políticas de promoción de la autonomía personal y envejecimiento activo y saludable, mediante servicios de apoyo en el entorno comunitario

12.1. Promocionar la autonomía personal entre las personas mayores:
- Promover la autonomía en la toma de decisiones, desarrollando modelos de apoyo a la toma de decisiones que sean respetuosos con su voluntad y preferencias y respetando el ejercicio de su capacidad jurídica, según su escala de valores y asunción de riesgos.
- Velar por el derecho de la capacidad jurídica reforzada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Promover la autonomía funcional para llevar a cabo con apoyos, si son precisos, el proyecto de vida que se quiera desarrollar, manteniendo capacidades, participando activamente en la vida cotidiana y conservando vínculos con el entorno.

12.2. Promover el envejecimiento activo basándose en aspectos físicos y cognitivos, pero también en la promoción de las relaciones sociales, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de la vida, para conformar una nueva etapa de desarrollo personal y siempre contando en su diseño con las personas mayores.
Recomendación 13. Mejorar la coordinación entre los sistemas social y sanitario.

13.1. Establecer una coordinación social y sanitaria estructural como una parte esencial en el diseño e implementación de la intervención social, para garantizar la continuidad efectiva de cuidados y de la atención sanitaria de las personas mayores.

13.2. Estudiar la creación de la figura del profesional de gestión de apoyos y cuidados para promover una mejor coordinación de los apoyos que las personas reciben, así como la personalización de los mismos.

13.3. Mejorar los sistemas de información social y sanitaria, su interoperabilidad y la gestión de la información de las personas atendidas.

Recomendación 14. Fomentar servicios sociales de apoyo domiciliario y comunitario

14.1. Revisar el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales y el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, para introducir nuevos programas de apoyo domiciliario y comunitario, con base en un modelo de atención integral y centrado en la persona.

14.2. Desarrollar el tejido comunitario, como palanca de apoyo al proceso de envejecimiento activo y de prevención y atención de la soledad no deseada.

Recomendación 15. Poner en marcha políticas específicas para las personas mayores con discapacidad

15.1. Llevar a cabo medidas contra la discriminación y la segregación de las personas mayores con discapacidad.

15.2. Garantizar la accesibilidad universal, especialmente la accesibilidad cognitiva.

15.3. Garantizar a las personas mayores con discapacidad el derecho a elegir dónde vivir, sin que se vean forzadas a formas de vida segregadas y separadas, distintas de las generales.

15.4. Revisar, en el marco del Pacto de Toledo, la jubilación anticipada para las personas con discapacidades que determinan una esperanza de vida menor.

15.5. Modificar la Ley de Propiedad Horizontal para lograr la accesibilidad a la vivienda de edificios particulares.

Recomendación 16. Promover medidas de atención a personas mayores desde los sistemas públicos de salud

16.1. Garantizar la asistencia sanitaria de las personas mayores, independientemente de si viven en su propio domicilio o en un centro residencial.

16.2. Reforzar la atención primaria de salud y la coordinación con el hospital de

referencia y con las unidades de recuperación funcional, de manera que, cuando sea posible, se encuentren alternativas a la hospitalización de las personas mayores.

16.3. Garantizar la atención integral a la cronicidad y a la personas con enfermedades pluripatológicas. Fomentar los servicios de geriatría en todos los hospitales y establecer protocolos de coordinación entre la atención geriátrica y la atención primaria, para mejorar la capacidad funcional de las personas en el aspecto físico, cognitivo y social.

16.4. Reforzar los programas de educación sanitaria y de promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, así como medidas de sensibilización e información sobre la alimentación y los hábitos de vida saludables.

16.5. Impulsar la salud comunitaria y la participación de la persona en su propia salud.

16.6. Impulsar la investigación multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar sobre el proceso de envejecimiento, que permita generar espacios de investigación colaborativa y con carácter transversal.

16.7. Prevenir las demencias con un control adecuado de los factores de riesgo y la adopción de hábitos de vida saludables.

16.8. Promocionar la vacunación en todas las etapas de la vida, en el marco del calendario común de vacunación.

16.9. Atender al aspecto psicológico, afectivo y sexual de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud.

16.10. Mejorar la atención sanitaria prestada a las personas mayores del colectivo LGTBI, especialmente en el ámbito afectivo y sexual en el Sistema Nacional de Salud.

16.11. Reforzar la detección y prevención de la conducta suicida en las personas mayores, así como mejorar la atención psicológica y psiquiátrica de estas en situación de aislamiento, soledad, duelo, deterioro cognitivo y demencia en el Sistema Nacional de Salud.

16.12. Fomentar unidades de convalecencia sociosanitaria y reforzar la atención en cuidados paliativos centrados en la persona.

16.13. Fomentar el uso racional de los medicamentos y la seguridad del paciente.

16.14. Revisar y actualizar la prestación ortoprotésica.

16.15. Recomendar la implantación de servicios de rehabilitación en los centros de atención primaria y comunitaria del Sistema Nacional de Salud.

16.16. Potenciar los programas de investigación para mejorar la salud en el proceso de envejecimiento.

16.17. Desarrollar el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023).

Recomendación 17. Implementar medidas destinadas a conseguir una sociedad más inclusiva, accesible y empática con las personas mayores

17.1. Promover entornos y ciudades amigables e inclusivas, donde las personas mayores puedan sentirse seguras. Rediseñar las ciudades a la medida de las personas que las habitan.

17.2. Incorporar las potencialidades de las nuevas tecnologías y la digitalización para mejorar los entornos urbanos y rurales, residenciales y personales, para lograr una convivencia segura e inclusiva para las personas de todas las edades y capacidades, así como mejorar espacios que fomenten las relaciones intergeneracionales.

17.3. Proteger la libertad de elección de las personas mayores en materia de vivienda, decidiendo dónde y cómo quieren vivir, promoviendo al efecto un programa de rehabilitación y accesibilidad de viviendas, de alquileres y de mejora de las infraestructuras de las residencias de mayores, para adaptarlas como si fueran hogares.

17.4. Avanzar en la accesibilidad universal en todos los ámbitos de convivencia. Introducir este concepto en la formación de todas las profesiones que intervienen en el diseño y construcción de las ciudades y las viviendas.

17.5. Potenciar más la prevención y las comunidades inclusivas con actuaciones intersectoriales, tales como ciudades saludables, estrategias para mantenerse activo a lo largo de la vida, promoción de la actividad física y de hábitos saludables.

Recomendación 18. Promover políticas educativas, de ocio y culturales entre las personas mayores

18.1. Invertir en políticas educativas, de ocio y culturales destinadas a las personas mayores.

18.2. Ampliar la oferta de programas culturales y de ocio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

18.3. Promover iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores en la vida social, el aprendizaje permanente e intergeneracional.

18.4. Promover lugares y actividades de encuentro y de convivencia.

18.5. Fomentar el voluntariado para y por las personas mayores, donde pueden aplicar todos sus conocimientos y experiencias.

Recomendación 19. Promover medidas para afrontar la brecha digital existente entre las personas mayores

19.1. Mejorar la accesibilidad a los entornos virtuales y la alfabetización digital de las personas mayores.

19.2. Asegurar como opción los canales presenciales y/o telefónicos en las Administraciones Públicas y en servicios de consumo privado esenciales, como los servicios bancarios o los de acceso a la telefonía, hasta que se generalice la accesibilidad digital de las personas mayores.

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

Movimiento por la Paz -MPDL-
Abril, mayo y junio 2022

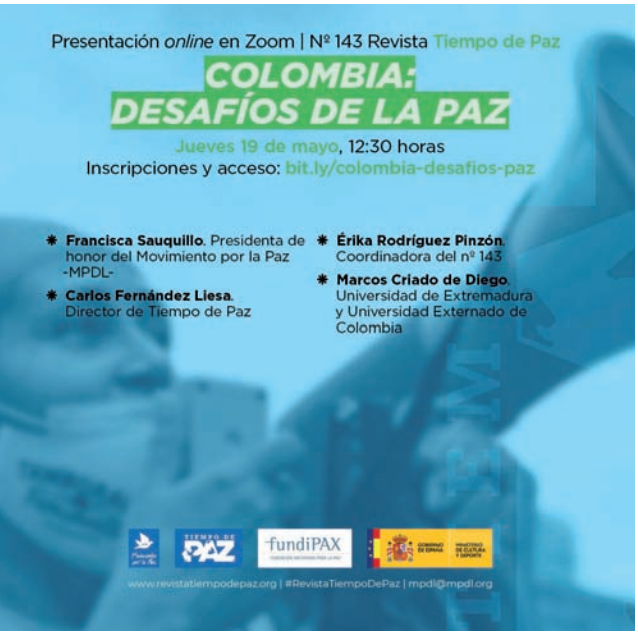
NACIONAL

PRESENTACIÓN ONLINE 'COLOMBIA: DESAFÍOS DE LA PAZ'

El jueves 19 de mayo a las 12:30 horas presentamos online 'Colombia: desafíos de la paz', número 143 de la revista Tiempo de Paz.

Participaron en el acto:

- Francisca Sauquillo, Presidenta de Honor del Movimiento por la Paz -MPDL-
- Carlos Fernández Liesa, Director de Tiempo de Paz
- Érika Rodríguez Pinzón, Coordinadora del nº 143
- Marcos Criado de Diego Universidad de Extremadura y Universidad Externado de Colombia
- Freddy Ordóñez Gómez Investigador Fundación Forjando Futuros y directivo del Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos (ILSA)



Se comentó el momento histórico que está viviendo Colombia ante las próximas elecciones y algunos de los problemas que persisten en la sociedad colombiana, aun después de los Acuerdos de Paz.

LA ESCUELA DE PAZ CUMPLE 10 AÑOS

El trabajo continuado de un buen número de personas en centros educativos y entidades locales de Entrevías y El Pozo del Tío Raimundo, en Vallecas, dio como resultado la puesta en marcha de La Escuela de Paz en 2012. En abril de este año ha cumplido una década.

La Escuela de Paz es un proyecto socioeducativo del Movimiento por la Paz -MPDL-, un espacio de formación, intercambio, sensibilización, convivencia y motivación que integra de forma transversal la educación en valores y para la paz en toda su programación e incide directamente en el trabajo que las niñas, niños y jóvenes realizan en los centros escolares. Para ello, nos apoyamos en las posibilidades que nos ofrece el teatro, el deporte, el apoyo educativo y la naturaleza en todas sus dimensiones.

La característica que mejor define a la Escuela de Paz es la sostenibilidad. Desde que abrió sus puertas, educadores, familias, personas voluntarias y entidades financiadoras hemos trabajado día a día con la mirada puesta en lo más cercano, en nuestra realidad cotidiana para, de manera decidida y consciente, transformar nuestro barrio a partir de las expectativas y necesidades de las personas que lo habitan, principalmente las más jóvenes y trasladar a la calle todas las experiencias e iniciativas que se han generado dentro de nuestro local.

Desde hace 10 años, nuestra manera de afrontar la vida es más feminista, intercultural y respetuosa con el medio ambiente gracias a la implicación de todas las personas que hacemos realidad la Escuela de Paz, resultado de años de trabajo comunitario. Tú también eres Escuela de Paz.

ENCUENTRO 'ENTRE MUJERES: SIN NOSOTRAS NO HABRÁ PAZ'

El martes 31 de mayo, el Movimiento por la Paz organizó el encuentro 'Entre mujeres: sin nosotras no habrá paz', presencial en el Auditorio de Casa Árabe en Madrid y online en directo en YouTube.

El encuentro contó con referentes como Ana de Miguel, profesora y filósofa, Nuria Coronado, periodista y escritora, Irene Zugasti Hervás, politóloga y periodista con intervenciones presenciales en Casa Árabe, y con Manuela Arvilla y Rubiela Valderrama, de Red de Empoderamiento de Mujeres de Cartagena y Bolívar en Colombia, con intervención online.

El acto, un espacio de diálogo sobre las violencias machistas, los derechos de las mujeres y las mujeres como agentes activos en la construcción de paz, se enmarca en el proyecto 'Centro de Acogida de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género y/o en situación de vulnerabilidad social' que llevamos a cabo con el apoyo de Fundación Montemadrid y CaixaBank, y de '40 años construyendo paz y desarrollo humano sostenible –ODS' con el apoyo del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.

El vídeo del encuentro puede encontrarse en el canal de Youtube del Movimiento por la Paz.

TU PULSERA TODO INCLUIDO SI VIAJAS CON DROGAS

Un verano más, el Movimiento por la Paz ha lanzado, junto con el Plan Nacional sobre Drogas, la campaña para la prevención del consumo y tráfico de drogas en el extranjero, financiada por el Ministerio de Sanidad.

El Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación enumeraba a 776 las personas españolas detenidas en el exterior a fecha de 28 de febrero de 2022. De ellas, un total de 426 personas (55%) lo estaban por delitos contra la salud pública (tráfico o consumo de estupefacientes), siendo 365 hombres y 61 mujeres. Un alto porcentaje de personas detenidas en el exterior por este tipo de actos que explica la necesidad de reforzar el trabajo en prevención y sensibilización, mediante acciones que redunden en la previsión de las consecuencias (de tipo legal, social y laboral) que esa acción puede tener.

Al encontrarnos, además, en un contexto de mayor capacidad de viaje y de crisis socio-económica, esta campaña de prevención resulta una herramienta indispensable para dirigirnos a quien se plantea el tráfico de drogas como vía rápida de obtención de ingresos, con una baja percepción del riesgo que ello comporta, y a quien desconoce que el autoconsumo puede estar fuertemente penado en otros países.

Desde 2010, el Movimiento por la Paz gestiona el Programa de Atención a Personas Españolas Detenidas en el Extranjero (PADE), con el objetivo de prestar apoyo y asesoría en torno a la situación social y legal en la que se encuentran tanto las personas españolas detenidas en el exterior como sus familiares. En el marco de este programa, ha lanzado, un año más, la campaña para la prevención del consumo y tráfico de drogas en el extranjero, financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Contra las Drogas perteneciente al Ministerio de Sanidad.

INTERNACIONAL

JÓVENES DE AMÉRICA LATINA VISITAN INICIATIVAS AGROPECUARIAS EN CANTABRIA Y LA RIOJA

El Movimiento por la Paz acordó el programa de intercambio de experiencias con las entidades que en Colombia y en Nicaragua, implementan proyectos agropecuarios y agroecológicos desde hace poco más de 4 años, contando con asistencia técnica y financiera del Movimiento por la Paz, del Gobierno de Cantabria y del Gobierno de La Rioja. La gira incluyó visitas a iniciativas agro productivas de Cantabria y encuentros con entidades que proveen información y formación agropecuaria y agroecológica, con la finalidad de posibilitar aprendizajes que pudieran adecuarse a los contextos de trabajo en comarcas del sur de Bolívar, en Colombia y en la zona norte de Nicaragua.

Las jóvenes visitantes, referentes del trabajo político en planes de desarrollo comarcales y en el productivo en áreas agropecuarias, son: Maribel Perea Lobo, de Asociación de Jóvenes Emprendedores de Buena Vista (ASOJOEMBU) que implementa un proyecto avícola; Yaneth Herrera Pérez, de Asociación Agropecuaria Jóvenes por El Campo

(ASOJUVENCA) en proyecto avícola; Mariana Lozano Mejía, de Asociación de Jóvenes del Corregimiento La Palma (ASOJOPAL) en proyecto de ganadería bovina; y, Fabián Acosta, Técnico Pecuario de Fundación Hogar Juvenil, quien provee asistencia y formación técnica a integrantes de los proyectos que se implementan.

Llegaron a Madrid el viernes 1 de abril y les recibió Damary Margarita Ballestas, voluntaria del Movimiento por la Paz, quien les acompañó a lo largo de la gira.

CONSTRUCCIÓN DE PAZ EN EL CARIBE COLOMBIANO

El 19 de abril, el Movimiento por la Paz -MPDL- Colombia, junto a ILSA - Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, entregó a la Comisión de la Verdad el informe Montes de María: Los derechos sociales y colectivos en una justicia transicional incompleta y en la desprotección institucional para las víctimas, sobre cuatro experiencias de exigibilidad de los derechos de las víctimas en la comunidad de Los Ángeles (El Carmen de Bolívar), la vereda La Suprema, la vereda de Palo Altico y de la asociación de mujeres del barrio Montecarlo (Maria La Baja).

El documento contiene una serie de recomendaciones sobre el impacto del conflicto sobre los derechos económicos, sociales y culturales en sujetos de especial protección, como las mujeres y las víctimas. Está disponible en: https://bit.ly/informe-montesmaria

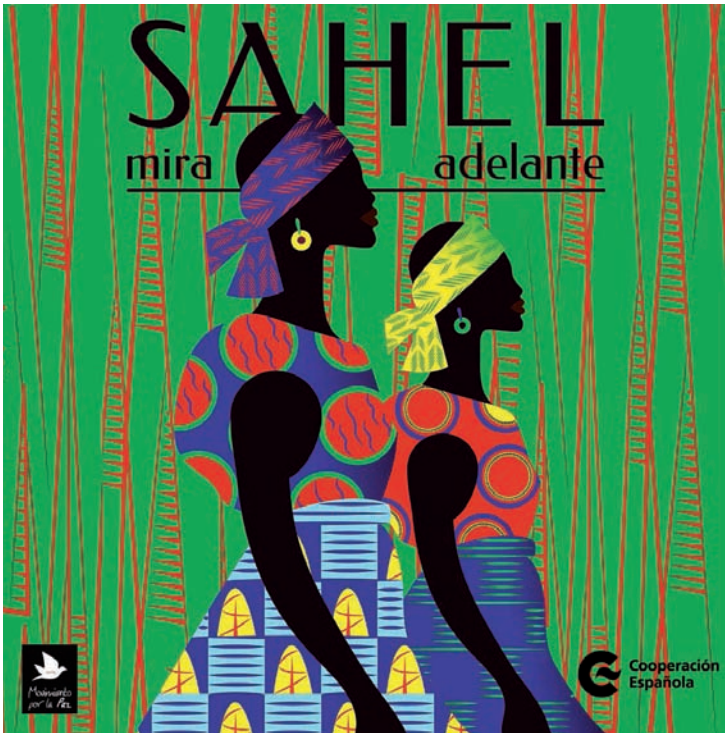
Forma parte del proyecto Construcción de Paz en el Caribe Colombiano. Fase II que llevamos a cabo con Fundación Hogar Juvenil y la Red de empoderamiento de mujeres de Cartagena y Bolívar, y la financiación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

RESILIENCIA EN EL SAHEL

Trabajamos para mejorar las condiciones de vida en Mali y Níger desde hace 15 años y el 25 de mayo, Día de África, quisimos visibilizar la región del Sahel que con su resiliencia mira hacia delante.

A través del espacio online Resiliencia en el Sahel mostramos la labor, el esfuerzo y las iniciativas de muchas personas, especialmente mujeres y jóvenes, frente a la grave situación de crisis económica, social y alimentaria que atraviesa la zona del Sahel.

"No sabía que las mujeres teníamos derechos, pero ahora he despertado y me he convertido en una mujer valiente", explica Rabi Mahamadou, consejera municipal en la comuna rural de Allela en Níger. Testimonios como el de Rabi, o los de Zaratou, Naoua



y Liba de la cooperativa de mujeres Dadin Kowa (Felicidad para todos) forman parte de este espacio online junto a artículos de análisis y acciones de sensibilización en días clave.

El objetivo es mostrar realidades existentes habitualmente invisibilizadas que ponen de manifiesto las capacidades de resistencia, creatividad, innovación y progreso de muchos sectores de la sociedad maliense y nigerina para romper estereotipos y mostrar su resiliencia.

Consulta el espacio Resiliencia en el Sahel en www.resilienciasahel.org

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GUATEMALA

Las compañeras del programa de voluntariado EU Aid Volunteers, Carmen y Teresa, desplegadas en la misión del Movimiento por la Paz en Guatemala impartieron dos talleres sobre prevención de violencia de género a 33 defensoras de Derechos Humanos y comadronas en el departamento de San Marcos, donde la organización ha entrado a formar parte de la red de derivación.

Viajaron, además, a Panajachel, Sololá, para facilitar junto con el equipo en terreno el encuentro entre nuestras socias locales AMES y REDMUSOVI y nuestras aliadas estratégicas AMLUDI y Casa de la Mujer. El evento, en el que participaron 18 mujeres, se realizó para compartir experiencias sobre atención y acompañamiento a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia.

Con estas intervenciones, el Movimiento por la Paz trabaja para disminuir el impacto de la violencia de género, mejorar la atención a las mujeres víctimas mediante la prevención y fortalecer las capacidades del personal que atiende a las mujeres tanto a nivel de sociedad civil como de las instituciones.

Estas actividades se realizaron en el marco de varios de los proyectos que la organización desarrolla en Guatemala, entre ellos, “Fortalecimiento de redes de apoyo para la prevención y protección contra la violencia de género en el contexto Covid-19”, financiado por la Xunta de Galicia y, “Promover los derechos socio-económicos de las mujeres para una vida libre de violencia”, financiado por la AECID.

REVISTA DE REVISTAS

TAMER AL NAJJAR TRUJILLO

Universitat Jaume I

LOS DERECHOS DE LOS MAYORES

• **Arellano Rojas, P., Calisto Breiding, C., Brignardello Burgos, S. y Peña Pallauta, P. (2022). "Alfabetización mediática e informativa de personas mayores en Chile: orientaciones basadas en sus necesidades e intereses cotidianos en contexto de COVID-19".** Palabra clave, vol. 11, no. 2, pp. 154-154. Edita: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-99122022000100154.

Resumen: "Este artículo analiza los principales intereses y necesidades informativas de las personas mayores en Chile durante la pandemia por COVID-19, en función de entregar orientaciones que mejoren los programas de alfabetización mediática e informativa. Se aplica una metodología cualitativa de tipo descriptiva, con enfoque fenomenográfico y se emplean entrevistas semiestructuradas en profundidad a cuatro personas de la tercera edad (entre 60 y 79 años) residentes en Chile. El análisis de los resultados refleja que la mayoría de las actividades ejecutadas por este grupo en medios digitales y sociales tienen como objetivo la comunicación, el entretenimiento, el aprendizaje y la búsqueda de información (según intereses personales diversos). La realización de trámites y transacciones comerciales basadas en necesidades personales y cotidianas también cobra relevancia durante el aislamiento. No obstante, el uso sostenido de plataformas como Google, Facebook, Youtube y Whatsapp facilita el acceso a gran cantidad de información engañosa o falsa, y complejiza el proceso de selección y validación de la misma. En este sentido, los programas de alfabetización mediática e informativa se configuran como iniciativas de inclusión sostenidas y necesarias para contrarrestar este fenómeno, asegurar el uso crítico de la información, y desarrollar competencias que les permitan vivir con autonomía digital".

• **Felix Vega, C. F., Spijker, J. y Zueras, P. (2022). "Sistema de pensiones y apoyo social a adultos mayores en México, 1979-2019"**. Papeles de Población, vol. 27, no. 110, pp. 79-107. Edita: Universidad Autónoma de México. Disponible en: https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/14567

Resumen: "El presente artículo tiene como objetivo caracterizar el sistema de apoyo para la vejez construido desde la política pública en México. Para este efecto se presentará la evolución de tres elementos que componen la atención de las problemáticas de los adultos mayores en México: la institucionalidad, los mecanismos de acción y el sistema de pensiones. La institucionalidad surge con la creación y funcionamiento de los institutos

nacionales para los adultos mayores que han tenido un impacto diferenciado en el tiempo. Los mecanismos se materializan con las diferentes políticas y programas generados para atenuar la vulnerabilidad de la población envejecida traduciéndose en acciones como transferencias monetarias, cuidados de la salud y apoyos laborales, etc. El actual sistema de pensiones se encuentra dividido en el esquema contributivo y el no contributivo. El modelo contributivo tradicionalmente se ha dirigido a los trabajadores formales quienes son 40 por ciento de la fuerza laboral, lo que ha dejado en desprotección a la gran mayoría de adultos mayores. Para atender a quienes no contaban con una pensión contributiva el estado mexicano ha intentado organizar un modelo no contributivo para palear las diferencias entre los trabajadores formales y los informales."

• **Garay Villegas, S. y Arroyo Rueda, M. C. (2022). "El cuidado de personas mayores en la agenda política de América Latina y el Caribe"**. Astrolabio, no. 28, pp. 33-49. Edita: Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/29316

Resumen: "La mirada del envejecimiento, desde una visión de derechos, tiene como antecedente la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, de la cual se derivó el Plan Internacional de Acción en Envejecimiento de Madrid, que ha sido un documento clave de seguimiento en las reuniones regionales intergubernamentales y no gubernamentales sobre envejecimiento en la región latinoamericana. Adicionalmente, existen dos instrumentos claves a considerar en las políticas de envejecimiento de la región: el Consenso de Montevideo y la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores. En todos estos documentos, se abordan las siguientes áreas prioritarias: la situación económica de las personas mayores; salud y bienestar; y entornos sociales y físicos favorables. En este artículo, se analiza cómo ha sido el tratamiento, en las distintas reuniones regionales, del tema de cuidados, el cual se inserta en el área sobre salud y bienestar, además de discutir cómo se han traducido los distintos señalamientos sobre cuidados en la normativa de México".

• **Osorio Parraguez, P., Navarrete Luco, I. I., Briceño, R., y Saavedra Parraguez, G. (2022). "Mujeres mayores activistas: trayectorias y experiencias en movimientos y organizaciones sociales en Chile"**. Revista de Estudios de Género. La ventana, vol. 6, no. 55, pp. 120-155. Edita: Universidad de Guadalajara. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88469012002

Resumen: "Este artículo presenta los resultados de una investigación que explora las trayectorias y experiencias políticas de mujeres mayores chilenas en sus espacios de participación política y activismo. A través de un diseño metodológico cualitativo e inductivo, se realizaron entrevistas en profundidad, de carácter biográfico, a mujeres activistas mayores de 60 años que habitan y reflexionan en diversos campos posicionales de la vida social y política en Santiago de Chile. Desde la gerontología feminista y estudios interseccionales, se analiza e interpreta la información empírica producida. Los resultados permiten concluir que la participación política y el activismo femenino en la vejez se articula sobre la base de tres ejes: el lugar de la trayectoria biográfica y sociohistórica de participación política y activismo a lo largo de la vida; experiencias y situaciones de violencias y discriminación por razón de género y edad; y el despliegue

de ciertas estrategias de resistencia de agencia colectiva. Se reflexiona sobre el accionar colectivo de mujeres mayores y cómo la deuda histórica de politización de la vejez femenina puede hoy encontrar cabida en los múltiples contextos en que se gestan los actuales movimientos sociales y feministas."

• **Solanes Corella, Á. y García Medina, J. (2021). "Las políticas públicas para las personas mayores desde un enfoque basado en derechos humanos".** Trayectorias Humanas Trascontinentales, no. 10. Edita: Red Internacional América Latina, África, Europa y el Caribe. Disponible en: https://www.unilim.fr/trahs/index.php?id=3712&lang=es

Resumen: "El presente trabajo parte de la premisa de que el envejecimiento de la población es un fenómeno que hay que abordar desde las políticas públicas puesto que interroga a la sociedad en su conjunto y exige la responsabilidad de los Estados como garantes de los derechos de las personas mayores. Tales políticas deberán guiarse por los estándares y principios marcados por Naciones Unidas, el Consejo de Europa y la Unión Europea, que reclaman adoptar un enfoque basado en derechos Humanos y una atención integral centrada en la persona, como canales para articular un tratamiento adecuado de los derechos de las personas mayores, sin olvidar el compromiso ético de todos los agentes implicados en dar respuesta a las situaciones de vulnerabilidad".

• **Tarditi, L., Yuni, J. y Urbano, C. (2022). "Brechas de edad y género en el aprendizaje de tecnologías digitales de personas mayores"**. Contextos de Educación, vol. 32, pp. 12-24. Edita: Universidad Nacional de Río Cuarto. Disponible en: http://www2.hum.unrc.edu.ar/ojs/index.php/contextos/article/view/1508

Resumen: "La apropiación de las tecnologías digitales se entiende como un proceso complejo y diverso que se presenta como una oportunidad para el ejercicio de los derechos y el empoderamiento de las Personas Mayores (PM). El objetivo de este estudio es determinar las diferencias intrageneracionales y de género en el acceso, uso y sentidos asignados a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Método: cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal. Se conformó una muestra intencional, no probabilística de 157 PM que participan de organizaciones educativas de/para adultos/as mayores de Río Cuarto (Argentina), cuyas edades oscilan entre 50 y 85 años de edad. Se cubrieron cuotas de representatividad de género y grupos de edad. El instrumento sobre usos y sentidos de las TIC se realizó ad-hoc, utilizando cuestionarios autoadministrados. El análisis de los datos se efectuó con el software SPSS. Los hallazgos de este estudio evidencian la existencia de la brecha digital en sus tres niveles: acceso, inclusión y usos avanzados. Dicha brecha aumenta conforme se intensifica el uso de Internet y se destaca que a mayor edad, menor uso de las TIC. A la brecha generacional, se suma la brecha digital de género. La mujer ha tenido y sigue teniendo más dificultades para acceder al mundo digital. No obstante, es quien reconoce mayor diversidad de beneficios y realiza una diversidad de usos de las TICEl presente artículo se centra en Un día más con vida (Another Day of Life, Raúl de la Fuente, Damian Nenow, 2018) y Chris the Swiss (Anja Kofmel, 2018), dos relevantes documentales animados que profundizan en sendos conflictos bélicos que definieron el devenir histórico de la segunda mitad del s. XX. Y lo hacen denunciando el horror de la guerra a través de las experiencias vitales y profesionales de sus protagonistas, testigos privilegiados de dichos acontecimientos. Por un lado, Un día más con vida recrea las peripecias del reconocido reportero polaco,

Richard Kapuscinski, durante el proceso de descolonización de Angola como provincia portuguesa en 1975. Por otro lado, Chris the Swiss se acerca a la guerra de los Balcanes durante los años 90, a través de la investigación personal desarrollada por la cineasta Anja Kofmel por comprender el cruel asesinato de su primo Christian Würtenberg, por aquel entonces un joven reportero de guerra".

• **Toda Castán, D. (2022). "El nuevo Defensor de las personas mayores del Ayuntamiento de Salamanca: análisis de su régimen jurídico y propuestas de mejora".** Consultor de los ayuntamientos y de los juzgados: Revista técnica especializada en administración local y justicia municipal, no. 5, pp. 137-148. Edita: Wolters Kluwer. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8417603

Resumen: "En 2021, el Ayuntamiento de Salamanca creó la figura del Defensor de las Personas mayores, y se alineó con ello con tendencias internacionales cada vez más fuertes en el ámbito de los derechos humanos para proteger mejor los derechos de las personas mayores. El análisis jurídico de su Reglamento revela, sin embargo, varios aspectos que merecen ser repensados para que esta nueva Defensoría pueda ser más independiente y efectiva. Los estándares a los que ajustarse se encuentran en los llamados «Principios de Venecia» del Consejo de Europa".

• **Torres Cazorla, M. I. (2022). "Universidad para mayores: reinventarse e innovar en tiempos pandémicos".** Revista Jurídica de Investigación e Innovación Educativa, no. 26, pp. 73-91. Edita: Universidad de Málaga. Disponible en: https://revistas.uma.es/index.php/rejienuevaepoca/article/view/14131

Resumen: "La presente contribución aborda la experiencia práctica obtenida en tiempos de pandemia, respecto a la continuidad de una actividad relacionada con el ejercicio y disfrute del Derecho a la Educación a lo largo de toda la vida, en lo que se conoce como el Aula de Mayores de la Universidad. Recibe diversas denominaciones en las distintas instituciones universitarias de nuestro entorno, estando enmarcada en la labor social que la Universidad ha de cumplir; esta actividad tiene como objetivo primordial que personas de una determinada edad (normalmente de los 50-55 años en adelante) puedan recibir conocimientos sobre materias de su interés mediante cursos formativos, cuya duración es también variable. El aspecto fundamental de esta actividad radica en ofrecer a este colectivo una oportunidad para seguir aprendiendo (en ocasiones, acercarse a las aulas universitarias por vez primera) sobre temas diversos de su elección. La posibilidad de socializar es otro factor clave de la Universidad para Mayores. La pandemia de la COVID-19 ha ocasionado que estos cursos, su modelo, su forma de impartición e inclusive sus participantes (tanto el profesorado como los propios alumnos) hayan debido adaptarse a esta nueva realidad. Este trabajo analiza la experiencia vivida por la autora en el Aula de Mayores+55 de la Universidad de Málaga durante el curso académico 2020/21, así como ofrece algunos datos de otros entornos universitarios de nuestro país, y de las alternativas que se han planteado para no interrumpir esta actividad. De ahí el título de esta contribución, que alude a la necesidad de renovarse e innovar en tiempos pandémicos."

TIEMPO DE PAZ

Revista Trimestral • Martos, 15 • Tel.: 00 34 91 429 76 44
Fax: 00 34 91 429 73 73 • E-mail: mpdl@mpdl.org
28053 MADRID

SUSCRIPCIÓN DIGITAL: (4 envíos por e-mail): 14,95 €
SUSCRIPCION ANUAL (4 números) - España 40 € • Resto Europa 65 € • Resto mundo 90 $US
Números sueltos: España 11 € • Resto Europa 21 € • Resto mundo 29 $US
Socio Movimiento por la Paz –MPDL– + Suscriptor Revista Tiempo de Paz: 100 §
Cuota joven Socio-Suscriptor para menores de 30 años: 70€ (oferta válida solo para España

Nombre y Apellidos: _____ NIF/CIF _____
Empresa/Institución _____
Dirección _____ Localidad _____
Provincia _____ C.P. _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____ Factura: Si ☐ No ☐

Nº cuenta bancaria (24 dígitos) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Muy Señores Míos: Les ruego que a partir del día de la fecha y con cargo a mi cuenta abonen el recibo de suscripción a la revista "TIEMPO DE PAZ", que a mi nombre presentará el MOVIMIENTO POR LA PAZ, EL DESARME Y LA LIBERTAD,
por un valor de ..... €. Atentamente

_____ a _____ de _____ 20 _____ Firma:

MOVIMIENTO POR LA PAZ, EL DESARME Y LA LIBERTAD (MPDL), como responsable del tratamiento, le informa que sus datos personales serán tratados para atender las solicitudes de alta de socios/as, suscriptores y voluntarios/as, con base legal en el consentimiento. Los datos facilitados serán tratados para las finalidades que haya consentido en calidad de suscriptor, socio/a, donante, participante en nuestras actividades, recepción del boletín informativo y/o autorización de uso de imagen. No serán cedidos a terceros salvo obligación legal, con su consentimiento o en la medida necesaria a proveedores. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento, acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, dirigiéndose a mpdl@mpdl.org, escribiéndonos a la dirección arriba indicada o como se explica en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra web www.mpdl.org/politica-privacidadproteccion-datos o dirigiéndose directamente a nuestra organización. Disponemos de Delegado de Protección de Datos al que puede dirigirse mediante el correo electrónico dpo@mpdl.org para cualquier duda o consulta sobre privacidad.

Nombre y Apellidos: _____ NIF/CIF _____
Empresa/Institución _____
Dirección _____ Localidad _____
Provincia _____ C.P. _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____ Factura: Si ☐ No ☐

Nº cuenta bancaria (24 dígitos) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Muy Señores Míos: Les ruego que a partir del día de la fecha y con cargo a mi cuenta abonen el recibo de suscripción a la revista "TIEMPO DE PAZ", que a mi nombre presentará el MOVIMIENTO POR LA PAZ, EL DESARME Y LA LIBERTAD,
por un valor de ..... €. Atentamente

_____ a _____ de _____ 20 _____ Firma:

MOVIMIENTO POR LA PAZ, EL DESARME Y LA LIBERTAD (MPDL), como responsable del tratamiento, le informa que sus datos personales serán tratados para atender las solicitudes de alta de socios/as, suscriptores y voluntarios/as, con base legal en el consentimiento. Los datos facilitados serán tratados para las finalidades que haya consentido en calidad de suscriptor, socio/a, donante, participante en nuestras actividades, recepción del boletín informativo y/o autorización de uso de imagen. No serán cedidos a terceros salvo obligación legal, con su consentimiento o en la medida necesaria a proveedores. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento, acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, dirigiéndose a mpdl@mpdl.org, escribiéndonos a la dirección arriba indicada o como se explica en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra web www.mpdl.org/politica-privacidadproteccion-datos o dirigiéndose directamente a nuestra organización. Disponemos de Delegado de Protección de Datos al que puede dirigirse mediante el correo electrónico dpo@mpdl.org para cualquier duda o consulta sobre privacidad.

SEDE CENTRAL
MOVIMIENTO POR LA PAZ - MPDL-

C/ Martos 15 · 28053 – Madrid - ESPAÑA
Tlfn: 91 429 76 44 · Fax: 91 429 73 73
mpdl@mpdl.org

mpdl@mpdl.org

ANDALUCÍA

Almería
c/ José Artés Arcos, 34,
Entresuelo, oficina A.
04004 Almería, España
Tel: 950 26 33 52
almeria@mpdl.org

Cádiz
c/ Granja San Javier, 5 - Local.
11500 Puerto de Santa
María, Cádiz, España
Tel: 956 774 993
cadiz@mpdl.org

Granada
c/ Placeta de Marte, 2,
Local Bajo - La Chana
18015 Granada, España
Tel: 958 276 951
Fax: 958 276 951
granada@mpdl.org

Sevilla
c/ Imagen, 6, 4ºD
41003 Sevilla, España
Tel: 954 222 134
Fax: 954 222 134
sevilla@mpdl.org

BALEARES

Palma de Mallorca
Apartado de correos 729.
07011 Palma de Mallorca,
España
mpdl@mpdl.org

GALICIA

Santiago de Compostela
Rúa Lisboa, 2, Local
15707 Santiago de Com-
postela - Galicia
Teléfono: 981 801 622
s.fernandez@mpdl.org

OTRAS SEDES

CANTABRIA

Cantabria
c/ Tres de Noviembre 24,
bajo derecha. 39010 San-
tander, Cantabria, España
Tel: 942 37 63 05
cantabria@mpdl.org

CASTILLA – LA MANCHA

Toledo
Travesía de Barrio Rey, 2,
1°
45001 Toledo, España
Tel: 925 25 72 35
Fax: 925 25 70 80
castillalamancha@mpdl.org

Ciudad Real
Calle Pozo Dulce, 16
13001 Ciudad Real,
España
Tel/Fax: 926 25 70 24
ciudadreal@mpdl.org

CASTILLA Y LEÓN

Valladolid
c/ Dos de Mayo, 11 - 8° D
47004 Valladolid, España
mpdl@mpdl.org

CATALUÑA

Barcelona
Carrer de Pere Vergés, 1
Edifici Piramidó - Local 9.10.
08020 Barcelona, España
Teléfono: 93 305 71 73
catalunya@mpdl.org

COMUNIDAD VALENCIANA

Valencia
c/ Lérida, 28, bajo
46009 Valencia, España
Tel: 963 82 15 31
Fax: 96 384 26 24
comunidadvalenciana@
mpdl.org

LA RIOJA

Logroño
c/ Bretón de los Herreros,
16, entreplanta. 26001
Logroño, La Rioja, España
Teléfono: 941 28 89 29
Fax: 941 28 89 29
larioja@mpdl.org

MELILLA

Melilla
Avda. Duqueda de la
Victoria, 3, 1ª dcha. 52004
Melilla, España
Tel: 952 68 01 68
Fax: 952 68 01 68
melilla@mpdl.org

PAÍS VASCO

Vizcaya
c/ Fray Gabriel de Lazurtegui
4, Lonja. 48920 Portugalete,
Vizcaya, España
Tel: 946 579 611
euskadi@mpdl.org

MPDL

Movimiento por la Paz

WWW.MPDL.ORG