

VII

**CONGRESO
NACIONAL DE
ORGANIZACIONES
DE MAYORES**

Madrid,
23, 24 y 25 octubre

CEOMA

Confederación Española de Organizaciones de Mayores

Nuestros votos no se jubilan

**Discriminación
por edad**



**FUNDACIÓN
MAPFRE**

La presente monografía recoge las ponencias y actividades desarrolladas con ocasión del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que se celebró en Madrid, los días 23, 24 y 25 de octubre de 2005.

Fundación MAPFRE
Ctra. Pozuelo, 52
28220 MAJADAHONDA (Madrid)
Tels.: 91 626 57 04 - 91 626 58 52
Fax: 91 626 58 25
Correo electrónico:
fundacion.salud@mapfre.com

CEOMA
Confederación Española
de Organizaciones de Mayores
Pío Baroja, 10. Edificio Cantabria
28009 Madrid
Tel.: 91 573 52 62
Fax: 91 573 79 28
Correo electrónico:
ceoma@ceoma.org

© CEOMA, 2006
© FUNDACIÓN MAPFRE, 2006

Editorial MAPFRE, S. A.
P.º Recoletos, 25
28004 MADRID

Depósito Legal: M. 15.918-2006

Compuesto e impreso: Fernandez Ciudad, S. L.
Coto de Doñana, 10. 28230 Pinto (Madrid)

Printed in Spain
Impreso en España

Índice

	<i>Pág.</i>
PRÓLOGO	
Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y del Comité Ejecutivo del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores	17
LA CASA REAL Y EL VII CONGRESO	19
Presidencia de Honor de SS.MM. los Reyes	21
Inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Ma- yores. En la imagen, Doña Cristina hace entrega del Premio «Mayores en Acción 2005»	23
COMITÉ DE HONOR	25
ENTIDADES CONVOCANTES	29
COMITÉ ORGANIZADOR	33
COMITÉ CIENTÍFICO	35
ENTIDADES ASESORAS	43
COMITÉ DE ESTILO	45
PONENCIAS	47
Bases para una Carta Española de derechos y deberes de las personas mayores	
Ponente: María Rosa Lunas, Presidenta de Federació d'Organitza- cions Catalanes de Gent Gran – FOCAGG Presidente: Esteban Pérez Almeida, Director del programa «Los Decanos».	49
La discriminación política del Mayor	
Ponente: Mario Cugat i Leseurs, Presidente de Federació d'Associa- cions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) Presidente: Rafael Navas, Presidente del Grupo Júbilo Comunicación ...	64

Discriminación sanitaria del Mayor

Ponente: Ángel Oso Cantero; Secretario de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM
 Presidente: Jesús Sánchez Martos, Catedrático de Educación para la Salud 74

COMUNICACIONES RELACIONADAS CON LA PONENCIA DISCRIMINACIÓN SANITARIA 91

«Discriminación por la edad (Etaismo) en la práctica médica»
 Dra. Dña. Maria Herrera Abián y Prof. D. José Manuel Ribera Casado.
 Servicio Geriátría Hospital Clínico 93

«Discriminación de las personas mayores en la investigación clínica»
 Dña. Begoña Gutiérrez y D. Alfonso J. Cruz Jentoft. Unidad de Geriátría Hospital Ramón y Cajal 98

«¿Es la edad la variable crítica?»
 D. Julio Villalobos Hidalgo, Consultor en Organizaciones de la Salud,
 Dña. Dolors Colom, Directora Revista Agathos 103

«Discriminación de los mayores en los órganos sanitarios de representación»
 D. José Antonio García-Argudo López, Presidente AJUBANESTO 107

¿Sufren los pacientes de Parkinson una discriminación sanitaria negativa en función de su edad?
 Dña. Carmen Obon Gil, Presidenta Asociación Parkinson de Aragón,
 D. Francisco Montesinos, Presidente de APANET 110

«Contra la discriminación de los mayores enfermos»
 D. José Antonio García González. Director de Investigación de Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León 113

«Comunicación por un modelo sanitario no discriminatorio de entidades colaboradoras de la seguridad social»
 La Asociación de Jubilados y Prejubilados, Pensionistas, Empleados y Exempleados de BANESTO (AJUBANESTO), la Asociación de Jubilados, Prejubilados y Pensionistas del BEX-BBVA, la Asociación Independiente de Trabajadores Prejubilados y Jubilados «JUBIQUÉ?», la Asociación de Clínicas Privadas, la Asociación Colegial de Médicos Madrileños de Entidades Colaboradoras, el Colegio Oficial de Médicos de Madrid 117

«Envejecimiento humano»

D. José M.^a Segovia de Arana. Catedrático de Patología Médica 122

«Situación del personal no sanitario en la seguridad social»

Ernesto Jaime Guinla, Presidente Asociación Aragonesa de Mutualistas y Pensionistas de la Mutualidad de la Previsión 127

«Encuesta de salud y hábitos sexuales del INE. Un caso de discriminación por razón de edad»

Dña. Penélope Castejón Villarejo, Dña. Lourdes Pérez Ortiz y D.^a Mayte Sancho Castiello, Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO 130

Las dificultades de los Mayores con las medicinas y soluciones

D.^a Teresa Bueno, Farmacéutica 137

COMUNICACIONES SOBRE NEGLIGENCIAS, ABUSOS Y MALTRATOS A MAYORES 141

Maltrato en los ancianos por el personal médico

D. Julio López-Ambit Megías, Médico Geriatra y Gerontólogo 143

El maltrato a los ancianos paso siguiente a la discriminación de los Mayores

D.^a M.^a Pilar Quiroga Méndez, Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca 146

Muertes por violencia de género, versus suicidio gerontológico y de género: España, periodo 1999-2002

D. José Manuel Mayán Santos, D. Mario Araña Suárez, Doctorado Gerontología, Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia 150

Suicidio gerontológico en España: análisis del periodo 1991-2000

D. Mario Araña Suárez, D. José Manuel Mayán Santos, Doctorado Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia 156

Violencia hacia los Mayores. La más grave discriminación por edad

Dña. Rosario Paniagua Fernández, Dña. Rosalía Mota López, Profesoras Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas 160

Discriminación laboral por edad

Ponente: José Colldefors Valcárcel, Miembro de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.

Presidente: Ángel Rodríguez Martín, editor de Entre Mayores 166

COMUNICACIONES RELACIONADAS CON LA PONENCIA DISCRIMINACIÓN LABORAL 185

«Apariencias y realidades de los llamados prejubilados»

D. Iñaki Vicente Alonso, Presidente de Federación Vasca de Asociaciones de Prejubilados y Pensionistas 187

«Comunicación en relación al informe de la Comisión Europea sobre «datos importantes para aumentar el empleo de los trabajadores de más edad, retrasando su salida del Mercado de Trabajo»

José Colldefors Valcárcel, Miembro de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil 194

«La prejubilación como forma de discriminación laboral por edad: Una propuesta para el análisis de los retos del retiro temprano y la mejora de la adaptación psicosocial del prejubilado»

D. Carlos María Alcover de la Hera y D. Antonio Crego Díaz, Profesores Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Rey Juan Carlos 198

«La discriminación de la población activa de edad»

Dña. Izarne Lizaso Elgarresta y D. Manuel Sánchez de Miguel, Profesores Facultad de Psicología. Universidad País Vasco 201

«Discriminación por edad – bases científicas»

D. Dionisio del Río, Profesor de Ciencias de la Información de la UNED; D. Félix Pérez y Pérez, Catedrático Emérito de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J.F Kennedy y la Universidad Agraria de La Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria 204

«Discriminación laboral por edad: la jubilación»

D.^a Ana María Cal Crespo, D.^a Begoña Seijas Rosende, D.^a M.^a Carmen Gutiérrez Moar, D.^a María Fernández Prieto, D. Antonio Rodríguez Martínez, D. José Manuel Mayán Santos, Doctorado Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia 207

La superación de la discriminación digital: proyecto alfabetización digital	
Ponente: Luis Álvarez Rodríguez, Presidente de la Asociación Grupo Mayores de Telefónica	
Presidenta: Isabel Díaz, Directora de «Nosotros los Mayores»	212
La preparación para la jubilación: proyecto madurez vital	
Ponente: José de las Heras Gayo, Coordinador del Proyecto	
Presidenta: Matilde Pelegrí, Directora de Senda Editorial	222
COMUNICACIONES RELACIONADAS CON LA PONENCIA «LA PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN: PROYECTO MADUREZ VITAL» .	235
La preparación de la jubilación en Catalunya	
D. Joan-Jordi Aragay, Presidente de TECI	237
El movimiento senior	
Autor: D. Josep Aracil i Xarri, Presidente Consell Senior de Premia de Mar .	243
Actividad física y deporte como medio integrador del mayor en la sociedad	
D. Rafael Espinós Espino, Profesor Universidad San Pablo-CEU; D. ^a Alicia Luna, Fisioterapeuta; D. ^a Angélica Molina Gómez, Fisioterapeuta .	246
Jóvenes y viejos	
Excmo. Sr. D. Sabino Fernández Campo, Consejero Privado de S.M. el Rey	250
Comunicación libre	
Confederación de Casas Regionales y Provinciales de España	253
Las personas mayores en la universidad de las islas baleares	
D. ^a Capilla Navarro Guzmán, D. ^a Raquel Jiménez Rodríguez, D. ^a Esperanza Bosch Fiol, D. ^a M. ^a Antonia Manassero Mas y D. ^a Victoria A. Ferrer Pérez. Universitat de les Illes Balears. Observatorio para la Igualdad	256
OTRAS COMUNICACIONES	261
Una discriminación económica del Mayor	
D. Agustín Miguélez Posada, Catedrático	263
Sobre el tope de pensión máxima	
D. Manuel Pérez Olea, ExPresidente de la Fundación Independiente.	268

Solidaridad

D. Aurelio Labajo Pelló, Presidente Asociación de Jubilados de los Colegios Profesionales 271

No al IVA en la atención sociosanitaria

Dña. María Rosa Lunas Masnou, Presidenta ACFUC y FOCAGG 273

La discriminación por edad y el I.P.C.

D. Ricardo de Olagüe y Negueruela, Abogado 275

Discriminación de pensiones, agravios comparativos

D. Manuel Moraleda Benítez, Presidente Asociación de Veterinarios Jubilados 281

¿A dónde irán a parar nuestras viudas y pensionistas?

Asociació Catalana en Defensa de les Vídues, Vidus, Orfes i Pensionistes 283

COMUNICACIONES SOBRE DISCRIMINACIÓN SOCIAL 285

Discriminación social de las Personas Mayores

Dña. Carmen Marco Marco, Presidenta FOMCARM 287

«La marginación de las Personas Mayores en los medios de comunicación»

D. Miguel Bordejé Antón, Presidente de CEATE y ASAUTE 291

Sugerencia respecto a la aplicación de la discriminación por edad del Mayor en actividades: mental, intelectual, docente, de investigación, bellas artes, tecnologías, etc.

D. Félix Pérez y Pérez, Catedrático Emérito de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J. F Kennedy y la Universidad Agraria de La Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria 294

«Discriminación por edad» anécdotas

D. Luis M.a Huete Morillo, Abogado 298

Lucha contra la discriminación por edad: una cuestión de Derechos Humanos

Dpto. Intervención Social, Cruz Roja Española 299

Personas sordas mayores

Confederación Estatal de Personas Sordas 303

La discriminación de los Mayores en la Prensa

Dña. María Eugenia Polo González, Vicedecana de 3.º Ciclo y Extensión Académica Universidad Pontificia de Salamanca 306

La intergeneracionalidad como factor determinante para la reducción de la discriminación por edad con el colectivo de Mayores

D. Juan Francisco López Paz, Secretario de Facultad FICE. Universidad de Deusto 309

Discriminación por edad

D.ª Etelvina Valdés, Directora Universidad de la Tercera Edad, Santa Cruz de Tenerife 316

Nota sobre «la discriminación por edad»

D. Luis Ángel de la Viuda, Presidente de SERFUSIÓN 320

La discriminación de los adultos en el sistema educativo

D. Juan Miguel Bando Pérez, Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación por la UNED 322

¿Que es la edad?

D. Benito del Castillo, Catedrático Numerario de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Farmacia, Félix Pérez y Pérez, Catedrático Emérito de la Univeraidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J. F. Kennedy la Universidad Agraria de la Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria 326

Discriminación universitaria por edad

D. Josep Maria Sabaté i Bosch, Coordinador de las Aules d'Extensió. Universitària per la Gent Gran Universitat Rovira i Virgili 329

La negación del amor entre las Personas Mayores. Perspectiva sociológica de una discriminación histórica

D. Marcos Alonso Bote Díaz, Universidad de Murcia 331

De bien nacido es ser agradecido

D.ª Carmen Quintanilla Barba, Diputada Nacional Partido Popular .. 335

Paradojas en la conducta de la 3.ª edad

D. Tomás Blanco Flórez, Médico Odontólogo – Periodista – Ex representante en N.U. International Association of University Presidente (IAUP) 339

	<i>Pág.</i>
CONFERENCIAS	341
CONFERENCIA INAUGURAL: «NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES» Dr. Isidoro Ruipérez Cantera, Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)	343
CONFERENCIA INAUGURAL: «DISCRIMINACIÓN POSITIVA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID» D. ^a Ana Botella, Concejala del Área de Gobierno de Servicios Sociales y Atención a la Ciudadanía	346
SESIÓN PLENARIA «POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES Y PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA» Ángel Rodríguez Castedo, Director General del IMSERSO	350
SESIÓN PLENARIA: «UNA POLÍTICA DE LIBERTAD E IGUALDAD PARA LA PERSONAS MAYORES» José María Alonso Seco, Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid	358
MESAS REDONDAS	369
MESA REDONDA: «LA DISCRIMINACIÓN ECONÓMICA DEL MAYOR» Ponentes: Francisco Ibars Company, Estadístico, «Pérdida del Poder Adquisitivo de las Pensiones», Rafael Gassó Iborra, Presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de BANCAJA, «La Fiscalidad de las Pensiones», José Gil Pérez, Presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Excmo. Ayuntamiento de Valencia, «El Copago Sanitario». Presidente de Mesa: José Lladró, Miembro del Consejo de Personas Mayores	371
MESA REDONDA: «DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER»: CONCLUSIONES DEL PROYECTO Ponentes: Idoia Romo, Doctorada en Psicología Social, Blanca Clavijo, Presidenta de AFAL, Vicente Pérez Cano, Spicólogo Asesor de FAMAN, Isabel Iborra, Spicóloga Forense, Reponsable del Dpto. de Mayores del Centro Reina Sofia para el Estudio de la Violencia, Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo, Enfermera Coordinadora de Centros del Instituto Foral de Álava. «Experiencia de un Grupo de Referencia Institucional» Presidenta de Mesa: Loles Díaz Aledo, Directora del Programa del Club de la Vida	372

MESA REDONDA: «LA IMAGEN DEL MAYOR EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN»	
Ponentes: Ramón Sánchez Ocaña, Periodista especialista en Salud, Consuelo Álvarez de Toledo, Periodista, Germán Yanke, Periodista, Alfredo Urdac, Periodista, Concha Cuetos, Actriz	
Presidenta de Mesa: Carmen de Alvear, Secretaria General de COPEMA.	440
OTRAS INTERVENCIONES DURANTE EL CONGRESO	445
Intervención de la Excm. Sra. D. ^a Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, en el acto de inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores	447
Intervención de Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de CEOMA, en el acto de inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores	450
Intervención Excmo. Sr. D. Enrique Múgica Herzog, Defensor del Pueblo, en la inauguración del Simposium Internacional: «La discriminación de los Mayores como una cuestión de Derechos Humanos»	452
Intervención de la Excm. Sra. D. ^a Beatriz Elorriaga Pisarik, Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, en la Clausura del VII Congreso	456
Intervención Ilmo. Sr. D. Florencio Martín Tejedor, Director General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, en la Clausura del VII Congreso	460
Intervención del Ilmo. Sr. D. Carlos María Martínez Martínez, Director Gerente de Obra Social Caja Madrid, en la Clausura del VII Congreso ..	463
Intervención de la Excm. Sra. D. ^a Ana Pastor Julián, Secretaria Ejecutiva de Política Social y Bienestar del Partido Popular, durante el almuerzo de Clausura del VII Congreso	465
ENTREGA DEL PREMIO «MAYORES EN ACCIÓN» 2005 EN EL MARCO DEL VII CONGRESO	471
EL CONGRESO EN IMÁGENES Y EN LA PRENSA	475
INSTITUCIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS	498

VII CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES

Este libro recoge las Ponencias, Mesas Redondas, Comunicaciones e Intervenciones realizadas en el VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que se celebró en Madrid los días 23, 24 y 25 de octubre de 2005. El Congreso ha sido convocado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores –CEOMA– (26 Organizaciones Nacionales y 9 Autonómicas) y por otra parte 19 Asociaciones, que formaban parte del Comité Ejecutivo del Congreso.

Prólogo



Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira,
Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y del Comité Ejecutivo del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

La celebración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores congregó el pasado Octubre en Madrid a mayores, expertos y representantes de las Administraciones Públicas de toda España. La gran afluencia de congresistas que se sumaron al evento atraídos por un tema tan trascendente para la vida de las personas mayores como es el de La Discriminación por Edad y el numeroso público que se acercó al Palacio de Congresos de la Castellana para visitar la II Feria «Mayores en Acción» contribuyeron a templar el ambiente para poder ofrecer una cálida acogida a S.A.R. la Infanta Cristina, que acudió el día 24 para inaugurar el VII Congreso.

Una vez más, S.A.R. la Infanta Cristina nos brindó el honor de acompañarnos en esta importante cita bianual, mostrando un gran interés por los problemas que afectan a las personas mayores y compartiendo un rato de charla para conocer de primera mano sus preocupaciones, durante el desayuno que se ofreció tras el acto de inauguración y la entrega del Premio «Mayores en Acción» que, en su edición de 2005, ha sido concedido a Federico Mayor Zaragoza.

Los temas que se abordaron en esta séptima edición del Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores y que se recogen en este libro, giraron entorno a «La Discriminación por edad». Un tema de máxima actualidad pues, por desgracia, son cada vez más las manifestaciones de discriminación hacia las personas mayores en la sociedad española. Sociedad, que por otro lado, envejece a un ritmo trepidante y que va a ser, juntamente con Japón, la población más envejecida del mundo en el año 2050. El empeño de muchos por evitar mostrar esa realidad de nuestra sociedad, se puso de manifiesto en la mesa redonda sobre la imagen de los mayores en los medios de comunicación, que contó con la participación de conocidos periodistas, y donde se concluyó que la imagen del mayor se esconde en los medios y se evita, cuando no se muestra distorsionada, especialmente en los medios audiovisuales.

Estos estereotipos negativos de la vejez son la razón de la actitud discriminatoria hacia los mayores que se da en otros ámbitos de la vida como el político, sanitario, laboral, económico, que constituyeron las ponencias debatidas en el Congreso y que ahora se publican en este libro.

El gobierno y las administraciones autonómica y municipal, contaron con una alta representación en el Congreso gracias a la participación de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Amparo Valcarce, el Director General del IMSERSO, Ángel Rodríguez Castedo, la Consejera Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, Beatriz Elorriaga, el Director General del Mayor José María Alonso Seco y la Concejala de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid, Ana Botella.

El interés despertado por este Congreso quedó demostrado por las 54 Comunicaciones admitidas de la Universidad y los expertos sobre el tema monográfico de la Discriminación.

La Feria, celebrada en paralelo, atrajo varias docenas de stands, que congregaron numeroso público, especialmente a través de las más 50 actividades programadas por los expositores.

También tuvo mucho éxito el Simposio Internacional, que reunió a los miembros del grupo de expertos en discriminación de la Plataforma europea AGE y a los del proyecto europeo Acceso a la Justicia.

En la sesión plenaria de clausura fue aprobada por abrumadora mayoría el Documento «Bases para una Carta Española de Derechos y Deberes de las Personas Mayores», que ha sido profusamente distribuida en los medios políticos y de comunicación social.

Queremos dar aquí las gracias a las 54 organizaciones convocantes del Congreso, a los miembros del Comité organizador, a los Comités de Expertos y Asociaciones Asesoras.

De todos estos temas damos cuenta en este libro que ofrece en versión impresa, lo que fué el VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Esperamos que tenga la misma repercusión que ha tenido el libro del VI Congreso, sobre el tema de la Dependencia, de tanta actualidad estos días.

**LA CASA REAL Y EL
VII CONGRESO**



EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

jp
124/05

SS.MM. los Reyes, accediendo a la petición que tan amablemente Les ha sido formulada, han tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del **"VII CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES"** que, bajo el lema **"LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES"**, se celebrará en Madrid del 23 al 25 de octubre próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 29 de marzo de 2005

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA)

MADRID

Inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. En la imagen, Doña Cristina hace entrega del Premio «Mayores en Acción 2005»



Su Alteza Real la Infanta Doña Cristina presidió en el Palacio de Congresos de Madrid la inauguración del «VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores». En la imagen, Doña Cristina entrega el premio **«Mayores en Acción 2005»** al presidente de la Fundación Cultura de Paz, **Federico Mayor Zaragoza**, con el que se reconoce la labor de personas mayores que siguen en activo, prestando grandes servicios a la sociedad desde diferentes ámbitos profesionales, después de haber traspasado la barrera laboral administrativa de los 65 años. Una vez más, Su Alteza Real, la Infanta Doña Cristina, en representación de la Corona, nos brinda su apoyo para lograr que nuestra sociedad preste la consideración y atención debidas a las personas mayores, reconociendo la gran aportación que han realizado a lo largo de sus vidas y valorando su experiencia y capacidades actuales para ayudarnos a construir una sociedad más solidaria y a ser mejores personas.

COMITÉ DE HONOR

Presidencia

SS.MM. Los Reyes de España

Vicepresidencia 1.^a

Excmo. Sr. D. José Luis Rodríguez Zapatero

Presidente del Gobierno

Vicepresidencia 2.^a

Excma. Sra. Dña. Esperanza Aguirre Gil de Biedma

Presidenta de la Comunidad Autónoma de Madrid

Miembros

Excmo. Sr. D. Manuel Marín González

Presidente del Congreso de los Diputados

Excmo. Sr. D. Francisco Javier Rojo García

Presidente del Senado

Excma. Sra. Dña. M.^a Teresa Fernández de la Vega Sanz

Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia

Excmo. Sr. D. Pedro Solbes Mira

Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía y Hacienda

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Moratinos Cuyaubé

Ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación

Excmo. Sr. D. Juan Fernando López Aguilar

Ministro de Justicia

Excmo. Sr. D. José María Bono Martínez

Ministro de Defensa

Excmo. Sr. D. José Antonio Alonso Suárez

Ministro del Interior

Excma. Sra. Dña. María Jesús Sansegundo Gómez de Cadiñanos

Ministra de Educación y Ciencia

Excmo. Sr. D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán

Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Excmo. Sr. D. José Montilla Aguilera

Ministro de Industria, Turismo y Comercio

Excma. Sra. Dña. Elena Espinosa Mangana

Ministra de Agricultura, Pesca y Alimentación

Excmo. Sr. D. Jordi Sevilla Segura

Ministro de Administraciones Públicas

Excma. Sra. Dña. Carmen Calvo Poyato

Ministra de Cultura

Excma. Sra. Dña. Elena Salgado Méndez

Ministra de Sanidad y Consumo

Excma. Sra. Dña. Cristina Narbona Ruiz

Ministra de Medio Ambiente

Emmo. y Rvdmo. Sr. D. Antonio M.^a Rouco Varela

Cardenal-Arzbispo de Madrid

Excmo. Sr. D. Juan José Ibarretxe Markuartu

Lehendakari del Gobierno Vasco

Molt Hble. Sr. D. Pasqual Maragall Mira

President de la Generalitat de Catalunya

Excmo. Sr. D. Emilio Pérez Touriño

Presidente de la Xunta de Galicia

Excmo. Sr. D. Manuel Chaves González

Presidente de la Junta de Andalucía

Molt Hble. Sr. D. Francisco Camps Ortiz

Presidente de la Generalitat Valenciana

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Revilla Roiz

Presidente del Gobierno de Cantabria

Excmo. Sr. D. Pedro M.^a Sanz Alonso

Presidente del Gobierno de La Rioja

Excmo. Sr. D. Ramón Luis Valcárcel Siso

Presidente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Marcelino Iglesias Ricou

Presidente del Gobierno de Aragón

Excmo. Sr. D. José María Barreda Fontes

Presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Excmo. Sr. D. Adán Martín Menis

Presidente del Gobierno de Canarias

Excmo. Sr. D. Miguel Sanz Sesma

Presidente del Gobierno de Navarra

Excmo. Sr. D. Juan Carlos Rodríguez Ibarra

Presidente de la Junta de Extremadura

Molt Hble. Jaume Matas Palou

Presidente del Gobierno de las Islas Baleares

Excmo. Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo

Presidente de la Junta de Castilla y León

Excmo. Sr. D. Juan Jesús Vivas Lara

Presidente de la Ciudad Autónoma de Ceuta

Excmo. Sr. D. Mariano Rajoy Brey

Presidente del Partido Popular

Excmo. Sr. D. Alberto Ruiz-Gallardón Jiménez

Alcalde de Madrid

Excma. Sra. Dña. Amparo Valcarce García

Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Excma. Sra. Dña. Concepción Dancausa Treviño

Presidenta de la Asamblea de Madrid

Excmo. Sr. D. Ángel Rodríguez Castedo

Director General Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Excma. Sra. Dña. Beatriz Elorriaga Pisarik

Consejera de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid

Excma. Sra. Dña. Ana Botella Serrano

Segundo Teniente de Alcalde y Concejala del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid

Excmo. Sr. D. Manuel Fraga Iribarne

Ex Presidente de la Xunta de Galicia

Excmo. Sr. D. Carlos M.^a Martínez Martínez

Director Gerente de Obra Social Caja Madrid

Excmo. Sr. D. Carlos Trías Vidal de Llobeteras

Presidente de la Fundación AstraZéneca

Excmo. Sr. D. Carlos Rubén Fernández Gutiérrez

Presidente de la Fundación ONCE

Excma. Sra. Dña. Reyes Artiñano

Presidenta de Euroresidencias

Excmo. Sr. D. Cesar Alierta Izuel

Presidente de la Fundación Telefónica

Excmo. Sr. D. Carlos Álvarez Jiménez

Presidente de la Fundación Mapfre Medicina

Excmo. Sr. D. David Álvarez Díez

Presidente del Grupo Eulen

Excmo. Sr. D. Higinio Raventós Negre

Presidente de Edad y Vida

Excmo. Sr. D. Steen Langebaek

Presidente de Platform AGE

ENTIDADES CONVOCANTES

Abuelos/as en Marcha –ABUMAR–, Presidenta Marisa Viñes Millet
Age Concern España, Presidenta Ángela Keay
Agrupación Europea de Jubilados y Pensionistas de Las Cajas de Ahorros, Bancos e Instituciones Afines, Presidente José Roberto López Martínez
Asociación de Abogados Pensionistas, Presidente Ricardo de Olagüe y Nequeruela
Asociación de Aulas de La Tercera Edad –ASAUTE–, Presidente Miguel Bordejé Antón
Asociación de Españoles Retornados de Asturias, Presidenta Natalia García Castoya
Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural –AFAMMER–, Presidenta Carmen Quintanilla Barba
Asociación de Jubilados de Colegios Profesionales, Presidente Aurelio Labajo Pelló
Asociación de Jubilados de Ini –AJINI–, Presidente Carlos Fesser Teresa
Asociación de Jubilados de Unión-Fenosa, Presidente Emilio Gamarra Silva
Asociación de Jubilados y Pensionistas en Residencias de la Comunidad de Madrid, Presidente Pedro Gómez Fernández
Asociación de Jubilados y Prejubilados, Pensionistas, Empleados y Exempleados del Banco Español de Crédito –AJUBANESTO–, Presidente José Antonio García-Argudo López
Asociación de Jubilados, Prejubilados y Pensionistas de BEX y BBVA, Presidente José Antonio Morales Arranz
Asociación de Profesores Universitarios Jubilados –ASPUR–, Presidente Francisco Sanabria Celis
Asociación Edad Dorada. Mensajeros de La Paz, Presidente Padre Ángel García Rodríguez
Asociación Grupo de Mayores de Telefónica –AGMT–, Presidente Luis Álvarez Rodríguez
Asociación Nacional de Veterinarios Jubilados, Presidente Manuel Moraleda Benítez
Asociación Provincial de Pensionistas, Jubilados y Viudas de Álava «Las Cuatro Torres», Presidente Antonio González Cabezudo
Casa Regional de Castilla y León en Mallorca. Sección Mayores, Presidente Constantino Cardo Conde
Central Sindical Independiente y de Funcionarios –CSI-CSIF–. Departamento de Jubilados, Presidente Eusebio Sánchez Vega
Colegio Libre de Eméritos, Presidente Rodolfo Martín Villa
Confederación de Asociaciones y Federaciones de Pensionistas y Mutualistas de la Mutualidad de la Previsión –COAPEM–, Presidente Antonio Orea López de Los Mozos

Confederación Española de Aulas de La Tercera Edad –CEATE–, Presidente Miguel Bordejé Antón

Confederación de Casas Regionales y Provinciales de España, Presidente José Luis Casas Villanueva

Confederación de Federaciones y Asociaciones de Mayores de Canarias, Presidenta Elvira López Martín

Confederación de Federaciones y Asociaciones de Viudas Hispanía –CONFAV–, Presidenta Dolores San Antonio

Confederación Española de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias –CEAFA– Presidente Emilio Marmaneu

Confederación Estatal de Mayores Activos –CONFEMAC–, Presidente Eduardo García Sánchez

Confederación Nacional de Jubilados, Retirados y Pensionistas de España, Presidente Rafael Sánchez Plaza

Consejo de Personas Mayores –COPEMA– , Presidente Antonio Jiménez Blanco

Federació D'associacions de Gent Gran de Catalunya –FATEC–, Presidente Mario Cugat I Leseurs

Federació D'organitzacions Catalanes de Gent Gran –FOCAGG–, Presidenta M.^a Rosa Lunas Masnou

Federación Aragonesa de Asociaciones Independientes de Mayores –FASIMA–, Presidente Ernesto Jaime Guinla

Federación de Asociaciones de Cultura y Ocio de Mayores –FACOM–, Presidente Silvestre Jiménez García

Federación de Asociaciones de Empleados, Jubilados y Pensionistas de las Cajas de Ahorros Confederadas –FECAC–, Presidenta Victoria Lopesino Fernández

Federación de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, Presidente Francisco Ferrer Pérez

Federación de Asociaciones de Mayores de Andalucía –FAMAN–, Presidente Rafael León Vargués

Federación de Asociaciones Nagusilan de Euskadi –NAGUSILAN–, Presidente Juan María Garitano Igarza

Federación de Casas Provinciales y Centros Regionales de Castilla y León en Madrid, Presidente Agapito Rodríguez Añel

Federación de Casas Provinciales y Centros Regionales de Castilla y León en Madrid, Sección Mayores, Presidenta M.^a. Teresa Ruiz de la Parte

Federación de Casas Regionales de Soria. Sección Mayores, Presidente Luis Heras Mínguez

Federación de Organizaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana –FOMCOVA– Presidente Francisco de las Marinas Alférez

Federación para la Defensa de los Profesionales Pensionistas y Mayores –FAPROPEM–, Presidente José Fornes Ruiz

Federación Regional de Organizaciones de Mayores de Murcia –FOMCARM–, Presidenta Carmen Marco Marco

Federación Vasca de Asociaciones de Prejubilados y Pensionistas –FEVAAS–, Presidente Iñaki Vicente Alonso

Fundación «Miguel Allue Salvador» –FUNDAMAS–, Presidente D. José Albir Arzac
Fundación Independiente, Presidente Luis González Seara
Hermandad de Jubilados Ministerios de Comercio, Economía y Hacienda, Presidenta Concepción Cristellys de La Torre
Hermandad de Pensionistas de la Administración Local, Presidente Rufino Blanco Ruiz de la Prada
Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil., Presidente Agustín Muñoz-Grandes Galilea
Mayores Asociados Voluntarios Actividades Múltiples –MAVAM–, Presidente Jaime Drake de Alvear
Sección de Unidad Progresista de Pensionistas de la Once –SUPPO-ONCE–, Presidente Manuel Oliver Breto
Seniors Españoles para la Cooperación Técnica –SECOT–, Presidente Virgilio Oñate de Mora
Universidad Nacional Aulas de la Tercera Edad –UNATE–, Presidente Modesto Chato de los Bueys

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Sr.D. Eduardo Rodríguez Rovira

Presidente de CEOMA

Secretaria General

María Teresa Ruiz de la Parte

Presidenta de la Sección de Mayores de la Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y León en Madrid

Miembros

Carmen de Alvear

Secretaria General del Consejo de Personas Mayores –COPEMA

Carlos Ballesteros Fernández

Coordinador de la Comisión Jurídica de CEOMA

Julio Barrera García

Contador de CEOMA

Ignacio Buqueras i Bach

Presidente de Honor de CEOMA

José Colldefors Valcárcel

Tesorero del Consejo de Personas Mayores – COPEMA

Manuel Díaz Castillo

Colaborador de CEOMA

Manuel Serrano Herrero

Tesorero de CEOMA

Eva García Blanco

Vicetesorera de CEOMA

Javier García Pérez

Vocal del Comité Ejecutivo de CEOMA

José Gil Pérez

Vocal de la Junta Directiva de CEOMA

José de las Heras Gayo

Coordinador del Voluntariado de CEOMA

José Luis Méler y de Ugarte

Secretario General de CEOMA

Enrique Peidro Albaladejo

Secretario de la Comisión de Pensiones y Asuntos Sociales de CEOMA

Miquel Sánchez i López

Vicepresidente de CEOMA

Santiago Serrano Pendán

Presidente de Vida Ascendente

Eloy Ybáñez Bueno

Vicepresidente del Consejo Asesor de CEOMA

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Antonio Jiménez Blanco
Presidente del Consejo de Personas Mayores

Miembros

Luis Acebal Monfort
Vicepresidente de la Asociación Pro Derechos Humanos de España (APDHE)

Ana M.^a Aguilar Manjón
Presidenta del Consejo General Diplomados en Trabajo Social

Enrique de Aguinaga
Catedrático emérito de la Universidad Complutense

José Luis Álvarez Álvarez
Presidente Fundación Madrid Nuevo Siglo

Carlos Amaya Pombo
Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

Sergio Ariño Blasco
Jefe de Servicio de Geriátría de la Fundación Hospital General de Granollers

Juan José Artells Herrero
Director General de la Fundación Salud Innovación y Sociedad – SIS

José Barea Tejeiro
Académico de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas

Raimundo Bassols
Embajador de España

María Teresa Bazo Royo
Catedrática de Sociología de la Universidad del País Vasco

Gloria Begué Cantón
Catedrática de Economía Política y Hacienda Pública

Tomás Blanco Flórez
Ex representante en N.U. International Association of University Presidents (IAUP)

Claudio Boada Villalonga
Ingeniero Industrial

Belén Bueno Martínez
Directora del Master Universitario en Gerontología de la Universidad de Salamanca

Antonio Burgueño Torrijano
Médico de Admisión del Hospital G.U Gregorio Marañón

José Luis Cabello Flores
Director General de la Fundación Mapfre Medicina

Mario Cañamares Glage
Presidente de la Federación Española de Ortesistas y Protesistas (FEDOP)

Luis Jesús Cañón Reguera
Presidente de la Confederación Estatal de Personas Sordas –CNES

Pedro Capilla
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Demetrio Casado Pérez
Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

José Ramón Caso
Presidente de Lenzi Consulting

Blanca Clavijo Juaneda
Presidenta de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer

Dolors Colom
Directora de la Revista AGATHOS

José Cosmen Adelaida
Empresario

Pedro Crespo de Lara
Profesor Titular de Empresa Informática de la Universidad Complutense de Madrid

Alfonso Cruz Jentoft
Jefe Unidad Geriátrica del Hospital Univ. Ramón y Cajal

Alfonso Cuadrón Amigo
Universidad Pontificia de Comillas

Jesús Delgado
Director de la Fundación Pere Tarrés

Micheline Dense Antoine de Selmes
Presidenta de la Fundación Alzheimer España

Loles Díaz Aledo
Directora de Programa «El Club de la Vida» de RNE

Bernardo Díaz Salinas
Director de la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid (FGUAM)

Juan Díez Nicolás
Catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid

Ricardo Díez-Hochleitner
Presidente de Honor del Club de Roma

Hipólito Durán Sacristán
Presidente de Honor Real Academia Nacional de Medicina

Pilar Estébanez Estébanez
Concejala del PSOE en el Ayuntamiento de Madrid

Blanca Entrena Palomero
Coordinadora de la Fundación Aequitas

Gerardo Fernández Albor
Presidente do Consello Asesor de la Fundación Galicia Europa

Sabino Fernández Campo
Miembro de la Academia de Ciencias Morales y Políticas

Jesús Norberto Fernández Muñoz
Subdirector general de Planificación, Ordenación y Evaluación (IMSERSO)

Rocío Fernández-Ballesteros
Catedrática de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid

Alejandro Fernández-Pombo
Periodista y Doctor en Ciencias de la Educación

Domingo Fernández Veiguela
Presidente de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI-CSIF)

Ana María García Armendáriz
Presidenta de la Comisión Intergeneracional de COPEMA

Misericordia García Hernández
Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico –SEEGG

José Antonio García Romero
Presidente de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón

Jaime Garralda Barreto
Presidente de Honor Horizontes Abiertos

Amalia Gómez Gómez
Catedrática del Instituto Velázquez

Ramón González de Amezúa y Noriega
Director de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando

Máximo González Jurado
Presidente de la Organización Colegial de Enfermería

Francisco Gracia Navarro
Director del Instituto de Salud Carlos III

Mariano Guerrero Fernández
Director de Polaris World

Francisco Guillén Llera
Geriatra Hospital Universitario de Getafe

Rafael Gutiérrez-Colomer
Taller de Arquitectura R.C.

Luis María Huete Morillo
Abogado

Licinio de La Fuente
Ex Ministro de Trabajo y Miembro del Consejo Asesor de CEOMA

Antonio Lamela Martínez
Presidente Estudio Lamela

José Lladro Dolz
Empresario

Guillén López Casanovas
Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

Bernardo López Majano
Consejero de Secot

Antonio López Ontiveros
Director de la Cátedra Intergeneracional de la Universidad de Córdoba

Concepción Lostau Martínez
Portavoz del Grupo Popular en la Comisión de Familia y Asuntos Sociales de la Asamblea de Madrid

Juan José Maraña
Presidente de la Asociación Iniciativas y Estudios Sociales –(AIES)

Héctor Maravall Gómez-Allende
Adjunto a la Secretaría General de Política Institucional de CC.OO

Eugenio Marín García-Mansilla
Vicepresidente Acción Social Empresarial

Casimiro Martín
Fundación Proyecto Senior

Juan Manuel Martínez Gómez
Director Nacional de EULEN Servicios Sociosanitarios

José Manuel Martínez Lage
Profesor de Neurología Clínica – Universidad de Navarra

Antonio Martínez Maroto
Jefe de Área Plan Gerontológico del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Javier Matos Aguilar
Ex – Presidente del Colegio de Médicos de Madrid

José Manuel Mayán Santos
Catedrático de Gerontología, Universidad de Santiago de Compostela

Federico Mayor Zaragoza
Presidente de la Fundación Cultura de Paz

Amando de Miguel
Sociólogo

Enrique Miret Magdalena
Presidente de Honor de Edad Dorada-Mensajeros de la Paz

Francisco Montesinos
Presidente de la Asociación de Parkinson en Internet (APANET)

Ramón Muñoz González y Bernaldo de Quirós
Presidente de la Real Sociedad Matritense de Amigos del País

Rafael Muñoz Ramírez
Profesor Emérito de la Universidad Complutense

Felipe Oriol Díaz de Bustamente
Presidente de la Fundación Empresa y Sociedad

M.^a Ángeles Osorio Iturmendi
Directora de Cooperación Empresarial y Relaciones Institucionales de la Fundación Universidad San Pablo CEU

Germán Pacheco Borrilla
Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental – ANESM

José Luis Pécker
Periodista

Salvador Pellicer Casanova
Presidente de la Federación Lares

Antonio Peñafiel Olivar
Presidente de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológico-AMEG

José Antonio Pérez – España Gómez
Miembro del Consejo Asesor de CEOMA

Esteban Pérez Almeida
Director Programa «Los Decanos»

Manuel Pérez Olea
Ex Presidente de la Fundación Independiente

Félix Pérez y Pérez
Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Doctores

José Luis Perona Larraz
Miembro del Consejo Asesor de CEOMA

Luis Alberto Petit Herrera
Presidente de PRODEFA

Maria del Pilar Pezzi Goytre
Presidenta de la Casa de Cantabria

Adrián Piera Jiménez
Abogado

Manuel Pimentel Siles
Socio Fundador Asociación Foro Nueva Sociedad Nuevas Propuestas

Rafael Pineda Soria
Psicólogo y gerontólogo

Calixto Plumed Moreno
Director de la Fundación Juan Ciudad Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Fernando Poole Pérez-Pardo
Presidente Centro de Educación Familiar Especial –CEFAES

Marta Portal Nicolás
Escritora y Dra. en Ciencias de la Información. Prof. Emérita de la Universidad Complutense

Carlos Pracht Ferrer
Presidente de la Asociación de Colaboración Sociosanitaria de España

José Luis Puerta López-Cózar
Director de la Revista ARS Médica. Revista de Humanidades»

Juan Manuel Reol Tejada
Presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia

Carlos Revilla Rodríguez
Director General Fomento Salud

José Manuel Ribera Casado
Jefe de Servicio de Geriatría del Hospital Universitario San Carlos

Carlos Robles Piquer
Miembro del Patronato de la Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales (FAES)

Gregorio Rodríguez Cabrero
Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá

Estrella Rodríguez Pardo
Directora General de Integración de los Emigrantes de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración

José Manuel Romay Beccaría
Ex Presidente del Consejo de Estado

Isidoro Ruipérez Cantera
Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

Joaquín Ruiz-Giménez Cortés
Abogado

Gonzalo Ruiz Sánchez
Presidente de la Fundación Española de la Tercera Edad

María Sainz
Presidenta Asociación de Educación Para La Salud (ADEPS)

Begoña Sainz de la Maza
Abogado

Javier Sainz de Murieta Rodeyra
Decano del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Madrid

Margarita Salas Falgueras
Bióloga Molecular

Fernando de Salas López
Rector Sociedad de Estudios Internacionales (SEI)

Enrique Sánchez de León Pérez
Abogado

José Sánchez Faba
Consejero de Cor Unum

Julio Sánchez Fierro
Secretario Ejecutivo de Participación Ciudadana y Relaciones con los Movimientos Asociativos del Partido Popular

Jesús Sánchez Martos
Catedrático de Educación para la Salud, Universidad Complutense

Carlos Sánchez Reyes
Presidente de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)

Mayte Sancho Castiello
Directora del Observatorio de las Personas Mayores del IMSERSO

Santiago de Santiago Hernández
Escultor

José M.^a Segovia de Arana
Catedrático de Patología Médica

Guillermo Sierra Arredondo
Ex Presidente de la Organización Médico Colegial

Jaime Smith Semprún
Presidente Alianza para la Depresión

José Ramón Solanillas Vilá
Secretario Técnico de la Federación Lares

José Manuel Solla Camino
Presidente de la Sociedad Española de Medicina General – SEMG

Juan Manuel Suárez del Toro
Presidente de Cruz Roja Española

Benito Tamayo Hernández
Abogado

Mariano Turiel de Castro
Secretario del Casino de Madrid

Albert Verges i Millet
Director General de Edad & Vida

Bartolomé Vicens Fiol
Presidente Fundador Fundación Hombre

Antonio Vilá Mancebos
Profesor de Pedagogía de la Universidad de Girona

Julio Villalobos
Vicepresidente de la Asociación Española de Gestión Hospitalaria

Luis Ángel de la Viuda Pereda
Presidente SERFUSIÓN

Julio Zarco Rodríguez
Presidente de la Fundación SEMERGEN

ENTIDADES ASESORAS

Alianza para la Depresión
Asociación de Colaboración Sociosanitaria de España
Asociación de Educación para la Salud (ADEPS)
Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL)
Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (IES)
Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)
Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG)
Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER)
Asociación de Enfermos de Parkinson en Internet (APANET)
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid
Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
Consejo General Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
Cruz Roja Española
Edad y Vida
Federación Española de Ortesistas y Protesistas (FEDOP)
Federación Lares
Fundación Aequitas
Fundación Alzheimer España
Fundación Española de la Tercera Edad
Fundación Empresa y Sociedad
Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid (FGUAM)
Fundación Juan Ciudad Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
Fundación Mapfre Medicina
Fundación Pere Tarrés
Fundación Proyecto Senior
Fundación Semergen
Fundación Universitaria San Pablo-Ceu
Instituto de Salud Carlos III
Organización Colegial de Enfermería
Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)
Organización Médico Colegial
Revista Agathos
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)
Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)
Sociedad Española de Medicina General (SEMG)
Unión Democrática de Pensionistas (UDP)
Universidad de Córdoba – Cátedra Intergeneracional

COMITÉ DE ESTILO

José Luis Méler y de Ugarte

Secretario General de CEOMA

Enrique Peidro Albaladejo

Secretario de la Comisión de Pensiones y Asuntos Sociales de CEOMA

Agapito Rodríguez Añel

Presidente de la Federación de Casas Provinciales y Centros Regionales de Castilla y León en Madrid

PONENCIAS

Bases para una carta española de derechos y deberes de las personas mayores

- Ponente:* **María Rosa Lunas**, *Presidenta de Federació d'Organitzacions Catalanes de Gent Gran – FOCAGG.*
- Presidente:* **Esteban Pérez Almeida**, *Director del programa «Los Decanos».*
- Vicepresidente:* **Francisco Ferrer**, *Federación de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.*
- Secretario:* **Antoni Segura Farré**, *President Associació d'Empleats i Pensionistes Caixa Estalvis Sabadell y miembro del Comité Ejecutivo de FOCAGG.*
- Vocal:* **Josep Bellet Falcó**, *Vocal de la Junta Directiva de FOCAGG y Presidente dle Centre Comarcal Lleidatà.*

INTRODUCCIÓN

Las personas mayores, somos ciudadanos de pleno derecho, y por lo tanto con los mismos derechos y deberes que los demás ciudadanos.

Partiendo de esta realidad, cae por su propio peso que como todos los ciudadanos del mundo, debemos contribuir a construir una sociedad para todas las edades.

Las personas mayores hemos de participar activamente en la formulación y en las políticas que nos afectan desde la solidaridad intergeneracional.

La contribución social de los mayores, contemplando en positivo lo que se ha dado en llamar el fenómeno del envejecimiento y los cambios cualitativos y de rol de la vejez debe verse desde el punto de vista de la democracia participativa y no solamente consultiva, dejando atrás los estereotipos que nos encasillan. Hay que huir de la «mística» de la vejez basada en la práctica del paternalismo.

Por ello, hemos de hacer difusión de la cultura de una nueva vejez, que parte de una sólida formación y aprendizaje a lo largo del ciclo vital, con diferenciación conceptual de envejecer bien y de vida activa. Todo esto a partir de los niveles de necesidad que plantea la pirámide de Maslow, que busca evaluar los niveles de satisfacción personal mediante derechos y deberes.

Por lo tanto debemos preguntarnos ¿tiene sentido plantearnos definir unas Bases para la realización de una Carta Española de derechos y deberes de los mayores I, después de más de medio siglo de la Declaración de Derechos Humanos (1948) que es universal? La respuesta es SI.

La aparición y origen de Cartas de Derechos relativas a las personas mayores en todo el mundo occidental, y muy concretamente la experiencia ya

desarrollada en la Comunidad Autónoma de Cataluña con su Carta de Derechos y Deberes de la Gente Mayor refleja la necesidad de los mayores de hacerse escuchar, comprometiéndose, en la exigencia de derechos y también de deberes, como elemento pedagógico para la sociedad en general y para las propias personas de edad, que debemos conocer y ser conscientes de nuestros derechos y deberes como ciudadanos.

La definición de unas Bases para la realización de una *Carta Española de derechos y deberes de las personas mayores debe partir:*

- En primer lugar del análisis de las estrategias del Plan de Acción de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, de la Declaración Final «Los derechos de las Personas Mayores» del Foro Mundial de ONG sobre Envejecimiento, cuya co-presidencia ostentó CEOMA y del estudio de las Declaraciones sobre Derechos Humanos y específicas sobre mayores, así como de nuestra Carta Magna y otros documentos autonómicos, nacionales y de carácter internacional que nos permitan definir algunos conceptos esenciales.
- En segundo lugar, procederemos a analizar la experiencia de la autonomía catalana ya apuntada anteriormente.

Desde estos puntos de apoyo formularemos nuestras propuestas de unas bases para una Carta/ Compromiso de Derechos y Deberes.

1. ANÁLISIS Y COMENTARIOS II ASAMBLEA MUNDIAL, FORO ONGS Y DECLARACIONES SOBRE DERECHOS HUMANOS Y ESPECIFICOS DE MAYORES

1.1. Estrategias del Plan de Acción de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (Madrid, abril 2002)

Creemos que son relevantes para nuestro objetivo las siguientes recomendaciones:

Capacitación de las personas mayores para participar plenamente y con efectividad en las vidas sociales.

Oferta de oportunidades para el desarrollo individual, la autorrealización y bienestar a lo largo de la vida.

Reconocimiento de la importancia para el desarrollo social de la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad intergeneracional.

De la primera indicación **–desarrollo para un mundo que envejece–**remarcamos esta consideración:

Las personas mayores **deben participar plenamente en el proceso de desarrollo y compartir equitativamente las ventajas desde la inclusión de todos los grupos de población que es una de las llaves para lograr los objetivos sociales garantizando la igualdad de trato entre todas las generaciones.**

Para desarrollar esta indicación se plantea una **cuestión primordial** y varios **objetivos**.

Cuestión primordial: La participación activa en la sociedad y en su desarrollo.

Objetivos:

Obtener reconocimiento de la contribución social, económica y política de las personas mayores en relación a la familia y a la comunidad.

Dar oportunidades y aplicar programas para que las personas mayores sigan participando en las actividades sociales y culturales.

Proporcionar información y acceso para facilitar la participación.

Crear entornos capacitadores para el voluntariado a todas las edades, incluyendo el derecho legal al voluntariado, la protección jurídica a los voluntarios y el reconocimiento público del voluntariado.

Combatir **la discriminación contra las personas mayores por motivos de edad**.

1.2. Análisis del documento los Derechos de las Personas Mayores, conclusiones del Foro Mundial de ONGS sobre envejecimiento (madrid 2002) cuya copresidencia ostentó CEOMA

El documento de Conclusiones del Foro Mundial de ONGS que se celebró en paralelo con la II Asamblea Mundial recoge la realidad que viven los mayores en la actualidad sobre todo a nivel de pobreza y de exclusión social, junto a otras situaciones que también merecen especial atención (dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ausencia de servicios sociales, carencias de vivienda, exclusión social y educativa, trato inadecuado, carencia de participación en la vida social y política), el objetivo del Foro fue plantear como cuestión prioritaria la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se centra en definir **indicaciones** que a su vez contemplan **cuestiones**. Para cada cuestión se definen **objetivos** que se traducen en **acciones** recomendadas a nivel político y que definen el planteamiento sobre el envejecimiento de la ONU que se centra en los siguientes temas:

Envejecimiento y pobreza – Género y envejecimiento – Bienestar Social – Salud – Participación – Seguridad – Consumo y Entorno – Protección legal – Minorías étnicas y movimientos migratorios – Medio ambiente.

1.3. Declaración universal de los Derechos Humanos (1948)

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera **«distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza...»**

1.4. Declaración de los Derechos Humanos para las personas mayores

En 1991, la Asamblea General de la ONU aprobó los Principios de las Naciones Unidas en relación a las personas mayores que, debido a su carácter programático, constituye también otro importante documento en este contexto: ***La Resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 16 de diciembre de 1991***, sobre la Aplicación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (I Asamblea Mundial).

El documento se divide en cinco secciones de principios encaminados a potenciar una adaptación de los derechos humanos al trato de las personas mayores. En este documento encontramos los *cinco principios básicos* que deben ser tenidos en cuenta para desarrollar un documento que permita visualizar los derechos de todo ciudadano.

Los principios que se proponen en este documento, se fundamentan en los siguientes referentes:

1. La Carta de ONU, dónde se recogen las propuestas y la expresión de las Naciones Unidas.
2. Los derechos que se enuncian en detalle en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional.
3. El cumplimiento del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Principios básicos de La Resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 16 de diciembre de 1991.

La **«independencia»** incluye el acceso a una vivienda adecuada, alimentación, agua, vestido y atención sanitaria. A estos derechos básicos se añade la oportunidad de desarrollar un trabajo remunerado y el acceso a la formación y a la educación.

Por **«participación»** se entiende que las personas mayores tienen que participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan su bienestar y compartir sus conocimientos y aptitudes con las generaciones más jóvenes y, que puedan fundar movimientos o formar asociaciones.

La «**atención**» proclama que las personas de edad tienen que recibir atenciones familiares, contar con asistencia médica y poder disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales cuando se encuentren en residencias o instituciones sanitarias.

Con respecto a la «**autorrealización**» los Principios proclaman que las personas de edad deben aspirar al pleno desarrollo de sus posibilidades mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de las respectivas sociedades.

La sección titulada «**dignidad**» proclama que las personas de edad tienen que vivir con dignidad y seguridad y no padecer explotaciones ni maltrato físico ni mental, ser tratadas con cuidados y atenciones necesarias, con independencia de su edad, sexo, raza, etnia, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición, y ser valoradas sea cual sea su contribución económica.

Estos principios fueron ratificados por la ONU (1999) en el documento «Derechos Humanos y Personas de Edad Avanzada» que fue elaborado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (constituido por 18 expertos de todas las áreas geográficas). Este Comité plantea que los Estados tienen que dirigir una especial atención a la promoción y a la protección de los derechos económicos, sociales y culturales de la gente mayor.

1.5. Los derechos fundamentales de la ciudadanía europea tratado de Niza (Niza, 7 diciembre del 2000)

Este documento es considerado por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión como una Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. De este documento ha salido la Propuesta de Constitución Europea aprobada en Roma en 2004 que, en estos momentos, está en periodo de ratificación por parte de los países miembros.

En referencia a los artículos del TRATADO se definen en ellos los aspectos generales propios de toda la ciudadanía, resaltando el Art. 25 referente a 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.», así como el Art. 26 donde se delimitan los derechos en relación a las situaciones de dependencia «La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad».

1.6. Constitución Española (Madrid, 1978)

Nuestra Carta Magna aprobada por las Cortes españolas y ratificada por referéndum Nacional se estructura con los principios ya apuntados:

- Principio de **Dignidad**: estableciendo este principio como elemento inherente e inviolable de todo ser humano.

- Principio de **Autorrealización**: tomando como base fundamentalmente la libertad de la persona en todas sus dimensiones.
- Principio de **Independencia**: basándose en la igualdad sin prevalecer ningún tipo de discriminación.
- Principio de **Participación**: fomentando sobre todo aspecto de participación en asuntos públicos, educación, asociacionismo, sindicalismo...

Los artículos que creemos son más significativos en nuestro contexto son el 10.1, 10.2 14, 21, 23, 24, 27, 31, 41, 43 y 50.

Estos artículos se desarrollan en el ámbito legislativo de cada comunidad autónoma.

Decálogo de Derechos de las Personas Mayores. Consejo Vasco de Bienestar Social (2002)

El documento recoge un «Decálogo de derechos de las personas mayores», elaborado por la Comisión Sectorial de Mayores, constituida esta, en la sede del Gobierno Vasco en Vitoria desarrollado como un órgano del Consejo de Bienestar Social.

Esta Comisión está integrada por representantes de las administraciones, entidades sociales, colegios profesionales y sindicatos. De tal manera que el decálogo responde básicamente a los siguientes principios: Dignidad (n.º 3), Auto realización (n.º 8), Independencia (n.º 1), Asistencia (n.ºs 2, 5, 6, 7 y 9) y Participación (n.ºs 4 y 10).

Del exhaustivo análisis de todos los documentos que contiene este Apartado, en los que la palabra DIGNIDAD sobresale entre todas, nos mueve a una reflexión y una conclusión: que en nuestra CARTA deben aparecer aquellos derechos y deberes que afectan a las personas mayores y que están en peligro de no cumplirse por NO respetarse los derechos y NO exigirse los deberes. Sea por la costumbre, normas, leyes o cualquier otra razón.

En este sentido, hacemos énfasis de una manera especial en los principios de nuestra Constitución que NO están siendo respetados.

DERECHOS HUMANOS = DIGNIDAD.

Una *palabra* que se reitera, pero un *principio* que se vulnera sistemáticamente.

2. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS MAYORES DE CATALUÑA

Esta Carta fue promovida por la Dirección General de Actuaciones Cívicas y Comunitarias del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya a partir de la inquietud mostrada por el Consell de la Gent Gran de Catalunya y nace cumpliendo los compromisos tomados a

partir del 4rt Congrés Nacional de la Gent Gran de Catalunya y de las recomendaciones del Llibre Blanc de la Gent Gran Activa y el Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència y responde a las indicaciones y objetivos planteados en el Plan de Acción de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento.

Este documento que fue elaborado desde una metodología participativa y constituye un precedente significativo tanto en la definición metodológica como en la elaboración del texto mismo.

TABLA 1. *Metodología participativa*

-
- Cuestionarios al sector asociativo de personas mayores
 - Estudio de documentos internacionales y normativas de derecho constitucional, etc.
 - Elaboración de un documento preliminar que fue discutido para plantear enmiendas al texto por:
 - Asociaciones de personas mayores de los 41 consejos comarcales
 - Entidades del tercer sector
 - Colegios profesionales
 - Consejo nacional de juventud
 - Sindicatos
 - Expertos universitarios
 - Definición de la Carta de derechos y Deberes para su aprobación y publicación en el DOGC.
-

La carta de Derechos y Deberes se fundamenta en varios aspectos desarrollados por las personas mayores en el ámbito del Consell de Gent Gran de Catalunya, tal como se ha indicado. Podemos destacar las aportaciones que se vierten en el Llibre blanc de la Gent Gran Activa donde se plantean algunos elementos de reflexión *«La aportación de las personas mayores en la perspectiva del nuevo milenio, debe ser considerada en todos los ámbitos. Podemos aportar nuestra opinión y trabajar conjuntamente con y para la sociedad, con voluntad de compartir, sin aislarnos de la sociedad. Por esto y con esta voluntad participativa, optamos por cambiar la imagen de los mayores que en la actualidad aún tiene la sociedad, mas centrada en mostrar que somos personas receptoras de recursos y servicios que en las posibilidades que tenemos de continuar aportando. Como conjunto de personas tenemos el DERECHO de ser receptores, pero también el DEBER de continuar aportando a la construcción de una sociedad para todas las edades*¹.

¹ Font: Conclusiones del 4t Congrés Nacional de la Gent Gran de Catalunya. Generalitat de Catalunya . Barcelona 2002. <http://www.gencat.es/benestar/congres/concluponent.htm>

Asimismo las personas mayores de Cataluña en otra de las ponencias del 4.º Congreso Nacional plantean que *«toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure su salud, su bienestar y el de su familia, especialmente en cuanto a l'alimentación, a vestido, a vivienda, atención médica y a los necesarios servicios sociales; toda persona tiene derecho a la seguridad en caso de enfermedad, invalidez, viudedad, vejez, o en otros casos de pérdida de los medios de subsistencia debido a circunstancias ajenas de su voluntad.»*²

Respecto a propuestas de participación y civismo encontramos la definición de las reflexiones siguientes *«ENTENDEMOS EL CIVISMO como conjunto de valores y actitudes respecto a los derechos y los deberes de las personas en relación con la sociedad. Estas cualidades no vienen dadas por imposición administrativa, sino que se concretan en maneras de hacer de las personas de todas las edades. Participar es el resultado de poner en práctica el civismo en la vida cotidiana y en nuestra relación con los otros, comporta actuar y comprometerse. La participación se basa en los derechos y los deberes de las personas. En una sociedad para todas las edades, debemos tener los mismos derechos y deberes que todo ciudadano. Las personas mayores somos ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.*

CONSIDERAMOS COMO DERECHOS DE LAS PERSONAS, ...el derecho a la no discriminación por razones de edad, discapacidad, raza, creencia...; el derecho a ser consultados y escuchados y por lo tanto, el derecho a decidir; el derecho a la información y a la formación permanente; en conclusión, el derecho a ser reconocidos desde los valores y desde los referentes propios.

CONSIDERAMOS COMO DEBERES DE LAS PERSONAS,..., hacer un uso responsable de los derechos desde la corresponsabilidad; el deber de respetar la diversidad; el deber de participar activamente en la sociedad desde actitudes cívicas basadas en el diálogo, la comprensión, la tolerancia mutua y la coherencia, como también el deber de transmitir conocimientos y experiencia en los diversos ámbitos de la participación.

*Para FOMENTAR EL CIVISMO Y LA PARTICIPACIÓN EN LA CATALUNYA actual las personas mayores debemos tener un papel activo en la sociedad. Sólo desde la corresponsabilidad podremos lograr una participación implicada en un civismo construido entre todas las edades. Nuestra participación activa e implicada debe fomentar actitudes y comportamientos cívicos centrados más en el SER, desde el civismo, que en el TENER. SER es importante, pero para poder SER hace falta TENER aquello que es mínimo para vivir con calidad y dignidad.»*³

Esta Carta que parte de la filosofía, tan repetida de construir un país para todas las edades, es en estos momentos un documento vivo, que per-

² Font: Conclusions del 4t Congrés Nacional de la Gent Gran de Catalunya. Generalitat de Catalunya . Barcelona 2002. <http://www.gencat.es/benestar/congres/concluponent.htm>

³ Font: Conclusions del 4t Congrés Nacional de la Gent Gran de Catalunya. Generalitat de Catalunya . Barcelona 02.<http://www.gencat.es/benestar/congres/concluponent.htm>

mite plantear una revisión continuada, una tarea de difusión e información, mayormente, a través del Cla Gent Gran de Catalunya por todo el territorio, que favorece la concienciación sobre las responsabilidades de las personas mayores, y de las Administraciones autonómicas y locales de construir una sociedad para hoy y para mañana.

Prueba de ello, es la futura «Ley de Servicios Sociales de Cataluña», donde los derechos sociales serán reconocidos e inherentes a la condición de ciudadano. Es un gran salto y uno de los pilares del Estado de Bienestar, que pasa de ser un *derecho condicionado y debilitado* a ser un *derecho subjetivo exigible* y que en uno de sus apartados regula los derechos y los deberes que han de disfrutar las personas destinatarias de los servicios sociales. No hace falta remarcar que los mayores entramos de lleno, como usuarios.

Es pues obligado reconocer que el contenido de la «Carta de Derechos y Deberes de las Personas Mayores de Cataluña» ha inspirado esta PONENCIA y ha de inspirar también las propuestas para las BASES que han de sustentar la futura *Carta Española de Derechos y Deberes de las Personas Mayores*.

3. PROPUESTA «BASES PARA UNA CARTA ESPAÑOLA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS MAYORES»

La Bases para una Carta deben construirse sobre el concepto de la autonomía personal, entendida como el derecho de ser libres en la toma de decisiones, de mantener el propio proyecto de vida desde la identidad personal, así como desde la responsabilidad de cumplir los compromisos adquiridos libremente en el ejercicio de la ciudadanía.

Nosotros, *las personas mayores integradas en CEOMA* partimos de la experiencia acumulada en las Declaraciones anteriormente citadas y de la «Carta de Derechos y Deberes de las Personas Mayores de Cataluña», para consensuar en los meses de pre-congreso una propuesta que presentamos al VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores.

Las propuestas que hacemos nacen de los *cinco principios temáticos* apuntados por la ONU en la documentación sobre Derechos Humanos para las personas de edad; principios de *Dignidad, Independencia y Autorrealización*, que hacen referencia a su vertiente más individual y personal y los principios de *Asistencia* que se implican desde el de la *Participación* y que nos permiten lograr la autorrealización personal, basada en la independencia, por aportarnos dignidad y calidad humana.

El principio de Dignidad

Por el cual las personas mayores tenemos que poder vivir con dignidad y seguridad y estar libres de explotación y de malos tratos físicos y/o psíquicos, así como ser tratadas dignamente sin discriminación por causa de

edad, género, etnia, discapacidad, situación económica, o cualquier otra condición y a una vida familiar como apoyo y soporte a este pilar de la sociedad.

Derechos

A no ser discriminadas – A ser reconocidas socialmente – A ser respetadas en el derecho a la libertad para decidir – A recibir un trato digno, plural y normalizado por parte de los medios de comunicación – A recibir información para poder decidir – A vivir en entornos accesibles, adaptados a nuestras posibilidades y sin barreras, a la dignidad en las condiciones de vida y vivienda.– A percibir unas pensiones justas – A que sean combatidas las situaciones de pobreza exclusión y maltrato – A la vida privada, familiar y social – A la intimidad – A vivir dignamente, así como también a una muerte digna, rechazando la eutanasia.

Deberes

De no discriminar – De responsabilizarnos de la propia calidad de vida y de la vivienda – De manifestarnos activos hacia la dignificación de las personas mayores, especialmente de la mujer mayor. – De respetar la intimidad ajena. – De mantener el compromiso de las generaciones actuales por dejar a las generaciones futuras un mundo digno y en paz, que posibilite el desarrollo económico equitativo y sostenible. De potenciar la vida familiar, como eje vertebrador.

El principio de Independencia

Que incluye el acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestido y atención sanitaria adecuados y a la oportunidad de trabajo remunerado, al acceso a la capacitación y a la educación.

Derechos

A elegir el lugar de vida, al acceso a la alimentación, la vivienda, el vestido y la atención a la salud, – Al trabajo y obtener ingresos sin discriminaciones. – A la igualdad de oportunidades a nivel social y cultural, que permitan la libertad de pensamiento, opinión y expresión y el derecho a la libre elección. – A la prevención de la dependencia, el maltrato y otras situaciones de riesgo.

Deberes

De ser responsables de las decisiones que tomamos libremente, y de mostrarnos respetuosos hacia otras formas de pensar – De aportar nuestra experiencia en el aprendizaje laboral – De desarrollar procesos de aprendizaje en la vejez. – De respetar el medio ambiente y el medio natural, así como de realizar un consumo responsable y respetuoso.

El principio de la Autorrealización

Definido como el derecho que las personas mayores deben tener para el pleno desarrollo de las oportunidades y potencialidades, de poder disfrutar de los recursos educativos, culturales, espirituales, de ocio y tiempo libre en la sociedad y a ser escuchados a través de los cauces establecidos.

Derechos

A la formación y desarrollo a lo largo del proceso vital, – Al desarrollo de proyectos propios desde el ocio, el tiempo libre, la participación ciudadana y el voluntariado. – A la libertad de comunicación y al respeto a nuestra capacidad de autogestión, de participar en la vida social, económica y cultural, ya sea en un ámbito rural o urbano. – A la libre convivencia – Al desarrollo de entornos accesibles que faciliten nuestra capacidad de realización personal y – Al acceso a la información y a las nuevas tecnologías.

Deberes

De ser activos en la sociedad, desde las capacidades favoreciendo el bienestar personal y la construcción de la sociedad desde el civismo. De manifestarnos activos en procesos y de implicarnos en el diseño de políticas y acciones que hagan posible una sociedad para todas las edades.

El principio de Asistencia

Que declara que las personas mayores tenemos que beneficiarnos de la atención de la familia, así como tener acceso a los servicios sociales, sanitarios y asistenciales, y tenemos que disfrutar de los derechos humanos y fundamentales, tanto en el propio hogar como si residimos en centros de atención o instituciones.

Derechos

A la prestación de servicios sociales de calidad – A ser informados sobre derechos y deberes propios en relación con la salud – A no ser discriminados por causa de la edad en las listas de espera de atención médica o en los procesos de rehabilitación. – A acceder a programas de asistencia y recibir el apoyo socio-sanitario necesario para mantener la autonomía. – A disponer de asistencia jurídica – A la tutela efectiva y afectiva en casos de incapacitación legal.

Deberes

De hacer uso solidario y responsable *de los recursos*. De implicarnos en procesos de mejora personal en el crecimiento de la propia autonomía.

El principio de Participación

Que prevé que, en una Sociedad inclusiva, para todos, las personas mayores debemos participar activamente, como colectivo, en la formulación, de políticas y buenas prácticas que afectan directamente a nuestro bienestar, desde la solidaridad con otras generaciones, y que este principio tiene que ser entendido desde el derecho a la libre asociación.

Derechos

A exigir que nuestra participación sea reconocida en cuanto que formamos parte de la sociedad con los mismos derechos y deberes que cualquier otro ciudadano. – A recibir, de las administraciones, apoyo económico y soporte técnico que facilite la participación activa en proyectos a favor de la sociedad, – A todos los derechos políticos y sociales reconocidos en la Constitución Española, en los Estatutos de autonomía de las respectivas Comunidades Autónomas, y en la Carta de Derechos Fundamentales de la Ciudadanía Europea – A que sean tenidas en cuenta la experiencia y el conocimiento, y que se promuevan acciones encaminadas a potenciar nuestra implicación y nuestra participación en los movimientos generales de la sociedad.

Deberes

De transmitir a otras generaciones nuestros conocimientos y nuestras experiencias. – De dar a conocer a toda la sociedad las necesidades, demandas y actuaciones específicas de las personas mayores, promoviendo las relaciones intergeneracionales desde la implicación social y personal:

- De participar democráticamente en los asuntos públicos.
- De promover la ciudadanía mediante la defensa de los derechos de todas las personas.
- De comprometerse en la búsqueda de una mayor igualdad entre todos los mayores del mundo.

Estas propuestas deben apoyarse:

- 1. En un Observatorio de Derechos Humanos.**
- 2. Un defensor del Mayor específico, dentro de la Oficina del Defensor del Pueblo.**

Es una necesidad prioritaria que los principios recogidos en esta Ponencia, que ahora CEOMA somete a la consideración de todos los congresistas, sirvan de base, dentro del marco legal vigente, para la puesta en marcha de una «Carta Española de Derechos y Deberes de las Personas Mayores».

Esta «Carta» debe reflejar el compromiso social que estamos dispuestos a asumir, si contamos con un instrumento pragmático y vinculante, para poder vivir en paz, y poniendo todo nuestro empeño de construcción de una sociedad más justa para todas las edades y las generaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA BASES

(1991) Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 – Resolución 46/91).

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1640.pdf>

(1999) Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa:

Una comparación de los Eurobarómetros de 1992 y 1999 Alan Walker (1999) <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/walker-actitudes-01.pdf>

7-12-2000. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

Explicaciones relativas al texto completo de la Carta

http://www.euskalherria.com/dokumentuak/fitxategiak/carta_ue_es.pdf

Madrid, 5 al 9 de abril de 2002. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES **Conclusiones del Foro Mundial de ONGs sobre Envejecimiento.**

<http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Documentos/Tecnica/>

(1992) FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA VEJEZ. **Declaración de la sobre los derechos y las responsabilidades de las personas de edad** http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Geriat_M_08.html

Barcelona (2000) Carta Europea de Salvaguarda de los Derechos Humanos en la ciudad

<http://www.bcn.es/ciutatsdretshumans/esp/cart1.htm>

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Minnessota 1995**
http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm
- 2 de diciembre 2004. Informe de la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento.** Naciones Unidas
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_29-sp.pdf
- El 26-9-2002. Decálogo de Derechos de las Personas Mayores.** Consejo Vasco de Bienestar Social. Portal mayores IMSERSO
- 1-10-2002. Decálogo de las Personas Mayores. – Sociedad Española de Geriatria y Gerontología**
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-decalogo-01.rtf>
- Help Age Internacional Noviembre (2000). El sello de una sociedad noble: Derechos Humanos y Personas Mayores**
<http://www.helpage.org/images/pdfs/MarkofanobleSpanish.PDF>
- Help Age Internacional Noviembre (diciembre, 2001). Igualdad de trato, Igualdad de Derechos.** 10 acciones para poner fin a la discriminación de edad
<http://www.helpage.org/images/pdfs/Equal%20treatment%20Spanish.PDF>
- Barcelona, 1996. Carta de los Derechos de los participantes en Educación y Formación de Personas Adultas**
<http://www.servidex.com/fevaepa/carta.html#cartaderechos>
- 19-03-2003. Sánchez Carazo, Carmen: La intimidad: Un derecho fundamental de todos**
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf>
- OMS (2002). Envejecimiento activo: Un marco.** POLÍTICO Organización Mundial de la Salud Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- OMS Madrid (2002). Vieillir en Restant Actif.** Organisation mondiale de la Santé Maladies non transmissibles et santé mentale Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé Vieillesse et qualité de la vie
- Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillessement, Madrid, Espagne, 2002.**
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- (1978 Madrid). Constitución Española** (Ultima revisión del texto) Congreso de los Diputados 2002 <http://www.congreso.es/funciones/constitucion/>
- (1997 París). Declaración sobre las responsabilidades de las generaciones actuales para con las generaciones futuras** adoptada el 12 de

noviembre de 1997 por la Conferencia General de la UNESCO en su 29.^a reunión

<http://www.unesco.org/cpp/sp/declaraciones/generaciones.htm>

Madrid, 8-12 de abril de 2002. Una sociedad inclusiva para una población que envejece. Documento presentado por la OIT ante la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento

<http://www.ilo.org/public/spanish/employment/skills/older/publ/spaage.pdf>

La discriminación política del Mayor

- Ponente:* **Mario Cugat i Leseurs**, *Presidente de Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC).*
- Presidente:* **Rafael Navas**, *Presidente del Grupo Júbilo Comunicación.*
- Vicepresidente:* **Enrique Peidro Albaladejo**, *Vocal del Comité Ejecutivo de GEOMA.*
- Secretario:* **Miquel Sánchez i López**, *Responsable de Imatge i Comunicació de FATEC.*
- Vocal:* **Juan Martínez Serrano**, *de FATEC Responsable Gabinet d'Estudis de FATEC.*

CONSIDERACIONES GENERALES

Esta Ponencia ha pretendido estudiar, en base a datos reales y comprobados, la discriminación política que se practica con la personas mayores. Quizá no sea una actitud consciente ni desde luego premeditada, pero es real y efectiva. A partir de los 64 años, en los puestos de representación política, el número de personas mayores presentes es ínfima. Y aun cuando esta parte no se ha estudiado, es público y notorio que los mayores tampoco están en los cargos de libre designación para la acción ejecutiva y desde luego, por haber cumplido la edad de jubilación, tampoco entre el funcionariado.

En conjunto, pues, el mayor de 64 años prácticamente desaparece del campo político y social. Y con ello queda efectivamente discriminado y se desaprovecha un caudal de conocimientos, un acervo de experiencia y una capacidad especial para la reflexión serena, para la acción paciente, para la promoción de la paz y la concordia y hasta se diría que una especial disposición para la adivinación del futuro, para «verlas venir».

Todo este activo del que dispone, en general, el ciudadano de edad, se superpone a otros activos propios de las personas jóvenes y maduras. Estas, hoy en día, han podido tener unos estudios generales y específicos de alta calidad; están al día de los últimos adelantos y conocimientos de las respectivas disciplinas; con la nuevas y modernas tecnologías disponen de herramientas eficaces para acceder con rapidez a un amplio abanico de medios de formación y información; están habituados al reciclaje permanente, han viajado y el mundo les es muy estrecho.

Pero no hay ninguna duda de que, entre el conjunto de personas mayores, hay muchas que, teniendo también estos atributos, igualmente están perfectamente equipados en información y conocimientos, a los que la vida profesional que han tenido les ha obligado al reciclado, al uso regular de las modernas técnicas y que su capacidad mental, su curiosidad personal y su voluntad e interés en mantenerse actualizados le sitúa en un nivel que en nada desmerece en comparación con el de las generaciones siguientes.

Y con unas ventajas añadidas en nada despreciables. El mayor, en su inmensa mayoría, ya no medra por cuanto sus ambiciones económicas y sociales, en general, ya están colmadas; habitualmente ya sólo ha de cubrir los dispendios propios y de su pareja; no acostumbra a tener hipotecas y otros débitos pendientes ya que su infraestructura doméstica está completa; su recorrido vital puede haber sido amplio y satisfactorio; conoce bien al mundo y a su gente y su formación moral, su escala ética de valores y su experiencia acumulada, le hacen especialmente dispuesto para el servicio generoso y desinteresado.

Por todo lo cual resulta inexplicable cómo se desaprovecha todo este acervo y la sociedad y concretamente el mundo político, se privan a sí mismos del uso de una riqueza, en personas y conocimientos, que tan valiosos resultarían en las Instituciones Públicas.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Esta discriminación por edad, atenta contra la legalidad vigente. En primer lugar, está claro que la persona asume la plenitud de sus derechos civiles y de la ciudadanía al cumplir los dieciocho años y que en ninguna Ley se dice que la pierda al cumplir los sesenta y cinco. Esta edad únicamente marca la fecha desde la que se puede acceder, si así lo decide, a una merecida jubilación laboral. Nada más.

En la Constitución Española en su art. 12, Título primero, capítulo primero, dice:

«Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años» lo que corrobora lo dicho arriba, al no señalar edad de pérdida de derechos.

En el mismo título, capítulo segundo, el art. 14, define:

«Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social» entendiéndose también la edad, como una de las condiciones o circunstancias personales que no puede sufrir discriminación.

Y en su art. 23, profundiza en lo referente al ámbito político cuando dice:

«1. Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal.»

«2. Asimismo, tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos, con los requisitos que señalen las leyes.»

En el Título tercero, capítulo primero, art.68, se dice:

«5. Son electores y elegibles todos los españoles que estén en pleno uso de sus derechos políticos.»

Y le sigue el art. 70, que precisa:

«1. La ley electoral determinará las causas de in-elegibilidad e incompatibilidad de los Diputados y Senadores, que comprenderán, en todo caso...»

Señalando, a continuación seis causas que impiden el acceso a estos cargos, sin que ninguno trate de la edad del ciudadano.

Todo lo señalado anteriormente en relación con el Estado, es igualmente válido en lo referente a las Comunidades Autónomas y Entidades Locales, cuando en el Título octavo, capítulo primero, art. 139, dice:

«1. Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado.»

Queda pues meridianamente claro, que la Constitución en nada excluye al ciudadano mayor para participar y ejercer en el campo de la acción política.

CAUSAS DE LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD

Ninguna duda queda de que todos los Organismos del Estado y de sus Comunidades Autónomas y Entes Locales, acatan y cumplen escrupulosamente la Constitución.

Incluso es posible asegurar que ninguno de ellos ha normalizado en sus propios estatutos, reglamentos y protocolos de actuación la menor discriminación por edad.

Simplemente que la cosa es así. Contrariamente a lo acaecido a lo largo de la Historia, en todas las civilizaciones, culturas y organizaciones políticas y sociales, en las que los mayores gozaban de gran predicamento y por serlo estaban, por derecho propio, en todas las cabeceras de mando y representación, actualmente el peso de la juventud los ha desplazado. Hoy, la persona de edad ya no es la depositaria de la cultura, la instructora en el oficio, la maestra de la vida, la coordinadora y árbitro de la convivencia, por cuanto el acceso a la instrucción y a la formación, vedado antes para la mayoría, está, ahora, al alcance de todos. Y el canoso ya no es necesario para la transmisión de la sabiduría ni tampoco es ya el único titular de la propiedad y de la riqueza familiar o tribal. El joven y el maduro se instruyen por su cuenta y su economía, sustancialmente, dependen de si mismos y en consecuencia, aunque de forma inconsciente, ya no se cuenta con el mayor.

Y precisamente esta necesidad de autofinanciarse y esta suficiencia cultural del joven es la que ha desplazado al mayor de la primera fila y como consecuencia y de forma inconsciente ya no se cuenta con él.

Por lo que las organizaciones políticas, al confeccionar sus listas electorales, al rellenar sus organigramas de ejecutivos, al proveerse de sus dirigentes, raramente cuentan con los mayores, aún cuando no lo hagan por exclusión formal.

Y tristemente, la Sociedad se lo pierde.

SITUACIÓN DE LA MUJER

La histórica discriminación de la mujer en los puestos de mando y representación no ha sido por razón de edad sino de género. Se puede afirmar que ha sido el hombre quien ha organizado las sociedades, ha hecho las leyes, ha impuesto las costumbres, ha establecido las normas religiosas, ha decidido quien accedía a la formación y la cultura, quien al trabajo y quien a las funciones familiares y domésticas. Y en general, lo ha hecho excluyendo y discriminando a la mujer. Es su responsabilidad histórica y una carga para su conciencia.

Hoy felizmente, en las sociedades occidentales en particular, esta situación está cambiando rápidamente y la mujer ya es reconocida y cada día más accede a todos los oficios, profesiones y responsabilidades en la plenitud de sus derechos como ser humano. Los dos sexos son distintos en sus funciones biológicas, pero son iguales en sus capacidades intelectuales.

Pero aún no se ha completado esta asunción de la mujer a todas las responsabilidades y por ello, en el trabajo estadístico que presentamos, hemos estudiado también, el rol de la mujer en el mundo de la política y más adelante presentaremos conclusiones al respecto.

Y también, tristemente, la Sociedad se lo pierde.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Para confirmar y demostrar lo señalado, se ha procedido a recabar información sobre la edad y el sexo de los actuales miembros de:

Las Cortes Generales.

Los Parlamentos y Asambleas autonómicas.

Ayuntamientos de algunas ciudades significadas.

Las Ejecutivas de los Partidos del arco parlamentario.

La toma de datos se ha realizado vía Internet, en los casos donde se han encontrado éstos correctamente y por respuesta directa de muchos de los Organismos solicitados.

En cualquier caso, la muestra es suficientemente representativa a los efectos buscados por la presente Ponencia.

A continuación detallamos los cuadros con los resultados obtenidos:

CORTES GENERALES

<i>Órganismos</i>	<i>Núm. escaños</i>	<i>Núm. mujeres</i>	<i>Porcentaje sobre población</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Porcentaje sobre población</i>
Congreso Diputados	350	127		36,29	10	2,86	
Senado	259	65		25,10	19	7,34	
TOTAL	609	192	0,45	31,53	29	4,76	0,06

ALGUNOS AYUNTAMIENTOS

<i>Localidad</i>	<i>Número Concejales</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
Barcelona	41	17	41,46	0	0,00
Bilbao	29	11	37,93	1	3,45
Ceuta	25	9	36,00	2	8,00
Gijón	27	14	57,85	1	3,70
LaCoruña	27	12	44,44	1	3,70
Logroño	27	10	37,03	0	0,00
Madrid	55	26	47,27	0	0,00
Málaga	29	14	48,27	0	0,00
Mérida	25	12	48,00	0	0,00
Murcia	29	9	31,03	1	3,45
Oviedo	27	9	33,33	0	0,00
Palma de Mallorca	30	15	50,00	0	0,00
Pamplona	27	10	37,03	0	0,00
Santiago	25	7	28,00	1	4,00
Toledo	25	9	36,00	0	0,00
Valencia	33	12	36,36	1	3,03
Valladolid	29	11	37,99	0	0,00
Vigo ²⁷	9	33,33	0	0,00	
Vitoria	27	10	37,03	0	0,00
Zaragoza	31	10	32,26	0	0,00
TOTAL	595	236	39,66	8	1,34

PARLAMENTOS O ASAMBLEAS DE ALGUNAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

<i>Organismos</i>	<i>Número Escaños</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
Parlamento de Andalucía	109	42	38,53	1	0,92
Cortes de Aragón	67	22	32,84	1	1,49
Junta General de Asturias	45	14	31,11	1	2,22

PARLAMENTOS O ASAMBLEAS DE ALGUNAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Continuación)

<i>Organismos</i>	<i>Número Escaños</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
Parlamento de Canarias	60	23	38,33	3	5,00
Parlamento de Cantabria	39	17	43,59	2	5,13
Cortes de Castilla y León	82	30	36,59	3	3,66
Parlament de Catalunya	135	41	30,37	3	2,22
Cortes de Valencia	89	39	43,82	2	2,25
Asamblea de Extremadura	68	25	36,76	1	1,47
Parlamento de Islas Baleares	59	21	35,59	0	0
Parlamento de La Rioja	33	13	39,39	0	0
Asamblea regional de Murcia	46	14	30,43	2	4,35
Comunidad de Madrid	111	46	41,44	4	3,60
Xunta de Galicia	76	24	31,58	8	10,52
TOTAL	1.019	371	36,41	31	3,04

COMITÉS EJECUTIVOS DE ALGUNOS PARTIDOS POLÍTICOS

<i>Partidos Políticos</i>	<i>Total Miembros</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
PSOE. Comisión Ejecutiva Federal	31	15	48,39	0	0
P. Popular. Comité Ejecutivo Nacional	88	29	32,95	2	2,27
Unió Democràtica de Catalunya Comité de Gobierno	35	11	31,43	2	5,71
Convergència Democràtica de Catalunya Comité Executiu Nacional	55	13	23,64	2	3,64
Esquerra Republicana de Catalunya Executiva Nacional	40	8	20,00	0	0
TOTAL	249	76	30,52	6	2,41

RESUMEN

<i>Organismos</i>	<i>Representantes Políticos</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
Cortes Generales	609	192	31,53	29	4,76
Parlam. o Asambleas Comunitades Autònomas	1.019	371	36,41	31	3,04
Algunos Ayuntamientos	595	236	39,66	8	1,34
Comités Ejecutivos de algunos Partidos Políticos	249	76	30,52	6	2,41
TOTAL	2.472	875	35,39	74	2,99

PARLAMENTO EUROPEO

<i>Organismo</i>	<i>Número Escaños</i>	<i>Número Mujeres</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Personas > 64 años</i>	<i>Porcentaje %</i>
Parlamento Europeo	732	218	29,78	62	8,47

<i>Mujeres</i>	
Ayuntamientos	39,66%
Comunidades Autónomas	36,41%
Cortes Generales	31,53%
Comités Ejecutivos	30,52%
TOTAL	35,39%

<i>Personas > 64 años</i>	
Cortes Generales	4,76%
Comunidades Autónomas	3,04%
Comités Ejecutivos	2,41%
Ayuntamientos	1,34%
TOTAL	2,99%

VALORACIÓN DE RESULTADOS RESPECTO A LOS MAYORES DE 64 AÑOS

La cifra clave es que únicamente 3 de cada 100 representantes políticos es mayor de 64 años, cuando somos el 17,8% de la población.

No llega al 0,1 por mil de ciudadanos el número de mayores con representación política en los Parlamentos Autonómicos.

Valorando el porcentaje de mayores de cada Comunidad Autónoma en relación con el mapa territorial de las mismas, no se observa relación alguna con su realidad geográfica, social, mayor peso urbano o rural, agrícola o industrial, montañoso o mesetario, nivel económico, PIB, interior o periférico, etc.

La misma comparación se ha realizado con los datos de porcentaje sobre 1000 ciudadanos, sin encontrar tampoco ninguna relación con las características de cada Comunidad Autónoma.

Las Cortes Generales son las que tienen un mayor número de mayores: un 4,76%.

Los Ayuntamientos son los que tienen un menor número de mayores: un 1,34%.

Se observa que el Senado tiene 2,5 veces más mayores que el Congreso, lo que podría interpretarse como que la figura de senador puede tener, en algunos casos, un cierto componente de premio por buenos servicios históricos de la persona.

Por el contrario, en los Ayuntamientos prácticamente no hay personas mayores.

En el estudio de algunas de las Comisiones Ejecutivas de partidos políticos, se observa que los denominados de izquierda no tienen mayores en su Ejecutiva, lo que sí tienen los restantes.

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LAS MUJERES

Las mujeres ocupan el 35,39% de todos los puestos de representación política.

Prácticamente representan el 1 por mil de la población en los Parlamentos Autonómicos.

Tienen una importante presencia, el 39,66% en los Ayuntamientos.

La menor representación, el 30,52%, está en las Ejecutivas de los partidos políticos.

Valorando el porcentaje de mujeres de cada Comunidad Autónoma, en relación con el mapa territorial de las mismas, no se observa relación alguna con su realidad geográfica, social, mayor peso urbano o rural, agrícola o industrial, montañoso o mesetario, nivel económico, PIB, interior o periférico, etc.

La misma comparación se ha realizado con los datos de porcentaje sobre 1000 ciudadanos, sin encontrar tampoco ninguna relación con las características de cada Comunidad Autónoma.

En general, pues, la situación de la mujer, respecto a fechas no lejanas, presenta una evolución favorable y se adivina una progresión en su presencia en la vida política, social, cultural y económica, que permite suponer que en tiempo no lejano la equiparación con el hombre será total.

COMPARACIÓN CON EUROPA

El actual Parlamento Europeo tiene 732 diputados, representantes políticos de los 15 países que componían la Unión en el momento de su constitución. Además forman parte de los diferentes grupos políticos de sus respectivas naciones, cada uno de ellos con sus propios planteamientos e idearios.

En consecuencia, sus parlamentarios forman una muestra, si pequeña en relación con el número de habitantes de la Unión, suficientemente representativa para permitir unas conclusiones.

Y la principal es que el número de mayores eurodiputados, 8,47%, es 2,75 veces superior a la mencionada media española, 3,06%.

Por lo que en España, la discriminación política por edad es acusadísima y exige una reflexión a los responsables de ella.

CONCLUSIONES

La Ley electoral reserva a las Ejecutivas de los partidos políticos la confección de las listas electorales que son cerradas, por lo que los incluidos en ellas, sobre todo en los primeros puestos, tienen la elección prácticamente asegurada.

En consecuencia es inútil responsabilizar a las Instituciones (Cortes, Parlamentos autonómicos y Ayuntamientos) por esta discriminación política por edad, que cabe atribuir, en exclusiva, a los Partidos Políticos y a sus Dirigentes principales.

Es, pues, su responsabilidad, suprimir dicha discriminación y dar cabida, juego y responsabilidades a aquellos mayores capacitados y vocacionados para ejercer la representación pública, a la que darán, como hacen los ya presentes, dignidad, serenidad, experiencia y buen hacer.

Cabe, pues, exponer clara y extensamente esta discriminación del mayor y este VII Congreso de CEOMA es una excelente plataforma para ello, de manera que cale en Sociedad y sus variadas Instituciones, que la persona de edad en modo alguno ha abdicado de su derecho a continuar participando activa y plenamente en la vida comunitaria.

Que quiere estar en el mundo político, representativo, social, económico, cultural, artístico, en los ámbitos de la investigación, de las finanzas, de la información, del deporte incluso y que puede aportar asesoramiento y experimentados conocimientos varios a una Sociedad que se mutila a sí misma si desprecia o ignora a este colectivo, que ha merecido su corona plateada en las sienas por sus valiosas aportaciones, su esfuerzo, su sufrimiento, su valor y su miedo, sus amores y desencuentros, sus ambiciones y frustraciones, pero que no renuncia a una presencia activa en su futuro restante.

PROPUESTA

(Acordada en el trámite de discusión de Ponencia)

Demandar a los Partidos Políticos que al confeccionar las listas electorales incluyan, en lugares de previsible elección, un número de personas mayores de acuerdo con el porcentaje poblacional del momento.

Discriminación sanitaria del Mayor

- Ponente:* **Ángel Oso Cantero**, *Secretario de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.*
- Presidente:* **Jesús Sánchez Martos**, *Catedrático de Educación para la Salud.*
- Vicepresidente:* **José Antonio García-Argudo López**, *Presidente de AJUBANESTO.*
- Secretario:* **Rafael Barroso Guerra**, *Vicepresidente 1.º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.*
- Vocal:* **Eladio García García**, *Vicepresidente 2.º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.*

1. INTRODUCCIÓN

La salud es el asunto que más preocupa a la población en general y, especialmente, a las personas de edad. Esta inquietud viene reflejándose en todas las encuestas, a lo largo de los años. Así, según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el año 2002, las personas de más de 65 años otorgaban a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, mientras que al bienestar económico le asignaban 8,1 puntos. Es decir, la salud es más importante que el dinero.

Objetivamente es comprensible esta preocupación de los mayores, habida cuenta que, con la edad, se van acumulando los achaques, un mayor número de enfermedades de carácter crónico y una superior fragilidad para la adquisición de enfermedades agudas. No cabe la menor duda de que el envejecimiento constituye un muy importante factor de riesgo para todo tipo de dolencias.

Diversos estudios confirman que el 80% de los ancianos son portadores de, al menos, una enfermedad crónica y el 45% de más de una. Con estos datos, no cabe asombrarse de que sean estas personas mayores las que más acuden a las consultas, las que más ingresos hospitalarios producen y las que más productos farmacéuticos consumen. En una palabra, es el colectivo que más gasto sanitario genera.

Solo en farmacia, el gasto producido por los mayores se eleva, nada menos, que al 77,4% del gasto total. No es extraño, por consiguiente que sean vistos como una carga que pesa sobre los sistemas sanitarios y amenace su sostenibilidad financiera.

Es cierto que el progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores del incremento imparable del gasto sanitario en España. Pero no es menos cierto –como indica el Dr. Julio Villalobos en una de las enmiendas aportada a esta ponencia– que el factor fundamental es la constante incor-

poración de las nuevas tecnologías y la demanda, igualmente creciente, de servicios por los usuarios. En este mismo sentido, otra de las enmiendas presentadas, señala como agentes de gasto: la llamada medicina defensiva, ejercida por los profesionales de la salud como reacción a la progresiva judicialización de la actividad médica, el deterioro de la confianza en el médico de cabecera, la propia evolución de la sociedad y de las relaciones socio-familiares y la demanda excesiva de los recursos hospitalarios.

No obstante, de este criterio economicista, surge una de las más importantes formas de discriminación sanitaria del mayor. Una gerontofobia sanitaria que parte de estereotipos como el de que la enfermedad es consustancial con la vejez, o que las personas de edad ya han cumplido con su misión en la vida (¿Que más quieren? ¿Cuanto quieren vivir?) o son personas improductivas en las que la utilización de recursos sanitarios no tendrá un retorno social. Es más, en muchas ocasiones se presupone que la edad avanzada debe ser una contraindicación para tal o cual decisión médica y, para defender medidas de exclusión, se argumentan razones basadas en un supuesto beneficio al anciano: no molestarle, dejarle tranquilo, etc.

2. PONER LÍMITES: UNA PROPUESTA DISCRIMINATORIA PARA EL MAYOR

Esta es la línea de razonamiento que propone un libro editado recientemente en España:

Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece. (Daniel Callahan. Madrid 2004. Editorial Triacastela).

Publicado en EE.UU. en 1987, a pesar del tiempo transcurrido y de la enorme polémica levantada, este libro se ha convertido en un referente del debate sobre los fines de la medicina en nuestra época, sometida a la contradicción entre sus posibilidades tecnológicas y las dificultades para costear su aplicación en todos los casos, especialmente en los ancianos.

Su tesis central es que deben repensarse dos ideas muy arraigadas.

La primera es que el progreso de la tecnología médica puede alargar la duración y mejorar la calidad de vida en la edad avanzada, indefinidamente.

La segunda es que, en los sistemas públicos, no debe contar solo las necesidades individuales sin compromiso de edad, sino que debe primar el reparto intergeneracional de los recursos y deben establecerse claros límites a la atención de los ancianos.

A los responsables de las políticas sanitarias, el libro les sugiere que alentar el alargamiento indefinido de la vida tiene un coste muy elevado y unas ventajas pequeñas para el conjunto de la población. Tanto la asistencia como la investigación han de dirigirse preferentemente a evitar muertes prematuras y, en el caso de los viejos, aumentar su calidad de vida, no alargarla a toda costa.

A los médicos que atienden ancianos, les recomienda cambiar el énfasis desde la curación al cuidado, fortaleciendo la asistencia a domicilio basada en la enfermería, procurando una vida mejor a los ancianos y a los familiares que les cuidan. Debe destacarse que en 1987 no sonaba todavía la preocupación por la dependencia y Callahan no se refiere expresamente a ella, aunque esté presente en su preocupación por las familias cuidadoras.

A la sociedad le propone una nueva concepción de la muerte para considerarla como una realidad vital que hay que aceptar conscientemente y, al analizar el sentido de la vejez, el autor elabora dos conceptos para sustentar sus propuestas: «la duración natural de la vida» y «una muerte tolerable». Callahan sitúa la frontera biológica de esa duración natural de la vida en los ochenta años.

De acuerdo con estos criterios, las obligaciones de la sociedad hacia los que han cumplido su ciclo natural no son las mismas que hacia los que no han llegado todavía a ello. La primera tarea sanitaria de una sociedad –según Callahan– es que los jóvenes y los maduros tengan la posibilidad de llegar a viejos, por encima de ayudar a los viejos para que lo sean más.

El criterio para no aplicar en los mayores ciertos tratamientos que pueden ser normales en personas maduras, según el autor, debe ser la edad matizada, eso sí, por la biografía personal que hace diferentes a situaciones biológicas similares.

Un criterio puramente economicista que ha originado una gran polémica.

El libro que, como venimos comentando, fue publicado en EEUU en 1987, estuvo impulsado por el desequilibrio existente en Norteamérica entre la asistencia médica a niños y ancianos. Mientras que los segundos estaban protegidos por el programa federal y universal Medicare, los niños y adolescentes carecían de una garantía similar, excepto cuando eran indigentes y protegidos por el programa Medicaid. Es decir: en EE.UU. los mayores reciben mejor asistencia que los niños.

Hemos de recordar que el modelo sanitario de EE.UU. dista mucho de parecerse al español. De hecho, está basado en el Aseguramiento Privado, con muy limitadas coberturas públicas, lo que le hace mucho más susceptible a las amenazas y propuestas ofrecidas por Callahan.

Mientras, en España las cosas son radicalmente diferentes: disponemos de un Sistema Sanitario gestionado por las Administraciones Públicas, de carácter universal y gratuito. Y con unas coberturas sanitarias de gran amplitud y un alto nivel científico y profesional. Lo que no quiere decir que carezca de defectos susceptibles de ser corregidos, como veremos enseguida.

3. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En contraste con EE.UU., en nuestro país el desequilibrio intergeneracional, en lo referente a la asistencia sanitaria, es claramente favorable a los niños, a los jóvenes y a los maduros.

Cuando el ponente iniciaba su actividad profesional, como médico especialista en Pediatría –allá por los años 60 del siglo pasado– el problema

sanitario más urgente era el de la atención especializada a los niños. La mortalidad infantil era elevada, las enfermedades infecciosas, como la meningitis meningocócica o tuberculosa, hacían estragos. La poliomielitis invalidaba para toda la vida y no había centros hospitalarios ni estructuras sanitarias para acoger tanta demanda asistencial.

La respuesta de las autoridades sanitarias fue coherente. Se crearon servicios hospitalarios de Pediatría, por todo el territorio español, con notable dotación técnica y de cualificado personal. Numerosas plazas de Pediatría-Puericultura, en Atención Primaria de la Seguridad Social. Cátedras de Pediatría en todas las universidades y Escuelas de formación de personal de enfermería. Todo esto, con las complementarias campañas de prevención y educación sanitaria de la población, alcanzó el objetivo propuesto de rebajar las tasas de mortalidad y morbilidad infantil a cifras competitivas con las de los países más desarrollados.

Por entonces, en las consultas de Atención Primaria de la Seguridad Social, podían concentrarse hasta 100 y 150 niños, mientras que las consultas de adultos no superaban los 20 enfermos al día. La situación ha cambiado radicalmente hasta el punto de que las consultas de adultos están sobrecargadas en tanto que las de niños están más despejadas.

Este cambio obedece, sin duda, a la importante variación que ha sufrido la población, en nuestro país. Basta observar los datos de la Tabla 1 para comprenderlo. La población de mayores de 65 años se ha multiplicado por tres, mientras que la de los menores de 15 años (edad de la asistencia pediátrica en el S.N.S.) se ha reducido casi en igual proporción. En estos momentos hay, en España, más viejos que niños.

TABLA 1. *Población según edad*

<i>Año</i>	<i>1960</i>	<i>2004</i>
Total población	30.528539	43.197.684
Niños 0-15 años	13.772.720... 45,11%	6.118.710... 14,16%
Mayores de 65 años	2.505.165... 8,20%	7.301.009... 17,87%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Como es bien sabido, este envejecimiento de la población española, tiene su origen en la confluencia de estos dos factores:

El acusado descenso de la natalidad, en los últimos 25 años.

El crecimiento de la esperanza de vida.

La natalidad se ha reducido casi a la mitad, con su nivel más bajo en 1996 y un ligero repunte en los últimos años (Tabla 2).

TABLA 2. *Tasa de natalidad por 1000 habitantes*

<i>Año</i>	<i>Tasa bruta de natalidad</i>	<i>Número medio de hijos por mujer</i>
1975	18,76	2,803
1980	15,22	2,215
1990	10,33	1,362
1996	9,20	1,164
2003	10,50	1,303

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En tanto, la esperanza de vida creció en 5 años para los varones y en 6 años para las mujeres. (Tabla 3).

TABLA 3. *Esperanza de vida al nacimiento*

<i>Año</i>	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
1975	73,34	70,40	76,19
1980	75,62	72,52	78,61
1985	76,52	73,27	79,69
1990	76,94	73,40	80,49
1995	78,03	74,44	81,63
1998	78,71	75,25	82,16

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Al haberse modificado, tan radicalmente, la demografía en España. Al ser ya mayoritaria la población de más de 65 años, respecto a los niños y los adolescentes, y teniendo en cuenta las expectativas de progresivo envejecimiento de la población, cabía pensar que las autoridades sanitarias se percatarían de las especiales necesidades de estas personas mayores y modificarían la política asistencial en su favor.

Lo razonable sería que prestaran más atención a este colectivo de mayores, e incrementaran los recursos sanitarios geriátricos, como se hizo con los niños –en recursos pediátricos– el pasado siglo.

Sin embargo, la situación al respecto no puede ser más preocupante:

Solo hay una cátedra de Geriátrica en las 27 facultades de Medicina existentes en España.

Tampoco hay plazas de Geriátría, en cuanto tal, a nivel de Profesor titular. Aunque en algunas universidades (2-3) sí que existen Profesores Titulares en el Departamento de Medicina.

El número de especialistas en Geriátría titulados en España, en estos momentos está en torno a los 750-800.

En los últimos años se vienen convocando entre 45 y 50 plazas de MIR. Una cifra a todas luces insuficiente.

El número de Servicios de Geriátría en hospitales, es difícil de establecer, En todo caso, los cálculos apuntan a que apenas un 15% dispone de alguna Unidad o Servicio geriátrico.

El número de consultores de Geriátría en Atención Primaria y Atención Especializada, *es de cero*.

Veamos en que se traduce este déficit de profesionales geriatras, en los distintos niveles asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud.

4. LA DISCRIMINACIÓN DEL MAYOR EN MEDICINA

La cuestión fundamental que se plantea, podría formularse de la manera siguiente: ¿Debe tenerse en cuenta el factor edad –cualquier edad– como un criterio definitivo, o al menos importante, para tomar una decisión médica? Desgraciadamente tenemos que contestar que esto es lo habitual en la práctica médica, como iremos viendo a lo largo de este informe.

Pero, si la discriminación por parte del médico es, en muchos casos real, aunque con matices, consideramos de mayor trascendencia y gravedad la discriminación institucional. La incapacidad del sistema sanitario español para adaptarse a las necesidades cambiantes de una población cambiante. Un sistema sanitario construido, hace más de medio siglo, a la medida de unas necesidades sanitarias, y demográficas, diferentes a las actuales y que sigue sin atender, aunque se conocen sobradamente, las nuevas necesidades sanitarias derivadas del progresivo, e irreversible, envejecimiento de la población.

El Profesor José Manuel Ribera Casado, Jefe del Servicio de Geriátría, del Hospital Clínico de San Carlos. Universidad Complutense de Madrid, establece un cuadro de discriminación del mayor en Medicina, que nosotros resumimos de la siguiente manera:

4.1. En Atención Primaria y promoción de la salud

El anciano, como cualquier otro ciudadano, debe ser atendido, en primera instancia, en el marco de lo que hoy conocemos como atención primaria –en la Sanidad Pública, los Centros de Salud–. De hecho, según se desprende de algunas encuestas llevadas a cabo con médicos que actúan en estos centros, aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos son personas de más de 65 años (algunos aseguran que alcanza al 80%).

Probablemente, la primera discriminación surge de la insuficiente formación especializada que estos médicos tienen en todo lo referente a los cambios ligados al hecho de envejecer, así como en los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de las enfermedades de los ancianos. Es algo de lo que también se quejan los propios profesionales que trabajan en atención primaria. Nada de ello se les ha enseñado en las facultades de Medicina.

En segundo lugar, otro elemento discriminatorio que sufren las personas mayores, es su exclusión de los programas de prevención y promoción de la salud. Un buen ejemplo lo constituye la exclusión de las mujeres mayores de 65 años, de los programas de prevención del cáncer de mama. Solo muy recientemente comienzan a diseñarse, en algunas áreas de salud, programas para esta población, que probablemente sea la que está en mayor riesgo.

En una línea muy parecida, cabría denunciar la práctica ausencia de ensayos clínicos con fármacos, que incluyan personas mayores. Este hecho es especialmente sangrante si tenemos en cuenta que son precisamente estas personas quienes más fármacos consumen y que, además, los prospectos de los medicamentos tienen obligación de hacer referencia concreta a las peculiaridades de este colectivo.

4.2. En Asistencia especializada

El segundo escalón, que define el modelo asistencial de nuestro Sistema Nacional de Salud, es el que se ocupa de la atención a aquellos pacientes derivados, desde los centros de salud por los médicos de atención primaria, para su examen, diagnóstico y tratamiento, por los médicos especialistas. La recepción de estos enfermos se realiza en Centros de Especialidades de carácter ambulatorio que, en muchas ocasiones, se ubican en las consultas externas de los hospitales.

Las especialidades que ofrecen esta asistencia, son las reconocidas por las leyes y normas aprobadas al respecto. En síntesis, suelen clasificarse en:

- a) Especialidades médicas (Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología, Endocrinología, Psiquiatría, etc.);
- b) Especialidades quirúrgicas (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Ginecología, Traumatología, Cirugía Cardiovascular, etc.);
- c) Especialidades de diagnóstico (Laboratorio, Diagnóstico por Imagen, Anatomía Patológica, etc.) y
- d) Especialidades terapéuticas (Rehabilitación, Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica, etc.).

Todas estas especialidades están a disposición del usuario, en este segundo nivel de asistencia, salvo la especialidad de Geriátrica.

Como ya hemos señalado, el número de especialistas geriatras en Asistencia Especializada, en toda España, es de cero.

4.3. Urgencias hospitalarias y criterios de hospitalización

Es también constatable el trato discriminatorio que reciben, en muchos casos, los ancianos en nuestros servicios de urgencia hospitalarios. Suelen ser los últimos atendidos, de los que nadie quiere hacerse cargo, y a los que más tiempo se retiene. Suelen ser también los que muestran, en mayor medida, una patología más grave, por lo que, desde la urgencia, ingresan en el Centro en una proporción más alta. Son personas que, mayoritariamente sobrellevan una o más enfermedades crónicas cuya agudización, o la interferencia de otra enfermedad aguda, agrava considerablemente su situación vital. Esto justifica el porqué este colectivo recurre con más frecuencia a la urgencia hospitalaria.

Sin embargo, la atención que reciben, en muchas ocasiones, dista de ser la óptima. En general, una vez que han ingresado en una unidad de hospitalización, no suelen ser aceptados de buen grado por los profesionales encargados de su asistencia. Entre otras cuestiones, porque, habida cuenta de sus dificultades para la recuperación y la tendencia a la cronicidad, pueden generar estancias prolongadas y ocupación de camas que harían falta para pacientes más jóvenes.

La propia Administración ha utilizado con frecuencia un argumento que, además de ser rotundamente falso es claramente discriminatorio, para justificar el hecho de no favorecer la puesta en funcionamiento de Unidades o Servicios geriátricos en los hospitales. «Se nos llenarían de viejos» dice. Con experiencia y conocimiento de la realidad, el profesor Ribera Casado contrapone el criterio siguiente «Los viejos van a los hospitales cuando tienen un proceso agudo, llevados por sus familiares o por los médicos de atención primaria. El que haya o no servicios de geriatría en ellos lo único que añade es la posibilidad de prestar una atención más profesionalizada y eficaz a aquellos que la pueden necesitar en mayor medida».

Nosotros añadiremos que la afluencia de personas mayores a los hospitales podría limitarse, y mucho, si estuviera bien cubierta la atención primaria –y sobre todo la domiciliaria– junto a ese segundo nivel de la Asistencia Especializada que constituye el puente entre la hospitalización y el domicilio.

4.4. Acceso a unidades especiales y a la alta tecnología

Quizás el ejemplo más típico de discriminación y el más fácil de entender, es el que se deriva de la aplicación –o no aplicación– a los mayores de las tecnologías nuevas, y generalmente caras, que surgen cada día en el campo de la medicina. También el acceso a unidades especiales (UVIS, UCIS, Unidades coronarias, Unidades de diálisis, etc.) que representa una de las limitaciones que la medicina y los médicos aplican casi de forma sistemática al paciente que ha superado una determinada edad. En España, una encuesta dirigida a los médicos que trabajan en unidades coronarias,

pone de manifiesto que aproximadamente uno de cada cuatro utiliza el criterio de edad a la hora de aceptar pacientes en su unidad. Evidentemente, muchos hacen lo mismo, aunque no lo confiesen.

Sin embargo, sabemos que el anciano sí se beneficia, al menos en la misma medida que el paciente más joven, de técnicas y tecnologías avanzadas, como la monitorización de su función cardiaca tras un infarto agudo de miocardio, la angioplastia coronaria, la cirugía cardiaca en general, la diálisis renal etc. Y no digamos de las pruebas diagnósticas de las que es relegado en las listas de espera: TAC, RM, SPECT; estudios con isótopos, etc.).

Resumiendo, podemos reducir la discriminación sanitaria del mayor en estos cuatro asuntos clave:

- 1) La insuficiente formación especializada del médico de Atención Primaria.
- 2) La ausencia de médicos geriatras en Atención Especializada.
- 3) La escasez, en nuestros hospitales, de servicios de Geriatría y de camas hospitalarias destinadas específicamente a las personas mayores.
- 4) La necesidad de desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (Aspecto que abordaremos a continuación).

5. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Un tema de gran actualidad, sobre todo después de la llamada crisis del Severo Ochoa, el hospital público de la ciudad madrileña de Leganés.

Una técnica que se define como «aquella que persigue básicamente evitar el dolor y el sufrimiento de los enfermos, cuando se han descartado otros tratamientos medico-quirúrgicos o farmacológicos».

Una técnica reconocida universalmente y que, con enorme frecuencia ha de aplicarse a enfermos terminales, desahuciados por los conocimientos médicos y que, irremediablemente han de fallecer a corto plazo.

Una técnica que, por lógica, es el colectivo de personas mayores, del que nos estamos ocupando en esta ponencia, el que con más frecuencia se ve enfrentado a ella.

El tema no es nuevo, aunque desgraciadamente haya saltado a una furiosa actualidad, en España, la pasada primavera. En el fondo, lo que se debate es la actitud de la sociedad ante el doloroso trance de la muerte.

Una situación que las generaciones anteriores aceptaban con todas sus consecuencias, de sufrimiento y dolor, reclamando únicamente que la muerte les llegara «en su cama y rodeado de sus familiares queridos».

Hasta hace pocos años, la demanda de bien morir en el seno familiar, se veía favorecida por el modelo de familia vigente en España, que prestaba una especial atención al anciano. Durante siglos se ha asumido que lo mismo que los padres están obligados a cuidar de sus hijos cuando son pequeños, también estos están obligados a cuidar de sus progenitores cuando se hacen viejos.

Esto ha sido mucho más fácil con familias grandes y una «edad avanzada» que rara vez alcanzaba los 70 años. El hecho de que la mujer no se hubiera incorporado al mercado de trabajo y pudiera ocuparse de atender a sus mayores, como una más de las labores del hogar, representaba una cobertura ideal para estas personas. Por otra parte, cierto prejuicio moral para debatir en público sobre la decrepitud y la muerte, junto a un acusado conservadurismo profesional, ha retrasado la llegada de una reflexión colectiva sobre como afrontar el final de la vida.

Sin embargo, con la prolongación de la esperanza de vida, las actuales familias pequeñas, (recordemos las tasas de fecundidad tan bajas en España) y la incorporación de la mujer al trabajo, esa especial atención familiar al anciano se ha visto sustituida por otras alternativas menos satisfactorias y con un coste emocional importante, tanto para los protagonistas como para los familiares afectados, poco preparados para plantearse decisiones de gran desgaste afectivo en el caso de sus progenitores, aunque la mayoría comprenda que son inevitables.

Decisiones como la que induce a llevar el enfermo terminal al hospital, en un ambiente generalmente frío y deshumanizado. Con el riesgo de morir rodeado de una nube de cables y tubos, sometido a un encarnizamiento terapéutico, muchas veces unido a un sufrimiento físico y psicológico muy cercano a la humillación. Una situación muy alejada del concepto de dignidad tan reclamado para ese momento.

Sin embargo, en las nuevas generaciones, se está produciendo un cambio cultural hacia la muerte, que supone compartir la afirmación del viejo Mitterrand, de que «temo más a la decrepitud que a la muerte».

En esta nueva generación hay una actitud, crecientemente generalizada, contraria a los excesos tecnológicos en la fase final de la vida. De acuerdo con este criterio, lo que parece imponerse es que la pauta de asistencia sanitaria al anciano, debería cambiar también desde la tecnología a los cuidados paliativos. Y la medicina de mayores debería tener como objetivo prioritario reducir el sufrimiento y proporcionar una calidad de vida digna. Eso sí, estableciendo una frontera clara entre esta actitud y la eutanasia.

Pero, veamos ahora cual es el papel que, ante esta situación, le corresponde asumir a los profesionales sanitarios.

Los profesionales sanitarios

Si el coste emocional para los protagonistas y los familiares es importante, más grave aún es el coste para los profesionales sanitarios que han debido adaptarse sobre la marcha, obligados por la limitación de recursos, ya sean camas hospitalarias, presión asistencial en las urgencias o insuficiencia de la Atención Primaria y los servicios a domicilio.

El objetivo de la Medicina es la recuperación de la salud perdida, la curación de las enfermedades y, cuando esto ya no es posible o cuando la muerte es inevitable, el deber de los médicos es aliviar el dolor y paliar el sufrimiento de los pacientes. Estos objetivos no son nuevos, antes bien constituyen la esencia de la profesión médica, puesta en práctica durante siglos, durante toda la historia de la humanidad.

En base a estos presupuestos, surgieron en Medicina, primero la especialidad de Anestesia, luego las Unidades del Dolor y a continuación, o simultáneamente, las Unidades de Cuidados Paliativos.

¿Qué significa el término paliativo?. Es suficiente con recurrir al Diccionario de la Lengua Española: Dícese de lo que mitiga, suaviza o atenúa. Dícese especialmente de los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y refrenar su rapidez.

El tratamiento o manejo clínico de los enfermos terminales, en los que fracasan radicalmente todos los tratamientos convencionales, consiste en preservarlos de su grave sufrimiento y el objetivo de disminuir su nivel de consciencia mediante la sedación paliativa se convierte en verdadero objetivo terapéutico. Incluso si de tal sedación se derivara un deterioro de la precaria o exigua salud del enfermo y en consecuencia su muerte.

En estas condiciones, la sedación paliativa es un acto médico y humanitario, una práctica ética admitida por la Medicina y aceptada por la Moral de todas las confesiones religiosas y civiles. No puede, ni debe, confundirse con la eutanasia.

Otra cuestión, de la máxima importancia, es que un desarrollo moderno y de verdadero progreso en el manejo de la muerte exige un lugar idóneo, un ambiente sereno y un tiempo adecuado que permita la reflexión. En este sentido, nada más adecuado que «mi cama rodeado de mis familiares queridos». Por ello, reivindicamos la asistencia domiciliaria de estos enfermos y la atención de cuidados paliativos en este ámbito, por personal especializado.

Lo que no se puede admitir es que este tránsito hacia la muerte tenga que realizarse en unos Servicios de Urgencia materialmente desbordados por la avalancha de enfermos. Desbordamiento que se hace crítico –y en ocasiones insoportable– en épocas de epidemia, dando lugar a situaciones límite que alcanzan a herir la dignidad de muchos enfermos y sus familiares.

Volviendo a la responsabilidad institucional, es imperiosa la necesidad de desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, aprobado en diciembre de 2000 y que establece como objetivo el que más enfermos terminales fallezcan en su domicilio.

Actualmente, los expertos en estas situaciones límite de la existencia, insisten en que un 75% de la población española no tiene acceso a los Cuidados Paliativos. En la Comunidad de Madrid, se contabilizan unas 90 camas, entre públicas y privadas, cuando la Sociedad Española de Cuidados Paliativos estima necesarias 80 por cada millón de habitantes, lo que supondría la necesidad de 471 camas en la región.

Por lo que afecta a la atención sanitaria a los mayores, objeto de esta ponencia, confiamos en que el escándalo del Hospital de Leganés sirva, al menos, para que las autoridades tomen conciencia de la importancia trascendental que, para nosotros, tiene este asunto.

6. LA ASISTENCIA FARMACÉUTICA

Es, sin duda uno de los aspectos más relevantes de la asistencia sanitaria de las personas mayores. No solo por su incidencia en el gasto de la sanidad pública, sino porque es, por el momento, la única parcela de la asistencia sanitaria en la que el anciano goza de una discriminación positiva.

La utilización, por los pensionistas, de unas recetas especiales con las que obtienen sus medicamentos a coste cero, es una conquista social que es necesario defender resueltamente ante las amenazas, que surgen periódicamente, de introducir una participación económica –copago– similar a la que gravita sobre los trabajadores activos.

El argumento que se esgrime, para proponer esta tropelía, es que los mayores consumimos muchos medicamentos y que esto desequilibra la economía del Sistema Sanitario.

Pero veamos cual es el problema. Como se dijo en las primeras páginas de esta ponencia, los ancianos acumulan un mayor número de enfermedades: el 80% presenta al menos una y hasta el 45% más de una.

Con estos datos, es lógico que sean estas personas mayores las que hagan un mayor consumo de fármacos, hasta el punto de que, en España, originan casi el 80% del gasto farmacéutico total.

De media, estas personas consumen de 2 a 4 fármacos diferentes cada día. Y, a lo largo del año, pueden haber consumido entre 17 y 20 medicamentos distintos. Sin embargo, este patrón de consumo no es exclusivo de España, sino que es propio de los países desarrollados. Y, también es un hecho generalizado, que el número de medicamentos consumidos aumenta con la edad, habida cuenta que se agregan nuevas enfermedades.

Sin embargo, la asociación de fármacos no es inofensiva para el mayor. De hecho, las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) generan el 10% de los ingresos hospitalarios, las sufre un 25% de los ancianos ingresados y un 35% de los tratados ambulatoriamente.

En multitud de ocasiones, las manifestaciones clínicas de las RAM (Reacciones Adversas a los Medicamentos) no son diagnosticadas como tales y pueden originar: inquietud, agitación, caídas, depresión, confusión, deterioro cognitivo, estreñimiento, incontinencia. Síntomas que podrían ser evitados mediante un control especializado –geriátrico– que coordinara esa multifarmacia proveniente, la mayoría de las veces, de las diferentes consultas (cardiología, digestivo, reumatología, endocrinología, etc.) a las que se ve obligado a asistir. Una labor que debería realizar el médico de asistencia primaria y que no realiza por insuficiente formación especializada.

Y, volviendo al asunto del copago de los productos farmacéuticos que, según se ha dicho, debe aplicarse a los jubilados con pensiones altas, por contraste con los activos de salarios bajos, debe quedar clara una cuestión. Los jubilados con pensiones altas han contribuido durante muchos años con su tributación y sus cotizaciones a la Seguridad Social, para obtener unos beneficios sociales que les pertenecen y que son irrenunciables. Estos pensionistas están sufriendo, en su economía familiar, una discriminación

añadida por cuanto, desde el año 1984 se les viene sometiendo a un recorte de sus pensiones por el establecimiento de un límite o tope. Injusticia que está afectando a unos 80.000 pensionistas, en toda España y que, las organizaciones de mayores están reclamando su reparación.

Pero es que, además del derecho adquirido de los jubilados a disfrutar de la gratuidad de los medicamentos, conviene aclarar que la incidencia económica de la participación –copago– no es la misma en un activo joven que goza de buena salud y no consume medicamentos en todo el año, que en el pensionista que, como hemos visto, está sometido a una polifarmacia permanente y progresiva.

La introducción del copago significaría una más, y esta vez escandalosa, discriminación sanitaria del mayor.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Admitido que al anciano se le discrimina sanitariamente, en función de su edad, todavía caben algunas consideraciones acerca del porqué se produce esta discriminación.

Ciertamente, las personas mayores, por el mero hecho de serlo presentan más indefensión ante una sociedad que, en cierta medida, les resulta hostil. Pero hay otras posibles explicaciones adicionales, entre las que cabría señalar las siguientes:

Las actitudes de muchos médicos que, por su escasa formación en geronto-geriátrica, se muestran muchas veces indecisos o temerosos en la aplicación de los tratamientos o la utilización de las nuevas tecnologías, por miedo a las reacciones adversas o las posibles complicaciones. También se pueden incluir aquí algunas actitudes de conmisericordia mal entendida que se refugian en argumentos como «para qué vamos a molestarle» o la tendencia de huir de unos enfermos que plantean más problemas y suelen ser más laboriosos y complicados.

Las actitudes de los propios enfermos y de sus familiares. La sensación de que ya se ha vivido mucho o de que «no merece la pena» sigue estando bastante extendida. También, como en el caso de los médicos, el miedo a eventuales complicaciones o a los efectos secundarios.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista, nada justifica que se tenga en cuenta el factor edad –cualquier edad– como un criterio definitivo, o importante, cuando se trata de seleccionar a los posibles beneficiarios de una decisión médica.

Y para defender esta rotunda afirmación existen muchas razones de diverso tipo: éticas, jurídico-legales, sociodemográficas, médico-clínicas, científicas y hasta de sentido común.

Recoger simplemente, a modo de ejemplo, la recomendación emanada de la Asamblea General del Comité de Médicos de la Unión Europea, que

dice **«los derechos de las personas mayores son idénticos a los del resto de ciudadanos. Las personas mayores deben tener el mismo acceso a los sistemas de salud que cualquier otro ciudadano, sin ningún tipo de restricción»**. De hecho, la Constitución Española y la Ley General de Sanidad amparan este derecho, jurídica y legalmente.

Los argumentos sociodemográficos tampoco son desdeñables. No se puede excluir de ningún posible beneficio sanitario a un colectivo que representa ya más del 18% de la población y que es el que más demanda genera. Finalmente, las razones científicas y las directamente médicas, han sido expuestas a lo largo de esta ponencia.

Ya se ha señalado que los insuficientes conocimientos de muchos médicos sobre los principios de la geronto-geriátrica, puede explicar algunas actitudes discriminatorias. También se ha dicho que esta insuficiente formación, no es responsabilidad de los profesionales, sino de los programas de enseñanza que se les imparte en la Universidad.

Asimismo, hemos denunciado la irresponsabilidad institucional que supone la ausencia de especialistas geriatras en todos los niveles de nuestro tan elogiado, y elogiable, Sistema Nacional de Salud. Sin duda, entre las medidas que las organizaciones de mayores debemos reclamar, está el establecimiento, en todos los hospitales importantes, de un Servicio de Geriátrica, así como la creación de consultores geriatras en todas las áreas de salud. Potenciando, al mismo tiempo, la formación en geriátrica de los médicos de atención primaria, primeros responsables de la atención familiar y comunitaria.

Y, por supuesto, desarrollar el pendiente Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

A manera de conclusiones y regresando al comienzo de nuestra reflexión, queremos dejar patente nuestro rechazo a las tesis del libro de Daniel Callahan de «establecer claros límites a la atención de los ancianos». Sin embargo, la defensa que en estas páginas se hace de la no-discriminación, en función de la edad, no debe interpretarse como una licencia para entrar en esa nube de cables y tubos que llamamos encarnizamiento terapéutico. Nada más lejos de nuestra intención y así hemos querido ponerlo de manifiesto cuando hemos abordado el capítulo de los cuidados paliativos. En lo que sí estamos de acuerdo con Callahan, es que la medicina de mayores debe tener como objetivo prioritario reducir el sufrimiento y proporcionar una calidad de vida –y una muerte– digna.

Tras la presentación del presente documento en el marco del Congreso, los participantes en la misma, decidieron RECLAMAR:

1. Un Servicio de Geriátrica en todos los hospitales importantes.
2. Especialistas Geriatras en todas las Áreas de Salud.
3. Potenciar la formación en Geriátrica de los médicos de Atención Primaria.
4. Desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

5. Rechazar el *copago* en la Asistencia Farmacéutica.
6. Suprimir el *copago* farmacéutico a los jubilados de la Mutualidad de Funcionarios civiles (MUFACE), militares (ISFAS) y de la Administración de Justicia (MUGEJU).
7. En relación con la Comunicación presentada por Don José Antonio García-Argudo López.
 - 7.1. **Solicitar de la Administración del Estado**, el desarrollo normativo del Apartado 2 del Artículo 67 de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994, de 20 de junio.
 - 7.2. **Solicitar de las Comunidades Autónomas que hayan recibido las competencias en materia de Sanidad de la Seguridad Social**, el desarrollo de la normativa reguladora de las Entidades Colaboradoras para la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y su financiación, dando estabilidad y continuidad al Sistema de Colaboración con la Red Autonómica de Salud Pública.
 - 7.3. **Solicitar de la Comunidad Autónoma de Madrid**, que cumpla con el compromiso electoral adquirido por su Presidenta, DE CUMPLIR Y HACER CUMPLIR los compromisos en que se subrogó dicha Comunidad con la transferencia del INSALUD, y que fueron suscritos en su día entre el INP y Empresas Entidades Colaboradoras para la asistencia sanitaria a pensionistas y familiares beneficiarios procedentes de dichas empresas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACTAS DEL I FORO DE ENVEJECIMIENTO Y SALUD
«**El futuro de la atención socio-sanitaria en Europa**».
Fundación Sanitas. Octubre 2003.
2. CALLAGAN, DANIEL
«**Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece**». Traducción de A. Mauri y J. L. Puerta.
Triascastela, Madrid, 2004. (Edición patrocinada por la Fundación PFIZER).
3. CASADO, DAVID
«**Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades**». CRES. Barcelona 2000.
4. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS)
«**Observatorio de Personas Mayores**». IMSERSO. Informe 2002.
5. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. 2002
«**El futuro de la Asistencia Sanitaria y de la atención a las personas mayores**».
6. DECLARACIÓN DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID
«**En torno a los sucesos del Hospital Severo Ochoa de Leganés de la Comunidad de Madrid**». 13 de abril de 2005.

7. FUNDACIÓN BBVA. 2003
«Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España».
8. FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD
«**Envejecimiento y Dependencia. Futuros deseables y futuros posibles. Análisis prospectivo**». Barcelona 2000.
9. GARCÍA VARGAS, JULIÁN
«**El sentido de la vejez, la tecnología y los fines de la medicina**». Ars Médica. Revista de Humanidades. 2005.
10. GARCÍA VARGAS, JULIÁN
«**La polémica del copago**». Revista OMC. Agosto 2004.
11. GIL GREGORIO, P.
«**Aspectos éticos de la enfermedad de Alzheimer**». Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
12. GONZÁLEZ GUERRERO, J. L. Y OTROS
«**Medicina preventiva en las personas mayores**». JANO. Tema monográfico sobre la salud del anciano. Mayo 2002.
13. INSALUD. **Indicadores de prestación farmacéutica 2002**
14. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Base de datos INEbase
 - **Población (1960) y Población (2001)**
 - **Población por edad (año a año) y sexo.**
 - **Demografía y población. Esperanza de vida al nacimiento.**
 - **Natalidad y fecundidad. Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes.**
 - **Numero medio de hijos por mujer.**
15. JORNADA FUNDACIÓN SANITAS
«**Dilemas éticos en la atención a la dependencia**». Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, junio 2005.
16. MARTÍN GRACZYK, A.I.
«**Decisiones quirúrgicas y edad**». Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.
17. MARTÍNEZ AGUAYO, C.
«**Anciano, coste sanitario y soporte social. Papel del Estado**». Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
18. NÚÑEZ OLARTE, J. M.
«**El problema del control del dolor en el enfermo terminal geriátrico**». Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
19. O.M.S. «**Salud y envejecimiento**». Observatorio de personas mayores. Noviembre 2001.
20. PASTOR VICENTE, EVA.
«**Consumo de fármacos en el anciano. Iatrogenia**». Conferencia en el Colegio de Médicos de Madrid. Marzo 2005.
21. PÉREZ SEGURA, P., DÍAZ-RUBIO, E.
«**Decisiones terapéuticas en el paciente anciano oncológico**». Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
22. RIBERA CASADO, J. M.
«**Paciente anciano y atención sanitaria. ¿Un paradigma de discriminación?**». Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.

23. RODRÍGUEZ ROVIRA, EDUARDO
«**Salud y personas mayores: La discriminación sanitaria del mayor**».
CANTABRIA ACADÉMICA n.º 194. Academia de Medicina de Cantabria.
Santander. diciembre 2004.
24. SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M. A.
«**Aspectos éticos de la nutrición y la hidratación artificiales**».
Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.
25. SEMEG. 2002. «**El sistema sanitario discrimina al anciano**».
26. SEMEG 2003. «**Reflexiones sobre la atención sanitaria al anciano**».
27. SEMINARIO MUNDO MAYOR. «**Maltrato en las personas mayores**»
17 de mayo 2005.
28. SIMÓN LORDA, P.
«**El consentimiento informado en el anciano**».
Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.

**COMUNICACIONES RELACIONADAS
CON LA PONENCIA
DISCRIMINACIÓN SANITARIA**

«DISCRIMINACIÓN POR LA EDAD (ETAISMO) EN LA PRÁCTICA MÉDICA»

*Dra. Dña. Maria Herrera Abián y Prof. D. José Manuel Ribera Casado.
Servicio Geriatria Hospital Clínico.*

El objetivo de la presente comunicación es poner énfasis, una vez más, en la discriminación a la que se ve sometida la persona mayor en el ámbito de la atención médica. Dentro de los muchos aspectos a los que nos podríamos referir nos limitaremos a apuntar de manera esquemática los tres campos siguientes:

- 1. Transplantes de órganos:** donde los mayores de 65 años quedan excluidos de ser receptores, y en cambio son los principales donantes.
- 2. Prescripción farmacológica:** en la que los mayores de 75 años necesitan un informe especial para recibir determinados medicamentos, únicamente por motivo de su edad
- 3. Terminología médica:** donde se emplea una semántica inadecuada y en ocasiones despectiva como demencia senil que puede llevar a ridículas discriminaciones como el derecho al voto en el último cónclave.

1. TRANSPLANTES DE ÓRGANOS

Es habitual en la práctica médica que se tenga en cuenta la edad para tomar decisiones, por lo que muchas veces a las personas mayores se las excluye de determinadas prácticas terapéuticas, lo que se justifica por el desfase riesgo beneficio, por la mala praxis ética del encarnizamiento terapéutico o por considerar que la esperanza de vida no justifica el riesgo, la morbilidad o el empleo de recursos biológicos o económicos limitados.

Desde hace unos años el envejecimiento de la sociedad con buena calidad de vida, y la instauración en nuestro país del régimen democrático, que hace del derecho al voto la mejor arma de un colectivo numeroso, la presión social de las Asociaciones de Mayores, el desarrollo científico y metódico de la Bioética, las normativas legales de los derechos de los pacientes, que se han enriquecido con múltiples jurisprudencias, destinadas principalmente a defender la libertad de las decisiones personales, ha motivado que las Sociedades Médicas de las diversas especialidades hayan desarrollado protocolos que determinen, de forma razonada, las limitaciones de las actividades terapéuticas. No obstante estos protocolos presentan en muchas ocasiones situaciones inaceptables desde el punto de vista científico, social y ético.

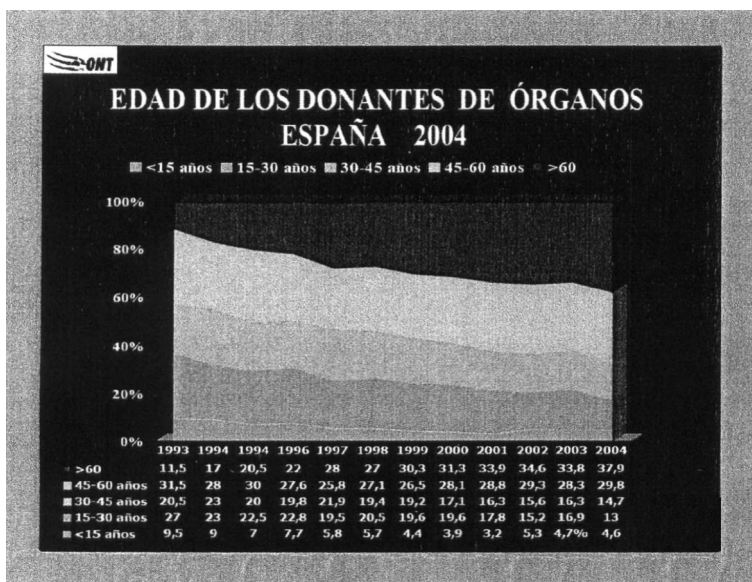
En ese contexto un buen ejemplo de arbitrariedad lo constituyen los criterios de exclusión a la hora de formar parte de un programa de trasplante visceral. Así la edad aparece como criterio en muchos de ellos. Comentaremos únicamente dos casos: trasplante de hígado y de pulmón, por más que consideraciones similares cabría hacer en otros casos (riñón, corazón, etc.).

Para los especialistas de Aparato Digestivo el trasplante hepático se limita a partir de los 60 años y se excluye totalmente a partir de los 65 años, sin tener en cuenta la calidad de vida ni ninguna otra circunstancia, como la ausencia de hábito etílico, cuestión ésta que con dos años de abstinencia permite el trasplante en pacientes más jóvenes.

Para los neumólogos las exclusiones al programa de trasplante pulmonar son también injustificadas. Se excluye a los mayores de 65 años del trasplante unipulmonar, a los mayores de 60 años del bipulmonar y a los mayores de 55 años del trasplante cardiopulmonar. Esta forma de exclusión parece basada en puntos de corte de consenso y no en razones científicas claras y determinantes. Además es justo señalar que hay patologías en el Aparato Respiratorio, que padecidas por jóvenes, pues son congénitas, conllevan riesgos importantes y presentan una esperanza de vida menor que otras patologías del adulto.

A nadie se le oculta que los riesgos de cualquier proceder terapéutico aumentan con la edad. Sin embargo, no es la edad el único factor limitante, ni el número de años es una escala de riesgo con carácter uniforme. Hay muchas formas de tener 70 años, como las hay de tener 16 años, edad

Figura 1



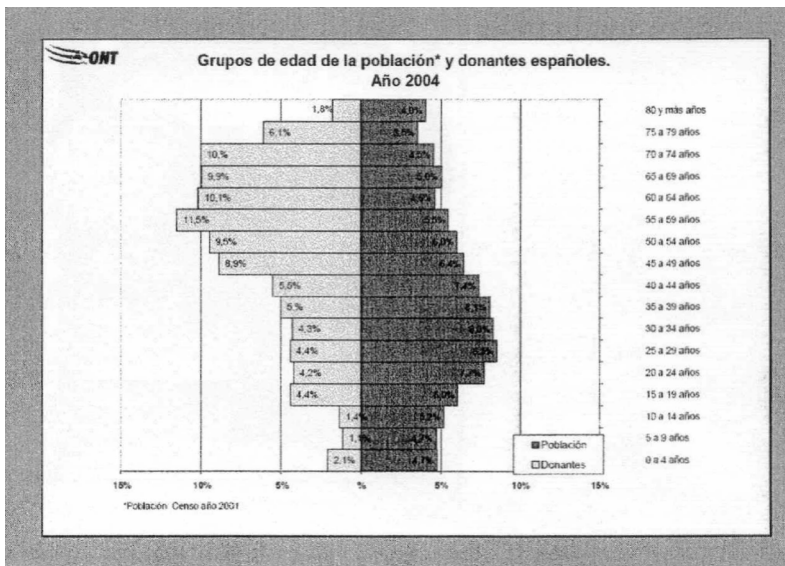
a la que se consultan las decisiones terapéuticas, y su opinión es determinante si se le considera «menor maduro», terminología justamente creada para respetar la decisión a quien se le ha probado un grado especial de responsabilidad personal, responsabilidad mucho menos dudosa en un adulto de 65 años, o de mayor edad, no incapacitado legalmente.

A las razones expuestas, habría que añadir algunas consideraciones sacadas de las estadísticas que presenta, habría que añadir algunas consideraciones sacadas de las estadísticas que presenta la Organización Nacional de Trasplantes: en España los donantes de órganos han aumentado de forma clara en los últimos 10 años, pero como se aprecia en la figura 1, a expensas de las personas de mayor edad. Apréciase que mientras los mayores de 65 años constituyen el 38% de los donantes. Los menores de 45 años, que son los que más se benefician de los órganos donados, contribuyen con el 20% de las donaciones.

Esto último se comprueba en un gráfico comparativo, como el que muestra la figura 2, en el que se observa cómo en el momento actual son las personas mayores las que están contribuyendo mayoritariamente a un banco de órganos del que se encuentran, en gran medida excluidos.

No se quiere introducir aquí una cuestión de «pertenencia» de los órganos donados, contraria al espíritu y a la letra de la Ley de Trasplantes y a cualquier sentido ético. Todo lo contrario, lo que se plantea es un ejemplo de solidaridad y generosidad que debe ser correspondido con igual talante.

Figura 2



2. PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

Llama la atención la nueva Guía de Farmacogeriatría elaborada por la Comunidad de Madrid, donde se estipula que la prescripción de antipsicóticos a los pacientes mayores de 75 años necesita un informe especial para ser prescritos con cargo al IMSALUD por sus posibles «efectos secundarios». En este contexto habría que destacar que estos supuestos efectos secundarios no han ocasionado la retirada del fármaco del mercado, ni parece que sean importantes si se abonan a cuenta del dinero del paciente o días o semanas antes de ese cumpleaños. Sorprende aún más, como ha manifestado el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico, que al hacer pública esta disposición se manifieste que se confía en la labor de los médicos. Si fuera así no se necesitaría ningún tipo de visado. Por otra parte es muy probable que esta decisión sea anticonstitucional en la medida en la que introduce de forma explícita una discriminación en función de la edad, que se opone frontalmente a la igualdad que debe presidir la convivencia de los ciudadanos sin ningún tipo de exclusión basada en sexo, raza, edad, religión, o cualquier otro parámetro de este tipo.

3. TERMINOLOGÍA MÉDICA

Por último debemos hacer una puntualización con respecto al mal uso de terminología muy usada y radicalmente inaceptable. En concreto el objetivo de esta comunicación se centra en el empleo del adjetivo senil como un añadido a diversos procesos. Se trata de la utilización viciada de un calificativo que da lugar a diagnósticos equívocos e incorrectos como los de «Cardiopatía senil», «Demencia senil» y tantos otros parecidos. Tales diagnósticos no existen y su utilización supone un ejercicio de ignorancia que busca atribuir a la edad trastornos que siempre pueden ser atribuibles a causas precisas, por más que la incidencia y prevalencia de dichas causas pueda aumentar con la edad y verse facilitada por los cambios fisiológicos, patológicos y derivados del tipo de vida a los que pueda haber estado sujeto el paciente.

En el caso de los trastornos cognitivos, por ejemplo, las pérdidas pueden tener una etiología vascular o degenerativa, según la enfermedad contraída, pero no hay una demencia que acompañe a la edad «per se» con carácter involutivo. Lo mismo ocurre en el caso del corazón, donde la enfermedad coronaria y/o la cardiopatía hipertensiva sub yacen habitualmente tras la mal llamada «cardiopatía senil». La edad en si misma nunca es una enfermedad y este es un mensaje fundamental que debe asumir la sociedad y ante el que el anciano y su entorno deben sublevarse de inmediato.

En este contexto pueden resultar sorprendentes medidas como la adoptada recientemente en el Cónclave para elegir Papa, donde se establecía un límite a la edad de los cardenales para tener derecho a voto. De acuerdo

con la letra de esta medida la iglesia daría como bueno el tema de la «demencia senil». Se aceptaría que la circunstancia de cumplir 80 años habría incapacitado a los cardenales para desarrollar la alta misión que tienen en la Iglesia. Curiosamente en la sociedad civil no existe limitación por razones de edad para ejercer el derecho a voto. Quizás aún más sorprendente sea el hecho de que nadie, hasta donde nosotros sepamos, haya protestado formalmente por esta forma de «etaísmo».

«DISCRIMINACION DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA INVESTIGACION CLINICA»

Dña. Begoña Gutiérrez y D. Alfonso J. Cruz Jentoft. Unidad de Geriátría Hospital Ramón y Cajal.

La experimentación con seres humanos es tan antigua como la práctica de la medicina, pero hasta épocas recientes se limitaba a un proceso de ensayo y error, basado principalmente en las observaciones que realizaban los clínicos, de forma poco sistemática y escasamente científica. Hasta después de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del Proceso de Nuremberg, no se establecieron los principios éticos básicos que deben tenerse en cuenta en la investigación con seres humanos y que constituyen el Código de Nuremberg, considerado como el primer código de ética.

En 1964 la Asamblea Médica Mundial aprobó un texto conocido como la Declaración de Helsinki. Esta Declaración, modificada posteriormente en varias ocasiones (la última en 2004), constituyó un punto de partida para las legislaciones nacionales sobre la investigación en humanos. En 1993 el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) publicó unas nuevas directrices (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*). En algunos países se ha completado la vía legislativa con una reflexión bioética por medio de los Comités Nacionales de Bioética.

LOS ENSAYOS CLÍNICOS

La investigación clínica debe realizarse siguiendo unas normas metodológicas y clínicas. El procedimiento para llevarla a cabo es el Ensayo Clínico (EC).

En España los EC con medicamentos han sido objeto de regulación en el título III de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, y de desarrollo reglamentario mediante el Real Decreto 561/1993 de 16 de abril. El Real Decreto 223/2004 de 6 de febrero incorpora al ordenamiento jurídico existente la Directiva 200/20/CE y sustituye al Real Decreto 561/1993. Esta Ley define como EC toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia.

Se define un medicamento en investigación como la forma farmacéutica de una sustancia activa o placebo que se investiga o se utiliza como referencia en un EC, incluidos los productos con autorización de comercialización cuando se utilicen o combinen de forma diferente a la autorizada.

En el Artículo 3, respecto a los postulados éticos, se señala que sólo se podrá iniciar un EC cuando el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) que corresponda y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios hayan considerado que los beneficios esperados para el sujeto del ensayo y para la sociedad justifican los riesgos; así mismo sólo se podrá proseguir si se supervisa permanentemente el cumplimiento de este criterio.

Los CEIC evalúan los aspectos metodológicos, éticos y legales de los protocolos propuestos. Estos Comités están formados por un equipo interdisciplinario, en el que figuran médicos, farmacéuticos y enfermeros. Al menos dos miembros del CEIC deben ser personas ajenas a las profesiones sanitarias, siendo uno de ellos licenciado en Derecho, y al menos un miembro debe ser independiente de los centros en los que se lleven a cabo los proyectos de investigación que requieran la evaluación ética del Comité.

LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON PERSONAS MAYORES

Las personas mayores tienen características diferentes que les hacen responder de forma cualitativa y cuantitativamente distinta a muchos medicamentos. Son características farmacoterapéuticas diferenciales de las personas mayores las siguientes:

1. Pluripatología y polifarmacia: Casi el 80% de las personas mayores padecen alguna enfermedad crónica. Cerca del 36% tienen más de tres enfermedades crónicas a la vez. Por ello, reciben con frecuencia un elevado número de medicamentos de forma simultánea. Así mismo, es frecuente la automedicación.
2. Incumplimiento: En las personas mayores es frecuente encontrar que los problemas clínicos se vean condicionados por determinadas circunstancias sociales. La dificultad de seguimiento del tratamiento prescrito es una de las consecuencias más importantes de estas circunstancias.
3. Dosificación: La dosificación para las personas mayores muchas veces no está establecida en la bibliografía, debido a la falta de ensayos clínicos en este grupo de población. Además, las diferencias inter e intraindividuales de las personas mayores y sus alteraciones biológicas hacen necesario establecer dosificaciones específicas para estos pacientes, ya que se pueden originar problemas de toxicidad e inefectividad.
4. Farmacocinética: Las modificaciones biológicas asociadas al envejecimiento hacen obligado un estudio específico de la liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción en las personas mayores, para acomodar las dosis y vías de administración a sus características.
5. Administración: las incapacidades físicas y psicológicas de las personas mayores (problemas de visión, habilidad manual, deglución, me-

- moria...) y el uso de formas farmacéuticas inadecuadas dificultan la administración de los medicamentos
6. Información: Este grupo de población presenta dificultades especiales, por razones culturales y sociales, para poder entender adecuadamente la información referente a los medicamentos, sus reacciones adversas y cómo afrontar estas situaciones.
 7. Reacciones adversas: En las personas mayores se producen con más frecuencia e intensidad efectos farmacológicos no deseados por muchas razones (no individualizar los tratamientos, seguimiento escaso, enfermedades subyacentes, interacciones, errores).
 8. Problemas nutricionales: En este colectivo se producen alteraciones en la composición hídrica, energética y proteica, de minerales, oligoelementos y vitaminas, debido a que su alimentación, con frecuencia, no es la adecuada. Esto condiciona el uso y el riesgo de los medicamentos.

A pesar de estar suficientemente fundamentada la necesidad de realizar ensayos clínicos con personas mayores, tanto desde el punto de vista científico como desde el ético y legal, se da la paradoja que salvo en determinados casos, los fármacos utilizados en las personas mayores no han sido sometidos a ensayos clínicos con sujetos de más de 65 años, y es este el grupo de población quien utiliza dichos fármacos con la misma o mayor proporción que otros grupos de población. Con frecuencia se asume que lo que constituye una buena alternativa terapéutica en un adulto lo es también en las personas mayores y que la pauta que se establece para unos es recomendable para los otros. Por otra parte, en la mayoría de los prospectos de los fármacos no se informa de que el producto no ha sido ensayado con personas mayores.

DIRECTRICES EUROPEAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO

La Comisión Europea, en sus Programas Marco, dedica especial atención al envejecimiento, siendo la salud y la autonomía una de sus acciones principales.

La reciente Presidencia del Reino Unido en el Parlamento Europeo ha destacado entre sus prioridades en materia de sanidad la seguridad de los pacientes y las desigualdades sanitarias, siendo las personas mayores un grupo de población clave.

En todos los países de la Unión Europea se están celebrando debates dirigidos a la reforma de cuidados y atención sanitaria para afrontar el envejecimiento de la población. En nuestro país también existe el convencimiento de que debe potenciarse la actividad investigadora en el campo del envejecimiento. Instituciones de la administración del Estado, departamentos ministeriales de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Ciencia y Tec-

nología y Trabajo y Asuntos Sociales, han suscrito su deseo de facilitar y fomentar la investigación en el área de envejecimiento. Este propósito también es compartido a nivel autonómico y local, existiendo programas de fomento de la investigación que contemplan el tema de la salud de las personas mayores.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud, como parte del Proyecto «Medicamentos para Europa y el mundo» (18-11-2004) emite recomendaciones para que las investigaciones e innovaciones farmacéuticas respondan de forma idónea a las necesidades de salud y las nuevas amenazas

Discriminación por la edad en los ensayos clínicos

B. Gutiérrez, A.J. Cruz Jentoft
Unidad de Geriatría • Hospital Ramón y Cajal, Madrid



Introducción

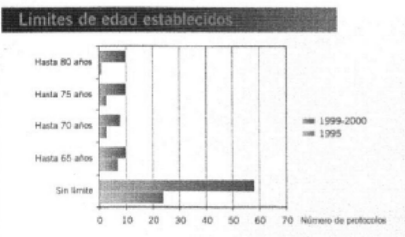
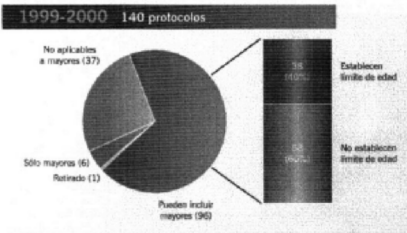
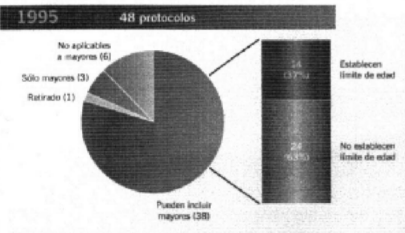
- Las personas mayores, en muchas ocasiones, son excluidas por ageísmo en la investigación clínica. Esta exclusión puede afectar a la generalización de los resultados de la investigación.
- La justificación de realizar ensayos clínicos con personas mayores viene motivada porque los cambios ligados al envejecimiento hacen necesaria la realización de pruebas farmacocinéticas y clínicas con los medicamentos a prescribir.
- La población incluida en la investigación clínica debe formar parte de aquella que resulte beneficiada por la aplicación de la investigación. Las personas mayores deben beneficiarse de los avances de la investigación clínica.
- Los fármacos utilizados en los mayores, en muchos casos, no han sido sometidos a ensayos clínicos con sujetos mayores de 65 años, y es este grupo de población quien utiliza dichos fármacos con la misma o mayor proporción que otros grupos de población.

Objetivo

Conocer si en los protocolos de ensayos clínicos propuestos para evaluación a un Comité Ético de Investigación Clínica se sigue produciendo una discriminación injustificada de las personas mayores, y si esta situación está cambiando recientemente.

Método

- Revisión de los protocolos de ensayos clínicos presentados para su evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro en el año 1995, y durante el periodo comprendido entre enero de 1999 y mayo de 2000.
- Valoración de los criterios de edad usados para la selección de la muestra.
- Categorías establecidas:
 - Estudios de problemas no aplicables a personas mayores
 - Protocolos específicos para personas mayores de 65 años.
 - Estudios de problemas que pueden afectar a personas mayores.
- En esta última categoría se estudió si se establecía algún límite superior de edad y cuál era ese límite.



Conclusiones

- Cerca del 40% de los protocolos de investigación clínica presentados en nuestro centro establecen un límite de edad no justificado, que excluye del estudio a los sujetos mayores.
- Esta situación refleja conductas ageistas en la investigación actual, y no presenta visos de ir disminuyendo.
- La variabilidad de los límites de edad usados subraya la arbitrariedad de los mismos.
- Es necesario desterrar las prácticas ageistas en la investigación clínica. Los Comités Éticos de Investigación Clínica pueden ser los agentes impulsores de un cambio de actitud hacia la investigación en personas mayores, recomendando la inclusión de este grupo de edad en sus protocolos.

sanitarias. Señala que a determinados colectivos, como el de las personas mayores, se les presta escasa atención en los procesos científicos o de elaboración de medicamentos.

En Europa se está envejeciendo. Se necesita apoyo permanente para que «la investigación básica» entienda mejor las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Las personas mayores son con frecuencia usuarios de medicamentos, aunque con igual frecuencia se les haya excluido de los ensayos clínicos.

No obstante, todas estas consideraciones éticas, clínicas y legales aún no han llegado completamente a la práctica de la investigación clínica. Recientemente hemos realizado un estudio sobre la discriminación del mayor en los ensayos clínicos, cuyos datos juzgamos de interés y describimos a continuación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Comisión Europea. *V Programa Marco. 1998-2002. Calidad de vida y gestión de los recursos vivos*. Programa de trabajo. Diciembre 1999. www.cordis.lu/life/src/part_docs.htm.

Defensor del Pueblo. *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Ed. Defensor del Pueblo. Informes estudios y Documentos. 2000

Investigación en Envejecimiento hoy: «Principales retos de Salud Pública». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Septiembre 2001. Volumen 36.

Laporte, J. R. (1993): *Principios básicos de investigación clínica*. Madrid. Ed. Ergon, S.A.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios: Atención farmacéutica geriátrica*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Monografías de Divulgación.1993.

Ribera Casado, J. M., Gil Gregorio, P.(1995): *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid.

«¿ES LA EDAD LA VARIABLE CRÍTICA?»

D. Julio Villalobos Hidalgo, *Consultor en Organizaciones de la Salud*,
Dña. Dolors Colom, *Directora Revista Agathos*

El título de este VII Congreso «Discriminación por la Edad» pone en evidencia una realidad que los últimos años se ha convertido en un sentir de la ciudadanía en general y como no, de los protagonistas en particular, las persona mayores. Las ponencias presentadas en este Congreso han expuesto con gran claridad la discriminación que sufren las personas mayores en los diferentes ámbitos: político, sanitario, servicios sociales, laboral, etcétera, simplemente por ser clasificadas como Mayores, en función de un único parámetro «la edad».

En esta comunicación sólo pretendemos reflexionar sobre la importancia relativa que tiene la edad y dar más relevancia a otras variables asociadas a las personas y que en sí mismas son fuente de distocias sociales y sanitarias. Variables, que de no tenerse en cuenta, generan dolor, sufrimiento y marginación.

El punto de partida de esta comunicación es uno: La magnificación que tiene en nuestra sociedad la variable edad. De hecho lo primero que preguntamos ó nos preguntan al solicitar un trabajo, ir a la consulta médica ó solicitar una hipoteca es la edad. Como si la edad justificara el estigma creado. Igualmente las mismas personas parecemos entrar en el juego social escondiendo, a veces, los años. Pero siguiendo con el valor que se le da a la edad, si no pasamos el filtro de la edad que cada organización tenga establecido, automáticamente somos descartados del proceso normal, entrando en un laberinto de pruebas, normativas y discriminaciones, que en algunos casos rayan la inconstitucionalidad.

Centrados en el ámbito de los servicios del tercer sector, los criterios que cada organización, del tipo que sea, tiene establecidos son muy similares:

- Un intervalo de gran tolerancia que va desde los 0 a los 20 años.
- Un intervalo de normalidad que va desde los 20 a los 55 años.
- Y un intervalo, a veces, de rechazo, «discriminatorio» que se abre a partir de los 55 años.

Es interesante comparar estos tramos. Mientras que en unos (la infancia, adolescencia, juventud, madurez), cualquier esfuerzo para salvar una vida ó mejorar sus condiciones de subsistencia son admitidos sin importar el coste social ó económico de las medidas puestas en práctica, en el segundo (la vejez) cualquiera de estas medidas se pone en tela de juicio independientemente de la eficiencia de la misma, en muchos casos, superior a las implantadas en el primer intervalo.

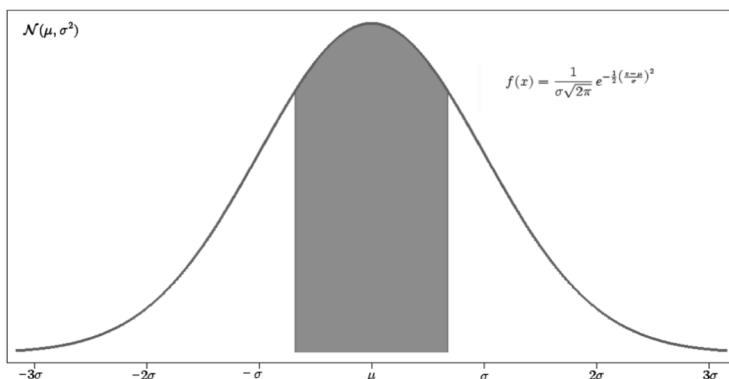
Abogamos porque estos criterios tan simplistas basados exclusivamente en la edad sean revisados y se cambien por criterios más científicos en los que intervengan otras variables más explicativas que puedan medir la eficiencia de las medidas puestas en práctica.

Restringiéndonos al campo de la salud. La evaluación de la eficiencia de estas medidas no se debe limitar a los años de vida recuperados sino que deben ser evaluadas con otras variables que tengan en cuenta la calidad de vida de los años que cada proceso añade.

Uno de estos índices es el AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad), en los que la edad interviene como una variable pero en muchos caso no es la más importante. Aunque todavía no hay unos criterios universalmente admitidos, parece que aquellos procedimientos cuyo coste sea menor de 30.000 Libras (L.)/AVAC deben ser recomendados.(1, 2)

Mientras que aquellos otros cuyo coste sea superior a las 120.000 Libras / AVAC deben no ser recomendados. Hay un campo intermedio entre estas dos cifras cuya recomendación es dudosa. A título ilustrativo podemos citar que por persona el programa de cesación tabáquica tiene un coste de 430 Libras / AVAC, el de los medicamentos para combatir la artritis juvenil 22.500 L./AVAC, mientras que el de medicamentos para la reducción de peso unos 46.000 L./AVAC.

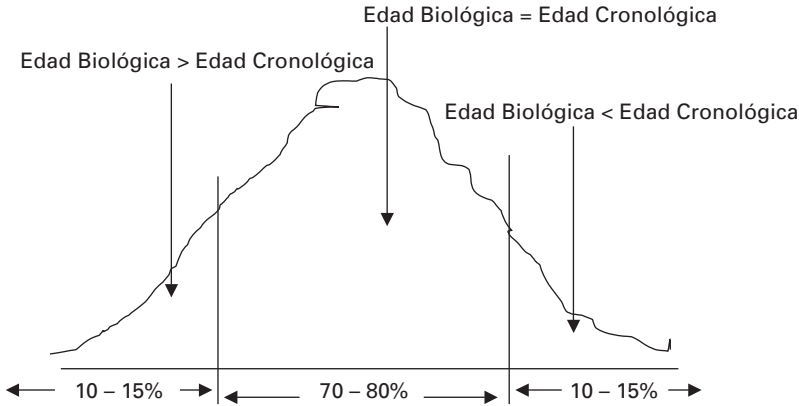
Gráfica 1



Muchos de los procedimientos aplicables a las personas mayores tienen un coste por AVAC inferior a los procedimientos aplicados a intervalos de edad menores e incluso infantiles en aras a un teórico horizonte temporal mayor, pero no científicamente demostrado.

Como todos los fenómenos biológicos el estado de salud de las Personas Mayores se distribuye según una campana de Gauss. La lectura de esta distribución nos dice que un 10-15%, son personas cuya edad biológica es menor que su edad cronológica. Un 70-80% su edad cronológica y biológica se corresponden y un 10-15% tiene una edad biológica mayor que la que les corresponde cronológicamente. Es habitualmente este último grupo el que se toma como modelo para las actuaciones sobre las personas mayores.

Gráfica 2



Es responsabilidad de todas aquellas asociaciones y personas defensoras de los derechos de las Personas Mayores y que luchan contra su discriminación de difundir el mensaje de evaluar a las personas por su edad biológica y no por su edad cronológica, respetando todas sus cualidades, pero en ningún caso con fines discriminatorios.

Algunas cualidades, especialmente físicas, pueden estar disminuidas, pero otras, fruto de la experiencia y de su situación social pueden ser excepcionales y muy superiores a las personas de menor edad.

Con relación a la Salud de debería actuar con las mismas referencias que con otros grupos de edad, anteponiendo la eficiencia de los procedimientos empleados sobre cualquier otro criterio. Creemos que una mejor formación del personal sanitario para el tratamiento de las patologías crónicas, una adecuada organización del auto cuidado y el apoyo de la atención más cercana al entorno social de los ciudadanos con unos servicios sociales capaces de dar respuesta cuando surge el problema sociosanitario, evaluar a los equipos profesionales en función de su producción de salud, podría mejorar la atención de los mayores y disminuir el coste de la misma.

Con relación a la participación social y política, creemos que las personas mayores por su experiencia y situación laboral, pueden ser el motor principal de la Sociedad Civil, de la que tan necesitada está nuestro país para legitimar nuestra joven democracia exclusivamente apoyada, hasta ahora, en las organizaciones de ámbito político.

La posibilidad de disponer de más tiempo libre, de estar desvinculado de intereses comerciales, su experiencia y la satisfacción de sentirse útiles hacen de las personas mayores, precisamente de más edad, un grupo privilegiado para participar como profesionales activos o voluntarios en multitud de proyectos de gran interés social.

Pero también cabe remarcar que las personas mayores deben mantenerse al margen del imaginario colectivo que las aparta de la

construcción social. Sobra decir que actualmente las personas mayores en nuestro país son el 20% de la población, pero representan un porcentaje aún mayor de los que votan. El voto es un buen camino para estar presente en la sociedad. Hay que pensar nuevas fórmulas. ¿Por qué no reivindicar un parlamento de personas competentes pero estratificado por edad y sexo? No se está hablando de cuotas sino de representatividad y de competencia. ¿Por qué no reivindicar consejos de administración igualmente de personas competentes, estratificados por edad y sexo?

Cualquier estudio sociológico contempla siempre estas dos variables a la hora de establecer las muestras de población. El método científico aplicado a la vida diaria en su representación en las organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Devlin, N., Parkin, D. Health Economics, 2004;13: 437-52.
Sheldon et al. British Medical Journal 2004; 329: 999-1003.

DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES EN LOS ÓRGANOS SANITARIOS DE REPRESENTACIÓN

D. José Antonio García-Argudo López, Presidente AJUBANESTO

En la Ley de Bases de la Seguridad Social, 196/1963 de 28 de diciembre, se enumeran, entre otros, los siguientes principios:

1. *«La solidaridad nacional, la participación de los interesados en el gobierno de los órganos gestores, la supresión del posible ánimo de lucro y la acentuación de la participación del Estado en el sostenimiento del sistema».*
2. *El reconocimiento de los derechos primarios de las personas protegidas por la Seguridad Social, contribuye a la exaltación del principio que aboga por la efectiva participación de aquellas en los órganos rectores. De este modo se pretende **reforzar el sentido de responsabilidad de las personas y entidades interesadas.***
3. *La aportación del Estado, previendo la consignación permanente en sus Presupuestos Generales de subvenciones destinadas a tal fin, con miras a conseguir la redistribución de la renta nacional para reducir los desequilibrios en el tenor de vida entre los ciudadanos.*

La Constitución Española establece en el artículo 129.1 «La ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general».

La participación ciudadana, junto con la eficacia, la eficiencia, la equidad, la celeridad, y la flexibilidad, se considera dentro de los principios básicos que deben regir el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud según lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986. Se reconoce a los ciudadanos parte integrante del mismo y, como tal, deben de colaborar activamente en la formulación de la política sanitaria y en la ejecución de la misma. ***Esta participación activa se canaliza, fundamentalmente, a través de las corporaciones locales, las organizaciones empresariales y sindicales.***

En el ámbito del INSALUD, antes de proceder a la transferencia de sus facultades y funciones a las Comunidades Autónomas, los representantes de los ciudadanos, conjuntamente con las autoridades sanitarias, ejercieron actividades de control y vigilancia en la gestión. En los servicios centrales del INSALUD, los órganos de participación fueron el Consejo General y la Comisión Ejecutiva y, a nivel periférico, las Comisiones Ejecutivas Provinciales, el Consejo de Salud de Área y la Comisión de Participación Hospitalaria.

El Consejo General y la Comisión Ejecutiva, ambos regulados por Real Decreto 1855/79, fueron los órganos encargados de la vigilancia y control de la gestión del INSALUD a nivel central.

Las Comunidades Autónomas asumen la función de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, en consecuencia, los compromisos contraídos por el Instituto Nacional de Previsión (INP), por transferencia del Instituto Nacional de la Salud, continuando vigente la colaboración en la gestión regulada en la Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de noviembre de 1966, que se podrá seguir realizando por Empresas, Mutuas Patronales y Asociaciones y Fundaciones y Entidades Públicas y Privadas, previa su inscripción en un registro público. Así como los Concierdos firmados por el INP con las Entidades Colaboradoras para la asistencia sanitaria a los pensionistas provenientes de dichas empresas y a sus familiares beneficiarios, siendo ésta distinta e independiente de la regulada para el personal en activo.

Una vez transferidas todas las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, se ha sustituido el marco participativo del INSALUD por otros órganos de participación ciudadana mediante desarrollados legislativos al amparo de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

En la Comunidad de Madrid, es la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria. Y es en el Capítulo II, destinado a la participación ciudadana, donde se establecen los siguientes Órganos de Representación:

1. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, compuesto por:
 - A) Administración de la Comunidad de Madrid.
 - B) Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid
 - C) Las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
 - D) Las organizaciones empresariales más representativas en el ámbito territorial de la
 - E) Comunidad de Madrid.
 - F) Las asociaciones de consumidores y usuarios y de pacientes más representativas en el ámbito
 - G) territorial de la Comunidad de Madrid.
 - H) Las corporaciones profesionales sanitarias de la Comunidad de Madrid.
 - I) Los partidos políticos con representación parlamentaria en la Asamblea de Madrid.
 - J) Las Universidades de la Comunidad de Madrid.
 - K) Las Entidades científicas de la Comunidad de Madrid.
 - L) Los Consejos de Salud de Área.
2. Los Consejos de Salud de Área Sanitaria son los órganos colegiados que permiten la participación ciudadana a través de sus representantes, en las actividades relacionadas con la salud de dicho ámbito. Su composición, régimen de funcionamiento y funciones se establece que serán determinados reglamentariamente. Los miembros del Consejo de Salud de Área Sanitaria son nombrados y cesados por el Consejero de Sanidad, a propuesta de las institucio-

nes representadas y el nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Lo que interesa destacar en este capítulo, es la evidencia de que en este marco representativo no cuentan las organizaciones de mayores.

EJEMPLO DE DISCRIMINACIÓN POR EDAD

A las viudas de pensionistas y prejubilados se les retira la asistencia sanitaria que venían prestando las Entidades Colaboradoras en la Comunidad de Madrid, como beneficiarias en vida de sus respectivos maridos, si el fallecimiento de estos se ha producido después del 30/04/04. Esto es, al parecer, lo estipulado en el Convenio Marco firmado con fecha 10/11/04, por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, y que aplica rigurosamente la Entidad Colaboradora BANESTO, respecto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de estas viudas; no así en cuanto a las viudas del personal en activo se refiere.

Por tal motivo, con fecha 4-05-05, Ajubanesto ha presentado el correspondiente Recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia.

CONCLUSIONES

Cabe regular la participación de las ORGANIZACIONES DE MAYORES en los Órganos Sanitarios de Representación.

La Constitución, en el artículo 149.1.17.^a, reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que regula la participación ciudadana, su naturaleza y composición, no figuran las Organizaciones de Mayores.

¿ SUFREN LOS PACIENTES DE PARKINSON UNA DISCRIMINACIÓN SANITARIA NEGATIVA EN FUNCIÓN DE SU EDAD?

Dña. Carmen Obon Gil, *Presidenta Asociación Parkinson de Aragón*,
D. Francisco Montesinos, *Presidente de APANET*

Esta pregunta se la plantearon la junta directiva y el equipo interdisciplinar de rehabilitación de la Asociación Parkinson Aragón, quienes trabajan a diario con mayores afectados por dicha enfermedad.

A pesar de que nuestra experiencia nos indica que tal discriminación existe en la práctica, no queríamos hacer una afirmación tan contundente sin disponer de unos datos estadísticos fiables que la respaldasen.

Es por ello que junto con APANET, Asociación de Enfermos de Parkinson en Internet, hemos elaborado un cuestionario que estamos empezando a remitir a todos los pacientes de Parkinson mayores a los que tenemos acceso para que nos lo devuelvan cumplimentado y conocer así de primera mano, lo que nosotros estamos convencidos de que es una realidad, aunque de momento, carezcamos de datos estadísticos que puedan respaldarla.

El cuestionario que os vamos a mostrar es un extracto de otro más amplio que recoge información para saber cómo es atendido un enfermo de Parkinson en el entorno sanitario. En esta versión reducida de la encuesta original, refleja solamente las preguntas que afectan a los aspectos estrictamente relacionados con la discriminación sanitaria por razones de edad del mayor con Parkinson.

Hubiera sido impensable dejar pasar la excelente oportunidad que supone este congreso de « Discriminación por Edad », por su enorme repercusión mediática y social, de explicar a la sociedad qué es la enfermedad de Parkinson y la « penalización sanitaria » que representa para el mayor su padecimiento, pues se tiende a culpar a la misma de todas o al menos una buena parte de los problemas de salud de un numerosísimo colectivo, los mayores, que es clave en la estructuración social de un estado que se autodenomina del bienestar.

Nuestro trabajo de campo no ha hecho más que empezar, pero de cualquier forma y a modo de adelanto de las conclusiones que aun nos llevarán tiempo, queremos añadir nuestro grano de arena para que este Congreso sepa que decididamente las asociaciones de pacientes hemos estado, estamos y estaremos siempre junto a los mayores, pues nosotros al fin ya somos mayores.

CUESTIONARIO

Sexo (indicar con una cruz):

- Mujer
- Hombre

Edad:

Profesión:

Provincia en la que Reside:

¿Cuándo cree usted que comenzaron a aparecer síntomas de la Enfermedad de Parkinson?

Años de diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson:

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por tener Parkinson?:

- Nunca
- Alguna Vez
- Con Frecuencia
- Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
- Falta de Información
- Duración de la consulta (escasa)
- Desconocimiento de la enfermedad
- Falta de derivación a otros especialistas

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por ser mayor?:

- Nunca
- Alguna Vez
- Con Frecuencia
- Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
- Falta de Información
- Duración de la consulta (escasa)
- Falta de derivación a otros especialistas
- Pluripatología

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por tener Parkinson y ser mayor?:

- Nunca
- Alguna Vez
- Con Frecuencia
- Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
- Información
- Duración de la consulta (escasa)
- Falta de derivación a otros especialistas
- Pluripatología

Si ha sentido en algún momento discriminación sanitaria por ser mayor y/o tener Parkinson y le gustaría comentar algo más, por favor, escríbalo aquí:

«CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES ENFERMOS»

D. José Antonio García González. *Director de Investigación de Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León.*

Hablar desde la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León sobre la discriminación por edad, supone adentrarse en los aspectos más negativos del impacto de las enfermedades crónico-degenerativas, asociadas a la edad, en la calidad de vida personal, familiar y socio-económica de nuestros mayores, y en las respuestas deficientes o insuficientes del sistema sociosanitario en la planificación y adecuación de los recursos institucionales a las crecientes necesidades de salud que plantean los actuales perfiles sociodemográficos de nuestra población (las demencias se están convirtiendo en la tercera causa de morbilidad en los mayores de 65 años detrás de las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, con una prevalencia estimada entre seiscientos y ochocientos mil enfermos/dependientes en el 2005).

Pero significa también hablar de lo que se ha ido logrando estos últimos años en la lucha contra la discriminación de los mayores enfermos y sus cuidadoras-es principales (mujeres en su mayoría, a quienes apenas se reconoce su labor y dedicación), gracias al esfuerzo y al tesón –empowerment– de muchas personas afectadas o sensibilizadas con el impacto y la magnitud de este problema, todavía muy deficientemente conocido y abordado tanto por la sociedad en general (miedos, prejuicios, estereotipos negativos, etc.), como por los profesionales y las instituciones sociosanitarias (infradiagnóstico, terapéuticas inadecuadas, maltratos, etc.). Estas personas, que han vivido muy de cerca el dolor y los elevados costes tanto económicos como psicológicos que suponen para la familia este largo proceso de deterioro inesperado y progresivo de los seres más queridos, han ido creando en base al principio de «governance», diversos grupos de apoyo y asociaciones que les ayuden a paliar las lagunas y vacíos detectadas en el sistema, desarrollando unos recursos asociativos, legales y asistenciales especializados, impensables hace apenas unos años, con los que logran retrasar o paliar el impacto que dicho deterioro supone tanto para los enfermos como para sus cuidadores, y propiciando programas y servicios de calidad tanto a nivel local como nacional.

Y, finalmente, significa hablar de lo mucho que todavía queda por hacer para alcanzar las metas de universalidad, equidad, solidaridad, etc., para que estos programas de atención y prevención puestos en marcha por las Asociaciones de Familiares de Alzheimer puedan ser accesibles a todos por igual, en ámbitos rurales o urbanos, con o sin recursos económicos, sin diferencia de edad o género, alcanzando la cobertura y la calidad que requieren la magnitud y complejidad del problema y la dignidad de las personas en su última fase de desarrollo vital.

La provincia de León (datos del INE de 2004) cuenta con una población mayor de 65 años en torno a 128.000 personas, de las cuales un mínimo de un 6% padecen o van a padecer este síndrome (o sea, una tasa de prevalencia media próxima a las 8.000 personas y una tasa de incidencia de 1000 nuevos casos anuales). Para atender las necesidades de salud de este importante segmento de población contamos con sólo dos geriatras en toda la provincia y dos o tres neurólogos especializados en este tipo de patologías. Como reconoce el mismo *Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007* se hace imprescindible una readaptación de los recursos de Atención Primaria y Especializada para atender la creciente demanda sanitaria de nuestros mayores (80% de las consultas de APS se dedica a pacientes mayores de 65 años y casi un 50% de las hospitalizaciones, aunque este grupo represente un 23% de la población total)... Y algo semejante cabe decir de los programas y ayudas sociales que, todavía hoy, presentan serias lagunas e inconvenientes cuando tratan de cubrir las diversas necesidades de las familias y cuidadores de pacientes con demencias tipo Alzheimer, en las distintas fases de evolución de esta enfermedad.

Hace apenas unos años el panorama era todavía más crítico. Señalar que, en León como en otras provincias, fueron surgiendo grupos de personas y familias afectadas tanto por la enfermedad como por la escasez o carencia de recursos sociosanitarios especializados que, desde la sociedad civil organizada, respondieron adecuadamente a las necesidades planteadas por las demencias; se fueron constituyendo en Asociaciones, Fundaciones, etc., y con el apoyo de algunos profesionales sensibilizados y el silencio pasivo o incluso el recelo de algunas instituciones capaces de ofrecer respuestas más participativas o proactivas, decidieron promover un mínimo de servicios que respondieran a las necesidades de los pacientes y a las demandas de información y ayuda-apoyo de las familias y cuidadores-as principales. Se realizan campañas de información y sensibilización social e institucional, se desarrollan programas de atención especializada y personalizada tanto para los enfermos como para sus cuidadores principales, con la colaboración de las instituciones públicas y privadas. Se forman equipos multidisciplinarios y, con la ayuda del voluntariado, se van creando redes de servicio comunitario y atención domiciliaria; se inician programas de detección precoz y tratamiento temprano, actividades de mantenimiento, unidades de memoria, etc., buscando siempre una atención de calidad adecuando los recursos a las necesidades (no a la inversa). Y, a la vez que se consolidan estas actuaciones (con todo lo que implica de gestión organizativa) en el ámbito urbano, comienza a surgir una demanda creciente de servicios en las zonas semiurbanas y rurales que están todavía más discriminadas por la dificultad de información y acceso a muchos de los recursos y servicios puestos en marcha en los núcleos urbanos.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León ha promovido y apoyado la creación de siete Asociaciones y Unidades de Respiro de ámbito comarcal y municipal para paliar la ausencia de recursos especializados, para evitar que la enfermedad sea un factor más de aisla-

miento o exclusión social tanto del enfermo como de su familia, especialmente de los cuidadores mayores que, dados los patrones socioculturales todavía dominantes, recaen en su mayoría sobre mujeres también mayores. Y es que, cuando el apoyo familiar no está a mano, los enfermos son internados en instituciones que no cuentan a veces con el personal profesional y los programas más apropiados para atender a estas personas.

Las diversas formas y grados de discriminación que afectan a las familias y pacientes con demencias tipo Alzheimer, comienzan con el acceso al sistema sanitario. Un sistema sanitario tradicional (al igual que la formación y especialización de sus profesionales: con orientación curativa, aguda, monosistémica) que no está diseñado ni adaptado para responder a las necesidades de salud y de calidad de vida de nuestros mayores (con problemas crónicos, multisistémicos, a veces sin perspectivas de curación pero sí de preservación, mantenimiento o funcionalidad). Lo que da lugar a continuos desencuentros, diagnósticos inciertos y tratamientos fallidos (infra-diagnóstico, sobremedicación, yatrogenia, etc.). Reforzar la sensibilidad y actualizar la formación de los profesionales, comenzando por atención primaria y siguiendo por atención especializada es fundamental, seguida por el incremento de profesionales dedicados a atención gerontológica, dada la acusada tendencia al progresivo envejecimiento poblacional en nuestro ámbito. La prevención, el diagnóstico y tratamiento temprano, la educación y promoción de la salud apenas se están introduciendo en el sistema (como indica el exiguo 5% del total de la inversión sanitaria). La atención integral e integrada y personalizada todavía no está bien sistematizada y protocolizada en este área. Se pierde mucho tiempo entre inicio del problema, la confirmación diagnóstica y las intervenciones terapéuticas, porque el pronóstico apela a la resignación y el fatalismo, «naturalizando» el problema como «achques de la vejez», «es incurable», «no hay nada que hacer», o «pasaremos el caso a los servicios sociales»... (Rodríguez Mañas, 2000).

Un segundo bloque de posible discriminación proviene del enorme impacto económico (estimado entre 15.000 y 30.0000 Euros anuales para una fase media) que supone para el paciente y su familia una atención adecuada en las distintas fases de la enfermedad. Muchas familias en León no disponen de los recursos necesarios para proporcionar una atención adecuada al paciente por lo que se recurre al entorno más próximo, con el apoyo en el mejor de los casos de programas de ayuda a domicilio proporcionados por unos Servicios Sociales, también infradotados. La mayor parte de la carga y los costes siguen recayendo sobre la familia y los cuidadores principales que en su mayoría son mujeres... (esposas, hermanas, hijas...) que tienen que renunciar a otros trabajos, y se les excluye, por principio, o no se les reconoce laboralmente ni la dedicación ni la condición de cuidadores, función, que ejercen sin descanso, durante años. Lo que indica que las ayudas institucionales son muy insuficientes y rígidas para remediar o aliviar estas situaciones, y con desigual cobertura y distribución geográfica en las distintas comunidades, con una clara discriminación entre lo rural y lo urbano. En cualquier caso, hacerse cargo de los cui-

dados de una demencia tipo Alzheimer supone tal sobrecarga y estrés para el cuidador(a) principal que muchas veces terminan en el agotamiento (burn-out), la enfermedad del cuidador, o en la renuncia y abandono de sus funciones. Ello obliga a los familiares a decidirse por la institucionalización de estos pacientes en centros o residencias para mayores lo que supone desarraigo y pérdida de su ambiente social y familiar habitual, que puede acentuar el aislamiento o deprivación social y afectiva, en personas con recursos de adaptación ya muy limitados o deteriorados... Algunos de estos centros no tienen ni los programas de cuidados ni los recursos especializados para atender a estos pacientes. Lo que nos lleva de la mano al complejo problema del tratamiento deficiente, insuficiente o carencial, como una forma de «maltrato», con cuidadores estresados, insatisfechos, mal adiestrados en el manejo de escenarios habituales o críticos, tanto en los hospitales, en los mismos hogares o en las residencias... Es lo que nosotros denominamos maltrato por «omisión», por falta de trato apropiado, que resulta difícil de evaluar pero muy frecuente de observar tanto en los ámbitos sanitarios como residenciales y familiares. Es, probablemente, una consecuencia de procesos formativos insuficientes o inadecuados pero también un reflejo de unos patrones culturales negativos, llenos de prejuicios y estereotipos despectivos sobre lo que significa ser mayor, enfermo, discapacitado o dependiente... que contaminan las acciones tanto de los profesionales como de los mismos familiares, dando lugar al círculo vicioso de un tardío reconocimiento del problema, cuando no de la negación del mismo, y un marcado derrotismo e indefensión aprendida en la aplicación de las posibilidades terapéuticas. En vez de optimizar las capacidades conservadas, con acciones y programas de estimulación, se les relega a la pasividad de la TV, la medicación, la incomunicación o el aburrimiento... Nuestro sistema sociosanitario actual y nuestra cultura social no se compaginan bien con la cronicidad, fragilidad y precariedad que rodean estos síndromes en fases avanzadas, impregnados como estamos de la mitología del éxito rápido y rentable...

Algún día, más pronto que tarde, se llegarán a desvelar y dominar los mecanismos causantes de estos síndromes y se podrán aplicar programas de prevención primaria, pero mientras tanto tenemos que seguir mejorando las técnicas de prevención secundaria y terciaria que nos permitan ralentizar al máximo el deterioro y, sobre todo, seguir prestando una atención integral e integrada de calidad a todos los afectados por esta «epidemia silenciosa» que comienza con pequeños fallos de memoria y termina con la pérdida total del

Yo, la autonomía y la autoconciencia. La capacidad actual de las AFAS cubre, en el mejor de los casos, entre un 10 y un 20% de las necesidades. Mientras no lleguen a todas y cada una de las personas enfermas y sus cuidadores-as, seguiremos reivindicando que estos programas y servicios especializados de alta calidad profesional y humana, se hagan extensivos al creciente número de mayores afectados por las demencias tipo Alzheimer como un paso contra la discriminación por edad, como una forma de mejorar la salud de todos en una sociedad para todas las edades.

«COMUNICACIÓN POR UN MODELO SANITARIO NO DISCRIMINATORIO DE ENTIDADES COLABORADORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL»

La Asociación de Jubilados y Prejubilados, Pensionistas, Empleados y Ex empleados de BANESTO (AJUBANESTO), la Asociación de Jubilados, Prejubilados y Pensionistas del BEX-BBVA, la Asociación Independiente de Trabajadores Prejubilados y Jubilados «JUBIQUE?», la Asociación de Clínicas Privadas, la Asociación Colegial de Médicos Madrileños de Entidades Colaboradoras, el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

ANTECEDENTES

Con la Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de noviembre de 1966 (B.O.E. de 7 de diciembre), se inician las Entidades Colaboradoras, a plena satisfacción de empresas, trabajadores, médicos y clínicas hospitalarias. De acuerdo con esta normativa las empresas solo podían cesar como consecuencia de una inspección por deficiente atención sanitaria o incumplimiento de los fines para los cuales se les había otorgado esa autorización administrativa. Este modelo de colaboración con la Sanidad pública ha venido funcionando durante más de 30 años con un sistema de financiación estable.

Es a partir de la Orden del Ministerio de Trabajo de 20 de abril de 1998, modificando la de 25 de noviembre de 1966 (B.O.E. de 8 de mayo), cuando se introduce una absoluta inestabilidad en su continuidad al regular el cese de las Empresas como Entidades Colaboradoras con la simple solicitud presentada antes del 30 de septiembre del año anterior al de su cese efectivo, acompañada de informe de la representación legal de los trabajadores, sin que éste sea vinculante.

Pero lo que provoca la quiebra del sistema es que durante los años 1.999, 2000, 2001 y 2002, tanto la Administración Estatal como las Autonómicas dejan de compensar a las Empresas por los servicios sanitarios que prestan al personal en activo, **NO ASÍ respecto a los PENSIONISTAS QUE SE PAGÓ Y SE SIGUE PAGANDO**, pero que sirve de pretexto para solicitar el cese como Entidades Colaboradoras puesto que la legítima exigencia de cobro está reclamada judicialmente.

La primera en cesar sería la Cía. TELEFÓNICA, pues el 30-12-02 se dictó Resolución por la Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se notificaba que a partir del 1-1-03 quedaría sin efecto la autorización administrativa para colaborar en el Régimen General de la Seguridad Social.

El cese de esta Entidad Colaboradora genera tal alarma social entre el resto de usuarios de otras empresas que el 25 de febrero de 2003, la Asociación Colegial de Médicos Madrileños de Empresas Colaboradoras celebró

una Asamblea en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con asistencia (con voz pero sin voto) de un nutrido número usuarios de Entidades Colaboradoras, Sindicatos y Clínicas privadas.

Fruto de esa Asamblea fue la constitución de la «MESA EN DEFENSA DEL MODELO SANITARIO DE COLABORACION CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD» compuesta por médicos, sanatorios, sindicatos y usuarios, por ser una de las modalidades de prestar la asistencia sanitaria pública que tiene una doble característica indiscutible:

- Una enorme satisfacción de los usuarios.
- Un coste por persona para el Erario público sensiblemente inferior al coste que soporta la propia Red Sanitaria Pública.

Se elaboró un «MANIFIESTO» que se entregó en los Ministerios de Sanidad, Trabajo, Economía y Hacienda, donde se demandaba:

- A. Actuaciones a favor de este eficaz modelo asistencial.
- B. Cancelación de la deuda pendiente con las empresas que son colaboradoras de la Seguridad Social.
- C. No se debe adoptar ninguna medida que pueda suponer la pérdida de un solo puesto de trabajo en el Sector Sanitario.

A finales de septiembre de 2003, la mayoría de las Empresas Entidades Colaboradoras solicitan el cese para el personal en activo (artículo 71.1 apartado b) Ley 1/1994 de 20 de junio), ante la Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que la atiende con efectos al 1.º de mayo de 2004, con informe desfavorable de UGT, CC.OO. y el FITC.

Sin embargo la verdadera finalidad es, al dejar de ser Entidades Colaboradoras, poder *dejar de prestar la asistencia sanitaria* a jubilados, viudas de jubilados, prejubilados y demás pensionistas, considerados una carga que ahora no se quiere asumir. Todo ello «*como efecto colateral derivado de la suspensión de la Autorización Administrativa para la colaboración con la Seguridad Social*».

Se realizaron varias manifestaciones en las que intervinieron entidades tan diversas como: la Asociación de Médicos de Entidades Colaboradoras de Madrid, las Centrales Sindicales CC.OO, CGT, Alternativa Sindical de Trabajadores, etc..

En las elecciones autonómicas en Madrid de 2003, los candidatos de los tres partidos (PP, PSOE e IU) mostraron su apoyo al modelo. Sin embargo la única propuesta concreta proviene de la candidata popular, Esperanza Aguirre, que en una carta remitida a los presidentes de las empresas colaboradoras aseguraba que «son instituciones fundamentales para la prestación de la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid dentro del sistema público».

SITUACIÓN ACTUAL

Algunas Empresas, durante el año 2004, tras solicitar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social distintas prórrogas respecto al cierre, *deciden finalmente solicitar la anulación de la solicitud de cese y continuar como Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social.*

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid firma primero sendos CONVENIOS MARCO, estableciendo un sistema de subvención que se fija en 550 € por titular y año. Con fecha 10 de noviembre de 2004 se firman otros con SCH, BBVA, BANESTO y BANCO URQUIJO, distintos de los anteriores pasando la subvención de 550 € a 600 €, y como si se tratara de una «novación» de la autorización anterior se introduce una limitación *excluyendo a determinados colectivos (entre ellos a aquellas viudas de pensionistas y prejubilados cuyo óbito del cónyuge sea posterior al 30-04-04), incumpléndose el Concierto con el INP.*

No era una mera presunción sin fundamento cuando decíamos que el verdadero objetivo era eliminar de la asistencia sanitaria a LOS MAYORES, pues los CONVENIOS MARCO suscritos con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid van en ese sentido, por lo que ha sido objeto de Recurso Contencioso Administrativo presentado por parte de la Asociación AJUBANESTO.

Transferidas las competencias en materia de asistencia sanitaria del INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD a las COMUNIDADES AUTÓNOMAS (excepto Ceuta y Melilla) y continuando aplicable la legislación anterior, las ENTIDADES COLABORADORAS vienen obligadas a cumplir los Conciertos INP y Empresas colaboradoras para la asistencia sanitaria a sus Pensionistas.

LA SANIDAD PÚBLICA CONCERTADA, COMO ALTERNATIVA

EL REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el apartado 2 del Artículo 67. Entidades Colaboradoras, dice:

«La colaboración en la gestión se podrá realizar también por asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, previa su inscripción en un registro público.»

Y en su artículo 199: «Para el mejor desempeño de funciones, los organismos de la Administración de la Seguridad Social, de acuerdo con sus respectivas competencias, *podrán concertar con entidades públicas o privadas, la mera prestación de servicios administrativos, sanitarios o de recuperación profesional.* Los **conciertos que a tal efecto se establezcan** serán

aprobados por los Departamentos ministeriales competentes y la compensación económica que en los mismos se estipule no podrá consistir en la entrega de un porcentaje de las cuotas de este Régimen General ni entrañar, en forma alguna, sustitución en la función gestora encomendada a aquellos organismos.

El Director General de Ordenación de la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con fecha 16 de marzo de 2004, en respuesta a la solicitud de cobertura legal para que, además de las empresas, se incluya a Asociaciones, Fundaciones, etc., en relación con la prestación de la asistencia sanitaria, responde:

...«En consecuencia, una medida como la pretendida habría de contar con la previa conformidad de todas y cada una de las Comunidades Autónomas afectas, al incidir en el ámbito competencial resultante de lo señalado en el párrafo anterior. Por ello, se considera que no concurren los elementos necesarios para que por esta Dirección General se formule ningún tipo de propuesta al respecto, *ello sin perjuicio de las medidas que respecto de los Conciertos de Asistencia a Pensionistas aludidos en su escrito pueda adoptar la Comunidad de Madrid, motivo por el cual se da traslado del mismo a la antes citada Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.*»

En consecuencia, y dada la inhibición de la citada Dirección General,

SOLICITAMOS:

1. DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: puesto que la Constitución, en el artículo 149.1.17.^a, reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, el **desarrollo legislativo tan amplio y necesario como sea menester del apartado 2 del Artículo 67 de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994, de 20 de junio.**
2. DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: un sistema a modo de «Cámara de Compensación para la Imputación del Coste Sanitario» derivado de la asistencia a desplazados en Comunidades Autónomas diferentes a la de residencia habitual, mediante código identificativo incorporado a la tarjeta sanitaria de su Comunidad.
3. DE LA COMUNIDAD DE MADRID, que por Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, le fueron traspasadas las funciones y servicios del INSITUTO NACIONAL DE LA SALUD:
 - 3.1. Que cumpla y haga cumplir los Conciertos suscritos por las Empresas Entidades Colaboradoras y el INO.

- 3.2. Que desarrolle la normativa reguladora de las Entidades Colaboradoras en la Comunidad de Madrid y su financiación.
4. **NO DESESTIMAR LA APORTACIÓN DE LAS ENTIDADES COLABORADORAS PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA, UNAS COMO PARTE DEL SALARIO SOCIAL, Y OTRAS DE CARÁCTER VOLUNTARIO QUE SE PUDIERAN ACORDAR.**
5. **GARANTIZAR LA VIGENCIA DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS PENSIONISTAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

RAZONES PARA LA DEFENSA DE ESTE MODELO SANITARIO

La eficacia demostrada por el altísimo grado de aceptación de más de 300.000 usuarios, solo en la Comunidad de Madrid.

Que no desaparezca el necesario seguimiento facultativo de los enfermos crónicos o con tratamiento de larga duración.

Madrid a 1 de Junio de 2005

«ENVEJECIMIENTO HUMANO»

D. José M.^a Segovia de Arana. Catedrático de Patología Médica

La población de las naciones industrializadas está viviendo ahora más tiempo que anteriormente. Las expectativas de vida han aumentado un promedio de 25 años.

El grupo que crece más es el de las edades de los 80 años y en algunos países el grupo de los que tienen más de 100 años es el que está aumentando con más rapidez.

En muchas partes del mundo las mujeres tienden a vivir más que los hombres, en una proporción de siete años más en las naciones industrializadas.

Por otra parte existen estudios del Japón, USA, y Europa que indican que la población no solo vive más sino que lo hace más sanamente.

Las diferencias en longevidad de unos países a otros dependen de desigualdades en la salud y en la renta y éstos a su vez están en relación con las facilidades de acceso a la educación y a los cuidados sanitarios. También influye, como algunos sostienen, la mayor sensación de seguridad de los individuos en las sociedades modernas frente al «stress», la inseguridad del futuro o la amenaza de la pobreza que son paliadas por las políticas sociales del Estado.

Muchos países tienen más del 10% de su población en tramos de edad de 65 años o más. En 1960 en España la población mayor de 60 años era del 12,5%. Para el año 2020 se calcula que será del 23%. Cifras parecidas se dan en la mayoría de los países europeos. Puesto que en estas edades es cuando aumenta marcadamente la proporción de enfermedades y demencias, se puede suponer la situación dramática que se está creando en los sistemas asistenciales sanitarios y en la sociedad en general.

La esperanza de vida de los españoles ha crecido fuertemente, incluso más que en otras partes del mundo. La nación que tiene mayor esperanza de vida después del Japón es España junto con Italia y Suecia como señala la Comisión de las Naciones Unidas para el desarrollo. Este hecho es más significativo si se considera que los niveles de renta no son entre nosotros los más altos del mundo. Por otra parte, la fecundidad en España ha disminuido a una velocidad mayor que en cualquier otro país. La población española se ha estancado en los 40 millones de habitantes a partir de cuya cifra se calcula que se iniciará un descenso progresivo, aunque posteriormente habrá una recuperación lenta, estimándose que alrededor del año 2020 la población española será similar a la que existía en la pasada década de los años 70. También la fecundidad ha disminuido en otros países del mundo occidental pero no con la intensidad y la gravedad que en España, lo que constituye un factor muy importante en el envejecimiento de la población y en el ensanchamiento del vértice de la pirámide demográfica.

Las sociedades occidentales, con una disminución de la fecundidad se están aproximando a un punto en el que los ancianos van a sobrepasar a los niños. Esta tendencia, sin precedentes en el envejecimiento de la población, tiene una gran importancia para la sociedad y sus instituciones como son el estado de la economía, los servicios de asistencia médica, los sistemas de pensiones, la vida familiar, la investigación médica, las decisiones sobre el fin de la vida, la adscripción de recursos públicos y privados a la sanidad, etc. Un aspecto muy importante es el papel que están jugando los ancianos en el incremento de los costes de la asistencia sanitaria aunque en ésta lo que más ha influido hasta ahora ha sido la introducción de las nuevas tecnologías médicas. El estudio del envejecimiento es fundamental para la planificación de la salud y de la sanidad de la población. A nivel individual, la situación no es menos problemática. Lo que debía sentirse como un regalo biográfico, como una etapa, la vejez, del pleno disfrute de lo que Max Scheler llamaba la «breve fiesta de la vida», se convierte frecuentemente en una situación deprimida, vacía de proyectos, anclada en los recuerdos, molesta para el propio protagonista y para los que le rodean. Bien es cierto que esta situación parece ir cambiando, pero lo hace con lentitud y no con la rapidez que demandan los tiempos y las circunstancias. Hay elementos para conseguir el bienestar individual y social de tal modo, que cuando se llegue a la vejez, haya posibilidades de reducir la propensión a las molestias inherentes a la vejez así como a la prevención o disminución de los procesos crónicos que suelen acompañarlas. Igualmente, para los sociólogos, economistas y políticos, los conocimientos que van suministrando las investigaciones sobre el envejecimiento son de una extraordinaria utilidad para el desarrollo de planes adecuados de asistencia y de protección a este núcleo cada vez más importante de la población.

Da la impresión que la humanidad no estaba preparada para la brusca y masiva prolongación de la vida que se ha producido en los países desarrollados y para hacer frente a los problemas económicos, laborales, sociales, familiares, médicos y sanitarios que la proporción cada vez mayor de personas ancianas origina en la sociedad moderna. Estos problemas distorsionan las previsiones y el empleo de los recursos colectivos que estaban pensados para una población que no viviera tantos años y que obliga a una acelerada reconversión de las estructuras y dispositivos sociales y a una redistribución de los recursos colectivos.

El encarecimiento de los costes de los servicios sociales, en especial los referentes a las pensiones y a la asistencia sanitaria, hacen que el lema de la sociedad del bienestar: «siempre más, nunca bastante» no sea posible mantenerlo por mas tiempo. Todos los países del mundo occidental desde Suecia y los demás países escandinavos, pasando por Alemania, Francia e Italia y naturalmente España, han dicho que no se puede seguir aumentando los gastos sociales y que los recursos son limitados frente a una demanda que crece sin cesar. Esto haría surgir la necesidad de plantearse distintas opciones y discriminar entre unos individuos y otros, con graves problemas de conciencia para los políticos y economistas que tienen que

decidir sobre la distribución de los recursos. El atender a los ancianos cuesta mucho a la sociedad y estos gastos no pueden seguir creciendo. Los ancianos constituyen un conjunto que tiene la gran fuerza sociológica del voto y que pueden inclinar el ejercicio del poder en un sentido u otro. Esto crea problemas muy graves que pueden conducir a un caos económico si el sentido de equidad y solidaridad no se introduce también entre la población anciana.

El estudio del envejecimiento se ha convertido en un tema apasionante desde diversos puntos de vista. El análisis de los cambios demográficos en las sociedades desarrolladas, muestra la actual distribución de los grupos de edades y sobre todo su dinámica que permite la previsión de lo que ocurrirá en un inmediato futuro en el que las medidas que ahora deben comenzar a tomarse tengan su plena efectividad para solucionar los acuciantes problemas actuales.

Desde el punto de vista médico y sociológico el estudio del envejecimiento humano tiene una extraordinaria importancia. Aparte de enfermedades generales y el deterioro funcional de los distintos sistemas y aparatos del organismo durante el envejecimiento se destaca y preocupa el deterioro cuantitativo de la capacidad intelectual del individuo y la posible aparición de enfermedades neurodegenerativas entre las que destacan las demencias cuya proporción entre los mayores de 65 años llega a representar en algunas estadísticas hasta el 15% de la población que aumenta en los mayores de 90 años hasta casi un 40%.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

Las investigaciones sobre el proceso biológico del envejecimiento están floreciendo de forma considerable, de tal modo, que los hallazgos de la genética y de la biología molecular van suministrando nueva información que nos permite conocer mejor los mecanismos íntimos del envejecimiento y que seguramente tendrán consecuencias importantes para corregir las desviaciones del envejecimiento normal y prevenir o retrasar en lo posible el envejecimiento patológico.

El envejecimiento normal es el que desarrolla la curva vital sin procesos intercurrentes de tipo accidental o patológico que interfieran la evolución de dicha curva. Pero vivir es una interacción de cada individuo con el medio ambiente que en todo momento, desde el nacimiento hasta la muerte, está influyendo sobre la constitución o predisposición genética. Podría hablarse de una influencia «normal». Por el contrario las acciones patológicas interrumpen el curso vital, como por ejemplo un accidente mortal, o lo «contamina» con una enfermedad que puede acortar la vida o hacerla incómoda con el sufrimiento o la incapacidad. Esto constituiría el envejecimiento patológico.

De acuerdo con estas ideas se hace preciso analizar los componentes del envejecimiento normal, la constitución y el desarrollo que están dis-

puestos en cada especie, la realización del plan vital codificado en el genoma. Posteriormente, habrá que hacer consideraciones sobre el envejecimiento patológico en lo que se refiere no solo a las enfermedades más frecuentes en el anciano y a la idea mantenida por algunos de que el envejecimiento en sí mismo produce ciertas deficiencias orgánicas que favorecen o predisponen a la aparición de algunas enfermedades como el cáncer, las deficiencias inmunológicas, las alteraciones endocrinas, etc. y su correlación con las insuficiencias y alteraciones mentales que a veces se observan en los ancianos.

Las recientes investigaciones biomédicas tanto básicas como clínicas están conduciendo a una nueva Gerontología cuyo interés principal se centra en conocer el proceso de la senescencia es decir, los mecanismos y circunstancias del envejecimiento normal separándolo del envejecimiento patológico en el que ciertas enfermedades como la artritis, procesos cardiovasculares, demencias etc. son más frecuentes y en cierto modo consideradas en tiempos como «normales» en los ancianos. Esto da lugar a una nueva visión de la ancianidad más positiva y optimista de la que había predominado en los últimos años. Ya no se trata solo de evitar o retrasar la aparición de ciertas enfermedades sino que además es necesario mantener e incluso potenciar la capacidad física y las funciones cognitivas de las personas que deben comprometerse con su vida a la que deben llenar de actividades productivas y de relaciones interpersonales incrementando la convivencia social. Estudios interdisciplinarios en personas ancianas en los que se combinan análisis fisiológicos, epidemiológicos y ciencias de la conducta, han identificado estilos de vida, factores psicosociales y culturales, hábitos de alimentación, de trabajo, etc. de extraordinaria importancia para mantener o incluso mejorar una actividad física normal y funciones intelectuales importantes para mantener el interés en el conocimiento y la preservación de la memoria. La evidencia que se desprende de recientes programas de investigación que se están llevando a cabo en USA, por el «National Institute of Aging» (Finch y Tanzi) demuestran la posible reversibilidad de la pérdida de función con la edad así como la limitación que el impacto de la herencia puede ejercer sobre la salud y el estado funcional en las edades avanzadas que dependen, cada vez con más evidencia, del control personal. Estas consideraciones se refieren al individuo como ser humano, como persona singular que ha de conocer, manejar y disfrutar su propia vida, única, irrepetible, trascendente, aunque no se quiera o no se sepa sentir.

Las consecuencias de todas estas consideraciones son de tipo preventivo: ¿qué hacer para prevenir el envejecimiento patológico? ¿qué hacer para conseguir la plenitud vital de la vejez?. Por supuesto que la vejez no puede evitarse pero conocer los mecanismos fisiológicos de su producción permitirá contrarrestar o disminuir los factores externos de riesgo que la convierten en patológica. Y muy especialmente, en lo que a la mente se refiere, una prevención del deterioro mental o del empobrecimiento progresivo de la mente, podría lograrse con mecanismos activos de potenciar la

cultura y el ejercicio de la inteligencia cuyos mecanismos cerebrales, si se cuidan, permanecen activos incluso en el declinar de la vida.

PSICOSOCIOLOGÍA DEL ANCIANO

¿Estamos viviendo más sanamente o simplemente más tiempo?. La evidencia actual es que algunas enfermedades crónicas incluida la artritis, demencia, hipertensión, ictus y enfisema están disminuyendo. El 89% de las personas comprendidas entre los 65 a los 74 años no refieren molestias e incluso después de los 85 años el 40% de los individuos son completamente funcionales. (Rowe). También la proporción de ancianos en casas de salud ha bajado del 6,3% en 1982 al 5,2% en la actualidad. Se estima que el 65% de los varones norteamericanos serán completamente independientes durante 12 de los 15 años que les quedan por vivir. En la actualidad se considera que hay un millón y medio menos de ancianos discapacitados en Estados Unidos de los que hubiera habido si el estado de salud de las personas mayores no hubiera mejorado desde 1982.

Junto con este rápido cambio en la demografía de las personas de edad avanzada en los países desarrollados se están introduciendo medidas de tipo social y económico que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de los ancianos de una manera notable y que están corrigiendo rápidamente las situaciones producidas en muchos países por la «brusca» prolongación de la vida de muchos de sus ciudadanos, «sorprendidos» por este aumento de los años para el que no estaban preparados personal ni socialmente.

Otro aspecto fundamental del envejecimiento humano lo constituye el estudio de las consecuencias sociales que se están produciendo en el envejecimiento global de la sociedad. Al estudiar la sociología de la edad avanzada, hay que hacer referencia a la situación social de los ancianos antes y ahora, con la transformación del viejo «patriarca» en el anciano constituido en carga familiar. La transición de una situación a otra, reviste especial interés sobre todo en el ámbito de la familia. Hay que analizar también las consecuencias directamente sociales de la jubilación, el estudio psicológico del jubilado en sus diferentes estamentos, sus formas y estilos de vida, su entorno vital así como la influencia de las instituciones sociales.

También hay que referirse al ámbito socio-sanitario de la asistencia a los ancianos tanto en los niveles de atención primaria como en los especializados o los que suministran las instituciones públicas o privadas, todo lo cual está ampliando continuamente los gastos de la sociedad destinados a la protección de los ancianos.

«SITUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL»

Ernesto Jaime Guinla, Presidente Asociación Aragonesa de Mutualistas y Pensionistas de la Mutualidad de la Previsión

A los enfermeros jubilados y a otros grupos, la Seguridad Social les ha suprimido un complemento de su pensión desde Enero del 2005, unilateralmente y en muchos casos sin previo aviso. Con esta situación se produce la pérdida de un 40% de sus pensiones.

Se ha constituido una plataforma en defensa del artículo 151 de los primeros Estatutos de los trabajadores (Reglamentación Laboral), ratificado en todas las reformas posteriores, que permitía la jubilación con 60 años de edad cumplidos y 25 años de servicio. La situación económica del jubilado quedaba asegurada con el pago del 60% de su pensión a cargo del INSS y el 40% a cargo del INSALUD. El 40% era un complemento que siempre se entendió que no estaba sujeto a modificaciones y que sería fijo e inamovible.

El incremento de la pensión de este año, que se ha realizado sobre el 60%, se ha detraído del complemento, basándose en una Sentencia del Tribunal Supremo que interpreta precisamente que ese complemento no es fijo y que se irá absorbiendo con las subidas de la pensión cada año.

Esta situación vulnera toda la protección legislada, vigente en la actualidad, por lo que se ha constituido la citada plataforma.

No todas las Comunidades Autónomas han hecho caso a la Sentencia del Supremo mencionada, siguiendo con los derechos económicos establecidos en los Estatutos, lo que no sucede en Aragón.

OTROS ASPECTOS DE LA DISCRIMINACION POR EDAD

En el III Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que tuvo lugar en Madrid los días 16 y 17 de Noviembre de 1997, se presentó una comunicación en la que se proponía para los mayores (pensionistas y jubilados) que las ONG's dedicaran especial interés para una mejor información y preparación teórica de los sistemas de protección social, tendente a la globalización tanto del desarrollo económico, como cultural y social que hoy se percibe en el mundo.

Llegar a lo que ya ha sido acuñado como «Aldea Global», requiere ante todo un espíritu de colaboración para que la sociedad disfrute de unos mínimos de bienestar cohesionados por la solidaridad entre los pueblos. Para la integración de ese desarrollo será necesaria la unidad de acción en las reivindicaciones y una integración plena en la evolución de la sociedad, rechazando la discriminación en cualquiera de sus formas.

Decía el Dr. Rojas Marcos que hay que aprender a envejecer superando la situación actual en la que las fuerzas sociales y culturales tiendan a negar la vejez y glorificar la juventud.

En este aprender fija como reglas esenciales «mantener la autonomía y la participación social, evitando quedar discriminadas» .

Fué en un Congreso de Eurolink Age, en París, cuando se escuchó por primera vez la expresión «luchar contra –la exclusión», refiriéndose concretamente a los obreros que por su avanzada edad, no encontraban trabajo. Pero no es sólo la exclusión laboral la que interesa eliminar, sino más bien es la exclusión familiar, la social y la administrativa o de gobierno que deben preocuparnos a nosotros y a ese porcentaje de excluidos laborales que padecen jubilaciones anticipadas.

La exclusión familiar quizás sea la más lacerante porque afecta siempre a aspectos psicológicos que dañan y duelen más al pensionista. Hay en esta discriminación del mayor, la inducción de un sentimiento de inutilidad, de frustración, capaz de generar las más graves depresiones, afectando a su estabilidad mental y emocional.

Respecto a la exclusión social, sucede que, cuando se pregona la integración del mayor, la sociedad y las instituciones están promocionando políticas de integración que más bien contribuyen a la diferenciación y separación generacional. Más que nunca, hoy se promociona la división de la sociedad por edades y hemos pasado de las tradicionales niñez, juventud, madurez y vejez, a las actuales tercera edad, cuarta edad, vejez biológica, cronológica, psíquica, burocrática, etc.

En cuanto a la discriminación política, me refiero a la exclusión de una participación activa de los mayores en todos los órganos de gobierno y desarrollo de la sociedad.

Hay en este sentido dos aspectos poco divulgados, como elementos reivindicativos: la ausencia de un órgano verdaderamente representativo de los mayores y la falta de representación de los mayores en instituciones que sirvan de consejo y asesoramiento al Gobierno en cuestiones económicas y legislativas que nos afectan. Es rechazable que nuestros derechos sean ejercidos por los sindicatos de clase, en razón de que su dedicación es la población trabajadora y sólo se sirven de los pensionistas con fines interesados.

Tenemos constituido en España el Consejo Estatal, creado tras múltiples deliberaciones, que, hasta la fecha, no ha realizado ninguna reivindicación denunciando los múltiples temas que se barajan sobre protección. social, ignorando realizar críticas al actual panorama; que no haya expuesto su opinión sobre «el medicamentazo» o sobre «el copago» y otros aspectos sanitarios; que se mantenga callado en cuanto a la reforma del IRPF, tope de pensiones, etc., etc.

Por último, no podemos dejar de mencionar las elocuentes palabras del Presidente del Consejo de Personas Mayores, Sr. Buqueras, cuando, con toda la razón hizo un llamamiento a las Administraciones Públicas «para que reconozcan a los mayores el derecho a participar en la vida económica, política, cultural y social sin discriminaciones por razón de edad».

Vemos, en resumen, que las personas mayores soportan la discriminación por razón de edad por parte de los distintos estamentos de la sociedad en la que se desenvuelven, por lo que esperamos que las diversas ponencias a debatir en éste próximo VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, sirvan de aldabonazo para mentalizar a dichos estamentos de la necesidad de tratar a los abuelos con la distinción, dignidad y consideración que se merecen, plenamente integrados en la sociedad sin discriminación alguna.

«ENCUESTA DE SALUD Y HÁBITOS SEXUALES DEL INE. UN CASO DE DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD»

Dña. Penélope Castejón Villarejo, Dña. Lourdes Pérez Ortiz y Dña. Mayte Sancho Castiello, Observatorio de Personas Mayores. IM-SERSO

INTRODUCCIÓN

Durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de Estadística, en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA, realizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, cuyo objetivo es proporcionar información para la evaluación del impacto de las políticas preventivas realizadas sobre la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, y orientar la planificación de dichas políticas preventivas en los próximos años.

El pasado 15 de Agosto se publicaron, en la página web del INE (www.ine.es), los resultados detallados de dicha encuesta, aunque durante el 2004 ya se podía consultar un avance de resultados.

La encuesta tiene una muestra de 10.839 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 49 años, quedado fuera de la investigación toda persona de 50 o más años.

OBJETIVOS: El objetivo principal de esta comunicación es estudiar si se ha producido una discriminación por razón de edad en la aplicación de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.

METODOLOGÍA

Se ha seguido una metodología documental, que incluye:

- Revisión de los aspectos metodológicos de inclusión-exclusión de los grupos de edad en la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.
- Análisis estadístico descriptivo de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.
- Análisis estadístico descriptivo de la Estadística Estatal de SIDA (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, www.ine.es)

RESULTADOS

La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales no pretende abordar todos los aspectos de la sexualidad de los españoles, sino que está destinada a proporcionar datos para la evaluación del impacto de las políticas preventivas sobre la extensión del VIH/SIDA y servir de herramienta para la planificación de dichas políticas.

El INE reconoce que la población objetivo debería ser toda la población española y que el comportamiento sexual de las personas con edades situadas fuera del rango de edad seleccionado también es de interés. Sin embargo, alegando las razones que a continuación se transcriben (y contra-argumentan) y a fin de «utilizar de forma más eficiente y racional los fondos disponibles» (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es) se decide dejar fuera de estudio a las personas de mayores de 49 años. Dichas razones son:

1. «Cabe prever mayores dificultades para cumplimentar un cuestionario parcialmente autoadministrado, especialmente si se usa ordenador, entre los grupos de mayor edad.» (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

Esta afirmación podría denotar una visión estereotipada de las personas mayores. Se cuenta de antemano con que personas de más de 49 años presentarán dificultades para rellenar un cuestionario autoadministrado, suponiendo por tanto que constituyen una población en la que «cabe prever» un bajo nivel educativo o ciertas dificultades de cognición.

Prevén mayores dificultades «especialmente» si ha de usarse (como es el caso) ordenador para el cumplimiento del cuestionario. Aunque efectivamente exista una menor generalización del uso del ordenador entre la población mayor; dada la difusión que han alcanzado las altas tecnologías, especialmente en ámbitos laborales, y, teniendo en cuenta que entre las personas excluidas de la Encuesta seguro encontraremos bastantes que permanecerán activas al menos 15 años más, es posible que se esté subestimando los conocimientos informáticos de muchas de ellas.

Además, desde un punto de vista estrictamente metodológico debemos señalar que es el instrumento de recogida de datos el que ha de adaptarse a la población objetivo y no a la inversa. Si descartamos un tipo de población por tener dificultades para cumplimentar nuestro cuestionario, denotamos un error de diseño en nuestro instrumento, pues introduce un sesgo en la recogida de información. Habría que plantearse entonces su rediseño para hacerlo adecuado a toda la población que queremos estudiar.

2. «El análisis epidemiológico de los casos de SIDA producidos hasta el momento indica que las infecciones producidas fuera de este rango de edad son un porcentaje relativamente reducido.» (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

Según la Estadística estatal de SIDA (realizada por el Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, y publicada en www.ine.es) las personas mayores de 49 años representan un 7,1% de los casos, porcentaje que puede considerarse relativamente reducido.

No se debe olvidar que la encuesta analizada tiene como objetivo último proporcionar información para la elaboración de políticas preventivas destinadas a evitar la transmisión sexual del VIH, por lo que un adecuado aná-

lisis epidemiológico de los casos requiere centrarse en ese tipo de contagios. Teniendo en cuenta esto, el porcentaje que representan las personas mayores de 49 años sobre el total de casos de sida transmitidos por vía sexual pasa a ser de un 18%; casi un quinto del total de casos. Esta misma información desagregada en tramos de edad más pequeños, indica que cualquiera de los tramos excluidos (de 50 a 54 años con un 6,8%, de 55 a 59 con un 4,7% y 60 y más años con un 6,6%) representan un porcentaje mayor que el tramo de 20 a 24 (con un porcentaje del 3,5) sin embargo incluido en el Encuesta (*véase Gráfico 1*).

Las relaciones sexuales sin protección son la principal causa de infección en las personas de 50 y más años, representando el 73,3%. De 15 a 49 años la mayoría de los contagios se dan por utilización de drogas vía parenteral (69,3%), mientras que la transmisión sexual tan sólo representa un 25,8% (*véase Gráfico 2*).

Por tanto, el análisis epidemiológico de los casos no justifica la exclusión de las personas de 49 años y más en una encuesta como la de Salud y Hábitos Sexuales.

3. «El escaso número de casos de SIDA producidos fuera del rango de edad seleccionado lleva a pensar que las prácticas de riesgo son también muy poco prevalentes fuera de dicho rango de edad». (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

En la encuesta se identifican cuatro prácticas de riesgo: el NO uso de preservativo, las relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución, las relaciones sexuales con parejas eventuales y las relaciones sexuales con nuevas parejas. Pero estas tres últimas, sólo constituirán práctica de riesgo si se cumple también la primera, es decir, si además no se usa preservativo.

Como el propio INE afirma en las Notas de prensa emitidas el 27 de julio de 2004, el uso del preservativo es menos frecuente entre los mayores (*véase Gráfico 3 y 4*).

Las relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución es una práctica en la que no se dan diferencias por grupos de edad (Cifras Ine: Salud y hábitos sexuales, www.ine.es); teniendo en cuenta que la prevalencia del VIH en estas personas es mayor que en la población en general y que el uso del preservativo disminuye a mayor edad, estaremos ante un importante número de personas mayores expuestas a riesgo inmediato de infección (*véase Gráfico 5*).

Pensar, por tanto, que las prácticas de riesgo son poco prevalentes fuera del rango de edad seleccionado, no es coherente con lo que los datos indican.

Además se supone que las personas que llegan hoy a mayores han recibido una educación sexual más abierta y tienen acceso a medicación estimulante que facilita sus relaciones sexuales (Viagra, lubricantes...) con lo que el estudio sobre sus comportamientos sexuales se convierte en fundamental para la prevención del VIH.

Gráfico 1

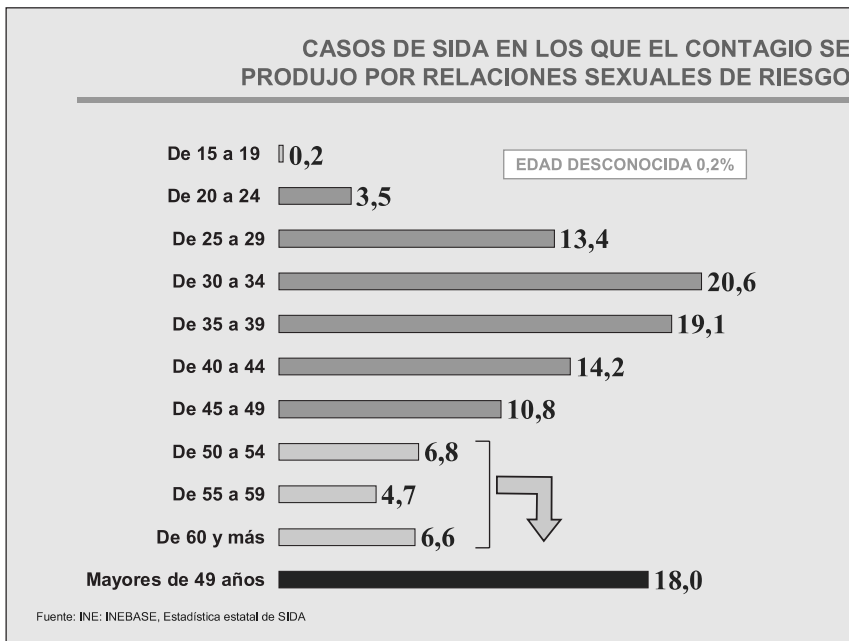


Gráfico 2

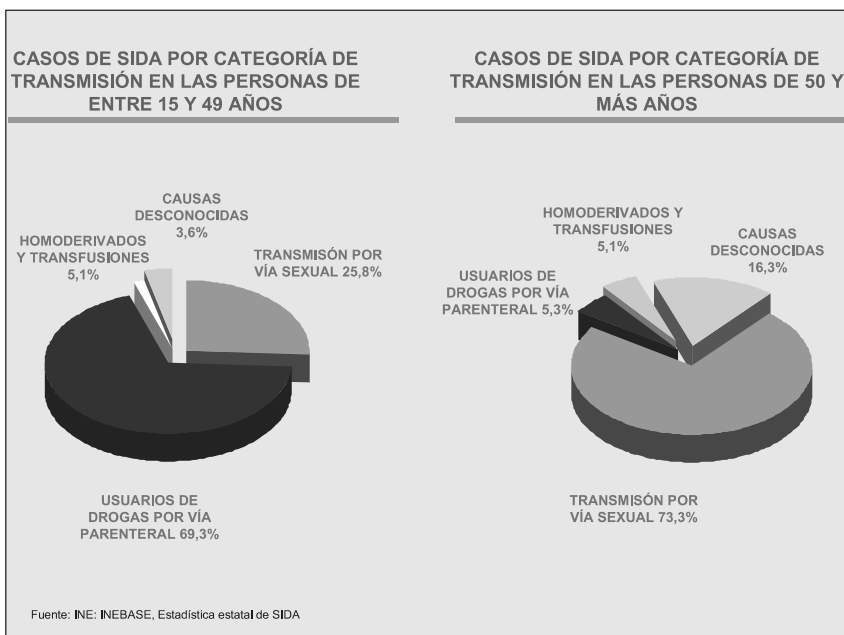
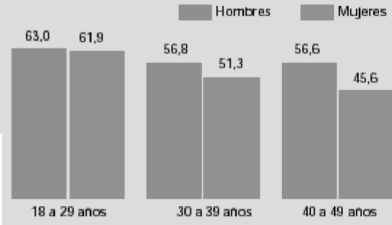


Gráfico 3

Porcentaje de personas que utilizaron preservativo en su primera relación sexual



Porcentaje de población que utilizó siempre preservativo con las parejas ocasionales en los últimos 12 meses



Uso del preservativo en la primera relación sexual con la última nueva pareja
% de personas

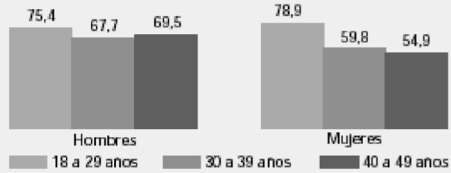


Gráfico 4

Porcentaje de población que usó preservativo en la última relación sexual con una persona que ejercía la prostitución




Gráfico 5

**HOMBRES DE 18 A 49 AÑOS SEGÚN USO DE PRESERVATIVO
EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON PERSONAS QUE
EJERCEN LA PROSTITUCIÓN**

	Total	Sí	No	No lo recuerda
Total	2.687.800	2.294.500	324.700	68.600
De 18 a 29 años	798.200	772.300	17.900	8000
De 30 a 39 años	941.800	839.300	92.500	10.100
De 40 a 49 años	947.800	683.000	214.300	50.500

Fuente: INE: INEbase: *Encuesta de Salud y Hábitos sexuales*. 2003



CONCLUSIONES

En el documento de la OMS «Envejecimiento activo: un marco político» para la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento (Madrid, abril 2002) encontramos como propuesta política fundamental «eliminar el límite de edad para la recopilación de datos sobre el VIH/SIDA, y evaluar y tratar el impacto del VIH/SIDA en las personas anciana, incluidas las infectadas y las que atienden a familiares infectados o huérfanos a causa del SIDA».

Hacer caso de esta recomendación evitando la exclusión de la población mayor en estudios como la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales supondría, entre otras cosas:

- Un mayor conocimiento de comportamientos sexuales de riesgo.
- Información acerca del impacto de campañas preventivas anteriores en las personas mayores.
- La base para la elaboración de campañas preventivas con un diseño para todas las edades.
- Y en consecuencia, un mejor acceso a la información referente a los riesgos de infección del VIH por parte de esta cohorte de edad.

BIBLIOGRAFÍA

- INE (2004): *Metodología general de la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales*, www.ine.es, 25 p.
- INE (2004): «Salud y Hábitos Sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del Sida». *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 4, 8 p.
- INE (2004) «Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales». *Notas de Prensa* 27 de julio, 6 p.
- Organización Mundial de la Salud (2002): *Envejecimiento Activo. Un marco político*, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento publicada en la Revista Española de Geriátría y Gerontología 37, 74-105 p.
- Losada Baltar, A. (2004): «Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención» *Documentos Portal Mayores*, www.imsersomayores.csic.es, 24 p.
- Jiménez Herrero, F. (2001): «¿Los viejos no deben enamorarse?». *Geriátrika*, 17, 158-164 p.
- Muñoz, A. (1999): «Sexualidad en la vejez». *Geriátrika*, 15, 41-43 p.
- González Martín, T., Olaya Gallo, M.^a. A., Eiros Bouza, J.M.^a., Arias Mayorga, J., González Guilabert, I., del Pozo Pérez, M.A. (1995): «Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en ancianos». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 30, 107-111p.

LAS DIFICULTADES DE LOS MAYORES CON LAS MEDICINAS Y SOLUCIONES

D.^a Teresa Bueno, Farmacéutica

DISCRIMINACION POR EDAD

Las personas mayores sufren con especial rigor las dificultades en la toma de medicamentos. Deben enfrentarse en sus domicilios a tratamientos prolongados, muchas veces con un número considerable de pastillas, con dosis alternas, y, lo que es más importante con medicamentos que generan problemas graves en caso de error.

La discriminación viene dada por las condiciones del enfermo. Menos lucidez, deterioro cognitivo, dificultades para leer (no sólo leer y comprender las instrucciones sino los nombres del envase), problemas con la memoria... Y son ellos los que tienen en sus manos la gestión de unas medicinas que pueden mejorar su estado o, en caso de mala administración, provocar más problemas de los que intenta corregir.

La comunicación muestra los resultados de una investigación realizada por la autora y que demuestra la eficacia del uso de organizadores/dosificadores semanales de pastillas por parte de los mayores polimedicados.

Se estima que entre el 30 y el 50% de los pacientes mayores incumplen el tratamiento prescrito. En el paciente anciano este fenómeno está favorecido por factores como la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficits sensoriales. Todo ello interfiere en el entendimiento y en la praxis del tratamiento, con lo que dificultan el cumplimiento de prescripciones relativamente sencillas.

En los últimos años, se han producido avances muy importantes en la terapéutica. Sin embargo, el proceso de utilización de medicamentos es complejo, ya que intervienen diversos agentes (prescripción, dispensación, administración). Hay ocasiones en que la terapia farmacológica falla y no se alcanza el objetivo de salud por diversas razones, entre las cuales se encuentran los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que, en la mayor parte de los casos, podrían ser evitables.

Los avances farmacéuticos y médicos han alargado la esperanza de vida. Una simple pastilla, administrada a diario, puede mantener a raya enfermedades crónicas siempre que se cumpla a rajatabla con la cita. A partir de edades avanzadas, la toma de pastillas suele convertirse en algo casi ineludible para combatir múltiples dolencias que exigen, a cambio, rigor en la ingestión de los fármacos.

Numerosos estudios, sin embargo, han confirmado lo que la práctica evidencia en cada hogar: los errores son frecuentes. Olvidos, despistes, duplicidad en las dosis. Sus efectos pueden derivar en graves problemas, y ocasionalmente provocar fallecimientos. Evitar los errores no es difícil.

Más del 60% de ellos se consideran evitables, es decir, fruto de una mala administración de las medicinas.

INVESTIGACION SOBRE LA EFICACIA DE ORGANIZAR PREVIAMENTE LAS MEDICINAS

Se trata de un estudio cuasi experimental pre test/post test sin grupo de control en el que se consideraron las siguientes variables para analizar los resultados del cumplimiento terapéutico:

- Edad cronológica (65 años o más).
- Paciente polimedcado con al menos una patología crónica.
- El estudio se realizó durante los meses mayo-noviembre de 2004.

Durante varias jornadas a los mayores, hombres y mujeres, que cumplen los criterios de inclusión se les realiza una entrevista en profundidad que aporta datos personales, datos clínicos y tratamientos.

Se recoge información sobre su enfermedad, sus tratamientos y sobre las formas en que toman en esos momentos sus medicinas. Se les pregunta sobre los métodos que utilizan para recordar sus tomas (algunos hacen notas en las cajas, otros sitúan las medicinas en zonas de fácil acceso...).

A las personas que se participan en la investigación se les imparte una charla que incluye datos relacionados con la necesidad y la importancia del cumplimiento terapéutico. Esto es, se realiza educación sanitaria individualizada, orientada a corregir aquellos aspectos erróneos detectados en el cumplimiento de los tratamientos.

Se les realiza a todos los integrantes de la muestra el test de Moriski-Green que ha sido valorado para la población española (Iñesta 1999) y que consiste en una serie de cuatro preguntas:

1. ¿Olvidió alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

Estas preguntas valoran si el enfermo adopta actitudes correctas ante su enfermedad.

Se considera BUEN CUMPLIMIENTO cuando se contesta correctamente a las cuatro preguntas, por el contrario una respuesta inadecuada, les incluiría como incumplidores.

Además puede proporcionar información sobre las causas que ha originado el incumplimiento.

Una vez finalizada la entrevista personal se entregó a los pacientes que participaron en el estudio un organizador semanal y se les explicó detalladamente la forma de usarlo. Se insistió en que el uso de esta «herramienta» suponía un cambio de hábitos en la toma diaria de medicamentos.

Las instrucciones no sólo estaban relacionadas con la forma de rellenar el dosificador sino con el uso diario del mismo y la forma de chequear la toma correcta diaria de las medicinas.

Se les dio instrucciones precisas para que no dejaran de usarlo si salían de viaje o se iban a casa de un familiar ya que el dosificador les permitía llevar las pastillas diarias en la cajita que corresponde a la jornada.

Se les explicó que debían usar de forma continuada el organizador durante el tiempo que duraba el estudio (tres meses) y se les convocó para una entrevista al cabo de cuatro semanas para resolver las dudas que podrían haber surgido en el uso doméstico del organizador.

Al cabo de tres meses se les convoca a una nueva entrevista para conocer los resultados de la prueba.

En la entrevista personal se solicita información sobre el uso del organizador que se les ha entregado. Se vuelve a realizar el test de Moriski-Green y una encuesta en profundidad de doce preguntas para conocer el uso que se ha hecho del dosificador; las consecuencias que este uso ha tenido en la toma diaria de medicinas y el grado de satisfacción de los pacientes con la nueva forma de administrar las medicinas en el ámbito doméstico.

Después del estudio **TODOS** los **INCUMPLIDORES** habían pasado a ser **CUMPLIDORES** según el test MG.

Esto demuestra que las personas mayores que disponen en su domicilio de «herramientas» adecuadas para organizar previamente la medicación pasan a realizar un uso correcto de las medicinas.

Los pacientes revelaban un alto grado de satisfacción. ¡Ojalá me lo hubieran dado antes!

¡Todos los domingos lo preparo! ¿por qué no nos proporcionan este dosificador igual que se reparten jeringuillas? ¡Ahora estoy mas tranquila! ¡Así no me olvido y si me despisto me doy cuenta! ¡Por supuesto que seguiré usándolo!... son algunas de las frases recogidas en las encuestas finales realizadas con los pacientes. No solo en las frases sino en el ánimo de los mayores se apreciaba la satisfacción por haber encontrado al fin una forma de afrontar el uso de los medicamentos con tranquilidad y seguridad.

El estudio ha demostrado que los mayores son capaces de cambiar sus hábitos si se les explica la forma de hacerlo y sus ventajas.

No todos los pacientes preparaban personalmente sus dosis. En algunos casos recurrieron a algún familiar más joven. No obstante ellos (los mayores) son los que fueron capaces de apreciar la diferencia entre el «antes» y el «después» en su tarea de recordar las dosis adecuadas de cada toma y no olvidar ni duplicar ninguna.

Hay que tener presente que gran parte de las enfermedades que padece este colectivo (hipertensión, colesterol...) no tienen una sintomatología clara por lo que pueden incluso pasar desapercibidas en el ámbito cotidiano. Esto hace que se puedan olvidar más fácilmente unas medicinas que no resuelven dolencias inmediatas. El dosificador recuerda las dosis obligadas y detecta los olvidos. Que el paciente relacione ese buen cumplimiento con

su mejoría de salud a largo plazo fue uno de los objetivos de la «educación sanitaria» realizada.

En el caso de los enfermos que consumen Simtron se ha detectado un especial grado de tranquilidad. El paciente, conocedor de los riesgos que conlleva este medicamento, sabe que lo está tomando de forma correcta y ello contribuye a su equilibrio personal.

Las Instituciones Sanitarias comienzan a tomar conciencia de los problemas de los mayores con los medicamentos. La Comunidad de Andalucía y algunos ayuntamientos de Madrid proporcionan a los mayores organizadores/dosificadores semanales de medicinas para contribuir a un mejor resultado de los tratamientos. Estas iniciativas no solo ayudan al anciano sino que contribuyen a mejorar los resultados farmacológicos e influyen en la consecución de unos mejores resultados de la Sanidad Pública (Hay que tener en cuenta que uno de cada tres enfermos que ingresan en urgencias de los hospitales lo hacen por problemas relacionados con las medicinas). Y un porcentaje importante de este colectivo son mayores.

**COMUNICACIONES SOBRE NEGLIGENCIAS,
ABUSOS Y MALTRATOS A MAYORES**

MALTRATO EN LOS ANCIANOS POR EL PERSONAL MÉDICO

D. Julio López-Ambit Megías, Médico Geriatra y Gerontólogo

- El anciano depende, sea válido o no, del personal sanitario, directa o indirectamente.
- Tiene que recurrir a él necesariamente, lo cual le crea una dependencia en esa parcela de su vida, como es la salud y la calidad de vida.

¿QUIÉN MALTRATA?

- En este caso nos ocupamos sólo del médico.

EDAD Y SUSCEPTIBILIDAD DE MALTRATO.

- La edad, el deterioro físico, psíquico y la capacidad de comprensión suponen un papel importante.
- Si no tiene quien se ocupe de él y de sus intereses como paciente, depende de la aceptación por parte del médico el trato que se le de.

CONDICIONES FÍSICAS

- Es totalmente válido, por lo que se le considera adulto normal. El anciano es dependiente, minusvalía o invalidez. Precisa de ayudas o de otras personas para desenvolverse. Presenta pluripatología y cronificación de algunos procesos. Por lo que su asistencia a la consulta y la demanda de atención es frecuente. Procesos irreversibles que menoscaban su calidad de vida. Precisa atenciones especiales. Según su patología y sus circunstancias personales.

PSÍQUICAS

El anciano se encuentra ante las siguientes situaciones:

- No sabe lo enfermo que está.
- Lo sabe y exige atención.
- Magnifica su enfermedad o la tergiversa, para obtener más o mejor asistencia.
- Comprende lo que se le dice, sigue las instrucciones y aclara las dudas.
- Informa al médico de sus procesos y las variaciones del mismo que ha observado.

- Presenta alteraciones mentales del tipo de demencia, depresión, agitación, paranoia, etc. Por lo que su información al médico es escasa, deformada, equivocada o fabulada.

¿CÓMO MALTRATA?

- No atendiendo debidamente.
- No escuchando y si lo hace, cortando sus explicaciones y animando a terminar rápidamente. (*El médico no me ha hecho ni caso, tenía mucha prisa*).
- Atribuyendo a la edad su situación y haciéndole ver que es normal que lo padezca y que no tiene remedio *¿Qué edad tiene usted?, – 80 ¿Y que quiere con esos años? Poco se puede hacer*, (si es que no dicen *«nada se puede hacer»*). Algunos ancianos lo toman como una sentencia, sino de muerte, sí de padecimientos sin alivio. Sospechan que su calidad de vida se irá deteriorando ineludiblemente.
- Si tienen medios económicos buscan otra opinión en otros profesionales. Temiendo que si le ponen algún tratamiento se nieguen a recetárselo. Y si es alguna exploración, no se la soliciten.
- No siempre el médico dispone del tiempo suficiente para dejar hablar y tiene que cortar por la reiteración, divagación, explicación de síntomas que sospecha inexistentes y que necesita ese tiempo para concretar una sintomatología para llegar a un diagnóstico. A veces con aspereza.
- Por lo que es conveniente que el paciente venga acompañado por un familiar para que colabore en la historia clínica y aporte observaciones que, incluso el paciente puede negar (porque no se ha dado cuenta, no le ha dado importancia o presenta un deterioro mental importante).

PAPEL DEL MÉDICO EN EL MALTRATO

Pasivo. No atendiendo las explicaciones (Puede ser imaginarias, pero otras son reales y hay que descartar un proceso relacionado).

El paciente está enfermo, mientras no se demuestre lo contrario. Indolencia, siguiéndole la corriente y recetando todo lo que le pide, sin hacer una valoración del tratamiento. Averiguar si ya lo ha visto otro compañero y tiene establecido un diagnóstico y un tratamiento.

Activo. En la atención más directa (Cuidados intensivos, UVI, Traumatología, Cirugía, etc), puede haber ensañamiento terapéutico. Exceso de exploraciones (algunas innecesarias o repetidas). A veces exigidas por el paciente o los familiares, que traen «su diagnóstico».

Hacer comentarios de doble sentido sin saber cual de ellos comprenderá el paciente y con cual se quedará.

CONSECUENCIAS

- El anciano sale disgustado de la consulta. Sino es que sale predis- puesto contra el médico. Esto puede influir en el cumplimiento de los tratamientos.
- El anciano sale poco o mal informado de la consulta. O lo han infor- mado bien, sin tener en cuenta que a los pocos minutos ya no se acuerda de cómo tiene que hacerlo.
- El dar el tratamiento por escrito y detallado, ahorra explicaciones y palabras y da la seguridad de que él o sus familiares pondrán interés en que se haga así.
- También puede despertar una actitud de rebeldía y se niega a seguir el tratamiento porque no confía en que sea el adecuado. Se deja lle- var por terceras personas o por lo que le dice el Farmacéutico.

SECUELAS

- Actitud negativa y falta de confianza en el médico.
- Puede llegar a deprimirse al no creerse comprendido.
- Si no está seguro de la información recibida, puede cambiar los tra- tamientos, las dosis, la forma de tomarlos y las pautas.
- Otra forma de maltrato puede ser la poca o ninguna amabilidad por parte del médico, por agobio, cansancio, predisposición contra ese enfermo (porque es «muy latoso», «muy exigente» o acaba con su pa- ciencia), por problemas personales o porque su carácter es seco y poco comunicativo.
- Como vemos hay una íntima relación en la actitud del médico y la del enfermo. Ambos tienen que colaborar cada uno en su parcela.
- Es frecuente a pesar de toda la buena voluntad del médico.
- No se da cuenta de su influencia en el paciente y lo que puede ser determinante al utilizar, una actitud, un lenguaje, una comunicación o simplemente un contacto físico afectuoso. Una sonrisa.
- Como leí en «LAS AFUERAS DE DIOS» de Antonio Gala:
- Prodigar la sonrisa, cuesta poco, pero vale mucho. Dura un parpadeo y a veces su efecto sirve para toda la vida. La necesitan hasta los más ricos y la pueden ofrecer hasta los más pobres. Es un don del Altísi- mo: no se puede prestar, ni comprar, ni robar: se regala. No se olvide nunca de sonreír, aunque le parezca imposible hacerlo. Y si yo no lo hago, por prisas o por preocupaciones, sonríeme tú a mí.

EL MALTRATO A LOS ANCIANOS PASO SIGUIENTE A LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES

D.^a M.^a Pilar Quiroga Méndez, Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca

«En un servicio de urgencia, acude un hombre de unos 70 años de edad; no habla, no responde, extremadamente delgado, lo traen en una silla de ruedas, no puede andar después de una caída sufrida en su domicilio hace medio año, a partir de entonces vive con uno de sus hijos y es cuidado por su nuera; se niega a tomar la medicación pautada por su médico, y tiene vendado un brazo; su familia dice que no se puede hacer bueno de él y que lo han traído porque se ha desmayado en la casa; es la cuarta vez que vienen al servicio de urgencias en las últimas dos semanas».

Este puede ser un caso de los tantos que se encuentran con relativa frecuencia en un hospital. Lo último que pensaríamos ninguno de nosotros, ni tampoco el personal sanitario que le atiende es que estamos ante un caso de maltrato doméstico. Sin embargo, no sería tan extraño que así fuera. El hecho de que nos cueste imaginarnos esta posibilidad deriva de un enorme desconocimiento de la realidad y de una mentalidad en la cual, por mero efecto de la discriminación por razón de edad, contemplamos la enfermedad como algo tan propio de la ancianidad que no nos produce extrañeza. Estamos tan llenos de prejuicios que un aspecto que nos haría sospechar en el caso de un niño, nos deja totalmente indiferentes en el caso de un anciano. La realidad sin embargo es muy diferente.

¿Por qué esa persona no va a ser una de las pertenecientes al 15% de los ancianos que no son detectados, frente al 2% que se estima en las valoraciones más optimistas están siendo maltratados en nuestro país?. Los datos de maltrato oscilan entre un 1 y un 10% de la población total de ancianos (Joy Queen, 1990); la OMS, las fija en un 6% en su primer informe mundial sobre violencia; en términos globales se estima afecta a un 3-10%. En España un 5%, 300.000 ancianos, sufren algún tipo de maltrato en nuestro país, que en la mayoría de los casos no es denunciado. Solamente el 10-15% son detectados; este es el gran obstáculo para conocer la verdadera incidencia del problema. Los datos que nos ofrece el Centro Reina Sofía ponen de manifiesto un claro empeoramiento: el maltrato de ancianos, realizado por los hijos aumentó un 472% en España entre los años 1995 y el 2001. Evidentemente esto hace imprescindible una movilización al respecto.

Nos referimos a la discriminación con referencia al maltrato no en cuanto este sea posible, lo es en una sociedad que soporta también otros maltratos igualmente monstruosos. La discriminación proviene que sea mucho más difícil de detectar, no solamente porque no hay información sino también porque en la situación en la cual al anciano se le discrimina socialmente con una atención de perfil bajo, será mucho más difícil hacer de

esta realidad una realidad visible. Las cifras comienzan a ser alarmantes. El maltrato a la población anciana, ha sido identificado como problema social hace muy poco tiempo. Aunque los profesionales de la salud y servicios sociales conocen casos de personas mayores maltratadas, la verdadera dimensión del problema no se puede conocer en la actualidad, ya que permanece fundamentalmente escondido. Las cifras están ocultas; es un maltrato negado, secreto, en donde la vergüenza impide la denuncia, y los lazos de familia que unen al maltratador con su víctima en muchas ocasiones, hacen más difícil que éste lo ponga de manifiesto. Además la vulnerabilidad de algunas personas mayores, y las complejas redes relacionales de los contextos donde habitualmente sucede, hacen muy difícil su detección. Ésta es la misma secuencia que han seguido otros tipos de maltrato: comienza siendo un problema aparentemente aislado, de índole física, para convertirse al cabo del tiempo en un problema de gran alcance que ocasiona enorme alarma social. El tiempo que pase, hasta que se de una situación que ponga los recursos y la voluntad suficiente para solucionar este problema; será la mejor medida de la discriminación real que sufre la población de mayores.

El maltrato a los ancianos comparte algunas características con el maltrato a los niños o el maltrato de género: en todos ellos no existe apenas la denuncia, ser víctima ocasiona culpabilidad, se produce aislamiento social, el maltratador es alguien que tiene lazos familiares o afectivos con el maltratado, y es una situación de flagrante injusticia contra los sujetos más débiles o más debilitados de una sociedad, injustificable e intolerable en un estado que tiene la responsabilidad de proteger a sus ciudadanos. En el caso del maltrato a ancianos, como hemos señalado la situación es todavía muy poco visible. No es visible porque se refiere a los ancianos; no es visible aunque no es fácil entender lo que está ocurriendo: no hay presencia social de los ancianos para que ellos mismos lo puedan denunciar, y no es visible porque nadie se ocupa de poner medidas radicales contra este desconocimiento.

La definición de abuso no es en la actualidad un asunto terminado, no contamos con una definición que sea totalmente aceptada, la dificultad principal estriba en decidir que se incluye y qué se excluye del concepto. Desde el final de los años noventa (Penhale, 1997) y más recientemente (Nahmiash 2004), se ha considerado la perspectiva teórica procedente de la psicología social, perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1987), desde la cual la definición del abuso es un asunto sociocultural que compromete diferentes niveles de respuesta y diferentes causas para una misma problemática. La discriminación al anciano desde un nivel macro social no es más que la base y el lugar donde luego se sitúa el abuso familiar y el maltrato doméstico. Por esa razón planteamos un marco amplio para comprender la dimensión del maltrato como un paso posterior al de la discriminación. Esta perspectiva es la que separa y diferencia el maltrato a los ancianos del resto de los maltratos, la base de discriminación social en la cual se asienta. Es el momento pues, de ampliar la definición.

Desde el nivel macrosocial, la negligencia y el abuso se definen en cuanto al acceso a las pensiones y a los recursos de salud, abusos institucionales que tienen relación con la progresiva disminución de la presencia social del anciano como grupo de poder y de influencia. Podríamos mencionar el trato desde los servicios de salud o medicina comunitaria, y desde aquí no es difícil imaginar cual sería el desenlace si uno de los ancianos maltratados denuncia la situación; ¿cómo se va a detectar negligencia en una persona que por razón de edad es habitualmente marginada de la atención, o minusvalorada por la necesidad constante de atención? En un aspecto como el maltrato se necesitan políticas de servicios sociales que puedan detectar desde el espacio médico sutilezas ligadas al maltrato, para ello necesitamos implementar la observación que realicen «de oficio» el personal médico, y el de servicios sociales.

Desde una perspectiva intermedia el abuso se refiere a las políticas de barrio o de comunidad, que muchas veces son las responsables de que el anciano se mueva en unas condiciones de patente marginalidad. Desde esta perspectiva ¿qué recursos se van a movilizar con urgencia para solventar el cuidado de un anciano maltratado?. De la misma forma que se protege a las mujeres y de que podemos definir un síndrome de la mujer maltratada, lo mismo ocurre entre los ancianos. Todo ello requiere de recursos operativos, conocimiento y mentalización.

El micro nivel es el que compromete las relaciones de abuso cometidas entre dos personas cuando hay una situación de cercanía, habitualmente el ámbito del hogar. Éste es el que habitualmente se denomina maltrato a los ancianos. Si tomamos como últimos referentes la definición propuesta por la OMS (1992), y la que aporta la APA observamos que respecto a la delimitación del significado del término maltrato no existen demasiadas diferencias entre ambas, en la primera tomada de la «Declaración de Toronto»(2002) *«maltrato es la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana»*. Falta en esta definición todo el componente de discriminación general; falta la situación de la que surge y las razones que hacen que no sea visible. Sin tenerlo en cuenta no podremos generar las medidas suficientes ni entenderemos del todo esta terrible y cada vez más frecuente situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berkman SL, Syme S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County Residentes. *American Journal of Epidemiology*, 1 (109) 186-204.
- Bover Bover, A.; Moreno, M.L.; Mota, S.; Taltavull, J. M. (2003). «El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención». *Revista de Atención Primaria*; 32 (9): 541-551.

- Bronferbrenner U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Paidós.
- Burston G. R. (1975). Letter: «Granny-battering». *British Medical Journal*, Sep 6; 3 (5983): 592-601.
- Cichetti D, Rogosch F. (2001). «The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning». *Developmental psychopathology*, 13 (4), 783-804.
- Dolan V. F. (1999). «Patterns of elder abuse». *Insurance Medical* 31 (1): 13-20.
- Fernandez Ballesteros, R.; Fresneda.R.; Martínez, J. y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid, Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; Gonzales, J. L.; Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica de la vejez*. Barcelona, Martínez Roca. S. A.
- Kessel, H.; Martín, N.; Jiménez, M.; Berenguel, E.; Marín, A.; Galdeano, M. (1999). *El síndrome de Dr Jekyll y Mr Hide: las dos caras del cuidador de ancianos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. (34): 346-352.
- Joy Quinn, M. (1992). «Abandono y maltrato a los ancianos». *Estrategias de intervención*. En S. M. Smith, M. Beth Williams y K. Rosen. *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brower.
- Kurrie S. E., Sadler, P. M, Cameron ID. (1993) Patterns of elder abuse. *Medical Journal* 5(1) 359-380.
- Marco Yuste, A. (2004). «Abusos y negligencias en personas mayores, con demencia o trastornos del comportamiento». *Año Gerontológico*. (17): 373-392.
- Muñoz Tortosa, J. M. (2004). *Personas mayores y Malos tratos*, Madrid, Pirámide.
- Muñoz Tortosa, J. M. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, Pirámide.
- Nahmiash, D. (2004). «Powerlessness and Abuse and Neglect of Older Adults». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1 (14), 21-47.
- Penhale, B. (1993). «The abuse of elderly people, considerations for practice». *British Journal of Social Work*, 2 (23), 95-112.
- Quiroga Méndez, P. (2005). «Maltrato en ancianos: la propuesta psicológica», en *Temas de Psicología X, Maltrato de género, infantil y de ancianos*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- Santos, F., Walker, R. (1993). *Elder at Risk: Abstract of the psychological and behavioural literature on elder abuse, victimization and suicide, 1967-1993*. APA Pub.

MUERTES POR VIOLENCIA DE GÉNERO, VERSUS SUICIDIO GERONTOLÓGICO Y DE GÉNERO: ESPAÑA, PERIODO 1999-2002

D. José Manuel Mayán Santos, D. Mario Araña Suárez, Doctorado Gerontología, Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia

Resumen: Comparamos las muertes femeninas por violencia de género, en España, durante el periodo 1999 a 2002, con las muertes por suicidio femenino, suicidio gerontológico –hombres y mujeres, mayores de 65 años–, y suicidio femenino gerontológico. Los resultados obtenidos reflejan que el suicidio posee características que lo definen como una epidemia sanitaria y social, que carece en España de las medidas legislativas de protección que posee la violencia de género, fenómeno con una mortandad netamente inferior.

Palabras claves: Suicidio, suicidio femenino, suicidio gerontológico, muertes femeninas por violencia de género.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo efectuamos un análisis comparativo del suicidio, con un fenómeno epidemiológico sanitario, político, jurídico y social de actualidad: las muertes femeninas por violencia de género –M. F. V. G.–

Hemos escogido este fenómeno –muertes femeninas por violencia de género, M. F. V. G.–, de entre los posibles problemas relevantes socialmente, por ser aquél que mayor debate genera en los últimos años en España.

Esta elección viene determinada por los espacios en medios de comunicación que ocupa la violencia de género, así como por el debate originado en España, a raíz de la tramitación de las propuestas legislativas¹; y de las consecuencias sociales, jurídicas e institucionales que se derivan de la misma².

Y que la Unión Europea ha decidido trasladar al ámbito internacional, creando una Comisión de estudio para la aplicación posterior de esta Ley en toda Europa (Carlshamre, 2005).

¹ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, B.O.E. (2004).

² Medidas de sensibilización, prevención y detección –Título I–, de los Derechos de las mujeres víctimas de violencia de género –Título II–, Tutela Institucional –Título III–, Tutela Penal –Título IV–, Tutela Judicial –Título V–. B.O.E. (2004).

MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos los datos respecto a las cifras de mujeres fallecidas por violencia de género –M.F.V.G.–, a partir de los datos facilitados de la Fundación Mujeres (2004). Las cifras de suicidio corresponden a las divulgadas por el Instituto Nacional de Estadística de España –I.N.E.– (2005).

Nos interesa comparar las defunciones por violencia de género, con: los suicidios femeninos en la población española; el suicidio gerontológico en España (tanto en hombres como en mujeres); los datos del suicidio gerontológico femenino, en España.

Calculamos, a partir del número de casos reales, los porcentajes y las medias, para mostrar la relación matemática entre estos fenómenos analizados. Mostramos –en las Tablas 1, 2 y 3– los datos que obtenemos.

RESULTADOS

1. Muertes Femeninas por Violencia de Género versus Suicidio Femenino

Para averiguar la importancia de estos fenómenos en la población española, confeccionamos la tabla siguiente, con los datos correspondientes al periodo 1999 a 2002 del número de mujeres muertas por violencia de género, y por suicidio femenino en España.

TABLA 1. *MFVG, versus SF en España, durante el periodo 1999-2002*

	<i>Muertes femeninas por violencia de género</i>	<i>Suicidio femenino en España</i>		<i>Número veces</i>
1999	55	808	1.469%	14,7
2000	65	819	1.260%	12,6
2001	73	759	1.040%	10,4
2002	77	817	1.061%	10,6
Medias	67,5	800,8	1.207%	12,1

Elaborado a partir de Fundación Mujeres (2004), e I.N.E. (2005).

Esta tabla revela los siguientes resultados:

A lo largo de estos años analizados, las M.F.V.G.

- Aumentaron de forma continua, cada año.
- Pasando de 55 en el año 1999, a 77 muertes en el año 2002.

Los suicidios femeninos en el mismo periodo:

- Sufrieron oscilaciones en su incidencia anual.

- Situándose su incidencia anual mínima de 759 víctimas en el año 2001, y máxima de 819 fallecimientos en el año 2000, dentro de este periodo analizado.

Comparando ambos fenómenos:

- El suicidio femenino en España permanece superior a las M.F.V.G., durante el periodo.
- Siendo un mínimo de 10,4 veces superior a las M.F.V.G. en el año 2001.
- Llegando a alcanzar hasta 14,7 veces las M. F.V.G. en el año 1999.
- La suma de las Muertes Femeninas por Violencia de Género en todos los años –270, de 1999 a 2002–, significa un tercio de las muertes femeninas por suicidio, en el año de menor incidencia de éste –759 casos, en el año 2001–.
- Significando las MFVG acumuladas durante los cuatro años, un tercio de las muertes femeninas por suicidio de cada año, en cualquiera de los años analizados.
- La suma total, durante 1999-2002, de M.F.V.G. es de 270; frente a 3.203 muertes femeninas por Suicidio en el mismo periodo.
- Como conclusión de este análisis comparativo: el SF es –de promedio–, 12 veces superior –un 1.207%– a las MFVG.

La rotundidad de estos datos, despierta nuestro interés por acotar aún más el ámbito de la comparación; por ello, nos planteamos conocer cuál es la relación entre las muertes femeninas por violencia de género en todos los grupos de edad, respecto a las muertes por suicidio –masculino y femenino–, exclusivamente, en las edades gerontológicas –entendiendo como tales, las personas mayores de 65 años–.

2. Muertes Femeninas por Violencia de Género, versus Suicidio Gerontológico en España

Al comparar el número de muertes femeninas por violencia de género, con el número de suicidios en edades gerontológicas, durante el mismo periodo 1999-2002, encontramos los resultados que mostramos en la tabla 2.

TABLA 2. *MFVG, versus SGE en España, durante el periodo 1999-2001*

	<i>Muertes femeninas por violencia de género</i>	<i>Suicidio gerontológico en España</i>		<i>Número veces</i>
1999	55	1.210	2.200%	22,0
2000	65	1.223	1.882%	18,8
2001	73	1.136	1.556%	15,6
2002	77	1.181	1.534%	15,3
Medias	67,5	1.188	1.793%	17,9

Elaborado a partir de Fundación Mujeres (2004), e I.N.E. (2005).

Estos datos, revelan que:

- El Suicidio Gerontológico, en hombres y mujeres mayores de 65 años, a lo largo de estos años:
 - Sufre oscilaciones en su incidencia anual.
 - En ningún caso desciende de las 1.136 muertes alcanzadas en el año 2001
 - Llegando a la cifra de 1.223 fallecimientos en el año 2000.
- Comparando ambos fenómenos:
 - El Suicidio Gerontológico en España permanece superior a las MFVG, durante todo el periodo
 - Siendo un mínimo de 15,3 veces superior,
 - Llegando a representar el suicidio gerontológico en España, 22 veces las MFVG
 - La suma de Muertes Femeninas por Violencia de Género en todos los años
 - 270, de 1999 a 2002–, representan un mínimo de 15 veces inferior a la cifra de muertes por Suicidio Gerontológico, en el año de menor incidencia de este –2002–.
 - Llegando el Suicidio Gerontológico a representar 22 veces, las MFVG, en el año 1999.
 - Las muertes femeninas por violencia de género en este periodo suman 270; frente a los 4.750 fallecimientos habidos en España por suicidio gerontológico, durante el mismo periodo.
- Como conclusión de este análisis comparativo: El suicidio gerontológico en España, representa un promedio de 18 veces –1.793% más–, que las muertes femeninas por violencia de género, durante el mismo periodo 1999-2002.

Mientras que cualquier muerte por violencia de género es noticia inmediata, del suicidio gerontológico cuesta encontrar alguna mención en los medios de comunicación.

Comprobando, nuevamente, la rotundidad de estos datos también para el suicidio gerontológico en su conjunto –hombres y mujeres–, procedemos a efectuar un análisis más acotado de la relación entre las muertes femeninas por violencia de género, y el suicidio femenino en edades gerontológicas durante el mismo periodo.

3. Muertes Femeninas por Violencia de Género, versus Suicidio Femenino Gerontológico en España

Confeccionamos la tabla 3, con los datos por suicidio femenino gerontológico en España, habidos durante el período comprendido entre 1999 y el año 2002, para efectuar la comparativa con las defunciones femeninas habidas por violencia de Género en este mismo periodo.

TABLA 3. *MFVVG, versus SGE. España, durante el periodo 1999-2001*

	<i>Muertes femeninas por violencia de género</i>	<i>Suicidio femenino gerontológico en España</i>		<i>Número veces</i>
1999	55	352	640%	6,4
2000	65	330	508%	5,1
2001	73	302	414%	4,1
2002	77	304	395%	3,9
Medias	67,5	322	489%	4,9

Elaborado a partir de Fundación Mujeres (2004), e I.N.E. (2005).

Podemos observar que:

- El Suicidio Femenino Gerontológico a lo largo de estos años analizados:
 - Sufre oscilaciones en su incidencia anual, desde un mínimo de 302 en el año.
 - 2001, a 352 en el año 1999.
 - Siendo su media de 322 fallecimientos en el periodo.
- Comparando ambos fenómenos:
 - El Suicidio Femenino Gerontológico, permanece superior a las Muertes Femeninas por Violencia de Género, durante cada año del periodo 1999-2002.
 - Representando el S.F.G., un mínimo de 3,9 las M.F.V.G., y llegando a alcanzar hasta un máximo de 6,4 veces las M.F.V.G. en el año 1999.
 - Para todo el periodo analizado, las Muertes Femeninas por Violencia de Género en todos los años –270–, son inferiores al número de muertes femeninas por suicidio en edades gerontológicas –1.288–.
- Como conclusión de este análisis comparativo, el suicidio femenino gerontológico en España, es –de promedio–, cinco veces superior –un 489% más–, que las muertes femeninas por violencia de género en todo el Estado.

A la luz de estos datos, comprobamos que las muertes femeninas por violencia de género, representan un fenómeno de mortandad netamente inferior al suicidio femenino en España; y al suicidio gerontológico, por una parte; y por otra, al suicidio gerontológico femenino, de forma particular.

Afirmamos, por tanto, que en el caso del suicidio en todos sus ámbitos estamos ante una auténtica epidemia sanitaria y social, en los términos descritos por Icart Isern, (2000)³, que adquiere mayor relevancia para las edades gerontológicas.

Estos datos reflejan, para estas edades –principalmente–, la existencia de un «déficit de dispositivos sanitarios específicos», en un entorno social que «no concede suficiente importancia al bienestar del anciano», constituyendo una forma de «desamparo, abuso, o mal-trato», por su presentación «insidiosa», pero permanente (Imsero, 2004).

Que reclama, a nuestro juicio, un afrontamiento jurídico, político, social y sanitario, semejante al que poseen otros fenómenos con menor incidencia de muerte –como la violencia de género –en España.

La «coordinación entre profesionales», la creación de «protocolos concretos y claros de actuación en cada nivel sanitario» y social, que responda de forma eficaz a las necesidades de esta población «frágil, vulnerable y desprovista de elementos propios para su autodefensa» (Imsero, 2004), ante la problemática suicida reflejada, resulta necesaria, y –cuanto menos–, a nuestro juicio: urgente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- B.O.E. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, BOE, n.º 313, de 29 de diciembre.
- Carlshamre (2005). *El Parlamento Europeo propondrá a la Unión Europea medidas contra la violencia de género como en España*. Agencia Efe, 21 de junio.
- Fundación Mujeres (2004). *Informe sobre violencia contra las mujeres en España. Tasas y tendencias de homicidios y asesinatos 1999/2003, a partir de las noticias aparecidas en prensa*. Madrid.
- Icart Isern, M (2000). *Bases conceptuales en epidemiología*. En Icart, M.; Torrens, M. L.; Bermejo, B.; Canela, J. *Enfermería comunitaria. Epidemiología*. Masson, Barcelona, 2000.
- IMSERSO (2004). *Vejez, negligencia y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística de España –I.N.E.– (2005). *Estadísticas sobre mortandad en España*. Accesible desde <http://www.ine.es>

³ «Fenómeno de masas, aparición de una serie de casos con características comparables y en número superior al esperado, en tiempo y espacio determinado», Icart Isern, (2000) .

SUICIDIO GERONTOLÓGICO EN ESPAÑA: ANÁLISIS DEL PERIODO 1991-2000

D. Mario Araña Suárez, D. José Manuel Mayán Santos, Doctorado Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia

Resumen: En este trabajo abordamos el análisis del Suicidio en España, para –a partir de este –establecer las previsiones acerca de la evolución futura, en edades gerontológicas. Encontramos unas tasas por 100.000 habitantes, superiores en edades > 65 años, al resto de la población. El incremento de la pirámide poblacional en los tramos de edad gerontológico, repercutirá en el aumento de suicidios consumados en España, en estas edades.

Palabras claves: suicidio, suicidio gerontológico, tasas.

El Centro Nacional de Epidemiología, C.N.E., (Llácer y Fernández, 2005) publica información de las causas de muerte habidas en España. Seleccionamos de esta base de datos, la información relativa al suicidio (suministrada en forma de tasas por 100.000 habitantes, para cada grupo de edad), para confeccionar la Tabla 1.

TABLA 1. *Suicidio en España durante el periodo 1991-2000*

	5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			65-74 años			75-84 años			> 85								
	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT	M	Md	DT			
H	0,3	0,3	0,2	7,6	7,4	0,6	11,9	12	1,0	11,4	11,7	1,3	12	12,8	1,1	11,45	11,71	1,35	23,1	23,3	4,2	40,5	40,4	2	65	65,2	7,3						
M	0,1	0,1	0,0	1,8	1,9	0,3	2,7	2,7	0,4	3,3	3,3	0,5	2,7	2,8	0,4	3,34	3,35	0,46	8,1	8	0,7	8,9	9,8	1,4	11	11,2	1,4						

Tasa por 100.000 de Mortandad por Suicidio en España.
Elaboración propia a partir de las tasas del C.N.E.

Interesa conocer la estabilidad y consistencia de los datos aportados por las tasas del C.N.E.; para ello calculamos el valor de la Media, Mediana, y Desviación Típica, para cada grupo de edad.

La media nos aporta información sobre el valor central de la distribución de los datos en cada grupo; sin embargo, puede verse afectada por la influencia de valores extremos dispersos, distorsionando su relevancia, en cada intervalo de edad. Para evitar esta posible distorsión, calculamos el valor de la mediana, determinando –a partir de ellas: media y mediana –las desviaciones típicas en cada grupo de edad. Nos permiten así conocer el tamaño de las fluctuaciones existentes en cada intervalo.

Resultados

Observamos en la tabla 1:

- **Patrón diferencial de suicidio femenino:** los datos del suicidio femenino, son inferiores a la del suicidio masculino en todos los tramos de edad. Estos resultados son congruentes con otros hallazgos, como son los de Coren et. al. (1999); Etzersdorfer et al. (1996); Granizzo et al. (1996); Hoxey et al. (2000); Kua et al. (2003); Snowdon et al. (2002). Sin embargo, discrepan de las conclusiones obtenidas por Yip, Chi y Chiu (2002).
- **Patrón longitudinal ascendente:** existen suicidios desde edades tempranas, incrementándose la incidencia a partir del tramo 15-24 años (corroborando los hallazgos de Snowdon et al., 2002; Yip, Chi y Chiu, 2002), y 25-34 años (señalados por Snowdon et al., 2002, por ejemplo), manteniéndose en torno al 12 por 100.000 habitantes en hombres, de forma estable, a partir de los 35 años, hasta la llegada a los **tramos gerontológicos donde el suicidio muestra sus niveles más altos.**
- **Estabilidad temporal:** los valores calculados para las medias y medianas, muestran un perfil estable. La desviación típica, como indicador de las oscilaciones esperables, refleja valores mínimos para los grupos femeninos; en hombres, aparecen oscilaciones mayores en las edades gerontológicas, que no logran anular la contundencia de los datos.

Nos encontramos ante un fenómeno, el suicidio, que carece de protección legal en España, para cualquier edad.

Siendo su incidencia porcentual por 100.000 habitantes, mayor en edades superiores a los 65 años, supone un **factor adicional de desconsideración** hacia estas edades, el carecer de medidas jurídicas, sociales y sanitarias, que revelen este fenómeno y permitan frenarlo.

Calculando la media, mediana y desviación típica, estamos en condiciones de formular predicciones acerca de la evolución del suicidio gerontológico en España, por cada grupo de edad.

Estimación acerca de la Evolución del Suicidio Gerontológico en España, para los años próximos.

Para obtener la previsión de los suicidios consumados en los grupos de edad gerontológica, elaboramos la Tabla 2. A cada dato de la media, le restamos y sumamos la desviación típica correspondiente –para edad y sexo–, obteniendo de esta forma, el límite inferior y superior que contiene la cifra de suicidios esperables en los años próximos, de no mediar ningún acontecimiento extraordinario.

TABLA 2. *Previsión de suicidios gerontológicos consumados en España*

<i>Por cada 100.000 habitantes</i>	<i>65-74 años</i>		<i>75-84 años</i>		<i>> 85 años</i>	
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Hombres	18,89	27,33	38,45	42,51	57,67	72,29
Mujeres	7,41	8,89	7,43	10,31	9,53	12,31

Elaboración propia.

Nuestra previsión es que la tasa por 100.000 habitantes, para el suicidio gerontológico, supondrá un mínimo de 19 decesos en hombres, y de 7 en mujeres, en el intervalo de edad 65-74 años; que continuarán significando las tasas de suicidio mayores, de todos los grupos de edad.

Para el resto de los intervalos de edad, en hombres, por ejemplo, encontramos que no descenderemos de 38 decesos en el grupo de 75-84 años, y de 58 fallecimientos en los mayores de 85. Suponen estos datos que, el suicidio en hombres mayores de 75 años, triplicara –como mínimo– la tasa mayor que pudiéramos encontrar en cualquier otra edad no gerontológico.

Las previsiones más pesimistas, apuntan a que se suicidarán, por cada 100.000 habitantes, 72 hombres mayores de 85 años.

Estas previsiones, son esperables, para cada uno de los próximos años.

De esta forma, podemos afirmar, que las cifras de hombres mayores de 65 años que se suicidarán en España en los próximos años, oscilará entre 115 y 142, por cada 100.000 habitantes.

Es de esperar, por otra parte, que el cambio demográfico producido al incorporarse a las edades gerontológicas, la denominada «generación del baby-boom» incremente el número de de personas en cada tramo gerontológico, ampliando la pirámide poblacional en estas edades.

Por lo tanto, como conclusión, la tasa de suicidio en edades gerontológicas para 100.000 habitantes, en España, permanecerá de forma consistente entre los límites mínimos y máximos calculados.

Al producirse un incremento en el número de personas en estos tramos poblacionales, el suicidio gerontológico, sufrirá una incidencia real, mayor a la mostrada.

A modo de conclusión

Las conclusiones principales de este trabajo, son:

- Revelan al suicidio gerontológico como el fenómeno de mayor incidencia porcentual, dentro del suicidio en la población general de España.

- Trabajar con medias, medianas y desviación típica, ofrece la posibilidad de establecer predicciones acerca de la evolución del suicidio en los próximos años.
- Carecer de medidas jurídicas, sanitarias y sociales, de protección para el suicidio en la población española, supone un factor añadido de desconsideración hacia las edades gerontológicas, al ser estas, las etapas vitales donde mayor tasa porcentual presenta este fenómeno epidemiológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coren S., Hewitt P. L. Sex differences in elderly rates: someone predictive factors. *Aging and Mental Health*, 1999, vol 3 (2): 112-118.
- Etzersdorfer, E., Piribauer, F., Sonneck, G. Sex differential for suicide among Austrian age cohorts. *Acta Psych Scandinav* 1996; 93: 240-245.
- Granizzo, J. J., Guallar. E., Rodríguez-Artalejo, F. Age-period-cohort analysis of suicide mortality rates in Spain, 1959-1991. *International Journal of Epidemiology*, 1996, vol. 25: 814-820.
- Hoxey, K., Shah, A. Recent trends in elderly suicide rates in England and Wales. *International Journal of Geriatric Psychia*, 2000, vol. 15: 274-279.
- Kua, E. H., Ko, S. M., Ng, TP. Recent trends in elderly suicide rates in a multi-ethinc Asian city. *International Journal of Geriatric Psych*. 2003, vol. 18, n.º 6, 533-536.
- Llacer, A, Fernández-Cuenca, R. *España 2000, mortalidad por causa, sexo y grupo de edad*. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 2003.
- Snowdon, J., Hunt, G. E. Age, period and cohort effects on suicide rates in Australia, 1919-1999. *Acta Psych Scandinav*, 2002, vol. 105: 265-270.
- Yip, PSF, Chi, I., Chiu, H. A multi-disciplinary study on the causes of elderly suicide in Hong Kong. The University of Hong Kong The Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention (CSRP) 2002.
- Yip, PSF, Chi, I., y Yu, K. K. An epidemiological profile of elderly suicides in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatr*, 1998, vol. 13: 631-637.

VIOLENCIA HACIA LOS MAYORES. LA MÁS GRAVE DISCRIMINACIÓN POR EDAD

Dña. Rosario Paniagua Fernández, Dña. Rosalía Mota López, Profesoras Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas

«Dudemos de aquel que se odia a sí mismo, porque seremos las víctimas de su rencor y de su venganza. Busquemos cómo moverle a amarse a sí mismo».

Nietzsche.

1. PARA COMENZAR

En el marco del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que tiene como lema *la discriminación por edad*, queremos poner de relieve la violencia hacia los mayores como un tema de primer orden que debería suscitar más preocupación, con la sospecha de que no se le da la importancia suficiente, ya que cursa con el mayor de los *silencios*, pues sus víctimas callan. Esta violencia es un ejemplo extremo de *la discriminación* que pueden sufrir los mayores por el mero hecho serlo, y representa sin duda una de las caras más oscuras de nuestra sociedad. Constatamos que el problema va en aumento, también la prevención, la detección pronta, y la intervención deben ir en aumento.

2. ACERCA DE LA VIOLENCIA HACIA LOS MAYORES

Haciendo una aproximación conceptual Galtung propone una definición amplia al considerar que «la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de sus realizaciones potenciales». (Ver Jiménez, V: 2002: 427, en Actas del IV Congreso de Escuelas de Trabajo Social). Teubal, R y colaboradores (2001: 45) entienden por violencia «cualquier tipo de conducta abusiva con una direccionalidad reiterada que va de los más fuertes a los más débiles. El vínculo abusivo comporta siempre un desequilibrio de poder, dicho desequilibrio está construido culturalmente e interiorizado por protagonistas concretos a partir de una construcción de significados».

La Organización Acción contra el Maltrato al Mayor, la cual ha sido adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) define la violencia hacia el mayor «como un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor, que se produce en el seno de cualquier relación donde existe una expectativa de *confianza*.»

En 1975 se detecta, por parte de un trabajador social el primer caso de violencia hacia un mayor en la ciudad de Londres (Decalmer y Glendenning: 2000: 21). En 1987 salta a las páginas de los periódicos en Estados Unidos el caso de un «abuelo vapuleado», «golpeado», «machacado», habiendo sido objeto de fuerte agresión física por parte de sus cuidadores inmediatos. Esto levantó una fuerte alarma social, se empieza a desvelar un problema que estaba velado, a partir de ahí el tema es objeto de seria preocupación en la AMA (Asociación Médica Americana). Unos años más tarde se incorpora el *eufemismo* de anciano «maltratado», término que rebaja la intensidad significativa.

En la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid en el 2002 se elaboró el Informe Mundial sobre la Violencia y Salud en el que se puso de relieve que las personas mayores víctimas de violencia tiene más problemas de salud, mayor coste de atención sanitaria y más visitas a servicios a urgencias que los bien tratados. Indicándose también el maltrato a las mujeres mayores en los países en desarrollo lo que constituye un nuevo problema en esas latitudes, frente al respeto y consideración de que han sido objeto históricamente.

En España el reconocimiento de malos tratos a los ancianos comienza en 1990 en un Congreso que tuvo lugar en Toledo. En 1991 por primera vez se detectan casos en los servicios médicos de geriatría. En 1995 se celebra en Almería la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Esta conferencia inicia un proceso de reflexión, debate, y propuestas de intervención interesantes. (AA.VV.1996). Unos años más tarde se aprobó la Ley 6 /1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.

En 1.998 se creó un Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre violencia a ancianos en la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología que está trabajando con el IMSERSO para establecer un *protocolo* de actuación que detecte posibles malos tratos a mayores en el ámbito comunitario, similar al que ya existe para los menores¹.

Conviene en primer lugar distinguir dentro de la violencia entre negligencia y maltrato. Mientras que la *negligencia es entendida como omisión*, el *maltrato es entendido como comisión* de actos que perjudican el bienestar de las persona. Existen tipos de *maltrato*: físico, sexual, psicológico, económico-legal, institucional. En cuanto a la *negligencia* hay que considerar: física, económica-legal (Paniagua, R y Mota, R: 2003: 169 y ss). Por razones de espacio en la comunicación vamos a señalar sólo algunos tipos

¹ El Defensor del Menor, Pedro Núñez Morgades, ha propuesto la creación de un Observatorio General sobre Malos Tratos, que contemple la violencia sobre mujeres, niños y mayores. En su opinión, «se habla mucho de violencia doméstica y se identifica sólo con la que afecta a las mujeres, de la que, desgraciadamente, tenemos noticias casi a diario y que, sin ninguna duda, es gravísima, pero la realidad es que los malos tratos a los niños y mayores siguen siendo los grandes ignorados cuando, generalmente, se están produciendo simultáneamente».

de malos tratos y/o negligencias, por considerar que son los más invisibles y sobre los que puede haber mayor condescendencia:

1. **Maltrato cultural.** Ocurre cuando no se permite usar el idioma, costumbres, atuendos, formas de comportamiento, practicar la religión o forzales a ingerir bebidas o alimentos prohibidos por la confesión, o cuando se le obliga a prácticas religiosas contra su voluntad o a ridiculizar al mayor por razones de étnia, cultura o creencia.
2. **Maltrato mediático.** Ocurre cuando en los medios de comunicación se trata a los mayores de forma poco o nada respetuosa, ofreciendo de ellos una imagen distorsionada como personas inútiles, incultas, infantiles, malhumoradas. Anuncios publicitarios con un contenido vejatorio hacia el mayor, trato indigno en la prensa, descalificaciones en programas de humor expuestos como claros objetos de burla.
3. **Maltrato lingüístico.** Ocurre al hacer mofa de los mayores usando sinónimos irrespetuosos– carcamal, fósil, gruñón, cascarrabias– o hacer canciones, adivinanzas y chistes en donde se trivializa al mayor e incluso la violencia, y todo lo que constituya descalificaciones e insultos y lenguaje soez que denigre al mayor.
4. **Negligencia ambiental.** Se considerando como tal la falta de una adecuada higiene, orden y ventilación en el hábitat de la persona mayor, no acomodar el mobiliario ni su distribución a las necesidades reales, no considerar las barreras arquitectónicas, ambientes excesivamente ruidosos y faltos de intimidad para el descanso y bienestar de la persona.
5. **La negligencia psicosocial.** Se da en aquellas circunstancias en las que no se atienden las demandas de afecto, apoyo, protección, la no consideración de sus deseos. Ejemplos de situaciones de negligencia son: no dedicar tiempo a la escucha, condenarlos al silencio, no consolar, no procurar el contacto del mayor con el entorno, la ausencia de expresiones positivas y de refuerzo despojándolo de su dignidad como ser humano, la despersonalización (el no respeto a la singularidad) o la cosificación (tratarlos como un objeto).
6. **Negligencia estructural.** Se entiende como tal la ausencia de un sistema adecuado de salud, seguridad social, pensiones y servicios sociales que permitan un nivel de vida digno. No favorecer el acceso a programas de formación de adultos y al uso de los bienes culturales. Discriminación terapéutica y restricción del gasto médico. Recorte en la ayuda a domicilio, ahorro en la adaptación de viviendas. Mal estado de la vía pública y altura inadecuada de plataformas en los transportes públicos. En suma políticas y prácticas desiguales que perjudican el desarrollo de la vida de los mayores, lo que constituye una auténtica discriminación por edad.

En relación a la *recuperación* se sabe que las personas mayores se recuperan muy mal o nada de las agresiones por su estado de creciente vulnerabilidad y en muchos casos de indefensión. Así se puso se relieve en la

II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid 2002: «el envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas mayores que han sido víctimas de violencia pueden no recobrar-se nunca del todo física y/o emocionalmente de la experiencia sufrida».

3. UNA VIOLENCIA INVISIBLE

Nos encontramos ante la punta de un gran iceberg, las situaciones de violencia hacia las personas mayores son *más invisibles* socialmente que la violencia hacia otros colectivos, especialmente la doméstica, lo que actualmente se denomina violencia «intramuros» al desarrollarse la vida del mayor hacia el interior del espacio doméstico y con escasas relaciones vecinales en muchos de los casos (el mayor no va a la escuela o al trabajo, lugares en los que se pueden detectar síntomas físicos y/o psíquicos que ponga en pista; además hay señales físicas y psíquicas de violencia que se pueden solapar con lesiones frecuentes en personas de edad como caídas reiteradas, depresión senil etc.

Esta invisibilidad dificulta la prevención, detección e intervención. Ha habido una cierta permisividad ante la violencia hacia los mayores, y sobre ellos han pesado negativamente ciertos estereotipos. Las reticencias de los mayores a hablar vienen entre otras circunstancias: por no querer desvelar el drama que están viviendo, por sentirse incluso culpables de los malos tratos de que son objeto, por querer preservar el hogar de cualquier sospecha de conflicto, por una indefensión aprendida (ésta se da cuando la repetición de situaciones de malos tratos genera miedo creciente y sumisión), por vergüenza y bochorno de tener un hijo violento, vivido como un fallo en la crianza; a esto hay que añadir que en situaciones de dependencia las dificultades cognitivas y comunicativas hacen más difícil que perciban y puedan expresar y denunciar lo que está ocurriendo. (Cf.: Teubal, R: 255 y ss).

Queremos llevar nuestra reflexión a que el anciano hable, que ponga nombre a lo que está pasando, comunicar la experiencia tiene un efecto terapéutico siempre que haya capacidad y competencia para hacerlo. Puede existir una *habituación* a los malos tratos por parte del perpetrador y también de la víctima, viviéndolo ambos como algo normal Según datos de la Secretaría de Estado de Seguridad, el 92,2% de los mayores maltratados no denuncian: por no saber, no querer, y no poder. Los casos son detectados en primer lugar en los servicios de salud, seguido de los servicios sociales, sólo un 3% han sido denunciados por las propias víctimas

Según datos del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, suministrados por el Ministerio del Interior se sabe que se han duplicado los casos de violencia a ancianos con respecto al año 2000, se han contabilizado 4.103 casos de los cuales 2.538 (62%) son mujeres y 1.565 (38%) son hombres. Se estima que sólo se denuncia uno de cada 140 casos y de ellos 2 de cada 3 las víctimas son mujeres con más de 75 años. En el año 2004 mueren a manos de sus hijos 39 personas. Más del 72% de víctimas conviven con el agresor.

Aunque no hay cifras oficiales tampoco a nivel mundial, las diversas investigaciones apuntan a que un 4 ó un 5% de la población de más de 65 años en el mundo sufre violencia y en la mayoría de los casos no denuncian lo que se ha venido en llamar *un sufrimiento silencioso*.

4. UN PAR DE CONSIDERACIONES MÁS

Hay que extremar los cuidados y el acompañamiento a mayores por lo que queremos señalar un par de cuestiones. En relación a los *cuidadores remunerados* queremos significar que han de estar motivados y formados para ello, de lo contrario se puede incurrir en la «corrupción del cuidado» en la dispensación de un mal trato del que la víctima es sencillamente víctima. El creciente envejecimiento de la población esta convirtiendo al sector de los mayores en uno de los más importante yacimientos de empleo para muchas personas, lo que se denomina en la actualidad el «euro gris» estas personas cuidadoras no siempre están inclinadas, ni formadas mínimamente para desempeñar su trabajo con personas mayores o muy mayores, y menos aún en situaciones de dependencia. Las personas dedicadas al cuidado pueden tener actitudes negativas hacia la vejez: infravaloración, desestima, falta de comprensión, lo que les llevará a una insatisfacción laboral y personal que puede desembocar en actitudes negativas e incluso violentas hacia el mayor.

Desde aquí queremos alertar también a los *empleadores* para que hagan una correcta selección de personal, facilitarles orientación y formación de cómo cuidar, vigilar el estrés y supervisar periódicamente la tarea y los sentimientos de los cuidadores geriátricos, sea en el ámbito familiar como en las instituciones. Sabemos que no es tarea fácil, como tantas otras, pero hay que desempeñarla con profesionalidad y cariño de lo contrario no saldrá bien que es lo que hay que evitar. *La sensibilización hacia el mayor y la formación geriátrica las valoramos esenciales.*

5. CONCLUSIONES

- Fomentar el aprecio y valoración a los mayores desde todos los niveles educativos.
- Que en el seno de las familias se viva la consideración y el respeto por los miembros de mayor edad en expresiones y conducta.
- Incrementar recursos de apoyo y formación a las familias y a los cuidadores para la correcta atención domiciliaria
- Potenciar la formación del voluntariado de mayores.
- Recabar información de los propios mayores e involucrarlos en la lucha por la erradicación de la violencia siempre que haya competencia para ello.

- Potenciar una actitud de vigilancia ante posibles casos de malos tratos a mayores y prevenir situaciones de riesgo.
- Promover campañas de sensibilización social sobre la violencia e implicación de toda la ciudadanía en la detección y denuncia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Actas de la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia (2003). Violencia contra las personas mayores ¿Es posible un mundo sin violencia? Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

AA.VV. (1996) «Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. núm. 31, págs. 367-372.

Decalmer, P. y Glendenning, F. (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona. Paidós.

Paniagua, R. Mota, R. (2002). «La violencia hacia los mayores». *Actas del IV Congreso de Escuelas de Trabajo Social. Los desafíos de la violencia. Un compromiso del Trabajo Social por una sociedad más justa*. Alicante. Cuadernos de Trabajo Social, núm. 10, págs. 231-240.

Paniagua, R. Mota, R. (2003): «La violencia hacia las personas mayores. El papel del trabajador social como profesional clave». *Actas del III Congreso de Trabajo Social. Madrid Social. Utopía y Realidad*. Madrid. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, págs. 169-178.

Teubal, R. y colaboradores. (2001). *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones*. Buenos Aires. Paidós.

DISCRIMINACIÓN LABORAL POR EDAD

- Ponente:* **José Colldefors Valcárcel**, *Miembro de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.*
- Presidente:* **Ángel Rodríguez Martín**, *editor de Entre Mayores.*
- Vicepresidente:* **Rufino Blanco Ruiz de la Prada**, *Presidente de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local.*
- Secretario:* **Carlos Lázaro Cortbay**, *Vocal de la Junta Nacional de la de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.*
- Vocal:* **José Luis de Blás Gamboa**, *Vocal de la Junta Nacional de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.*

1. CONSIDERACIONES INICIALES

No existen razones objetivas que permitan afirmar que el envejecimiento genera un deterioro que justifica la jubilación anticipada o forzosa a una determinada edad. Más bien, es al contrario y los gerontólogos sostienen que si se dan tres condiciones el deterioro puede ser perfectamente controlable o reducirse al mínimo: constante ejercicio de actividades saludables, adecuada dieta alimenticia y un control sanitario preventivo. Si así se hace, no sólo se aumentará la longevidad, sino las condiciones físicas y psíquicas proporcionarán excelente calidad de vida.

Sin embargo, si falla alguna de las condiciones la vida del mayor puede sufrir un deterioro fulminante en el que podría influir, en primer lugar, generalmente, la pérdida de trabajo habitual que, en forma de cascada, se proyectaría sobre los aspectos físicos, psíquicos, económicos..., produciendo el aislamiento social, la exclusión y una muerte, muchas veces, prematura.

García Añoveros en un artículo titulado «Los esclavos felices», llega a la conclusión de que el jubilado es un ciudadano de segunda que tiene todo el tiempo libre, siempre que no se le ocurra aprovecharlo para obtener una remuneración a cambio de trabajo, siempre que no se le ocurra dejar de ser clase pasiva. Ese sentimiento lo expresa Javier Sadaba al exclamar, con dolor y rabia: «Tachamos a lo viejo, lo eliminamos de nuestra vista y lo situamos allí donde no moleste porque, previamente, lo hemos reducido a una nada».

El expresidente Aznar en la audiencia concedida a la Junta Directiva de la Asociación de Prensa de Madrid (Palacio de la Moncloa -3 de Noviembre de 1999) califica a la jubilación forzosa como un disparate y Camilo José Cela, nuestro Premio Nobel, la juzgó como un crimen lento y silencioso, pero fatal para el mayor.

En el manifiesto del Día Internacional de las Personas Mayores y del inicio del año 1999 como Año Internacional de los Ancianos se escribe lo

siguiente: «La sociedad española necesita abrir, de par en par, las puertas a sus mayores, con vistas al aprovechamiento inteligente de su riqueza intelectual, de su experiencia reflexiva y madura, así como de su capacidad creativa. La discriminación, por razón de edad, alcanza cotas de crueldad».

Esas reflexiones avaladas por multitud de expertos, de profesores, de científicos y, también, de trabajadores, son escuchadas, con respeto, y olvidadas inmediatamente. El silencio de políticos, sindicatos, instituciones... es el arma ofensiva de aquellos que defienden parcelas de poder, sus propias posiciones; se mezcla y une al de empresas y trabajadores jóvenes que buscan mantener o aumentar sus beneficios, mejorar su status laboral y, en definitiva eliminar competidores posibles.

Es preciso que surja una nueva cultura del mayor, en donde éste, ocupe, con la eficacia, experiencia adquirida y dignidad, el merecido lugar que le corresponde en la sociedad del siglo XXI. El Doctor Portela, en un interesante libro, defiende una sociedad en donde el concepto de edad no tenga un valor determinante para privilegios o rechazos, permitiendo así una vida sin edades, que sólo sea una continua secuencia por etapas, toda ellas enriquecedoras. El empleo, así, será función de la valía, entrega y condiciones del trabajador y nunca de factores cronológicos, siempre subjetivos y, hoy día, sin valor científico.

Esta problemática, en el año 2005, adquiere nuevas y especiales dimensiones. Las expectativas de vida en Europa alcanzan los 83 años para las mujeres y sobrepasa los 76 en los hombres. El conjunto de personas mayores que hasta no hace muchos años era considerada de una manera homogénea, como última fase de la vida, es, ahora, un universo altamente diversificado.

Se compone de prejubilados, jubilados forzosos y mayores muy cualificados, junto a otros jubilados, ancianos y mayores dependientes. Todos ellos se unen, en capacidad y empuje, con mayores y jóvenes, siendo la valoración de sus aptitudes potenciales la que determinará quién es quién.

El sociólogo Amando de Miguel considera fundamental introducir la noción de que la actividad, la capacidad productiva incluso, no tiene que relacionarse, fundamentalmente con la edad y cita a Francisco Ayala (escritor fecundo a sus 95 años), a la premio Nóbel italiana Tita Liva que a los 92 años sigue aportando su valiosa investigación a la medicina, al escritor Miguel Delibes, al filósofo Ernesto Sabato que con 95 años sigue, con lucidez e ingenio, adentrándose en las razones de vivir o Julián Marias, fuente de sabiduría y pragmatismo.

Pero quizá fué Juan Pablo II, quién, con más ejemplaridad, mostró la vitalidad y el dinamismo, siendo capaz de superar atentados y enfermedades, para en Roma y en el mundo, transmitir su apostolado religioso.

Es preciso que la administración y las empresas se replanteen sus políticas de recursos humanos, viendo en el trabajador no sus años, sino su capacidad, ilusión, voluntad y, sin duda, valorando su experiencia.

Una persona, una profesión... hay que romper esa idea. Pueden adquirirse, con los años, nuevas capacidades que mantengan activas a las personas mayores y puedan seguir siendo útiles en sus trabajos habituales o en nuevos puestos, a los que llegará, con una preparación adecuada o entrenamiento. Pero para ello es preciso flexibilidad organizativa, la reconfiguración de las estructuras salariales, las mejoras de los procesos de planificación estratégica, financiera y de recursos humanos. Y, aún más que todo ello, es necesario la voluntad de eliminar el estereotipo que asocia al mayor con incapacidad e ineficacia.

2. LA DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO EN NUESTRO ENTORNO

El progresivo envejecimiento de los países del entorno europeo, en los que la tradicional pirámide poblacional se ha invertido, se traduce en que la media de edad de la población activa se ha elevado ostensiblemente. Así en el periodo 1995-2015 el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 29 años se verá reducido en 11 millones de personas (20%) mientras que el grupo entre 50 y 64 años aumentará en 16,5 millones (25%), según recoge el escenario de base demográfico Eurostat.

La magnitud de estos cambios demográficos obliga a gobiernos, empresas, sindicatos, trabajadores, organizaciones de mayores... a un replanteamiento de las políticas empleo que hasta ahora se han venido implantando y que, en numerosas ocasiones, han sido favorables a una retirada temprana del mercado de trabajo. Actualmente, la Estrategia Europea de empleo apoya a los trabajadores de más edad, a fin de prolongar su participación en la población activa.

El creciente número de personas prejubiladas y jubiladas constituye un valioso caudal social de experiencia y capacidad que se está infrautilizando. El mayor es marginado y excluido del mercado laboral y sus puestos son ocupados por trabajadores más jóvenes o por emigrantes que llegan a Europa y a España en concreto, atraídos por salarios mayores que en sus países de origen, pero muy pequeños si se extiende al nivel de vida que el trabajador español exige y demanda.

Reconociendo esas realidades los países de la Unión Europea han pasado a considerar como normales las PREJUBILACIONES. Han de ser las organizaciones de mayores las que hagan comprender a los gobiernos, empresarios y sindicatos que la discriminación en el empleo es incompatible con los derechos y libertades del ciudadano.

La construcción europea tiene sus cimientos en el reconocimiento de toda persona sea cual sea su edad, sexo, religión... como seres con iguales posibilidades y oportunidades.

La Asamblea General de Naciones Unidas en 1948 aprueba la «Declaración Universal de Derechos Humanos», reconociéndose en su artículo 23-1 el derecho de toda persona al trabajo y a su elección. En 1957 en el Tratado de Roma se proclama la igualdad en salarios, ratificándose en 1966 el

Pacto Internacional de la ONU y en 1975 la primera directiva de la Unión Europea y en todos ellos a la igualdad entre el hombre y la mujer, discriminación grave, y hoy medianamente superada, se une a la equiparación del mayor como ser con derechos paritarios a los más jóvenes.

El Tratado de Ámsterdam de 1997, en su artículo 13, aprueba, por unanimidad, previa consulta al Parlamento Europeo, que se puedan adoptar medidas y acciones para luchar contra cualquier discriminación y cita a la EDAD como una de ellas.

En Diciembre de 1999 se reúne el Consejo Europeo en Helsinki, estableciéndose políticas de empleo para el año 2000, que se estudiarán y asumirán en la Cumbre de Lisboa, en la que los miembros de la Comunidad Europea se comprometen a una ocupación superior al 70%.

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea proclamada solemnemente por los Presidentes del Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión en la Conferencia Intergubernamental de Niza (diciembre de 2000) es un canto a la igualdad en el empleo y concretamente, la de los sectores más desfavorecidos, entre los que se cita a los de mayor edad. El artículo 21 prohíbe la discriminación y el artículo 25 dice textualmente: «La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a tener una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

La discriminación debe verse también como obstáculo a la cohesión económica y social de la Unión Europea. Creo que ha quedado claro la abundante legislación en Europa y en los estados miembros de la Unión, pero hay que dar el paso definitivo y asumir, con sus problemas y costes, los derechos que el mayor exige como compensación a su vida de trabajo, como comprensión hacia su experiencia, sentido práctico, conocimientos...

Es alentador que el envejecimiento esté incluido en sus políticas sociales y se vayan adoptando medidas contra la discriminación del mayor en el empleo, pero es preciso que las palabras y documentos sean sustituidas por hechos e incluso que el mayor pueda participar en la toma de decisiones en los problemas que les afecte, haciendo sentir la fuerza de su número que puede llegar a ser decisivo en los resultados de las elecciones en todos los niveles.

El tratado de una Constitución para Europa, aprobado recientemente en España, reconoce que la «no discriminación», es uno de los valores comunes de la unión (art. 1-2). Al señalar en el Art. 1-3 los objetivos de la unión, fija en su punto 3 que se combatirá la exclusión social y la discriminación. En el Art. 2-80, se reconoce «LA IGUALDAD ANTE LA LEY DE TODAS LAS PERSONAS» y, posteriormente, se prohíbe toda la discriminación, señalando, entre otras, a la edad como una de ellas (art. 2-81).

Además es muy importante citar el artículo 9.2 de la CE, que obliga a los poderes públicos a promover las condiciones de igualdad reales y efectivas y, a remover los obstáculos que impidan o dificulten la participación plena de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. Es el fundamento de la acción positiva hacia grupos o personas que sufren una discriminación, es decir, una desventaja social que hay que reparar. La

situación de desventaja social, es el elemento clave en el tratamiento del problema. Surge con fuerza la idea de la igualdad como diferenciación. Ambos conceptos se relacionan de dos formas distintas: la primera, diferenciación para la igualdad indica que el fin de una sociedad más igualitaria, considerada más justa, exige políticas que traten desigualmente a quienes son desiguales con objeto de reducir la situación de desventaja; la segunda, diferenciación como igualdad, tiene el significado de la aspiración de una sociedad igualitaria en la que las relaciones sociales se caracterizan por una diferenciación o diversidad entre los distintos grupos que no implica ni dominación, ni relación injusta entre ellos.

Señalaremos aquí como importante el artículo 50 de la CE, que obliga a los poderes públicos «garantizar» la suficiencia económica de las personas mayores y «promover» su bienestar.

La Constitución española, aprobada en 1978, al amparo de la cláusula abierta que contiene el artículo 14 («cualquier otra condición o circunstancia personal o social»), ha interpretado, en jurisprudencia constitucional, que puede albergar otros motivos de discriminación no citados expresamente en el texto. En el artículo 10 de la citada Carta Magna se señala que la aplicación de los derechos fundamentales y libertades se interpretaran de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como con los acuerdos y tratados ratificados por España, obligando a los gobiernos e instituciones a evitar discriminaciones hacia el mayor y, entre ellas, lógicamente las que puedan afectar al empleo. El artículo 17 del Estatuto de Trabajadores prohíbe la discriminación por motivos laborales, estableciendo la nulidad de convenios colectivos y pactos o decisiones de los empresarios que contengan diferencias desfavorables para las personas de mayor edad.

Pese a todo ello la Institución del Defensor del Pueblo ha recogido numerosas quejas de organizaciones de mayores y de personas de edad, particularmente, sobre la discriminación en que se ven sometidos en la adquisición de un nuevo empleo o en su consolidación y mejoras laborales.

Elevadas al Ministerio de Trabajo, por dicho organismo, las quejas recibidas, se solicita del mismo un informe para conocer las medidas previstas por la Administración para evitar la discriminación citada. La Dirección General del trabajo en su respuesta se refiere a los Planes Nacionales de Acción para el Empleo (PNAE) iniciados en 1998.

En el primero de ellos se recogen medidas de protección para los colectivos más afectados por el desempleo, figurando, entre ellos, los mayores. Quieren sustituir las medidas pasivas de empleo por otras activas en donde el desempleado se pueda acoger a las ofertas de trabajo de colectivos con dificultades de contratación, así como incorporarse a escuelas taller y centros de reentrenamiento y formación profesional. También en dicho Plan se contemplan incentivos fiscales a favor de las empresas que contratasen trabajadores desempleados.

En los PNAE,s de 1999 y 2000 se pone en marcha el «compromiso voluntario de actividad» destinado a aquellos desempleados que tienen lugar a prestaciones por desempleo, quienes también tendrán una tutoría indivi-

dualizada que oriente, proteja y consiga el empleo a aquellos trabajadores con problemas de inserción laboral. Se aprueban, asimismo, medidas de apoyo en las cotizaciones de las empresas, cuando contraten a personal incluido en colectivos de riesgo para el trabajo, en donde se incluirán a los mayores.

Sin restar importancia a dichos planes y a lo que ellos suponen de que se esté luchando con una problemática conocida y grave, hemos de reconocer, según también señala el Defensor del Pueblo, que no se han conseguido logros importantes y la mujer, el discapacitado y el mayor siguen encontrando graves dificultades en conseguir, o continuar, su vida laboral.

Tampoco queremos olvidar el fenómeno que en España se vive a partir de 1980 y que ya era habitual en las naciones más desarrolladas de Europa. Nos referimos a la jubilación anticipada de los trabajadores de mayor edad, con la consiguiente implicación que ello supone al gasto social y al crecimiento económico del país.

En el citado informe del Defensor del Pueblo se dice textualmente: «La jubilación anticipada se ha generalizado en parte, como un mecanismo empresarial que posibilita la reducción de mano de obra, de la forma menos dolorosa posible, y, en parte también, debido a las expectativas que esta figura crea entre los desempleados, al ser considerada como un premio tras largos años de servicio a la empresa. Los trabajadores de edad avanzada «son comprados», de esta forma, mediante despidos y pagos de pensiones, con el consentimiento individual del trabajador y, a menudo, con el sindical. Por otra parte, como es sabido, con las reestructuraciones laborales se incrementa el riesgo de que los trabajadores mayores queden, posteriormente, desempleados, ya que tendrán muchas dificultades en conseguir un nuevo empleo».

Hemos de reconocer, bajo un prisma objetivo, que la política en el trabajo, muy atenta a incrementar el beneficio empresarial, quiere eliminar al mayor y sustituir sus salarios –generalmente más altos al ir acumulando subidas y derechos sociales– por otros, más escasos o mínimos de trabajadores jóvenes. Los empresarios se guían por el estereotipo de la pérdida de eficacia de los trabajadores mayores, alegando que sufrirán bajas continuadas por enfermedad.

En las naciones más avanzadas de Europa se ha comenzado a luchar seriamente contra la política discriminatoria en la cual el mayor se verá separado del empleo, o postergado, en beneficio de otros más jóvenes, para ocupar puestos directivos o de mayor responsabilidad en la empresa. En Gran Bretaña se ha publicado el «Código de buenas prácticas sobre diversidad de edad en el empleo» (1999), al que pueden adherirse libremente todo tipo de empresas y negocios que apoyen las normas de tratamiento de las personas de edad en los entornos laborales y en las ofertas de empleo; unidos en el Foro de Empresarios, han conseguido reducir a la mitad el uso del criterio «edad» en los procesos de selección.

En los Países Bajos se han anulado las normas de 1994 en las que ante un despido colectivo se autorizaba que se comenzase con las personas de

más edad. Suecia, muy adelantada socialmente, ha elevado la edad de jubilación dos años, quedando fijada en 67. En Francia, la edad se menciona directamente en las leyes sobre el despido colectivo y se establece que esta circunstancia no puede ser esgrimida, como motivo único, para dar por finalizada una relación laboral, obligándose a los empresarios a resolver las dificultades que existan en la empresa para recolocar a trabajadores de edad contemplando procesos de formación en donde el mayor pueda tener oportunidades en criterios de selección.

En Alemania, con sus graves problemas de paro, el Servicio Federal de Empleo invitó a las empresas a contratar a personas de edad desempleadas. Portugal ha elaborado leyes sobre beneficios fiscales para aquellas empresas que contraten o retengan a personas de mayor edad.

En Austria la normativa establece opciones para reducir la jornada laboral de los trabajadores de más de 50 años, teniendo obligación las empresas de comunicar los despidos de las personas que cesen en el trabajo y superen dicha edad, siendo el Servicio de Empleo el responsable de su nueva colocación.

En el derecho español la Orden del Ministerio de Trabajo de Julio de 1953 reconocía la jubilación por edad del trabajador como un derecho individual que podía ejercitarse cuando lo estimase conveniente, una vez reunidos los requisitos generales establecidos en la Ley. Tradicionalmente por tanto, la jubilación venía siendo considerada como un derecho, y no como una obligación del trabajador, de manera que el tránsito a la situación de retiro quedaba al arbitrio de éste. Con amparo a dicha Orden, el Tribunal Supremo declaró, en sentencia del 30 de junio de 1966, que la imposición al trabajador de una edad de jubilación era materia rigurosamente vedada a la negociación colectiva. Sin embargo, el Estatuto de Trabajadores vino a incorporar la Disposición Adicional Quinta (posteriormente la Décima) que regulaba la fijación de la edad de jubilación por el Gobierno o las partes sociales.

El Tribunal Constitucional, en sentencia 22/1981, echa por tierra lo legislado ya que deja al arbitrio de la administración o de las empresas la edad de permanencia en el empleo, siempre que con ello se asegure la finalidad perseguida por la política de empleo. El Constitucional deja al Gobierno, o a las partes sociales, la iniciativa para establecer edades de jubilación obligatoria para los trabajadores, considerando que será obligatorio que la plaza vacante sea cubierta por un nuevo trabajador. Aunque el Decreto Ley 5/2001 –Medidas Urgentes de Reforma del Trabajo– anula la Adicional Décima y el Pacto de Toledo establece flexibilidad en la edad de jubilación como un objetivo a conseguir, e incluso el IRPF contempla ventajas fiscales a los trabajadores que continúen en actividad al superar los 65 años, ya el retroceso es evidente y las políticas de empleo, siempre marcadas por intereses de la administración o de los agentes sociales (sindicatos y empresarios), tendrán la llave que permitan eliminar el mayor por jubilación anticipada o por jubilación forzosa.

Hemos de señalar que actualmente se tramita en el Congreso un Proyecto de Ley del Gobierno de modificación del Estatuto de los Trabajadores

para añadir, de nuevo, una disposición adicional décima de finalidad no muy diferente a la que había sido derogada por el Real Decreto Ley 5/2001. Dicha disposición permitirá de nuevo que los convenios colectivos establezcan cláusulas que posibiliten la extinción de los contratos de trabajadores cuando los trabajadores cumplan la edad ordinaria de jubilación fijada en la normativa de Seguridad Social. Aunque los supuestos en que se permitirá esta cláusula convencional se restringiría al cumplimiento de determinados requisitos, lo cierto es que estos (vinculación a objetivos de empleo...) son tan amplios que permiten prácticamente que cuando Sindicatos y empresas se pongan de acuerdo, se establezca la jubilación obligatoria por el cumplimiento de la edad.

3. DIRECTIVA 2000/78 DE LA UNIÓN EUROPEA RELATIVA AL ESTABLECIMIENTO DE UN MARCO GENERAL PARA LA IGUALDAD DE TRATO EN EL EMPLEO Y LA OCUPACIÓN

El Consejo Europeo en junio de 2000 aprueba la Directiva 2000/73/CE relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico, garantizando una protección contra dichas discriminaciones en el ámbito del empleo, pero, posteriormente, a finales de Noviembre se aprueba por la comisión, Comité y Parlamento Europeo la Directiva 2000/78, que supone la base sobre la que debe asentarse el Plan de Empleo de la Comunidad Europea. Nunca en los últimos años se había tramitado tan rápidamente un expediente (dos meses de trabajo intensivo), dentro del marco de la política social, como ha sucedido en este caso. Es cierto que la opinión pública estaba muy sensibilizada en torno al fenómeno de xenofobia y el racismo y de otras discriminaciones, entre las que se encuentra la edad.

Utilizaré aquí criterios y comentarios de Vicente Pérez Menayo (Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid) y de Modesto Chato de los Bueys (Presidente de UNATE y miembro del consejo Directivo de CEOMA). El primero estudia en detalle, desde la sede de la C.E. en Bruselas, la Directiva 78, basándose sus conclusiones en los organismos europeos, en valoración comparada de la legislación sobre el empleo en la comunidad y en las opiniones de nuestro Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, quedando avalados sus puntos de vista por los trabajos y libros por él publicados.

Chato de los Bueys reside, desde hace muchos años el mundo de los mayores, siendo pionero en las reivindicaciones sobre las discriminaciones que sufren. Su óptica española, desde Cantabria donde reside, se extiende a Europa y a los países de América Latina y del Caribe.

Es importante señalar que las Directivas se limitan a recoger, más o menos, lo que los derechos nacionales, a nivel constitucional o de legislación ordinaria, vienen regulando en cuanto a la no discriminación, por lo que

no suponen significativos avances en la materia, sino más bien la CONSOLIDACIÓN DE LOS DERECHOS EXISTENTES. Señala Pérez Menayo que en los temas conflictivos se han regulado importantes excepciones, teniendo en cuenta las peculiaridades de los derechos nacionales, pero he de añadir qué, en mi criterio, esas excepciones son las que quitan fuerza a la Directiva al dejar a cada nación la potestad de aplicar o no, los acuerdos y decisiones.

El Tratado de Ámsterdam, no prohíbe taxativamente la discriminación, pero en su artículo 13 permite a la Unión adoptar medidas en ese sentido y concretamente, entre otros motivos, cita a la edad. El Tratado de Niza (diciembre de 2000), aprueba la Carta de Derechos fundamentales de la Unión Europea, en la que se prohíbe la discriminación, sin embargo dicho texto no es jurídicamente vinculante, pero si lo sería si se aprobase y entrase en vigor el Tratado de la Constitución Europea, que también recoge la prohibición de la discriminación por razón de edad.

Los distintos motivos de discriminación son variados, pero todos ellos deben ser eliminados ya que de no hacerlo dejarán de existir los derechos de las personas, la libertad de los trabajadores y la libre circulación, en los estados miembros, de los ciudadanos.

Hay que analizar, diseccionar los problemas, pero, en definitiva se han de alcanzar soluciones. En cuanto a la vida activa del trabajador hay que partir de un envejecimiento progresivo de la población, pero con una calidad de nivel de capacidad que le permitirá ser útil a edades muy avanzadas; si bien habrá que determinar nuevos empleos o actividades del mayor, sistemas retributivos a modificar, formación a adquirir...

Serán, sí es cierto, complejas las medidas, pero, no por ello, irrealizables. La Directiva 2000/78 C.E., que estamos analizando, se inicia con 37 considerandos que recogen las disposiciones y acuerdos de los organismos mundiales (Naciones Unidas) y europeos. En su lectura nos embarga el optimismo ya que subraya la importancia de combatir cualquier discriminación en el empleo y se hace especial mención a los trabajadores de mayor edad, a fin DE PROLONGAR SU PARTICIPACIÓN ACTIVA.

Sin embargo, nuestra preocupación, se hace evidente cuando prestamos atención al considerando 14: «La presente Directiva se entiende sin perjuicio de las disposiciones nacionales que establecen la edad de jubilación». Queda, pues, al arbitrio de cada estado miembro la política de empleo, siendo los ciudadanos europeos personas sin iguales derechos, lo cual se hace incomprensible en un espacio económico y de trabajo común.

Pero aún más doloroso es leer el considerando 23 del preámbulo donde la diferencia del trato en el empleo puede quedar justificada si hay un requisito profesional esencial y determinante y el objetivo sea legítimo, así como proporcionado el requisito. ¿Cómo se puede entender esto?. Por un lado se prohíbe la discriminación y posteriormente se va admitiendo, dejando su aplicación al arbitrio de los estados miembros, quienes podrán en su Derecho nacional justificar su peculiaridad y, en consecuencia, sus propios acuerdos.

La Directiva 78/ 2000 señala en su artículo 1 la «igualdad de trato» como principio fundamental, entendiendo por tal –artículo 2 –«la ausencia de toda discriminación directa o indirecta» e incluyendo como uno de los motivos de la misma la EDAD. La excepcionalidad de su punto 2 –5. se refiere a que la directiva se entenderá sin perjuicio de las medidas establecidas en la legislación nacional de los países miembros deja sin apoyo el cumplimiento o no de los objetivos.

El ámbito de aplicación de la directiva son todas las personas, incluyéndose el sector público y el privado y por lo tanto los organismos públicos, siendo su alcance muy amplio: acceso al empleo, actividad por cuenta propia y al ejercicio profesional, selección, condiciones de contratación y promoción, formación y orientación profesional, reciclaje, condiciones de empleo, remuneración, afiliación y participación del trabajador en organizaciones de trabajadores o empresas.

El artículo 6 de la Directiva se refiere a «justificación de diferencia de trato por motivos de edad», aceptándose que no existirá discriminación si esta queda justificada objetiva y razonablemente en el marco del Derecho Nacional, por una finalidad legítima, incluidos los objetivos legítimos de las políticas de empleo, del mercado de trabajo y de la formación profesional, y si los medios para lograr este objetivo son adecuados y necesarios. Este artículo y su posterior desarrollo son discriminatorios y hacen de la Directiva una PROPOSICIÓN DE INTENCIONES Y NO UN CAMINO SEGURO HACIA LA IGUALDAD DE TODAS LAS PERSONAS Y ESPECIALMENTE LAS DE MAYOR EDAD.

Lógicamente se contempla en la Directiva que los Estados miembros puedan, y deban, establecer diálogos entre los interlocutores sociales, así como con empresarios y trabajadores, pero los acuerdos y convenios que establezcan han de sujetarse a la Directiva que se firma en Bruselas el 27 de noviembre de 2000 y que estamos analizando en este trabajo.

En esa dirección es justo señalar que en el Estatuto de trabajadores de España (derecho de los trabajadores), se acoge la Directiva 2000/78/CE, que queda recogido en nuestro derecho interno en el capítulo III, título II de la Ley 62/2003 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Así, por ejemplo, se ha introducido el párrafo c) del apartado 2 del artículo 4 del Texto Refundido del citado Estatuto, que queda redactado así «A no ser discriminados directa o indirectamente para el empleo, o una vez empleados, por razones de sexo, estado civil, edad dentro de los límites marcados por esta Ley, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato, así como por razón de lengua, dentro del Estado español. Tampoco podrán ser discriminados por razón de discapacidad, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate», e igualmente el apartado 1 del artículo 17 cuya redacción es terminante y debe abrir caminos hacia la desaparición de la discriminación por razón de edad: «Se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios co-

lectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que contengan discriminaciones directas o indirectas desfavorables por razón de edad o discapacidad o favorables o adversas en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo por circunstancias de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con otros trabajadores en la empresa y lengua dentro del Estado español. Serán igualmente nulas las decisiones del empresario que supongan un trato desfavorable de los trabajadores como reacción ante una reclamación efectuada en la empresa o ante una acción judicial destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato y no discriminación».

Se quiere, por su importancia, para las Asociaciones de Mayores, entre las que se incluye CEOMA, subrayar el artículo 14 de la directiva 2000/78 CE en el cual se marca como necesario el diálogo de los estados miembros con las organizaciones no gubernamentales. Son precisos y urgentes los acuerdos y convenios que busquen, como objetivo, la igualdad de trato entre todas las personas.

Finalmente los estados miembros quedan obligados a dar cumplimiento a la Directiva antes del 2 de diciembre de 2003 o bien podrán confiar su aplicación a las disposiciones que dependen de los convenios colectivos y de los interlocutores sociales. En todo caso el 2 de Diciembre de 2006, se habrán cumplido las normas y disposiciones de la Directiva, siendo preciso pedir esa prórroga de tres años (a la Comisión del Consejo de la Comunidad Europea), aquellas naciones que lo consideren necesario.

La Comisión establecerá un informe a partir del 2 de diciembre de 2005, basándose en los informes de los Estados miembros, repitiéndose ese informe cada 5 años, de forma que se garantice la revisión y actualización de la Directiva 2000/78/C.E.

4. COMENTARIOS SOBRE MEDIDAS DE EXCEPCIONALIDAD ADMITIDAS POR LA DIRECTIVA 2000/78 Y OTRAS LEYES ESPECÍFICAS PARA ALGUNOS SECTORES DE LA SOCIEDAD

Algunos funcionarios (Fuerzas Armadas, Cuerpos de Seguridad del Estado, Instituciones Penitenciarias, etc.) sufren la discriminación por edad en la actualidad y no tan sólo se ha ido admitiendo sino que la Directiva 2000/78 de la Comunidad Europea, creada para evitar discriminaciones por edad, justifica que los Estados miembros marginen a los componentes de sus Fuerzas Armadas (considerando 19 de la Directiva) y puede alcanzar esa discriminación a otros funcionarios cuya actividad profesional, por ella misma o por el contexto que se realice, constituya un requisito profesional esencial y determinante y cuando el objetivo sea legítimo y proporcionado (así el Art. 4-1 deja a los Estados, de forma arbitraria, la posibilidad decisoria de separar de sus trabajos a distintos y diversos funcionarios).

Hasta hoy la Administración, los Ministerios de Defensa e Interior, y otras Instituciones nacionales o autonómicas no se han sentido alarmadas o angustiadas, por el hecho evidente de ser separados del servicio, trabajadores, funcionarios o empleados, que no hayan cumplido 65 años y tampoco han opinado cuando se dictan leyes o disposiciones ampliando la edad de jubilación de otros funcionarios, que pasa a ser, ya en muchos casos, a los 70 años.

Esta realidad incide en la calidad de vida de personas que han elegido profesiones vocacionales vividas, generalmente, con una entrega y sacrificio extraordinario, al quedar ligados sus compromisos y deberes al servicio de la Patria y de la Comunidad. Hay que considerar que su trabajo se desarrollará, con frecuencia, en un ambiente de riesgo en donde peligrará su propia vida y, a veces, por extensión, en el terrorismo, la de sus familiares. Los daños o perjuicios económicos que esas personas pueden sufrir por un retiro o jubilación prematuras se hace más grave, si se considera que los funcionarios citados habrán percibido en actividad sueldos, seguros y suficientes, pero muy ajustados a sus necesidades, lo que hará muy difícil, o imposible, tener ahorros importantes. Este hecho, que debe considerar el legislador, no pretende dar dramatismo sino presentar la realidad que sufren servidores de la sociedad, y así poder estudiar alternativas y soluciones.

Vamos a considerar dos aspectos:

- **Económico.** Al cesar en el servicio activo los funcionarios citados seguirán percibiendo sus haberes, pero estos quedarán disminuidos al dejar de recibir parte de sus complementos. Esa reducción de los ingresos se produce en el momento más crucial, ya que por edad, coincidirá con la etapa que los hijos lleguen a la universidad, precise un mayor apoyo en estudios postgrado o en los momentos en que requerirá una ayuda especial para independizarse y constituir su propia familia.
- **Moral.** Perder el trabajo a una edad temprana, cuando las condiciones intelectuales y físicas son buenas, es quedar incluidos en el grupo de jubilados o retirados. Ceser en el trabajo nunca es un premio, sino que según criterio mantenido por psicólogos y sociólogos, supone una situación negativa que aísla a las personas y las aleja de su vida social, de amistades, de responsabilidades, de ascensos y mejora de su situación laboral. Es inevitable que la separación forzosa de la actividad deje en el ser que la vive una sensación de vacío e injusticia que será muy difícil de superar y le sume en la monotonía y tristeza que afectará a su salud.

En el Derecho actual, y así lo reconoció el Tribunal Constitucional Español, la separación del trabajo debe ser un derecho para el trabajador que lo elegirá según sus condiciones personales, con su propio criterio y decisión.

En los albores del tercer milenio y del siglo XXI la longevidad ha aumentado de forma que la edad media de vida alcanzará los 100 años en las próximas décadas y a ellos se llegará con aceptable capacidad intelectual, física y creativa.

Dicha realidad, unida al menor número de nacimientos, hará cambiar la gráfica de la edad de los trabajadores activos, abriéndose la posibilidad de ir retrasando la fecha de jubilación o retiro, marcada ya en muchas naciones en 70 años. Esta circunstancia, asumida y necesaria por muchas razones, no puede dejar de darse en aquellos hombres y mujeres que eligen profesiones duras y difíciles, pero necesarias en una sociedad compleja que ha de luchar contra guerras, terrorismo, delincuencia y calamidades de todo tipo.

Estados Unidos, Italia, Gran Bretaña... son conscientes de que en ciertas profesiones, se requieren cualidades físicas especiales, obligando a aquellos que las ejercen a ser separados de la actividad en edades inferiores a otros trabajadores, pero estudian, aprueban y legislan para que la separación de la actividad no suponga un castigo, contemplando medidas económicas compensatorias o abriendo posibilidades para ocupar puestos en la Administración donde puedan ejercer cometidos con menos exigencia física.

El Tratado para la Constitución Europea, fija como objetivo primordial la justicia y el bienestar, así como la libertad de todos los ciudadanos (Art. 1). En el punto II/75 señala que «TODA PERSONA TIENE DERECHO A TRABAJAR Y A EJERCER UNA PROFESIÓN LIBREMENTE ACEPTADA Y ELEGIDA», prohibiéndose cualquier discriminación, con indicación expresa de la edad y, señalándose, por añadidura en el Art. II/85, el derecho de la persona mayor a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural. Ello no será posible si de forma discrecional y aleatoria se jubila, a ciertos funcionarios y trabajadores, en edades inferiores a la mayoría de los ciudadanos.

La excepcionalidad que contempla la Directiva 2000/78 CE para algunos sectores de la sociedad considerados de gran esfuerzo físico o desarrollados en un ambiente de riesgo, debe de ser eliminada del citado documento y de las legislaciones nacionales que contemplen medidas discriminatorias para las personas mayores, separándoles de la actividad antes de cumplir la edad de jubilación señalada para el resto de trabajadores o funcionarios.

5. COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES

El 3 de marzo de 2004, la Comisión incluye el ENVEJECIMIENTO ACTIVO entre los tres ámbitos prioritarios en los que la Unión Europea ha de actuar con rapidez, si quiere coronar la estrategia del Congreso de Lisboa. Esta comunicación tiene por objeto aportar información en torno a los objetivos de Estocolmo y Barcelona, así como subrayar el papel de los Go-

biernos y de los interlocutores sociales en la promoción del envejecimiento activo.

Lourdes López Cumbre, Profesora Titular del Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Autónoma de Madrid, hace un estudio de la comunicación; dada su importancia, el mismo se aportará al VII Congreso de Mayores como una COMUNICACIÓN, imprescindible si se quiere profundizar en el conocimiento de la discriminación laboral por razón edad.

Sin embargo, se citan a continuación las condiciones clave para fomentar el empleo de los trabajadores de más edad, toda vez que se consideran esenciales en los debates que puedan tener lugar en el citado Congreso:

- *Incentivos financieros adecuados*, reformando las disposiciones sobre jubilación anticipada, y aplicando otros regímenes de prestaciones. Debe resultar rentable permanecer en el mercado de trabajo.
- Buenas condiciones de higiene y seguridad en el trabajo.
- Formas flexibles de organización del trabajo (trabajo a tiempo parcial, jubilación gradual, empleo por cuenta propia...).
- Acceso continuo a la formación, mejorando los niveles generales de conocimientos y competencias de las personas de más edad.
- Políticas del mercado de trabajo eficaces. Es necesario prever los cambios y gestionar con éxito la reestructuración económica. Es conveniente evitar usar regímenes de prestaciones por desempleo, como vía alternativa a la jubilación anticipada para los trabajadores de más edad.
- Mejorar la calidad de empleo, manteniendo siempre las oportunidades de mejora y ascenso al personal de más edad.

La Comunicación europea en su punto 5, y de acuerdo con el informe del Grupo Europeo de Empleo, subraya la importancia de un giro radical en las medidas políticas, que se aparte de una cultura de jubilación anticipada y, lleve a unas políticas globales de envejecimiento activo. Se emplea el término de «MEDIDAS DRÁSTICAS», apartando a los gobiernos e interlocutores sociales de tomas de postura demagógicas que hacen inviable la consecución del envejecimiento activo en la Unión Europea, quien debe de apoyar con el Fondo Social Europeo las políticas globales de los estados miembros.

6. CONCLUSIONES FINALES

Somos conscientes, y así lo hemos ido señalando anteriormente, que en la contratación del trabajador de mayor edad, en su posible mejora laboral, en su permanencia en el empleo, etc., siempre habrá un factor que será básico para tomarse una u otra medida. Nos referimos a su competencia o efi-

cia, al rendimiento o capacidad, a su ilusión o entrega. En este sentido nos solidarizamos con el criterio de la Comisión de la Comunidad Europea: «No se pretende forzar a contratar, ascender, mantener en su puesto de trabajo o facilitar formación a una persona que no sea competente o no esté capacitada o disponible para desempeñar las tareas fundamentales del puesto de que se trate o para seguir una formación dada». Aceptamos, aún más, defendemos este criterio, pero no debe aplicarse al de mayor edad sino a cualquier trabajador que opte a un puesto de trabajo, quiera mantenerlo o mejorarlo. La misma excepcionalidad para el que tenga más años es, por sí, una discriminación.

Es comprensible que en ciertos empleos o cometidos la edad suponga una importante servidumbre para el cumplimiento de la función asignada, Así con los policías, bomberos, mineros, militares, albañiles..., el riesgo, penosidad y sacrificio pueden considerarse limitaciones en edad o, más bien, en analizar sus condiciones físicas, psíquicas, et. Pero esa consideración, que puede llevar a una jubilación anticipada o a la necesidad de modificar su nuevo puesto de trabajo, nunca puede llevar un trato discriminatorio hacia oficios y personas que tanto han contribuido con su esfuerzo y entrega a cubrir importantes puestos en la sociedad.

El Consejo de la Unión Europea establece un plan comunitario para el periodo 2001-2006 para apoyar a los Estados miembros en el desarrollo de políticas contra las discriminaciones gracias a un intercambio de informaciones y buenas prácticas en materia legislativa y no legislativa. El objetivo es conocer mejor los problemas existentes y sensibilizar mejor a los protagonistas que pueden luchar contra las discriminaciones en Europa. El Parlamento Europeo ha instado con firmeza, y en repetidas ocasiones, a que se elabore e intensifique la política de igualdad de trato, y de oportunidades, con respecto a posibles discriminaciones en el empleo.

Es importante recoger aquí la decisión del Consejo europeo de que se incremente el contacto con las ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, cuya experiencia y conocimientos específicos de los mayores, pueden ser fundamentales para que se elimine el estereotipo negativo de los mayores y su correspondiente discriminación.

Se considera en la comunidad como necesaria la sensibilización de todos los estados miembros en la lucha contra discriminaciones. Si hay un único mercado europeo, una libertad de trabajo para todas las personas en el espacio europeo, derechos y libertades similares, tiene que existir una política común contra cualquier factor discriminatorio, siendo necesario poner en marcha, a todos los niveles, un programa amplio que contemple compromisos para realizar campañas, comunicaciones, publicaciones, etc., que hagan ver las posibles irregularidades en el empleo de las personas. La Comunidad Europea asigna al programa citado 98,4 millones de Euros para el período 2001-2006.

Se hace necesario revisar, de forma inmediata, la Directiva 2000/78 y eliminar las excepciones y la expresión «en muy contadas circunstancias». Esa anulación que demandamos no sólo debe referirse a la diferencia de trato

en el empleo por razón de edad, sino que ha de quedar ampliada a cualquier otro motivo discriminatorio.

Las tendencias demográficas –y, muy particularmente, la tasa de natalidad descendente– están dando lugar a un fenómeno, generalizado en nuestro país como es el creciente envejecimiento de la mano de obra en el ámbito laboral. Proporcionalmente es cada vez menor el grupo de trabajadores jóvenes y los colectivos de mediana edad y edad avanzada representan un segmento mayoritario en la clase trabajadora. Esta realidad se refleja en la DIRECTIVA 2000/78, SEÑALANDO SU INCIDENCIA EN LOS SISTEMAS DE Seguridad Social y protección social: es necesario, por ello, aumentar el tramo de edad del personal activo en el empleo, lo que permitirá mayor número de aquellos que cotizan y a cambio un decrecimiento en el número de pensionistas. No se trataría de que todos los mayores prolongasen la edad de jubilación hasta los 70 ó 75 años, sino que lo hiciesen aquellos que todavía son conscientes de su plena capacidad para seguir ejerciendo su profesión, que desarrollarán de forma voluntaria y libre. Siempre habría que considerar que el trabajador pudiese elegir otra actividad para la que estuviese preparado (o se le hubiese entrenado) y fuese más acorde con su estado físico, así como estudiar una reducción de horarios, etc.

El profesor Gil Calvo, Doctor en sociología y autor de libros sobre el empleo y el trabajo, escribe: «Es preciso y urgente observar como el deterioro físico del mayor está disminuyendo, pero aumenta su deterioro social e incluso moral. Se impone a los mayores una situación de inactividad poslaboral que les hace perder el rol propio que ejercer. Y sin el carece de toda función social», Esa pérdida de función genera su fracaso humano al carecer de identidad y ese vacío acarreará el sufrimiento moral. Se quiere recalcar, aquí, una vez más, lo importante que puede ser el trabajo, libremente asumido, para el mayor. Si esa pérdida de empleo se debe a una jubilación anticipada, el trauma citado se adelantará, pues hay que recordar que ella es un despido encubierto, endulzado con ciertos privilegios, que pronto serán un recuerdo.

SECOT (Seniors Españoles para la Cooperación Técnica) aporta a la ponencia, a través de sus directivos, Bernardo López Majano y Jesús Vizcaíno Bando, las siguientes consideraciones: «Es preciso señalar la diferencia entre la teoría de las diferentes normativas, tanto españolas como comunitarias, que se refieren a la Discriminación laboral por razón de edad, y la práctica en su ejecución. En efecto, todas parecen dejar intencionadamente válvulas de escape para su adaptación a las situaciones particulares. La consecuencia final es la lenta y escasa eficacia de las mismas, con el consentimiento y acuerdo de la administración, de la patronal y resto de agentes sociales».

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), celebró el 5 de Febrero de este año una conferencia en la cual estudiaba junto a la Directiva 2000/78 la situación en nuestro país, observándose un alejamiento en España de una política de empleo que solucionase las discriminaciones del mayor y, en especial, los problemas de las jubilaciones.

Finalizaremos esta exposición citando algunos criterios de AGE, (Plataforma Europea para Personas Mayores), quién con el peso de más de 130 organizaciones de mayores, quiere dar a conocer y promover los intereses de los mayores en la Unión, trabajando de forma permanente en problemas de discriminación y empleo de mayores. Su lema «la igualdad por edad» advierte sobre importantes lagunas en la Directiva 2000/78, coincidiendo con el modesto criterio expuesto en esta conferencia, de que las excepciones que admite hacen nulo los acuerdos de la citada Directiva.

En la Comunidad se crea un Grupo de Trabajo «Ad Hoc» para que, de forma permanente, ayude al Comité de Empleo a promover la coordinación sobre el empleo y asuntos relativos del mercado laboral entre los Estados Miembros de la Comunidad Europea. El citado Grupo de Trabajo tendrá en cuenta los Planes Nacionales de Acción para el empleo (NAPS) que presentarán antes de 2005 los citados estados; pondrán especial énfasis en la ejecución de las reformas y en la ejecución de los mandatos de las directivas aprobadas en los organismos europeos. Con ello se llegará a la Revisión de lo acordado en CAMBRIDGE en 2004. Las instrucciones recibidas por el GRUPO Ad Hoc son claras: Se ha de conseguir un acercamiento intergeneracional incidiendo en IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA TODOS.

En ese sentido, a lo largo de este año, se han de ORGANIZAR 6 REUNIONES DE REVISIÓN Y DOS SEMINARIOS, todo ello incluido en un PROGRAMA llamado de «APRENDIZAJE MUTUO». Está prevista la cooperación con otros actores como el GRUPO DE TRABAJO DEL MERCADO LABORAL (LMWG), con el comité de protección social (SPC) Y CON EL COMITÉ DE POLÍTICA ECONÓMICA (EPC). El 14 y 15 de noviembre próximos se presentarán los resultados en un informe sobre el EMPLEO EN EUROPA. En él se tendrá en cuenta:

- Acercamiento intergeneracional que garantice vidas laborales seguras y unas tendencias sostenibles a más largo plazo.
- Igualdad de oportunidades en el área de la política de empleo.
- Gestionar positivamente la MIGRACIÓN ECONÓMICA marcando pautas fiables para su posterior estudio y soluciones.
- Señalar una Estrategia de Empleo apoyada por el Fondo Social Europeo (ESF) que se desarrolle desde 2007 a 2013.
- Mejorar los índices de empleo.

El Defensor del Pueblo en su informe sobre las políticas de empleo y discriminaciones en el mismo, se compromete a verificar que la Administración española presente a la Comisión Europea información fidedigna y clara sobre los problemas que afectan a los mayores en relación al empleo.

La Plataforma Europea (AGE) invita a las Instituciones de la U.E., a los Estados miembros y demás actores a EMPRENDER MEDIDAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE LA IGUALDAD ENTRE TODAS LAS EDADES.

Entre otras medidas aconseja las siguientes:

- FIRMEZA Y DETERMINACIÓN PARA HACER ILEGAL LA DISCRIMINACIÓN FUNDADA SOBRE LA EDAD EN EL EMPLEO, ASEGURANDO UN SEGUIMIENTO EFICAZ DE LA DIRECTIVA 2000/78.
- ELABORAR UN MARCO GLOBAL DE LEYES PROHIBIENDO LA DISCRIMINACIÓN SOBRE LA EDAD EN LA SOCIEDAD.
- PONER EN MARCHA, A NIVEL NACIONAL, LOS PROCESOS DE CONSULTAS Y SEGUIMIENTO EN BUSCA DE IGUALDAD EN EL EMPLEO PARA LAS PERSONAS MAYORES.
- PROSEGUIR EL DESARROLLO DE LA BÚSQUEDA DE FUENTES DE INFORMACIÓN EN EL CAMPO DEL ENVEJECIMIENTO.
- MEJORAR LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES.

Concluye dicha Plataforma con una llamada a las ASOCIACIONES DE PERSONAS MAYORES, a los que les responsabiliza sobre la necesidad de ADOPTAR UNA ACTITUD ACTIVA Y REIVINDICATIVA que impacte en la sociedad y en todos sus estamentos e instituciones.

Concretando lo expuesto se ha de señalar como fundamental conseguir los siguientes objetivos:

Primero. Eliminar la DISCRIMINACIÓN LABORAL POR RAZÓN DE EDAD, por ser contraria al ESPÍRITU y a la LETRA de la CONSTITUCIÓN ESPAÑOL, de los TRATADOS EUROPEOS y de LA DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.

Segundo. No deben existir edades obligatorias de jubilación. Será cada trabajador el que elija el momento de dejar su trabajo.

Tercero. Quedarán suprimidas radicalmente las jubilaciones anticipadas por razón de edad. Cuando sea preciso reducir los trabajadores de una empresa, se tendrán en cuenta que la edad no debe figurar como elemento esencial en la decisión de aquellos trabajadores que deben eliminarse.

Cuarto. La jubilación gradual debe considerarse como factor importante en la política social y humana de la empresa. La voluntariedad del trabajador para su aceptación será imprescindible.

Quinto. La formación profesional del mayor debe ser asumida en las instituciones y en la empresa como esencial. En ella se preparará al mayor para garantizar su eficacia e incluso la posibilidad de ocupar nuevos puestos de trabajo más acorde con su edad.

Sexto. Se debe arbitrar en las empresas la posibilidad de reducciones de jornadas o limitaciones de horarios y salarios. Esta posibilidad, nunca impuesta, debe ser admitida por el trabajador.

Séptimo. Es preciso corregir desequilibrios e injusticias que se han ido produciendo en etapas anteriores afectando negativamente a las pensiones de jubilados anticipadamente por razón de edad.

7. OBSERVACIÓN FINAL

Sin embargo, modestamente, he de terminar esta exposición, mostrándome escéptico y pesimista sobre la actitud española. El Centro para la Reforma Europea (CER) señala a nuestra Patria como el número 17 en el grado de cumplimiento de los objetivos de la agenda de Lisboa, en donde se señalaban los objetivos económicos de la Unión (han evaluado a 27 países, pues a los 25 de la Comunidad se han añadido Rumanía y Bulgaria). Es necesario que la política de desempleo se gestione con un sentimiento solidario hacia todas las edades y la conciencia plena que de no hacerlo, en un futuro, ya cercano, los gastos sociales supondrán el colapso definitivo de la economía.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- «Como ser mayor sin hacerse viejo», Miret Magdalena.
Gran Guía Júbilo 2004.
- «La Edad de la Vida», Fundació Matia Erelós.
- «Personas Mayores y malos tratos», José Muñoz Tortosa.
- «Los Devenires de la ancianidad», Lumen Humanitas.
- «Jubilación (La vida sigue)», José María Carrascal.
- «Gen-ética», Federico Mayor y Carlos Alonso.
- «Envejecimiento ¿Qué, cómo, cuando?», Javier Cardona.
- Programa de Trabajo del Grupo AD Hoc de Trabajo del Comité de Empleo (EUROPA) para el año 2005.
- «Discriminación por edad en el empleo y mayores»; directiva 2000/78 –AGE–. Jornadas de CEOMA sobre Discriminación en el Empleo, 5 febrero 2004 – Vicente Pérez Menayo.
- Igual Jornada – Trabajo Modesto Chato de los Bueys.
- Directiva 2000/78/CE del Consejo de la Unión Europea.
- Comunicación de la Comisión Europea al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, Bruselas, 3 marzo 2004.
- Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad, Trabajo de Lourdes López Cumbre sobre la Comunicación de la Comisión Europea del 3 marzo 2004.

**COMUNICACIONES RELACIONADAS
CON LA PONENCIA DISCRIMINACIÓN
LABORAL**

«APARIENCIAS Y REALIDADES DE LOS LLAMADOS «PREJUBILADOS»

D. Iñaki Vicente Alonso, Presidente de Federación Vasca de Asociaciones de Prejubilados y Pensionistas

PREÁMBULO

Es conveniente conocer un poco la historia sobre el tema. Con el RD Ley 8/1983, convalidado por la Ley 27/1984, de 26 de julio, sobre Reconversiones y Reindustrializaciones, que afectó a catorce sectores, dio comienzo el cese masivo laboral de miles de trabajadores en el Estado, y la aparición en el escenario laboral, del «prejubilado». Terminología que ni en la XXIII edición del diccionario de la R.A.E. (16-11-2001) aparece.

Obligados por la prevista y deseada incorporación a la CEE, el Gobierno tuvo que intervenir en unos sectores industriales, que llevaban años conectados al «suero» de los Presupuestos del Estado, obsoletos en buena parte, sobredimensionados de plantilla, y que no cumplían las exigencias competitivas con los países de nuestro entorno.

Se dispuso, y aún hoy en día se sigue disponiendo (en el año 2005, para varios astilleros del grupo Izar-Sepi), de cuantiosos recursos para compensar económicamente a los trabajadores de empresas de titularidad pública, que a partir de los 52 años de edad, son cesados en sus puestos de trabajo. Pasan a percibir unas Ayudas Equivalentes Jubilación Anticipada, y unido a esto, va la cotización a la Seguridad Social, pues son considerados en «situación asimilada al alta». Todo ello se actualiza anualmente, hasta llegar a los 65 años, la edad general de jubilación, pasando en ese momento a percibir la pensión plena, o sea el cien por cien. A estos colectivos se le aplicó y aplica el calificativo de «prejubilado», término ya mencionado, surgido en la década de los años 80.

Como consecuencia inevitable de lo anterior, se produjo y se produce el cierre o la drástica reducción de cientos de pequeñas y medianas empresas de titularidad privada. Unas perciben ayudas públicas, por estar dentro de los sectores legislados, y las más sin apoyos de ninguna clase. En el sector privado, hay una enorme diversidad de situaciones entre los afectados. Para abreviar diremos que va, desde las que padecen algún recorte en su ingreso mensual hasta llegar a los 65 años, pasando entonces a percibir la pensión íntegra, hasta las que perciben el subsidio de desempleo (el paro), alguna indemnización (no todos) y al llegar a los 60 años se ven obligados a acogerse a la jubilación anticipada, que se aplica con un coeficiente reductor, quedando con una muy menguada pensión para el resto de sus días. A pesar de las abismales diferencias existentes entre el tratamiento que reciben los trabajadores de uno y otro tipo de empresas, los más gravemente afectados, también asumieron el calificativo de «prejubilados», pues era y es humana y socialmente más soportable.

SITUACIÓN CONTROVERTIDA

El concepto de «Prejubilado» ya es malvado en si mismo, porque el de jubilado ya lo tenemos asumido. Jubilado es una persona que ha cotizado una serie de años, que llega a una edad y empieza a percibir una prestación. Socialmente está aceptado a los 65 años, pues tiene el derecho y lo ejerce.

El trabajador capacitado para trabajar, sólo sale de la vida laboral activa, temporalmente, pasando a ser desempleado. El trabajador con incapacidad para trabajar (por accidente o enfermedad), sale del ámbito laboral activo, definitivamente, pasando a ser pensionista. Junto a estas dos dimensiones, ha aparecido una dimensión transversal, la de la persona que estando perfectamente capacitada para su trabajo, ve interrumpida su vida laboral y sin posibilidad de retorno. Esta es la figura del «prejubilado». El motivo, única y exclusivamente, LA EDAD.

Convive con trabajadores en activo, desempleados, jubilados y pensionistas en general, pero no encaja en ninguno de esos grupos.

Aún utilizándose, lamentablemente, con excesiva frecuencia desde su nacimiento, el término «prejubilado», no existe categoría jurídica como tal, no es mas que un matiz, una expresión coloquial, en la mayoría de los casos, un eufemismo. El Excmo. Sr. Juan Antonio Sagardoy, Catedrático de Derecho Laboral, junto a otras muy autorizadas voces, así lo manifiesta.

Con fecha 9 de diciembre de 2004, fue admitida a trámite en el Congreso de los Diputados, la Proposición no de Ley, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, instando al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a modificar la Ley General de la Seguridad Social, al objeto de incluir una definición legal del concepto de persona «prejubilada», y sobre todo a regular el Estatuto de estas personas, esto es, el conjunto de sus derechos y obligaciones.

NIVELES DE CESE LABORAL

En las primeras etapas, en el sector privado, era muy utilizado el sistema de «propiciar» el cese laboral, mediante «prejubilación», a los trabajadores que estaban a punto de cumplir los 58 años de edad pues recurriendo al paro (24 meses) llegaban a los 60 años, edad en que tenían derecho a la jubilación anticipada, si tenían la condición de mutualista, es decir, si habían cotizado a la Seguridad Social antes del 1-1-1967.

Una vez agotado ese contingente, se fue bajando el listón, y se fueron fijando sistemáticamente, ceses de trabajadores con menos edad, por ejemplo con 55 años, con lo que *se incidió todavía mas si cabe en la discriminación por edad*, pues los trabajadores próximos a los 55 años, eran sabedores del muy próximo, prematuro, ineludible y definitivo fin de su vida laboral.

Posteriormente los ceses se fueron aplicando a trabajadores de menor edad, llegando incluso a que empresas en buena situación, solicitasen un

E.R.E. (Expediente de Regulación de Empleo) para trabajadores de menos de 50 años, los cuales con muy buen criterio no fueron aceptados por la Administración.

Desde el cese auténticamente voluntario y sin merma de ingresos, hasta el cese totalmente forzoso y sin ninguna compensación, hay un enorme abanico de situaciones. En un estudio presentado por «La Caixa», podemos leer: *«Por la variedad de piezas con que puede construirse no es un contrato o negocio jurídico preciso, sino un diseño de ingeniería social».*

PROPUESTAS POLÍTICAS

La ONU, la OIT y la OCDE, han llamado la atención a los gobiernos nacionales sobre la necesidad de recortar las políticas de «prejubilación» desarrolladas en los últimos años, y fomentar las tasas de actividad de los trabajadores de más edad.

En el Consejo Europeo de Estocolmo de 2001, se acordó que la mitad de la población de la UE de edades comprendidas entre los 55 y 64 años, debía estar empleada para el 2010, y el año siguiente el Consejo Europeo de Barcelona concluyó, que para el 2010 debiera elevarse en torno a cinco años la edad media efectiva a la que cesas las personas de trabajar.

Son muy loables estas ideas, pero la realidad es que por el momento son humo. Los ceses en la actividad laboral a trabajadores a partir de los 52 años, continúan utilizándose sistemáticamente. Hay inflación de oferta «filosófica» para solventar el problema de los trabajadores mayores, pero no sabemos si se corresponde con acciones reales de contrastada calidad y eficacia.

El Gobierno y los Agentes Sociales (Sindicatos), lanzan constantemente nuevas propuestas para abordar este problema, pero vemos como las multinacionales y la globalización parecen seguir su rumbo sin encontrar dificultades, y tras ello, por el efecto «dominó», cientos de empresas auxiliares desaparecen sin ruido, pero repletas de silenciosos dramas personales, de los trabajadores cesados.

CONSIDERACIONES

Alertados por la evidente y próxima extinción del contingente de trabajadores, con derecho a la jubilación anticipada a los 60 años (por haber cotizado antes del 1-1-1967), se llegó al Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social, firmado exclusivamente por CC.OO., el Gobierno y la Patronal, con lo que se consiguió, como nuevo derecho (¿será de aplicación forzosa, como el antiguo derecho a los 60 años?), la jubilación anticipada desde los 61 años para todos los trabajadores, y con menor coeficiente reductor. Esta menor reducción se hace extensiva a los que ostenten el derecho de jubilarse a los 60 años (antiguos

mutualistas). Pero tanto en un caso como en otro, *solo beneficiará a los futuros jubilados anticipados*, quedando los ya jubilados anticipados forzosos a la misma edad y con los mismos años cotizados, afectados por mayores reducciones. Ello supone una discriminación mas añadida a los ya discriminados.

Este acuerdo quedó plasmado en el RDley 16/2001, de 27 de diciembre, convalidado por Ley 35/2002, de 12 de julio, y su aplicación supuso abrir el gran portón, para que muchas empresas, con menor aportación complementaria, optasen por reducir o continuar reduciendo sus plantillas.

En la actualidad tenemos noticias que el Gobierno, está considerando la posibilidad y forma, de penalizar a las empresas que obteniendo beneficios, expulsen («prejubilen») a trabajadores, antes de la edad general de jubilación.

Este vaivén de ideas, decretos y proyectos no es de fácil entendimiento, mas bien parece favorecer las habilidades y malabarismos de afamados gestores y bufetes laborales, para continuar propiciando la salida laboral de los trabajadores cincuentones.

Desde los años 80 hasta la fecha, perdura la inercia de las «prejubilaciones». En muchas y bien conocidas ocasiones, no por necesidad, sino para reducir costos y aumentar más, los ya abundantes beneficios (esto no tiene límite). En sectores como la banca, electricidad, etc., es frecuente la oferta de Planes de Prejubilación de adhesión voluntaria. Aunque recientemente se ha visto dificultada la constante salida de trabajadores de este sector, pues el Gobierno ha decretado que las indemnizaciones complementarias se hagan con cargo a beneficios, no a reservas, como se venía haciendo habitualmente.

Se habla mucho de la renovación y rejuvenecimiento de plantillas. La realidad es que una buena opción es, si el trabajador accede voluntariamente al llegar a los 60 años de edad, la jubilación parcial anticipada con contrato de relevo, procedimiento nacido con la Ley 24/2001. Ciertamente a pesar de que supone una buena adecuación psicológica y ningún quebranto económico, su utilización ha sido y es mucho menor de lo esperada, por lo que cabe suponer que lo que se busca realmente, no es la renovación de plantillas, sino su reducción.

SU DIMENSIÓN ALARMA

El año 2003, bajo la dirección del profesor Sandalio Gómez, de la Cátedra SEAT-IESE de Relaciones Laborales, de la Universidad de Navarra, se realizó un estudio sobre **«Las prejubilaciones y su impacto en la persona, en la empresa y en el sistema de pensiones»**.

Este mismo año David Pack, Profesor de la Universidad de Zaragoza, junto a un equipo de la Universidad, y tras haber realizado un estudio sociológico sobre la prejubilación, en el marco del Alto Aragón, con un 10% de su población «prejubilada», comunica sus primeras conclusiones, algunas

tan contundentes como la siguiente: **«El fenómeno de la prejubilación ha pasado de ser una solución coyuntural a ser una estrategia estructural. Las empresas en la gestión de sus recursos humanos, han abocado en la discriminación laboral de personas de cierta edad, para alcanzar sus fines económicos, en una política de destrucción del empleo, de graves consecuencias para la población afectada».**

En las Bodas de Plata de los Ayuntamientos Democráticos, celebradas en Vitoria, en noviembre de 2004, Francisco Vázquez, Alcalde de la Coruña y Presidente de la F.E.M.P., mencionaba como debemos prepararnos para tratar de dar respuesta a nuevas situaciones, como la cada vez mayor existencia de un grupo poblacional como el de los «prejubilados».

En el primer trimestre del presente año, el Equipo IN-PSITRO (Investigación en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones), de la Universidad Rey Juan Carlos, con la colaboración, entre otros, de nuestra Organización, ha ultimado un muy elaborado informe de investigación, titulado **«Análisis cualitativo de los aspectos personales y psicosociales de la experiencia de la prejubilación».**

Estos son, sin duda, aunque de gran calado, solo una muestra de los trabajos realizados sobre el fenómeno de «las prejubilaciones». Hemos podido ver, oír y leer, a través de los medios de comunicación, infinidad de opiniones, algunas muy poco afortunadas y carentes de conocimiento y veracidad sobre el tema, pues dicen considerar al prejubilado un afortunado (con frecuencia se intenta extender este sofisma sobre todo el colectivo, como si este fuese homogéneo). Lo cierto a fin de cuentas, es que la situación ha alcanzado una enorme dimensión y trascendencia.

Una sociedad que se permite ignorar y menospreciar el capital humano, intelectual y profesional, es una sociedad enferma, en cualquier caso, encaminada a graves problemas sociales.

CONSECUENCIAS

Aún cuando fuere muy escasa la diferencia en las percepciones económicas, el prematuro e imprevisto paso de trabajador activo a pasivo sin retorno, supone un muy duro revés. El trabajo, el ejercicio de la actividad profesional, es el principal patrimonio de la persona. Al verse forzado al cese, su autoestima, la relación con la pareja y las relaciones sociales, sufren una convulsión, llegando al grado de pérdida de identidad personal. Ni que decir tiene, que si al mazazo psicológico, le añadimos una reducción de hasta un 40% de la pensión de jubilación que le hubieses correspondido, se entra en una espiral de muy difícil, cuando no imposible salida.

La disminución del poder adquisitivo, supone un fuerte condicionante en la calidad de vida, pues obliga a efectuar recortes en la economía doméstica y una reducción en sus relaciones sociales. Con frecuencia, un número indeterminado de los afectados, pretenden aparentar ante la sociedad,

la buena vida que disfrutan (lo cual es comprensible hasta cierto grado, pues a nadie le gusta airear sus penas y carencias), pero la cruda realidad permanece en su interior. Otros optan por el traslado definitivo a otra nueva población, cada cual en su fuero interno sabrá las auténticas motivaciones del cambio.

La brecha que se abre entre «el prejubilado» gravemente afectado en su economía, y los miembros en activo de su entorno social, supone una muy notable pérdida de su status social, con el agravante de que esto, no es circunstancial sino definitivo, llegando muchas veces a ser una muerte social, muy anticipada a la biológica.

DEMANDAS

1.º Exigimos por equidad, la extensión de los actuales coeficientes reductores, Ley 35/2002, de 12 de julio, a las pensiones de jubilación anticipada derivadas del cese en el trabajo, en virtud de causa no imputable a la libre voluntad del trabajador, causadas con anterioridad al 1 de enero de 2002. Pues, actualmente, con la misma edad, años cotizados y derechos generados, el colectivo está recibiendo diferentes tratamientos. **La demanda de equiparación es totalmente justa, pues se está tratando desigualmente a iguales.** (El actual tratamiento legislativo que se da en la compatibilidad del SOVI y la VIUDEDAD, Decreto Ley 9/2005, de 6 de junio, contempla su aplicación para todos, no solo para aquellas personas que se incorporen a esta situación a partir del 1 de septiembre de 2005, fecha de su aplicación).

2.º Exigimos en justicia, la extinción de los coeficientes reductores al cumplir o haber cumplido los 65 años de edad, haber cotizado un mínimo de 35 años a la Seguridad Social, y haber accedido a la jubilación anticipada, tras el cese en el trabajo por causas no imputables a la libre voluntad del trabajador.

Pues como dice el Profesor de Derecho del Trabajo, José Luis Tortuero Plaza, de la Universidad Complutense de Madrid: **«Como explicar a un trabajador que con su esfuerzo contributivo, contribuyó durante treinta y cinco, cuarenta o más años, al pago de las pensiones de otras generaciones, que su pensión se reduce de por vida en un 40% como consecuencia de su expulsión del mercado laboral a edad prematura y en base a una política empresarial no siempre clara».**

3.º Exigimos formación para la prejubilación y la jubilación, por lo que nos adherimos a la propuesta de puesta en funcionamiento, que ya en el VI Congreso de CEOMA, de octubre de 2003, indicaba muy acertadamente el Sr. Aragay, Vicepresidente de CEATE, sobre *«La aplicación de planes de preparación para la jubilación y, muy en particular, en las «prejubilaciones»*, puesto que siendo la Administración la que concede a solitud de las empresas, los E.R.E. por las causas previstas, sea ella misma la

que obligue a dar unos cursos de adaptación para afrontar tan trascendental paso y atenuar su impacto.

El hecho de que tras varios meses de trabajo, nuestra Organización, junto a CÁRITAS, SECOT y Fundación MEJORA, y contando con la subvención tanto por parte de la Administración Local como de la Provincial, en marzo de 2003, pudo realizar unas Jornadas de «*Sensibilización sobre la problemática de la prejubilación/jubilación*». Y que, en mayo de 2004, se celebrase la I Jornada Formativa sobre «*Adaptación a la prejubilación/jubilación*», testimonia que ya se había detectado este problema. Nosotros que lo padecemos en la doble vertiente, económica y psicológica (sin falsos victimismos), pusimos gustosos nuestro granito de arena, para por lo menos aliviarlo, en la medida de nuestras posibilidades.

«COMUNICACIÓN EN RELACIÓN AL INFORME DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE «DATOS IMPORTANTES PARA AUMENTAR EL EMPLEO DE LOS TRABAJADORES DE MÁS EDAD, RETRASANDO SU SALIDA DEL MERCADO DE TRABAJO»

José Colldefors Valcárcel, Miembro de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil

La Comisión presenta un informe de síntesis, destinado al Consejo Europeo, en la primavera de 2004. Dicho informe, es analizado en un interesante documento, por Lourdes López Cumbre, profesora titular de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Autónoma de Madrid.

Creo necesario, como complemento a la ponencia presentada al VII Congreso de CEOMA, presentar esta comunicación, en la cual se incluye al ENVEJECIMIENTO ACTIVO como una de las estrategias para el empleo de la Unión Europea.

El Consejo Europeo de Estocolmo de marzo de 2001 acordó que, para el año 2010, la mitad de la población entre 55 y 64 años debía de estar empleada. El Consejo Europeo de Barcelona (marzo de 2002), entendió que, para ese mismo año –2010– debería intentar elevarse progresivamente en torno a 5 años la edad media efectiva en la que las personas cesan de trabajar en la Unión Europea.

La edad media en España de salida del mercado del trabajo es de 61,4 años, inferior a Suecia (63,2), a Dinamarca y Reino Unido (62,7) y, superior a Francia (59,2) e Italia (60,6).

El bajo nivel de empleo de los trabajadores de más edad a Europa es un DESPILFARRO DE OPORTUNIDADES en la vida de las personas y de potencial social. A medida que crece la esperanza de vida y que la generación del boom demográfico provoca una enorme expansión de la franja de edad entre 55 y 64 años, esta pérdida se hace cada vez más insostenible. Debido al continuo aumento de longevidad, las personas tienen más oportunidades de desarrollar su potencial durante una vida más larga. La Comisión Europea a estos acertados comentarios añade: «Para la economía en su conjunto, el aumento de participación y de las tasas de empleo de las personas de más edad, son cruciales para aprovechar plenamente la oferta de mano de obra a fin de apoyar el crecimiento económico, los regímenes fiscales y de prestaciones y, los sistemas de protección social, que deben incluir unas pensiones correctas, ante la previsible reducción de población en edad laboral».

La profesora López Cumbre señala 3 pilares en donde se debe apoyar el aumento de tasa de la población activa y fomento de la prolongación de vida activa: «a) garantizar que las generaciones actuales y futuras de trabajadores, permanezcan en activo más tiempo, a medida que envejecan; b)

atraer al mercado laboral, de manera duradera, a gran parte de las personas inactivas pero capaces de trabajar, especialmente mujeres; y c) mantener la participación de los actuales trabajadores de mayor edad, ya que existe una gran riesgo de que los mayores de 50 años adelanten su jubilación.

Dos factores se destacan en el estudio de la citada profesora: «La flexibilización en la organización del trabajo y la formación permanente». La flexibilidad supone la existencia de acuerdos de adaptación flexible de horarios de trabajo y de posibilidades de trabajo a tiempo parcial y trabajo por cuenta propia, o modalidades especiales de trabajo como el teletrabajo o el trabajo a domicilio. En cuanto a la formación, resulta evidente que el riesgo de que estos trabajadores pierdan su empleo, aumenta considerablemente, en ausencia de estructuras de aprendizaje permanente y formación en el seno de las empresas, para mejorar la cualificación a lo largo de la vida profesional y especialmente cuando el trabajador tiene más edad.

A finales de la década de los setenta y en los ochenta, ante el aumento de desempleo (incluido el juvenil) y la reestructuración de las industrias tradicionales, las empresas adoptaron la práctica habitual de efectuar ajustes de plantilla mediante regímenes de jubilación anticipada. El Consejo Europeo rechaza categóricamente ese sistema, justificando su rechazo en la pérdida permanente que la economía sufre con él, por la falta de utilización de capital humano y de su potencial de crecimiento. Es importante recordar que los trabajadores de más edad pueden participar plenamente en el crecimiento del empleo en sectores de expansión.

Las condiciones clave para fomentar el empleo de los trabajadores de más edad, vienen marcadas por las condiciones adecuadas en el mercado de trabajo, enumerando, a continuación, las más importantes:

- Incentivos financieros para el trabajador que le hagan rentable continuar en actividad.
- Buenas condiciones de higiene y seguridad en el trabajo: deben de mantenerse en toda su vida laboral; no podrá tener un veterano buen rendimiento si su salud y condiciones físicas y psíquicas no fueron excelentes a lo largo de su vida laboral.
- Formas flexibles de organización del trabajo: se ha de abrir la oportunidad de retirarse gradualmente, así como la posibilidad de trabajos a tiempo parcial, reducción de horarios de trabajo y favorecer el empleo por cuenta propia.
- Acceso continuo a la formación: el potencial de productividad de los trabajadores de más edad no se ve afectado por su mayor número de años, sino porque sus aptitudes quedan anticuadas, y esto se puede corregir con una formación permanente y adecuada.
- Políticas del mercado de trabajo eficaces: para que los trabajadores puedan permanecer más tiempo en actividad es necesario que la empresa vaya previendo los cambios en su política de personal y gestione, con éxito, la reestructuración económica.

- Mejora y calidad del empleo: hay que mejorar las condiciones de todo tipo que rodean al trabajo, manteniendo las perspectivas de ascenso, de mejora de puesto de trabajo, de alcanzar modernas tecnologías, etc.

CONCLUSIONES

El GRUPO EUROPEO DE EMPLEO subraya la importancia de un giro radical en las medidas políticas, que se aparten de una cultura de jubilación anticipada y lleve a unas políticas globales de envejecimiento activo. Es preciso cambiar las actitudes y expectativas de empresarios y trabajadores desde fases tempranas de la vida activa.

El pleno aprovechamiento del potencial de las personas de todas las edades a lo largo de su ciclo vital, es el principio rector de la estrategia de la Unión Europea ante el envejecimiento de la población en edad laboral. La Comisión, junto a los conceptos expuestos, añade: «No se debe tener la imagen de que los trabajadores de más edad sólo son otro grupo vulnerable que requiere especial atención, sino de que son un componente central de la oferta de mano de obra y un factor clave del desarrollo sostenible de la Unión Europea».

Los Estados miembros de la Unión han establecido, de acuerdo con las directrices 2000/43 y 2000/78, así como de los acuerdos de Lisboa, Barcelona..., OBJETIVOS NACIONALES para aumentar la edad media de retiro del trabajo, así como la reforma de los sistemas de pensiones –luchando por su viabilidad– y de los regímenes fiscales y de prestaciones. Pero, en general, aún se está muy lejos de que se pueda considerar positivo lo alcanzado hasta hoy; concretamente en España, las políticas de empleo nos sorprenden, con frecuencia, con acuerdos y proyectos en donde el mayor sigue siendo discriminado por razón de edad e incluso los interlocutores sociales defienden posturas de jubilaciones anticipadas, ajustes laborales a costa de los mayores, formación restringida para los más veteranos, etc.

El Consejo Europeo, en el documento que analizamos, dice textualmente: «Se requiere un compromiso mucho más fuerte por parte de los interlocutores sociales para facilitar la transición hacia una vida laboral más larga, dotar a las personas de las cualificaciones necesarias para afrontar los futuros cambios y promover las prácticas correctas en las empresas con relación a la gestión del FACTOR EDAD».

Si los miembros de la Unión incluyen en sus estrategias el ENVEJECIMIENTO ACTIVO, se podrá exigir que los Fondos Estructurales incluyan en su programación, que comenzará en 2007, los apoyos económicos precisos que favorezcan el empleo de los trabajadores de más edad.

Finalizaremos esta comunicación haciendo hincapié en que el envejecimiento activo beneficia tanto a los empresarios como a los trabajadores. Es una política justa que valora a las personas de más edad, reconociéndoles su contribución a la sociedad, sus enseñanzas y su ejemplo. Es un plante-

amiento necesario al aprovechar los recursos potenciales de las personas mayores. Es un objetivo lógico, ya que permitirá solucionar los sistemas de prestaciones por jubilación y captar recursos que se precisan para otras prestaciones sociales y, principalmente, las que se orienten a personas mayores en las que aparecerán al envejecer problemas sociales de todo tipo.

«LA PREJUBILACIÓN COMO FORMA DE DISCRIMINACIÓN LABORAL POR EDAD: UNA PROPUESTA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RETOS DEL RETIRO TEMPRANO Y LA MEJORA DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL PREJUBILADO»

D. Carlos María Alcover de la Hera y D. Antonio Crego Díaz, Profesores Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Rey Juan Carlos

La prejubilación, entendida como la salida laboral anticipada por razón de edad que se produce como consecuencia de una acción de redimensionamiento empresarial, es un fenómeno en aumento, como lo indican la elevada cifra de trabajadores que se prejubilán en España cada año (entre 60.000 y 70.000, según el Ministerio de Trabajo/CES, 2000; Gómez y Martí, 2003), la reducción de la media de edad en que se produce el cese laboral definitivo o las reducidas tasas de tasas de empleo que se observan en el grupo de trabajadores de edad avanzada (Eurostat, 2004). Además, la prejubilación conlleva importantes consecuencias a nivel social (sostenibilidad de la Seguridad Social y el sistema de protección al desempleo y pensiones, entre otras), organizacional (pérdida de «capital humano» experimentado, responsabilidad social de las empresas, etc.), psicosocial (impactos del retiro temprano sobre el clima familiar, reorganización de la vida social del prejubilado, desconocimiento y discriminación en el entorno cercano, etc.) y personal (reorganización de la actividad, del tiempo, redefinición de la identidad, etc.). A pesar de todo ello, la prejubilación resulta aún una figura relativamente desconocida, tanto a nivel social como académico, siendo escasas las publicaciones que se han aparecido en nuestro país sobre sus consecuencias y más raras aún las que han abordado el tema desde un punto de vista psicosocial (Crego y Alcover, 2005).

Con el objetivo de cubrir ese vacío, el equipo In-Psitro (Investigación en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones) de la Universidad Rey Juan Carlos viene desarrollando desde hace más de un año un programa de investigación mediante el que se trata de analizar en profundidad las diversas consecuencias que para la persona y su entorno tiene la prejubilación, así como de identificar los elementos que modulan el ajuste al retiro temprano. Sin perder de vista que toda investigación académica tiene que cumplir el requisito de ser además socialmente relevante, igualmente se trata de fomentar el conocimiento de la figura del prejubilado a nivel social y de articular propuestas de intervención psicosocial encaminadas a mejorar la adaptación a la vida post-laboral. Hasta el momento, dentro de este programa se han cubierto algunas de las etapas iniciales, como por ejemplo la realización de una revisión bibliográfica sistemática sobre el estado de la cuestión y la realización de una investigación de campo basada en el uso de metodología cualitativa (grupos de discusión y análisis del discurso). Es importante señalar que en esta toma de contacto con el colectivo de prejubilados hemos contado con la

valiosa colaboración de cuatro asociaciones: Asociación de Prejubilados de Telefónica, *Jubiqué*²-Asociación Independiente de Prejubilados y Jubilados del Sector Financero, Federación Vasca de Asociaciones de Prejubilados y Pensionistas (FEVAAS) y Asociación de Prejubilados de Marconi-Standard Eléctrica, con las que se coordinó la realización de nueve grupos de discusión entre febrero y abril de 2005, que reunieron a un total de 78 personas prejubiladas (58 hombres y 20 mujeres) de distintos sectores profesionales y ámbito geográfico (Cfr. In-Psitro, 2005). Como resultado, la información cualitativa obtenida nos ha permitido identificar –siempre con las cautelas que corresponde a este tipo de análisis– variables que inciden en la decisión de aceptar o rechazar el plan de prejubilación, variables moduladoras del ajuste y consecuencias personales y psicosociales de la prejubilación en los momentos previos a la salida organizacional, en los momentos inmediatos a ésta y en la fase de adaptación al retiro. Igualmente, se han identificado, tentativamente, perfiles de personas prejubiladas en cuanto a la modalidad de salida organizacional, la vivencia de la ruptura organizacional/ de la vida laboral y el éxito/ satisfacción en la adaptación a la vida del retiro post-laboral; y se han recogido diversas propuestas que tanto a nivel social como psicosocial han sugerido los miembros participantes del colectivo de prejubilados para la mejora de su calidad de vida. Las conclusiones de esta segunda fase se han materializado en la realización del informe titulado *Análisis Cualitativo de la Experiencia de Prejubilación* (Equipo In-Psitro, 2005).

Expuestas de manera muy breve, de este primer análisis sobre la experiencia de prejubilación se pueden extraer algunas conclusiones generales. En primer lugar, la prejubilación es una experiencia heterogénea, cuyas consecuencias manifiestan una alta variabilidad en función de la presencia o ausencia de numerosas variables moduladoras, de ahí que lo más prudente sea hablar de perfiles de prejubilados (perfiles en cuanto a la forma en que se produce la salida, la vivencia de los primeros momentos tras el cese y la subsecuente adaptación a la vida post-laboral. Un elemento común de la prejubilación –que se manifiesta en mayor o menor grado– es la vivencia de ruptura en diferentes momentos del proceso: ruptura por el cambio organizacional que se produce previamente a la salida, por el paso de la vida en activo al retiro, por dejar atrás la identidad laboral, etc. La vivencia de incertidumbre y ambigüedad es igualmente característica de la situación en que se encuentra el colectivo: su rol no está claramente definido, ni administrativa ni socialmente. Esto genera numerosos problemas a la hora de definir su identidad: es difícil explicar a otros qué es un prejubilado y diferenciarlo de figuras que guardan alguna similitud (desempleados, jubilados, pensionistas), lo cual conlleva el que en numerosas ocasiones el prejubilado se enfrente con el desconocimiento y la incomprensión, cuando no la culpabilización, por parte de su entorno social. La ruptura y ambigüedad de la situación alcanzan tal vez su máxima intensidad en el ámbito de lo personal: el prejubilado en ocasiones percibe que ha sido marginado por razón de su edad. Se siente capaz para realizar su trabajo, pero sabe que la salida de la organización ha supuesto el fin de su vida en activo; además, en el caso de intentar una rein-

corporación, los obstáculos que encuentra acaban por hacerle desistir, debido nuevamente a la percepción social que en el mundo laboral se tiene de este grupo de edad. A lo anterior se unen las consideraciones que el prejubilado realiza sobre la justicia con que se ha ejecutado el plan de salida organizacional y su percepción de que ésta se ha producido de una forma auténticamente voluntaria. En numerosos casos, se opinaba que la prejubilación sólo era una medida formalmente voluntaria, valorándose que es escasa la capacidad real de control del trabajador sobre el proceso y los resultados de la aceptación o rechazo del plan y que bajo la voluntariedad oficial se encubrían situaciones de salida forzosa o capacidad ficticia de decisión. Todo lo cual se señalaba como un poderoso condicionante de las consecuencias que para la persona arrojaba la salida organizacional.

La siguiente fase de nuestro programa de investigación se centrará en la realización de análisis cuantitativos, que permitan precisar no sólo qué está pasando en relación con la prejubilación, sino en qué medida ocurre. En esta fase se enviará un cuestionario psicosocial a una muestra amplia de prejubilados, con el fin de obtener indicadores descriptivos e identificar distintos perfiles de adaptación a la prejubilación. Igualmente, se hace énfasis en todos los elementos que resultan predictivos de un buen ajuste al retiro, de manera que tras su identificación puedan articularse propuestas de intervención psicosocial encaminadas a la mejora del bienestar de los miembros de este colectivo, que han sido definidos como «*viejos para trabajar pero jóvenes para jubilarse*» (Riera, 1999).

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Económico y Social (CES)/Ministerio de Trabajo (2000). *Vida Laboral y Prejubilaciones: sesión del pleno 21 de junio*. Madrid: CES.
- Crego Díaz, A. y Alcover de la Hera, C. M.^a (2005). «La experiencia de prejubilación como fenómeno psicosocial: estado de la cuestión y propuesta de un marco teórico para la investigación (I y II)». *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, en prensa.
- Eurostat-Estadísticas de la Comisión Europea (2004). *Población y condiciones sociales*. Accesible en: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/>
- Gómez, S. y Martí, C. (2003). *Las prejubilaciones y su impacto en la persona, en la empresa y en el sistema de pensiones*. (DI n.^o 522), Universidad de Navarra-IESE/Cátedra SEAT de Relaciones Laborales. <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0522.pdf>
- In-Psitro (Equipo de investigación en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones de la URJC)/ Alcover de la Hera, C. M.^a; Crego Díaz, A.; Martínez Íñigo, D. y Rodríguez Mazo, F. (2005) *Análisis cualitativo de los aspectos personales y psicosociales de la experiencia de prejubilación*. Informe de investigación inédito.
- Riera, J. M. (1999). *Jubilarse a los 50: viejos para trabajar, jóvenes para jubilarse*. Madrid: Pirámide.

«LA DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN ACTIVA DE EDAD»

Dña. Izarne Lizaso Elgarresta y D. Manuel Sánchez de Miguel, Profesores Facultad de Psicología. Universidad País Vasco

Esta comunicación tiene como objetivo presentar algunos datos referidos en torno al lema del congreso «Discriminación por edad». Concretamente, contenidos relacionados con la discriminación de la población activa de edad.

Actualmente, podemos considerar que una persona activa es mayor cuando ha alcanzado una edad avanzada. Lo que ocurre, es que no se ha delimitado cuál es el límite cronológico de la edad avanzada. Aproximadamente, los trabajadores mayores de 45-55 años tienen dificultades a la hora de encontrar trabajo, de mantenerlo, o incluso riesgo de perderlo (Agulló, 2001), debido entre otros factores, a la tecnificación del trabajo y/o a las reconversiones industriales (Bazo, 2000). En este sentido, incluso hay quien ha definido el periodo de edad comprendido entre los 45-65 años como «edad de nadie» (López, 1992).

En casi todos los países industrializados se observa una disminución de la participación de los trabajadores (Zamorano, 2000; Binstock y George, 2001). Esta disminución se ha debido, entre otros factores, a la tecnificación del trabajo –como hemos mencionado anteriormente–, al desempleo, preferencia por empleados jóvenes, etc. En nuestras sociedades desarrolladas el grueso de la población trabajadora se centra cada vez más en torno a los 25 y 45 años. Por un lado, los jóvenes se incorporan al trabajo más tarde debido al periodo de formación y/o al desempleo, y por otro, los trabajadores más mayores se jubilan cada vez antes.

La situación de los jubilados actuales está cambiando y el trabajo de los mayores de 55 tiende a disminuir. En estados Unidos en las últimas décadas, la media de edad de la jubilación se ha adelantado entre 3 y 4 años (Gendell y Siegel, 1996). En nuestro entorno, se observa un descenso desde principios del siglo, pero es especialmente a partir de la década de los 70 cuando se acelera dicho descenso entre los 60 y 64 años (López, 1992). Alba (1997) y Zamorano (2000) coinciden en el mismo dato: solamente el 42% de los trabajadores actuales sigue trabajado entre los 60 y 64 años, mientras que en 1977 lo hacía el 70%. Actualmente la edad media de jubilación es de 59 años (Lehr y Pohlmann, 2004).

En relación a las personas mayores desempleadas, llama la atención el tiempo dedicado a la búsqueda de trabajo (Abellán, 1991; Abellán y Olivera, 1995): más del 60% de los trabajadores desempleados entre 55-59 años tarda más de un año en encontrar trabajo. La cifra desciende entre los 60 y 64 años debido a las medidas de reconversión y prejubilaciones que frenan la tasa de desempleo en estas edades (Guillemard, 1992). Este fenómeno se conoce como *discriminación por edad* o *ageism* (Álvarez, 1997; Belsky,

1997; Myers, 1998; Sterns eta Hurd, 1999; Bazo, 2000; Henretta, 2001; Nelson, 2004), que conlleva un prejuicio contra el individuo teniendo en cuenta únicamente la edad cronológica. En una investigación llevada a cabo entre 84 sujetos mayores de 60 años (Palmore, 2001), concluyeron que la discriminación por edad estaba extendida y era frecuente. A lo largo de los 20 ítems del cuestionario, la mayoría de los consultados, afirmaron haber sufrido situaciones de discriminación, como por ejemplo «alguien me dijo que era demasiado mayor para este trabajo». Además de ello, más de la mitad afirmaron haber sufrido tales situaciones «en más de una ocasión».

El término *discriminación* «comprende cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo u ocupación» (OIT, 1962 en Agulló, 2001). En este sentido, la pérdida temprana del trabajo puede conllevar escasas posibilidades de reincorporarse al mercado laboral. Es cierto que muchos trabajadores acogen este «retiro anticipado» con satisfacción. Pero en otras ocasiones su deseo es seguir trabajando, sea por motivos personales, económicos, psicológicos, etc., pero en realidad se les deja sin otra opción.

También la población más adulta es objeto de mayor desempleo y permanecen mayores periodos en el paro (Leturia y Uriarte, 1998). Por otra parte, se les discrimina porque se les excluye de los programas de formación y empleo y de otras iniciativas destinadas a combatir la desocupación (Bazo, 2000). A nivel de empresas, los empleadores están convencidos de que no es rentable formar a un trabajador de estas características porque tiene una corta vida laboral (James, 1995). Se siguen teniendo actitudes y estereotipos negativos hacia los mismos. Les consideran menos rentables, porque son más lentos, menos vigorosos, menos cualificados, tienen mayor riesgo de accidentes y enfermedades, menos habilidades manuales, menos adaptables a tareas o situaciones nuevas, menor movilidad física y laboral, menos motivados, menos capacidad de reacción, menos resistentes, etc. (Sáez, Meléndez y Aleixandre, 1995; Firbank, 1996).

De todas maneras, algunos estudios recientes (Sterns y Hurd, 1999; Belsky, 2001; Braithwaite, 2002; Schaie y Willis, 2003; Lehr y Polhmann, 2004) desestiman este panorama desolador (sostenido por prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias), y señalan los puntos fuertes de los mayores como recursos humanos. Los trabajadores de edad demuestran tener mayor experiencia, lealtad a la empresa, autocontrol, estabilidad, capacidad de reflexión, prudencia, responsabilidad, seriedad y motivación, quizá por miedo a perder el trabajo. En este sentido, según Kalish (1991:166) *«la actuación en el trabajo de empleados entre 50 y 70 años parece ser tan buena, y a menudo mejor, que la de los trabajadores más jóvenes»*. Moragas (1991:158) distingue entre mitos y hechos al tratar a los trabajadores mayores. Dos de los estereotipos más extendidos, son una menor productividad y satisfacción de los trabajadores mayores. Pero, la evidencia empírica demuestra que ambos estereotipos son falsos.

Otro tipo de discriminación relacionado con el mundo laboral es el *mobbing* (Jiménez, 2002; Angulo, 2003; González de Rivera y Rodríguez, 2003; Lorenzo de Membiela, 2003; Minaya, 2003; Muñoz, 2003; Redondo, 2003). A pesar de que es en los últimos años cuando se ha empezado a escuchar con fuerza este término, siempre ha existido en el ámbito laboral (Barón, Munduate y Blanco, 2003; Rodríguez, 2004).

El término *mobbing* puede definirse como «*el continuo y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros que se comportan con él cruelmente con vistas a una salida de la organización través de diferentes procedimientos*» (Moradillo, 2003:87). Por lo tanto, es un tipo de violencia que presenta características propias respecto a otras situaciones de presión que pueden presentarse en la empresa.

Por último, pero no menos importante, está la discriminación relacionada con el género. Este tipo de discriminación se refleja en que las mujeres en comparación a los hombres tienen una menor tasa de actividad, mayor tasa de desempleo, dificultades a la hora de coger bajas por maternidad, falta de equilibrio laboral, etc.

Entre los principales factores responsables de frenar el desarrollo profesional de las mujeres sobresalen los estereotipos de género, los factores dominantes en el sistema laboral y en la cultura organizacional, las responsabilidades familiares asumidas mayoritariamente por las mujeres y la carencia de soportes y ayudas sociales en el cuidado de los hijos, con el consiguiente alejamiento paulatino de las mujeres respecto de aspectos (experiencia, reciclaje) que resultan imprescindibles para la promoción (Ramos, Sarrió, Barberá y Candela, 2002).

Los indicadores son concluyentes; el porcentaje de paro femenino duplica al masculino en el Estado español (mujeres 20,6% vs varones 9,8%. Eurostat 2000) y los hombres disponen de mayor salario y status laboral que las mujeres (26,8% + en 1996, y 24,6% + en 2001; IGG, 2002).

En conclusión, podemos afirmar que en nuestra cultura además de la discriminación por edad, en la cual los trabajadores mayores experimentan exclusión social y niveles relativamente altos de exclusión laboral, existen otro tipo de modalidades de discriminación (laboral, de género, etc.), y cada una de las cuales tiene sus propias características y formas de aplicación.

«DISCRIMINACIÓN POR EDAD – BASES CIENTÍFICAS»

D. Dionisio del Río, *Profesor de Ciencias de la Información de la UNED;*
D. Félix Pérez y Pérez, *Catedrático Emérito de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J. F. Kennedy y la Universidad Agraria de La Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria.*

La discriminación por edad basada en una simple cronología (edad avanzada) no tiene justificación ni desde el punto de vista jurídico ni ético, moral, social y especialmente humano. Sólo se entiende en base a los resultados de los test de envejecimiento. Desde este punto de vista, la discriminación por edad en todos los aspectos, y especialmente en la ocupación laboral que afecta al campo mental, intelectual, docente, investigador, artístico, etc., es completamente arbitraria.

Este planteamiento no tiene nada que ver con la llamada prejubilación (política de trabajo). La prejubilación es una situación planteada recientemente por los empresarios, motivada por crisis económicas de la empresa, pérdida de la competitividad de sus producciones, replanteamiento de las plantillas, haciendo borrón y cuenta nueva de una situación presente, dejando a los trabajadores en el paro. Teniendo en cuenta que aquellos no han alcanzado la edad oficial de jubilación y tienen una edad avanzada, más de 40, 50, 60 años, no encuentran trabajo o difícilmente lo alcanzan. En estos casos la prejubilación es una anomalía en la estabilidad laboral, que no tiene nada que ver con la discriminación por edad del mayor, por la sociedad, etc., y menos con la jubilación oficial a los 64-65 años marcada por la Ley.

Tal vez pueda hablarse en ciertas situaciones, crisis fisiológicas –de salud– del establecimiento de una jubilación anticipada, si bien habría que hablar también de jubilación aplazada o retrasada en caso de situaciones de rendimiento excepcional, con independencia de la edad del individuo que la practica. La discriminación por edad referente a las actividades mentales puede estar justificada en crisis del funcionamiento del sistema nervioso central y centros neuromotores, que reducen el rendimiento del individuo.

Nacemos con aproximadamente 2000 billones de células que integran el organismo y los diferentes tejidos, sistemas, etc., pero sólo un pequeño número de estas células situadas en el cerebro y en otros puntos neuromotores, son las que deciden el comportamiento y por tanto la respuesta del individuo en orden a la información recibida por vía aferente y la respuesta elaborada de forma precisa, puntual y eficaz, que se transmite hasta los órganos de acción por vía eferente que en definitiva representa la respuesta oportuna y precisa.

Actualmente sabemos que las neuronas, células definitivas para el funcionamiento y eficacia de la actividad laboral del individuo, van perdiendo

actividad más bien desconectándose, sin embargo tenemos la esperanza –científicamente fundada– de que estas células pueden reproducirse, multiplicarse, sustituirse, fundamento alentador para las enfermedades degenerativas, que representan una gran preocupación para la sociedad.

Después del nacimiento, las neuronas comienzan a establecer conexiones, haciendo posible actividades cada vez más perfectas, el niño va mejorando y recuperando funciones auditivas, visual, locomotora, de dicción, etc., mientras que a medida que avanza en edad estas células van perdiendo conexiones, y por tanto eficacia, de manera que en la edad avanzada falla el sentido de la vista, locomoción, etc., y en definitiva se llega a una situación decreciente, que contrasta con la creciente sensitiva, que en este sentido aparece en el niño, pudiéndose afirmar la expresión castellana: los niños se parecen a los ancianos y los ancianos se parecen a los niños cuando llega el referido punto de inflexión.

La eficacia del sistema nervioso, motor decisivo de toda actividad del ser humano, no depende exactamente del número de células (neuronas) sino de la actividad de las mismas y en definitiva de las conexiones, que a través del sistema dendrítico establecen las mismas para coordinar funciones, precisar los resultados, las respuestas, etc., circunstancia que depende de la capacidad de respuesta y que podría justificar la discriminación por edad.

La esperanza de vida –perspectiva vital– del individuo, no solamente depende de la calidad de su genotipo (de carácter hereditario), sino fundamentalmente de los factores que acompañan a esta realidad. La perspectiva de vida de 140 años, que en este sentido parece establecerse, se va cumpliendo a pasos realmente admirables, ya que a partir de mediados de siglo la esperanza de vida ha aumentado considerablemente y no solo por la decisión genética sino por el efecto de los llamados factores epigenéticos, que son aquéllos que no dependen de la genética sino de las circunstancias que rodean al individuo, y que están marcadas perfectamente por los test de envejecimiento y se refieren fundamentalmente a hábitos higiénicos, alimentarios, culturales, sociales, etc., que potencian la acción del sistema nervioso central y los centros neuromotores, haciendo eficaz la actividad del individuo.

La sociedad moderna está evidentemente preocupada por la perspectiva vital cada vez más amplia de los mayores, y por eso se han acentuado los estudios en este sentido. Como dice Aristóteles: «sabemos poco del hombre, pero siempre lo último será la penúltima certidumbre» .

Antes de poner en práctica los test de discriminación por edad sería muy importante, desde el punto de vista científico, tener en cuenta los diferentes test, no solamente de envejecimiento sino indicadores de este fenómeno, tales como el test de LECONTE TORNEOUY, la teoría inmunológica (inmunosenescencia), teoría de la auto intoxicación «productos de desecho», teoría de las proteínas aminoideas, muy importante en los procesos degenerativos del sistema nervioso y enfermedades correspondientes, teoría endocrina, teoría de las células madre, teoría genética, efecto de la mutación en la longevidad, teoría de los enlaces cruzados, teoría del gasto cardíaco, teoría enzimática, teoría de los factores ambientales (epigenéticos), teoría de los

factores psicológicos (crisis afectiva), degeneración de las células giales, teoría de la regresión del colágeno, y muy especialmente la teoría respecto a la incidencia deletérea de los radicales libres (RLO) sobre el ADN.

En definitiva, la base científica del envejecimiento y por tanto la posible aplicación con adecuado fundamento, estaría basada en el contenido de los epígrafes anteriormente enunciados, sobre todo en el efecto de las enfermedades degenerativas.

Como indica PASCAL: «nacemos teniendo una copia (heredada) y morimos siendo un original (nuestro), es decir, nacemos con un conjunto celular perfectamente organizado, repleto de neuronas, y morimos con menor número de células que han ido desapareciendo, desconectándose, y dando lugar a una imagen no heredada sino la que corresponde a nuestra realidad (envejecimiento biológico)».

La discriminación, especialmente cuando se refiere a actividades del área mental, intelectual, está relacionada con la significación del efecto realmente dramático de enfermedades como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick (frontotemporal) –demencia senil–, esclerosis lateral amiotrófica (ALS), enfermedad de Huntington, enfermedad de Waber, así como las crisis de afectividad relacionadas con esta enfermedad a las que hace referencia los test de envejecimiento, de gran interés al efecto.

Como conclusiones a esta comunicación podemos señalar las siguientes:

- La discriminación por edad nunca debe ser caprichosa, arbitraria y tampoco decidida por disposiciones oficiales, ya que no está justificada desde el punto de vista jurídico y desde el punto de vista ético, moral, social y humana.
- En todo caso la limitación –discriminación por edad– debe tener muy en consideración la situación del individuo, es decir las crisis del sistema nervioso, tanto central como neuromotor, que puede determinar disminución en el rendimiento laboral del individuo, justificando de esta manera una discriminación para incorporarse a determinadas actividades y sobre todo la jubilación.
- La jubilación debe ser justamente valorada desde el punto de vista científico, nunca por una normativa inexorable, aunque comprendemos la dificultad de este término.
- La discriminación por edad admite dos modalidades importantes: **jubilación anticipada** (crisis fisiológicas, mental, etc., del individuo) y **jubilación retardada** en situaciones de rendimiento especial de personas particularmente dotadas para una determinada actividad.
- Se debe tener en consideración, para establecer decisiones respecto a la discriminación, la presencia de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, tales como Alzheimer, demencia senil, Parkinson, etc.
- La discriminación frente a la actividad docente debe tener en cuenta el valor de la instrucción, transmisión de conocimientos adquiridos por experiencia y la educación, transmisión de conocimientos mediante un sistema científico de reconocido valor –sistema educativo–.

«DISCRIMINACIÓN LABORAL POR EDAD: LA JUBILACIÓN»

D.^a Ana María Cal Crespo, D.^a Begoña Seijas Rosende, D.^a M.^a Carmen Gutiérrez Moar, D.^a María Fernández Prieto, D. Antonio Rodríguez Martínez, D. José Manuel Mayán Santos, Doctorado Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Superior de Gerontología de Galicia

INTRODUCCIÓN

Dentro de la discriminación por edad fenómeno que se manifiesta en la vida cotidiana de las sociedades con más frecuencia de la deseada, nos centramos en el marco de los 65 años como corte marcado para la jubilación y que sitúa a este colectivo de personas en una encrucijada por los estereotipos que implica la edad y el momento de cambio que supone para los individuos que la afrontan. Dowd (1980) afirma que la jubilación es la fuente de mayor desigualdad entre ancianos y jóvenes.

Nuestra labor de gerontólogos nos hace indagar las causas que originan el malestar y las repercusiones que interfieren en la condición de jubilados, pasando por la revisión de los distintos niveles. Tanto los sociales, encontrándose en este punto todo lo referente a relaciones a nivel laboral, familiar y al resto de vínculos que formamos con la sociedad, como económicos. Uno de los temas que suelen enfatizar los trabajadores cuando se aproxima su retiro, es la reducción en los ingresos que va a suponer la jubilación, y, sin dejar atrás, aquellos que hacen referencia al ciclo vital, muchas veces los grandes culpables de que la jubilación aparezca antes de lo previsto, no cabe duda de que vejez y jubilación son términos que se solapan en la mente de todos.

Delimitar un campo no deja de ser una tarea complicada, nos centramos en el colectivo universitario por la variedad de individuos susceptibles de estudio, uno de nuestros fundamentos es la posibilidad de tener individuos de distintos niveles de formación académica y profesional y cotejar las diferencias que arroja la muestra, pero la imposibilidad de hacer en este momento un estudio más exhaustivo que agrupara a todas las facultades, nos hizo ceñirnos a la Facultad de Ciencias de la Educación y la Escuela Universitaria de Enfermería por encontrarse en campos distintos de estudio, se trata de un pretest que nos ayude a valorar la viabilidad de llevar a estudio la totalidad de trabajadores de la Universidad de Santiago de Compostela.

Por otro lado el conocimiento de una parte definida y concreta de este universo, nos adentra en la identificación de las perspectivas de los trabajadores ante su próximo retiro: qué temen, qué anhelan, qué prioridades enumeran como fundamentales y los desconocimientos que tienen de un tema que emerge en la sociedad de una manera imperante y creciente. Para Lehr (1980) el alejamiento de la vida profesional, implica la adopción de un nuevo rol. Cada vez son más los puestos de trabajo cubiertos por

personas mayores, con lo cual en unos años nos encontraremos con un gran porcentaje de jubilados que pedirán solución a sus problemas y, desde el campo de la investigación tenemos una ardua tarea por ser un tema que prolifera a ritmo trepidante. El desconocimiento de muchas cuestiones, más que limitarnos, tiene que ser un desencadenante en nuestra búsqueda de saber, para poder intervenir de manera eficaz en este tema y no hacer de la mal llamada tercera edad simplemente una edad dando continuidad al proceso vital hasta que este llegue a su fin, sea cuando sea cronológicamente.

La investigación y conceptualización de Rosow (1963) sobre el sujeto, apunta hacia el ajuste estratégico de las actitudes del individuo antes de la jubilación, y Friedman y Orbach (1974) desarrollaron estudios que muestran, que la actitud anterior es el predictor más importante del ajuste (Sáez Narro y otros, 1996).

Si conseguimos delimitar las diferencias entre trabajadores podremos conseguir, saber lo que los une en pro de un bien común. En muchas ocasiones las soluciones poseerán un carácter individual, pero en aras de una sociedad pluralista y encaminada al bienestar en todos sus tramos.

El trabajo que hemos desarrollado se alimenta de todos estos condicionantes que se reflejan en la sociedad y de los pasos que los distintos estudios han ido avanzando en la concepción de la jubilación, tratamos de valorar las actitudes de un determinado estrato de población y reflejar las necesidades que a priori se dejan sentir en este grupo de población. En 1994, Sáez Narro, Alexandre y Meléndez indagan sobre las expectativas de los prejubilados para determinar el grado de coincidencia de la jubilación con lo planificado.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo general es determinar la necesidad de un estudio en la Universidad de Santiago de Compostela para unos centros y colectivos específicos –Facultad de Ciencias de la Educación y Escuela Universitaria de Enfermería– y la valoración que de la jubilación hacen los trabajadores objeto de este estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir y evaluar las expectativas que se vislumbran hacia el retiro en cuanto a las relaciones de estos individuos con la sociedad y su grupo más próximo como predictoras de posibles aislamientos una vez alcanzado el retiro laboral.
- Identificar los medios económicos y la capacidad de actuación para asumir su nuevo «rol» una vez jubilados.
- Indagar a través de las expectativas la importancia que la muestra le da a la formación y a la cultura una vez finalizado el rol profesional.
- Analizar la problemática que aborda la jubilación, en cuanto a prestaciones y ayudas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 57 sujetos que componen la población, han contestado la encuesta un total de 28, 10 pertenecientes a la E. U. Enfermería y los 18 restantes de la Facultad de Ciencias de la Educación, el rango de edad se encontraba en el intervalo 55-70.

TABLA 1. *Muestra de la E.U. de Enfermería*

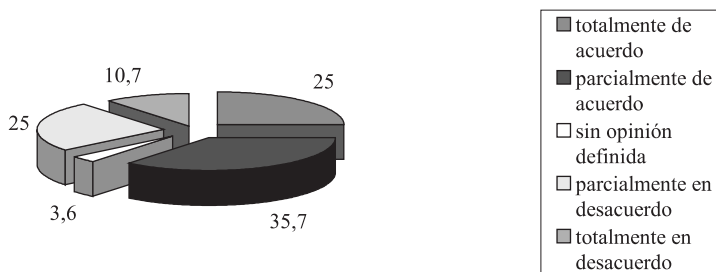
<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
55-59	1	6	7
60-65	3	0	3
66-70	0	0	0
TOTAL	4	6	10

TABLA 2. *Muestra de la F. de Ciencias de la Educación*

<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
55-59	7	7	14
60-65	2	0	2
66-70	1	1	2
TOTAL	10	8	18

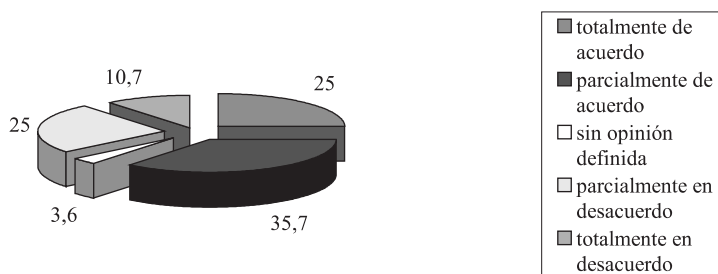
Los resultados reflejan que un 25% de los sondeados están totalmente de acuerdo en que la sociedad rechaza a los ancianos frente a un 10,7% está totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

Gráfico 1. La sociedad rechaza a los ancianos



El 28,6% está parcialmente de acuerdo en que los jubilados sólo pueden hacer tareas poco importantes, un 17,9% esta totalmente en desacuerdo y el 14,3% está totalmente de acuerdo en que al jubilarte los demás piensan que sólo puedes llevar a cabo tareas poco importantes.

Gráfico 2. Al jubilarte los demás piensan que tan sólo puedes hacer tareas poco importantes



En este trabajo hemos indagado entre otros temas, en sus expectativas con respecto a la percepción de jubilado: el 35,7% está parcialmente de acuerdo en que la sociedad rechaza a los ancianos y un 25% totalmente en desacuerdo. Tan sólo el 14,8% afirma rotundamente que la opinión del jubilado es valorada y un 22,2% considera que realmente son poco valoradas las opiniones del jubilado. Lo más peliagudo es que tan sólo un 10,7% de los entrevistados niegan que la sociedad rechaza a los ancianos y uno de cada cuatro está convencido de que los mayores no son aceptados socialmente, es aquí donde se contempla la necesidad de hacer un planteamiento de nuestra sociedad, que ciertamente está envejecida y preguntarnos realmente si llega un momento en que nosotros por condición de la edad no nos aceptamos a nosotros mismos, en función de lo que piensan de nosotros o de lo que nosotros mismos podemos llegar a pensar, es delicado el tema y se plantea la necesidad de realizar análisis más finos en estos para sacar conclusiones provechosas y crear perspectivas de futuro en el campo investigador. Una limitación importante de este estudio radica en el tamaño de la muestra lo que nos hace ser cautelosos y quedarnos en una descriptiva de los datos que arroja.

CONCLUSIÓN

1. Es necesario elaborar una imagen positiva de las personas mayores para facilitar el reconocimiento de las ventajas en este grupo de edad, y no potenciar con tanta frecuencia los inconvenientes.
2. Se vislumbra en el estudio que los futuros jubilados que configuran la muestra presentan problemas para asumir su rol no quizás en lo que

- se refiere a su capacidad para desarrollar actividades o relacionarse una vez finalizado el periplo laboral sino que de alguna manera perpetúan inconscientemente estereotipos que deberían erradicar.
3. Hay una manifestación evidente del apego a la cultura y al desarrollo formativo y profesional necesario para hablar de un proceso de educación permanente a lo largo de la vida. Aunque con matices y ritmos diferenciados que se fundamentan en el derecho a la diversidad individual.
 4. Somos conscientes de las trabas que el envejecimiento supone en las expectativas de los sujetos y su temor a no ser socialmente necesarios, es por ello que, a vista de estos resultados, impera el nacimiento de una concienciación en los individuos que acelere el desarrollo de actitudes positivas a la etapa del retiro profesional, y pasa necesariamente por la implicación del proyecto investigador que empezamos con la puesta en marcha de este trabajo.

El resultado de este trabajo abre paso a una continuidad en el campo investigador que amplíe la muestra a toda la Universidad de Santiago de Compostela y constatar que los datos obtenidos, en todos los centros y áreas profesionales, nos pongan de manifiesto con un alto grado de fiabilidad y validez la pertinencia de instaurar unas medidas programáticas en el tema de la jubilación en consonancia con las necesidades y demandas que la investigación refleje para la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Dowd, J. J. (1980). *Exchange rates and old people*. Journal of Gerontology, 30, 584-594.
- Friedman, E., Orbach, H. L. (1974). *Adjustment to retirement*. En: Foundations of Psychiatry, vol. 1, American Handbook of Psychiatry (pp 609-645). Basic Books. New York.
- Jiménez Herrero, F., Moragás, R. et al. (1999). *Preparación a la jubilación*. Madrid. Ed. Unión-Fenosa.
- Lehr, U. (1980): *Psicología de la Senectud*. Herder. Barcelona.
- Mayán Santos, J. M. y cols. (2000). *Gerontología Social* (pp. 466-488). Santiago de Compostela. Segal Ediciones.
- Rosow, I (1963). *Social Integration of the Aged*. New York. Free Press.
- Sáez Narro, M., Aleixandre, M., Martínez A., R. (1996). *La Jubilación: un programa para su preparación*. Valencia. Promolibro.

LA SUPERACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN DIGITAL: PROYECTO ALFABETIZACIÓN DIGITAL

- Ponente:* **Luis Álvarez Rodríguez**, *Presidente de la Asociación Grupo Mayores de Telefónica.*
- Presidenta:* **Isabel Díaz**, *Directora de «Nosotros los Mayores».*
- Vicepresidenta:* **Concepción Cristellys de la Torre**, *Presidenta de la Hermandad de Jubilados Ministerios de Comercio, Economía y Hacienda.*
- Secretario:* **Juan Ramón Gallo García**, *Grupo de Mayores de Telefónica.*
- Vocal:* **José Luis Rey Mora**, *Miembro de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.*

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad siempre ha habido cambios; en todas las generaciones han aparecido novedades, en las ideas, en las estructuras de la sociedad, en las herramientas utilizadas para hacer las cosas, en los materiales empleados en las mismas; en fin, un cambio permanente que no ha afectado a toda la sociedad por igual, sea cualquiera la época a la que nos estemos refiriendo.

El ritmo de acomodación de los diferentes estamentos o países a las nuevas situaciones ha sido naturalmente diferente; unas veces por la distancia del hecho generador del cambio, otras veces por razón de la cultura, o por el distinto nivel de conocimientos, por el nivel social, por el poder económico, por la edad,...

Siempre se ha producido una cierta discriminación en el alcance y disfrute de la nueva situación, de la nueva herramienta, del nuevo material. Por eso cuando en nuestros días hablamos de que hay una parte de la sociedad que podemos decir que está discriminada respecto a algo, no estamos en ninguna situación nueva, sino repetida a lo largo de la historia.

En la sociedad, en los últimos tiempos, se están acelerando los procesos de cambio, lo que puede dar lugar con mayor facilidad a la existencia de discriminaciones de conjuntos de la sociedad respecto al disfrute de algunos de esos cambios. Eso es lo que está pasando con las **«Nuevas Tecnologías»**.

Con todo lo ambiguo y amplio que es el término, porque la técnica y la tecnología invaden hoy de muy distintas formas nuestra vida, y hay novedades mecánicas, de transporte, de investigación, aplicaciones biológicas, químicas y médicas; que realmente son nuevas y tienen componentes Tecnológicos.

Sin embargo, parece que cuando se habla de Nuevas Tecnologías se aplica más generalmente el término al campo de la Comunicación y la Información; es decir los conocimientos, aplicaciones y relaciones que constituyen lo que hemos dado en llamar **Sociedad de la Información**. Es verdad que en otros campos es fácil sentirse fuera de lugar; como si solo

podieran utilizar las aplicaciones los expertos, quienes trabajan en esos campos concretos; en cambio **las tecnologías que se utilizan en la Sociedad de la Información están al alcance de todos.**

Cierto que hay una parte que es solo para los expertos, pero podríamos decir que es la trastienda, el interior de esas tecnologías. La aplicación diaria nos puede ser útil a todos. Nos vamos a limitar a tratar de Nuevas Tecnologías directamente relacionadas con la Sociedad de la Información.

Aun acotando el campo de esta forma necesitaríamos, no digo horas, días para hablar de todo: telefonía convencional, telefonía celular o en lenguaje coloquial «móviles», contestadores, fax, radio, televisión, GPS, videos, DVD, cámaras digitales, agendas electrónicas, grabadoras, reproductoras, mp3, ¡Ah! Y los ordenadores, con la informática en general, el acceso a Internet y el correo electrónico.

Todos hemos ido aprendiendo a usar estas herramientas del mundo de la comunicación y la información; en algunas, como el teléfono, ya somos unos verdaderos expertos; y tomamos conciencia de ello cuando llega la factura del servicio. Pero el uso de otras nos está costando más.

¿Por qué? Simplemente porque en algunos casos llevamos poco tiempo relacionados con ellas y en otros porque han irrumpido en nuestro ambiente fuera de tiempo o situación.

Alfabetización Digital

Cuando los niños empiezan a tener contacto con el conocimiento, cuando se les prepara para relacionarse con él, se les dan las herramientas para que sea fluida esa relación con las fuentes del conocimiento; aprenden el alfabeto, los elementos gracias a los que interpretan lo que está escrito. Los que tenemos la suerte de ser padres y abuelos recordamos la emoción que sentimos la primera vez que nuestros hijos y después nuestros nietos nos leyeron algo. Era un paso de gigante en su formación; habían abierto la puerta de acceso al conocimiento.

Ese proceso de «alfabetización» lo hemos generalizado y también hablamos de **alfabetización digital**, cuando damos los primeros pasos de acercamiento al conocimiento almacenado en forma digital. Las letras y números que manejamos son los mismos, pero la forma en que guardamos la información y el conocimiento que encierran juntos es muy diferente.

Y hemos oído mucho este término, que hay que abrir las posibilidades para que todos los niveles de la sociedad, todos los grupos de la misma, tengan la posibilidad de entrar en este proceso para que al final todos, sin excepción, sin discriminación de ningún tipo podamos disfrutar de las maravillas de acceder al conocimiento y a la información almacenada en forma digital; de lo sensacional y fácil que es tener acceso a esa información, esté donde esté, ya sea en la biblioteca de al lado de nuestra casa, en San Francisco en los Estados Unidos de América o en Australia, en las antípodas.

Pero ¿realmente se están ofreciendo los medios para convertir en realidad todas esas frases, todos esos mensajes?. Y, por otra parte, aceptando que eso es maravilloso ¿tenemos todos realmente interés en acceder a todo ese mundo de información y conocimiento?

La alfabetización digital, puerta de la Sociedad de la Información.-

Hagamos algunas consideraciones. La alfabetización digital es el proceso de dar los primeros pasos en el acercamiento a ese mundo de información, con sus herramientas para relacionarnos con él. Ese mundo es lo que llamamos la **Sociedad de la Información**.

Los expertos dicen que: *Sociedad de la Información es un estadio de desarrollo social caracterizado por la capacidad de sus miembros (ciudadanos, empresas y Administraciones Públicas) para obtener y compartir cualquier información, instantáneamente, desde cualquier lugar y en la forma que se prefiera.*

Según esto, simplificando quizás excesivamente, pero para hacer el ejercicio sencillo, podemos decir que la Sociedad de la Información, considerada desde un sentido práctico, tiene tres niveles.

Pero, antes de entrar en esos niveles, conviene que repasemos en qué punto de ese desarrollo estamos, porque se nos dice que España está retrasada respecto a otros países de nuestro entorno en la penetración en el uso de la Sociedad de la Información. Que hay pocos ordenadores en nuestras casas (pese a que conozco casas en las que hay uno por habitante, desde el padre hasta el menor de los hijos con 9 años); que el porcentaje de personas que entran en internet es muy bajo, que en concreto nosotros los mayores parece que estamos reticentes respecto a relacionarnos con estas nuevas tecnologías. Por decirlo en relación con la alfabetización, que todavía somos un poco analfabetos digitalmente hablando.

Dicho en cifras: En mayo de 2004, en España había 12 millones de personas que utilizaban internet, lo que representa una penetración del 33,1%. En la Unión Europea los datos eran 204 millones, lo que nos da una penetración del 44,7%. Pero viéndolo desde la perspectiva optimista, el crecimiento está siendo del 20,8%.

Volvamos ahora a los tres niveles. Corresponden éstos a los participantes en la Sociedad de la Información: la Administración (en sus diferentes escalas); las Empresas y los Ciudadanos.

Las **Administraciones Públicas** deben liderar el uso e impulso de la Sociedad de la Información con un doble papel.

Por un lado deben ser el motor, el animador que promueve el entusiasmo, las facilidades, los caminos para que se extienda la Sociedad de la Información. Pero, por otro, tan importante o más que el primero, deben ser los actores más decididos y avanzados en el uso, en todos los sentidos, de las Nuevas Tecnologías. En esto, como en todo, no hay mejor forma de predicar que con el ejemplo.

Su papel como agente práctico:

- Adopción de nuevos modelos y formas de trabajo que incorporen las Tecnologías de Información y Comunicación. (TIC).

- Fomentar la adopción de modelos sostenibles de implantación y prestación de servicios en todos los niveles de la Administración.
- Promover la aplicación de estas Tecnologías en la relación entre las distintas escalas de la Administración.
- Digitalización de la información existente.
- Implantación y generalización de sistemas de información, comunicación y gestión, tanto internos como de relación con el ciudadano.

En resumen: debe mostrar con el ejemplo cómo trabajando en y con la Sociedad de la Información se facilita la gestión pública, la organización interna de los procesos de gobierno y también la relación de los ciudadanos con la Administración, sus compromisos con Hacienda, la tramitación de documentos, proyectos, consultas y cumplimiento de los deberes cívicos, etc.

Su papel como impulsor de estas Nuevas Tecnologías (TIC)

- Promover la alfabetización digital para todos los agentes.
- Fomentar caminos de encuentro entre los diferentes agentes, procurando su coordinación (formación, equipos y conexiones).
- Fomentar la creación de contenidos de interés y utilidad para los ciudadanos.
- Regular la normativa que ayude a la extensión y utilización de estas Tecnologías.

Si nos sentimos un poco críticos y ambiciosos, posiblemente deberíamos decir que la intensidad y frecuencia de los mensajes en pro de la Sociedad de la Información no se corresponden plenamente con la realidad de la situación del progreso, aunque es indudable el avance realizado

El segundo nivel a considerar son **las Empresas**. Se nos dice (y es cierto) que gracias a la Sociedad de la Información, a la eficacia que se desarrolla trabajando con estas Nuevas Tecnologías, a la rapidez y exactitud de los cálculos, a las comparaciones, a los estudios de alternativas diferentes, a la agilidad de la relación con sus clientes y con sus proveedores, las empresas pueden mejorar su rendimiento y entrar en situaciones reales de competencia. Y hoy hay un convencimiento generalizado sobre ello y se reconoce que es vital en el mundo empresarial. Pero también se nos dice que el nivel de penetración en este nivel no es el deseable.

Su papel en el desarrollo de la Sociedad de la Información:

- Alfabetización digital de su personal.
- Aplicaciones internas que mejoren su eficacia operativa, con las consiguientes ventajas competitivas.
- Oferta integrada de servicios a sus clientes.
- Acciones comerciales en la red.
- Aplicaciones reales en la relación con otras empresas.
- En especial, los proveedores de servicios TIC, conseguir comercializar productos y servicios de fácil acceso y uso.

Y pasamos al tercer nivel, **el Ciudadano**, sea simplemente como individuo o sea como participante de un grupo. Es la sociedad civil, cada uno de nosotros, y los mayores somos una parte de esta sociedad, no somos diferentes, simplemente tenemos algunos años más. ¿Cuál es nuestra situación en la Sociedad de la Información?. ¿Qué se espera de nosotros? ¿Qué esperamos nosotros de esa Sociedad?. ¿Qué mensajes percibimos? ¿Cuál es nuestra valoración de la situación real?

Algunas puntualizaciones; se precisa:

- Labor extensa e intensa de **Alfabetización Digital**.
- Profunda campaña de motivación.
- Difusión clara de las ventajas concretas que representa esa Sociedad para nosotros.
- Existencia de servicios y contenidos de interés para los mayores.
- Sencillez en los accesos y contenidos.
- Facilidades (incluso económicas) de acceso a las conexiones de los operadores.
- Condiciones de acceso a los ordenadores y equipamiento.
- Acondicionar las viviendas para incorporar las Nuevas Tecnologías.
- Evitar discriminaciones por disminución de algunas facultades (en ocasiones por la edad) en el uso de equipamientos (ordenadores por voz, impresos en Braille).

Retomando el comienzo, podemos observar que hay una parte de la sociedad, los mayores (con toda la ambigüedad del término), que nos sentimos un poco desplazados y fuera de lugar con esas tecnologías. Porque cuando han llegado y se han extendido en las empresas y lugares de trabajo muchos mayores ya estaban o jubilados o apunto de serlo y no han tenido la necesidad de utilizarlas. Y quienes no estaban en la vida laboral (por ejemplo, las amas de casa) no han tenido ocasión o necesidad de relacionarse con ellas.

Si analizamos un poco lo que pueden ser los comentarios generales que se oyen en relación con los mayores y las nuevas tecnologías, es explicable que se dé esa cierta discriminación porque dan por sentado que no están al alcance de los mayores, o éstos no tienen interés en conocerlas y utilizarlas. Y eso es ya un freno en el acercamiento entre los mayores y las nuevas tecnologías.

Los comentarios que se oyen:

- Estas novedades y cambios crean incertidumbre en los mayores.
- Hay temor a no ser capaces de dominarlas.
- Pueden fomentar el aislamiento social.
- Hay barreras funcionales o físicas (visión, audición, artrosis).
- La educación y nivel de formación son barreras insalvables.
- El coste de los equipos y conexiones es demasiado elevado.

- El entorno social, urbano o rural influye en las posibilidades del acceso e interés.
- Las mujeres están menos interesadas.

Y entramos en este punto en algo que es muy importante. Las Nuevas Tecnologías son algo maravilloso, extraordinariamente útil, que aumenta el caudal del conocimiento e información de las personas, que incrementa las posibilidades de relación entre ellas, que puede contribuir a la mejora de su calidad de vida, en el mejor aprovechamiento de su tiempo; pero **tengamos siempre presente que las Nuevas Tecnologías solo son una herramienta; maravillosa, pero una herramienta.**

Lo importante es la vida de las personas. La primera condición para que los mayores estén interesados en el mundo de las Nuevas Tecnologías, en la Sociedad de la Información, en la Alfabetización Digital, es que sientan la misma curiosidad e interés que tuvimos cuando éramos niños y queríamos aprender a leer y pasemos así de la Alfabetización a la Alfabetización Digital. Es una apuesta, además, para su salud mental.

Por tanto, para romper el peligro de discriminación de los mayores ante las Nuevas Tecnologías, debemos hablar de la vida de los mayores, de sus intereses, de sus aficiones, de sus curiosidades, de sus relaciones y que cada uno de ellos vea cómo con estas herramientas (no lo olvidemos, herramientas) pueden enriquecer su vida y sus relaciones. Y esto naturalmente es cierto para hombres y mujeres.

A la vista de lo dicho y estando convencidos de la importancia, la utilidad y las ventajas que pueden reportar estas tecnologías a la vida de las personas y a su desarrollo y conocimiento, ¿qué se está haciendo para que llegue la Alfabetización Digital a los mayores?

Estamos seguros de que todos hemos leído y oído campañas e informaciones a favor de esta Alfabetización. Hemos oído «Internet para todos»; «alfabetización digital», hay iniciativas privadas y públicas, pero demasiado puntuales. Por ejemplo, la campaña todos.es está recorriendo toda España con aulas móviles para acercar internet, especialmente al mundo rural.

Sin embargo, en CEOMA tenemos una visión más global de este tema. Nos preocupa que los mayores queden discriminados y privados del acceso y disfrute de la Sociedad de la Información, de lo que representa Internet y por ejemplo, el correo electrónico en sus relaciones familiares, de amistad y de acceso a sus intereses y aficiones. Pero además, nos preocupa este tema no solo por lo que se refiere a los mayores como individuos, sino por lo que afecta a su vida asociativa, a su relación con las asociaciones en que están comprometidos y a las relaciones mutuas entre estas asociaciones. El potencial que representa una buena utilización de las Nuevas Tecnologías en esta vida conjunta de las asociaciones para compartir proyectos y trabajos, para tomar decisiones, para recoger opiniones, para difundir informaciones, es un tema que merece un proyecto específico que ampare las acciones que permitan convertirlo en realidad.

Y de hecho, ya hace un par de años, CEOMA presentó un proyecto de este tipo, en el que presentábamos una red de comunicación entre las asociaciones de mayores, fomentando la utilización de los ordenadores, la informática en la gestión interna de las asociaciones, campañas de acercamiento de los mayores (de acuerdo con lo que antes citábamos de la vida de las personas) a las Nuevas Tecnologías, en sus asociaciones, campañas de formación, promoviendo la utilización personal y en sus relaciones con la asociación de la navegación por internet y del correo electrónico.

Pero un proyecto de este tipo necesita:

- ordenadores en las asociaciones,
- conexiones de las asociaciones a la red,
- aulas en las que formar a los mayores,
- profesorado para impartir la formación,
- promover sistemas de financiación que permitan a los mayores adquirir ordenadores en condiciones razonables,
- las conexiones que los mayores como individuos demandarían a las operadoras en condiciones adecuadas para sus circunstancias económicas.

Este proyecto no tuvo éxito en su presentación; quizás por demasiado ambicioso, aunque se planteaba, precisamente por su dimensión, como parcelable. Con esa meta final, pero atacable en dosis prácticas y con resultados comprobables de su avance.

No cabe duda que supone una cantidad importante de euros abordar un proyecto de este tipo, en función naturalmente del alcance y número de asociaciones y mayores que se quisiera considerar. Pero también es cierto que proyectos con este enfoque global, son los que realmente supondrían un impulso importante al desarrollo de la Sociedad de la Información.

Comprendemos que es mucho más sencillo dotar a una serie de colegios de ordenadores para que los niños, quizás más abiertos a las Nuevas Tecnologías, casi compartan la alfabetización normal con la digital. Y es en ese sentido en el que podríamos sentirnos discriminados.

Lanzamos el reto de que la administración, una operadora, un fabricante, un centro de formación puedan considerar interesante compartir una acción global como la expuesta para ayudar a entrar a fondo a los mayores en la Sociedad de la Información, a pasar más allá de la alfabetización digital, a leer de corrido en la nueva sociedad del conocimiento.

Con sentido más práctico y también más moderado, CEOMA ha dedicado su esfuerzo a organizar dentro de sus posibilidades un proceso de formación en Nuevas Tecnologías, empezando por Internet y correo electrónico, por considerarlo del más inmediato interés de los mayores de las asociaciones confederadas.

Esta vez la propuesta sí fue aceptada y el entonces Ministerio de Ciencia y Tecnología, nos cedió 40 ordenadores portátiles que se distribuyeron en cuatro aulas informáticas, ubicadas en la propia sede de CEOMA, en la

sede de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas, en Mensajeros de la Paz y en el Grupo de Mayores de Telefónica, asociaciones integradas en CEOMA. Estas aulas han estado operativas durante todo el año pasado y permanecen activas en la actualidad.

En los cursos impartidos se ha seguido el criterio de que lo importante no es justificar que han pasado muchos alumnos, sino que los que han pasado (o al menos una parte realmente significativa de ellos) han terminado interesados en seguir utilizando las herramientas de la Sociedad de la Información. Por decirlo en lenguaje de alfabetización: que no solo han aprendido a leer, sino que han cogido interés en la lectura y realmente leen.

O dicho de otra forma, hemos centrado el objetivo de estos cursos en la calidad del resultado más que en la cantidad del alumnado. Por eso, teniendo en cuenta que la mayoría de los alumnos era la primera vez que se acercaban a un ordenador y a las Nuevas Tecnologías, han considerado conveniente repetir cursos y se han establecido niveles de aprendizaje (primer nivel) y de repaso y de mejora (segundo nivel).

No ha sido posible en todos los casos contar con profesorado del voluntariado, por lo que ha sido preciso contratar profesores para impartir la totalidad de los cursos.

Las aulas, aunque se han abierto, con independencia de su ubicación, especialmente a los mayores de las asociaciones integradas en CEOMA, admiten también a mayores de otras procedencias.

La respuesta en cuanto a asistencia está siendo plenamente satisfactoria; a los alumnos de primer contacto con las Nuevas Tecnologías, se les hacían cortas las 12 horas que en principio estaban asignadas para los cursos, por lo que se han prolongado a 18 horas para asentar más firmemente los conocimientos básicos y adquirir más práctica.

En cuanto a los resultados, también la experiencia está siendo positiva. Por una parte, los mayores están cogiendo gusto a relacionarse con internet y el correo electrónico y están empezando a solicitar algunos conocimientos adicionales de informática (procesadores de texto, hojas de cálculo,...). Por otra parte, quienes todavía no tienen ordenador en casa, están interesándose por los requerimientos que deben tener los equipos porque están pensando en adquirirlo, lo que demuestra su interés por mantener la continuidad de lo que han aprendido y practicado.

Cara al seguimiento de esta actividad en el presente año, estamos preparando, además de los cursos, un programa de talleres de aplicación de los conocimientos adquiridos, orientados hacia campos concretos (visitas virtuales a centros de cultura, temas financieros, posibilidades de compras, temas de salud, aficiones específicas, búsquedas complejas,...). Igualmente se promueve la relación a través del correo electrónico de los mayores de diferentes asociaciones, para cruzarse informaciones de sus actividades y así aumentar el potencial global que representa la unión de los mayores y de sus asociaciones.

Por otra parte es importante destacar que no debemos ni podemos conformarnos con disponer de estas 4 aulas operativas; tenemos demanda

y lista de espera tanto de alumnos para estas aulas como de otras asociaciones en Madrid y en otras Autonomías que piden poner en marcha nuevas aulas. **Demandamos más ordenadores para cumplir estos deseos y necesidades.**

Antes de terminar con unas conclusiones finales, merece la pena recordar lo que se decía en una Mesa Redonda organizada por Telefónica a propósito de las dificultades para alcanzar el pleno uso de la Sociedad de la Información; se celebró a finales de abril de este año.

Se llegaba a la conclusión de que el retraso no se debe a un menor nivel de infraestructuras y equipamientos; se debe más al escaso uso de los servicios y ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías.

Para solucionar el problema los participantes en la mesa proponían tres soluciones:

- Concienciar a ciudadanos, empresas y administraciones de las ventajas de calidad de vida, eficiencia y productividad que supone el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- La formación en nuevas tecnologías en **todas las edades.**
- La necesidad de garantizar la seguridad de las transacciones y gestiones electrónicas, fundamentalmente a través de mecanismos como la firma electrónica.

El Director de Relaciones Institucionales y Fundación Telefónica, Javier Nadal, destacó la necesidad de que todos los agentes económicos y sociales se impliquen en esta tarea.

CEOMA no tiene por costumbre, no es su estilo, lamentarse de las situaciones. Cuando considera que algo en relación con los mayores, no está como estima debería estar, lo analiza y presenta propuestas y da los pasos que estén en su mano para corregir la situación y mejorar las condiciones.

Ante el riesgo de que los mayores resultaran discriminados y no pudieran tener las mismas opciones que el resto de la sociedad en la **Alfabetización Digital**, acceso a la Sociedad de la Información, CEOMA ha dado el primer paso de organizar una cierta formación, dentro de las limitaciones en que se ha visto obligada a actuar.

También hay algunas sugerencias que facilitarían la relación de los mayores con las herramientas de la Sociedad de la Información; por ejemplo, la dotación en los Centros de Mayores (dependientes de las administraciones central, autonómicas o locales) de un punto público de acceso, de consulta en el que los mayores recibirían instrucción y ayuda para acceder a informaciones, realizar gestiones, etc.

Pero como decíamos antes, y está en línea con lo tratado en la Mesa Redonda del mes de abril, de la que hemos hablado, el paso real de acercamiento a la Sociedad de la Información es un proyecto global. **Repetimos que lanzamos el reto de que la administración, una operadora, un fabricante, un centro de formación puedan considerar interesante compartir una acción total para que los mayores entren a fondo en la**

Sociedad de la Información, a pasar más allá de la alfabetización digital, a leer de corrido en la nueva sociedad del conocimiento. Para nuestras asociaciones puede representar una barrera económica insalvable, pero para los agentes interesados consideramos que su financiación es plenamente asumible.

Somos conscientes de que lo hecho por CEOMA no es suficiente. Por ello, deseamos dejar constancia de nuestro compromiso de seguir trabajando y presentando proyectos como el citado, que hagan que, realmente, el mundo de los mayores, tanto individualmente como integrados en sus asociaciones, saque el máximo provecho de la Sociedad de la Información, que las acciones de Alfabetización Digital nos hagan unos perfectos lectores del conocimiento en formato digital, permitiéndonos aplicarlo a la mejora de la calidad de vida, nuestra y de quienes nos rodean.

LA PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN: PROYECTO MADUREZ VITAL

- Ponente:* **José de las Heras Gayo**, *Coordinador del Proyecto.*
Presidenta: **Matilde Pelegrí**, *Directora de Senda Editorial.*
Vicepresidenta: **Carmen Marco Marco**, *Presidenta de la Federación de Organizaciones de Mayores de Murcia, FOMCARM.*
Secretario: **Emilio Atienza Vega**, *Miembro de la Hermandad de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil.*
Vocal: **Alicia Sandoval de León**, *de la Asociación Abuelos/as en Marcha, ABUMAR.*

...en los próximos treinta años debemos aprender a envejecer de una manera completamente diferente, pues de lo contrario todos y cada uno de sus miembros (de la sociedad) sufrirá un castigo económico, social e intelectual. Se trata de la liberación de ese ser oprimido e infeliz que repudiamos y que hoy todavía no existe. Se trata de nuestro futuro yo.

«El complot de Matusalén»,
Taurus. Madrid, 2004.

1. INTRODUCCION: FILOSOFÍA DEL PROYECTO

La esperanza de vida de la población española es cada vez más alta y, lo que también es muy importante, las personas llegan a esa edad en un estado de salud mental y física cada vez mejor.

Esta realidad demográfica pone de manifiesto el progreso de la sociedad española, puesto que está originada por factores positivos como el incremento de la calidad de la sanidad, la mejora de los hábitos de consumo y el aumento del nivel socioeconómico y cultural. Sin embargo, también se produce una situación paradójica: cada vez hay más personas mayores pero no se eleva su nivel de representación y participación en la sociedad, antes bien, se encuentran cada vez más discriminados. Esta situación se agrava en el momento en el que se inicia la jubilación y se entra en la fase «no productiva» de la vida.

Ante esta evidencia, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores detectó, desde su creación, la necesidad de proporcionar a los mayores una herramienta útil que les diera medios de participación en la sociedad, fomentara el voluntariado en este amplio grupo de población y contribuyera a la erradicación de la discriminación.

Así pues, con el objetivo de promover el voluntariado activo entre las personas mayores y enseñar a enfocar una nueva etapa se creó Madurez Vital, un proyecto formativo que se ha podido realizar gracias al apoyo de la Obra Social Caja Madrid que mostró su interés por este novedoso pro-

yecto desde el primer momento, así como del IMSERSO, basado en una idea y realización de la Fundación Pere Tarrés.

El proyecto Madurez Vital es un programa de formación para personas mayores que pretende sensibilizar, preparar y ayudar a la difusión del crecimiento de la persona en esta etapa que acontece después de la jubilación, y que abre unos horizontes muy positivos y saludables para su participación en la comunidad y en la sociedad en la que vive».

La idea principal del proyecto es muy clara: se trata de recoger una auténtica necesidad sentida por la sociedad y darla forma funcional y práctica con rigor y profundidad.

La figura del pre-jubilado y del jubilado está llenando cada día nuestro espacio social y generando una serie de demandas que tanto los poderes públicos como la propia sociedad con viene que atiendan.

CEOMA, como Confederación que agrupa a Organizaciones de personas mayores de toda España, tiene voluntad institucional de ofrecer un servicio a sus asociados, empresas y otras entidades que facilite: información, formación, un ambiente propicio, posibilidades de acción y de expansión; y a nivel subjetivo, herramientas e instrumentos para el autoconocimiento, la confianza, la seguridad y la alegría de vivir a través de la cultura en el más amplio sentido de la palabra. Tanto de la cultura culta o cultivada, como de la entrañable y antropológica cultura del lugar donde cada uno hemos nacido, de los padres que hemos tenido; la cultura de la raíz, ya que la persona mayor es como ese árbol viejo cuyas ramas antiguas parecen inclinarse hacia la tierra buscando precisamente la raíz. Lo que pasa es que con este proyecto que ahora se pone en marcha se pretende también cuidar lo que quede del tronco, del tallo, de las hojas y, por supuesto, del fruto. Porque ese fruto, aunque de alguna manera pueda ser tardío, es bueno para el individuo y para la sociedad. Hemos mencionado la palabra alegría y con ello nos referimos a la famosa frase de que la cultura o divierte o acartom-piedra.

«El doble beneficio de este programa es patente: por un lado se contribuye a lograr que los mayores sean más activos, estén interesados por el mundo que les rodea e integrados en una sociedad que, por otro lado, está recibiendo todos sus conocimientos y capacidad mediante una colaboración altruista, sin ningún tipo de interés, que no sea la calidad de vida tanto de los voluntarios como de las personas que reciben esta colaboración.»

Uno de los temas centrales del *Plan Internacional del Envejecimiento*, emanado de la *11 Asamblea Mundial de Naciones Unidas* es «la habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades (...). También que «Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad». Añade que «La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal. Por todo ello, en dicho Plan se proponen como Medida la de «Crear un entorno que posibilite la prestación de servi-

cios voluntarios en todas las edades, que incluya el reconocimiento público, y facilitar la participación. De las personas de edad cuyo acceso a las ventajas de dedicarse a actividades voluntarias puede ser limitado o nulo».

Por otra Parte, las *Conclusiones del II Congreso Estatal. de Personas Mayores*, se dice en la n.º 38 que «La Administración debe propiciar campañas que refuercen la presencia del mayor activo en la sociedad» y en la n.º 43 donde «Se propone tanto a las Administraciones públicas como a los responsables de las empresas y a las organizaciones sindicales, que se preocupen de programar cursos de preparación a la jubilación que propicien el paso' a la misma evitando el desfondamiento, la ruptura generacional, la abulia, la apatía y todo lo que desengancha de la vida... Hay que tomar el enfoque vital más positivo». Muchas personas mayores requieren ayuda y otras muchas están deseando ayudar. El voluntariado es una forma de satisfacer ambas necesidades.

El *Informe de Valoración del Plan Gerontológico Nacional* se refiere a la «falta de protagonismo que en buena ley, por su peso demográfico, social y económico, les correspondería (a los mayores), constatándose que en muchos casos y a muy diferentes niveles se toman decisiones que les afectan directamente sin ser consultadas adecuadamente».

Por último, en el *Informe sobre el Envejecimiento y Dependencia*, de la Fundación SIS, se «pronostica un crecimiento intenso del asociacionismo y el voluntariado entre las personas mayores».

En este contexto «Madurez Vital» contribuye a enfocar con éxito la jubilación: es un programa que ofrece las pautas necesarias para que lleguemos a ser personas mayores activas, a gusto con nosotros mismos y abiertos a la sociedad.»

Esta filosofía se ha tratado de plasmar en todo el desarrollo del curso, de hecho, el lema del material publicitario es: «Cursos para contribuir al desarrollo de las Personas Mayores en la etapa de la jubilación. Mayores activos ¡SI!. Mayores pasivos ¡NO!»

Es sabido que ante el hecho social y personal de la prejubilación y de la jubilación surge en cada afectado una serie de preguntas, dudas y vacilaciones que a veces cuesta tiempo superar. Por otra parte no todas esas situaciones se presentan de igual manera ni afectan al interesado con la misma intensidad y los mismos matices.

Hay muchos factores a tener en cuenta tales como la salud, la economía, la familia, el sentido de prestigio o clase social, las amistades, los hábitos de ocio anteriores, ocupaciones ya contraídas, etc. que hacen que no todo jubilado se apresure a matricularse en un Curso que él puede pensar, le va a decir lo que ha de hacer en el futuro y cómo, y le esté recordando siempre una situación o condición de la que quiere escapar, por lo menos psicológicamente. La mera consideración de tener que sentarse en un aula, de cara a un profesor y con un libro en las manos, y además saber que en un momento dado se espera de él que diga algo, que se manifieste, que descubra parte de su personalidad, etc. pueden constituirse en elementos disuasorios. Por experiencia y observación sabemos que después de vencer

esos posibles recelos ya todo se ve de otra manera muy distinta, se participa, se colabora con naturalidad y se crea un ambiente de auténtico grupo.

2. DESARROLLO DEL PROYECTO

Madurez Vital está compuesto por módulos que tratan diferentes aspectos de gran interés como la economía, la salud, el voluntariado, la participación comunitaria y las relaciones intergeneracionales. Esta orientación hacia el logro personal, hacia el aporte social y el voluntariado del mayor, hacia el mayor desde el que se ha trabajado tanto desde CEOMA es la base de esta iniciativa.

Los profesores del Curso se presentaron a una convocatoria nacional para la formación de formadores, con el fin de poder habilitar tutores que formando equipo con el experto de cada uno de los cuatro Módulos designado por CEOMA entre profesionales de reconocida solvencia en la respectiva materia, pudieran impartir Cursos Madurez Vital en toda España.

Los cursos están concebidos como regla general para grupos de no más de veinte personas, a razón de tres horas por Módulo, distribuidas de la manera que decida la Organización colaboradora.

El alumnado debe presentar un breve perfil personal y profesional suyo con el fin de que el profesorado pueda ceñir sus explicaciones y desarrollo del tema lo más posible a la naturaleza del grupo y a la personalidad de cada participante.

Puesto que se parte de los textos y video de la Fundación Pere Tarrés a cada experto o tutor le corresponde complementar o adecuar los mismos con arreglo a criterios que en cada caso la eficacia y aprovechamiento del Curso aconseje.

La difusión de estos Cursos por parte de CEOMA se puede calificar de intensa y se ha realizado a través de su propio Boletín informativo, Internet, programas, dípticos y folletos, teléfono, comunicaciones postales y publicidad en revistas del sector.

En el desarrollo de cada Curso se ha tenido muy en cuenta la conveniencia de mantener una relación de igualdad o paridad entre el alumnado y el profesorado, materializada en la posibilidad, siempre abierta, de recoger información en forma de experiencias y sugerencias de los asistentes matriculados, quienes, por otra parte, en todo caso han tenido igualmente la posibilidad de cumplimentar de forma anónima el correspondiente cuestionario de valoración, con espacios para la crítica y la autocrítica.

La persona que ha llegado a la jubilación o está próxima a ella, está estudiado que puede estar amenazada, en su aparente fragilidad, con peligros tales como la pasividad (nada de clases pasivas, como algunos se obstinan en seguir diciendo) aburrimiento, rutina, soledad, aislamiento y demás. La verdad es que estos Cursos pueden muy bien ser los verdaderos antídotos contra esos males, ya que al suponer un reafirmamiento de la personalidad de cada individuo sugieren actividad, nuevas ocupaciones, nuevos intere-

ses, alegría y ganas de vivir en profundidad, nuevas aproximaciones, capacidad de imaginación y descubrimiento, etc. En una palabra, y por poner un símil traído de la física, una buena dosis de resiliencia, es decir, de esa resistencia que oponen los cuerpos a la rotura por choque o percusión. También puede decirse tenacidad, que además tiene un doble sentido más gráfico (resistencia a los golpes y la voluntad de hacerlo).

Los cursos han estado enfocados en primer lugar hacia nuestras propias organizaciones y asociaciones que están haciendo un amplio uso de los mismos. Los Ayuntamientos y Comunidades lo están solicitando también para las organizaciones de mayores de sus áreas.

Pero la propuesta de estos Cursos hecha a empresas no ha tenido éxito ya que es posible que las regulaciones de empleo, fusiones, desplazamientos o las pre-jubilaciones o jubilaciones forzosas en sus distintas modalidades constituyen una especie de constante temor por lo que dicha propuesta ha de verse como una especie de advertencia peligrosa, solapada por parte de la empresa a través de esa dirección denominada a veces con mucho eufemismo de recursos humanos.

La respuesta en su conjunto ha sido excelente, como lo demuestra que tenemos una lista de espera, sujeta a las disponibilidades financieras de la Confederación. Una consideración, más interna, es que determinados temas, como pueden ser los económicos o los de salud, tienen el riesgo –una vez superada la desconfianza entre los propios miembros del grupo– de convertirse en consultorios improvisados, con detrimento del contenido e intención del Módulo.

De las opiniones anónimas de los asistentes a estos Cursos haremos una reflexión en el apartado 6. Por nuestra parte podemos decir que la totalidad de los profesores que han intervenido tienen un excelente concepto de los Cursos tanto desde el punto de vista de su metodología como de los aspectos de convivencia en el aula y trabajo en equipo que se genera, sobre todo a través de las aportaciones del alumnado. Y en cuanto a la coordinación en general indicar que ni un solo incidente negativo se ha presentado y que desde CEOMA, de forma personal o telefónica, así como a través ceoma@ceoma.org-<http://www.ceoma.org>, cualquier interesado ha podido estar debidamente informado.

3. OBJETIVOS GENERALES

1. Promoción del Voluntariado sociocultural dentro del marco jurídico vigente, creando una auténtica cultura del mismo entre los distintos colectivos de personas mayores, así como el desarrollo de los mecanismos necesarios dentro de las Organizaciones correspondientes para su coordinación y máxima efectividad.
2. La ayuda a las personas mayores miembros o no de CEOMA a su propio desarrollo personal en la etapa de la jubilación, convirtiéndolos en mayores activos y no en ancianos pasivos, utilizando las téc-

- nicas de trabajo social específicas para ello, principalmente el voluntariado, la animación sociocultural y el desarrollo comunitario.
3. Dotando a CEOMA de las estructuras de coordinación necesaria, así como de los medios humanos y técnicos precisos.
 4. Facilitar a las Organizaciones confederadas los conocimientos y medios necesarios para dar a conocer el Proyecto Madurez Vital a través de los medios de comunicación, por medio, por ejemplo, de seminarios o mesas redondas.
 5. Establecer vínculos entre las Organizaciones de Mayores y otras ONGs para la promoción y puesta en marcha de actividades determinadas donde pueda ser útil la aportación del alumnado que ya haya realizado el Curso de Madurez Vital.
 6. La creación para este mismo alumnado de un espacio virtual de participación y comunicación permanente que sirva para canalizar sus inquietudes, iniciativas y proyectos.

4. SÍNTESIS DEL MATERIAL DEL CURSO

Al alumnado matriculado en el Curso se le hace entrega de una carpeta de cartón duro de color verde («Maletín verde») con el rótulo Madurez Vital y los anagramas de la Fundación Pere Tarrés y de Caja Madrid Obra Social.

Los materiales del curso se ocupan de la Jubilación, una nueva etapa en el proyecto personal, de la salud, de la planificación económica en la jubilación y de la participación social y el entorno. Estos cuatro Módulos, de forma transversal en los tres primeros y de forma más directa en el cuarto, a través de la participación, se refiere a la institución antigua y espontánea del voluntariado, sujeta hoy a un marco jurídico específico y que puede aportar a muchos la posibilidad de intervenir activamente en la sociedad de acuerdo, por otra parte, a lo establecido en nuestra propia Constitución.

Nos moveremos, por tanto, en dos grandes bloques, que pretendemos sean armónicos y complementarios: la necesaria preparación para la jubilación y la participación social a través del voluntariado. De esta forma, pensamos, se engrandecerá en general y en particular la idea de persona en el sentido de la Grecia antigua, clásica: de personare, sonar más, repercutir en los demás.

Cuaderno n.º 1. LA JUBILACIÓN UNA NUEVA ETAPA EN EL DESARROLLO PERSONAL

1. La persona mayor ante la sociedad.
2. Los estereotipos sobre la jubilación y la vejez.
3. El concepto de tiempo.
4. Nos jubilamos de trabajar, ¡no de vivir!

Cuaderno n.º 2. LA SALUD

1. La salud y el desarrollo personal.
2. Biología del envejecimiento.
3. Sexualidad.
4. La prevención en salud.

Cuaderno n.º 3. PLANIFICACIÓN ECONÓMICA EN LA JUBILACIÓN

1. Jubilación y cambios económicos.
2. El sistema de pensiones públicas en España.
3. Ingresos complementarios a las pensiones públicas.
4. El gasto cotidiano.
5. La transmisión de bienes y patrimonio.
6. Otros aspectos legales y jurídicos.

Cuaderno n.º 4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ENTORNO

1. Identidad social y trabajo.
2. El excedente de tiempo.
3. Hacer como los demás: los roles sociales desde la libertad.
4. Madurez activa y crecimiento personal.
5. A modo de conclusión.

Finalmente, una cinta de video titulada «La fiesta» y cuya temática se resume en tres partes:

1. Tarde o temprano llega la jubilación. «No todo el mundo está preparado para ello».
2. A menudo suceden cosas.
3. Si las aprovechamos, la vida puede ser una fiesta.

5. ANÁLISIS CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN

Como se ha dicho, en cada Curso los participantes han tenido la oportunidad de cumplimentar un Cuestionario de Valoración, encargándose la Organización colaboradora de remitirlo a CEOMA. Por supuesto que se trata de una acción voluntaria y anónima muy útil para posibles correcciones que deban hacerse. Un asistente al Curso se encarga de hacer la distribución de dichos cuestionarios, recogerlos y cerrarlos en un sobre a nombre del presidente de CEOMA.

Estos cuestionarios de valoración constan de cuatro epígrafes:

1. Contenido del Curso (utilidad personal y para la institución colaboradora, incremento de la participación y voluntariado)
2. Profesorado (conocimientos, comunicación y marco-ambiente adecuado).

3. Organización (general, coordinación, espacio adecuado).
4. Referido al alumnado y a su propia participación.

Síntesis de las Valoraciones Emitidas

Orden de las puntuaciones positivas:

- 1.º PROFESORADO. (Dotes comunicador).
- 2.º PROFESORADO. (Conocimientos).
- 3.º ORGANIZACION.
- 4.º CONTENIDO. (Utilidad personal).
- 4.º PROFESORADO. (Marco adecuado).
- 5.º CONTENIDO. (Utilidad social).
- 5.º ORGANIZACION. (Material Caja Madrid).
- 6.º ORGANIZACION. (Material complementario).
- 7.º CONTENIDO. (Mejora propios conocimientos).
- 7.º CONTENIDO. (Participación-voluntariado).
- 7.º PARTICIPACION. (Propios asistentes).

Sin ninguna valoración negativa:

ORGANIZACION.
PROFESORADO. (Marco adecuado).
ORGANIZACIÓN. (Material Caja Madrid).
CONTENIDO. (Mejora conocimientos asistentes).
CONTENIDO. (Participación-voluntariado).

Con alguna valoración negativa:

- 1.º PARTICIPACIÓN (Propios asistentes).
- 2.º ORGANIZACIÓN (Material complementario).
- 3.º PROFESORADO (Dotes comunicador).
- 4.º CONTENIDO (Utilidad social).
- 5.º PROFESORADO (Conocimientos).
- 6.º CONTENIDO (Utilización personal).

En cuanto a sugerencias y críticas no haremos mención de las más numerosas, que han sido las laudatorias o de agradecimiento. Únicamente hemos hecho un breve extracto de las más relevantes para ser tenidas en cuenta:

- El aprendizaje de la relación convivencial.
- La posibilidad de compartir necesidades ajenas.
- Que los Cursos tengan continuidad.
- El profesorado y su forma de transmitir conocimientos.
- La escasa participación de los propios asistentes.
- Quizá deberían en algún caso tratar temas de orden social y humano más comprometidos, sobre todo en medicina.

- Que asistan en lo posible más matrimonios, ya que la jubilación de uno o de los dos afecta a la pareja.
- Disponer en algunos casos de medios audiovisuales y de amplificación de voz.
- Más presencia de la mujer y de la jubilación de la mujer.

6. RECAPITULACIÓN

Al tratarse de un Programa en marcha (en este sentido dejó de ser Proyecto), nos ha parecido más correcto anteponer a la conclusión este «a modo de».

Esta Ponencia tiene la característica de ser de régimen interno, es decir, de una actividad propia de CEOMA y de la que la Confederación es responsable. Su contenido constituye fundamentalmente la parte teórica o de principios inspiradores puestos de manifiesto en los informes que se han ido elaborando.

Realizado el seguimiento de todos los Cursos Madurez Vital hasta ahora impartidos, hablado con expertos, tutores y personas asistentes, así como con diferentes dirigentes de las Organizaciones, teniendo en cuenta nuestra personal participación en dichos Cursos y vistos los datos y las sugerencias de forma anónima emitidos, creemos estar en condiciones de poder calificar como de buena y esperanzadora la etapa aquí comprendida.

Analizando la realización y desarrollo de todos y cada uno de los Cursos impartidos observamos que una buena parte del alumnado, a partir de los conocimientos programados descubren en ellos mismos nuevas inquietudes en cuanto a aptitudes y actitudes que les han servido posteriormente para tomar iniciativas prácticas en orden a una mejor participación social y comunicación etc., y en su caso, para la adecuación de su vida a la nueva situación personal de jubilado o prejubilado.

Claro que hubo y hay dificultades: de financiación de más Cursos, de información previa y eficaz a los potenciales interesados, de índole funcional (disponibilidad de aulas, de tiempo por otras obligaciones o (deseadas o no), etc. O psicológicas (vencer prejuicios personales, familiares o de grupo) pero de todas maneras el balance final es positivo y por parte de CEOMA se demanda, con las correcciones que sea preciso incorporar en atención a la experiencia recibida, el seguir en la actividad con renovadas energías por parte de todos.

Por supuesto que hay que dar las gracias, y lo queremos hacer sinceramente, a cuantas personas e instituciones han intervenido en dar forma real a este Programa, a quienes lo financian, a la presidencia y Junta Directiva de CEOMA, a quienes lo pensaron y lo escribieron, tanto los textos como el procedimiento, la metodología CEOMA para llevarlos a cabo, a quienes lo promovieron y gestionaron, a las Organizaciones confederadas que lo asumieron con decisión. A quienes lo imparten y al mismo tiempo lo vivifican. A quienes se ocupan de que funcione el micro, el proyector o el video. Y

por encima de todo, a cada persona que se inscribe como asistente, al grupo del que forma parte, sociológicamente hablando, es decir, con conciencia de pertenecer a él, siempre dispuestos a saber más y mejor, que aporta ideas con criterio propio, ya que de esa persona ha de producirse el efecto multiplicador que pensamos ha de tener el Programa.

A la vista de los resultados de los cuestionarios de valoración, que son indicativos, pero elocuentes, la próxima etapa habrá que trabajar para que las diferentes personas y colectivos interesados tomen conciencia de que la formación e información que reciban ha de estar en proporción directa con el incremento de la actividad social y cultural de la Organización o núcleo social que representen y que se materializará en generar la consecución de nuevas actividades.

Aunque pueda parecer que los datos mencionados digan otra cosa, podemos afirmar con cierta rotundidad que el grado de participación propia de las personas asistentes, dentro de cuyo concepto están, por ejemplo: la puntualidad, el silencio, la atención, el interés, el respeto, ha sido muy alto. No solo se participa con la palabra. La mirada, el gesto, en un momento dado están emitiendo señales muy vivas a quien esté actuando, como es el caso, como profesor integrador. Pero en esta ocasión, la propia modestia de los interesados –otro valor– ha resultado con más fuerza que estas consideraciones.

En lo sucesivo, y al hilo igualmente de los resultados, se solicitará a los profesores-tutores que intervengan, que presenten para cada Curso un guión, como en su día hicieron los expertos, en el que figuren sus personales aportaciones, y que hasta ahora lo venían haciendo únicamente de forma oral.

En lo referente al profesorado en términos generales ha sido muy bien valorado. La peculiaridad importante de esta valoración es que destaca como más sobresaliente no los conocimientos en si, sino el hecho de saberlos transmitir (re-percutir) al grupo en general y a cada integrante de él en particular.

Finalmente hemos de dejar constancia de la preocupación de CEOMA por establecer debidamente homologados, unos criterios fiables de calidad, en cuanto al contenido y desarrollo de estos Cursos, para lo que se ha creado la comisión oportuna.

En resumen, un proyecto de CEOMA, para combatir positivamente la Discriminación por edad.

7. CONCLUSIONES

PRIMERA

Que las diferentes Administraciones atiendan la necesidad sentida por la sociedad a través de distintas Organizaciones de poner en marcha Planes, Proyectos y Programas de preparación para la jubilación y prejubilación.

SEGUNDA

Que gracias a estos Planes, las personas jubiladas y prejubiladas han de encontrar vías de participación real, efectiva y no dirigida, en la sociedad, así como un mecanismo de autoconocimiento e introspección.

TERCERA

Que estos Planes de preparación para la jubilación y prejubilación programados por Organizaciones privadas y sin ánimo de lucro, no dependan exclusivamente de la concesión de subvenciones públicas, y que los Organismos con competencias para concederlas o denegarlas, lo hagan pesando y midiendo la calidad y efectividad de cada Plan o Programa, y no sigan siendo subvenciones, sino asignaciones económicas para su realización, otorgadas para más tiempo que el de un ejercicio económico.

CUARTA

Que la persona jubilada o prejubilada pueda disponer, si así es su voluntad, de vías de participación en la sociedad que no tengan porqué ser exclusivamente desinteresadas o de mero entretenimiento.

QUINTA

Que el Voluntariado, cuya realización desde siempre presupone una tendencia innata y altruista por parte de algunas personas, ha de ser, en todo caso, tan profesional, técnicamente hablando, como el trabajo remunerado, y que como él, requiere su específica preparación. Lo que no quiere decir que ese Voluntariado deje de tener para quien lo practica su íntima satisfacción y el reconocimiento social que se merece.

SEXTA

En todo caso, el Voluntariado, sobre todo el incluido en el marco legal correspondiente, deberá estar presidido por el principio de subsidiaridad y nunca podrá servir ni para que los poderes públicos dejen de invertir en determinadas partidas presupuestarias, dejadas en manos del Voluntariado, ni para que la juventud debidamente preparada deje de poder aspirar a los puestos de trabajo que se merece.

SÉPTIMA

Que la preparación a la jubilación y prejubilación, si bien está dirigida a la persona interesada en recibirla ha de tener un efecto multiplicador en su propia casa, familia y entorno.

OCTAVA

Que a través de la preparación para la jubilación y prejubilación, cada interesado, de acuerdo con sus posibilidades, aptitudes y actitudes, deberá encontrar dentro de la sociedad y de su entorno habitual una especie de segunda o tercera ocupación, retribuida o no.

NOVENA

Que los Cursos CEOMA «Madurez Vital», desde su iniciación hasta el momento actual han intentado cumplir con lo establecido en estas Conclusiones, y que las Organizaciones confederadas implicadas en los mismos y los propios interesados, asistentes y participantes, han sugerido y puesto de manifiesto la conveniencia y utilidad social y cultural de que se sigan impartiendo.

**COMUNICACIONES RELACIONADAS
CON LA PONENCIA «LA PREPARACIÓN
PARA LA JUBILACIÓN:
PROYECTO MADUREZ VITAL»**

LA PREPARACIÓN DE LA JUBILACIÓN EN CATALUNYA

D. Joan-Jordi Aragay, Presidente de TECI

1. PREÁMBULO DE LA PREP. A JUBILACIÓN

Los avances en la ciencia y en la técnica que repercuten directamente en el perfil, demográfico de los países avanzados, comportan una mejora de las condiciones de bienestar y un alargamiento de la esperanza de vida mas allá de la media que hasta hace pocos años era habitual en nuestra sociedad y en todas las del mundo occidental.

Es evidente que, en la actualidad las personas tenemos una expectativa de vida que hubiera sido insólita para nuestros antepasados próximos. Eso se traduce en un incremento de años vividos mas allá del periodo de vida fundamentalmente orientado al trabajo productivo y en una calidad de estos años que nos permite gozar de la nueva situación.

Con esta perspectiva, la jubilación no significa sólo el final de una etapa de la vida –la del trabajo productivo– sino también el inicio de una nueva, que es tan importante como en su momento la de preparación para ejercer una profesión y realizar un trabajo (la juventud) o la dedicada fundamentalmente al trabajo productivo (la de adulto).

Es obvio que no podemos dejar a la improvisación un periodo de vida tan importante, requiere un enfoque nuevo, una preparación que nos dé las herramientas de información y de formación necesarias para que esta nueva etapa sea vivida con plenitud y contribuya al bienestar de toda la población.

El bienestar de un pueblo no depende únicamente del desarrollo de su tecnología y del crecimiento de sus recursos económicos: requiere también que sus ciudadanos vivan cada periodo de su vida con una actitud abierta a los cambios, que cada vez son más profundos Y más rápidos, con satisfacción personal e implicarse en el entorno con los retos propios de cada edad Y cada circunstancia. Desde esta perspectiva, la preparación para la jubilación se inscribe en el marco. de la formación permanente; es decir, *de la formación a lo largo de toda la vida*.

Seríamos un país sin calidad de vida si no pusiésemos al alcance de todas las personas adultas las herramientas necesarias para el desarrollo de los individuos y de los grupos.

Trabajar de manera preventiva y prospectiva bacía el futuro es uno de los actuales retos para la supervivencia de las Empresas en el marco de la Europa Comunitaria.

Conocemos las dificultades del personal en edades próximas a la Jubilación para adaptarse a lo que representa su futuro inmediato Y también el interés creciente por parte de la Empresa en ofrecer alternativas reales de formación a todos los niveles.

Ofrecemos respuesta a esas inquietudes y para ello hemos diseñado los:

PLANES DE PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN (P³J)

Desde el punto de vista social se considera como pertenecientes a la tercera edad a los jubilados o retirados de la vida profesional, pero esto tampoco proporciona límite preciso ya que la edad de jubilación no es la misma para todos y no consideraría a las amas de casa, que no suelen abandonar su tarea hasta muy entrada en la vejez.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS JUBILADOS

Sin poder fijar claramente una edad definida, se pueden considerar personas mayores a las de edad superior a los 60 ~ o jubilados de edad inferior? en cuya vida se van produciendo una serie de variaciones personales y sociales, que les enfrentan a diversas crisis, siendo las principales las siguientes.

1.^a crisis. Variaciones del papel social y familiar

Para quienes desempeñan un trabajo profesional, la llegada de la jubilación supone una variación amplia e importante de su vida. La jubilación, también llamada «muerte social», supone una pérdida de influencia y, a veces, de poder, pérdida de la relación diaria o frecuente con compañeros de muchos años, desarraigo de un ambiente, cambios de horario y ritmo de vida y disminución de la actividad y, en no pocos casos, la jubilación supone también una disminución de recursos económicos. Todos estos cambios producen el llamado «síndrome de la jubilación» que origina, a veces, verdaderas enfermedades como neurosis o depresión.

2.^a crisis. Pérdida de familiares y amigos

Esta crisis es especialmente difícil de superar cuando es ocasionada por la pérdida de la única persona con la que se convive (cónyuge, hijo, hermano, padre) y la persona se queda sola, sobre todo si ha tenido que prestar gran atención a la persona que fallece, durante una penosa enfermedad.

3.^a crisis. Enfrentamiento con la enfermedad y la muerte

Con la edad disminuyen las defensas del organismo y aparece con mayor frecuencia la enfermedad. También se toma clara conciencia de que se ha entrado en la etapa final de la existencia.

4.^a crisis. Disminución o pérdida de algunas capacidades

La disminución de gran parte de las capacidades físicas de la persona no se inician en esta edad, sino mucho antes de entrar en ella, pero a esta edad suelen aumentarse y se van acumulando unas a otras.

Diversos estudios psicológicos demuestran que aunque se produzcan algunas variaciones de la personalidad a lo largo de esta etapa, siempre es más lo que se conserva que lo que cambia y que en las personas adaptadas y sanas, 1.ª personalidad tiende a permanecer estable toda la vida.

Muchas personas que se jubilan poseen una fé profunda y bien acrisolada por muchos años de fidelidad a través de muy diversas vicisitudes aunque, a veces no sea muy ilustrada.

El filósofo austriaco-inglés Wittgestein afirma que: «La grandeza de vivir es el privilegio de crecer»; es decir, que la persona mayor puede y debe tener una vida con grandeza porque puede y debe seguir creciendo siempre en saber, experiencia, en humanidad, en amor y entrega a Dios y al servicio de los hombres.

Las principales disminuciones son:

- **La vista.** La máxima agudeza visual se alcanza entre los 20 y los 25 años, edad a la que empieza a disminuir suavemente hasta los 40-45 años en los que sufre un cambio brusco con la aparición de la vista cansada
- **El oído.** La máxima agudeza auditiva se alcanza muy pronto, sobre los 15 años y a partir de los 20, comienza la atrofia de las células nerviosas del oído y se va perdiendo agudeza en la percepción de los sonidos.
- **El aspecto físico.** Los cambios se inician también en la mayoría de los casos antes de la entrada en la Tercera Edad, tales como: la caída del cabello y la calvicie, el encanecimiento y la pérdida de flexibilidad en la piel con la aparición de arrugas. También se producen cambios degenerativos en las articulaciones que hacen más lentos y menos flexibles los gestos y los desplazamientos.

Pero la persona humana no es sólo cuerpo e inteligencia; la personalidad humana. es muy compleja y en las personas mayores jubiladas depende en parte de la adaptación a la nueva situación y de la superación de las diversas crisis que ha de atravesar.

3. EL PLAN DE PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN

Objetivos:

- Informar de manera objetiva y contrastada acerca de lo que representa la Jubilación al nivel de diferentes áreas.
- Sensibilizar y reflexionar sobre esta situación de cambio.
- Facilitar la transición hacia el «dejar de trabajar».

Ventajas:

Partimos de la experiencia que ya tenemos y que nos permite afirmar que:

- Posibilitamos una mejor adaptación al cambio.
- Disminuimos la ansiedad y estrés ante la Jubilación.
- Disminuye la morbilidad en el periodo siguiente.
- Creamos una dinámica positiva que facilita el paso desde la actividad laboral al ocio.

Descripción de programa:

«Cursos de Preparación a la Jubilación» dirigido a trabajadores en activo próximos a la fecha clave de su jubilación del trabajo que, acompañados de sus respectivos cónyuges, quieran prepararse para vivir esta importante etapa de la vida con salud (física, mental y social), bienestar personal y calidad de vida.

Cursos de 20 horas cada uno con temas tales como: La preparación a la jubilación, un derecho y una necesidad; El trabajador ante el hecho de su jubilación; Estereotipos sociales sobre la jubilación y el envejecimiento; La Tercera Edad, colectivo social marginado; El proceso de envejecimiento de los individuos; aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos del envejecimiento; salud integral y calidad de vida en la jubilación; cultura, ocio y tiempo libre en la jubilación; participación del jubilado en la dinámica social; la vejez, un tiempo para vivir. etc., etc.

Fines del programa:

- Sensibilizar a los trabajadores y cónyuges sobre el derecho y la necesidad de prepararse adecuada y eficazmente para vivir con dignidad, equilibrio, plenitud y calidad de vida la etapa de la jubilación.
- Preparar con antelación la nueva situación del Jubilado, ofreciéndole diversas alternativas en la organización de su propia vida y en el empleo de su ocio y tiempo libre de un modo creativo, activo y posibilitador.
- Reflexionar en común y tomar conciencia de los complejos y específicos problemas que afectan a los mayores a raíz de la fecha clave de su jubilación, así como de las enormes potencialidades que encierra esta nueva etapa de la vida en orden a la salud integral, el bienestar personal y la integración familiar y social.

Organización de los ciclos del programa

Esta acción consiste en reunir un determinado número de futuros jubilados, no mayor de 20 ni menor de 10, en un ambiente distendido alrededor de una mesa o mesas –nunca, en una sala de actos sentados en butacas bajo una tarima a nivel más alto donde se encuentre el conferenciante o

animador– con unas galletas y un refresco o un café, nada de alcohol. Sin ofrecer tabaco, pero tampoco prohibiéndolo. Se trata de que nadie se sienta cohibido. Que no se intuya una imposición. Todo el mundo debe sentirse bien, confortable, y cuando corresponda, comunicativo.

A estas reuniones se debe convocar a los futuros jubilados y se les debe ofrecer la posibilidad y la conveniencia de asistir acompañados por algún familiar, principalmente el cónyuge o los hijos, sin forzar ninguna situación. Aceptando incluso otra compañía si alguien lo desea. Debe pensarse y creerse que seguramente quienes vayan –quienes quieran venir –serán los futuros protagonistas de su propia problemática.. Y si es así, es natural que intenten enterarse de lo que se les diga.

Las conferencias –las llamamos charlas porque no tendrán ningún aspecto de tesis doctoral ni de lección magistral– consistirán en la exposición clara y natural, en términos lo más sencillos posibles porque irán dirigidas en general a un auditorio no demasiado cultivado, de una serie de temas que serán los que con toda seguridad les afectarán con mayor intensidad, tales como:

- La salud física y mental – Medicina preventiva.
- El entorno social en que se encontrará – Recursos Sociales.
- Las cuestiones económicas y burocráticas – Hacienda.
- La utilización del tiempo libre.
- La cultura.

Estas reuniones, para que sean efectivas deben realizarse en dos etapas.

- La primera, entre los 18 y los 12 meses antes de llegar a la fecha exacta de la jubilación.
- La segunda entre los 6 y los 3 meses antes.

Con esto se pretende que en la primera reunión el interesado empiece a pensar seriamente en la próxima jubilación y tenga tiempo para tomar algunas medidas, las más perentorias. La segunda debe seguir para aclarar muchos detalles y situaciones, encarrilándolas lo máximo posible.

CONCLUSIONES

Como final de esta breve exposición de la JUBILACIÓN y su necesaria e ineludible obligación social de proporcionarles una PREPARACIÓN a la misma concluimos

SOLICITAR a las administraciones (Locales, Autonómicas y Estatal, que faciliten a las ONG y Entidades especializadas en la ayuda de la información de los MAYORES, los medios necesarios de apoyo moral, Económico y de coordinación, para que conjuntamente puedan organizar, cuanto antes, una efectiva Campaña de Promoción y organización de esta preparación a la JUBILACIÓN.

Para que esta. Campaña y sus respectivos cursos, sean pronto viables, creemos conveniente, crear una plataforma con las entidades y ONG que hasta ahora vienen realizándolo a sus costas como CEATE, AFOPA-F. P. TARRRES, que presididas por CEOMA a cuyo VI Congreso de Valladolid presentamos ya, esta solicitud; que en este VII reiteramos, para conjuntamente con representación de los sindicatos (UGT, CCOO., la CEOE Empresarial) –pues se trata de cursos a trabajadores próximos a jubilarse–, e IMSERSO por el Ministerio Trabajo y As. Sociales, y con delegados de las Autonomías.

Finalmente, creemos URGENTE, que la Administración disponga ya, que las empresas a las que se concede, por solicitud de crisis, una PRE-JUBILACIÓN a algunos de sus trabajadores, les sea obligatorio darles previamente, un curso de «PREPARACIÓN a la JUBILACIÓN. (Junio-2005)

FUENTES DE INFORMACIÓN

ECOSOC de N.U. New York y sus boletines anuales

AIUTA-Paris-Congresos/Jubilación, con comunicaciones de Universidad P. Mayores

FIAPA-París Boletín s/Jubilación

CEATE-Estudios y documentos sobre Jubilación.

IMSERSO del Min. Trabajo y A Sociales documentos y estudios.

AFOPA propuestas planes y programas de Prep. Jubilación.

Dep. Ben. Social Generalitat de Catalunya, documento (libro) s/Prep. Jubilació Activa.

Dep. de Ac. Social del Ayuntamiento de Barcelona, documentos y programas Id.

Fundación «Pere Tarres», planes y programas «curso Prep. Jubilación».

La jubilación un enfoque positivo de Ricardo Moragas (libro).

EL MOVIMIENTO SENIOR

D. Josep Aracil i Xarri, Presidente Consell Senior de Premia de Mar

La humanidad no se plantea nunca problemas que no tengan solución, aunque la búsqueda de dicha solución suponga asumir y afrontar retos que nos obliguen a abrir nuevos caminos que conduzcan a importantes cambios culturales, los cuales, pero, no se dan cuando las cosas van mal sino cuando las personas creen que falta poco para que les vaya mejor; cuando se tiene la impresión que algo falla, cuando los ciudadanos están hartos de su situación.

Si hacemos un pequeño repaso a los movimientos que se han creado para solucionar problemas históricos, observamos que el movimiento obrero nace el año 1670 cuando las masas trabajadoras toman conciencia de clase lo cual sucede al producirse la Revolución Industrial que genera un nuevo orden social. La primera reacción de dichas masas trabajadoras fue contra las máquinas, para pasar después a ser contra la burguesía capitalista considerada como explotadora de su fuerza de trabajo.

Posteriormente el año 1857 nace el movimiento feminista con la fundación de la primera asociación feminista que tenía como principal objetivo conseguir el derecho al voto. Una vez conseguido dicho derecho, persigue hacer posible la plena vigencia de todos sus demás derechos, para lo cual será necesario un cambio de mentalidad que supere situaciones que se prolongan desde hace milenios como, entre otras, la llamada violencia de género, actualmente de plena actualidad.

En estos momentos la convulsión que ya empieza a generar el creciente envejecimiento de la población está creando un nuevo gran problema, aun no plenamente percibido, que seguramente cuestionará y trastocará el funcionamiento de nuestra sociedad al extremo que podrían producirse importantes cambios revolucionarios. Esta circunstancia supone el nacimiento de un nuevo movimiento, el senior o el de los mayores socialmente comprometidos

Superar cada uno de estos momentos históricos supone avanzar en el progreso del concepto de libertad, la cual simboliza nuestro proceso vital. Cada paso hacia delante nos convierte en personas más libres, aunque para conseguirlo el movimiento obrero haya de luchar contra una burguesía capitalista que supuestamente le explota. El movimiento feminista contra la agresión de una cultura machista que le humilla y finalmente el movimiento senior contra una sociedad consumista que le discrimina y le niega su reconocimiento.

Los dos principales objetivos del movimiento senior consisten en intentar dejar un mundo mejor a las futuras generaciones y hacer posible una vejez digna y respetada. Para conseguirlo cuenta con la sabiduría de los años, la capacidad intelectual y sobretodo con mucho tiempo libre. Todas estas materias contienen un alto porcentaje de energía vital, hoy día clara-

mente infrautilizada, que seguramente explotará debido a la presión demográfica y a la pretendida insostenibilidad del actual estado del bienestar.

Que el siglo XXI será el de los mayores, seguramente liderado por mujeres, es una cuestión que cada vez es más asumida por un número creciente de personas. Lo corrobora la constatación del proceso evolutivo de la especie «homo sapiens», inicialmente de procedencia animal para avanzar hacia seres humanos hasta alcanzar su meta final y convertirse en seres espirituales. Nos encontramos inmensos en una sociedad en la que las personas pasan cada vez más de las dimensiones políticas y morales para centrarse en la espirituales. Es evidente que el crecimiento personal y la autorrealización, son más posible conseguirlas cuando se puede vivir cobrando una pensión de jubilación sin necesidad de trabajar, lo cual está al alcance de la mayoría de miembros del movimiento senior.

Pero ¿cómo se crea un nuevo movimiento social? Podríamos establecer una comparación parecida a la del nacimiento de una epidemia, como una enfermedad colectiva que se inicia en unas pocas personas, que la propagan mediante ciertas minorías transmisoras que finalmente contagian masivamente al conjunto de la población. Inicialmente un nuevo movimiento social nace de la idea de una o varias personas que intentan difundirla y hacerla prosperar. Si la sociedad está preparada para asumir este nuevo movimiento, seguramente tirará adelante y en caso contrario fracasará.

Así por ejemplo uno de los últimos movimientos sociales, el femenino nació durante el siglo XIX y no antes. Lo mismo puede hoy pasar con el movimiento senior que podríamos considerar que nace el siglo XXI, caracterizado por un fuerte crecimiento de envejecimiento de la población. Históricamente ha llegado el momento en el que la sociedad se plantea afrontar la solución de un problema que anteriormente no tenía necesidad de asumir.

En los siglos pasados cualquier planteamiento que postulaba cambios sociales requería una gran cantidad de años. Hoy en día, en la sociedad de la información y del conocimiento, este tiempo puede ser considerablemente menor. Depende sobretodo de los medios de comunicación los cuales si consideran que el movimiento senior puede llegar a ser una epidemia que contagie a un importante número de miembros de la población, estimaran que es una noticia que vale la pena difundir acelerando con ello su asentamiento.

Hacer posible una idea, como la de luchar contra la discriminación de los mayores, mediante la creación del incipiente movimiento senior, requiere la postulación de una cultura senior, hoy en día, inexistente, pero sobretodo poder contar con personas emprendedoras sociales capaces de promover nuevas actividades sociales, culturales, de formación, de informática y de participación ciudadana en un contexto cada vez más globalizado.

Estas personas emprendedoras sociales, demasiado escasas, se pueden comparar a corredores de fondo caracterizados por su resistencia, seguridad, lucha, constancia y capacidad, llegando, si llega el caso, a correr en

solitario. Hoy en día, pero, cualquier proyecto innovador, como puede ser la creación de la red europea EuroSenior.net, que persigue que el siglo XXI sea el de los mayores, requiere sobre todo la intervención de un equipo de personas emprendedoras creativo y apasionado, competente y multidisciplinario, con complicidad, implicación y dedicación absoluta en sus tareas de desarrollo.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE COMO MEDIO INTEGRADOR DEL MAYOR EN LA SOCIEDAD

D. Rafael Espinós Espino, Profesor Universidad San Pablo-CEU; **D.^a Alicia Luna**, Fisioterapeuta; **D.^a Angélica Molina Gómez**, Fisioterapeuta

El objetivo de nuestro trabajo es integrar al mayor en la sociedad a través de la actividad física y deporte, trabajo que llevamos a cabo en el Centro de Mayores de Usera.

Empezaremos con conceptos básicos para la mejor comprensión de este trabajo diferenciando entre actividad física, deporte y gimnasia para tener claro qué objetivo conseguir con cada uno de ellos.

La actividad física son los movimientos corporales que realiza el ser humano durante su jornada laboral o en los momentos de ocio y que por aumentar el consumo de energía, queman calorías.

El deporte es la actividad física sujeta a determinados reglamentos, en su doble vertiente de ejercicio y competición.

La gimnasia es la frontera entre actividad física y deporte. Son movimientos sistemáticos con el objetivo de mejorar la relación de las personas con su cuerpo, su propio movimiento, el medio ambiente y sus semejantes. Lleva implícita la intencionalidad, promoción de la salud y sociabilidad.

La OMS define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedad.

Fundamental para este estudio es saber qué es el envejecimiento, factores que lo aceleran, teniéndolos en cuenta a la hora del tratamiento y las consecuencias que tiene en nuestro organismo.

Envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable con cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social.

La alimentación excesiva, el estrés, la hipertensión, el tabaquismo, el alcoholismo, la soledad y el sedentarismo son factores que aceleran el envejecimiento.

Vamos a diferenciar los estados patológicos a varios niveles del organismo presentes en el mayor.

A nivel respiratorio destacamos la dificultad para respirar porque el aumento de la rigidez provoca una disminución de la movilidad del tórax y es necesario un mayor trabajo para poder respirar. Además disminuye la elasticidad de los pulmones por lo que los músculos respiratorios se debilitan. Todo ello conlleva una ventilación pulmonar menos activa en cuanto al intercambio gaseoso y, como hemos dicho, dificultad para respirar.

A nivel motriz se produce una disminución de la fuerza, un aumento de la fatiga e inestabilidad en las articulaciones, porque disminuye la masa muscular con la consiguiente pérdida de fuerza y velocidad de contracción del músculo que favorece la aparición de la fatiga y el tejido blando pierde ciertas propiedades afectando a los movimientos.

Uno de los problemas más importantes del mayor es el aumento de la posibilidad de sufrir fracturas, tanto por la pérdida de masa ósea, como por la disminución de estabilidad y movilidad de las articulaciones.

A nivel cardio-vascular, destacamos la hipertrofia del miocardio porque la frecuencia cardíaca disminuye y se produce una hipertrofia del miocardio con una pérdida gradual de la contracción del músculo cardíaco.

Disminuye la actividad corporal y el mayor necesita menos nutrientes pero no es fácil cambiar los hábitos alimentarios por lo que aumenta de peso. También aparecen problemas de masticación y deglución.

Son muchos los factores que influyen en la alimentación del mayor: la soledad, las enfermedades y su medicación, las limitaciones funcionales de motricidad, las sensoriales y sus condiciones socio-económicas.

Las consecuencias de una mala alimentación en las personas mayores pueden traducirse en alteraciones a nivel metabólico o cambios en las defensas biológicas.

Los factores que más inciden en el inadecuado uso de medicamentos son la mala interpretación del método terapéutico y el tipo de empaquetamiento de los fármacos, unidos a factores económicos y sociales, como la inestabilidad familiar o prejuicios de las personas encargadas de su atención.

La personalidad, modo de vida, aprendizaje, inteligencia y función cerebral de cada mayor condicionan su conducta ante cada tratamiento, por lo que es indispensable realizar una evaluación de cada uno de ellos antes de la simple prescripción de un fármaco, teniendo en cuenta los problemas que pudieran surgir con su uso: polifarmacia, automedicación y sobredosis con los consiguientes efectos deletéreos para su salud.

Los siguientes factores a valorar son el potencial de recuperación y el esquema corporal.

El primero teniendo en cuenta la comorbilidad, es decir, la compensación de las diferentes patologías presentes en el mayor, estado intermedio entre los extremos de sano-enfermo; añadiéndole a esto diferentes factores sociales, familiares y biológicos, sin olvidar la importancia de la funcionalidad e independencia.

En el segundo, valorándolo como la imagen que cada uno tiene de sí mismo y cómo ésta se ve afectada por las distintas patologías.

Schilder define el esquema corporal como la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Es una estructura que funciona inconscientemente y sufre todo tipo de variaciones por lesiones o enfermedades que distorsionan la imagen corporal. Es una estructura móvil que se configura en la interrelación con el mundo. Por lo que la imagen corporal que el sujeto tenga de sí mismo varía según las circunstancias.

Con la disminución de la movilidad la percepción del esquema corporal cambia dejando de reconocer las estructuras menos móviles. El problema se agrava si a eso añadimos diferentes patologías como pueden ser las neurológicas.

El siguiente paso va a ser explicar el entrenamiento, sus principios y las técnicas que utilizamos.

Vamos a utilizar el entrenamiento para mejorar las características fisiológicas y mantenerlas y lo conseguiremos basándonos en la Ley de Seyle.

El entrenamiento es la acomodación orgánica y funcional de una persona que por medio de los ejercicios consigue un mejor rendimiento fisiológico. Debe considerarse un proceso pedagógico organizado que desarrolla la adaptación óptima y su mantenimiento a través del tiempo, en todos los niveles de actividad y a todas las edades.

La ley de Seyle nos habla de los cambios que se producen en el músculo, la fatiga debida al estímulo y cómo actuar para obtener el mejor rendimiento, haciendo uso de un descanso adecuado.

Cuando un músculo realiza un trabajo (estímulo) sufre un desgaste (fatiga) que le hace bajar el rendimiento. Después del descanso se ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa que restituyen las fuentes de energía hasta mejorar el nivel inicial: sobre-compensación. O lo que es lo mismo: un trabajo físico (estímulo) provoca sobre nuestro cuerpo un desequilibrio (estrés) y el organismo responde con una adaptación a la nueva situación haciendo que se re-equilibre.

Por la ley de Seyle sabemos que si repetimos un estímulo de forma constante sin que el músculo descanse lo suficiente el rendimiento disminuirá.

Si lo repetimos después de un descanso largo no aprovechamos los efectos de sobre-compensación y no habrá mejora.

Pero si repetimos el estímulo, después de un descanso adecuado y dejamos que el músculo obtenga una sobre-compensación pero sin volver a la situación de equilibrio inicial, el entrenamiento será efectivo.

Nuestros principios de entrenamiento se van a basar en la especialidad, teniendo en cuenta nuestro objetivo, y en la progresión, avanzado poco a poco en función de lo que vamos consiguiendo.

La técnica de entrenamiento que hemos empleado es el Circuit Training (diferentes ejercicios en grupos que va rotando para que todos realicen los mismos ejercicios) junto a técnicas fisioterápicas como las respiratorias y de relajación.

Por último valoramos la respuesta del mayor a la actividad física en cada sistema explicado anteriormente.

A nivel respiratorio: mejora de la función pulmonar porque mejora la economía respiratoria.

A nivel músculo-esquelético: aumento de la movilidad que los mantendrá más activos. Algunos estudios han demostrado que la actividad física influye en la mejora de la masa ósea.

A nivel cardiovascular: disminuye la tensión arterial y mejora la frecuencia cardíaca y la utilización del oxígeno en beneficio de todos los sistemas.

A nivel del sistema nervioso: retarda su deterioro.

Además, la liberación de endorfinas durante el ejercicio provoca una sensación de bienestar que lleva al mayor a seguir realizando su actividad física.

El objetivo final es la incorporación del mayor a otras actividades gracias a su mejoría fisiológica y adaptación al ejercicio.

Para finalizar destacamos el número de mayores que acuden a nuestro centro y lo más importante los que permanecen hasta el final: 150 participantes, de los cuales 143 permanecen hasta el final. El 90% son mujeres. La disminución de porcentajes ocurre principalmente en verano.

JÓVENES Y VIEJOS

Excmo. Sr. D. Sabino Fernández Campo, *Consejero Privado de S.M. el Rey*

Como se dice que los viejos, con el paso de los años, vamos perdiendo afortunadamente la memoria y hay muchas posibilidades de que esto sea verdad, no es preciso que me esfuerce en recordar el nombre de quien sostenía: *«La juventud es tan importante que no puede dejarse en manos de los jóvenes»*.

Pero estoy yo seguro de que ya veía lejana esa juventud, de la misma manera que aún no estaba próximo a la vejez Enrique Larreta cuando afirmaba que *«si los jóvenes escucharan siempre a los viejos, acabarían por echarse a morir»*.

Tal vez en este caso de opiniones dispares, como en tantos otros de la vida, no estaría de más buscar un prudente término medio.

En principio las cosas parecen estar bien organizadas. Los hombres –y las mujeres, claro está– cuando nacen y se desarrollan en su niñez y primera juventud, necesitan la ayuda de los mayores. Ayuda en lo físico y material, en lo espiritual y en la educación en general, aportándoles los conocimientos, medios y experiencia que son imprescindibles a quienes comienzan sus primeras andaduras. De la misma manera, los viejos esperan recibir en su ancianidad los impulsos de los jóvenes, el contagio de su optimismo, la transmisión de las nuevas costumbres, de los hábitos y las modas que han surgido y el apoyo material que los mayores precisan.

Tiene que producirse un intercambio justo y natural que suponga una compensación recíproca en el tiempo en que unos y otros coinciden dentro de esta aventura de la vida, que no deja de ser una enfermedad terminal, ineludiblemente acabada en la muerte.

Si esta correspondencia se llevase a cabo con justicia, acierto y oportunidad, la combinación sería la adecuada, aunque resulta difícil marcar la frontera entre unos y otros, porque es muy corto el tiempo que media entre el momento en que somos demasiado jóvenes y el que marca el exceso que supone la acumulación de muchos años.

Claro está que este inconveniente se deriva de la imposible aplicación de los deseos que expresaba Wenceslao Fernández Flórez cuando opinaba con humor que todo debería estar organizado de tal manera que los humanos nacieran ya mayores, formados, con conocimientos de muchas cosas, y fueran lentamente *«desnaciendo»*, hasta extinguirse como niños ingenuos que no se dieran cuenta ni se sintieran atormentados por los misterios y el dolor de la muerte.

Pero la situación ideal de la estrecha colaboración entre las distintas generaciones y el enriquecimiento mutuo de los que pertenecen a unas y otras, no es fácil que se convierta siempre en una realidad con carácter generalizado. Es posible que los humanos estemos mal terminados. Dios nos hizo a su imagen y semejanza, pero semejanza no es identidad, sino,

simplemente parecido. Y no es fácil conseguir la perfección que, por otra parte, sería aburrida con exceso y no serviría para marcar la diferencia entre las conductas, el elogio de unas y la censura de otras.

Aunque puede haber numerosas excepciones, por simple ley natural los ancianos –o mayores– estamos más próximos a conocer el supremo misterio y esto supone que se nos mire con respeto y se nos reconozca una cierta superioridad. En este sentido la ventaja de los viejos es que si miramos hacia atrás, y aún con la debilidad de nuestra memoria, podemos darnos cuenta con sinceridad –ante nosotros mismos, de las tonterías que pensamos, dijimos y realizamos cuando éramos jóvenes y creíamos que ya lo sabíamos todo, que estábamos de vuelta de muchas cosas y que nadie podía enseñarnos nada.

Lo cierto es que en general a los jóvenes no les gusta con exceso tener a su lado, detrás o por encima a personas mayores que pretendan asesorarles, les orienten o les formulen advertencias, pues de ordinario las consideran anticuadas e inactuales.

Se trata, pues, de superar diferencias y encontrar puntos permanentes de coincidencia. Debemos aspirar a la utopía de que jóvenes y viejos formemos un bloque indisoluble, sin fisuras, sin afanes de superioridad o de desprecio, para conseguir unidos, con la experiencia y la prudencia de unos y los impulsos vigorosos de otros, hacer más fácil la vida, que presenta cada vez mayores dificultades y peligros, para que entre todos consigamos un mundo mejor.

Alguna vez he recordado, y sin duda volveré a recordar, cómo el multimillonario Paul Getty recoge en sus memorias, en español tituladas «A mi manera», una interesante definición de James Branch Cabel que a él le parecía un hallazgo importante y que dice: *«El optimista proclama que vivimos en el mejor de los mundos; el pesimista teme que así sea».*

Me gustaría ante todo, desde una perspectiva optimista, reflexionar sobre si, en –efecto, vivimos en el mejor de los mundos, concretándonos sobre todo a España, si bien no dejo de reconocer que cada vez estamos más inmersos en el conjunto de la sociedad mundial y, por lo tanto, no resulta fácil proyectar nuestro análisis tan sólo sobre nuestro país, prescindiendo de la moderna globalización.

En un sistema de libertades democráticas contemplamos con menor asombro cada vez los acontecimientos de la vida nacional y los que tienen lugar en el ámbito internacional. Parece que nos vamos acostumbrando a lo que debería resultar imposible acostumbrarse. Como dice el proverbio árabe: *«Todo llega, todo pasa, todo se arregla...».*

Pero ¿es esto lo que permite al optimista decir que vivimos en el mejor de los mundos?

Sinceramente pienso que no. Por eso tampoco debemos caer en el pesimismo del que cree que eso es cierto, que nuestra situación es óptima y que ya es inútil tratar de conseguir otra más perfecta en esta vida. De ahí puede venir la desilusión de la juventud, el abandono de aspiraciones más elevadas y de ideales por los que vale la pena luchar. Tenemos, por el

contrario» que centrar nuestro optimismo en la posibilidad de mejora, perfeccionadora y pacífica revolución, aunque nos parezca utópica. Porque hay que pensar en la utopía o, mejor aún, no es una utopía total, perfecta y lejana, sino en utopías parciales, sucesivas y más inmediatas. Al fin y al cabo, «la vida es un continuo realizar utopías».

No perdamos la esperanza. Ni los jóvenes que pueden, ni los viejos que saben. Los fundamentos morales comunes a nuestra conducta, lejos de quedar socavados por las guerras y por la degradación de la personalidad humana que estamos presenciando en nuestra época, tienen que aflorar como algo más amplio y profundamente asentado de lo que parece. Nuestros valores deben tender a ser hoy, cada vez más, las viejas normas universales que separan a los hombres civilizados de los bárbaros.

Cuando hacemos frente a la agresión o a la destrucción de la libertad, bajo regímenes despóticos o apoyados en el error, es a esos valores a los que apelamos. Cuando descubrimos los defectos de muchos sistemas, estamos asistiendo a la apremiante necesidad de perfeccionarlos para que se acomoden lo más posible a unas verdades intemporales que Hegel y Marx no admitían, pero que tienen una realidad fundamental, aunque estén sometidos a las evoluciones históricas.

Es evidente que las cosas no pueden estar quietas. Pero han de moverse hacia un modelo de perfección, aunque no lo alcancen.

Todos tenemos que hacer algo. No caigamos en el supuesto optimismo de quien piensa que vivimos en el mejor de los mundos. Pero tampoco nos solidaricemos con el pesimista que teme que eso sea verdad. Nó. Es preciso mejorar nuestro mundo, con entrega y con esperanza.

Y hagámoslo juntos, jóvenes y maduros.

Son muchas las facetas que podrían abordarse para considerar con detalle y puntualmente las atenciones que deben prestarse a las personas de edad. Pero con estas líneas no he pretendido más que plantear en general esa necesidad y la de que se produzca una colaboración efectiva entre jóvenes y viejos, de forma que ni aquéllos piensen que el mundo empieza con ellos, ni éstos que se acaba el mundo cuando les llegue el momento de dejarlo.

COMUNICACIÓN LIBRE

Confederación de Casas Regionales y Provinciales de España

Como una de las Organizaciones convocantes de este Congreso, es para esta Confederación un honor tener la oportunidad de presentar esta Comunicación con el fin de tratar de poner de manifiesto ante ustedes los puntos comunes entre el lema elegido: «Discriminación por edad» y el contenido y actividad de nuestras Casas y Centros en lo referente a las personas mayores.

No fue la casualidad ni la simple añoranza lo que hizo que se crearan hace más de ciento treinta años las primeras Casas Regionales de España en América, sino la dura realidad de la emigración.

Mujeres y hombres, familias enteras, habitantes de tierras pobres o empobrecidas por diversas circunstancias, una de ellas el caciquismo y la inmovilidad, se vieron forzadas a buscar trabajo muy lejos de donde nacieron, de la tierra que querían, y se embarcaban en las bodegas de vapores lentos, inseguros e insanos, con sus mínimos enseres hechos un fardo y en muchos casos con el petate sobre sus hombros.

En una impresionante viñeta de Castelao de 1924 se ve a un joven pero envejecido matrimonio; ella le mira a él, él mira hacia ninguna parte preocupado, tenso, duro. Ella le dice:

...Pero, ¿e se non volves?

América les acogió porque su trabajo pagado a precio bajo engrandecía sus países. Muchos no tuvieron suerte, en vez de encontrar trabajo y futuro encontraron enfermedad y muerte. Otros la tuvieron en parte y algo pudieron ayudar a los que se quedaron, algunos, pocos, tuvieron la suerte de triunfar, fueron los «indianos» los de los «haigas». Ustedes recordarán aquella romanza de «Los gavilanes»: Que importa que el hombre joven vuelva viejo si alegre el corazón late en su pecho... Estos fueron los que construyeron sus mansiones y casonas que todavía adornan e ilustran algunos paisajes del Norte.

Pero en medio de aquel sufrimiento –solo superado por la esperanza– de la calamidad, de la escasez y trabajo agotador surgió el sentimiento de la solidaridad, de la ayuda mutua, del amor a la tierra de procedencia, y así nacieron las primeras Casas Regionales de España en América. Algunas en vetustos edificios que todavía se conservan y que constituyen una lección que no debe olvidarse, y en ellos los primeros emigrantes –que nunca perdieron la dignidad– crecieron, y luego crecieron sus hijos y se fueron sucediendo las generaciones, ya con la seguridad de alguna asistencia social y médico-sanitaria.

Más tarde se produjo la emigración a Europa y la peninsular: extremeños en Asturias, leoneses y castellanos en Barcelona, manchegos en Bilbao,

por ejemplo, aunque con tintas menos gruesas, pero el mismo proceso, es decir, la ayuda, la comunicación, el amor a la tierra madre, la voluntad de integración, etc. Y así surgieron las primeras Casas y Centros Regionales y Provinciales en España, cuyo tejido social cada día se hace más tupido, se crean las Federaciones por Autonomías y finalmente la Confederación que yo represento.

Nuestras Casas constituyen un verdadero cohabitar de segmentos demográficos distintos, desde la infancia a la vejez. Lo importante es que no aparezca en ellas la negra sombra de la discriminación. Cada Casa y cada Federación puede contar con Secciones específicas para distintas actividades. En la Confederación, además de la Sección de Juventud (juventud que al cabo de unos años formará parte de las respectivas Juntas Directivas) cuenta como elemento aglutinador, con la Sección de Relaciones Intergeneracionales. En cada Casa actividades como las del coro, teatro, algunos deportes típicos, danzas y bailes, turismo y viajes, etc. son apropiadas para que se integre en ellas personas de todas las edades. Es preciso saber encontrar una vertebración.

Por otra parte, en nuestras Casas las personas mayores, mujeres y hombres, han de llevar la voz cantante en todo lo que suponga memoria histórica: reconstrucción de instituciones, romerías, fiestas religiosas o no, indumentarias, gastronomía, juegos y costumbres en general y sus aportaciones pueden dejarse oír en charlas, mesas redondas y coloquios.

La Casa Regional actual no es solo la gaita, el tamboril, el txistu, la dulzaina o el traje, o la comida típica, la romería, etc. Si bien todo ello es hermoso que se conserve y que se enaltezca porque constituye de alguna manera la raíz del pueblo. Las Casas, digo, se han convertido en verdaderas cajas de resonancia de la tierra que representan, han dejado de ser como se ha dicho, consulados sentimentales con derecho de extraterritorialidad, para convertirse en auténticas plataformas logísticas para el desarrollo donde día a día se habla de economía, de políticas varias, de arte, literatura, música y demás; y al mismo tiempo se organizan fiestas, bailes, excursiones, comidas, celebraciones, homenajes, juegos, etc.

Hace unos días, en audiencia, hemos tenido ocasión de informar al Sr. Ministro de Administraciones Públicas sobre nuestras actividades y nuestros proyectos. Le dijimos, entre otras cosas, que nuestras Casas y Centros con verdaderas escuelas de ciudadanía e instrumentos de integración social y regional.

No es verdad, como algunos puedan pensar, que el pertenecer como socio a una determinada Casa Regional cree en el interesado una especie de endogamia que termine en aislamiento e incomunicación. Las Federaciones y esta Confederación conocemos perfectamente el efecto contrario a través de Concursos y Certámenes de coros, de bailes y danzas, de la anual Muestra de Teatro en Almagro, etc.

Durante varios años esta Confederación en colaboración con la Dirección General de Ordenación de las Migraciones ha organizado unos Seminarios sobre el retorno del emigrante (mandato constitucional, Art. 42) y de

forma especial hemos tenido que estudiar el caso de las personas más mayores, pertenecientes a las primeras generaciones emigradas. Actualmente tenemos el proyecto de organizar en este sentido un acto en Gijón, frente a la mar, al pie de la estatua, tremenda estatua, dedicada a la madre del emigrante. Ella despide al hijo con su pañuelo en alto y al viento; nosotros desplegaremos los nuestros no para despedir, sino para recibir a esos emigrantes de más edad, seguramente con algún problema... Pero el emigrante retornado puede que no se encuentre el nuevo acomodo en la provincia de la que partió. Por ejemplo, un gallego desplazado a Barcelona, y allí su Casa Regional deberá abrirle sus puertas. Esta es nuestra filosofía y práctica.

Aunque sé que la realidad puede ser otra (por eso se ha organizado este Congreso) no quiero pensar en este momento que hoy, aquí, entre nosotros y nosotras pueda haber alguien que en su vida diaria se sienta realmente discriminado por razón de edad. Si así fuera, sea de donde sea y viva donde viva, yo me permitiría recomendarle, de todo corazón, que visite una cualquiera de nuestras Casas; no hará falta que diga nada, que dé ninguna explicación, sencillamente: siéntese, observe; alguien se acercará a usted y le saludará, cambiarán algunas impresiones. Tenga la seguridad de que al día siguiente tendrá una Casa con las puertas abiertas y las luces encendidas, que diría Luis Rosales. Una posibilidad de realizar alguna actividad y, como en la película Casablanca, el comienzo de una hermosa amistad.

LAS PERSONAS MAYORES EN LA UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

D.^a Capilla Navarro Guzmán, D.^a Raquel Jiménez Rodríguez, D.^a Esperanza Bosch Fiol, D.^a M.^a Antonia Manassero Mas y D.^a Victoria A. Ferrer Pérez. Universitat de les Illes Balears. Observatorio para la Igualdad.

INTRODUCCIÓN

La Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la UIB se inicia en el curso 1998-99, como una serie de conferencias con vocación de ser una respuesta a las nuevas necesidades socioculturales de las personas mayores y ha ido desarrollándose hasta la actualidad.

Los objetivos de los programas universitarios para mayores deben tener en cuenta las características propias de las personas a quienes van dirigidos, así como la realidad social, económica y cultural en la que están inmersos. Sin olvidar que se trata de programas universitarios y que por ello debe potenciarse un conocimiento profundo y sistemático, tanto de las realidades más próximas relacionadas con los aspectos sociales, históricos y culturales, como de los avances en los diferentes campos científicos y sus repercusiones en la vida cotidiana. Siguiendo estos criterios, los objetivos generales del programa de la UOM de la UIB son:

- A) Abrir la Universidad con una oferta específica para personas mayores en las islas de Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera e integrarlos en la actividad universitaria como alumnos de la UIB ofreciéndoles una formación actualizada y de calidad.
- B) Fomentar la participación de las personas mayores en la sociedad actual.
- C) Difundir los diferentes campos del conocimiento y de la cultura y posibilitar el intercambio de experiencias y conocimientos entre las personas mayores.
- D) Fomentar el conocimiento y las relaciones intergeneracionales y potenciar una
- E) imagen positiva de las personas mayores.

Además de estos objetivos generales para todo el programa, existen otros objetivos ligados a aspectos propios y específicos de la realidad de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Uno de estos aspectos evidentes es la insularidad, por ello, es necesario (Alzina, 2004):

- A) Fomentar la integración de la Universidad de las Islas Baleares en las islas de Menorca, Ibiza y Formentera y promover el conocimiento de sus realidades concretas.
- B) Hacer posible el intercambio de conocimientos y de experiencias entre las personas mayores de las diferentes islas, potenciando el intercambio entre islas.

En cuanto a organización, la UOM es un programa adscrito al Vice-rectorado de Proyección Cultural y patrocinado por las siguientes entidades públicas y privadas: Govern de les Illes Balears (Conselleria d'Educació i Cultura, Direcció General d'Universitat, Conselleria de Presidencia), Consell de Mallorca, Consell Insular de Menorca, Consell d'Eivissa i Formentera, Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca, Banca March, Ajuntament de Ciutadella y diferentes ayuntamientos de Mallorca.

El programa consta de diferentes modalidades que tienen lugar en las diferentes islas de la Comunidad Autónoma. En Mallorca se desarrolla la UOM Palma Campus y la UOM Pobles. La primera corresponde, en estos momentos, a los dos títulos propios de formación básica que se imparten en el Campus de la UIB de Palma (Diploma Sénior que consta de tres cursos y 480 horas y el Diploma Sénior Superior que consta de dos cursos y 320 horas) y la segunda consiste en un programa de conferencias en diferentes pueblos de la isla. En la isla de Menorca se imparten dos actividades, el Diploma UOM Menorca con una duración de 100 horas lectivas y un título propio de 40 horas. La actividad del programa de la UOM en Ibiza y Formentera es un título propio de formación básica.

Algunas características del alumnado del programa UOM

Con el objetivo básico de conocer las características del alumnado que participa en el programa UOM se ha iniciado en el curso 2004-05 un estudio, del que este trabajo constituye una primera aproximación. Concretamente, y dada su mayor accesibilidad, se ha iniciado la recogida de datos de alumnado por el programa UOM Palma Campus.

Para obtener estos datos, durante el mes de mayo de 2005 y dentro del horario de clase habitual se administró al alumnado de este programa un cuestionario de elaboración propia en el que, entre otras cosas, se solicitaba datos sociodemográficos (como género, estado civil, situación laboral o nivel económico) o relativos a los estudios realizados (nivel de estudios alcanzado, satisfacción...).

Aunque actualmente se está finalizando la explotación de los datos obtenidos, en este trabajo y a título de ejemplo se comentan algunos de ellos para ofrecer una primera aproximación a las características de este alumnado.

Así, en primer lugar, cabe decir que se entrevistó a un total de 180 personas. De ellas, el 38,9% (70) eran hombres, 58,9% (106) mujeres y el 2,2% restante (4) no lo indicaban. En primero y segundo cursos la proporción de hombres y mujeres era muy similar a ésta (38,9% y 40% eran hombres y 59,7% y 57,1% eran mujeres, respectivamente). En cambio, en tercer y cuarto cursos la proporción de mujeres era sustancialmente mayor a la de varones (44,6% y 26,9% eran hombres y 55,3% y 65,4% eran mujeres respectivamente).

Del total de personas entrevistadas, el 40% (72) eran alumnos/as de primero, el 19,4% (35) de segundo, el 26,1% (47) de tercero y el 14,4% (26) de cuarto.

La edad media se hallaba en torno a los 60 años (rango 50-80). Concretamente, el alumnado de primero tenía una edad media de 61,3 años (d.t. 5,8), el de segundo de 63,5 años (d.t. 5,5), el de tercero de 66,2 años (d.t. 7,0) y el de cuarto de 65,2 años (d.t. 6,0).

Entre la edad y el curso se establecía una relación positiva ($r = .2944$), de modo que a más edad, más alto es el curso estudiado.

En cuanto al nivel de estudios previo, el 16,7% (30) del alumnado entrevistado tenía estudios primarios (7,1% de los varones y 22,6% de las mujeres), el 39,4% (71) estudios secundarios (37,1% de los varones y 41,5% de las mujeres), el 17,2% (31) estudios de tipo profesional (el 22,9% de los varones y el 12,3% de las mujeres) y el 25,6% (46) estudios universitarios (el 31,4% de los varones y el 22,6% de las mujeres).

Una amplia mayoría (71,1%) se declaraba satisfecho/a o muy satisfecho/a con esos estudios (el 70,0% de los varones y el 71,7% de las mujeres), y 24,4% (44) insatisfecho/a o muy insatisfecho/a (el 25,7% de los varones y el 23,6% de las mujeres).

Entre el nivel de estudios previo y el nivel de satisfacción se establecía una relación positiva ($r = .1889$), de modo que a mayor nivel de estudios, más alto es el nivel de satisfacción alcanzado.

Propuestas de futuro

Como ya se ha comentado, estamos en los inicios del proceso de explotación y análisis de los datos obtenidos sobre este alumnado.

Estos datos indican, en primer lugar el predominio del alumnado femenino, tanto en general como en los diferentes cursos y una edad media que, aunque muy similar entre los diferentes cursos, incluye un rango de edad muy amplio (oscilando entre los 50 y los 80 años).

En general, el nivel de estudios previo de este alumnado era elevado (comparado con el nivel habitual en ese grupo de edad), así como su satisfacción con el mismo. Cabe señalar que en el caso de las mujeres, aunque su nivel de estudios previo era inferior al de los varones, no lo era su nivel de satisfacción.

Evidentemente, son muchos los aspectos que faltan por explorar y no sólo en cuanto a otros datos que nos proporciona la encuesta administrada, sino también en cuanto a posibles comparaciones en función de género o nivel de estudios previos, por citar sólo algunas posibilidades.

Este análisis en profundidad contribuirá no sólo a un mayor conocimiento del alumnado que cursa actualmente este tipo de programas sino, y lo que es más importante para el trabajo futuro, a un mayor conocimiento de qué es importante ofrecer para ajustarse a los deseos y expectativas de este alumnado.

Pero más allá del propio programa, el análisis de estos datos y su posterior interpretación forma parte de un primer nivel de colaboración entre el programa UOM de la UIB y el Observatorio de Igualdad de Oportunidades (OIOP) de nuestra universidad.

Entre cuyos objetivos centrales del OIOP está el recopilar información periódica y sistemática sobre la situación de los diferentes colectivos que conforman nuestra universidad (alumnado, profesorado y PAS) en cuanto a igualdad de oportunidades en materia de género, discapacidad y riesgo de exclusión social y, en su caso, proponer acciones tendentes a mejorar la situación en cada uno de estos tres ámbitos con objeto de alcanzar la plena igualdad de oportunidades para estos colectivos en su acceso a la universidad, en su paso por la comunidad universitaria y, en su caso, en su posterior inserción social y laboral.

Evidentemente, el colectivo de alumnado de la UOM, en tanto que alumnado de nuestra universidad con plenos derechos y obligaciones, conforma también uno de los colectivos diana del OIOP y ésta es una actuación que pretende dar cumplimiento a este objetivo.

REFERENCIAS

- Alzina, P. (2004). *Proposta de curs de formació inicial Universitat Oberta per a Majors Illa de Menorca*. Manuscrito no publicado.
- Observatori per a la Igualtat d'Oportunitats de la UIB (2005). *Primer informe de situació*. Disponible en: <http://www.uib.e/observatori>
- UOM. (2004). *Memoria del programa de la Universitat Oberta per a Majors*. Manuscrito no publicado.

OTRAS COMUNICACIONES

UNA DISCRIMINACION ECONOMICA DEL MAYOR

D. Agustín Miguélez Posada, Catedrático

Conviene aclarar la diferencia entre pensión máxima y la máxima pensión que se puede cobrar al existir la limitación o tope de pensiones. Existe un valor máximo de las pensiones, de acuerdo con la cotización efectuada bien a la S.S. bien a Clases Pasivas del Estado. Este viene determinado por la Tesorería de la S.S., según el nivel por el que se ha cotizado, o por la Ley de Presupuestos que determina la cuantía del haber regulador para cada uno de los Grupos de funcionarios. Para determinar la pensión se aplica, en el primer caso, lo cotizado en los quince últimos años y, en el segundo, multiplicando el haber regulador de cada Grupo por un coeficiente en función de los años de servicios efectivos. La limitación o tope de pensiones impide cobrar aquello a que tienen derecho los funcionarios con más de 32 años de servicio y los afiliados a la S.S. que superen dicho tope.

El pasado día 24 de mayo se celebró en el anfiteatro del Colegio de Médicos de Madrid una rueda de prensa promovida por 12 asociaciones de jubilados, de muy variados matices, en las que sus miembros están gravemente perjudicados por la limitación o tope de pensiones que viene afectándoles en el momento de su jubilación. Hemos querido manifestar públicamente la injusticia y arbitrariedad con que se está tratando a unos jubilados que teniendo derecho al cien por cien de la pensión fijada por el haber regulador, de acuerdo con lo que han cotizado obligatoriamente para ello, bien a la Seguridad Social bien a Clases Pasivas, a los que reconociéndoles ese derecho en el documento que se les otorga al cumplir la edad reglamentaria para su jubilación, se les comunica en dicho documento, que sólo van a cobrar la cuantía máxima fijada para ese año de acuerdo con la vigente limitación de pensiones, a lo que vulgarmente denominamos tope.

El Real Decreto-Ley 3/1983, de 20 de abril, sobre incremento provisional de los haberes activos y pasivos de los funcionarios públicos, en su artículo 8.º establece el mantenimiento de las percepciones alcanzadas en 1982, que, por el conjunto de todas las pensiones percibidas por el interesado, cualquiera que fuera el sistema que regule su percepción excedan de 187.500 pesetas anuales. En su artículo 9.º sobre concurrencia de pensiones, dice: «En el caso de perceptores de mas de una pensión del estado, entes territoriales y sistemas de la Seguridad Social o de Organismos, Empresas o Sociedades de los mismos, una vez verificada la actualización de las pensiones para 1983, la suma total de las que tenga derecho a cobrar cada perceptor tendrá por límete la cuatía fijada en el número 8 f) del artículo anterior, es decir las 187.500 pesetas/mensuales, sin que en ningún caso el importe a percibir pueda ser inferior al de 1982».

La Ley 44/1983, de presupuestos Generales del Estado para 1984, en su artículo 44-1-a) dispone: el importe de la pensión sola (sutileza legal arbitraria) o en concurrencia con otras no podrá exceder de 187.500 pese-

tas/mensuales abonables en 14 mensualidades. Tope que no se justifica con la exposición de los motivos de la Ley en la que, por el contrario, se afirma: «El presupuesto para 1984 pontencia, dentro de las posibilidades existentes la cobertura de los Servicios Sociales, desempleo, pensiones y haberes pasivos, cuyas dotaciones experimenta mayores aumentos». Durante los años comprendidos entre 1984 y 1989 se mantiene congelado dicho tope subiendo en 1989 el 3% cuando el IPC acumulado de esos años, había subido un 51,11% y los salarios y resto de las pensiones un 33,2%.

De no haber existido esa congelación, y teniendo en cuenta los correspondientes IPC, la pensión máxima debería estar en 3.423,53 euros. Si al tope se hubiese aplicado en esos años la misma cuantía proporcional que las subidas salariales, su valor para el año 2005 sería de 2.768,11 euros mensuales. La cuantía para 2005 es de 2.159,12 euros mensuales lo que supone, teniendo en cuenta las subidas aplicadas a los sueldos y pensiones no topadas, una pérdida de 608,99 euros mensuales en el años 2005. La pérdida anual es de 8.525,86 euros o 1.418.583 de las antiguas pesetas.

Como ejemplo de dicha pérdida se inserta a continuación una tabla que refleja la pérdida acumulada experimentada por un jubilado al que en junio de 1994 se le reconocieron 282.751 pesetas mensuales y sólo se le abonaron en ese año 254.140 pesetas habida cuenta de la existencia de la limitación de pensiones.

<i>Año</i>	<i>% de subida</i>	<i>Pensión reconocida con su IPC</i>	<i>Pensión abonada</i>	<i>Pérdida anual con el IPC</i>	<i>Pérdida acumulada</i>
1994		1.979.257	1.778.980	200.277	
1995	4,4	4.132.688	3.714.508	418.180	627.269
1996	4,4	4.314.526	3.877.944	436.582	1.091.450
1997	2,6	4.426.703	3.978.772	447.931	1.567.758
1998	2,1	4.519.663	4.062.324	457.339	2.058.019
1999	2,7	4.641.693	4.172.000	469.693	2.583.278
2000	4,0	29.013,02*	26.077,24*	2.935,78*	16.146,84*
2001	2,7	29.796,37	26.781,16	3.015,21	19.590,01
2002	4,0	30.988,22	27.852,44	3.135,78	23.509,39
2003	2,8	31.855,89	28.632,38	3.223,51	27.391,16
2004	3,5	32.970,84	29.634,50	3.336,34	31.686,19

* Las cuantías están expresadas en euros.
La pérdida traducida a pesetas es de 5.272.138.

Por eso reclamamos que se cumpla la Constitución porque ésta se vulnera cuando se vulneran los derechos de un ciudadano, Y estos son nuestros derechos:

Art. 1. España propugna la justicia y la igualdad.

Cada cual debe recibir su pensión de acuerdo con la cotización que ha realizado obligatoriamente, ya que la justicia exige dar a cada uno lo que corresponde o a lo cual tiene derecho. No se puede hablar de justicia cuando no se esta obrando conforme a derecho o razón. Hacer justicia es otorgar a cada cual aquello a lo que es merecedor.

Art. 14. Los españoles son iguales ante la ley sin que pueda prevalecer distinción alguna por su condición social.

¿Por qué no cobran el 100 por 100 del haber regulador los funcionarios del Grupo A y los acogidos a la S.S., con 35 ó más años de servicio cuando a los demás se les abona el porcentaje que les corresponde? Esta claro que no existe equidad ya que está consiste en atribuir a cada uno aquello que tiene derecho y ese derecho esta reconocido por una Ley de Clases Pasivas que no ha sido derogada. La justicia legal no es tal si se opone a la justicia natural, siendo injusto, por tanto, privar a uno de sus legítimos derechos según San Agustín, «Un derecho injusto no es un derecho», por lo que una ley contraria a la justicia no puede considerarse como tal.

Art. 33. Nadie puede ser privado de sus bienes y derechos.

Es de justicia que se prive a un ciudadano cobrar el porcentaje legal del regulador cuando se le ha obligado a cotizar con ese fin. Y también lo es que, a los que han cotizado obligatoriamente para tener más de una pensión, se les reconozca ese derecho o se les devuelve lo que obligatoriamente se les retuvo en sus nóminas con los intereses legales correspondientes.

Art. 50. Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas...

¿Por qué no se cumplió la periódica actualización del tope de pensiones cuando el IPC acumulado de los años que estuvo congelado fue del 51,11%, y las pensiones que no llegaban a ese tope se les subió en los años de la congelación del mismo un 33,2%?

¿Cuáles son nuestras reivindicaciones?

1. A los profesionales y funcionarios se les ha detraído durante su vida laboral, obligatoriamente, unos porcentajes del haber regulador, de acuerdo con los años de servicios efectivos, y cuyo valor real no están cobrando desde el momento de su jubilación ya que si bien le son reconocidos oficialmente luego no los cobran por existir una limitación máxima de pensiones. Esto afecta a quienes han cotizado durante más de 32 años de servicio, ya que la pensión que están cobrando es la que les correspondería por esos años de cotización. Queremos que con 35 ó más años de servicio se nos abone el 100% del regulador de acuerdo con la vigente Ley de Clases Pasivas.

2. Los que han realizado trabajos compatibles en diferentes puestos de trabajo, cotizando obligatoriamente a la Seguridad Social o a Clases Pasivas por dichos trabajos, ahora sólo pueden cobrar una pensión equivalente al valor máximo de pensiones cuando las pensiones reconocidas superen este límite máximo. Los funcionarios no pueden cobrar, por este motivo, la pensión que pueda corresponderles de MUFACE, y esto cuando actualmente se ha creado un fondo de pensiones para los funcionarios de la Administración General del Estado que sí podrán cobrar la parte que les corresponda de dicho fondo, sea cual fuere el límite máximo de las pensiones. Fondo que se crea alegando que al llegar al momento de la jubilación no debe perderse el poder adquisitivo del trabajador cuando estaba en activo. De acuerdo con este razonamiento, ¿porqué sigue manteniéndose la limitación de pensiones establecido por el Real Decreto Ley de 23 de abril de 1983 cuando la Ley de Clases Pasivas de 1987 estableció que con 35 ó más años de servicio se cobraría el cien por cien del haber regulador?

3. Sólo los trabajadores o funcionarios con pensiones iguales o superiores a 187.950 pesetas del año 1983 han sufrido la pérdida del poder adquisitivo de las mismas porque éstas estuvieron congeladas hasta el año 1989 cuando se les aplicó una subida del 3% mientras el IPC acumulado durante los años de congelación fue del 51,11% como puede comprobarse por la tabla siguiente:

<i>Año</i>	<i>I.P.C.</i>	<i>% por inflación</i>	<i>Inflación acumulada</i>	<i>Total</i>	<i>Subida pensión</i>
1984	9,0		9,0	9,0	0
1985	8,2	0,74	8,94	17,94	0
1986	8,3	1,49	9,79	27,73	0
1987	4,6	1,28	5,88	33,61	0
1988	5,8	1,95	7,75	41,36	0
1989	6,9	2,85	9,75	51,11	3

4. Siendo la pensión «el pago diferido de un trabajo realizado», el tope de pensiones es injusto, y podemos afirmar que inconstitucional ya que se vulnera la Constitución cuando se vulnera los derechos de un ciudadano.

5. ¿Por qué no se someten a esta limitación las indemnizaciones y pensiones de los altos cargos políticos entre los que cabe destacar a los Presidentes de la Comunidades Autónomas cuando dejan sus cargos? Pedimos igualdad y justicia.

6. Los profesionales jubilados pedimos:

a) Estar representados en los órganos decisivos de las pensiones. No nos sentimos representados por los sindicatos, la patronal, los Diputados o el propio Gobierno. Somos los ausentes del Pacto de Toledo.

- b) Que desaparezca el tope de pensiones, se apliquen correctamente los coeficientes multiplicadores del haber regulador y se perciban las pensiones de acuerdo con la cotización en uno o más puestos de trabajo.

Teoría del Constitucional

El Tribunal, que en su momento no se atrevió a declarar inconstitucional ese tope, nos ha dejado en su preámbulo unas perlas que dicen claramente lo que debieran haber fallado y no fallaron. Son estas:

La reiteración sistemática de una disposición fundamentalmente temporal y empero sospechosa de atender a otras finalidades, puede adolecer de un vicio que determine la propuesta de inconstitucional.

Se trata de medidas coyunturales que sólo pueden aplicarse de acuerdo con las circunstancias concurrentes en cada momento, teniendo una eficacia naturalmente temporal.

El defecto está en el carácter permanente de la medida, que pierde así la naturaleza coyuntural que es propia de la política presupuestaria.

Una ley que corrige a la baja un derecho, o, cuando menos, una expectativa cierta reconocida a los potenciales pensionistas, no puede llevarse al margen de los cauces previstos. La imposibilidad del legislador de reaccionar frente a esta modificación, dada la prohibición de proposiciones y enmiendas que existe, es lo que origina la infracción constitucional.

La limitación máxima de pensiones en lo que supone de rectificación del cálculo de las pensiones para ciertas categorías, al hacerse de modo permanente en las Leyes de Presupuesto, supone la invasión de una Ley Ordinaria. Es claro que las Cortes Generales en el examen del Presupuesto elaborado por el Gobierno, no pueden introducir una proposición o enmienda con relación a esta limitación, que siempre supondría un aumento de gasto. No es difícil concluir que se está ante una restricción sin base constitucional de la plena potestad legislativa.

Han pasado más de doce años de una sentencia en la que, a pesar de los considerandos anteriores, se declaró constitucional por el momento que atravesaba nuestra economía. ¿Hasta cuándo hay que esperar a que se corrija esta injusta situación, y hasta creemos inconstitucional, cuando estamos en un momento de crecimiento económico y superávit de la Seguridad Social?

Por qué no se cumple lo que sentencia el Tribunal Supremo el 15 de julio de 1987 donde, refiriéndose al anticipo de la jubilación forzosa dice: «Si a nadie es lícito dañar a otro en sus intereses sin venir obligado a satisfacer la pertinente indemnización, menos puede hacerla el Estado».

SOBRE EL TOPE DE PENSIÓN MÁXIMA

D. Manuel Pérez Olea, *ExPresidente de la Fundación Independiente*

1. En el Documento elaborado por los Ponentes de la Mesa Redonda núm. 1, el tema del tope de Pensión máxima se aborda en dos momentos: uno, puramente descriptivo y muy brevemente, en la pág. 3. Otro, en la conclusión provisional 2 se la Ponencia A) en ambos casos, donde se vuelve a solicitar la derogación de este tope máximo, como ya se hizo, con mayor precisión y contundencia, en el Congreso de Valencia del año 2001. En esta Conclusión se razona esa supresión en el hecho; ciertamente evidente, de que se abona en virtud de este tope una pensión inferior a la que le corresponde de conformidad con la cotización realizada».
2. La realidad es mucho más compleja que la así descrita. Muy brevemente, pueden señalarse algunas de las disfunciones más graves provocadas por una medida tan anómala:
 - 2.1. Como se dice en la Conclusión citada, con la fijación del tope se grava con una minoración de, aproximadamente, un doce por ciento la pensión reconocida al grupo primero de pensionistas por la misma Ley de Presupuestos que, acto seguido, va a proceder a esa reducción. No hay ejemplo similar de una norma tan sorprendente, por decirlo con un eufemismo, en todo el Derecho comparado. Como, además, esas pensiones del grupo A van normalmente, gravadas al tipo del 18% en concepto de IRPF, ello quiere decir que las pensiones reconocidas en la Ley de Presupuestos por este concepto sufren, de entrada, un gravamen: entre tope y tipo fiscal, ¡del 30 por ciento!
 - 2.2. Pero además, esta pensión máxima así reducida, hace: que si bien se reconoce explícitamente otras pensiones a las que el pensionista pueda tener derecho y se extienden los correspondientes títulos de reconocimiento, en ellos se hace constar que el pensionista percibirá por ese concepto una pensión complementaria de... cero euros. Así ocurre con las pensiones familiares, de mutualidades y otras análogas, ya sean de Clases Pasivas o de la Seguridad Social, para las que se produce no una minoración parcial, sino una *confiscación absoluta* de unas pensiones a las que se ha estado cotizando durante decenios enteros por su titular o por el causante.
 - 2.3. No se crea que son solamente las pensiones del grupo primero las que se ven afectadas por esta medida. Lo son también, al menos parcialmente, las pensiones más bajas si tienen legítimo derecho a una segunda pensión. Por ejemplo: un titular de pensión del grupo B que tenga derecho a pensión de viudedad de su cónyuge correspondiente al Grupo A y además, a otra de una

mutualidad, no podrá percibir esta última ni íntegramente la de viudedad, ya que el total rebasaría el tope legal. Si el caso es el contrario, es decir, cónyuge del Grupo A con derecho a pensión de viudedad del Grupo B, claro es que se verá privado en su totalidad de esta última. Para colmo de disparates, si el cónyuge del grupo B hubiera fallecido estando en activo el cónyuge del grupo A, este último percibiría íntegramente la pensión de viudedad mientras siguiera en activo, a pesar de cobrar todo el sueldo, trienios y complementos propios y perdería la pensión de viudedad al jubilarse, momento en que sus ingresos disminuyen entre un 40 y un 60 por ciento!. Ni en el mayor teatro del absurdo se encuentran situaciones similares.

3. El establecimiento del tope de pensiones en el año 1983 vino motivado por dos órdenes de razones: una, no explicitada en la ley pero conocida por todos, era la de poner coto a unas pensiones desorbitadas en favor de determinados grupos de personas derivadas de la Guerra Civil. La segunda, la delicada coyuntura económica por que atravesaba el país en aquellos momentos. Esta última (la primera, ni se planteó) fue la que llevó al Tribunal Constitucional a aceptar la constitucionalidad de la medida, precisamente por su carácter coyuntural y, por lo tanto, no permanente. Llevamos más de veinte años de coyunturalidad. El anterior Presidente del Gobierno hizo famosa su aseveración de que «España va bien». El actual replica que, ahora, «España va mejor». No para los sufridos pensionistas que ven cómo, año tras año, se les recortan unos derechos reconocidos en la misma Ley de Presupuestos que luego se los espolian.
4. Pero el Congreso debe ser consciente de que la protesta y las exigencias, sin más, nunca van a tener más consecuencias que las del consabido «derecho al pataleo». Han pasado cuatro años desde que el Congreso de Valencia pidió la supresión del tope máximo y no es que no se haya conseguido algo, es que ni siquiera se han dado por aludidos. El Congreso tiene que adoptar, de acuerdo con los tiempos presentes, un talante dialogante y pedir al Gobierno la creación de un grupo de estudios, en el que los mayores tengamos participación cumplida y sin trabas para estudiar de qué forma podría introducirse un mínimo de racionalidad y otro mínimo de justicia en el tratamiento de esta vergonzosa cuestión que llena de asombro a los extraños estudiosos de nuestro sistema de pensiones y de indignación a quienes lo padecemos. Pidamos, no lo imposible, como querían los revolucionarios de 1969, sino lo que sea modesta, humildemente posible, aunque no vayan más allá, por el momento, de soluciones parciales e imperfectas. Siguen, a modo de sugerencia, unas propuestas que no son las únicas ni tal vez las mejores, pero que sí son viables incluso desde la tradicional perspectiva de «puño cerrado» de los gestores de nuestra economía.

- 4.1. Un primer paso podría ser igualar la cuantía máxima de las pensiones con la reconocida para el grupo A en la Ley de Presupuestos. Con esta mínima alteración, los titulares de esas pensiones recuperarían la integridad de su derecho aunque no el de percibir otras pensiones concurrentes, y dejarían de sufrir ese tributo inalicuable de un 12 por ciento actual. Ya se ha visto que, automáticamente, se beneficiarían también muchos perceptores de pensiones inferiores, por lo que no puede calificarse a esta medida de «elitista» u otro adjetivo similar.
- 4.2. Podría pensarse alternativamente en establecer en el IRPF una deducción de la cuota equivalente al importe de la cantidad reconocida en la Ley de Presupuestos menos la efectivamente abonada. Esta medida sería aún menos onerosa para la Hacienda Pública que la anterior, aunque de ella sólo se beneficiarían los titulares de pensiones del grupo más elevado y sería, por ello, menos «social».
- 4.3. Otra medida a considerar consistiría en elevar el tope para aquellos casos de concurrencia de pensiones combles, aliviando así, al menos parcialmente, la actual confiscación de esas pensiones que es, dígame lo que se quiera, absolutamente inconstitucional. El tope se fijaría cada año y se elevaría en función de la coyuntura económica, lo que no supone solamente los intereses de la Hacienda Pública, sino también la inflación real y los demás extremos que tan acertadamente se examinan por el Sr. Ibars Company en el texto de su Ponencia.
- 4.4. Por último, podrían programarse unas medidas correctoras a medio plazo conforme a las cuales en cada ejercicio el tope de pensiones se elevara un determinado porcentaje por encima de la revalorización anual general de las pensiones. Con esta medida apenas si se, en» los primeros años, mejoraría la situación actual; pero, combinada con alguna de las anteriores podría alcanzarse una solución gradual y justa de esta anomalía de nuestro sistema actual de pensiones
5. Desde luego, esta Comunicación quiere dejar constancia de su absoluta identificación con la afirmación hecha por el Coordinador de la Mesa Redonda en el Preámbulo de la Ponencia: en modo alguno la rectificación prudente y paulatina de una normativa injusta e insostenible puede suponer «menoscabar los derechos» de los menos favorecidos. Lo que sí se debe señalar es que la extensión, justa y necesaria, del sistema de pensiones públicas a sectores de la sociedad sin cobertura o con cobertura insuficiente, que ha contado siempre, y lo seguirá haciendo, con el apoyo entusiasta del Congreso y de la Organizaciones de Mayores, no debe servir para que políticos y hombres públicos se apunten el tanto de una solidaridad generosa y olviden sistemáticamente que la misma la vienen costeando, desde hace veinte años, titulares de unos derechos tan legítimos que no les pueden ser negados en su reconocimiento pero sí, en increíble sarcasmo, en su contenido económico real.

SOLIDARIDAD

D. Aurelio Labajo Pelló, *Presidente Asociación de Jubilados de los Colegios Profesionales*

A todas nuestras reclamaciones contra el injusto tope de las pensiones –sean cartas, solicitudes, protestas, juicios, entrevistas–, se nos contesta con la palabra solidaridad.

Esta palabra sacro-laica llena la boca como pocas: ¡solidaridad! Gobierno, sindicatos, Seguridad Social y Tribunal Constitucional se parapetan tras el sacro-laico principio de la solidaridad.

Pero entienden la solidaridad perversamente, retorciendo el concepto. Y no como la define el Diccionario de la Real Academia:

«Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros».

Porque, si es una adhesión, se entiende que el acto ha de ser voluntario. Una solidaridad impuesta no es solidaridad, es una orden, es un trágala. Y si ha de ser circunstancial, no puede durar 21 años y 10 sangrante de esta «solidaridad» impuesta es que se aplica y exige sólo a los viejos, a quienes no pueden recuperar con otro tipo de trabajo o de actividad el montante de aquello que se les retiene.

El día 16 de Mayo de este año –lunes de Pentecostés, tradicionalmente festivo en Francia–, vimos cómo entienden los sindicatos y los trabajadores franceses esta solidaridad mal programada, impuesta desde arriba. El Gobierno francés exigió a los trabajadores el sueldo de un día festivo, trabajado, para mejorar las pensiones de los jubilados menos favorecidos. Fueron millones los trabajadores que se negaron a trabajar sin cobrar, acaudillados por los sindicatos obreros.

Después de este ejemplo, que los sindicatos españoles, afines a los sindicatos franceses, no nos hablen de solidaridad, ni en el Pacto de Toledo ni en el Consejo Económico y Social.

Por otra parte, quienes nos gobiernan, sean de derechas o de izquierdas, utilizan como embudo el principio de solidaridad: para mí lo ancho, para ti lo estrecho.

¿Piensan en la dichosa solidaridad los padres de la patria –senadores y diputados–, que se conceden la pensión máxima por ocupar su poltrona una sola legislatura, equiparándose a quienes abonaron las cotizaciones más altas durante 35 ó más años?

¿Pensó en el laico principio de la solidaridad el Presidente de Andalucía que se ha marcado ya una pensión 15 veces superior a lo que cobra un pensionista medio?

¿y el Gobierno pensó en la solidaridad cuando aprobó que los expresidentes que estén en el Consejo de Estado, personajes algunos de ellos ya jubilados, cobren 74.264 euros anuales, sin perjuicio de lo que se les asigne en los presupuestos como exjefes del ejecutivo?

El ministro Miguel Boyer creó el tope de las pensiones porque las arcas de la Seguridad Social estaban vacías, aunque de su mala administración no éramos nosotros los culpables. Y se parapetó tras la solidaridad. Hoy día y desde hace años, las arcas de la Seguridad Social están tan repletas que la CEOE, los sindicatos UGT y CC.OO. y el Gobierno hablan de reducir las aportaciones de las patronales por los **«excesivos excedentes que tiene la Seguridad Social»**.

No es, pues, justo el mantenimiento del tope de las pensiones. Porque la justicia está por encima de esta falsa solidaridad impuesta.

NO AL IVA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Dña. María Rosa Lunas Masnou, Presidenta ACFUC y FOCAGG

Recientemente me dieron la noticia que a pesar de la oposición socialista y del tripartito catalán, CIU y el PP ganan en el Senado un trato fiscal favorable a los sectores sociales que merecen más atención. El Pleno del Senado aprobó con los votos en contra de socialistas y de sus compañeros de gobierno una proposición de Ley que establece una reducción del IVA del 7% al 4% para las prestaciones de servicios y de asistencia social que realizan los centros residenciales. Afirmando que esta medida beneficiará, sobre todo a personas mayores y personas discapacitadas.

No es de recibo esta argumentación, dado que la reducción sólo pretende salvaguardar intereses mercantiles que pueden ser legítimos, dado que entendemos que hay diferencia entre un hotel y una residencia geriátrica, pero no a costa de las familias y los usuarios de clase media española. Por ejemplo.. Si se refrendara por el Congreso de los Diputados la reducción del IVA aprobada por el Senado; la diferencia de 3 puntos ha quedado ya sobradamente compensada por los aumentos derivados del cambio de moneda y del PIB anual. Pedimos, por tanto, la exención del impuesto, dado que las familias y los usuarios, ya soportan como último eslabón de la cadena toda la imposición indirecta.

¡Que ironía!.. me dieron la noticia, felicitándome, diciendo que todo llega y que la cuestión es insistir y me lo decía un político conocido y un responsable de una ONG que les consta que desde 1998:

«ACFUC» que presido, viene reclamando con tenacidad la supresión o exención del IVA que grava las plazas en residencias geriátricas privadas, en centros de día, centros asistenciales terapéuticos y parte de la asistencia domiciliaria, que soportan una imposición indirecta igual que los hoteles y restaurantes, cuando la condición asistencial que tienen, la geriatría y la dependencia tanto psíquica como física, es socio-sanitaria. Remarcando que la exención solicitada pretende aminorar el peso que supone para las familias y usuarios el coste de una atención que en principio debería estar cubierta íntegramente por el Estado en su sentido más amplio, dado que la SANIDAD POR SU CARÁCTER DE UNIVERSAL debe estar exenta de fiscalidad.

Reiteradamente se ha intentado llegar a un acuerdo político con todos los Grupos parlamentarios a fin de aclarar o modificar la Ley del Impuesto sobre el Valor Añadido –IVA– después de haber llevado a cabo sesiones técnicas ante el Ministerio de Hacienda –Subdirección General de Tasas a instancias del anterior Ministro D. Cristóbal Montoro y que precisamente los dos partidos políticos que han conseguido la aprobación del Senado, nos daban la razón y prácticamente se habían comprometido antes de las últimas elecciones en aprobar la exención, claro, si ganaban. En estos mo-

mentos estamos intentando informar al Ministro Solbes, que según sus palabras, en un acto reciente, desconocía el tema.

Insistiremos pues una vez más, tal como hicimos en las Conclusiones del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, en el que sentamos unas Bases sobre la Dependencia, (Valladolid 19-21 de octubre del 2003), en nuestras justas acciones reivindicativas de la exención del IVA en las plazas asistenciales por dependencias tanto psíquicas como físicas o por discapacidad, ante el Gobierno actual..

Pretendemos que entiendan sus Señorías que los mayores españoles con esta reivindicación dentro de este Congreso Nacional, no queremos soslayar nuestras obligaciones tributarias, sino que queremos evitar el «fuego amigo» exterior, –que es la acción de entorpecernos dentro del mismo colectivo, dividiendo y no sumando–.

Por tanto en este VII Congreso en el que queremos sentar las Bases sobre una CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS MAYORES ESPAÑOLES, tenemos el derecho y el deber de decir BASTA YA, y que estamos hartos de palabras y hechos que producen confusión y alarma entre la ciudadanía, consintiendo un terrorismo social, que genera situaciones tercermundistas y discriminatorias para la ancianidad.

LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD Y EL I.P.C.

D. Ricardo de Olagüe y Negueruela, Abogado

Teniendo en cuenta que absolutamente todo lo que llamamos Naturaleza es modificado por el paso del tiempo, este principio no puede pasar desapercibido para el ser humano.

El paso del tiempo da lugar en el ser humano a adquirir un derecho con base en el trabajo, por lo menos, en todos los países de nuestro entorno socio-cultural, que llamamos Pensión de Jubilación.

Dentro de esta Pensión de Jubilación existen entidades aseguradoras que ejercen una discriminación al llegar a cierta edad, es decir, a estas personas con derecho a Pensión de Jubilación se las discrimina al no actualizarse estas pensiones con arreglo al IPC, como lo hace la Seguridad Social Española, con base en los artículos 50, 51 y 52 de la Constitución Española, como es el caso de la Mutualidad de la Abogacía Española.

Siempre he entendido y puedo estar equivocado, que la Mutualidad General de la Abogacía Española no puede sustraerse a esta obligación de actualización de las pensiones con arreglo al IPC anual y con base en el Artículo 50 de la Constitución Española y sus concordantes.

Por ello, he constituido la Asociación Española de Abogados Pensionistas que cuenta con todas las bendiciones legales. Solicitamos de dicha Mutualidad que nos incluyera en su Junta de Gobierno como vocal nato y fuimos rechazados.

También le pedí al Decano del Colegio de Abogados de Madrid que cuando enviara una comunicación a sus miembros, incluyera en ella la noticia de su creación adjuntando una copia de los Estatutos y, al mismo tiempo, que incluyere en el tablón de anuncios del Colegio de Madrid y en sus publicaciones y en todos los Colegios de Abogados de España, una copia de los Estatutos. Nuestra petición fue totalmente rechazada.

Dado que la Mutualidad General de la Abogacía Española se opone frontalmente a actualizar las Pensiones con arreglo al IPC anual, no queda otro remedio que dirigirse a los Tribunales de Justicia por medio de una Demanda regulada en nuestra Ley de Enjuiciamiento Civil con arreglo a lo establecido para el Juicio Ordinario.

Esta idea que siempre he tenido se ha visto apuntalada por la Jurisprudencia y por las Sentencias que a continuación voy a comentar.

Las voy a ir comentando por orden cronológico:

T.S.J. de Cataluña, Sala de lo Social 7.5.02

T.S. Sala de lo Social, 2.3.04

T.S.J. Cast. León Sala de lo Social 11.10.04

T.S.J. DE CATALUÑA

En el Recurso de Suplicación interpuesto por Pedro R.B., frente a la Sentencia de lo Social demanda sobre invalidez grado, en la que el actor alegando los hechos y fundamentos de derecho que estimó procedentes, terminaba suplicando se dictara sentencia en los términos de la misma. Admitida la demanda a trámite y celebrado el juicio se dictó sentencia con fecha 9 de julio de 2001 que contenía el siguiente fallo:

Que apreciando la excepción de incompetencia del orden jurisdiccional social para conocer de la demanda interpuesta por don Pedro R.B. contra Acrupació Mútua del Comerç I de la Indústria Mutua D'Assegurances I Reassegurances a Prima Fixa debo absolver en la instancia a la demandada y remitir a la parte actora para que pueda ejercitar en su caso las correspondientes acciones ante los Juzgados y Tribunales del Orden Jurisdiccional civil.

En el Fundamento de Derecho ÚNICO, párrafo séptimo, se dice «Las Mutualidades de previsión social integran un sistema de mutualismo voluntario que ha experimentado una importante transformación desde su consideración inicial en la Ley de Montepíos y Mutualidades de previsión Social de 6 de diciembre 1941 (RCL, 1941, 2142 y RCL, 1942, 43; NDL 22070), pasando hoy en día a integrarse dentro de la concepción de verdaderas entidades aseguradoras, aunque con un objeto asegurador limitado. El régimen jurídico de las mismas se halla en los artículos 64 a 68 de la Ley 30/1995 (RCL 1995, 3046), de Ordenación y supervisión del seguro privado, de donde se extrae la conclusión de que son entidades aseguradoras que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementario al sistema de Seguridad Social obligatorio, mediante las aportaciones de los propios mutualistas o de otras entidades o personas protectoras, como consecuencia de la previsión del artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social (RCL, 1994, 1825). Las prestaciones que otorgan se hallan concretadas en determinadas contingencias y limitadas en su cuantía.

Por el contrario, con arreglo al artículo 9 de la citada Ley 30/1995, «las mutuas a prima fija son entidades aseguradoras privadas sin ánimo de lucro que tienen por objeto la cobertura a sus socios, personas físicas o jurídicas, de los riesgos asegurados mediante una prima fija pagadera al comienzo del período del riesgo»; previendo el artículo 23 de la misma norma que «las mutualidades de previsión social y las mutuas y cooperativas de seguros a prima variable podrán transformarse en mutuas y cooperativas anónimas de seguros».

Es la distinción entre uno y otro modelo asegurador la que provoca la delimitación del marco competencial social, únicamente afirmado respecto de las primeras.

Llegados a este punto, hemos de coincidir plenamente con la Sra. Magistrada de instancia, puesto que se reclama en la demanda el reconocimiento de una prestación todavía no obtenida frente a una entidad que adopta la forma de mutua aseguradora, de suerte que el cambio de estatu-

to jurídico de la misma incide en la relación con sus asociados. No podríamos aceptar que la competencia fuera distinta, frente a una misma demanda y razón del nexo asociativo, según la fecha de antigüedad de dicho vínculo y con relación a derechos no reconocidos. La decisión adoptada en la Asamblea vincula a los asociados y tiene plena eficacia jurídica al haberse realizado con arreglo a las normas que regulan la transformación.

TRIBUNAL SUPREMO, SALA DE LO SOCIAL

En el Fundamento de Derecho Primero se establece que la parte recurrente ha planteado como único tema de contradicción el relativo a determinar el orden jurisdiccional competente para conocer de la demanda formulada por el actor en solicitud de que se declare improcedente la baja como asociado en la Mutualidad demandada y se le reconozca el derecho a percibir la prestación por invalidez permanente estipulada en el Reglamento. El demandante fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta por resolución del INSS en fecha 27 de marzo y, como consecuencia del expediente incoado por el ejercicio de actividad profesional, fue dado de baja en la entidad demandada.

En este caso, la Sala de suplicación confirma el fallo de instancia, que apreció la excepción de incompetencia, con base en las siguientes consideraciones: la originaria Mutualidad de Previsión Social se transformó en Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija mediante acuerdo de la Asamblea de Asociados de marzo de 1993, siendo aprobada tal transformación por la OM de 24.2.94; las Mutualidades de Previsión Social constituyen un sistema de mutualismo voluntario iniciado con la Ley de 6/12/41 (RCL, 1941, 2142 y RCL, 1942, 43) y en la actualidad han pasado a considerarse como verdaderas entidades aseguradoras, aunque con objeto asegurador limitado, reguladas en los artículos 64 a 68 de la Ley 30/95 (RCL 1995, 3064) lo que permite afirmar que se trata de una modalidad de seguro voluntario y complementario al sistema de la Seguridad Social a través de las aportaciones de los mutualistas o de otras entidades protectoras, «ex» art. 193 LGSS (RCL, 1994, 1825). Por consiguiente, concluye, la delimitación competencial viene determinada por lo previsto en el art. 9 de la Ley 30/95, definidor de las mutuas a prima fija, y en el art. 23 de la misma Ley que prevé la transformación de las mutualidades de previsión social y de las mutuas y cooperativas de seguros, a prima variable, en mutuas y cooperativas a prima fija y la de seguros. Y por ello, el reconocimiento de una prestación todavía no obtenida frente a una mutua aseguradora no es competencia del orden jurisdiccional social, ni siquiera teniendo en cuenta la fecha de antigüedad del vínculo y con relación a derechos no reconocidos, pues la decisión adoptada en la Asamblea vincula a todos los asociados y tiene plena eficacia jurídica.

En el F. de D. Tercero se dice que en virtud de lo expuesto procede a la estimación del recurso y la casación y nulidad de la sentencia recurrida

y la revocación de la sentencia de instancia y la declaración de que el incumplimiento de la pretensión ejercitada corresponde al orden jurisdiccional civil.

S. DEL T.S.J. DE CASTILLA-LEÓN

El T.S.J. de Castilla-León, Sección 1.^a de 11.10.04 viene como anillo al dedo, pues viene a resolver, de forma clara y contundente, el problema sobre competencia planteado por un mutualista contra la Mutualidad General de la Abogacía Española.

En los hechos probados se declara que la parte actora D. Luis Pedro, domiciliado en León, es pensionista de la Mutualidad General de la Abogacía, abogado del Iltre. Colegio de Abogados de León, afiliado a la Mutualidad General de la Abogacía Española desde el 25 de marzo de 1957.

En el F. de D. único se establece que la sentencia de instancia estimando la excepción de jurisdicción formulada por la demandada, en la demanda interpuesta contra la Mutualidad General de la Abogacía, en reclamación de derecho y cantidad, declaró la falta de competencia de la jurisdicción social para conocer de la cuestión debatida, absolviendo a la Mutualidad General de la Abogacía de la demanda en su contra formulada, advirtiendo a la parte que la competente es la jurisdicción civil y, frente a dicha sentencia se interpone recurso de Suplicación por el actor D. Luis Pedro, Abogado en ejercicio.

Al amparo del artículo 191 de la L. de Procedimiento Laboral –EDL 1995/13689– alega infracción del apartado d) del artículo 2 de dicha Ley –EDL 1995/13689 al no afectar, por cuanto no se dan todos los supuestos de hecho del mismo en la nueva redacción dada por la modificación efectuada en la Disposición Final 11 de la Ley 1/2000 de la Ley de Enjuiciamiento Civil –EDL 2000/77463– en los términos establecidos en el artículo 64 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre –EDL 1995/16212– de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; así como el principio constitucional de Irretroactividad de las Leyes.

El recurrente, en esencia, alega que sigue siendo competente la jurisdicción social para entender de aquellas cuestiones que en relación con la cuestión de jubilación se susciten entre la Mutualidad General de la Abogacía Española y sus asociados ya que, en primer lugar, el artículo 2 de la Ley de Procedimiento Laboral –EDL 1995/13689– no excluye la competencia de la jurisdicción social las cuestiones litigiosas planteadas entre asociados y mutualistas establecido por los Colegios Profesionales; en segundo lugar la D.A. Undécima de la Ley de Enjuiciamiento Civil –EDL 2000/77463– no existe y, por último, el artículo 64 –EDL 1995/16212– de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, se refiere a Mutualidades que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario, dándose la circunstancia de que el momento de asociarse a la Mutualidad ésta tenía carácter obligatorio.

La censura jurídica no ha de tener favorable acogida. A este respecto hay que señalar que el artículo 2.d) de la L. de Procedimiento Laboral –EDL 1995/13689– en la redacción dada por la disposición Final undécima de la Ley 1/100, de 7 de enero –EDL 2000/77463– de Enjuiciamiento Civil, (por mero error material en la sentencia de instancia se ha consignado Disposición Adicional undécima de la Ley de Enjuiciamiento Civil –EDL 2000/77463) establece que los órganos jurisdiccionales del orden social conocerán de las cuestiones litigiosas que se promuevan: «d) entre los asociados y las mutualidades, excepto las establecidas por los Colegios Profesionales, en los términos previstos en los artículos 64 y siguientes y en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/95 –EDL 1995/16212– de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados...»

A la vista de tal regulación forzoso es concluir que la Mutualidad de la Abogacía se encuentra entre las mutualidades a las que hace referencia la mencionada disposición adicional –EDL 1995/16212– pudiendo señalarse, a mayor abundamiento, que los Estatutos de la Mutualidad General de la Abogacía expresamente señalan que es una Institución de Previsión Profesional de los abogados que tiene naturaleza de entidad aseguradora privada sin ánimo de lucro, ejerciendo una modalidad de seguro de carácter voluntario, alternativo y complementario al sistema de la seguridad social obligatorio, rigiéndose por la Ley 30/95 de 8 de noviembre –EDL 1995/16212–, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Por todo ello el orden jurisdiccional social carece de competencia para resolver las cuestiones que surjan entre la Mutualidad de la Abogacía y sus mutualistas y, al haberlo entendido así la juzgadora de instancia, procede la desestimación del recurso formulado.

No obsta tal conclusión el hecho de que en el momento en que el hoy recurrente se asoció a la Mutualidad ésta tuviera carácter obligatorio, pues se aplica la norma procesal vigente en el momento de iniciarse el proceso y, en consecuencia, se aplican las previsiones contenidas en la misma en ese concreto momento.

Procede, por todo ello, la desestimación del recurso formulado.

CONCLUSIONES

- 1.^a La jurisdicción y competencia corresponde a los Juzgado de 1.^a Instancia.
- 2.^a A mi modo de ver las cosas, el espíritu del Art. 50 de la Constitución Española, es que la Mutualidad General de la Abogacía Española debe de actualizar las pensiones, pues siendo maximalistas y por reducción al absurdo, si un pensionista viviese eternamente, el valor adquisitivo de su pensión, si no se actualiza, sería casi cero, equivalente a la expresión matemática uno partido por diez elevado a ene cuyo resultado tiende a cero aunque nunca llegue a serlo.

3.^a Ya que el razonamiento legal y lógico ampara la interposición de un procedimiento legal, se hace necesario que el Poder Judicial se pronuncie al respecto, por lo que se hace necesario la interposición de una demanda, en Procedimiento Ordinario, de cuantía indeterminada, ante los Juzgados de Primera Instancia.

DISCRIMINACIÓN DE PENSIONES, AGRAVIOS COMPARATIVOS

D. Manuel Moraleda Benítez, Presidente Asociación de Veterinarios Jubilados

Desde la entrada en vigor de la Ley 50/84 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 1985 se implantó un tratamiento distinto a los funcionarios públicos y retirados militares, según lo hayan sido antes o después de primeros de enero de 1985.

El entonces Ministro de Gobierno Socialista, Sr. Almunia, creyó que era un gran paso de los jubilados de 1985 en adelante y que tan enfáticamente hacía saber, no se daba cuenta que llevaba consigo un agravio comparativo y una gran consternación en miles de hogares españoles de jubilados y retirados con anterioridad a esta fecha.

Esa frontera tan artificial fijada por una fecha ante unas condiciones objetivas iguales como son pertenecer al mismo cuerpo, escala y años de servicio incluso en muchísimos casos en la misma promoción.

El trato discriminatorio estriba en lo siguiente:

Funcionarios jubilados y retirados antes del primero de enero de 1985, 80% el sueldo regulador que tuvieron reconocido en la fecha de su jubilación o retiro de actualización de pensiones con arreglo al índice de precios al consumo.

Jubilados a partir del uno de enero de 1985 sueldo regulador en que se fije para cada ejercicio en la Ley de Presupuestos Generales del Estado y pensiones máximas del 100% para quienes hubieran prestado 35 años de servicio. Es decir, que dos funcionarios de los mismos cuerpos, escalas y con iguales años de servicio en que se haya jubilado o retirado después del uno de enero de 1985 percibirá un 50% más que si lo fuese con anterioridad a esta fecha, aunque fuese un día antes, el 31 de diciembre de 1984 la jubilación o retiro.

Hay personas con mayor antigüedad incluso con 45 años de servicio que se han jubilado en 1984 que perciben menos pensión que personas con inferior categoría y antigüedad que se jubilaron en 1985.

Los afectados por la discriminación de la Ley 50/84 serían numerosos hace unos años, pero hoy en día dado que fallecen a diario en proporción geométrica el problema queda reducido al mínimo.

La otra gran discriminación afecta muy gravemente a las pensiones de viudedad en las mismas proporciones a viudas de funcionarios jubilados y retirados antes o después de primeros de enero de 1985, dando lugar artificialmente a viudas de segunda categoría dentro del mismo colectivo profesional porque sus esposos pertenecientes al mismo cuerpo, escala y nivel se jubilaron antes de 1985.

El Partido Popular en la oposición luchó para equiparar ambas pensiones de antes y después de 1985, pero cosa curiosa, cuando posteriormente

llega al poder no hicieron absolutamente nada. Asimismo, el Partido Socialista en la oposición también luchaba para equiparar dichas pensiones, pero al llegar al poder igual que los populares no hicieron absolutamente nada, lo que se interpreta que los partidos cuando están en la oposición propugnan la equiparación, pero cuando están en el poder se les olvida; es decir, hay que suponer que cuando están en la oposición lo hacen por la captación de votos.

En conclusión solicitamos al Congreso que estamos celebrando que redacte e incorpore a sus conclusiones una moción dirigida al Gobierno, a las dos Cámaras Parlamentarias, al Congreso y al Senado, a los Partidos Políticos y a las Organizaciones Sindicales para conseguir una respuesta positiva del Estado satisfaciendo las reivindicaciones de la tercera edad.

Existe en nuestra sociedad una opinión muy generalizada de reconocimiento a una pensión para las amas de casa por su abnegada y plena dedicación a la familia de la que tantos beneficios recoge la sociedad.

Hacer justicia con este colectivo es urgente y necesario, que se estudie y promueva una ley de jubilación para las amas de casa y hasta que de acuerdo con lo que se establezca en esa ley se llegue a alcanzar el derecho a la pensión, se les aplique ya como mínimo el equivalente a las actuales pensiones no contributivas.

Tengo también que manifestar como tema de aspecto social que el Partido Popular en su último ejercicio estableció una revalorización adicional del 1% o del 2% respectivamente, de los pensionistas de jubilación o retiro y de viudedad con pensiones causadas al amparo de la legislación vigente a 31 de diciembre de 1984. Se cobró ese 1% en la última legislatura del PP y seguidamente, al subir el PSOE al poder fue suprimido ese 1% y 2% anteriormente dichos.

¿A DÓNDE IRÁN A PARAR NUESTRAS VIUDAS Y PENSIONISTAS?

Asociació Catalana en Defensa de les Vídues, Vidus, Orfes i Pensionistes

El artículo 50 de la Constitución Española determina que los poderes públicos serán garantes, mediante pensiones adecuadas, de la suficiencia económica de los ciudadanos en el período denominado tercera edad.

Se supone que dicha edad, es la que sigue a la fecha de jubilación pero, por lo que dicen los políticos de nuestro Gobierno, no hay nada garantizado en un futuro dado que el actual sistema de pensiones no tienen una vida demasiado larga.

Parece, que se pretende un recorte y que éstas serán de acuerdo con otros ingresos que pueda tener el pensionista ya provengan de ahorros al largo de su vida laboral o bien de alguna herencia. En resumen: **EN LUGAR DE PREMIAR EL AHORRO, SE PREMIA EL CONSUMISMO Y PARECE PLANTEARSE LA SUPRESIÓN DE DERECHOS.**

Son muchas las familias que pudiendo gozar de unas pequeñas vacaciones, no han disfrutado de ellas en el sentido amplio de la palabra, puesto que teniendo en cuenta la pensión de viudedad se tenía que pensar en tener unos pequeños ahorros, –para llegado el caso– poder dejar algo a sus viudas habida cuenta que con el actual 52% de la pensión del marido, en la mayoría de las ocasiones es imposible poder vivir, por no decir, **subsistir.**

Puede que tampoco hayan disfrutado de pequeños viajes para poder ayudar o dejar algunos ahorros a sus hijos, o por trabajar ambos y no coincidir en el período de vacaciones, o con la preocupación de pensar si lo necesitarían en su vejez, sea por le motivo que fuere, si el no ir de vacaciones les ha representado un ahorro y éste unos pequeños ingresos, por lo que se ve, ello merece un castigo por parte de nuestros gobernantes. ¿Es ello el espíritu de la Constitución?

Actualmente, gracias al anterior Gobierno en la legislatura correspondiente a los años 2002, 2003 y 2004, la base de la pensión de viudedad está fijada en un 52%. En los tres años referidos aumentó un 7%.

En el presente año no ha habido ningún aumento de dicha base y ello a pesar que el actual Gobierno es del Partido «Socialista Obrero Español», partido que se supone –teniendo en cuenta su denominación–, ha de tener sus miras en la mejora del bienestar social, sobre todo en lo que respecta a la clase trabajadora, la cual somos la mayoría.

Nos preguntamos, ¿por qué el Partido Socialista Obrero Español desde su llegada al Gobierno no se ha preocupado de aumentar ni siquiera un 1% de la base que nos ocupa?. ¿Por qué no se propone –con aumentos sucesivos– llegar al final de su legislatura como mínimo al 60% de la pensión del marido en lo que respecta a la de las viudas? ¿Por qué no tiene en cuenta el Pacto de Toledo?

Hemos de recordar que en su campaña electoral nos prometían tener en cuenta y poner esmero en la mejora de nuestro bienestar, no obstante, la política que llevan a cabo no responde a sus promesas.

Si nuestros políticos bajasen de sus alturas y decidieran reparar en la cuantía de muchas de las pensiones de viudedad o de jubilación verían que es imposible vivir de ellas ya que son de miseria. Clama justicia que las viudas continúen teniendo el 52% de la pensión del marido. Como mínimo habría de fijarse la meta de cifrarla en el 75% y nunca ningún tipo de pensión debería ser inferior al salario mínimo interprofesional.

**COMUNICACIONES SOBRE
DISCRIMINACIÓN SOCIAL**

DISCRIMINACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Dña. Carmen Marco Marco, Presidenta FOMCARM

Se ha escrito y hablado mucho de DISCRIMINACIÓN en distintos Foros, pero en este Congreso queremos que quede muy claro el concepto que desde la FEDERACIÓN DE ONG DE MAYORES DE LA C. A REGIÓN DE MURCIA, integrada en CEOMA, tenemos de este tema, especialmente referido a las PERSONAS MAYORES.

En este Congreso, en el que se aborda el tema de la DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES, buscamos el diálogo y los puntos de encuentro entre sociólogos, abogados, políticos, médicos, familia y la sociedad en general, para aumentar la sensibilidad social necesaria que nos lleve a resolver algunos de los problemas que afectan a este grupo, ya tan numeroso, de la población.

La Discriminación es una palabra o concepto de ella que, normalmente es negativa y refleja una situación en la que una persona o grupo de ellas, es tratada de forma desfavorable a causa de unos prejuicios entre los que se encuentran la edad y la discapacidad.

Es una conducta injusta contra un grupo humano determinado. Discriminar, puede identificarse, referido a las Personas Mayores, con crueldad, indiferencia, frialdad, rechazo, falta de interés...una serie de conceptos negativos que la dignidad de la persona, no permite su aplicación. Ciertas minorías, son discriminadas hoy, por ser menores en cantidad... ¿Qué pasará en una Europa con un índice de envejecimiento imparable ?...

España, Francia y Suecia, son los Países que están consiguiendo las más altas cotas de supervivencia en su población. En una estadística realizada en el año 2003 por el *Institut National d'étudis demographiques (Francia)* las cifras de esperanza de vida ya eran en el año 2.000:

Francia

Hombres: 75,2 años Mujeres: 82,7 años

España

Hombres: 75,5 años Mujeres: 82,7 años

Suecia

Hombres: 77,4 años Mujeres: 81,7 años

Envejecer no significa necesariamente, que la persona se deslice inevitablemente hacia el deterioro físico y mental, hacia la soledad, hacia el abandono, hacia la no participación en la vida socio-política de la comunidad en la que vive.

Un mito del envejecimiento es que **existen límites** en la capacidad de las personas para el aprendizaje. No es cierto. Creemos que se puede sufrir un proceso mas lento para adquirir nuevos conocimientos cuando se es

mayor, pero este proceso cognitivo se puede ir completando y, en algunos casos, logrando niveles intelectuales superiores a todo el período de su vida anterior. Buena parte de la historia de la humanidad, se nutre de científicos, escritores, artistas y políticos, que han alcanzado la cima de su «saber» cuando ya eran Personas Mayores.

Otro mito importante se refiere a que los Mayores son una carga, al no participar en actividades productoras. Una parte importante de ellas, está preparada, física e intelectualmente y dispuestas a trabajar, pero no son aceptadas en el mundo laboral ni político, aunque en ocasiones estén más preparadas que los jóvenes, debido a los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y su «puesta al día» en temas de actualidad, como las nuevas tecnologías.

Es necesario incorporar a las Personas Mayores capacitadas, junto a los demás miembros de la sociedad, en la difícil tarea de construir y definir el futuro de todos, en un mundo con tal capacidad de cambio, como el que estamos viviendo. Queremos ser «sujetos históricos» y como tales, participar activamente alentando y apoyando soluciones creativas que pasen por todas las edades con capacidad de desarrollo.

Los Mayores, quieren ser personas «sujeto» y no «objeto». Quieren estudiar, junto a los poderes sociales, familiares y políticos, alternativas vitales basadas en la dignidad, para no caer en muchos casos, en la pobreza y degradación.

Necesitan participar, con pleno derecho, en el mundo en que se desenvuelve su vida y no estar institucionalizados como grupo en situación de inferioridad.

El principal obstáculo con el que nos encontramos es que esta discriminación no se reconoce entre los propios ciudadanos. Es un problema de convivencia generacional, que impregna la vida cotidiana. Si llegáramos al conocimiento y a la comprensión total de los derechos humanos, veríamos que éstos, están influidos y modificados por una pseudo-libertad de pensamiento, de la que ahora se presume.

¿Se tiene el conocimiento suficiente de cuales son los derechos humanos?

¿Se les enseñan a los niños en el periodo de su vida escolar?

La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 nos dice que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Es cierto que, durante los últimos años, se han incrementado los esfuerzos políticos por reducir la discriminación laboral por causa de la edad, pero en la Prensa diaria encontramos un importante número de ofertas de trabajo fijando topes –de treinta a cuarenta años– para los candidatos a esos trabajos. Para los mayores de esas edades, puede llegar a convertirse en un drama familiar y personal el no poder acceder a esos puestos de trabajo solamente por la edad, no por su «currículum». Valentín Playá, estudioso del tema y abogado, señala el Artículo 14 de *la Constitu-*

ción y el 4,2 del *Estatuto de los Trabajadores* para apoyar jurídicamente su convencimiento de que los límites de edad son ilegales por inconstitucionales.

En cuanto a la presencia de las Personas Mayores en la vida política, Gobierno de Autonomías, Congreso, Senado etc. según estadísticas de CEOMA, no llegan al 3% los mayores de 64 años...

¿Y qué decir de la discriminación sanitaria? ¿Cuántos especialistas en Geriátrica tenemos en nuestro sistema de la Seguridad Social?... Muchos mayores sufren diversas complicaciones en los ingresos de hospitales, debido a la escasa formación geriátrica de los profesionales de la salud...

En un informe de la Sanidad francesa, está previsto crear 8.000 plazas de profesionales geriátricos en este año 2.005 al tiempo que han abordado una auténtica revolución en el modelo de atención geriátrica, proyectando la creación de una Comisión de Personas Mayores asociada a la de los representantes de los Consumidores. Comisión encargada de velar por la buena marcha del plan de atención al Mayor.

En España, ya hemos iniciado el camino pero hace falta la formación geriátrica urgente tanto de médicos como de enfermeras integrados en la Sanidad Pública.

El artículo 10 de la *Ley General de Sanidad*, habla del derecho a la dignidad humana, a su intimidad y a la **no discriminación por edad**.

La dignidad de la persona no se pierde a lo largo de la vida y de ahí surge la necesidad del reconocimiento de los derechos e igualdad de oportunidades de las Personas Mayores. **Sin el pleno ejercicio de estos derechos, los Mayores, están discriminados como personas.**

Si hacemos un breve comentario sobre los Medios de Comunicación... Es lógico que existan revistas especializadas en los temas mas diversos, entre ellos el de los Mayores. Desde aquí, felicitamos a las editoriales que se ocupan de ello, pero... ¿Por qué en la Prensa diaria no se insertan las noticias de los Mayores en los temas correspondientes...económicos, deportivos, de sociedad etc.? ¿Hay que esperar un día determinado para que se hable de los Mayores?... Entiendo que **es otra clara discriminación**.

Casi sin darnos cuenta, estamos llegando en España, en el plano familiar y en algunos casos, a otra clara discriminación de los Mayores que se ve agravada, con el abandono que conduce a la soledad. **Existe el maltrato físico, psíquico y económico que lleva a estas personas que lo sufren, a la automarginación**. El temor a convertirse en una molestia o carga para la familia, genera una sensación de aislamiento afectivo que puede tener consecuencias graves, como el internamiento indebido en instituciones donde se limitan a sobrevivir. Esta autoevaluación negativa que hacen de sí mismos, se origina en la calificación que los demás hacen de ellos. **Es un síntoma más de la discriminación instalada en la sociedad.**

El momento histórico que vivimos en España y en el mundo entero, de grandes transformaciones e infinitos cambios, hace que el tema de los

Mayores sufra una crisis profunda. La realidad, cada vez más compleja y dinámica en la que continuamente surgen nuevos paradigmas, plantea la necesidad de abordar este tema bajo una nueva visión de presente y sobre todo de futuro. Es por lo que nos urge insistir en unas decisiones políticas y sociales que ayuden a afrontar, con justicia y conocimiento de este tema, las necesidades psicológicas, físicas y económicas de los Mayores para no discriminarlos dentro de la sociedad.

Reconociendo esta complejidad de la realidad social, una manera de entender la vida es a partir de la propia experiencia y es precisamente «esa experiencia», la que las generaciones actuales marginan, no incorporándola tanto a la vida política como social y familiar.

Se trata de un trabajo duro, que requiere ser abordado desde todas las facetas de la vida humana para progresivamente, ir transformando unos discursos más o menos teóricos en realidades sociales.

NADIE SE JUBILA DE LA VIDA. LAS GANAS DE VIVIR, LA CAPACIDAD INTELLECTUAL Y DE VOCACIÓN DE SERVICIO, NO TIENEN FECHA DE VENCIMIENTO. SOLO EXISTE EL LÍMITE CON UNA DISCAPACIDAD IMPORTANTE Y CUANDO NO SE ES ACEPTADO.

BIBLIOGRAFÍA

Hegenberg, 1979. «Introducción a la Filosofía de la Ciencia».

«Vida Plena», Argentina, 2002.

Estadísticas de CEOMA

«Las Personas Mayores en España», Inmerso, 2004.

«Estadística realizada por el Institut National d'étudis demographiques» (Francia, 2003).

«Resoluciones de la Inspección de trabajo de Madrid».

«LA MARGINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN»

D. Miguel Bordejé Antón, Presidente de CEATE y ASAUTE

De forma global puede decirse, sin lugar a la duda ni temor a equivocarse. que, en términos generales, el sector de las personas mayores constituye hoy el bloque social más importante dentro de nuestra sociedad. Dos datos especialmente avalan esta afirmación. Por un lado está claro en cuanto al número, dado el avance que en este sentido se viene dando con la continuidad implacable que marca el calendario de las jubilaciones o prejubilaciones. Pero, por otro, no puede dejarse de considerar la categoría humana, social, moral, cultural o política de que están adornados sus componentes.

Si la primera consideración salta a la vista a la mínima observación de nuestras calles, plazas, lugares de reunión, centros culturales o sociales, salas de salud o de ocio, por citar algunos aspectos más frecuentes de la vida y que con certeza matemática nos confirman las estadísticas, por lo que se refiere a la progresiva presencia de las personas mayores en una buena parte de la realidad social la conclusión se convierte en axioma. A excepción de algunos campos, como el de la representación política en los principales organismos con capacidad de decisión (Congreso, Senado, Cortes Autonómicas...) o de otros como el de la moda, el de la economía o las nuevas tecnologías, el avance de la presencia y actuación de las personas mayores es palpable.

UNA TRAYECTORIA VITAL DE LOS CIUDADANOS MAYORES

A este respecto se impone el reconocer la trayectoria vital que insuflan en la sociedad sus nuevas generaciones de mayores. Por supuesto que su preparación cultural y su participación social viene alcanzando los mismos niveles que en la mayoría de los ciudadanos, pero es que además su respuesta ante los problemas y necesidades más diversas sobrepasa la media nacional, y sus deseos de seguir estando presentes en sus propias comunidades y de aportar soluciones adecuadas se palpa en multitud de circunstancias. Valga citar, como ejemplo, el Voluntariado en todas sus variantes.

Por eso es más de notar y resalta de forma muy llamativa la escasa atención, cuando no peyorativa atención, que prestan y ofrecen los más diversos medios de comunicación a las personas mayores. E cierto que en este campo se ha pasado por diversas etapas. De la desconsideración total, a no ser sobre algún tema con ribetes de tremendismo o tintes descalificadores, a un punto en que aparecían con más frecuencia asuntos de interés para las personas mayores, siendo éstas, a su vez, autoras de sus propias noti-

cias. Proceso en que hay que reconocer la labor del IMSERSO por acercar el mundo de la prensa y la cultura a los diversos sectores sociales con algún tipo de carencias.

Es en esta etapa de los años ochenta cuando aparece la revista «Sesenta y más» y posteriormente algún espacio radiofónico, como «El club de la vida», debiendo resaltarse también que con motivo de eventos como el Año Internacional de las Personas Mayores o posteriormente la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, se notó un resurgir del interés de los medios informativos sobre las personas mayores en general, y sobre cuestiones como su economía, su mundo cultural, sus necesidades familiares, sus posibilidades de participación, etc.

Aun siendo esto poco y producirse de forma más bien anárquica. al irse dando cuenta los medios de los hechos expuestos más arriba y también de las posibilidades económicas que el sector ofrece, es más frecuente la aparición de noticias, habiéndose prodigado la publicación de algunas revistas desde la empresa privada, aparte de Boletines diversos y espacios radiofónicos, éstos enfocados generalmente a temas de salud.

OTRA ACTITUD DE LOS MEDIOS

Tras estas consideraciones, y situados ante la realidad descrita y frente a la actualidad, no puede decirse sino que el tratamiento de los medios de comunicación, especialmente de los grandes, tanto públicos como privados, deja mucho que desear por lo que a las personas mayores se refiere. Ahí están los estudios al respecto realizados a lo largo de los últimos años, por empresas privadas de publicidad unos y por el IMSERSO otros. El último es de hace un mes, presentado en la inauguración del Curso de Verano sobre «Los Medios de Comunicación y las Personas Mayores», de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, que tuvo lugar en Santander los días 28 de agosto al 3 de septiembre.

Como resumen de dicho estudio queda claro que el tratamiento que los medios de comunicación ofrecen sobre dicho sector es paupérrimo, cuando no denigratorio, tanto por lo que se refiere a la información propiamente dicha en los diversos medios como a través de la publicidad soportada en los mismos. Se trata de un colectivo que supera con creces los 7 millones (lo que hace acercarse al 20% de la población total española). Sin embargo de ninguna manera se acomodan las imágenes a su realidad social, económica, cultural o política.

A pesar de los avances referidos más arriba, los propios mayores siguen viéndose reflejados en los medios como dentro de un mundo de soledad, dependencia, negativos al compás de la vida, como problema, mientras, por el contrario, en la mayoría siguen primando los conceptos de deseo de vivir, de mejorar, de influir en la sociedad. La cuestión es más fuerte si, además, sobre los primeros aspectos el propio lenguaje empleado en los medios deja mucho que desear, al dominar en él un tono paternalista

cuando no un tanto dramático y hasta infantiloides, y como si en su inmensa mayoría vivieran en una Residencia. Y por lo que a las actitudes ante la vida y sus avances se refiere contrastan hechos como el que un 25% de personas mayores tiene teléfono móvil y supera el 17% el índice de los que usan con bastante normalidad Internet.

Ante estas evidencias y la presencia de periodistas, el Curso finalizó ofreciendo la llamada «*Declaración de Santander*», en busca de un código deontológico de los profesionales sobre el tratamiento de la información acerca de las personas mayores, de un gran peso e influencia éstas en nuestra sociedad, como se dice al principio de estas líneas.

En este documento final los periodistas presentes muestran una actitud realmente positiva, proponiendo un conjunto de fórmulas que hagan cambiar radicalmente el tratamiento informativo sobre el colectivo. Tanto esta Declaración como el Estudio referido es de esperar vean la luz pronto a través de su publicación. En cualquier caso, como resumen de las propuestas de los periodistas es de resaltar la necesidad de mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, ni mejor ni peor, sino distinta, en la que se dé la importancia necesaria a los valores que encarnan las personas mayores –serenidad, experiencia, respeto, independencia, memoria del pasado...– precisamente en contraste con los valores que sistemáticamente se destacan, como norma general, sobre juventud, belleza, rendimiento económico, etc.

Ante la marginación señalada, y de la que es absolutamente necesario salir, por todos los medios que la sociedad y sus instituciones disponen, y para lo que es imprescindible la colaboración de las propias personas mayores, la Declaración termina resaltando la necesidad de dar a éstas su propia voz, como ciudadanos independientes que son y protagonistas de sus propias vidas. Más aún, como primer paso se sugiere el recurso a ellas como primera y mejor fuente informativa en todo cuanto les concierne, y también en otras muchas cuestiones en las que su voz puede ser clarificadora.

SUGERENCIA RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD DEL MAYOR EN ACTIVIDADES: MENTAL, INTELECTUAL, DOCENTE, DE INVESTIGACIÓN, BELLAS ARTES, TECNOLOGÍAS, ETC.

D. Félix Pérez y Pérez, Catedrático Emérito de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J. F Kennedy y la Universidad Agraria de La Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria.

La comunicación que presentamos tiene dos aspectos. En primer lugar, evitar la discriminación por edad en las áreas anteriormente mencionadas, actualmente aplicadas con bastante frecuencia por personas, entidades, organismos, etc., y de otra parte destacar que se trata de una discriminación que no tiene fundamento jurídico, de acuerdo con nuestra Constitución de 1978 y otras disposiciones.

Etimológicamente la palabra discriminación viene de «discriminatio-onis» que significa separar, clasificar, alejar a las personas de la opción de trabajo en las actividades correspondientes a los campos anteriormente señalados, simplemente por mandamiento de la Ley de jubilación, que separa a unos de otros permitiendo continuar o cesar de inmediato en la actividad representada simplemente por haber cumplido la edad reglamentaria –límite laboral autorizado por la propia Ley.

A nuestro entender no existe base jurídica para aplicar la discriminación por edad. La Constitución Española (Madrid, 1978), Carta Magna aprobada por las Cortes, en cuya elaboración tuvimos el honor de participar como parlamentario constitucional, que más tarde fue ratificada por referéndum nacional, no limita la discriminación por edad del mayor.

El referido texto legal señala en su artículo 14, apartado 1, que los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer ninguna discriminación por razones de: sexo, raza, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, y por supuesto por razones de edad. De otra parte la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), proclama que todos los pueblos y naciones deben esforzarse a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspiradas constantemente en la referida disposición, promuevan mediante la enseñanza y la educación el respeto a estos derechos y libertades, asegurando medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su conocimiento y aplicación universal.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, **aprobó la** Declaración Universal de los Derechos Humanos del Mayor, **ratificando de esta manera la referida disposición. Por lo que se refiere a las personas mayores, en 1991 la Asamblea General de la ONU aprobó los principios de las Naciones Unidas en relación con las personas mayores, señalando las características especiales que han de reunir respecto a las referidas personas, de manera que la Asamblea General de las Na-**

ciones Unidas, de 16 de diciembre de 1991, aprobó la aplicación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, y señala: el mayor tiene derecho a la independencia, esto incluye el acceso al alojamiento adecuado, alimentación, etc., y por supuesto el derecho laboral.

De otra parte esta independencia va relacionada con la dignidad, según dijo Juan Pablo II: «mantener la dignidad os hará libres». La pérdida de dignidad en el mayor significa la privación de libertad, la sumisión al entorno y por tanto una degradación, que contribuye notablemente a un desenlace fatal.

La referida disposición nos habla también de la participación, lo cual significa que las personas de edad tienen que participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan al bienestar y compartir sus conocimientos, cuanto más al derecho a la educación y de todo el contenido de la comunicación que presentamos, que es el fundamento filosófico de la conferencia –conferencia pre-congreso– que me fue encomendada y desarrollamos el pasado día 18 de Octubre. Por otra parte se reclama también el concepto de autorrealización, de atención y la condición de dignidad anteriormente señalada.

Estas consideraciones hacen pensar que estamos ante una situación en la que no solamente hemos de reclamar la no aplicación de la discriminación por edad en general, y en especial en los puntos que referimos en nuestra comunicación, sino la necesidad y exigencia de que el Gobierno tome en cuenta el texto de nuestra Carta Magna, que expresa claramente la **protección** –libertad– y por tanto la no discriminación. Si se habla de cuando comienzan los derechos a partir de la mayoría de edad (18 años), no se habla, sin embargo, de límite de estos derechos por razones de edad.

La jubilación es una discriminación por edad, marcada sencillamente por la edad cronológica del individuo, sin tener para nada en cuenta la naturaleza del trabajo que realiza, es decir el contenido laboral que se está realizando. Esta determinación se hace de forma general, indiscriminada y brusca, diríamos también inhumana.

La discriminación por edad en esencia es una **calificación**. En este sentido la Ley no distingue, y actúa arbitrariamente, la naturaleza, como decíamos anteriormente, del trabajo que se realiza. **No es lo mismo discriminar por edad a personas dedicadas a trabajos basados en la actividad física, energética, material, que requieren una configuración anatómica especial y una preparación particular, que la discriminación por edad referida a personas que trabajan en el área cultural, mental, intelectual, artística, etc., basados por supuesto en la preparación científica y técnica,** cuya eficacia se establece en base al funcionamiento y desgaste del sistema nervioso y centros neuromotores que coordinan y definen su eficacia.

En el primer caso (trabajos manuales) existe mayor desgaste del organismo, que necesita –en tales circunstancias– intervalos para reparar las

energías, que en todo caso a través del tiempo se van perdiendo, limitando las facultades y el rendimiento del operario, que aunque mantiene su eficacia (experiencia) pierde en rendimiento global.

La jubilación es una decisión política –convenio– establecido a partir de la era industrial entre la empresa y el trabajador. El trabajo desgasta y en tal sentido el operario pierde rendimiento, lo cual preocupa a la empresa, mientras que el propio operario piensa que el tiempo va pasando, que no disfruta de la vida y que añora dedicarse a lo que se ha llamado «la última fiesta». La jubilación es por tanto un convenio que tiene arraigo puramente laboral y que se basa en razones de rendimiento y de necesidades del propio operario para cambiar de vida y dedicarse a otras actividades en los últimos años, declinar biológico del mismo.

Existen casos realmente llamativos, como es el del físico Dr. R. HA WKIM, parapléjico que en silla de ruedas manifiesta una actividad realmente asombrosa y que ha sido objeto de grandes distinciones científicas por su aportación a la ciencia. Está claro que la actividad mental en este caso fundamental, no tiene que ver nada con la discapacidad desde el punto de vista material. Otro caso es el del compositor BEETHOVEN, que sordo y casi ciego fue capaz de componer sinfonías que asombraron al mundo, basadas en el uso de su capacidad mental, intelectual, muy alejada de las exigencias materiales que requiere otro tipo de trabajo, tales como la dedicación a las labores agrícolas, mineras, etc., diferentes al desgaste que genera la actividad mental, que se mantiene durante más tiempo que la actividad anteriormente señalada. Podríamos citar otros casos interesantes en el mundo de la ciencia, de la literatura, de la música, etc.

La comunicación que presentamos pretende:

- No sólo eliminar la puesta en práctica de la discriminación por edad, sino mentalizar a la sociedad de que la Administración, y especialmente el Gobierno, deben tener en cuenta que la discriminación no tiene base legal, y que debe hacer cumplir el mandato que preserva dicha actitud, establecido por la Ley –Carta Magna– Constitución de 1978.
- Hay que tener en cuenta que la discriminación de intelectuales dedicados a la investigación, personas de alto prestigio que dirigen el progreso de la sociedad, significaría por otra parte la paralización de estas actividades, importantes para el progreso social.
- La discriminación por edad, especialmente en el campo que nos ocupa, no debe hacerse de una manera generalizada, sino específica y concreta, que no solamente afectan a los distintos matices que se tratan en este Congreso.
- Se recomienda tener en cuenta para aplicar la discriminación por edad la calidad y capacidad de trabajo del individuo, y no de forma generalizada sino individualizada. En este sentido proponemos que se admita el concepto de jubilación anticipada en aquellas circunstancias en las que el individuo se vea disminuido, quebrado por razones de salud, etc.

- Proponemos la consideración de la discriminación retrasada –jubilación– en aquellas personas en las que concurren circunstancias extraordinarias, cuyo rendimiento sigue siendo útil a la sociedad, que caracteriza el trabajo que ejercen.
- La discriminación por edad debe ser cualitativa y decidida individualmente, en tareas docentes, de investigación, dirección de programas, biotecnologías y bellas artes, en general. Tanto las decisiones para admitir la jubilación anticipada como el retraso en la misma (prolongación de la vida activa), deben fundamentarse en los indicadores de la edad biológica y los test de envejecimiento.
- La discriminación por edad no tiene fundamento jurídico, atenta contra la realidad vigente; está claro que la persona asume la plenitud de sus derechos civiles y de la ciudadanía al cumplir los 18 años, pero que ninguna ley dice que se pierdan al cumplir los 65, de acuerdo con la ley laboral de jubilación. Nuestra Constitución entiende que los españoles son iguales ante la Ley sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, sexo, religión, opinión, o cualquier otra condición, entendiéndose la edad como una de las condiciones o circunstancias personales que no pueden sufrir discriminación.
- En todo caso, para aplicar la discriminación por edad y la Ley de Jubilación, debe tenerse en cuenta el resultado de los indicadores de edad biológica el individuo, que no siempre coinciden con la edad cronológica del mismo, así como los test de envejecimiento, resultados que garantizan la viabilidad de la jubilación anticipada y la prolongación de la vida activa.

«DISCRIMINACIÓN POR EDAD» ANÉCDOTAS

D. Luis M.ª Huete Morillo, Abogado

Trabajo, no puedo hacer —«soy jubilata»— pero al menos concretar algunas curiosidades que se dan en nuestra legislación.

Por ejemplo, el D.N.I., desde que se cumplen los 70 años ya no se renueva. Da igual que uno llegue a los 90 años. El carné sirve igual. Aunque la foto no se parezca nada. Esto parece que es un favor para evitamos trámites administrativos, pero sin embargo, el Carné de conducir, si tienes 65 años no te lo dan por primera vez y a partir de los 70 lo tienes que renovar cada 2 años. Aunque no tengamos accidentes ya no se fían de nosotros.

Con la licencia de armas pasa igual. Con 60 años te la dan para dos años y con 70 año a año. ¡Los viejos no somos de fiar aunque no tengamos problemas de vista o parkinson!

En el terreno político en las elecciones municipales no puedes presidir una mesa electoral si pasas los 65 años, pero si puedes ser presidente de la mesa del Congreso o del Senado.

En el aspecto judicial, te puedes excusar de formar parte de un jurado si cumples los 65 años. Por otra parte procede la declaración de fallecimiento, por ausencia, si al expirar el plazo hubiese cumplido, el ausente, 75 años.

Si repasamos todos los aspectos de la edad en nuestra legislación, veremos que no tenemos ideas claras ni cuando se empieza a ser mayor y tener derechos ni cuando te puedes jubilar. Unas veces a los 55, otras a los 65, pero para jueces y notarios es forzosa a los 70.

Una última propuesta: ¡Que podamos vernos todos en el próximo octavo Congreso aunque sea con los mismos derechos!

LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD: UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Dpto. Intervención Social, Cruz Roja Española

La lucha contra la discriminación es necesaria en nuestras sociedades por razones éticas y morales: la discriminación implica obstáculos inaceptables sobre los derechos básicos de las personas y es responsable de generar efectos muy destructivos sobre los individuos y los colectivos que la sufren. Pero además, la discriminación (que demasiado a menudo deviene exclusión social) conlleva que la sociedad no aproveche al máximo el capital social y humano, los conocimientos y las habilidades de todos sus miembros.

El interés de Cruz Roja Española en este tema se deriva de las características de nuestra institución: entidad que provee servicios a personas mayores y que es auxiliar de poderes públicos. Conocemos las barreras que coloca el entorno, así como las que provoca la interiorización de la imagen social que se tiene de las personas mayores.

1. PROCESOS DE LAS DINÁMICAS DE DISCRIMINACIÓN

Evitar o paralizar los procesos de las dinámicas de discriminación de este colectivo pasa por un necesario análisis de los determinantes sociales que favorecen estas dinámicas.

Un estereotipo es una imagen mental simplificada de los miembros de un grupo, que es compartida socialmente. La adjudicación de estereotipos a un grupo estigmatizado hace que la imagen que se tenga de ellos se base en un gran número de prejuicios negativos. Con respecto a los mayores son comunes las calificaciones de ineficientes, enfermos, inflexibles, molestos, inactivos y tristes¹.

Tendemos a rechazar aquello de los demás que no nos gusta de nosotros mismos, vivimos en una sociedad basada en la imagen, en la vitalidad y en la productividad, en definitiva atributos de la juventud. Sin embargo no hemos encajado en nuestro trayecto vital el hecho de que algún día envejeceremos y moriremos, preferimos volver la cabeza frente a personas que están viviendo esa etapa y cerramos los ojos ante sus planteamientos y sus preocupaciones.

El proceso de internalización, por parte de las víctimas, de ciertos estereotipos es extraordinariamente dañino, ya que representa una espiral de retraining de estereotipos y de discriminación.

Los modelos de vejez van cambiando a lo largo del tiempo y a lo largo de las diferentes culturas: el rol de los mayores en las sociedades y en las familias y el modo en que se concibe cómo debe ser una persona mayor

¹ «Imagen de los Mayores en España, Imsero, 2002.

en relación con los otros grupos de edad cambian en función de múltiples factores: por evolución de la sociedad, porque cambia la cultura, porque cambian las personas...

Mientras no se hace visible la presencia de discriminación, se puede seguir negando que existe. Esta carencia de comprensión de la discriminación por edad se refleja en la falta de buenas prácticas en países donde la lucha contra la discriminación se centra en otros tipos (por etnia, género, etc).

La extensión de los mitos falsos sobre la vejez («son demasiado viejos para aprender», «no producen», «son aburridos y cascarrabias») implican una curiosa tendencia a atribuir a la edad unas características personales que sitúan a este colectivo como responsable de su propia marginación. La edad es un atributo o circunstancia que forma parte de nuestra identidad individual y social, como nuestra raza, género, nacionalidad, etc; tales circunstancias se encuentran entrelazadas de manera compleja afectando las oportunidades de desarrollo personal y social de las personas.

2, LA LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

El fin de nuestra Institución es promover y defender los Derechos Fundamentales de aquellos grupos de personas que tienen mayores dificultades para integrarse en nuestra sociedad en condiciones de igualdad en el acceso y en el control de los recursos disponibles y en las oportunidades para tomar de decisiones.

Estas dificultades de inclusión social que sufren las personas mayores surgen tanto por sus características personales como por los elementos de discriminación del entorno:

Características personales

Sin olvidar el carácter heterogéneo de este grupo de la población, podríamos generalizar ciertas características endógenas de las personas mayores: la prevalencia de enfermedades crónicas, pérdida de seres queridos, cambios en nuestro cuerpo y en nuestras relaciones familiares. Sin embargo estas particularidades no son exclusivas de esta etapa vital, peor aún, si éstas ocurren en otra etapa de la vida (en la adolescencia, el embarazo, cambios en la actividad profesional, etc) se les da una connotación positiva. Por otro lado, otros atributos que pueden ligarse a la vejez (etapa de plenitud de sabiduría y conocimiento, oportunidad para dedicar nuestro tiempo a aprender y emprender nuevos proyectos, establecer nuevas relaciones, etc) son apenas visibles y reconocidos.

Características del entorno

Las personas mayores en nuestro país experimentan a menudo dificultades en:

- El acceso a la educación y a la formación a lo largo de toda la vida.
- El acceso a adecuados recursos socio-sanitarios.
- El acceso a recursos económicos y al empleo.
- Encontrar un adecuado apoyo familiar y social.
- Disfrutar de unas condiciones dignas de vivienda que propician su independencia.
- El acceso a las nuevas tecnologías.
- El acceso a la participación en la vida política, cultural y económica de su comunidad.

Cruz Roja Española, contribuye a la inclusión social de casi 300.000 personas mayores de toda España, a través de los siguientes proyectos y acciones implantados en todo el Estado:

- Información y sensibilización: puesto que los valores y las tradiciones determinan cómo una sociedad ve a sus mayores y al proceso de envejecer, las organizaciones de defensa de derechos, actuamos como medio de empoderamiento de los mayores que refuerzan la identidad positiva y la autoestima de una población mayor.
- Programas intergeneracionales: partiendo del planteamiento de que el grado de solidaridad entre las generaciones determinará la magnitud de la respuesta de las políticas públicas a las necesidades de las personas mayores.
- Promoción del envejecimiento activo: a través del fomento del aprendizaje a lo largo de toda la vida y de su participación voluntaria en proyectos comunitarios, conseguimos hacer más eficaz la contribución de los mayores y difundir una imagen positiva de los mismos en la sociedad.
- Provisión de servicios socio-sanitarios adecuados y de calidad desde un planteamiento:
 - que reduce las desigualdades sociales y económicas en lo referente a la atención socio-sanitaria,
 - que fomenta la participación de los propios mayores en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios socio-sanitarios y los cuidados de larga duración,
 - que promueve el mantenimiento de los mayores en el entorno en que han vivido,
 - que fortalece, apoya y reconoce a las personas que prestan asistencia de manera informal.

3. PARA LA REFLEXIÓN

No podemos olvidar la situación de miles de personas mayores inmigrantes en muchos países, que sufren la doble discriminación: por edad y por etnia. Son personas fuertemente ligadas a las costumbres y valores de

la cultura de origen y sufren especialmente barreras de integración en la sociedad de acogida.

La situación de las mujeres mayores, también doblemente discriminada, con pensiones mucho más bajas que los hombres, una esperanza de vida libre de discapacidad muy inferior y, sobre todo, con una carga de trabajo en el cuidado de los niños y enfermos de la familia muy poco reconocida y visible en nuestra sociedad.

Las crisis humanitarias afectan a millones de personas en todo el mundo. Los refugiados mayores forman el 10% de la población atendida por ACNUR² y sufren desproporcionadamente mucho más que otros grupos de edad de limitaciones de movilidad, largos viajes, frío y otras inclemencias.

En los países en desarrollo las necesidades de estas personas son las últimas en satisfacer mediante la ayuda humanitaria, y no son tomadas en cuenta a la hora de diseñar proyectos por parte de las Agencias especializadas. Además la pandemia del SIDA en África supone una pesada carga para los mayores que deben enfrentarse con el estigma social, la pérdida de familiares y el gasto añadido de hacerse cargo de sus nietos huérfanos.

El cómo percibimos a las personas mayores va a determinar el planteamiento de nuestras intervenciones y en el diseño de políticas, programas y servicios que den respuesta a sus necesidades y que permitan a las sociedades aprovechar sus contribuciones.

² Comité Ejecutivo del ACNUR. «*La situación de los refugiados mayores*», 2001).

PERSONAS SORDAS MAYORES

Confederación Estatal de Personas Sordas

Desde la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE), queremos dar a conocer la realidad de las personas sordas mayores, señalando algunas situaciones de discriminación en las que viven y la escasez de recursos accesibles y específicos existentes para ellas. Es nuestra intención por ello, proponer algunas actuaciones que ayuden a mejorar su calidad de vida.

Existe un aumento de personas sordas mayores que no encuentran entre los servicios existentes, una respuesta adecuada a sus necesidades. Son múltiples los perfiles que nos encontramos en el sector, lo principal es valorar los mecanismos de comunicación e información y de acceso a los diversos recursos existentes para personas mayores y adaptárselos a su entorno.

Actualmente, las personas sordas mayores tienen un espacio de participación y representación dentro de la estructura de la CNSE. Desde aquí, trabajamos por atender sus necesidades de atención, la provisión de servicios específicos y la defensa de sus intereses y derechos. Con la realización de diferentes jornadas, encuentros y convivencias, hemos podido recoger conclusiones que nos definen cuál es su situación actual y como deberíamos trabajar desde nuestra Entidad y su movimiento asociativo en la resolución de sus demandas.

Entre las conclusiones más comunes de este tipo de encuentros, podemos decir que las Personas Sordas Mayores se enfrentan a una serie de barreras que dificultan su comunicación con el entorno y que hacen que tareas relativamente sencillas tengan muchas trabas. Por ello, es importante que se rompan las barreras de comunicación de las personas sordas mayores.

Para intervenir con personas sordas mayores es necesario conocer las características de la Comunidad Sorda, la Lengua de Signos y otras modalidades lingüísticas, analizar la construcción de una identidad en un entorno donde las barreras de comunicación han afectado a todos los ámbitos de la vida, estudiar el acceso a la información y comunicación tanto en servicios específicos como en la vida diaria, atender al riesgo de aparición de nuevas discapacidades y analizar el aumento de exclusión en el caso de las mujeres mayores sordas, entre otras.

Así mismo, las personas sordas mayores necesitan de unas adaptaciones técnicas en su entorno que faciliten su movilidad y su comunicación, tanto en sus hogares como en los centros para personas mayores.

Las y los profesionales gerontólogos han de conocer las características comunicativas y socioculturales de las personas sordas mayores dentro de las instituciones de mayores, centros de salud, servicios de ayuda a domicilio, centros de ocio para mayores, etc. Hasta ahora no ha existido ninguno de estos servicios que esté adaptado ni especializado para estas personas.

Hay que fomentar la autonomía de las personas sordas mayores y evitar lo máximo posible su institucionalización, se deben ofrecer servicios tales como: teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio, centros de día, residencias, programas ocupacionales, programas de mejora de la memoria, programas educativos y/o formativos, programas de gimnasia, pero que han de estar adaptados.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Hemos dividido las acciones que queremos realizar en defensa de las Personas Mayores Sordas en:

– Transversalidad

Es necesaria una implementación progresiva de una perspectiva transversal en todas las acciones, a través de la incorporación de la realidad específica de las personas sordas mayores, en los discursos, acciones y políticas generales de diversas Administraciones y de entidades que forman parte del movimiento asociativo de personas mayores.

Por ejemplo: cuando hablamos de Accesibilidad y Nuevas Tecnologías no se puede olvidar de las personas sordas mayores. Hay que recordar que existen sectores específicos y que no se pueden olvidar de ellos cuando preparan alguna de sus actuaciones.

– Representación Política

Representación política y defensa de los derechos de las personas mayores sordas dando a conocer su realidad ante la administración pública (IMSERSO y otros) y participando en otras entidades de personas mayores.

– Adaptación y Accesibilidad de Centros, Servicios y Programas

Dentro de este apartado incluimos las siguientes propuestas específicas:

- Seguimos teniendo como meta la creación de una **residencia accesible a nuestra realidad comunicativa**.
- La incorporación de **Centros de Día** en las Asociaciones o Federaciones de personas sordas. Se deben facilitar los medios económicos y técnicos necesarios para que estas Asociaciones y Federaciones puedan convertirse en Centros de día por las mañanas, de modo que las personas sordas mayores puedan seguir en contacto con sus entornos naturales y recibir los servicios que se ofrecen para personas mayores oyentes, como son talleres de memoria, gimnasia, manualidades, rehabilitación, cursos de formación, etc
- El **Servicio de Ayuda a Domicilio** debe ser realizado por personas que conozcan la Lengua de Signos Española o personas sordas propiamente dichas, con formación específica.

- Mayor dotación de **Servicio de Intérpretes de Lengua de Signos** que faciliten la asistencia de las personas mayores a los centros de salud, gestiones que deban realizar etc.
- Servicio de **Teleasistencia** accesible para personas sordas, mediante videoteléfonos o videoconferencia, móviles de última generación, etc. **(ESPECIFICARLO, YA QUE ES MUY IMPORTANTE).**
- Aparte, es importante que desde la CNSE, a través de su Fundación, y desde las Federaciones y Asociaciones se realicen **programas educativos, de estimulación de la memoria, de educación y aprendizaje cultural destinado a las Personas Sordas Mayores.**

Las **actividades de Ocio y Tiempo Libre** también son acciones de gran interés y necesarias para vencer la soledad en la que se encuentran muchas personas sordas. Así como también es muy importante vencer el aislamiento en el que se encuentran personas sordas mayores que viven en zonas rurales (pueblos) a los que no se puede llegar. Pero estas acciones, consideramos, son más importantes para que se realicen desde las Federaciones y Asociaciones, siempre con nuestro apoyo si nos lo solicitan, porque en la atención a las personas mayores hay que estar cercano a su situación. Los **programas de ocio, vacaciones, termalismo** han de ser específicos para personas sordas mayores, donde la comunicación y contacto con otras personas sordas sea un elemento más de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Las experiencias en países como Holanda y Dinamarca entre otros, muestran que contar en plantilla con personal sordo y oyente que utiliza la Lengua de Signos con las personas sordas mayores hacen que la calidad de vida de éstas sea mayor y totalmente satisfactoria.

Esta experiencia positiva, sumada al esfuerzo que supone contar con los medios técnicos para adaptarlos a la población mayor sorda, nos lleva a proponer la creación de centros de día, residencias específicas para personas sordas, servicios y programas específicos.

LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES EN LA PRENSA

Dña. María Eugenia Polo González, *Vicedecana de 3.º Ciclo y Extensión Académica Universidad Pontificia de Salamanca*

Una sociedad para todas las edades es el acertado lema que adoptó la Organización de las Naciones Unidas con motivo del Año Internacional de las Personas de Edad en 1999. Kofi Annan, secretario general de la Organización, a modo de prólogo de ese año, definía una sociedad para todas las edades como aquella que no caricaturiza a las personas mayores como pacientes o pensionados, sino como agentes y beneficiarios del desarrollo. Si hacemos una extrapolación al periodismo, ¿se podría afirmar que se hace un periodismo para todas las edades? Lamentablemente, la respuesta pasa por un rotundo 'no'.

En un estudio que hemos realizado en Castilla y León, la comunidad paradigmática en cuanto a envejecimiento, ya que alcanza unas cotas superiores al 22% de la población, los resultados, extrapolables sin duda al resto de la geografía nacional, son poco halagüeños. El periodo de la investigación comprende la horquilla temporal de 1983 a 2001, ya que el objetivo era hacer una radiografía de fin de siglo sobre el tratamiento que la prensa da a los mayores. Estos son algunos de los resultados.

1. La información relacionada con personas mayores tiene un peso sensiblemente mayor a medida que avanzan los años, pero lejos de ser un incremento en gradación ascendente, como ocurre con la realidad demográfica, se produce irregularmente, a saltos, de forma que se observan involuciones en la frecuencia de unidades publicadas.
2. Los asuntos más significativos de la agenda temática se concentran en parcelas mercantilistas, paternalistas y proteccionistas (pensiones, homenajes y residencias, respectivamente), lo que contribuye a estereotipar negativamente al sector de los mayores. Esta tendencia a mostrar contextos tan acotados propicia la exclusión del colectivo, con el agravante de que se trata de un principio que interioriza no sólo la sociedad, sino los propios interesados. El sector de los 'realineados' (o personas que establecen nuevas relaciones sociales y buscan actividades para llenar su mayor tiempo libre) tiene una presencia atomizada, ya que las categorías representan porcentajes poco significativos de forma aislada.
3. Las informaciones que se publican son huérfanas en cuanto a apoyo gráfico; en un porcentaje muy elevado no aparecen respaldadas de ilustraciones. Fruto de la cultura visual imperante, un porcentaje muy elevado de lectores se fija en primer lugar en las fotografías. Es una forma de hacer más atractivo el mensaje impreso, además de ayudar a fijar la atención y a asimilar la información. Este vacío ilustrativo denota una apatía del medio por realzar los contenidos de mayores.

4. Las fuentes informativas brillan por su ausencia cuantitativa y cualitativamente. En la mayoría de las ocasiones no se citan y cuando se hace uso de ellas no existe un contraste de versiones que enriquezca el discurso. El hecho de adoptar una sola versión significa, de entrada, una manipulación; pone de manifiesto que por norma ni se da la posibilidad de confrontar los relatos publicados ni se profundiza en el significado de los acontecimientos que se difunden, lo que denota un empobrecimiento de la información y una apatía por parte de los periodistas hacia el sector de los mayores. Además se constata la existencia de una fuerte dependencia de las fuentes de titularidad pública, de forma que los diarios regionales se erigen en amplificadores de las voces 'oficiales'. El fenómeno de la profesionalización de las fuentes de los últimos años tiene parte de culpa de esta rutina en el ejercicio periodístico que revierte en un distanciamiento de los intereses de los lectores. Si es cierta la ecuación de que cuanta más cantidad y variedad de fuentes mayor será la calidad, con los mayores se está haciendo un periodismo de ínfima calidad, máxime si se tiene en cuenta que los lectores de prensa esperan una información completa, reposada y contrastada. A esto se suma el hecho de que el colectivo directamente implicado en este estudio se cita muy tímidamente, lo que reafirma que en los estudios de construcción de la realidad se priman los puntos de vista de las clases dominantes, en perjuicio de posiciones más débiles.
5. Existe un enorme desfase en el número de unidades que se dedican a los distintos géneros. Los géneros informativos monopolizan el discurso periodístico, en especial las noticias. Se puede hablar de una epifanía del instante por parte de los diarios regionales. Los periódicos se conforman con reflejar hechos puntuales, sin las lógicas aspiraciones periodísticas de profundizar y contextualizar (es decir, ir más allá de la información para alcanzar conocimiento). La realidad de los mayores es indigna de comentarios, haciéndoles invisibles a los ojos de la sociedad; en las contadas ocasiones que se habla de ellos existe una ligera inclinación a hacerlo de forma desfavorable. A través de los editoriales, voz institucional de los medios, se ningunean; las columnas son escasas y la palabra de los lectores es prácticamente nula. Respecto a la publicidad, pese a ser los periódicos el medio más efectivo para dirigirse a los mayores y la constatación de ser un sector cada vez más consumista, aparece relegada a un porcentaje residual; es un campo infraexplotado. Es decir, el colectivo de los mayores interesa 'relativamente' desde el punto de vista informativo, pero desde los prismas de opinión y publicidad, se desoye.
6. Pese a ser 'mayores' la denominación preferida por el colectivo implicado, los periódicos priorizan otros términos en este orden: 'ancianos', 'pensionistas', 'tercera edad' y 'jubilados'. Por géneros, la denominación más utilizada en las informaciones es 'ancianos'. En cambio, los artículos de opinión y la publicidad dan preponderancia

al término 'pensionistas'. La forma de 'nominar las cosas es una forma de 'ver' las cosas y el hecho de que el término que más gusta a los afectados quede postergado a un quinto lugar pone de manifiesto una fisura entre la realidad social y la realidad mediática, además de la existencia de un déficit de profesionales especializados; en definitiva certifica un desconocimiento del sector por parte de los periodistas. El lenguaje no es inocente, ya que en todo mensaje hay una carga semántica y en este caso es totalmente negativa. Nominar incorrectamente es una forma de despreciar al colectivo: los diarios se convierten así en legitimadores de la discriminación, en vez de informar para todos.

7. Los mayores aparecen en todos los medios como seres pasivos, es decir, como sujetos receptores de hechos y no como protagonistas y/o constructores de la sociedad de hoy. Dentro del balance de recursos sociales, la prensa regional contabiliza un inventario al descubierto, registrando a los mayores en la columna roja del 'recibir': los mayores reciben más que dan. Con ello, los medios se niegan a desempolvar los clichés negativos, reafirmando socialmente el etarismo, viejismo, edadaísmo o marginación del colectivo, en la medida en que contribuyen a fortalecer el estereotipo del mayor visto como parásito o carga social, amén de homogeneizar a un colectivo que a todas luces es cada vez más heterogéneo y que lleva años demostrando su potencial para la participación activa en la vida social, política y familiar.
8. A la hora de editar la 'agenda temática', la mayoría de las informaciones y opiniones se publican en páginas pares, seguidas de las impares. La portada, escaparate de los periódicos, alude a los mayores en contadas ocasiones (y cuando lo hace es para hablar sobre todo de pensiones, residencias y accidentes, con las consecuencias estigmatizantes que conlleva para el sector).
9. Los mensajes predominantes se relegan a un tamaño intermedio, ocupan de una columna a media página, con tendencia mayoritaria a los breves. Esta forma de 'invisibilidad' coloca a los mayores en un vagón de tercera, ya que el discurso en torno a ellos se destierra a espacios reducidos, condensación que dificulta el saludable ejercicio de contexto para la formación de una opinión pública real.

LA INTERGENERACIONALIDAD COMO FACTOR DETERMINANTE PARA LA REDUCCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD CON EL COLECTIVO DE MAYORES

D. Juan Francisco López Paz, Secretario de Facultad FICE. Universidad de Deusto

La evolución social experimentada implica el paso de la familia extensa tradicional, jerarquizada en su estructura y funciones y en la que el mayor se hallaba a efectos de control, dirección, coordinación y decisión en la cúspide de la pirámide familiar de la que formaban parte núcleos familiares de diferentes generaciones, a la familia nuclear.

En los países en vías de desarrollo con sistemas económicos basados en la agricultura o el artesanado, en las sociedades tradicionales se sigue manteniendo un gran aprecio por los miembros más mayores de la comunidad (1). La relación familiar es el vínculo de integración más importante y mientras que la familia es una unidad de producción con las propiedades conjuntamente poseídas y compartidas, el verdadero poder económico frecuentemente reside en el mayor, líder de la familia.

En la sociedad moderna, urbana e industrializada, con familias como unidades de consumo, de tipo nuclear, conyugal, reducida y neolocal aquella perspectiva ha experimentado un cambio rotundo y en la relación y el lugar que al mayor le corresponden en la familia se están produciendo transformaciones importantes y evidentes.

En nuestra sociedad se tiende a considerar a los mayores como carga social por pasar a pertenecer a los llamados o grupos pasivos. Quizá no se caiga en la cuenta de que el grado de progreso y desarrollo se debe, en gran medida, al esfuerzo, los saberes y el trabajo de quienes han alcanzado la edad de la ancianidad, y a los que corresponde, en justicia, ser derechohabientes de los beneficios y consideraciones sociales debidos a su innegable y prolongada aportación al bienestar de generaciones posteriores ((2) y (3)).

En la familia, si bien se mantienen los vínculos afectivos y de relación tradicional entre sus miembros de más edad con sus descendientes hay no sólo indicios, sino evidencias del cambio en los papeles más tradicionales de los mayores en la vida familiar.

Así pues, en la medida en que la familia se ha extendido en el tiempo, con más altas tasas de supervivencia, y que se ha producido un distanciamiento en las actividades y localidades rurales a favor de las condiciones de trabajo y de residencia de índole urbana, el sistema de hogar tradicional conjunto o de familia extensa ha empezado a ceder el paso al hogar de familia moderna nuclear que comprende a los padres y sus hijos menores no emancipados, desde hace ya tiempo ((4) y (5)).

1. NUEVA CONFIGURACIÓN FAMILIAR VERSUS DISCRIMINACIÓN POR EDAD

En esta nueva configuración familiar los mayores han cedido en su puesto directivo, en una relación más igualitaria y menos rígidamente jerarquizada, aunque ello no implique menosprecio ni pérdida de consideración, pero sí una diferente conceptualización en cuanto a sus cometidos y, en su caso, prerrogativas. Se ha originado entre ellos y sus hijos y nietos una corriente de aproximación con tendencia al establecimiento de planos igualitarios y a ellos acuden con frecuencia los hijos en demanda de ayuda que se traduce, principalmente, en apoyos para el cuidado ocasional de los nietos mientras padres y madres trabajan fuera del hogar y en otros relacionados con determinadas tareas domésticas ((6) y (7)).

Uno de los factores más importantes que afectan a la posición de los abuelos en las modernas sociedades es el cambio de patrones de la autoridad familiar. Hoy se da prioridad al respeto, en las relaciones intergeneracionales, sobre la autoridad; y a la confianza sobre el respeto (8). Este es un principio aceptado y proclamado tanto por los padres como por los hijos.

En el proceso de envejecimiento y en el nuevo ciclo postparental y de relación entre los esposos destacan con entidad propia, específica y definidora tres hitos fundamentales: término de la crianza de los hijos, retiro o jubilación, y disolución del lazo familiar por el óbito de uno de los cónyuges ((9) y (10)).

En la primera de estas fases del envejecimiento la carga mayor en la adaptación ocupacional recae sobre las mujeres que hubieran fijado como único fin y cometido de sus vidas la dedicación a los hijos y al hogar, las cuales pierden su papel fundamental mientras que los cónyuges se hallan en la cima de sus carreras o en el punto más integrado de su actividad profesional. De ahí la conveniencia y capital importancia para mantener el equilibrio psicosomático de la mujer en esta situación, de la concurrencia de otras actividades y/o nuevas ocupaciones ((11) y (12)). En la segunda fase o hito, en la generación actual de personas mayores, la incidencia es más profunda e intensa en el marido que pierde su principal papel en el sistema ocupacional y ha de redefinir y replantearse su relación con su cónyuge y con el resto de la familia, dando lugar a un acercamiento entre los esposos cuando se produce la marcha de los hijos, el nido vacío, con un planteamiento más igualitario entre ambos reviviendo una segunda luna de miel o, en el caso opuesto, produciéndose una profunda crisis ante la falta de los hijos como elemento aglutinador ((13) y (14)). Si a lo largo de muchos años los problemas de los hijos y la preocupación por ellos era lo único que exclusivamente mantenían unidos, o al menos cerca, a los esposos que necesitaban de tales tensiones para mantener la cohesión del grupo, la ausencia de aquellos vendrá a constituirse en el elemento disgregador, en causa precipitante de distanciamiento.

2. EXPECTATIVAS DEL MAYOR EN EL ÁMBITO FAMILIAR

El mayor espera de la familia aquello que necesita en cuanto a aspectos básicos que definen su equilibrio emocional. Necesita tener un sentido de la integridad, saber y percibir que está integrado en la familia, que no es un apéndice de la misma. Asimismo, necesita ser amado, ser valorado en lo que es y en lo que fue, porque a ello se debe lo que son y serán los que le siguen. La constancia del afecto es vital para las personas mayores (15). La realización, implementación de estos puntos exige un equilibrio que estriba en dar y recibir, hecho que básicamente acontece en la familia.

El mayor espera de la familia comprensión para su carácter y su personalidad. Al llegar a la ancianidad se conserva el carácter de toda la vida. Lo que ocurre es que, por una parte, varían las formas y las posibilidades de expresarlo y, por otra, que por parte de los familiares, en función de la edad y de la nueva situación familiar, se perciben de manera diferente. Espera también comprensión y respeto para unas ideas y creencias, para unas estructuras mentales que, aunque trate de adaptarlas a la evolución y al ritmo cambiante de la sociedad actual, le han acompañado y le han servido a lo largo de muchos años y a las que, lógicamente, le es ahora difícil enunciar. Igualmente, espera que se valoren en él la capacidad de reflexión la claridad del juicio, la utilidad de la experiencia, la discreción en el decir y en el hacer, el saber de la vida y de las cosas, la veteranía y la madurez en el trato con los menores, que en tantos mayores se dan y que hacen verdaderamente gratas las relaciones interfamiliares (16).

La mayoría de estas personas mayores se enfrenta a las importantes modificaciones que incluyen pérdida de la función social laboral y la jubilación, con reducción sensible de ingresos, a veces hasta topes inferiores a los de subsistencia, originando una forzosa dependencia de otras personas e instituciones.

En este punto, los mayores que atraviesan por una situación económica de esta naturaleza, con pensiones exiguas y sin bienes que les permitan llevar una vida mínimamente digna, tienen derecho a esperar la ayuda y solidaridad amorosa de sus hijos que gocen de una posición económica desahogada, y aun de aquellos que no la tengan tanto y hayan de hacer algún esfuerzo o sacrificio, en justa compensación para quienes, en su caso, lo hicieron a fin de facilitarles cuanto, en su infancia y juventud precisaron.

Buscar y conseguir una relación intergeneracional profunda. Conseguir formar y mantener en los hijos la relación abuelos-nietos en razón de atracciones y afinidades afectivas de las generaciones extremas de la vida ((17) y (18)). Es, en suma, el diálogo intergeneracional en el que los mayores transmiten a los jóvenes la historia de su vida.

Es indispensable el mantenimiento de la comunicación entre los distintos miembros de la familia, independientemente de su edad, esforzándose cada uno por conocer y comprender las características y, en su caso, limitaciones propias de los demás, en virtud de su edad, su formación, su procedencia y su situación concreta (19).

Ha de valorarse en esta nueva etapa de la vida el cultivo de las amistades y la conservación de las ya existentes, volviendo, si es posible, a las de la infancia y la juventud que, normalmente, son las más auténticas por no haber estado mediatizadas por intereses.

Y, en definitiva, ha de conservarse y recuperarse el espíritu familiar de convivencia, comunicación y apoyo entre los miembros de las diferentes generaciones, basado en el vínculo natural que ha de ser la base y la razón de la existencia de la institución familiar.

Es bueno socialmente que las familias sigan teniendo un papel básico en la atención a sus mayores. Es un factor de cohesión social, de solidaridad intergeneracional, de compartir valores y vivencias (20). Pero, siendo esto cierto, tampoco podemos someter esa solidaridad a una presión angustiada, a quebrantos económicos, a un desentendimiento de las responsabilidades públicas, y todo ello sobre los hombros de las mujeres cuidadoras que a menudo supeditan todo a ese cuidado.

Cuatro son las más importantes vías de apoyo: el desarrollo de servicios y programas de respiro (ayuda a domicilio, estancias diurnas, estancias temporales, ...); medidas de apoyo fiscal para reducir el sobre coste económico que para muchas familias tiene la atención a un mayor dependiente; medidas de garantía de derechos laborales de los cuidadores para que la atención no suponga un perjuicio en el empleo o en la futura pensión, y, por último, el asesoramiento e información técnica ((21) y (22)).

3. LA RELACIÓN INTERGENERACIONAL EJE REFERENCIAL PARA REDUCIR LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD

Las generaciones tal y como las ha pensado, representado y vivido la tradición moderna han desaparecido. Es difícil encontrar personas, desde luego no los jóvenes, que queriendo encontrar en el sentimiento intergeneracional un punto de referencia simbólico y existencial no muestren malestar y desasosiego al no encontrarlo.

La idea moderna de generación entendida como aquel colectivo de individuos que hace la historia, ha quedado obsoleta. Aquella concepción, que entendía la generación como «grupo de edad», como una entidad constituida por un conjunto de individuos que han vivido en el mismo momento una experiencia histórica determinante e irreplicable, obteniendo de ella la propia orientación moral y el sentido de compartir un destino común, ya no es capaz de explicar la dinámica social y la complejidad de las relaciones entre las personas, colectivos y culturas (23).

El patrón tiempo, y mucho menos la variable biológica, no es suficiente para caracterizar lo que es y hace una generación: en primer lugar, las generaciones implican o son relaciones sociales que se establecen entre grupos, personas, culturas. En segundo lugar, las relaciones sociales sólo pueden ser comprendidas a través del tiempo que duran: las relaciones tienen su propio tiempo y sus propios registros. En tercer lugar, las generaciones

son cada vez más definidas desde y en la esfera pública, se definen por su conducta, sus acciones, sus ideas, sentimientos y percepciones, tanto dentro como fuera de la familia con sus normas, valores, actitudes. En cuarto lugar, si la apelación a lo biológico para identificar un criterio que caracterice lo generacional es ya insuficiente, es preciso hacerlo conjugar con la edad social, ello en referencia tanto a la posición en la familia como a la que se ocupa en la sociedad; las generaciones son una combinación relacional, una matriz de eventos, expectativas, fuerzas, causas internas y externas al sistema familiar, de hechos,... relacionados entre sí. Y, finalmente, a la falta de contacto intergeneracional como la causa fundamental que puede explicar la imagen negativa que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez, es oportuno destacar la importancia pedagógica del concepto de educación intergeneracional como aquel proceso que contribuye a superar esta imagen y procura fomentar el respeto a la diversidad y a la diferencia, a la pluralidad de valores, costumbres e identidades individuales o colectivas, a competencias, ritmos y niveles, a desarrollos y actitudes..., en busca del conocimiento mutuo entre los distintos grupos generacionales (24).

Los resultados de diferentes investigaciones sugieren hasta cinco tipologías o dimensiones en esta relación intergeneracional: dimensión afectiva, asociativa, funcional, normativa y de consenso.

Se comprueba que, bajo la tipología de la dimensión afectiva, existen altos niveles de afecto entre padres mayores e hijos, aunque puedan descender ligeramente con el tiempo en función de la salud de los mayores; parece ser que las interacciones familiares durante la vejez se caracterizan por la proximidad, el afecto y la satisfacción en la interacción.

Por otro lado, se está desarrollando un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo; son frecuentes las interacciones entre los miembros de la familia y los familiares mayores, aunque no vivan bajo el mismo techo. Se trata de la dimensión asociativa.

En cuanto a la dimensión funcional, se entiende que la dirección de apoyo no va exclusivamente de los hijos a los padres en las actividades de la vida diaria y en el apoyo de su salud. En muchos casos, los padres son las principales fuentes de ayuda, sobre todo, en el capítulo de apoyo económico y emocional.

Aunque las personas mayores no esperan recibir ayuda, se han encontrado niveles altos de responsabilidad filial en las familias contemporáneas. Las expectativas sobre el contacto, el afecto, el acuerdo y la ayuda entre generaciones varían de unos grupos familiares a otros.

Y, por último, los valores, creencias sobre temas externos a la familia no convergen con la edad de las personas. Es decisivo y concluyente que con la edad, los hijos influyen cada vez más sobre las actitudes de los padres, de los mayores ((25) y (26)).

La generación es, en definitiva, una construcción. Las generaciones van identificándose a medida que, como relaciones sociales que son, permiten ser comprendidas a través del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (22) Bass, S. y Caro, F. (1996). *Theoretical perspectives on productive aging*. En W. Crown (ed.). *Handbook on employment and the elderly*. Connecticut: Greenwood Press, pp. 262-275.
- (6) Bazo Royo, M. (1991). «La familia como elemento fundamental en la salud y en el bienestar de las personas ancianas». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1, pp. 47-52.
- (19) Bedmar, M. y Montero, I. (2003). *La educación intergeneracional: un nuevo ámbito educativo*. Madrid: Dykinson.
- (9) Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- (1) Carlton, S. y Soulsby, J. (1999). *Learning to grow older and bolder*. Leicester: NIACE.
- (4) Castel, R. (1997). *La metamorfosis de lo social*. Buenos Aires: Piados.
- (11) Donati, P. (1998). *Familia y generaciones*. Italia.
- (8) European Union (1995). *Teaching and learning: towards the learning society*. Brussels.
- (7) Fernández Castillo, A. (2000). *Apoyo social y calidad de vida en personas mayores*. Universidad de Granada.
- (26) García Rodríguez, B. y Ellgring, H. (2004). *Los motivos y las emociones en la vejez*. Madrid: UNED.
- (20) García, J. y Sánchez, A. (1998). *Un modelo de educación en los mayores. La interactividad*. Madrid: Dykinson.
- (13) Gonzalo Sanz, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida: aprender a envejecer*. Barcelona: Ariel.
- (17) Hernández Rodríguez, G. (1993). «La ancianidad en la nueva realidad sociofamiliar». En *Políticas de Familia. Perspectivas Jurídicas y de Servicios Sociales en Diferentes Países*, pp. 475-493. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- (25) Jerrome, D. (1991). *Social bonds in later life*. Review in *Clinical Gerontology*, 1, pp. 297-306.
- (23) Katz, S. (1996). *Disciplining old age: the formation of gerontological Knowledge*. London: University Press of Virginia.
- (21) Mangen, D., Bengston, V. y Landry, P. (1988). *Measurement of intergenerational relations*. Beverly Hills: Sage.
- (10) Manheimer, R. (1997). «Generations learning together». En K. Brabazon y R. Disch (ed.). *Intergenerational approaches in aging*. New York: Harworth, pp. 79-92.
- (18) Noval, P., González Alonso, G., Hurlé, P. Et al. (2005). *Los mayores: salud y calidad de vida en la vejez*. Madrid: OCU.
- (16) Pérez Ortiz, L. (1998). *Las necesidades de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- (5) Rodríguez, J. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: CIS.
- (15) Rodríguez, P. (1995). «Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida». *Rev. Infancia y Juventud*, 29, pp. 64-78.

- (24) Sáez, J. (2001). *La educación intergeneracional*. Murcia.
- (2) Vega, J. (1992). *Las relaciones entre generaciones*. En F. Vicente Castro (ed.). *Psicología de la educación y del desarrollo*. Badajoz: Infad.
- (12) Schaie, W. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- (14) Villanueva, M. (2003). *La familia: modelo de intervención en tercera edad*. Universidad de Valencia.
- (3) Voli, F. (2005). *Convivir con nuestros padres mayores*. Madrid: Ediciones San Pablo.

DISCRIMINACIÓN POR EDAD

D^a. Etelevina Valdés, Directora Universidad de la Tercera Edad, Santa Cruz de Tenerife

Como aportación a la ponencia de la «DISCRIMINACIÓN POR EDAD», podemos referirnos a la discriminación jurídica e institucional, económica, sanitaria, etc. que se desarrollaran posteriormente.

Discriminación jurídica e inconstitucional. Es uno de los aspectos más injustos de la discriminación a que están sometidos un gran sector de los mayores, «los jubilados». Esta marginación, por su fundamento, que es una norma legal inconstitucional, y por sus efectos, recortes y confiscaciones de parte de la pensión de jubilación, es quizás la más manifiesta y la más vergonzosa a las que están sujetos los mayores.

1. CAUSAS, INCONSTITUCIONALIDAD DE LAS MISMAS

El Art. 28 de nuestra Constitución consagra la libertad sindical que comprende el derecho de fundar Sindicatos para defensa de sus intereses.

Las excepciones a este derecho de libertad sindical tendrían que estar especificadas en la Constitución, y sólo se limitan en la misma a las Fuerzas Armadas.

Se transcribe a continuación el Art. 28.1 de la Constitución:

1. *«Todos tienen derecho a sindicarse libremente. La ley podrá limitar o exceptuar de este derecho a las Fuerzas o Institutos Armados o a los demás Cuerpos sometidos a disciplina militar y regulará las peculiaridades de su ejercicio para los funcionarios públicos. La libertad sindical comprende el derecho a fundar sindicatos y afiliarse al de su elección, así como el derecho de los sindicatos internacionales o afiliarse a las mismas.*

Nadie podrá ser obligado a afiliarse a un sindicato.»

Como puede apreciarse claramente, no existe prohibición alguna para que el jubilado funde su propio sindicato. Por consiguiente toda la ley que lo prohíba sería anticonstitucional, como lo es el Art. 3.1 de la ley denominada de libertad sindical, 26/1985 de 31 de julio que les prohíbe expresamente a los jubilados fundar sindicatos para la defensa de sus intereses.

Dicho precepto dice literalmente como sigue:

«No obstante lo dispuesto en el Art. 1.2, los trabajadores por cuenta propia que no tengan trabajadores a su servicio, los trabajadores en paro y los que hayan cesado en su actividad laboral, como consecuencia de su incapacidad o jubilación, podrán afiliarse a las organizaciones sindicales constituidas con arreglo a lo expuesto en la presente ley, pero no fundar sindicatos que tengan precisamente por objeto la tutela de sus intereses

singulares, sin perjuicio, de su capacidad para constituir asociaciones al amparo de la legislación específica» .

No se desarrolla más esta discriminación de un gran sector de mayores, por cuanto ya fue aportada por estas Aulas al V Congreso Nacional de Mayores, por esa confederación celebrada en Valencia, donde se expuso la grave discriminación legal y constitucional antes expuesta, causada por el carácter inconstitucional del Art. 3.1 de la ley denominada «DE LIBERTAD SINDICAL», número 26 de 1985 de 31 de Julio, que vulnera abierta y frontalmente el Art. 28.1 de la Constitución

Como hasta la fecha no se ha remediado esta discriminación, es por lo que, de nuevo, lo introducimos en estas alegaciones.

2. DISCRIMINACIÓN ECONÓMICA DEL MAYOR

Esta discriminación nace de una costumbre bancaria, consistente en negar un préstamo hipotecario a las personas mayores para adquirir una vivienda. Ello a pesar de que la garantía es la misma que para las personas jóvenes, una hipoteca sobre la vivienda que se adquiera.

La causa de esta discriminación es el posible fallecimiento, a corto plazo, o la incapacidad del mayor al poco tiempo de formalizarse el contrato de 'préstamo hipotecario, lo que trae como consecuencia dilaciones e inconvenientes para el banco para cobrar las anualidades correspondientes, o ejecutar, en su caso, la hipoteca.

Por tanto, hace falta un estudio profundo sobre esta materia para establecer un prototipo de contrato de préstamo hipotecario que puedan evitar las demoras y complicaciones para el banco, al producirse la muerte dificultades posteriores a la formalización del contrato hipotecario, que las que pudiera surgir de conceder el préstamo a una persona joven.

Una de las posibles soluciones sería establecer un prototipo de contrato o préstamo hipotecario en que intervenga, con el Mayor prestatario un hijo o pariente que quede sometido en forma solidaria a las mismas obligaciones que el Mayor, y que adquiera la propiedad de la vivienda y se subrogue en el préstamo hipotecario, en forma automática, al fallecer o quedar incapacitado el Mayor, siendo todo ello inscribible en el Registro de la Propiedad.

Las Residencias de Mayores, cualquiera que sea su carácter público o, privado o de la Seguridad Social, deberán acomodar la cantidad mensual que cobren a sus acogidos, a la pensión que perciban de la Seguridad Social.

En el caso de que los servicios al Mayor tengan carácter especial, y como consecuencia el precio mensual sea superior a la pensión del acogido, la Seguridad Social deberá costear en todo, o en parte, la diferencia, teniendo en cuenta las circunstancias.

3. DISCRIMINACIÓN REFERENTE A LA ASISTENCIA MEDICA DEL MAYOR.

1. Es una costumbre bastante extendida, en el sector médico, de que la persona al llegar a cierta edad tiene pocas posibilidades de seguir viviendo. Lo hacen, normalmente, movidos por sentimientos de piedad, argumentándose interiormente, que el paciente mayor, aunque tenga una enfermedad específica que puede ser tratada, considera que ese tratamiento implica unas molestias y dolores que, por su edad, de nada le van a servir por tener los días contados. Estos facultativos lo que le dicen al enfermo es «para su edad, usted esta muy bien», reconociendo interiormente que no están tan bien.

Sin embargo, el paciente, cualquiera que sea su edad tiene el derecho y el médico la obligación de informar, sobre la enfermedad concreta que sufre, el tratamiento adecuado para ella y los efectos secundarios de ese tratamiento en su organismo desgastado por la edad, cualquiera que sea la gravedad de esos efectos secundarios.

Por eso estimamos que deberías existir más médicos especializados en GERIAR TRÍA, así como, en la asistencia a personas mayores, ya que el desgaste de su organismo exige un tratamiento específico y distinto del aplicable a las personas jóvenes.

Al propio tiempo, las personas mayores deben estar mejor informadas de las posibles enfermedades de que la debilidad producida por el paso del tiempo, puede afectarles en el futuro, debiendo conocer también los tratamientos de medicina preventiva para combatirla. Por eso el médico geriatra debe estar bien formado en medicina preventiva.

Por las razones antes expuestas PROPONEMOS que en el Plan de Estudios de la Facultades de Medicina debe incluirse como asignatura la GERIATRÍA, en el caso de que no lo estuviera, y la formación posterior al terminar la carrera de medicina de la especialidad de GERIATRÍA. Al frente de los servicios médicos de residencia del mayor deberá haber siempre un especialista de geriatría.

2. VARIACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA POR RAZÓN DEL GRADO DE MENOR A MAYOR DEPENDENCIA DEL MAYOR EN CUANTO A SU ASISTENCIA SANITARIA.

En el caso de no dependencia física ni psíquica, (mental), el Mayor debe poder elegir libremente el médico o especialista que tenía antes de ingresar en la residencia, o que elija después, ya sea de la seguridad social, o de medicina particular y que esa asistencia se practique dentro de la Residencia. También poder elegir, a su voluntad, los médicos y especialistas.

El costeamiento de asistencia médica que no sea de médicos ni auxiliares de la Residencia sería a cargo del mayor, con posibilidades.

De esta forma, se obtienen los siguientes objetivos:

- a) Una posible continuidad en el tratamiento médico de la dolencia que tenía antes de ingresar en la residencia.

- b) Es menos traumático el paso del domicilio familiar o propio, a la residencia, teniendo conciencia el mayor de que puede seguir controlando su vida.
- c) El mayor puede confirmar el diagnóstico de su enfermedad, por un nuevo diagnóstico que realicen los facultativos de la residencia.

Los médicos de medicina general y especialistas médicos asistirán a los internados en la residencia con dependencia psíquica.

También deberían de asistir, en caso de urgencia, a los no dependientes, aunque estén sometidos al tratamiento de facultativos extraños a la residencia.

4. SE PROPONE EL NOMBRAMIENTO, PARA CADA PROVINCIA DE DEFENSOR DEL MAYOR

Deberá ser, siempre, una PERSONA MAYOR, porque la mayor fuente de conocimiento y de la discriminación a que pueden estar sometidos, lo da la propia experiencia.

El fundamento de este nombramiento es que el mayor puede hallarse en situaciones de indefensión, superiores incluso al del menor. Tendrá facultades de inspección de las Residencias de Mayores, ya sean dependientes de organismos públicos, de la Seguridad Social o de particular.

Debería crearse en cada provincia, uno o varios inspectores de servicio de Residencias de Mayores, a ser posible médicos y geriatras independientes, sin ningún vínculo parentesco, empresarial o laboral con los propietarios y directores de las Residencias de Mayores, sean públicas, privadas o de la seguridad social.

NOTA SOBRE «LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD»

D. Luis Ángel de la Viuda, *Presidente de SERFUSIÓN*

He localizado un ámbito en el que las personas mayores están discriminadas y en el que sería conveniente realizar cambios sustanciales: por un lado, cambiar la imagen que de este grupo poblacional se transmite; y por el otro, ampliar el nivel de participación que se les otorga. Me estoy refiriendo, cómo no, a los medios de comunicación: prensa, radio, televisión, cine y publicidad.

No cabe duda de que nos hallamos en plena Sociedad de la Información y vivimos un momento histórico en el que casi es tan importante lo que se hace como lo que se logra transmitir. A mi juicio, todos los documentos diseñados para el Congreso son extremadamente valiosos y exhaustivos, pero sería interesante detenerse en el análisis del papel que actualmente ocupan los mayores en los medios de comunicación masiva, que deben ser los encargados de transmitir una nueva percepción social, más activa y positiva, de este colectivo.

A pesar de que no existen muchos estudios específicos sobre las personas mayores y el tratamiento que reciben por parte de los medios de comunicación, sí que he podido encontrar algunas publicaciones, iniciativas parlamentarias y seminarios que hacen referencia a este tema.

Según esto, puedo afirmar que la actitud hacia el envejecimiento de la población es negativa. Del análisis pormenorizado de estos documentos, se concluye que en las informaciones y contenidos de divulgación sobre las personas mayores se utilizan con frecuencia expresiones despectivas u obsoletas.

Como afirma la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular el 26 de octubre de 2004, el 50% de los mensajes ofrecidos muestran mayores ingresados en residencias y asilos, mientras que el 85% son personas pobres, solas, enfermas o de mal humor. Por ello, solicitan al Gobierno cambiar la visión que se transmite de las personas mayores, intentando propiciar un enfoque renovado y positivo, impulsando programas en los que se difunda la consideración de la vejez como una oportunidad vital y en los que se destaquen las aportaciones fundamentales de los mayores a la sociedad en su conjunto, así como en el marco de las relaciones intergeneracionales.

La reivindicación no debe ceñirse únicamente a la necesidad de desarrollar un rol más activo; es imprescindible que la sociedad se sensibilice y comprenda que este espacio protagonista es el que le corresponde, entre otros motivos, por su innegable peso cuantitativo, derivado del progresivo envejecimiento de las sociedades occidentales.

Por tanto, hay que cambiar la percepción que la ciudadanía tiene de los mayores, y no hay mejor forma que manifestárselo desde nuestra experiencia y nuestro punto de vista. Debemos aprovechar los cambios que en

este momento se están produciendo en la configuración del sector mediático, y especialmente del televisivo, para demandar nuestros derechos y lograr la no discriminación por edad.

Según el libro *Los mayores en España*, publicado por el Grupo Júbilo Comunicación en 2003, los mayores ven la televisión por ocio, entretenimiento y para tener compañía («el 80% de los mayores pasa más de 5 horas al día frente al televisor»). Además, recoge que estas personas se quejan de que «no tienen espacios suficientes en los medios de comunicación, que no existen programas que aborden temas que les afectan directamente y que su aparición en los medios es esporádica y casi siempre negativa».

Como puedes ver es un ámbito de reflexión incipiente que aún no está muy explorado desde la perspectiva que nos ocupa, la discriminación por edad, pero que tiene mucho de fondo y que cada vez va adquiriendo más relevancia. De hecho, el IMSERSO propone un Manual de Estilo para tratamiento de personas mayores en los Medios de Comunicación Social, que persigue erradicar la imagen negativa de este grupo generacional.

Asimismo, dentro de esta misma línea, se va a celebrar en los próximos días en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander un seminario bajo el nombre «Personas Mayores y Medios de Comunicación», en el que se va a abordar este asunto y en el que se pretende realizar como colofón un Manifiesto que reivindique el tratamiento que se ha de otorgar a los mayores y una Declaración de Intenciones a la que se suscriban los distintos medios de comunicación para, poco a poco, ir generando una imagen positiva, transmitiendo sus valores y proporcionándoles un mayor espacio.

LA DISCRIMINACIÓN DE LOS ADULTOS EN EL SISTEMA EDUCATIVO

D. Juan Miguel Bando Pérez, Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación por la UNED

La exposición y denuncia del presente escrito es extensible a todas las Administraciones Públicas, porque no existen Leyes españolas que defiendan los derechos que expongo de las personas Mayores de 40 años, a recibir trato diferenciado en las «oposiciones» para acceso a los puestos de las Administraciones Públicas. Si tal trato diferencial se realiza con los minusválidos para compensar la pérdida de sus facultades físicas,... ¿por qué no se hace lo mismo con las personas mayores, que también tenemos mermadas la memoria y percepción por la edad?, y nos tratan en una «igualdad» que no existe entre jóvenes y mayores, cuando tales exámenes se basan en RECORDAR TEMARIOS y donde se valora a esa MEMORIA en más del 85%.

Al no existir ese trato diferencial, se está realizando una gran discriminación a nuestro colectivo, que afecta negativamente a nuestras relaciones sociales y familiares, que se traduce en pérdida de interés por muchos a mejorar profesionalmente.

ÍNDICE

1. BASES en las que se apoyan las LEYES de EDUCACIÓN con los ADULTOS.
2. Leyes que hablan de los Adultos
3. Dificultades de los Mayores.
4. Pérdida de la Percepción y Memoria.
5. Mi experiencia personal.

1. BASES EN LAS QUE SE APOYAN LAS LEYES DE EDUCACIÓN CON LOS ADULTOS

Hablar de Educación de los Adultos en el Sistema Educativo es hacerlo sobre una de las grandes Bases en que se apoyan las Leyes de Educación. Es un Derecho Constitucional e Institucional, donde los poderes públicos le prestan gran interés en su comienzo, hacia TODOS los niveles: enseñarles a leer, escribir y...¿por qué no tanto hasta final de Bachillerato, Universidad y algo más?, con el fin de adquirir una preparación para el ejercicio de otras profesiones que influyan en su mejora social.

Las BASES PEDAGÓGICAS en las que se apoya la Educación de Adultos («en Teoría»), es una acción DIFERENCIAL y DIFERENCIADA como ocurre con toda educación que quiere ser fiel a las diferencias personales y gru-

pales. Sin embargo, si estas diferencias están reconocidas para la intervención,... ¿por qué no se le reconoce las mismas diferencias cuando el ADULTO trata de mejorar profesionalmente y se presenta en las Convocatorias de Oposición que regularmente realiza la Administración?

2. LEYES QUE HABLAN DE LOS ADULTOS

Leyes que hablan de los ADULTOS son muchas, además del nivel Constitucional, en educación está el Título 3.º de LOGSE, el Título 3.º de LOCE, y otras multitudes de leyes que las complementan, que son muy abundantes en los primeros niveles y escasas cuando ese ADULTO sube a nivel Universitario, quizás en función del mínimo número de alumnos que llegan a tales niveles, aunque mucho más por el desinterés de la propia Administración ante este tipo de alumnos, la mayoría profesionalmente activos en la sociedad.

El Art. 33 de LOGSE habla del contrato de especialistas de la vida civil, apartado donde yo me encuentro, y donde estamos un grupo de mayores con cualificaciones profesionales, pero éste Art. (como muchos otros), nunca se pensó llevar a la práctica, porque nuestro Sistema educativo sigue siendo una «*isla cerrada al exterior y autóctona*», y no abierta a la sociedad que la mantiene con sus impuestos. Cuando nos piden alguna colaboración, lo hacen para breve participación en algún tema.

En mi caso me llamaron tan solo para un curso de «ponente» de los que organiza el CEP de *formación del profesorado*, para así poder «autoabastecerse con sus mismos docentes «mal llamados especialistas», y poder «justificarse» (con mi aprobado) con sus mismos profesores, poco preparados en muchas Áreas.

3. DIFICULTADES DE LOS MAYORES

Las PERSONAS MAYORES que terminan Estudios Universitarios son muy escasas. De los pocos que *comienzan* estudios Superiores, tan sólo una mínima parte consiguen terminarlo. En su mayor peso de edad les influye negativamente la pérdida de su PERCEPCIÓN y MEMORIA, a lo que hay que sumarles que por lógica se les exijan los mismos requisitos que a cualquier estudiante. Estos ADULTOS tienen que realizar un doble esfuerzo, no sólo el propio de los estudios que deben realizar por las noches o en festivos, ya que al ser personas mayores (activos en la sociedad), han que atender y mantener su familia, además de las propias obligaciones profesionales del mundo laboral.

Tanto esfuerzo y tesón se merece un estímulo, que el Sistema educativo trata de conseguir mediante Leyes educativas en sus comienzos, pero que no los lleva a la práctica Institucionalmente en los niveles superiores, porque cuando esa mínima parte de alumnos logran terminar alguna carrera Universitaria, al ser tan pocos los que lo consiguen, sus problemas pasan desapercibidos y la propia Administración trata ignorar incluso que existan.

Las condiciones sociales que presentamos las PERSONAS MAYORES son muy inferiores a la de esa gran masa de estudiantes jóvenes que concurren a tales oposiciones: Nos preparamos por las noches porque durante el día trabajamos, la mayoría estudiamos en soledad, sin ayuda de las conocidas «academias de formación», porque como personas activas, nuestro trabajo laboral nos lo impide. *Hemos perdido por la edad, parte de MEMORIA y PERCEPCIÓN que exigen en los exámenes de oposición, aunque tengamos más desarrollado el razonamiento y el sentido práctico de la vida.* Nos quedan menos número de oportunidades de asistir a las convocatorias por nuestra edad, y además nos quita tiempo esas grandes obligaciones como ciudadanos profesionales activos, con la sociedad y la familia a que pertenecemos.

4. PÉRDIDA DE LA PERCEPCIÓN Y MEMORIA

Aunque nuestra capacidad de razonamiento sea muy superior a cuando éramos jóvenes, la capacidad MEMORÍSTICA se ha **diezmado**, porque por la edad las células del cerebro no se encuentran con el potencial que cuando teníamos 20 años, (y esto está demostrado por la Ciencia Médica y se reconoce legalmente), aunque después no se lleva a la práctica por la Administración, al hacernos participar en IGUALDAD de condiciones y por tanto en INFERIORIDAD en las

Convocatorias que pone la Administración Pública para cubrir plazas, ya que los Exámenes están basados en grandes TEMARIOS MEMORÍSTICOS.

Aunque seamos mayores, nuestras ganas de vivir y superarnos no se deben mermar con barreras que nos pone la Administración, dejándonos como uno más entre esa gran masa de estudiantes a la que *nos enfrentamos «en MEMORIA»* («Temarios Memorísticos»), cuando deberíamos ser tratados con unos «baremos» adaptados a nuestras CAPACIDADES físicas e intelectuales que se refleja en nuestro propio CURRÍCULUM, o al menos partir de unas escalas o ventajas diferentes que nos pongan a la misma altura. Al no hacerse así, NO existe igualdad de derechos porque partimos desde condiciones inferiores.

Igualdad sí, pero con las mismas CAPACIDADES físicas y mentales, y no tan sólo MEMORÍSTICA, que es como se enfocan todos los temarios por la Administración.

5. MI EXPERIENCIA PERSONAL

Al contrario de otras veces, en éste examen/oposición he querido saber donde he fallado, conocer qué es lo que me ha faltado, para poder así tomar unos puntos de referencia de corrección, en el caso de que decidiera presentarme en alguna otra ocasión.

Al rogarles al Tribunal que me enseñen mi examen, me lo negaron, justificando de que si me lo enseñaban lo tendrían que hacer con todos. En-

tonces les pido recibir un trato especial diferencial para poder ver mi prueba, dentro del derecho de la Individualización de la enseñanza que me da la condición de ser una persona mayor dentro del sistema educativo. Ante mi insistencia y tras larga conversación me dicen que mi examen está bastante bien, pero que no tienen mas remedio que catear aunque yo tenga bien hecha la prueba, porque no les da tiempo ni a corregir por la gran cantidad de jóvenes que se presentan. Me dicen que son exámenes donde entra la «*subjetividad*» del examinador, y que si me lo enseñan y se comprueban los errores del que corrige, sería como «rectificar» lo que ha hecho su compañero.

En esa «curiosa larga conversación» me comentan que estas oposiciones están más preparadas para los profesores que ya están dentro, y pienso que se refieren a «*los jóvenes interinos sin experiencia laboral que se presentan*», muchos de los cuales vemos como tan solo se acercan a examen para recoger tras la media hora obligatoria de asistencia su *justificante* de presentación y marcharse, a pesar de no tener superado en su currículum ni tan solo una prueba en anteriores convocatorias. ¿Esta es la igualdad que tanto pregonan las leyes educativas?

También me comentan que el mundo laboral es muy distinto al mundo educativo, lo cual me sorprende, en cuanto la «*Orientación Profesional que se hace en ESO*» aparecería así como «*aislada*» del mundo del trabajo y de la sociedad, y poco abierta al mundo empresarial.

Finalmente, abandoné mi insistencia ante la negativa cerrada del presidente del tribunal, a pesar de que el mismo reconociera que mi petición era totalmente correcta, pero tenían órdenes de no enseñarle los exámenes a nadie. Tras su disculpa abandoné la habitación manifestándole que veía totalmente injusta su posición.

Tras lo expuesto, está claro que nuestras necesidades sociales de superación profesional no se atienden por la Administración a nivel Institucional, porque ellos mismos tratan ignorar que existan, pero ya que estas necesidades están ahí, debería tener clara y rápida solución con ajustes legales dentro del Sistema Educativo que nos diferencien a los ADULTOS mayores de 40 años. Que no se quede solo en pura palabra o teoría, y no se lleve a la práctica en los niveles académicos altos. Su debida atención nos serviría de estímulo/apoyo para los *adultos-estudiantes*, que nos atrevemos a comenzar la gran aventura que supone, una formación en estudios superiores.

¿QUE ES LA EDAD?

D. Benito del Castillo, Catedrático Numerario de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Farmacia, **Félix Pérez y Pérez**, Catedrático Emérito de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. Honoris Causa por la Universidad J.F. Kennedy la Universidad Agraria de la Habana, Académico Numerario de las Reales Academias de Medicina, Doctores y Veterinaria..

La discriminación por edad del mayor es un tema ciertamente preocupante, sobre todo en lo que se refiere al área de actividad mental, intelectual, docente, investigadora, biológica, artística, cultural, etc.

La edad de jubilación oficial es simplemente un referente establecido por la Ley, cifrada en los 64, 65 años, de acuerdo con diferentes países. Esta circunstancia está íntimamente relacionada con la jubilación y hay que tener en cuenta que la jubilación no es sino un convenio establecido a partir de la era industrial entre el empresario y el trabajador; los empresarios piensan que a medida que avanza la edad, el individuo rinde menos, lo que gana en percepción técnica (experiencia) lo pierde en agilidad y por tanto en rendimiento, de manera que en esta situación el obrero en activo va perdiendo interés económico para el empresario. Por otra parte, los trabajadores consideraban que no desean permanecer toda la vida en el mismo trabajo, agotando sus últimos años sin tener tiempo para disfrutar de la jubilación, que justamente se ha llamado «*la última fiesta*» (BELL SHELRE).

Como señala KANT, en nuestra agenda está claramente señalado el día de nuestro nacimiento, sin embargo no se consigna el día en que habremos de terminar nuestro ciclo vital tras la muerte, incluso la muerte natural, que es simplemente un fenómeno fisiológico por agotamiento progresivo de las facultades del individuo o complicada con una enfermedad que conduce a la senectud, y mucho menos la llamada muerte accidental, que es totalmente imprevisible y sorprendente.

Al considerar el ciclo vital del hombre hay que tener en cuenta que el hombre está integrado por una existencia biológica (nace, crece, se desarrolla, cumple una actividad social, se agota lentamente y muere) y una esencia trascendente que se une a la misma para dar la verdadera dimensión del hombre como ser superior de toda la Creación (San Agustín).

La interrupción de la actividad del hombre es sencillamente un mandamiento de la Ley de jubilación. Hay que tener en cuenta que la discriminación por edad a partir de la Ley de jubilación, por imposición, decidida por el individuo, la sociedad, los organismos e incluso el Estado, es difícil de entender. Tenemos la edad que tenemos pero esta circunstancia en general no guarda relación con el estado fisiológico del organismo.

La interrupción de la actividad del hombre es sencillamente un mandamiento de la Ley de jubilación. Hay que tener en cuenta que la discrimi-

nación por edad a partir de la Ley de jubilación, por imposición, decidida por el individuo, la sociedad, los organismos e incluso el Estado, es difícil de entender. Tenemos la edad que tenemos pero esta circunstancia en general no guarda relación con el estado fisiológico del organismo.

La discriminación por edad es una decisión arbitraria, no tiene fundamento jurídico, tal como expresa nuestra Constitución (Ley de Leyes) aprobada en 1978 y refrendada posteriormente por las Cortes. Tampoco tiene explicación desde el punto de vista ético, moral y sobre todo humano. En una sociedad civilizada repugna la discriminación por edad, simplemente por esta razón, que muchas veces está acompañada de intereses personales, sociales, económicos, sin tener en cuenta el efecto dañino que ejerce sobre la persona.

Mientras se comprueba claramente que la perspectiva vital –esperanza de vida– se prolonga en la sociedad moderna, como consecuencia no solamente de la calidad genética (condiciones heredadas), sino por el efecto favorable y estimulante de los factores epigenéticos, hábitos higiénicos, sanitarios, alimentarios, culturales, etc. Se mantiene invariable la fecha de jubilación (discriminación) a pesar de que si ha habido un incremento en la perspectiva vital, que en condiciones generales puede cifrarse en 50 años, no ha habido modificación de la Ley de jubilación, que en definitiva es la discriminación más seria (oficial) con que se encuentra el mayor.

Lo que pretendemos en esta comunicación es analizar el efecto que tiene la discriminación en relación con el factor edad, es decir perspectiva vital alcanzada. Esta conducta en el momento actual resulta incomprensible y por supuesto obsoleta. Por ello merece felicitación muy especial las organizaciones del VII Congreso Nacional del Mayor, por tratar específicamente el tema de la discriminación por edad en distintos aspectos, si bien nosotros nos referimos fundamentalmente al efecto que tal discriminación ejerce en personas que ofrecen una actividad mental, intelectual, docente, investigadora, artística, etc.

No resulta admisible la aplicación de la discriminación arbitraria sin tener en cuenta los llamados test de envejecimiento. Los test de envejecimiento constituyen, en conjunto, una serie de técnicas en virtud de las cuales se establece diferenciación clara entre la edad cronológica del individuo y el estado de salud, el nivel fisiológico en que se encuentra y por tanto actitud para continuar en diferentes aspectos.

En 1992, los estudios de BORKAN NORRIS, sirvieron de base para el establecimiento de los referidos test, de gran interés para valorar el nivel biológico real del individuo. Sin embargo los estudios y planes de investigación desarrollados en el centro Gerontológico de Baltimore, quienes pusieron a punto los referidos parámetros estadísticos y técnicos para la evaluación del deterioro biológico –test de envejecimiento– así como para el cálculo real de la edad biológica y funcional del individuo. Estos test están relacionados fundamentalmente con el desgaste inmunológico, con distintos parámetros, tales como el desgaste y situación del sistema inmunológico, niveles hormonales del factor de crecimiento, hormonas sexuales,

gasto cardíaco, estudio metabólico, respuesta energética, grado de oxidación (efecto nocivo de los radicales libres), etc.

En definitiva, consideramos que éste planteamiento resulta de gran interés antes de aplicar la discriminación por edad, cualquiera que sea su manifestación, pero principalmente en el área de los trabajos mentales, intelectuales, etc.

Ante la presente comunicación, presentamos las siguientes conclusiones:

- La discriminación por edad en términos generales, y especialmente en el área mental, intelectual etc., representa una decisión arbitraria e inadmisibile.
- La referida discriminación no tiene base legal –jurídica– y tampoco desde el punto de vista ético, moral social y humano.
- La discriminación por edad debe estar apoyada en fundamentos científicos y no en el mandamiento abstracto de la Ley u otras circunstancias, como pueden ser intereses personales, políticos, sociales, que no están de acuerdo con lo que representa la dignidad del individuo.
- La discriminación por edad exige como previo la evaluación del estado fisiológico del individuo y la diferenciación entre la edad cronológica y la edad biológica (nivel de actividad) que evalúa la salud del individuo mediante la aplicación de los llamados test de envejecimiento.

DISCRIMINACIÓN UNIVERSITARIA POR EDAD

D. Josep Maria Sabaté i Bosch, *Coordinador de las Aules d'Extensió. Universitària per la Gent Gran Universitat Rovira i Virgili*

No es del todo cierta una sentencia atribuida a La Rochefoucauld relativa a la vejez considerándola como un tirano que prohíbe, bajo pena de la vida, todos los placeres de la juventud, porque no es menos cierto que para muchos de nuestros actuales mayores, al margen de que ser viejo no es ya una enfermedad extraña a la que se cuida para hacerla durar, su juventud no estuvo precisamente demasiado colmada de placeres.

En este 2005, en el alba del siglo XXI, nuestros mayores pertenecen a unas generaciones que, por diversas circunstancias históricas, vivieron su discriminación mucho antes de llegar a esta esperanzadora vejez, desmintiendo así también otra famosa máxima de J. P. F. Richter: «La vejez no es triste porque cesan nuestras alegrías, sino porque acaban nuestras esperanzas». Hoy, paradójicamente se abren grandes esperanzas a la vejez, de manera que, con la edad, nuestros mayores pueden todavía culminar la obra maestra de la vida y llenar aquellos vacíos «placenteros» a los que antes hacíamos referencia.

Pero vayamos al grano y dejémonos de divagaciones más o menos filosóficas, puesto que en esta comunicación al VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores bajo el lema «Discriminación por edad» queremos dejar constancia de un hecho real, palpable y significativo de dicha discriminación, sino del todo absoluta, por lo menos bastante relativa: nos referimos, evidentemente como reza el título, a la discriminación universitaria por edad. Para ello creemos que, antes de centrar la cuestión, es necesario hacer un poco de historia de la génesis y evolución de este hecho discriminatorio.

En primer lugar, si paramos la atención en la edad de nuestros mayores, coincidiremos, sin lugar a dudas, en que la actual horquilla de los que tienen entre 80 y 60 años se corresponde respectivamente con los nacidos entre 1925 y 1945, o sea que en el caso más extremo inferior tendrían 11 años al inicio de la Guerra Civil, o bien en el superior llegaron al mundo durante los duros años de la posguerra.

Sentadas estas bases temporales, conviene ver el panorama educativo español de aquellos momentos. En muy pocas ciudades –solamente en aquellas que poseían una determinada solera y tradición– había una Universidad donde cursar estudios superiores. Además, si bien los estudios secundarios o de grado medio se podían seguir prácticamente en todas las capitales de provincia, no toda la población en edad estudiantil llegaba a culminar esa enseñanza secundaria con la obtención del título de bachiller y conseguía el paso a la Universidad, una institución vetada para muchos y muchas fundamentalmente por las condiciones económicas que conllevaba el traslado a la correspondiente ciudad universitaria y el mismo coste de los

estudios. No digamos ya cuál era la situación o el caso de las zonas rurales donde a duras penas unos pocos alumnos y alumnas superaban el ciclo completo de los estudios primarios.

La meta generalizada de aquellas generaciones era el mundo laboral, dentro o fuera del hogar, y aún algunos y algunas lograban un título de grado medio con no pocos esfuerzos y sacrificios a través de las escuelas del trabajo, en horario nocturno. Pero, con todo, la Universidad siempre quedaba muy lejos para la inmensa mayoría.

Sin embargo, fue con el trabajo y la dedicación de aquellos hombres y mujeres, que hoy conforman el amplio grupo de nuestros mayores, con lo que se logró un importante avance educativo, abriéndose las puertas de la Universidad para ver entrar en ella a sus propios hijos e hijas, ofreciéndoles una formación que ellos no pudieron tener, hasta el punto que, en nuestros días, aquellos condicionantes negativos, que impedían una progresión en los estudios, se han visto solventados con la creación de nuevas universidades mucho más cercanas a la población, la inauguración de institutos de enseñanza secundaria y de formación profesional más allá incluso de las capitales de provincia, y una buena red de escuelas de enseñanza primaria, con centros concertados, el ingreso en todos los cuales no viene condicionado ya por lo económico.

Llegados a este punto ha surgido desde la Universidad la necesidad de responder a aquel trabajo y dedicación de nuestros mayores, abriendo también para ellos las puertas de las aulas universitarias o llevando estas aulas hasta los más alejados pueblos de nuestra geografía y haciéndose eco de la llamada del saber –aprender a lo largo de la vida y aprender por aprender, sólo con el afán que vienen demostrando estos mayores, auténticos universitarios en el sentido más amplio de la palabra, que en su tiempo no tuvieron ocasión de ir a la Universidad–, la llamada del saber sin trabas burocráticas y legislativas.

Desde hace más de veinte años algunas universidades del Estado llevan a cabo una tarea no del todo reconocida por la administración y que en algunos aspectos presupone una discriminación para con nuestros mayores. Superar esta discriminación conlleva tener en parte los mismos derechos que los jóvenes universitarios, aunque sus obligaciones sean distintas, porque nuestros mayores ya llevan hechos los deberes anticipadamente desde aquellos años de trabajo en la segunda mitad del siglo xx.

La Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM) a partir de su fundación viene trabajando también para que de una vez por todas y dentro de un marco legal justo se reconozca y regularice debidamente esta labor universitaria por parte del Ministerio de Educación del Estado y de los organismos autónomos que tienen competencias en materia de universidades.

Los mayores sólo desean aprender, pero sin discriminación por edad.

LA NEGACIÓN DEL AMOR ENTRE LAS PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA DE UNA DISCRIMINACIÓN HISTÓRICA

D. Marcos Alonso Bote Díaz, Universidad de Murcia

RESUMEN

Desde que existe el amor romántico, y la vejez como tal, la posibilidad del mismo entre las personas mayores ha sido tradicionalmente negada por las diferentes sociedades en las que haya tenido ocasión de surgir el enamoramiento. La literatura está llena de ejemplos clarificadores a este respecto. Desde Moratín a Delibes podemos encontrar casos concretos de esta discriminación. El análisis sociológico ha hecho hincapié de forma especial en las construcciones sociales que definen el enamoramiento como algo propio de cuerpos jóvenes y esbeltos, del mismo modo que científicamente, especialmente desde la segunda mitad del siglo xx, se han ido desmantelando los tópicos negativos sobre el amor y el sexo de las personas mayores, a la vez que los propios mayores han comenzado a experimentar su vejez con una visión activa y positiva, en la que cabe toda forma de relación con sus semejantes.

COMUNICACIÓN

Antes no predominaba el estimular la afectividad en torno a los ancianos, sino lo contrario; se amenazaba incluso de muerte al mayor que se atreviera a reivindicar su sexualidad: «Viejo que bodas hace, requiescat in pace». En forma más moderada, con tintes pseudocientíficos se aconseja todavía hoy evitar «imprudencias impropias de la edad» y abstenerse por salud de tener relaciones sexuales. Poco a poco, sin embargo, se va desmitificando ese mito moralista, que nos recuerda el de la condenación de la masturbación por llevar, se decía, a la ceguera, la enfermedad y la muerte (Mantegazza, 1935; Lehrman, 1970). Un estudio riguroso de Skinner sobre 6.475 casos de muertes atribuidas supuestamente a la penetración sexual encontró que solo 41 casos, es decir, menos del uno por ciento, estaban relacionados de manera clara con la penetración sexual. No menos significativo fue el que 39 de esos 41 casos eran relaciones extramatrimoniales, lo que revela cómo no era el acto en sí, sino la excitabilidad debida a la clandestinidad, a lo «pecaminoso» de la situación lo que fue nocivo (Skinner, 1983). Lo que es grave, mortal, incluso, no es el acto, sino el prejuicio inducido a su respecto. Es propio de una sociedad opresiva el que se dé en algunos ancianos una hipertrofia libidinosa como reacción ante el abandono, el temor a una muerte cercana que se le ha pintado con colores sombríos, o el intento desesperado de recuperación de una vida perdida para el amor (Whitaker, 1965).

Así, la literatura, como reflejo de la sociedad, posee a través de su tradición, numerosos ejemplos, desde «Los viejos no deben enamorarse» de Castelao (2002) a «Cartas de amor de un sexagenario voluptuoso» de Miguel Delibes (1983), que parecen dejar poco espacio para el disfrute de la sexualidad en la edad adulta. En esta última obra, no son pocas las referencias que se hacen al estado de enamoramiento como algo propio de adolescentes. Más bien se considera al adulto como persona con asuntos más serios y decisivos. El amor constituye una actividad que debe tener resuelta. La clandestinidad habitual de los amores adultos a través de la literatura recrea no tanto la salvaguardia de la fidelidad, sino el efecto demostración de las posibilidades frustradas. La sociedad sospecha del adulto enamorado. Si lo está será a costa de postergar obligaciones reputadas más propias de la nueva fase vital. El nuevo calendario vital no otorga ya tiempo para la pasión amorosa. En ambas obras, son expuestos los «peligros» del matrimonio en la vejez así como la manifiesta oposición por parte de hijos, familiares, vecinos, en suma, el exponente de las construcciones sociales que ven contranatural e impropio del mayor el hecho de enamorarse.

En el cine también se encuentran en numerosas ocasiones el tema tratado de forma cómica, infravalorando la imagen del mayor que se enamora. Paco Martínez Soria ha sido protagonista de varias de estas comedias como «Es peligroso casarse a los 60» (Mariano Ozores, 1980. España), «Del rosa al amarillo» (Manuel Summers, 1963) o «El abuelo tiene un plan» (Pedro Lazaga, 1973, España). En dichas obras aparece el trasfondo social de las historias, con las reticencias y oposiciones de amigos, vecinos, familiares y sobre todo los hijos. En una línea más dura Manuel Summers dirigió «Del rosa al amarillo» (España, 1963), cinta en la que se narra la historia de dos ancianos internados en una residencia que mantienen una confidencial relación a través de misivas y encuentros furtivos.

Otra noción pseudobiológica muy empleada para reprimir la sexualidad en la vejez fue la de que la capacidad de cada órgano y del organismo en su conjunto está de tal manera limitada que si se ejercita, por ejemplo, la sexualidad, esto atrofiará otras funciones físicas y mentales, hasta llevar a una muerte prematura (Sorokin, 1956). Esta concepción de retener la sexualidad para prolongar la vida era corriente en el taoísmo (Granet, 1959; Gulick, 1961). Potts la analiza y contrapone a la concepción filipina de coitar viejos con jóvenes para mantenerse joven (Potts, 1979). Hoy sabemos que no se da una «compensación» y que, por ejemplo, el hombre sedentario muere antes, mientras que el correcto ejercicio general y sexual ayuda a prolongar la vida. Los especialistas han señalado que una condición favorable para mantener hasta edad muy avanzada una notable actividad sexual consiste, no en haber ahorrado esa energía, sino, por el contrario, en haberla ejercitado ininterrumpidamente a lo largo de la vida.

En un sistema más equilibrado, el amor en la vejez no es sólo posible, sino que se le reconoce como algo necesario para no morir prematuramente. Aun antes de que esto se pudiera comprobar por la ciencia, lo intuitivo ya Voltaire (Arland, 1960):

«Dos veces se ha de morir,
cesar de amar y ser amado
es una muerte insoportable;
no es nada dejar de vivir»

Ya el archipestre de Hita, doctor en el acto amatorio, concluía que el amor «al viejo hace perder muy mucho la vejez» (Díaz Plaja, 1963) y Tennyson habla de aquellas miradas que hacen de un viejo muy joven. Efectivamente «se es joven mientras se es amado» (Manent, 1945).

En ciertos casos, la oposición al matrimonio de los viejos constituye una protesta juvenil ante los viejos que reclaman para sí excepciones de las rígidas normas sexuales que ellos mismos impusieron. Así ocurrió con Catón el viejo y Pericles (Plutarco, 1952; Buehl, 1969).

Sin embargo, una vez que se han eliminado las condiciones que hacen explotadoras las relaciones sexuales intergeneracionales, no hay por supuesto ninguna objeción de principio a una unión de este tipo por mutuo acuerdo. Es insostenible la objeción de que es «antinatural» porque no puede ser reproductiva; mas objetable sería una posible fecundidad de esta unión, no sólo por razones eugenésicas, sino también porque los hijos requieren una responsabilidad compartida durante varios lustros que la persona mayor no podría cubrir de ordinario de forma adecuada.

Tampoco es válido rechazar el amor intergeneracional por una «repugnancia instintiva» de la juventud hacia la vejez. Aunque los ancianos fueran feos, no por eso dejarían como éstos de tener derecho al amor, ni de haber persona, en modo alguno criticables, sino más bien lo contrario, que se sintieran inclinadas a dárselo. Pero «la pretendida fealdad de los mayores es producto artificial de una sociedad que todavía confunde el vigor y la juventud con ciertas características físicas de los adolescentes, que persigue con un obsesivo y exclusivo fetichismo sexual» (Sagrera, 1992: 153). Como escribe Lobsenz: «otra fuente de puritanismo sexual respecto a los ancianos es la de los clichés de una sociedad que tiene una fijación juvenil. Dado el estereotipo de la publicidad de cine y televisión de que la sexualidad sólo existe para y en la gente bella con carne firme y cuerpo ágil, la noción de que las personas mayores gocen de ella, con sus arrugas, blanduras y todo eso, parece al principio ridículo y después repugnante» (Lobsenz, 1975: 97).

La evolución sanitaria y del conjunto de las condiciones de vida hace cada vez más equivocada e injusta esta concepción que corresponde a épocas superadas en las que se podía en parte que «no hay veinte años feos ni cuarenta hermosos». Hoy los cuarenta años es la edad de los galanes de Hollywood, a pesar de los mitos todavía imperantes. El mayor no tiene ya por qué ser «invisible para el amor», como lo era antes el envejecido (García Mercadal, 1957). No se puede seguir identificando, como en épocas o pueblos primitivos, joven y bello por una parte, y viejo y feo por otra (Lévi-Strauss, 1955: 253).

Por supuesto, esta mayor semejanza física entre los mayores y los jóvenes no llegará nunca a una identidad, como imagina una concepción simplista de la «igualdad», que en el fondo perpetúa la jerarquía de valores tradicionales y exige un imposible asimilacionismo de la belleza de la vejez a la de la juventud, con lo que mantienen sutilmente la discriminación edadista de los mayores. Ester Vilar trata con especial claridad y energía este punto, desmistificando, por ejemplo la pretendida necesidad de que la cabeza esté cubierta de cabello en todas las edades (tampoco lo tiene los recién nacidos), o que el color del cabello blanco sea feo, o que las arrugas sean rechazables, etc. (Vilar, 1981: 74 y 119).

La belleza propia del anciano irá aumentando con el mayor equilibrio físico y psíquico a todas las edades, incluido el resultante de combatir el edadismo en esa última etapa de la vida. En modo gradual, pero ya notorio, nos vamos acercando a la antigua utopía soñada por Yeats, aquella tierra «en la que incluso los viejos son bellos» (Yeats, 1996). Los mayores de «espíritu joven» del pasado ya anticiparon estas circunstancias hoy comunes a los ancianos de las zonas industrializadas, intentando contrarrestar la propaganda negativa a su respecto.

Desde el punto de vista más estrictamente hedónico y erótico, no cabe duda de que los mayores pueden proporcionar sensaciones y afectos que su experiencia les permite sean superiores en su línea, que por lo tanto (al menos para personas no excesivamente prejuiciadas por el edadismo) suplen o complementan los que pueden proporcionar compañeros sexuales más jóvenes. De ahí que los primeros reformadores sexuales como Fourier o Ullerstam, hayan defendido el derecho de los mayores a buscar amor entre los jóvenes dispuestos a compartirlo (Fourier, 1937; Ullerstam, 1966)

Antes era más fácil creer en este dogma de la muerte sexual de los mayores, facilitada no sólo por el menosprecio de la sexualidad y su reducción (oficialmente al menos) a la reproducción, sino porque eran muy pocos los que llegaban a los 50 años, y estos pocos vivían entonces pocos años más, y en condiciones físicas lastimosas. Las mujeres y las clases bajas no podían aspirar a un nuevo matrimonio (con personas más jóvenes, por supuesto, pues no había en la práctica personas disponibles de su misma edad), y los poquísimos viejos ricos, si no respetaban en la práctica esas normas, las aceptaba como buenas para el conjunto de la sociedad.

DE BIEN NACIDO ES SER AGRADECIDO

D.^ª. Carmen Quintanilla Barba, Diputada Nacional Partido Popular

Dar solución a las cuestiones que afectan a los mayores ha de ser una prioridad política absoluta. El incremento en la esperanza de vida, las mejores condiciones de salud y su deseo de ser parte activa nos devuelve un prototipo actual de persona mayor muy alejado de los ancianos de hace dos décadas.

Que los mayores aportan a la sociedad actual su experiencia, su cuidado desinteresado y su bagaje profesional, es un hecho indiscutible. Lo que la sociedad actual está dispuesta a hacer para devolverles y agradecerles su aportación, aún está en entredicho. Temas como la violencia que muchos mayores sufren en silencio, la falta de soluciones integrales a los dependientes, la importancia de visibilizar y hacer pública su aportación a nuestra economía, elaborar medidas de atención sanitaria integral específica para nuestros mayores o reconocer el importante papel que juegan en la conciliación de la vida familiar y profesional son sólo ejemplos de la importancia de trabajar con ahínco en proporcionar a nuestros mayores una mejor calidad de vida.

El mayor de hoy es un engranaje clave en la educación de las generaciones futuras. Muchos abuelos renuncian al retiro sosegado para hacerse cargo de nietos que llenan sus días con una maternidad y paternidad tardías. En este sentido, nuestros mayores se han esforzado por aprender y reciclar su forma de comunicarse con los jóvenes y niños y han actualizado su discurso solventando las enormes diferencias entre generaciones. Sin embargo, nuestros mayores no pueden afirmar que la consideración de la sociedad hacia ellos, basada en el respeto y a la difusión de una imagen positiva, sea hoy una realidad.

A pesar de su valía, se sigue insistiendo en mantener una trasnochada e impuesta edad de jubilación que no responde a las expectativas de muchos mayores de 65 años, que desean seguir activos desde el punto de vista profesional.

Hemos hecho leyes para combatir la violencia contra las mujeres, pero nada se ha hecho por erradicar los malos tratos que muchos de ellos sufren a manos de familiares y cuidadores, situación que sufren en silencio y avergonzados.

Trabajamos día a día para conseguir la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, pero seguimos sin hablar de igualdad intergeneracional, de equilibrio económico, social o profesional entre mayores y jóvenes.

Nos hemos esforzado por proporcionarles ocio y disfrute, pero no tenemos suficientemente en cuenta su aportación desde la labor social que pueden realizar formando parte de asociaciones y ONG's, a pesar de incrementarse en nuestro país de un modo vertiginoso el número de mayores que dedican parte de su tiempo a la realización de tareas de ayuda a otros colectivos.

Los queremos en casa mientras sus condiciones físicas y mentales lo permitan, dada su inestimable ayuda, pero no les damos soluciones dignas cuando el cuerpo o la mente cansados dejan de funcionar y requieren del apoyo institucional de una buena y amplia oferta de residencias y centros que los acojan y los cuiden con mimo y entrega hasta el final de sus días.

La cuestión económica es otra espina que nuestros mayores tienen clavada porque muchos de ellos, tras décadas de trabajo y esfuerzo se ven inmersos en una semi-pobreza tardía que les impide disfrutar de una vida digna. Pensiones por debajo del salario mínimo interprofesional o mujeres viudas con ingresos ínfimos se dan con una desgraciada frecuencia en España.

Existen, por tanto, numerosas lagunas en lo que se refiere al bienestar de nuestros mayores. La mejor manera de demostrarles nuestra consideración es trabajando día a día en hacer realidad las demandas de este colectivo. El Partido Popular trabaja en la actualidad en una serie de propuestas que vendrían a mejorar su calidad de vida y que se concretan como sigue:

1. PENSIONES Y PODER ADQUISITIVO

- Hay que establecer pautas para **garantizar la igualdad de las pensiones en todo el territorio nacional**. Nadie puede cobrar más o menos por residir en una u otra comunidad.
- Es necesario luchar para **incrementar las pensiones más bajas**. La realidad es que muchos de nuestros mayores cobran pensiones por debajo del Salario Mínimo Interprofesional, lo que contribuye a crear una semi-pobreza en los mayores de 65 años.

2. PARTICIPACIÓN SOCIAL E INTEGRACIÓN

- Establecer las bases **para regular la jubilación gradual y flexible**. La edad de 65 años no se ajusta a la esperanza ni a la calidad de vida actual.
- **Potenciar la aportación social de los mayores a través del voluntariado**, en colaboración con las Comunidades Autónomas. Actividades como el cuidado de otros o la participación en programas sociales de apoyo a colectivos con dificultades puede dignificar y dar sentido a la experiencia y capacidad de trabajo de muchos mayores españoles.
- **Hay que desincentivar las prejubilaciones**, estableciendo, al igual que para la maternidad, el principio de «coste cero».
- Es necesario programar políticas que propugnen por la **«igualdad intergeneracional»**, como base para establecer la solidaridad entre jóvenes y mayores, equiparar los derechos y mejorar la dignidad y la calidad de vida de los mayores.

- No hay que renunciar a proporcionar **actividades formativas a los mayores**, con una finalidad de ocio o de aprendizaje.
- **Incluir a los mayores en los proyectos de iniciación en las nuevas tecnologías**. La comunicación más moderna puede ser una solución a los problemas de soledad de muchos mayores y favorecer su integración.
- **Prestar especial atención a la violencia hacia los mayores**. Es necesario crear en este colectivo la cultura de la importancia de denunciar a los agresores, sean familia y no y dar a los mismos medios para que se sientan amparados por la ley y la protección social en todo el proceso.

3. SALUD

- Hay que aportar programas de **soluciones sanitarias integrales para los mayores**, que contemplen las problemáticas sanitarias y las patologías desde un enfoque global y multidisciplinar.
- Trabajar con los agentes sociales en una **Ley de Protección Social a los Dependientes eficaz, real y dotada presupuestariamente**, evaluando los diferentes niveles de dependencia según la autonomía personal de nuestros mayores, sean discapacitados o no.
- **Potenciar a autonomía personal** con políticas sanitarias de prevención y mantenimiento de cualidades físicas y mentales.
- **Hay que ampliar la red de centros de día y residencias** para ofrecer una atención personalizada y digna a todos los que ya han agotado otras opciones de vida y no puedan permanecer en sus entornos o para dar cabida a los que deciden que esta opción es la más adecuada.
- Hay que hacer **más eficaz el sistema de dispensación de medicamentos**. Establecer servicios a domicilio o crear la receta de «tratamiento prolongado». Esto evitará en gran medida desplazamientos a los centros de salud y visitas médicas innecesarias, con el ahorro sanitario consiguiente.
- Es necesario **implantar de forma efectiva el Plan de salud Bucodental para mayores de 65 años**, reduciendo los costes de esta operativa sanitaria y promoviendo el acceso de todos, con o sin recursos, a una higiene bucal y dental adecuada.

4. DEPENDENCIA

- Hay que **impulsar la elaboración de la anunciada e injustificadamente retrasada Ley de Autonomía Personal**. La cuestión es que hay en la actualidad 1.600.000 familias españolas con dependientes a su cargo que necesitan nuestra ayuda. Nuestro partido sabe que hay que respetar las competencias autonómicas, pero al tiempo,

es imprescindible dotar a esta ley de unos mecanismos que garanticen que todos los españoles, provengan de dónde provengan, van acceder a la protección social de igual manera y con los mismos procedimientos, basándonos en el principio de igualdad y solidaridad interterritorial.

- ***España será junto a Japón, si no lo remediamos, el país más envejecido del mundo dentro de unas décadas.*** Tendremos más mayores que ningún otro país. Esto debe repercutir sin duda en la financiación de esta ley, que será vital para las próximas generaciones y que debe ser ambiciosa pero sostenible, contemplando partidas destinadas a ***la promoción del envejecimiento activo como forma de prevenir la dependencia en la tercera edad***, potenciando su autonomía.

Trabajar por ellos y para ellos es hacer realidad el principio de la solidaridad intergeneracional. Un derecho para los mayores y una obligación para el resto de generaciones que requiere de una conciencia social global que no denoste la condición de ser mayor. Con suerte, todos llegaremos a vivir esa edad dorada. Aunque sea desde una perspectiva egoísta, ninguno de nosotros desea sufrir en carne propia el abandono de instituciones y de la sociedad en general. Ahora es el momento de asumir nuestra responsabilidad. De bien nacidos es ser agradecido.

PARADOJAS EN LA CONDUCTA DE LA 3.^a EDAD

D. Tomás Blanco Flórez, Médico Odontólogo – Periodista – ExRepresentante en N.U. International Association of University Presidente (IAUP)

Haciendo de abogado del diablo, no tengo más remedio que señalar en mi opinión que existe un cierto grado de contrasentido entre el título general (discriminación por edad), las ponencias presentadas y la dura realidad del mayor; mediante las cuales se solicita a los poderes públicos y a la sociedad en general, una integración total con plenos derechos, como ciudadanos a los mayores, y por otro solicitar ayudas, principalmente económicas, entre los componentes de esa tercera edad y las organizaciones que los representan y la sociedad a la que se le piden determinadas ayudas.

Haría falta pues encontrar un nexo de unión entre ambas actitudes. Por que casi siempre el dicho popular de que «no están todos los que son, ni son todos los que están» es cierto, en este tema concreto, al que me estoy refiriendo, parece que se hace más evidente que en otros casos porque si al llegar a la tercera edad, como es bien sabido incluso por una buena parte de los aquí presentes, padecemos por unas u otras razones, un buen número de limitaciones físicas o mentales, como son el tiempo de vida que nos quede, la capacidad mental, la salud, etc.

No se pueden solicitar ayudas sobre todo de tipo económico si no van acompañadas al mismo tiempo por determinadas prestaciones.

Salvo el caso de algunos privilegiados que apoyados también indudablemente en los avances «médico-tecnológicos» son capaces de ocupar puestos de alta responsabilidad, o de realizar labores de todo tipo que solo los podrían realizar los jóvenes.

Es evidente que existe una discriminación por la edad, habitualmente injusta, puesto que la Constitución Española establece, que «todos los españoles somos iguales ante la ley, sea cual sea su circunstancia».

Por tanto habrá que estudiar con mucho cuidado, lo que es discriminación, de lo que no lo es, si no que son circunstancias inherentes a la tercera edad, que no estriban solo en cuestiones económicas, sino en esas otras como las que acabo de apuntar previamente más arriba.

Habría que tratar de buscar algo en común para todas ellas con el objeto de poder presentar a la sociedad y a la administración un cuerpo de doctrina lo más homogéneo, un mínimo común denominador que abarque al conjunto de situaciones posibles.

Lo cual será desde luego difícil pero no imposible.

CONFERENCIAS

CONFERENCIA INAUGURAL: «NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES»

Dr. Isidoro Ruipérez Cantera *Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).*

Siguiendo las recomendaciones de los Organismos Internacionales referentes a que en cada país se deben definir y concretar lo que se entiende por las diferentes formas de violencia en las personas mayores (p.m.), en la SEGG, con el apoyo del IMSERSO, decidimos investigar este aspecto mediante estudios cualitativos llevados a cabo con las propias p.m. y los profesionales, en ambos casos con grupos de discusión representativos de todo el Estado español, sexo, edad, cultura, cualificación profesional, zonas urbanas y rurales, ámbito sanitario y social, etc. (Rev Esp Geriatr Gerontol, 2004). Luego ya será posible, a raíz de estos resultados, poder realizar estudios cuantitativos.

Los grupos de discusión acordaron definir las diferentes formas de violencia de la siguiente manera:

- Negligencia: omisión de funciones establecidas, intencionada o no.
- Abuso: acción intencionada que puede tener o no consecuencias.
- Maltrato: acción intencionada cuyo fin es provocar daño.

Afortunadamente la coincidencia fue total sobre lo excepcional que son las situaciones de Maltrato, considerándolo anecdótico aunque espeluznante, y limitado solamente a situaciones desestructuradas con antecedentes previos de maltrato.

Las situaciones de abuso más frecuentes y preocupantes, según las propias personas mayores, serían:

- Explotación familiar como «mano de obra» barata.
- Destitución familiar, con escaso interés por sus propuestas, trato de silencio, etc.
- Desarraigo.
- Explotación económica, en cuanto a «secuestro» de la pensión, herencias, etc.
- Achacar por parte del médico los problemas de salud a la edad, abusando de la prescripción de medicamentos.

Los profesionales consideran que las situaciones de abuso más frecuentes son:

- Trato inadecuado, de «situación» de superioridad.
- Trato infantil.

Son las situaciones de negligencia las que más preocupan. Así, para las p.m., son:

- Abandono a su suerte por su familia, bien en el domicilio o en una institución.
- Déficit de dispositivos sanitarios específicos, especialmente de geriatras, en los centros de salud, en los hospitales y residencias.
- La llamada institucionalización total, donde las normas rígidas de algunas residencias, no son compatibles con su libertad en tomar decisiones.

Los profesionales hacen especialmente énfasis en la negligencia como principal forma de violencia con las p.m. en España:

- Omitiendo valoraciones sanitarias cuando son necesarias.
- Utilizando mal los medios de contención en los enfermos agitados.
- Usando pañales de incontinencia innecesariamente.
- No hacer los necesarios cambios de esos pañales.
- No hacer los cambios de posición necesarios a las p.m. enfermas y dependientes cuando los necesitan, con las graves consecuencias que ello supone (dolor, úlceras por presión...).
- No controlar la alimentación.
- No controlar la medicación prescrita.
- No hacer las curas necesarias.

Como consecuencia de todo lo anterior, los profesionales señalaron las siguientes principales consecuencias:

- Mal estado al alta hospitalaria.
- Agravamiento de problemas existentes.
- Mayor dependencia.
- Sentimientos de soledad o desvalidamiento afectivo.

Hubo coincidencia en afirmar que las situaciones favorecedoras de abuso y negligencia son:

- La soledad.
- La pobreza.
- La situación de dependencia.
- El bajo nivel cultural.
- La dificultad de acceso a recursos especializados.
- El entorno urbano.

En el estudio también se abordó, mediante los grupos de discusión, posibles soluciones a estas situaciones de abuso y negligencia:

Para las p.m. lo principal sería:

- Prevención y detección precoz.
- Mejora de las pensiones.
- Potenciar los servicios públicos, muy especialmente:
 - Ayuda domiciliaria y a la familia.
 - Pisos compartidos y autogestionados.
 - Residencias públicas.
 - Atención geriátrica.
- Organizarse y constituirse en un «lobby».

Los profesionales apuntaron las siguientes principales prioridades como soluciones:

- Mayor formación y titulación profesional.
- Mayor calidad en el empleo y consideración profesional.
- Mayor eficiencia en la gestión.
- Mayores recursos, especialmente específicos de las personas mayores, tanto en el domicilio como en las residencias y hospitales.

Quizás como conclusión, señalar que son frecuentes las situaciones de negligencia y abuso, aunque no las de maltrato, y que la desconsideración social de la vejez y la escasez de recursos están en la raíz del problema.

Desafortunadamente en los casi tres años transcurridos desde este estudio, no parece haberse producido una mejoría en la resolución de los problemas. Incluso algunos hechos o pronósticos apuntan en sentido contrario. Así, el visado exigido desde enero de 2005 para la dispensación de algunos fármacos para la demencia SOLO a los mayores de 75 años, sin base científica que lo justifique a nuestro entender, ha sido considerado desde la SEGG como una clara discriminación por edad. CEOMA y CEAFA (Confederación Española de Familiares de Alzheimer) así lo han entendido también, y juntos esperamos la respuesta del Defensor del Pueblo a nuestra queja.

También próximamente el Ministerio de Sanidad y Consumo definirá lo que será la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud. La posible no inclusión de la Geriátrica en la misma, ya ha sido calificada por expertos, incluso de fuera del ámbito geriátrico, como una posible negligencia. Aún confiamos en que esto no se produzca y poder aplaudir así un hecho relevante en la prevención de violencia a las p.m. en España.

Gracias.

Madrid, Octubre de 2005.

CONFERENCIA INAUGURAL: DISCRIMINACIÓN POSITIVA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

D.^a Ana Botella, Concejala del Área de Gobierno de Servicios Sociales y Atención a la Ciudadanía.

Buenos días:

Es una satisfacción poder participar en el VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que este año se celebra en Madrid, en cuya organización y patrocinio ha participado el Ayuntamiento de Madrid. Se me ha invitado a que exponga la experiencia del Ayuntamiento de Madrid en torno a la «Discriminación positiva en los programas de municipales de atención a mayores», lo que me parece muy oportuno, pues los mayores en Madrid son lo primero, especialmente, los más dependientes.

Madrid es una ciudad con un índice de envejecimiento del 18,6% sobre el total de población: 590.000 personas mayores de 65 años viven en Madrid, de las que 156.000 superan ya los 80 años y de éstas, una tercera parte vive sin compañía alguna. Sabemos también que 12.000 de estos mayores de 65 años son ya extranjeros.

Nuestro compromiso con todas estas personas es hacer todo lo posible para puedan vivir en su propio entorno, en su casa, en su barrio, el mayor tiempo posible. Y para ello, el Ayuntamiento de Madrid está realizando un gran esfuerzo presupuestario como ningún otro Ayuntamiento de España ha hecho hasta la fecha.

Desde junio del año 2003, momento en que el Equipo de Alberto Ruiz-Gallardón asumió el Gobierno de la ciudad, el presupuesto destinado a financiar recursos y servicios sociales para las personas mayores se ha incrementado en un 110%, sin contar el esfuerzo tan importante que se está realizando en inversión en equipamientos para mayores.

Para el año 2006 vamos a destinar un presupuesto de 160 millones de euros íntegramente destinados a las personas mayores: 72 millones de € para Servicios de Ayuda a Domicilio, en su modalidad de auxiliar de hogar; 38 millones de € para el conjunto de Programas de Atención a Personas Mayores; y más de 50 millones de € en inversiones en Centros de Día para los mayores dependientes y Centros Municipales de Mayores.

Este importante esfuerzo económico se traduce en resultados y en cumplimiento de los compromisos adquiridos con los madrileños. Por poner sólo tres ejemplos:

- **Teleasistencia Domiciliaria.** Hemos pasado de 15.000 teleasistencias instaladas en junio de 2003 a más de 62.000 en la actualidad, lo que supone un índice de cobertura del 11% de la población mayor de 65 años en nuestra ciudad, y el 30% del total de teleasistencias instaladas en España. (En España el nivel de cobertura es del 2%, en Ca-

taluña el 0,57% y en Barcelona el 0,91%). Para finales de este año están previstas 67.000 teleasistencias.

- **Ayuda a domicilio:** en la actualidad el total de domicilios atendidos es de 21.300 domicilios, lo que supone cerca 24.500 usuarios atendidos, es decir 9.000 usuarios más respecto a abril de 2003, y una cobertura del 4,1% de las personas mayores de 65 años, que está por encima del nivel de cobertura de España (3,14%) o de ciudades como Barcelona que está en el 1,6%.
- **Plazas en centros de Día:** en la actualidad el Ayuntamiento cuenta con 2.309 plazas públicas en Centros de Día, es decir 1000 más que hace dos años. Nuestro compromiso es alcanzar 4.000 plazas al final de la legislatura en 2007.

Queridos amigos,

El propio lema de la atención a los mayores: *«los mayores, primero»*, es la carta de presentación de una política social que intenta evitar toda suerte de discriminación entre estas personas.

En todos los Programas de Atención a las Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid se aplica la discriminación positiva en favor de quienes, a igualdad de condiciones, mayor necesidad presentan en un determinado momento, teniendo en cuenta: su edad, su situación económica, su situación social y su nivel de dependencia. Me referiré a ello a continuación:

En primer lugar me referiré a **la edad**, poniendo el ejemplo de la teleasistencia. Cuando comenzamos a extender la utilización de la teleasistencia entre las personas mayores en julio de 2003 nos dirigimos inicialmente a quienes superaban los 80 años y además vivían solos; contactamos después con todos los mayores de 80 años, aunque viviesen acompañados y, así seguimos trabajando; de más a menos edad.

Quisimos además que la edad fuera el único requisito para acceder al servicio: la teleasistencia es gratis y se ha simplificado enormemente el «papeleo» necesario para poder tenerla en casa. Afortunadamente, con este sistema hemos conseguido que casi uno de cada dos mayores de 80 años que viven en Madrid tenga este servicio totalmente gratuito.

En segundo lugar, **la situación económica**. En el Ayuntamiento de Madrid no queremos que el nivel de ingresos sea motivo de exclusión a la hora de solicitar un servicio o de ampliar la atención de alguno de los que ya recibe la persona mayor. Es el caso, por ejemplo, de la Ayuda a Domicilio y del Servicio de Comidas a Domicilio.

El baremo que rige la aportación económica del usuario al coste total del servicio está pensado para que el mayor número personas puedan beneficiarse de la ayuda a domicilio con el menor coste posible. Gracias a este baremo, la aportación global de los usuarios al coste total del servicio, que antiguamente era del 8%, en la actualidad representa sólo el 4%. Y un 45% de las personas que reciben el servicio no pagan nada por él.

En cuanto a las comidas a domicilio, en la actualidad se distribuyen 13.000 comidas mensuales, lo que supone atender a cerca de 450 personas simultáneamente. Al finalizar el año se habrán distribuido un total de 180.000 comidas. Para recibir este servicio, la persona mayor tiene que abonar al menos 50 céntimos por comida, corriendo a cargo del Ayuntamiento el 60% del coste total del servicio. El coste medio por comida para el usuario es menor a los 2 €.

Por tanto, en nuestra ciudad quien más recursos económicos tiene, contribuye más al coste del servicio, y quien cuenta con menos recursos, aporta menos. Y casi la mitad de los mayores no tienen que pagar nada. Esto es discriminar positivamente.

La situación social. Una de las principales preocupaciones del Área de Gobierno que dirijo es evitar situaciones de soledad y aislamiento en las personas mayores. Por eso contamos desde abril de 2004 con un Programa de Detección, Valoración e Intervención con mayores frágiles en riesgo de aislamiento y exclusión social.

Para ello colaboramos con el voluntariado social que nos permite acceder en muchos casos hasta el domicilio, ya que como ustedes saben, se trata de mayores que en muchas ocasiones están fuera de la red normalizada de atención; no acuden a nuestros centros, ni es fácil que permitan el acceso de trabajadores sociales a sus casas.

La dependencia. A mayor nivel de dependencia, mayor atención: esta es la forma en que trabajamos. Pero ¿quién establece cuánta dependencia presenta cada caso?

Los mayores de Madrid cuentan con 26 Centros de Servicios Sociales a los que acuden para solicitar los recursos y servicios que el Ayuntamiento pone a su disposición.

En un intento de equilibrar territorialmente la ciudad en cuanto los recursos que se asignan en atención al nivel de dependencia, y para garantizar que se presta el mismo nivel de atención con independencia de si la persona mayor vive en Puente de Vallecas o en Chamartín, el Ayuntamiento de Madrid utiliza criterios de valoración comunes en toda la ciudad; instrucciones comunes para todos; escalas que se utilizan tanto en España como en el resto del mundo para favorecer que el más dependiente recibe siempre mayor atención.

Recientemente, por ejemplo, se ha puesto en marcha la Ayuda a Domicilio intensiva, para que aquellos que tienen mucha dependencia reciban entre 60 y 120 horas de atención al mes, incluyendo festivos y fines de semana. Estamos apoyando así al mayor dependiente y a la familia cuidadora, para la que a medida que la dependencia avanza, se incrementa también la carga de cuidados.

Pero quizás son los Centros de Día, por estar pensados para la atención a los mayores dependientes, los físicos o los que padecen deterioro cognitivo, Alzheimer u otras demencias, los recursos desde los que es más fácil comprender el apoyo municipal a la dependencia.

Actualmente, estamos desarrollando el Plan de Inversiones y Equipamientos en Centros de Día 2004-2007 con una inversión inicial que supera

los 90 millones de euros y que nos va a permitir poner al servicio de los mayores dependientes y sus familias 4.000 plazas de atención.

Nunca antes el Ayuntamiento de Madrid había tenido un Plan de Inversiones de tal importancia y magnitud económica, encaminado a la creación de infraestructuras de servicios públicos con permanencia en el tiempo.

En la actualidad son ya 27 proyectos puestos en marcha, que suponen 40 nuevos equipamientos: 10 Centros Municipales de Mayores, 11 Centros de Día para personas mayores con deterioro físico, 18 Centros de Día para enfermos de Alzheimer y 1 residencia, y que contribuirán a equilibrar la dotación de plazas en Centros de Día en el conjunto de los 21 distritos municipales, así como en sus barrios.

Termino. Desde el Ayuntamiento de Madrid estamos realizando un importante esfuerzo para mejorar la calidad de vida de las personas, como nuestros mayores dependientes, que más lo necesitan.

Entendemos la discriminación positiva como aquella forma de atender a los mayores en función de su grado de necesidad. Nuestras acciones, como así lo demuestran los datos que les he ofrecido, huyen de la superficialidad y van al fondo de los problemas: la soledad, la dependencia, la carencia de medios...

Tenemos la obligación de poner en marcha todos los recursos a nuestro alcance para retrasar y prevenir la dependencia y sus consecuencias negativas, y contribuir a lograr que los ciudadanos envejezcan con la mejor calidad de vida posible.

Así lo estamos haciendo, y en los próximos años vamos a consolidar más nuestra acción de gobierno y lo queremos hacer con la complicidad del conjunto de la sociedad.

Muchas gracias.

SESIÓN PLENARIA: «POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES Y PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA»

Ángel Rodríguez Castedo, Director General del IMSERSO

Buenos días a todas y a todos. Gracias Padre Ángel por sus palabras que son más bien palabras de amigo. Por tanto, no las tengan muy en consideración. Bien es cierto que uno tiene su propia trayectoria vital. La mía nace en las aguas que el Padre Ángel ha descrito.

Mis más cordiales saludos a todos los miembros de la mesa y a todos ustedes, que con su presencia, nos dicen de forma clara que quieren seguir activos participando en acontecimientos como este Congreso y manifiestan su voluntad decidida de ser actores y no meros espectadores.

Agradezco a Eduardo Rodríguez Rovira y a los organizadores del Congreso la oportunidad que me han proporcionado de compartir con ustedes algunas reflexiones sobre unos temas que les preocupan respecto a las políticas y programas para personas mayores y las personas en situación de dependencia.

Para atender las demandas de la sociedad, los cambios sociales y demográficos actuales el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ha organizado sus actividades en torno a tres ejes estratégicos de acción:

El primer eje consiste en las políticas de promoción del **envejecimiento activo** dirigidas al numeroso y creciente colectivo de mayores de 65 años que viven su jubilación con buena salud y con ganas de participar y estar ocupados en nuestras comunidades.

Un segundo eje se fundamenta en las políticas de **promoción de la autonomía personal** y **de atención a las personas**, de cualquier edad, que se encuentren **en situación de dependencia**.

Por último el tercer eje se centra en las políticas que buscan impulsar y apoyar la **cohesión, innovación y mejora continua** del Sistema de Servicios Sociales de España.

Estas tres grandes áreas de trabajo estructuran al IMSERSO cuya obligación primordial es ser un instrumento útil a las personas mayores y a las personas en situación de dependencia y sus familias para contribuir a que alcancen unos mayores niveles de bienestar y calidad de vida.

Vivimos, en la actualidad, momentos de gran interés por el tema de la atención a las personas en situación de dependencia. En el próximo año 2006 tendremos un debate parlamentario sobre la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*.

Es bueno que el tema se encuentre en la agenda política, pero es necesario también que conste en la agenda social. Es primordial que la sociedad demuestre que ambiciona dotarse de instrumentos jurídicos y de protección porque conocedora de la existencia de nuevas necesidades, desea se con-

figuren nuevos derechos sociales que den respuesta a dichas necesidades en forma de servicios y de prestaciones económicas.

La atención a las personas en situación de dependencia ha de ser no sólo una preocupación y un debate político, sino también debe convertirse en un debate de toda la sociedad.

Nos encontramos en un contexto de envejecimiento acelerado en España y en la Unión Europea. Escenario similar se da en la mayoría de los países de la OCDE.

En los últimos treinta años, la población española de más de sesenta y cinco años, se ha duplicado. Hemos pasado de 3,4 millones del año 70 a los 7,3 millones del año 2004. La población mayor de 80 años se ha triplicado en ese mismo horizonte temporal. Estamos ya en cifras de dos millones de personas mayores de 80 años. Esto origina, por muy bien que lleguen nuestros mayores de salud a esa edad, que las tasas de dependencia aumenten pasando de un 20 al 40-50 por ciento y que sus necesidades de cuidados se incrementen necesitando cada vez más la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (levantarse, asearse, comer, etc.).

No debemos aceptar vivir esta situación únicamente como un problema. En primer lugar, porque es un logro de nuestras sociedades que la gente viva más y viva mejor esos años. Y además es un logro social de los estados de bienestar europeos y de la historia de la Humanidad en su conjunto. Debemos sentirnos orgullosos por estos resultados.

Este escenario debe contemplarse desde una óptica positiva. Además de un importante logro es también una oportunidad que permite a las sociedades generar empleo y actividad económica para atender a las personas en situación de dependencia. Por ello, estamos ante un hecho de gran relevancia no sólo social sino también económica. El proyecto de Ley supone tomar medidas de política social pero también de política económica de gran magnitud.

Hablar de la familia y su relación con el cuidado de los mayores hoy en día es hablar de la mujer. Una amplia mayoría de los problemas sociales se atienden por nuestras madres, nuestras esposas o nuestras hermanas. Las mujeres españolas están soportando demasiada presión por la falta de profesionalización de los cuidados de larga duración incidiendo muy negativamente en su integración en el mundo laboral en pie de igualdad con los varones.

La gran revolución demográfica en curso coincide con otra gran revolución: las nuevas formas de familia y la integración laboral de la mujer. Actualmente las generaciones nuevas tienen una gran movilidad geográfica, tanto en la etapa de estudios como en la laboral. A este hecho debemos unir la alta tasa de divorcios, la desestructuración del modelo familiar tradicional. Esta situación antes no existía y hace insostenible el modelo de apoyo informal familiar, urgiendo, como decía anteriormente la profesionalización en la atención y prestación de cuidados.

La familia lo hacía todo en tiempos pasados: la educación, la sanidad. Lo que pretende la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a*

Personas en Situación de Dependencia es profesionalizar estos servicios. Parece razonable, parece justo que las familias sientan que la sociedad vive esos problemas como propios. Aunque es obvio la familia debe seguir jugando en todo este proceso un rol muy importante, que es facilitar compañía, el cariño, el afecto y la seguridad emocional a la persona querida.

En la actualidad, según el estudio: *Cuidados en la familia de personas mayores en situación de dependencia*, IMSERSO 2004, en más de 1.600.000 hogares españoles se presta ayuda a personas mayores.

El perfil medio de quienes cuidan a las personas mayores en España puede sintetizarse en la fórmula «género femenino, número singular»: siendo una amplia mayoría del total de cuidadoras/es mujeres.

En cuanto a la edad, también se confirma para España lo que sucede en otros lugares, es decir, que el intervalo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años (la edad media de los personas cuidadoras está en torno a los 50 años). Las tres cuartas partes de estas personas cuidadoras no desarrollan actividad laboral externa alguna.

El capítulo doce del *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*, señala que en España existen altas tasas de desempleo debido a la inexistencia de servicios de proximidad. La generación de empleo por la puesta en marcha del Sistema Nacional de Dependencia procurará una gran riqueza para el país y posibilitará la integración laboral de numerosas mujeres españolas que quieran hacerlo.

Lo que tenemos que hacer es intentar trasladar modelos que han tenido éxito en el norte y centro de Europa a nuestra realidad e implementar este tipo de servicios, ampliando con nuevos derechos nuestro modelo social de convivencia.

Una vez desarrollado en su totalidad el Sistema Nacional de Dependencia nuestras tasas de desempleo quedarían entorno a un cinco o cinco y medio por ciento. Una tasa casi de pleno empleo que refleja las salidas y entradas en el mercado laboral.

Hablamos de empleo directo y también de empleo inducido en el conjunto de la economía. Cuando creamos una residencia, un centro de día, una empresa de ayuda a domicilio, servicios de catering, etc., se está creando no sólo empleo directo sino mucho empleo indirecto en el conjunto de la sociedad.

En nuestro país llevamos años hablando de esto. Múltiples jornadas, seminarios, cursos se han celebrado en torno al tema. Es necesario pasar del dicho al hecho. En la sociedad española hay un amplio consenso al respecto. Todos los partidos políticos y sus programas electorales propugnan dar respuesta a la Dependencia. Los agentes sociales lo han incorporado al Pacto de Toledo con un capítulo específico. Las sociedades científicas, los colegios profesionales, los expertos, el movimiento asociativo de mayores, de personas con discapacidad, están de acuerdo en la necesidad de dar una respuesta eficaz a las importantes necesidades sociales que plantea la Dependencia.

La aparición de nuevas necesidades sociales ha de suponer la consolidación de nuevos derechos sociales. Al igual que se han desarrollado el Sis-

tema de Seguridad Social, el Sistema Educativo y el Sistema de Salud, debe desarrollarse el Sistema Público de Servicios Sociales, como cuarto pilar del Estado de Bienestar. Un auténtico sistema que, con el mismo rango que la sanidad, las pensiones y la educación, complete nuestro ámbito de protección social, garantizando las prestaciones adecuadas a las personas en situación de dependencia de cualquier edad.

Nadie, a estas alturas de la Historia, está dispuesto a admitir que tener una plaza educativa gratuita para los hijos e hijas, contar con una pensión en la vejez o acceder a las prestaciones sanitarias públicas en caso de enfermedad sean asuntos particulares que debamos resolver con nuestros propios medios. Lo mismo debe suceder con las prestaciones para cuidar a las personas en situación de dependencia.

El Gobierno se había comprometido a tener elaborado el *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* antes del 30 de diciembre del año 2004 y el IMSERSO, cumpliendo este encargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales lo entregó el día 23 de diciembre.

El Libro Blanco ha sido hecho desde el conocimiento y el rigor, con el afán y la voluntad de ofrecer a la sociedad española un documento que refleje de forma veraz en dónde estamos y adónde queremos llegar, que tiempo nos va a llevar, cuanto nos va a costar y como se paga.

Es un documento en el que se ofrece un análisis técnico y un diagnóstico riguroso de la situación de las personas en situación de dependencia en España. Constituye una foto del país que contribuye a ordenar y facilitar el diálogo social y político que se está llevando a cabo con los agentes sociales, con las administraciones autonómicas y locales, con el movimiento asociativo, con los proveedores de servicios, en el propio Parlamento. Diálogo que es de esperar se consolide en un Acuerdo en torno al proyecto de Ley que regule la situación de las personas que viven en situación de dependencia.

Dicho proyecto de Ley será aprobado por el Gobierno antes del 30 de diciembre del presente año. El Libro Blanco y el Proyecto de Ley son buenos ejemplos de caminar del dicho al hecho. De alejarse de la retórica y pasar al reconocimiento de derechos.

El proyecto de Ley determinará en su *Memoria Económica* los recursos necesarios y las fases de desarrollo. Es necesario recalcar que no estamos ante una Ley más sino ante una Ley que crea un nuevo sistema de bienestar y esto lleva años. Hagamos pedagogía desde el primer momento. Seamos rigurosos. No forjemos excesivas expectativas en una inmediata y fácil puesta en marcha del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, ello podría generar decepción. El desarrollo de los grandes proyectos necesitan de voluntad, constancia y tiempo.

Es necesario formar a miles de personas que trabajarán en el Sistema y habrá que desarrollar para ello un amplio plan de formación. En estos momentos estamos poniendo a nuestros seres queridos en manos de voluntarios, de personas sin los conocimientos suficientes. Esto no puede continuar así. La profesionalización es indispensable para el éxito del Sistema.

La atención de las situaciones de dependencia, los cuidados a las personas mayores no es sólo una necesidad objetiva real sino que, además, es una necesidad percibida como apremiante por un número creciente de ciudadanos y de familias.

Esta aprobación de la opinión pública respecto a la necesidad de disponer de un *Sistema Nacional de atención a las personas dependientes* se refleja en el *Barómetro de noviembre de 2004* del Centro de Investigaciones Sociológicas. En el mismo se preguntaba a los ciudadanos si era prioritaria la iniciativa del Gobierno relativa al Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Ante esta pregunta un 76,1% contestaba que se trataba de una prioridad inmediata.

Los problemas de atención a las personas en situación de dependencia no son sólo familiares, son problemas del conjunto de la sociedad y que, por lo tanto, la sociedad debe unirse para ayudar a aquellos que tienen el problema. Queremos ser fieles a un modelo social europeo de solidaridad.

En la misma encuesta un 70,6 por ciento de los encuestados dice que estaría dispuesto a que le incrementasen las cotizaciones a la Seguridad Social o los impuestos para atender a las personas en situación de dependencia.

Por lo tanto, la gente está pidiendo servicios, pero también está siendo solidaria y coherente. Solicita y está dispuesta a dar. Coinciden, pues, la voluntad de avanzar de los poderes públicos con la voluntad de la ciudadanía de que eso se realice.

En la elaboración del anteproyecto de Ley se han trasladado ya diversos Acuerdos Básicos sobre la naturaleza de las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia, entre los que se podrían destacar:

- Por Sistema Nacional de Dependencia se entiende el conjunto de prestaciones y servicios (tanto públicos como de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro) que se destinan a la protección de las personas en situación de dependencia.
- Las prestaciones tendrán carácter universal y público.
- La situación de dependencia se acreditará mediante la aplicación de un baremo único en toda España
- Se establecerán tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia. La protección estará con relación al grado de dependencia.
- Serán prioritarios los cuidados dirigidos a mantener el mayor grado posible de autonomía de las personas, los servicios de proximidad y la ayuda domiciliaria.
- El catálogo de prestaciones y servicios que se establezca en la ley tendrá carácter básico. Se garantizará la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia.
- La gestión de las prestaciones se desarrollará en el ámbito de las competencias de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

- Todos los centros y servicios deberán contar con la acreditación correspondiente de la Comunidad Autónoma que garantice una atención de calidad.
- La financiación del Sistema Nacional de Dependencia será compartida entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Los beneficiarios deberán participar en la financiación en función de su situación socioeconómica.

Igualmente existe un acuerdo sobre el catálogo de servicios que propondrá el proyecto de la Ley y que constituyen el objetivo prioritario del Sistema Nacional de Dependencia:

Existirán **servicios para la promoción de la autonomía personal** que comprenden la prevención, la teleasistencia, las ayudas técnicas para la autonomía personal, las ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar y la asistencia personalizada.

Y también **servicios de atención y cuidado** que engloban: el Servicio de ayuda a domicilio (atención de las necesidades del hogar, cuidados personales), el Servicio de atención en Centros de Día y de Noche (centros para mayores, de atención a menores de 65 años y de atención especializada), el Servicio de atención en centro residencial (residencias de personas mayores dependientes, centros de atención a personas con grave discapacidad psíquica y/o física).

Habrán, asimismo, tres tipos de **prestaciones económicas**:

En primer lugar, cuando no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario, en función de su grado y nivel de dependencia, se procederá al reconocimiento de una prestación económica vinculada para que la persona pueda adquirir el servicio en el mercado privado. En segundo lugar, siempre que se den las circunstancias familiares y de otro tipo adecuadas para ello el beneficiario podrá optar por ser atendido en su entorno familiar, y su cuidador recibirá una compensación económica por ello. Por último, la tercera prestación tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia menores de sesenta y cinco años. Su objetivo es garantizar una ayuda que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo, y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria mediante una asistencia personalizada.

Es importante desarrollar, para una buena aplicación de la Ley, una gestión de calidad, disponer de unos adecuados sistemas de información tanto estadísticos como orientados hacia las personas en situación de dependencia y sus familias. Los poderes públicos tienen el deber de informar a los destinatarios de sus servicios. De facilitarles aquellos conocimientos que les permitan realizar en las mejores condiciones su tarea de cuidadores.

Igualmente, es fundamental realizar, en el Sistema Nacional de Dependencia, un empleo intensivo de las nuevas tecnologías y las ayudas técnicas

como generadoras de calidad de vida y de autonomía personal. Debemos aprovechar toda la capacidad de innovación de las sociedades contemporáneas para hacer la vida más fácil, agradable y digna a las personas en situación de dependencia y a sus familias.

No quisiera finalizar sin hacer unas breves reflexiones en torno a unas cuestiones que considero son de mucha importancia para todos ustedes.

Señalar que entre las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia está prevista la existencia de **programas de Respiro**. De esta manera las familias podrán tomar un fin de semana o un mes de vacaciones quedando el familiar bien atendido. Igualmente los familiares cuidadores, como hemos comentado anteriormente mayoritariamente mujeres, cotizarán a la Seguridad Social con cargo al Sistema Nacional de Dependencia por los trabajos que realicen cuidando a sus familiares y generarán unos derechos de futuro.

Las personas mayores quieren vivir en su casa, en su barrio de toda la vida. Por ello, la Ley tiene voluntad de integración comunitaria. El mayor debe quedarse en su casa, pero en una casa digna, con condiciones adecuadas de habitabilidad. En viviendas que reúnan todos los requisitos de accesibilidad y de confort. Por ello, está previsto en la Ley destinar unos fondos para contribuir con las familias a la **adecuación del hogar** y que las personas en situación de dependencia puedan vivir en sus domicilios con dignidad.

Como les señalaba al comienzo de mi intervención un eje estratégico de actuación del IMSERSO lo constituyen las políticas de promoción del **envejecimiento activo**, de participación de los mayores.

Con el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia se establecerán una serie de servicios y prestaciones para los mayores dependientes (en torno a un millón de personas). Pero hay otros seis millones de personas de más de 65 años que quieren seguir activas, que desean seguir disfrutando de la vida, como todas las que estáis aquí hoy reunidas.

Es fundamental sentirse útiles, seguir aprendiendo, realizar aquello que nunca se hizo porque no había tiempo suficiente, viajar, etc. Tenéis cosas que aportar, cosas que transmitir.

Siempre que hablo de este tipo de temas digo –no para halagar los oídos de nadie– que no hay sociedad sólida, sociedad que sepa de dónde viene y adónde va si no tiene raíces. Y cuanto más profundas sean esas raíces, mejor le va a ir a esa sociedad. Y las raíces sois vosotros. La raíz es la memoria histórica que debe ser transmitida de generación en generación.

Otra cuestión de especial relevancia para nuestro país es que necesitamos tener una voz del mundo de los mayores. Las personas con discapacidad, organizadas en torno al CERMI, lo han hecho bien. La sociedad española conoce lo que quieren las personas con discapacidad porque le llegan mensajes claros. Al colectivo de personas mayores le hace falta una voz potente. Debe ser una voz coordinada. Por ejemplo, el Consejo Estatal de Personas Mayores que hemos renovado hace poco tiempo tiene que jugar ese papel. Y una gran Confederación como la vuestra debe transmitir

también a la sociedad los problemas y las expectativas que tienen las personas mayores en nuestro país.

Quisiera acabar mi intervención señalando que el IMSERSO, que cambió recientemente la M de *migraciones* por la M de *mayores* se siente honrado y orgulloso de ser el referente, a nivel de la Administración Central del Estado, de las personas mayores de nuestro país. Está a vuestra disposición para todo aquello en que os podamos ser de utilidad. Deseamos compartir objetivos y caminar juntos con todos vosotros porque así, sin lugar a dudas, caminaremos mejor y más rápido.

SESIÓN PLENARIA: «UNA POLÍTICA DE LIBERTAD E IGUALDAD PARA LA PERSONAS MAYORES»

José María Alonso Seco, Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid

A) INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar la intervención, quiero agradecer a CEOMA su amable invitación para participar en este VII Congreso Nacional, así como felicitar a sus organizadores por el asunto central del Congreso, la discriminación por edad de las personas mayores. Tengo también que excusar la presencia de la Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, Beatriz Elorriaga, quien, por motivos de agenda, no puede dirigirles la palabra en este momento.

Cuando se habla de política hacia las personas mayores, suele ponerse el acento, por lo general, en la planificación y creación de recursos, programas y servicios que atiendan las necesidades e inquietudes de la persona mayor. Sin embargo, quienes tenemos la obligación de realizar esa planificación y ejecución de servicios, nos hacemos de continuo esta pregunta: *¿cuál es la primera querencia, el principal anhelo de una persona mayor?*

No es fácil dar respuesta a esta pregunta, sencilla en su formulación pero compleja en su contenido. Intentaré hacerlo, no obstante, en la exposición que sigue, fruto de una mera reflexión personal. Advierto ya desde ahora de que voy a situarme más bien en el terreno del pensamiento, persuadido como estoy de que, como bien ha escrito Julián Marías, *«la política requiere un ejercicio adecuado del pensamiento»*¹, y porque, cuando en ocasiones he hecho esta pregunta a personas mayores, ninguna de ellas me ha respondido que su primera inquietud vital sea que pongan a su disposición un servicio de ayuda a domicilio, de teleasistencia, de centro de día, residencia o recurso análogo.

B) EL PRINCIPIO DE LIBERTAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Creo que *la persona mayor tiene ansia de libertad*, o mejor quizá, de seguir siendo libre. No la exteriorizará, porque, con la mayor edad, afanes y anhelos suelen ir acompañados de sosiego, templanza y resignada, cuando no escéptica conformidad. Asociado con ese afán de libertad, late en ella un deseo de igualdad. Pocas cosas me parece que afecten tanto al sentimiento de la persona mayor como sentirse olvidado, apartado, discrimina-

¹ Marías, J. «Libertad y exasperación», en *La fuerza de la razón*, Alianza Editorial, Madrid, 2005, pág. 237.

do por la sociedad. Discriminación que incide directamente en su derecho fundamental a la igualdad, y en el también derecho fundamental a la libertad, pues el ejercicio de ésta necesita un contexto de igualdad y ausencia de condicionantes.

Se me dirá que antes del ansia de libertad y de la exigencia de igualdad, el primer anhelo de la persona mayor es el de vivir. Es evidente que sí. Con razón escribió Cicerón que «*nadie hay tan viejo que piense que no puede vivir todavía un año más*»². Pero vida y libertad están estrechamente unidas, pues la libertad es exteriorización de la vida, como con maestría lo plasmara Dámaso Alonso en uno de sus poemas: «*Libertad, ¿qué eres tú?... Ay, yo no sé lo que eres, mi albedrío... ¿Aroma del vivir, que me embriagas?*».

Debemos *reclamar para la persona mayor su derecho a ser libre*. Libertad en la elección de su modo personal de vida, libertad ideológica, libertad familiar, libertad de decisión, libertad e independencia de criterio, libertad en el acceso a los distintos recursos y servicios que se le ofrezcan. Por lo mismo, las políticas dirigidas hacia las personas mayores, así como las concreciones de esas políticas en catálogos de servicios, siempre deben estar presididas por el principio de libertad de la persona mayor, ya se trate de mayores autónomos o mayores dependientes. Este aspecto me parece esencial porque evitará la discriminación por edad de la persona mayor y, sobre todo, porque dará prioridad a aquellas actuaciones en las que ella sea agente activo de participación voluntaria, en lugar de sujeto pasivo de medidas asistenciales. Me interesa decir, ya desde ahora, que para colmar ese afán de libertad, debe pedirse de la persona mayor *una actitud proactiva en la búsqueda de esa libertad*, pues la primera condición para ser libre es querer serlo e intentarlo. Pero a renglón seguido debo decir, y aquí entra en juego el principio de igualdad o de equiparación de oportunidades, que la persona mayor no podrá ejercer su anhelo, su derecho a la libertad si antes no se eliminan los impedimentos que dificultan su ejercicio y se fomentan las condiciones que la hacen real y efectiva. A unos y otros voy a referirme a continuación.

C) IMPEDIMENTO PARA LA LIBERTAD

Entre los distintos *impedimentos* que dificultan el ejercicio de la libertad por la persona mayor, voy a referirme a cinco de ellos: la insuficiencia económica, las condiciones de habitabilidad de la vivienda, la insuficiencia de recursos sociales, algunas modalidades de dependencia familiar, y la inseguridad que acostumbra acompañar a la vejez.

A la *suficiencia económica* de las pensiones se refiere especialmente nuestra Constitución, en su artículo 50, al mencionar los derechos que han de ser garantizados por los poderes públicos para las personas en la tercera edad. Un mayor poder adquisitivo no garantiza por sí mismo, ciertamente,

² Ciceron, M. T., *De Senectute*, VII, 24, Editorial Triacastella, Madrid, 2001.

una mayor nivel de libertad personal. Pero es evidente que la libertad necesita un espacio de desenvolvimiento y ausencia de ataduras; la insuficiencia de recursos económicos, cuando no es fruto de una opción personal de vida, priva a la persona de realizar muchas de las cosas que desearía.

Es equivocado pensar que, con carácter general, la persona mayor tiene menos necesidades y, por lo mismo, menos necesidad de recursos económicos para cubrirlas. A la inversa, debe pensarse que la persona mayor, por encontrarse fuera del mercado de trabajo, por haber abandonado la actividad laboral, en ocasiones en contra de su voluntad, tiene necesidad de ingresos económicos periódicos y seguros, necesidad que se hace más imperiosa cuando se trata de satisfacer los aspectos más elementales de la vida, como los relativos a su sustento, habitación y confortabilidad en el hogar. Difícilmente podremos hablar en estas ocasiones de ejercicio de la libertad cuando la persona mayor se encuentra tan condicionada, ni tampoco cuando, aun disponiendo de los recursos económicos básicos, le faltan no obstante aquellos otros que pueden hacer su vida más agradable para satisfacer apetencias que en momentos anteriores de su vida no ha podido disfrutar, las de viajar y conocer el mundo, por poner un ejemplo.

En este sentido, la política de libertad que preconizo para las personas mayores ha de contemplar *una adecuada política de pensiones*. Es necesario seguir fortaleciendo una Seguridad Social sólida y con disponibilidades dinerarias para hacer frente al aumento progresivo de los mayores jubilados o viudos. Se hace preciso prestar una atención muy especial a quienes perciben pensiones mínimas, o las de carácter no contributivo o asistencial, así como a quienes residen en ámbitos rurales, personas mayores emigrantes, o quienes reciben las pensiones del antiguo Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez. Es ésta, a mi entender, una función irrenunciable de la Administración General del Estado, porque es él, mediante la regulación de requisitos iguales para todos los ciudadanos con independencia del territorio donde residan, quien mejor puede contribuir al establecimiento de una política de igualdad y de libertad.

Junto a esa política de pensiones, es necesario que otras Administraciones, autonómicas y locales, establezcan en su legislación la regulación necesaria para *evitar situaciones de pobreza en las personas mayores*. En varias comunidades autónomas, entre ellas la de Madrid a la que honro en representar, existen ya instrumentos normativos, como es el caso de la Ley de Renta Mínima de Inserción. Pienso que, salvo opciones personales que deben valorarse desde el solo ámbito de la libre decisión personal, la pobreza, en cuanto situación limitativa, es difícilmente compatible con el estado de libertad.

En ocasiones he oído a personas mayores decir que en su casa tienen calefacción, pero que sólo la ponen cuando van los nietos a verles porque el gasto de energía les desequilibra la economía familiar. Mayor importancia cualitativa tienen aquellas viviendas que no disponen de ascensor, que en nada favorecen, cuando no impiden, la salida de la persona mayor fuera de su domicilio, la necesaria relación que han de tener con otras personas de su entorno vecinal y comunitario, y que suponen un esfuerzo físico

sobreañadido a sus carencias cuando se trata de subir a su domicilio cargas como las bolsas de alimentos, maletas u otros enseres. En este punto deben las distintas Administraciones públicas, en especial las autonómicas y locales, incrementar sus presupuestos para facilitar la rehabilitación de las viviendas de las personas y acomodarlas a su nueva situación. En la Comunidad de Madrid, quiero dejar constancia de ello, y sin perjuicio de otras ayudas de la Comunidad para rehabilitación de viviendas, la Consejería de Familia de Familia y Asuntos Sociales destina todos los años una partida en sus presupuestos para reparación de viviendas de personas mayores, siguiendo las directrices establecidas en el Plan de Mayores de la Comunidad 1998-2006.

La *insuficiencia de recursos sociales específicos para personas mayores* es otro de los condicionantes que dificultan el libre ejercicio de la libertad, aunque se sitúa más bien en el conexo principio de equiparación de oportunidades. Realizo esta afirmación con la consciencia de que en la Comunidad de Madrid hemos hecho un ingente esfuerzo por la creación de nuevos recursos y servicios para la persona mayor, donde pueda encontrar acomodo a sus diferentes necesidades. Pero, precisamente por haber realizado un gran esfuerzo presupuestario y de planificación, observo que todavía se necesitan mayor número de recursos y más diversificados, donde las personas mayores encuentren no sólo una atención esmerada, sino donde puedan desarrollar su autonomía personal, su libertad, en el mayor grado posible. Este es un reto continuo que tenemos en servicios sociales, y afortunadamente vamos avanzando de forma imparable en su consecución.

Me refería antes a la *dependencia familiar* que sufren determinadas personas mayores. No se trata, bien lo saben Vds., de un fenómeno nuevo. No quiero decir tampoco que todas las personas mayores encuentren en el seno de su familia factores que condicionen su vida personal; sería grave equivocación por mi parte. Pero tengo la impresión de que estamos asistiendo en la actualidad a determinadas modalidades, impuestas por la realidad presente, que muestran cómo los mayores encuentran algún obstáculo para disponer libremente de su tiempo a causa de la atención que hijos y nietos requieren de ellos. Se ha hablado mucho en estos años de la necesidad de conciliar la vida profesional y familiar, y se han establecido medidas legislativas para favorecer esa conciliación. Muchas veces pienso si no son las personas mayores los principales agentes de esa conciliación, especialmente por la atención permanente que prestan en el cuidado de sus nietos. Comprenderán Vds. que no seré yo quien vaya a negar la importantísima función, difícilmente sustituible, que desempeñan los abuelos en relación con sus nietos. Pero una cosa es la relación con los nietos y otra la dependencia de ellos hasta el punto de que les limite la realización de actividades, en especial salidas conjuntas del matrimonio mayor o los viajes que tanto gustan y deben realizar los mayores. No lo digo como crítica a nadie, sino como simple elemento de reflexión.

Otro de los condicionantes de la libertad en la persona mayor es la *inseguridad y miedo que en ocasiones acompaña a la vejez*. No creo que in-

seguridad y vejez tengan que ir necesariamente unidas. Decía Cicerón que «*los viejos son pesados, ansiosos, iracundos y difíciles*», pero añadía con mucho acierto que «*éstos son fallos de las costumbres, no de la vejez*», y comprendía esos defectos en las personas mayores porque «*ellos creen que son objeto de condena, desprecio y burla*»³. Cicerón vivió una época en que las personas mayores eran objeto de chanza, tal como se observa en las comedias de su tiempo. No creo que hoy podamos hacer la misma asimilación. Pero sí me parece que esa inseguridad de la persona mayor nace de actitudes de falta de acogida por los más jóvenes de la sociedad. Y eso, sin duda, supone una gran discriminación por razón de la edad, y una evidente falta de libertad. No tengo la más mínima duda de que la sociedad actual debe reformularse el papel imprescindible que ejercen en ella las personas mayores, y más en los momentos actuales, cuando caminamos hacia una sociedad envejecida. Pero quien más debe luchar para vencer esa inseguridad, esa falta de libertad en definitiva, es la persona mayor, sencillamente porque no existen razones para tenerla. Cobra aquí toda su fuerza la tesis central del libro de Frank Schirmacher, *El complot de Matusalén*, «no tengáis miedo a envejecer»⁴.

D) MEDIDAS DE FOMENTO DE LA LIBERTAD

Hasta aquí he hablado de impedimentos que condicionan la libertad. Haré referencia ahora a las *medidas que fomentan su impulso y desarrollo*. Mencionaré sólo algunas de ellas: formación, información, fomento de la relación personal y social, de la vida activa, participación y asociacionismo, participación política.

La formación me parece un elemento clave; es la que mejor nos procura una independencia de criterio, base a su vez de la libertad individual. Formación que debe ser, en primer lugar, autoformación de la persona mayor mediante la lectura, la asistencia a conferencias, actos culturales y análogos. Las Administraciones públicas deben fomentar el acceso de la persona mayor a mayores niveles de conocimiento. En la Comunidad de Madrid hemos sido los primeros en crear, en 1999, la Universidad para los Mayores, programa extendido en la actualidad a todas las Universidades públicas madrileñas. Tiene, ciertamente, la finalidad de posibilitar a la persona mayor el acceso a un medio académico al que, en su día, quizá no pudo acudir. Tiene también la finalidad de conseguir una mejor integración social. Pero su objetivo primordial es elevar el nivel de conocimientos, en distintos ámbitos del saber, para que la persona mayor adquiera la independencia de criterio a que antes aludía, una capacidad de enjuiciar personalmente la realidad, de forma que le ayude a tomar decisiones en su

³ Cicerón, M. T. *op. cit.*, XVIII, 65.

⁴ Schirmacher, F., *El complot de Matusalén. ¡Que no te frene el miedo a envejecer!*, Taurus, Madrid, 2004, 255 págs.

vida personal, familiar, política y social. No sólo la Universidad para los Mayores, también hemos establecido 33 Aulas Informáticas en nuestros centros de mayores, para estimular la formación en las nuevas tecnologías.

La información es otro aspecto que incide de manera bastante directa en la libertad. Es necesario que vayan desapareciendo esos estribillos frecuentes en las personas mayores, al modo de «yo hago lo que queráis, lo que mejor os parezca, vosotros lo conocéis mejor que yo», y similares. Por ello, la información a que me refiero, aun siendo muy importante, no guarda relación sólo con tener al día a la persona mayor de los diversos recursos o servicios que se ponen a su disposición. Para eso disponemos en la Comunidad de Madrid de un Teléfono gratuito de Información a la Persona Mayor Hablo especialmente de información especializada, como, por ejemplo, la que ofrecemos a través del Servicio de Orientación Jurídica, en la sede de la Dirección General y en cada uno de los centros de mayores, a la que cada día acuden un mayor número de personas mayores. Una información dirigida expresamente a que los mayores estén bien asesorados sobre cuáles son los derechos que les asisten respecto de cuestiones presentes o futuras.

De especial importancia me parecen también los múltiples *programas que fomentan la vida activa* en las personas mayores. Actividad es, de algún modo, sinónimo de libertad. Creo que nunca insistiremos bastante en la necesidad de estimular, incluso antes de llegar a la vejez, la vida activa en el individuo. No deben las personas que van acercándose a la edad de jubilación echarse hacia atrás, ante conocimientos o fenómenos nuevos de la realidad social cambiante. Es una forma, como otras, de retraimiento, que puede conducir a situaciones posteriores de aislamiento. No voy a detenerme en explicar qué entiendo por vida activa en la persona mayor. Prefiero citar textualmente a Cicerón, cuando escribía: «*Es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida convenientes para reponer las fuerzas, no para ahogarlas. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. Pues también éstos se extinguen con la vejez, a menos que les vayan echando aceite como a una lamparilla*»⁵. En la Dirección General del Mayor hemos diseñado un Programa de Vida Activa, que consiste en cursos teórico-prácticos que vamos impartiendo en los distintos Ayuntamientos y Mancomunidades; gozan de gran aceptación entre los asistentes, que alcanzan ya una cifra muy elevada. Asimismo, fomentamos el senderismo de mayores, no en el sentido de que organizamos nosotros salidas al monte, sino que promovemos su asociación para que ellos mismos organicen sus salidas; en la actualidad la Asociación realiza rutas de senderismo tres días a la semana por distintos lugares de la Comunidad de Madrid y fuera de ella.

La *participación y el asociacionismo de las personas mayores*, además de ser factores indispensables en una moderna política social hacia los mayores, guardan muy estrecha conexión con el anhelo de libertad del que estoy ha-

⁵ Ciceron, M. T., *op.cit.* X, 36.

blando. La participación, sea a nivel personal, sea a nivel de asociaciones, es un acto puro de voluntariedad y de libertad. En este ámbito creo que se están haciendo esfuerzos importantes –pocas manifestaciones al respecto tan visuales como la organización y ejecución de este Congreso por CEOMA– pero es preciso seguir avanzando bastante más, partiendo del principio de que nadie mejor que la persona mayor conoce cuáles son sus necesidades y el mejor modo de solucionarlas. Por nuestra parte, en la Dirección General del Mayor de la Comunidad de Madrid, fomentamos intensamente este asociacionismo y la participación. Muestra de ello es el Consejo Regional de Mayores, el Plenario, la Comisión Permanente y las Comisiones de Trabajo, así como las asociaciones que estamos promoviendo:

La ya citada de senderismo (AMVASYP), las de alumnos de las Universidades para Mayores (ADEMUC), la de voluntarios informáticos (VIACE-MA), y los voluntarios de los centros de mayores.

E) LIBERTAD Y SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Paso a continuación a hacer unas consideraciones sobre política de libertad hacia las *personas mayores en situación de dependencia*. Libertad y dependencia son, en sí mismas, nociones antitéticas. ¿Significa esto que, cuando las personas mayores se encuentran en situación de dependencia, no debe serles aplicada esa política de libertad por la que me estoy decantando, y sustituirla por una política de mera protección asistencial?.

Me es difícil renunciar a una política de libertad en relación con estos mayores, aunque resulte evidente que precisan una asistencia más acen- tuada, y las medidas de fomento de la libertad a que antes me refería son de difícil aplicación para ellos. Cuando las limitaciones aumentan, cuando la actividad decae, cuando el deterioro cognitivo es mayor, el ejercicio de la libertad se hace más difícil, incluso en supuestos de mayor dependencia parece no existir.

Pero prefiero mantener la tesis que estoy manteniendo a lo largo de esta reflexión y decir, sin restricción mental de ningún tipo, que cuando se producen situaciones de dependencia lo que procede es un profundo respeto a la libertad individual de la persona mayor, que en el fondo es un respeto a su dignidad personal. Desde que estudié a Sergio Cotta, filósofo y jurista, me llamó poderosamente la atención que estableciera como justificación del Derecho el principio de respeto al inocente⁶. La persona en situación de dependencia es, a mi juicio, uno de esos inocentes a que se refiere Cotta. El mayor dependiente, desvalido, merece también que se respete su libertad, en las esferas que procedan, y más si tenemos en cuenta el gran desconocimiento que tenemos del sentimiento vital, de las emo-

⁶ Cotta, S., *Justificación y obligatoriedad de las normas*, Ceura, Madrid, 1987, pág. 124 ss.

ciones, de lo que vive, en definitiva, esa persona mayor en situación de dependencia.

Aunque deba ser breve, permítanme, no obstante, insistir en este último aspecto. Hoy en día, con el aumento de la esperanza de vida, con el bien llamado envejecimiento del envejecimiento, las situaciones de dependencia están aumentando, unidas a unas mayores necesidades de atención sociosanitaria. Es posible que los problemas de maltrato físico, psicológico y económico se den más en las personas en situación de dependencia que en los mayores autónomos. En consecuencia, el respeto a la libertad de la persona, a su dignidad, aunque se encuentre en situación de dependencia, me parece que debe constituir uno de los ejes imprescindibles en la atención a las personas en situación de dependencia. Es muy significativo al respecto cómo la Recomendación n.º R (98) 9, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros relativa a la dependencia incluye en su articulado la libertad que han de tener las personas dependientes en la elección de los recursos apropiados.

Voy a detenerme a continuación en el principio de igualdad o de no discriminación, muy asociado al de libertad.

Nuestra Constitución, a la vez que establece la igualdad de todos los españoles ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de condiciones o circunstancias personales o sociales (art. 14), entre las cuales evidentemente se encuentra la edad, da un mandato a los poderes públicos al manifestar explícitamente que les «*promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social*» (art. 9.2).

Nunca ha sido fácil, porque las personas y las circunstancias de la vida son diversas, establecer el alcance último de la igualdad. Por lo mismo este principio, que se encuentra en el origen de nuestras democracias occidentales, a veces es más fácil entenderlo como ausencia de discriminación. Así lo veo cuando de personas mayores se trata. Porque la queja frecuente de ellas es sentirse olvidadas, marginadas, tenidas en cuenta únicamente cuando se les llama periódicamente a las urnas. En el fondo de esta discriminación se encuentra lo que muchos escritores llaman «conflicto de las generaciones», en el que las nuevas tratan siempre de sobrevivir prevaleciendo sobre las anteriores. Como dice el antes citado Schirmmacher, «los jóvenes matan a los viejos destruyendo su identidad, el odio a la vejez es un sentimiento primitivo»⁷. Creo que tenemos que invertir esa actitud generalizada, histórica por lo demás, y la mejor manera posible consiste en que las generaciones cercanas a la edad de jubilación adopten un estilo de vida distinto, sin complejos ante su futura vejez, con el fin de sentirse pro-

⁷ Schirmmacher, F., *op.cit.* págs. 69-70.

tagonistas de su propio destino. Será la mejor manera de participar activamente en la sociedad y de evitar situaciones de marginación. Como sigue afirmando el autor anterior, «*si nosotros, la mayoría del futuro, logramos replantearnos nuestra vejez, conseguiremos a la vez modificar la actitud general de la sociedad frente al envejecimiento*»⁸.

Dentro de la política de igualdad a que me estoy refiriendo, me parece de necesario interés abogar por la *no discriminación en la asistencia sanitaria*. El Consejo de Europa, en la Recomendación n.º R (98) 11 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, sobre la organización de la atención sanitaria a los enfermos crónicos incide en la necesidad que tienen los enfermos crónicos de recibir una atención sanitaria de calidad, coordinada con la que procuran otros sectores institucionales.

La principal preocupación de las personas mayores es la salud. Ahí tenemos los centros de salud y los hospitales, así como los indicadores de gasto farmacéutico, que nos muestran a diario cómo las personas mayores acuden a los centros sanitarios con gran asiduidad. Procurar esa atención sanitaria en óptimas condiciones de calidad tiene que seguir siendo objetivo irrenunciable de cualquier política hacia las personas mayores. En la Comunidad de Madrid tenemos muy claro este objetivo, del incrementando los recursos para reconocer, con la categoría de derechos plenos del ciudadano, las prestaciones sociales que precisan las personas mayores en situación de mayor vulnerabilidad o de desventaja social. Los dos aspectos que acabo de señalar son exigencias del principio de igualdad, o de no discriminación si se quiere, aplicado a las personas mayores.

Exigencia también del principio de igualdad es que las prestaciones, de servicios y económicas, que reciben las personas mayores o sus familiares, sean al menos homogéneas, si es que no pueden ser totalmente idénticas, *con independencia del territorio donde la persona mayor resida*. A mi juicio, los sistemas de protección social que dependen de las Administraciones públicas –sanidad, Seguridad Social, servicios sociales, vivienda– deben tender a una convergencia para evitar desequilibrios territoriales que en nada favorecen la necesaria cohesión social. Se trata, a mi juicio, de un importante reto que tiene la sociedad española de nuestros días.

F) CONCLUSIÓN

Debo terminar ya por lo avanzado de la hora. Quizá algunos de Vds. se hayan preguntado el porqué del título que he querido dar a esta ponencia, en la que he intentado hacer pivotar la política hacia los mayores sobre los principios de libertad y de igualdad. La respuesta es muy sencilla: en la Comunidad de Madrid todas las actuaciones que se realizan con las personas mayores, muchas y variadas, responden a este criterio: fomento activo de

⁸ Schirmacher, F., *op.cit.* pág. 70.

su libertad cuando son todavía autónomos, y respeto y protección de ella cuando se llega a situaciones de dependencia.

Para finalizar, y como muestra de discriminación oprobiosa, podría recordar las palabras burlonas que nuestro satírico Quevedo dedicaba a una mujer ya mayor, a la que debía tener bastante inquina, asimilándola a los legajos antiguos del archivo de Indias de la vallisoletana villa de Simancas, «*por auténtica, en Simancas/te está pidiendo el archivo/más pasada que «Años ha»/más escurrida que el vino*»⁹. Pero prefiero acabar esta reflexión personal con las palabras que el poeta Homero pone en boca de Ulises cuando, después de recorrer su gran periplo de aventuras, regresa a su patria Itaca y se dirige a ver a su padre. Aunque le ve triste por la edad y la ausencia de su hijo, sus palabras hacia él son un canto a la libertad de la persona mayor: «*nada en ti, a quien te mire, servil le parece; antes bien, te asemejas a un rey por tu aspecto y grandeza*»¹⁰.

Deseo a todos Vds., socios de CEOMA y personas mayores que nos acompañan esta mañana, que sean siempre reyes por su aspecto y grandeza, nunca siervos.

Muchas gracias por su amable atención.

Madrid, 16 de octubre de 2005.

⁹ Quevedo, F., «Pintura de la mujer de un abogado, abogada ella del demonio», poema satírico, en *Poesía Original Completa*, Planeta, Barcelona, 1981, pág. 748.

¹⁰ Homero, *Odisea*, Planeta, Barcelona, 1988, Canto XXIV, pág. 386.

MESAS REDONDAS

Mesa Redonda: «La discriminación económica del Mayor»

- Ponentes:* **Francisco Ibars Company**, Estadístico, «Pérdida del Poder Adquisitivo de las Pensiones»,
Rafael Gassó Iborra, Presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de BANCAJA, «La Fiscalidad de las Pensiones»,
José Gil Pérez, Presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Excmo. Ayuntamiento de Valencia, «El Copago Sanitario».
- Presidente de Mesa:* **José Lladró**, Miembro del Consejo de Personas Mayores (COPEMA).
- Coordinador:* **Francisco de las Marinas Alférez**, Presidente de FOMCOVA.
- Secretario:* **Manuel Hernández Martínez**, Asesor de FOMCOVA.
- Vocales:* **Ana de la Concha Castañeda-Álava**, Presidenta de la Asociación de Viudas «Tábita» y José Fornes Ruiz, Presidente de FAPROPEM.

PREÁMBULO

Coordinador Mesa Redonda: Francisco de las Marinas Alférez

Aunque parece obvio, se ha de afirmar previamente, que las distintas Ponencias recogidas en esta MESA REDONDA, comprenden reivindicaciones económicas de los Pensionistas, en general, en donde tienen especial significado, y naturalmente absoluta prioridad en su tratamiento, las que corresponden a las pensiones mínimas, a las de viudedad y a las del SOVI, que por su escasa cuantía y ser de estricta justicia, se ha de abordar la solución promovida y prometida, de forma inmediata y urgente, como se ha proclamado en diversas y reiteradas comunicaciones de la casi totalidad de las Asociaciones de Mayores, entre las que también se encuentra CEOMA, que quedaron plasmadas en las conclusiones de anteriores Congresos Nacionales de Organizaciones de Mayores, y que se han de reiterar en este VII Congreso.

Las Personas Mayores tienen derecho a percibir una pensión, equivalente al salario mínimo interprofesional, módulo establecido como el mínimo indispensable, para atender a la subsistencia. Todos estamos de acuerdo en esta afirmación, pero se hace necesario que cristalice en una norma legal, que determine su puesta en vigor.

También se ha reivindicado en los IV, V y VI Congresos de Organizaciones de Mayores, que las pensiones de Viudedad del cónyuge superviviente, han de alcanzar al menos el 70% de la pensión del causante, cuya petición determinó la resolución del Estado sobre la actualizando dichas pensiones con incrementos anuales superiores hasta alcanzar dicha cuantía.

La compatibilidad de las pensiones del SOVI parece que ya ha convertido en realidad, aunque resulta justo, que estas pensiones se eleven a la cuantía del salario mínimo interprofesional.

Después de hecha esta manifestación, que comparten todos los miembros de la MESA, se ha de señalar que las Ponencias desarrolladas, tienen como objetivo dar a conocer la opinión de los Pensionistas de economía media, que también tienen derecho a expresar las carencias y necesidades que reivindican, dentro del mundo de las Personas Mayores, para que puedan ser tenidas en cuenta por las instituciones públicas, sin pretender, en ningún momento, que ello pueda menoscabar los derechos de las Personas Mayores, menos favorecidas.

Ponencia a) Pérdida poder adquisitivo pensiones

Ponente: Francisco Ivars Company

ANTECEDENTES

El sistema de jubilaciones hoy en día en España, se encuentra enmarcado en un macro-proyecto que todos conocemos como el Pacto de Toledo. Este Pacto, es la conclusión a que se llegó en un debate parlamentario que en el año 1995 se llevó a cabo en la ciudad de Toledo por los cinco partidos que formaban el Parlamento español y que estuvieron discutiendo en comisión sobre el futuro de la Seguridad Social y su financiación.

Se trata de un informe que analiza los problemas estructurales y que orienta a una serie de reformas que garanticen el futuro del sistema. Hay que reconocer lo que de positivo tiene el ponerse de acuerdo en ver la manera de mantener el Sistema de la Seguridad Social y el compromiso de todos ellos de realizar las reformas necesarias para incrementar su eficacia.

Concluye el informe con 15 recomendaciones, entre ellas la que «Debe garantizarse el mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones mediante la revalorización automática de las mismas, en función del Índice de Precios al Consumo».

Con posterioridad, en octubre de 2003 con los partidos políticos se firmó un nuevo pacto que entre las 22 recomendaciones establecidas destaca la que hace referencia a las Prestaciones de Viudedad y Orfandad que propone como objetivo el de «mejorar sustancialmente las actuales prestaciones de viudedad de las personas que no disponen de otros ingresos, especialmente para el caso de los mayores de 65 años».

Esta recomendación tras la publicación en el BOE de 10/01/2004 sobre la revalorización de las pensiones, cae en una «discriminación por edad» como puede verse en el artículo. De CEOMA de 28/05/2004 de E.P. en el cual el% de subida aplicada a las pensiones «normales»(las superiores a las mínimas) es dos ó tres veces a la aplicada a las «mínimas» por distinguir en mayores y menores de 65 años.

Es evidente que las primeras medidas de urgencia tomadas ha sido la subida del «salario mínimo» de las pensiones más bajas al atender a necesidades inaplazables para los colectivos más necesitados.

También es digna de prestar cierta atención a la recomendación n.º 17 sobre Dependencia con el objetivo de «crear un sistema de protección para las personas dependientes (a causa de su edad o invalidez) con la participación de todas las administraciones».

CONSIDERACIONES

Como sabemos, esta recomendación mantiene en expectación al gran colectivo de jubilados principalmente por dos motivos: el tope de **pensión máxima** y la aplicación del **IPC**.

Tope máximo. Con la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales de 1983 quedó limitada a 187.000 pts. La cantidad que se podía recibir como pensión. Esta cantidad ha ido actualizándose hasta alcanzar los 2.159,12 Euros.

Un elevado número de jubilados entienden este tope discriminatorio y perjudicial a sus intereses, por cuanto la aplicación del principio de solidaridad base del citado tope, no tiene porqué afectar en exclusiva a las personas que han tenido que soportar mayores cotizaciones. Consideran discriminatorio que su pensión esté bloqueada por este tope, ya que de realizarse el cálculo como a la mayoría de jubilados su pensión sería mayor, en cuanto su cotización ha sido para obtener una pensión de más cuantía.

De todos modos existen fórmulas que permiten las adaptaciones oportunas para que estas medidas no repercutan en perjuicio de otro colectivo.

En cuanto a la aplicación del IPC ¿qué criterios deben de tenerse en cuenta a la hora de la revalorización automática de las pensiones? ¿Vamos a perder poder adquisitivo?

Como casi siempre este criterio lleva a la confusión. Se puede creer que un aumento según el IPC y el mantenimiento del poder adquisitivo son lo mismo. Pero no tiene por qué ser así.

El IPC es una media. Calcula qué porcentaje de sus ingresos gasta el individuo medio en cada producto, artículo o servicio. Pero cada uno consume de distinta forma. Aplicar un IPC adaptado a las características personales de cada uno, es imposible. Por ello se opta por aplicar la media, y como siempre unos ganan y otros pierden.

Según un estudio realizado por el Servicio de Estudios LA CAIXA en el 2000, la distribución del gasto del pensionista, pese a que se piense lo contrario, no difiere mucho de la que realizan el resto de personas en lo que a porcentaje de su presupuesto se refiere.

De dicho estudio, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- a) La parte de la pensión que un jubilado dedica a su manutención alimenticia (36%) es superior al que dedica el resto de familias españolas (25%).

Ello se debe a que cuando los ingresos son inferiores, se destina una parte proporcional mayor a los bienes de primera necesidad. El disminuir este gasto resulta muy difícil. No se trata de que coman o beban más que el resto, simplemente que al disponer de recursos limitados dedican menos dinero a otros gastos superfluos y se les va más en adquirir alimentos. **A menos ingresos mayor es la partida para alimentos.**

b) En vestido menaje y otros gastos, el porcentaje (18%) es similar al de otros hogares, siendo superior en las zonas urbanas a las **rurales**.

c) Otro dato que se desprende de dicho estudio es que cuando el jubilado reside en pequeñas localidades, el gasto en comida es mayor.

La razón es porque la pensión que se percibe suele ser inferior en zonas rurales y por lo dicho anteriormente el importe para alimentación se mantiene, pero crece la proporción de dinero destinado a tal fin.

d) Otra partida especial en el presupuesto de los pensionistas es la que aparece en la ECPF como «vivienda» que le asigna un 12% de su gasto.

Aunque este porcentaje parezca elevado, no lo es. El desembolso que realiza un pensionista bajo el epígrafe de «vivienda», incluye el gasto en alquiler, calefacción y mantenimiento de su residencia. Su coste es el mismo que al resto de mortales y no se tiene el porqué reducir su calidad de disfrute por el hecho de pasar a ser pensionista.

El mantenimiento de la casa nada tiene que ver con la edad del jubilado.

Como hemos visto los gastos que soporta el jubilado en determinados «grupos» que componen el IPC es el mismo que el resto de personas. Es más, la tendencia es que aumente el consumo de determinados alimentos específicos a medida que aumenta la edad.

Además, (nadie nos puede convencer de lo contrario) desde la implantación del EURO en el año 2001, nuestro poder adquisitivo ha disminuido.

Con independencia de esta sensación «palpable» podemos reforzarla si observamos el incremento del IPC publicado por el INE en los años que lleva implantado el EURO y los grupos cuya incidencia del gasto de los pensionistas es mayor (Ejem.: alimentación).

	2001/02	2002/03	2003/04
GENERAL	3,1	3,7	2,3
Alimentación y bebida no alcohólicas	4,4	4,9	4,0
Bebidas alcohólicas y tabacos	3,6	4,8	2,8
Vestido y calzado	6,1	2,8	0,9
Vivienda	2,4	2,9	2,8
Menaje	1,8	2,1	1,6
Medicinas	2,2	2,4	2,0
Transporte	0,1	4,8	0,2
Comunicaciones	-1,0	-5,0	-1,6
Ocio y cultura	2,1	1,2	0,0
Enseñanza	3,5	4,6	4,5
Hoteles, cafés y restaurantes	4,0	5,2	4,1
Otros	4,3	3,4	3,3

Todos sabemos que la revalorización de las pensiones se hace teniendo en cuenta el «Índice General». Pues bien, atendiéndonos a ello observamos que la **pérdida de poder adquisitivo** acumulado en estos últimos años en el grupo de alimentación es del 4,2% y ya en el de vivienda para el año 2003/04 del 0,5%.

Si como hemos dicho anteriormente, a medida que avanzamos en edad hacemos más selectivo el consumo de artículos sanos y variados nos encontramos que el aumento en los precios de algunos artículos de mayor consumo es muy superior al incremento anual de la pensión.

Por todo ello creemos que los artículos que se debían incluir en la cesta de la compra del jubilado debería estar formada por grupos de artículos distintos a la del resto de personas jóvenes. Su estructura de gasto es por lo tanto distinta del resto. La educación, transporte, sanidad, etc. serán distintos,

Un IPC calculado para este colectivo, reflejaría con mayor exactitud la variación de su poder adquisitivo.

Por otra parte, estamos inmersos en una sociedad globalizada. Formamos parte de la UE y las discriminaciones económicas deben de desaparecer.

No solamente existen diferencias en cuanto al volumen de ingreso de las pensiones en algunos estados miembros (que veremos más adelante), si no que vamos a comprobar como los españoles perdemos poder adquisitivo con respecto a los colectivos europeos.

Para ello vamos a basarnos en los Índices Armonizados de Precios al Consumo (IPCH) que son utilizados en las evaluaciones de la convergencia de inflación. Los IPCH son calculados en base a una metodología obligatoria para todos los Estados miembros.

Si observamos el siguiente cuadro:

	<i>Evolución en% (nbre-03-nbre-04) del índice global</i>
Bélgica	2,3
Rep.Checa	2,6
Dinamarca	1,0
Alemania	2,0
Grecia	3,2
España	3,5
Francia	2,2(p)
Irlanda	2,8
Italia	2,0
Suecia	1,1
Reino Unido	1,5
Noruega	1,4

(p): provisional.

Comprobaremos que la mayor subida de precios corresponde a España entre aquellos países más representativos de la UE.

Poca diferencia existe si observamos la evolución de los precios en el grupo de Alimentación, con independencia de lo visto anteriormente con el consumo de determinados alimentos que hace el colectivo de mayores.

	<i>Evolución en % (nbre-03-nbre-04) del grupo alimentación</i>
Bélgica	1,0
Rep.Checa	0,9
Dinamarca	-1,8
Alemania	-1,3
Grecia	0,5
España	3,2
Francia	-0,6 (p)
Irlanda	-0,3
Italia	-0,3
Suecia	-0,9
Reino Unido	-0,5
Noruega	1,1

(p): provisional.

Por ello, se observa que la pérdida de poder adquisitivo de las pensiones que percibe el jubilado español se va agravando con el diferencial de inflación.

Si seguimos realizando comparaciones de las pensiones que perciben los jubilados españoles con respecto a nuestros vecinos europeos, sacamos conclusiones esclarecedoras.

España, se encuentra en octavo lugar entre los países europeos por importe de las pensiones. Suelen ser en términos absolutos unos 200 Euros menos que la media europea, aunque estas cifras pueden no reflejar la realidad debido a la diversidad de situaciones necesarias para acceder a las mismas.

El sistema de pensiones europeo, está basado en tres pilares fundamentales: público, privado y ocupacional.

El sistema público va en relación con la contribución del trabajador durante su etapa laboral y están creadas para proporcionar en la vejez una renta mínima. Las complementarias, se añaden al sistema público para así mantener el nivel de renta. Las ocupacionales, son las aportadas por la empresa.

Se ha venido divulgando últimamente que el sistema público español es de los más generosos, Si fuera así ¿que necesidad habría de complementarlos con fondos privados como se nos está incitando diariamente?

<i>País</i>	<i>P. Media (€/mes)</i>	<i>P. Mínima (€/mes)</i>	<i>P. Máxima (€/mes)</i>
Luxemburgo	1592	1023	4735
Noruega	1053	870	2040
Austria	954	604	2220
Holanda	900	No hay	No hay
Bélgica	878	716	1296
Alemania	793	No hay	No hay
Francia	700-800	514	1135
España	615	385	1827
Irlanda	590	–	–
Reino Unido	588	108	428-840
Dinamarca	539	727	1020
Finlandia	493	–	No hay
Grecia	474	201-357	2058
Italia	No consta	403	No hay
Portugal	No consta	170	1199

Año 2002.

Lo que verdaderamente nos marca el nivel de la pensión es la TASA DE SUSTITUCIÓN. O lo que es lo mismo, qué porcentaje representa la pensión sobre el último salario real.

Esta Tasa de sustitución en España la OCDE la sitúa alrededor del 81%. También es cierto que son pocos los países que con 35 años de cotización concedan el 100% del salario promedio de los 15 últimos años.

Pero ello no hace que se considere un sistema generoso. Hay otros factores que deben de tenerse en cuenta que hacen que se reduzca la Tasa de Sustitución de la pensión con respecto al salario real:

- Los topes máximos de cotización (citados anteriormente).
- Los bajos niveles de las pensiones mínimas (especialmente las no contributivas).
- La alta penalización en la jubilación anticipada.
- La fiscalidad de las pensiones.

Siguiendo en las comparaciones, también cabría preguntarse:

¿Como siendo España un país con un PIB por habitante equivalente al 84% de la media europea, su gasto social sea solamente del 60% del gasto medio europeo?

¿Qué nivel tenemos en cuanto a servicios sociales?. ¿Son accesibles los precios que se pagan en el mercado a la mayoría de pensiones?

Si de verdad las pensiones españolas fueran tan generosas, el gasto que se debe soportar sería desorbitado.

Gasto público en pensiones:

<i>Año 2000</i>	
Países	% del PIB
Italia	14,7
Austria	14.0
Francia	13,2
Países Bajos	13.0
Alemania	13.0
Grecia	12,5
UE	12,5
Suecia	11,9
Reino Unido	11,9
Bélgica	11,1
Portugal	11,1
Finlandia	10,6
Dinamarca	10,5
Luxemburgo	10.0
España	10.0
Irlanda	3,6

No ocurre así, España está a la cola de los países europeos en gasto con respecto al PIB.

Tampoco se puede ufanar en cuanto al gasto en pensiones y servicios sociales por habitante mayor de 65 años ya que se encuentra en el 60% de la media comunitaria.

Con todo lo anterior la imagen de generosidad de las pensiones españolas ya no es tan optimista. Es mucho lo que queda por recorrer para situarnos en lo que nos correspondería por nuestro nivel de PIB.

Como sabemos, el incremento del PIB en España aumenta las posibilidades de mejora de las economías individuales. Nunca se ha tenido en cuenta para el cálculo de la actualización de las pensiones. Los pensionistas participan a través de su demanda de consumo en el aumento de la riqueza nacional. Por lo tanto, resulta justo y conveniente que este factor económico tenga incidencia en la revisión anual de las pensiones y los pensionistas puedan participar del beneficio general que esta riqueza supone.

CONCLUSIONES

1. Afirmar con rotundidad que las Pensiones en España vienen perdiendo anualmente poder adquisitivo, al aplicar el índice general del IPC, en su revalorización, que no corresponde con el coste de la cesta de productos que consumen los pensionistas, así como la necesidad de tener en cuenta el incremento del PIB.
2. Derogar la norma que establece el tope máximo de pensiones del año 1983 y sucesivos, en razón a la coyuntura del déficit de la Seguridad Social, puesto que resulta discriminatorio, que se abone a los pensionistas una pensión inferior a la que le corresponde de conformidad con la cotización realizada.
3. Elevar a la Comisión parlamentaria del Pacto de Toledo estas conclusiones, para que estudien, en años sucesivos la aplicación de un índice especial del IPC a las Pensiones, para que mantengan su poder adquisitivo, combinado con el incremento del PIB.

Valencia a 22 de septiembre de 2005.

Ponencia b) La fiscalidad de las pensiones

Ponente: Rafael Gassó Iborra

ANTECEDENTES

En el **V Congreso Nacional de OO. de Mayores**, Valencia 26/27-11-01, entre las conclusiones de la 8.ª Ponencia sobre «*Pensiones y Jubilaciones*» figura, entre otras, la **Modificación de la Ley del IRPF**, en el sentido de que se **declare la exención de las pensiones, o alternativamente, la progresiva elevación del mínimo exento del IRPF y la reducción de las tarifas del mismo, impuestas para los niveles de renta inmediatamente superiores.**

Desde entonces y de forma ininterrumpida, la Prensa ha venido recogiendo estas aspiraciones, puestas de manifiesto tanto por personas, como entidades asociativas, todas relacionadas con el mundo del pensionista.

También estas aspiraciones han sido analizadas y expuestas en público, bien en congresos o asambleas de personas mayores, e incluso en ponencias organizadas por diferentes colectivos interesados en la cuestión. En este sentido, se puede aludir a las «Segundas Jornadas sobre Iniciativas para Mayores», que tuvieron lugar en Valencia, los días 26 y 27-02-01, promovidas por la Federación de Asociaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana –FOMCOVA–, en el que se debatió la ponencia denominada «**La Fiscalidad de las Pensiones**», con el objetivo de encontrar fórmulas que permitieran aliviar la presión fiscal que incide sobre estas prestaciones, y cuyo tratamiento tributario se incluye en el Impuesto sobre la Renta, como Rendimiento de Trabajo Personal.

El Ponente D. Juan Carlos Carceller, Inspector de Hacienda, comenzaba su ponencia por analizar las «*tres categorías de sistemas de pensiones de jubilación*», existentes en la C.E., a saber:

1.º nivel: *Regímenes estatutarios u obligatorios*, en general de participación obligatoria para todos los trabajadores, con financiación mediante sistemas de reparto, cuyas prestaciones están garantizadas por el Estado y cuya gestión corresponde a un organismo público.

2.º nivel: *Planes constituidos por un empresario o mediante acuerdo del mismo con los trabajadores*, que cotizan a un organismo de pensiones cotizaciones que se invierten y cuyos activos en el tiempo se destinan al pago de prestaciones de jubilación.

y 3.º nivel: *Se refiere a los planes de pensiones individualmente acordados por un individuo con entidades aseguradoras o financieras.*

CONSIDERACIONES

La tendencia demográfica de los países de la CE, en que el número de mayores aumenta constantemente en la sociedad, hace peligrar la viabilidad de los sistemas estatutarios obligatorios, por lo que las Instituciones comunitarias y nacionales intentan fomentar los sistemas correspondientes a los niveles 2.º y 3.º

Conociendo que en España se aplica el 1.º de los niveles o sistemas, entremos en el estudio de la tributación de las pensiones de jubilación. El primer nivel está constituido por el **Sistema de la Seguridad Social y Clases Pasivas y por las Mutualidades de Funcionarios**, que se financian por cotizaciones obligatorias de los empleados y patronos, cotizaciones que no tributan por ser deducibles en el IRPF y en el Impuesto de Sociedades, respectivamente.

Las prestaciones percibidas por el beneficiario están, en cambio, sujetas al IRPF y se integran en la base imponible como Rendimientos del Trabajo Personal, que engloban toda prestación o utilidad que se deriven, directa o indirectamente, del trabajo personal o de relación laboral o estatutaria y no tenga la consideración de rendimiento de actividad económica.

Para valorar la tributación de las pensiones de jubilación, podríamos compararla con el trato que reciben otras fuentes de renta, de lo que se deduce evidentemente que aquellas sufren una mayor carga fiscal, por ejemplo:

- Con los **rendimientos del capital inmobiliario y de actividades económicas**.
- Con los **rendimientos del capital mobiliario**, porque gozan de reducción del 30% cuando su periodo de generación es superior a dos años.
- Y con **las ganancias del capital**, porque tributan al tipo mínimo de la tarifa.

¿Por qué esta diferencia de trato? ¿Por qué ese beneficio de menor carga fiscal?. Indudablemente porque estos rendimientos son más difíciles de controlar que los del trabajo y los derivados del percibo de una pensión.

Naturalmente que esta situación ha venido sufriendo numerosas críticas, lo que ha dado lugar a que, en el tiempo, se hayan incorporado al IRPF, por el concepto de rendimiento de trabajo personal, ciertas reducciones o exenciones *que afectan y benefician a los rendimientos del trabajo y a los contribuyentes de más de 65 años*:

- A. Así, los rendimientos del trabajo disfrutan de la misma reducción que las rentas del capital el 30%, cuando su periodo de generación es superior a dos años, lo que es poco frecuente.
- B. También existe una reducción general del rendimiento neto del trabajo (definida en el art.º 18 de la Ley del IRPF), que oscila entre

3.500 € anuales, para rentas iguales o inferiores a 8.200 €; 3.500 €, menos el resultado de multiplicar por 0,229 la diferencia entre el rendimiento real del trabajo y 8.200 € anuales; y 2.400 € anuales, para rendimientos netos del trabajo superiores a 6.500 € (R.D.L. 3/2004, de 5 de marzo), aplicable en la liquidación de 2003.

- C. y por último, en concepto de mínimo personal para *contribuyentes con edad superior a los 65 años*, a deducir 800 € (también R.D.L. 3/2004).

Como curiosidad, la Comunidad Autónoma de Islas Baleares, otorga una deducción de la cuota, por importe de 36 € (Declaración de 2002), siempre que la base imponible sea igual o inferior a 9.000 €, o a 12.000 €, si la declaración es conjunta del matrimonio.

Esta es la situación actual, para que el contribuyente jubilado considere sus expectativas.

El colectivo de pensionistas, dentro del cauce de la vigente legislación –Ley General Tributaria n.º 52/2003, de 17-12, Ley 2/2004, de 28-12 y Normas Tributarias de los Presupuestos Generales del Estado, artículos 57 a 67, aprobadas por R.D.L. 3/2004, de 5-03, podría reivindicar un incremento de las reducciones y de los mínimos que actualmente están en vigor, sobre la base de aplicar las siguientes medidas:

- A. Un aumento de la reducción general aplicable a las pensiones en general, dentro del concepto del rendimiento del trabajo.**
- B. Un aumento en el mínimo personal de la reducción para mayores de 65 años.**
- C. Demanda a su Comunidad Autónoma de una bonificación en cuota por razón de pensionista o por mayor de 65 años.**

Pero, en el tiempo, desde el V Congreso de Mayores celebrado en Valencia el 2001, la opinión pública ha venido estableciendo otros planteamientos más o menos discutibles, en mejora de la situación fiscal del pensionista, como:

- A. Considerar que las prestaciones por jubilación, como Rendimientos del Trabajo Personal, y por tanto, sujetas al IRPF, eran una ficción o imposición legal, que atenta contra el principio de igualdad ante la Ley, y, por ello, debían plantearse otras opciones, como que tributen como rentas del capital, equiparables a las rentas vitalicias, o de forma independiente como un impuesto específico.
- B. La otra opción debatida, sobre tributación independiente sujeta a un impuesto específico, resulta más compleja y exige analizar el carácter de las cotizaciones a la Seguridad Social que, dada su obligatoriedad, se considera ingreso de derecho público, pero no de naturaleza tributaria, ya que un impuesto, por definición, se destina a atender ne-

cial se destinan a financiar las prestaciones sociales, y éstas no se disfrutan por todos por igual, sino por quienes cotizaron, y en función de su nivel de cotización.

- C. Más acorde parece la *equiparación de las pensiones de jubilación con la propiedad de la vivienda* (también amparada en la Constitución, artículos 41, 47). A la adquisición de la vivienda habitual se le viene aplicando una reducción en la cuota del 15% de la cuantía anual invertida, con un límite máximo de 9.015 €. A cambio, durante el periodo de disfrute de la vivienda, aunque hasta hace pocos años se computaba este disfrute como ingreso adicional, y por tanto computable, en función de su valor catastral, *hoy ya no es así*; por lo que a las prestaciones de la jubilación, para equipararse al tratamiento fiscal de la vivienda, debería concedérsele una bonificación similar a la de la vivienda, con el límite de un determinado nivel de prestaciones.

Por el momento y para la presente Declaración de Renta 2004 la Ley 2/2004 de 28-12 en sus artículos 57 a 67 modifica las bases liquidables del IRPF, para incrementarlas en el 2% de la inflación prevista por el Gobierno con lo que poco o nada va a variar la situación del pensionista.

Con lo que habremos de concluir que la clase media sigue siendo la más perjudicada en las obligaciones del IRPF., como viene siendo habitual desde hace muchos años, colores políticos aparte. Pongamos ahora de manifiesto la diferencia abismal entre lo que un contribuyente cobraba en su vida activa y lo que a la postre, va a percibir en su jubilación. En efecto:

- A. Un trabajador por cuenta ajena, de las clases medias, podía haber estado percibiendo en su vida activa un aceptable sueldo, generalmente en consonancia con su especialidad y plena dedicación, del que sólo se ha tenido en cuenta una parte a la hora de sus cotizaciones a la Seguridad Social y las de su empresario, con lo que su jubilación puede tener para aquél efectos devastadores.
- B. Un funcionario de nivel alto, alcanzado mediante la posesión de un título universitario y las necesarias especialidades o experiencias para el desempeño de una función específica, con las consiguientes responsabilidades, puede ver reducidos sus ingresos, antes componentes salariales por diversos conceptos, a menos de la mitad, incluso menos, por la existencia de un tope máximo introducido no hace muchos años.

OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LA COTIZACIÓN DE LAS CLASES MEDIAS

- A. *Las tablas de cotización al IRPF del 2002, se han visto reducidas en el porcentaje anterior, del 18% a cargo de los contribuyentes menos favorecidos, a un 15%. De otro lado las rentas superiores antes al*

48% se han visto reducidas a un 45%, que ya no se incrementa más, cualquiera que sean las cantidades que sean percibidas por una persona. En ambos casos se han reducido en 3 punto porcentuales.

El Presidente del Registro de Economistas Asesores Fiscales, ha señalado, con este motivo, que las rentas medias han sido las menos favorecidas. Y en efecto, entre 9.996 a 14.076 € anuales de ingresos, se tributa hoy por el 2%; entre 14.076 y 23.316 €, nada menos que un 37%; y de 26.316 a 45.900 € el 45%, porcentaje este que ya no sube sean las cuales fueren las rentas superiores. ¿Por qué?

- B. Otro discriminación tiene lugar entre los obligados a pagar por el percibo de una pensión, de la que son protagonistas, con notable desproporción con los titulares de empresa, muchas veces camuflada con esa finalidad, o de grandes capitales invertidos. El panorama es desolador y exigiría la adopción de iniciativas de denuncia y actuaciones civiles. Es la diferencia entre las *«Ingenierías Fiscales»*, no combatidos y los *«Controlados»*.
- C. El ridículo incremento del 3,40% de nuestras pensiones a comienzos del 2005, no se corresponde con la realidad, puesto que a dicho porcentaje se llega después de tener en cuenta un conjunto de cosas que nada tiene que ver con nuestra realidad y necesidad: como precios del mercado, alquileres, ropa, atenciones médicas, etc. que han tenido una gran subida y en silencio, por el mero hecho del establecimiento de la moneda europea el Euro. Y ésto lo sabe y lo denuncia cualquier ama de casa.
- D. *Incorrecto tratamiento fiscal de las pensiones.* El vigente Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5/03, por el que se aprueba el nuevo texto refundido de la Ley, en su artículo 6, señala como *«hecho imponible»* la *«obtención de rentas por el contribuyente, como los rendimientos del trabajo, y los del capital, actividades económicas, etc.»*; señalándose en el artículo 16.2, que *«en todo caso, tendrá la consideración de rendimientos del trabajo:*
1. Las pensiones y haberes pasivos percibidos de los regímenes públicos de la Seguridad Social y clases pasivas y demás prestaciones públicas por situaciones de incapacidad, jubilación, accidentes, enfermedad, viudedad, orfandad y similares». Éste encuadramiento legal (pensión=rendimiento del trabajo), supone una vulneración de los principios de igualdad y progresividad proclamados respecto al sostenimiento de los gastos públicos, de acuerdo con la capacidad económica de los ciudadanos. (Artículo 31, CE).
- E. *Falta de rigor jurídico:*
1. Las pensiones de la S. S. no tienen la consideración de Renta, en sentido estricto, puesto que no nacen de un negocio jurídico sinalagmático, ya que falta la contraprestación que las generen, como sucede con las rentas profesionales.

2. No existe sinalagma en el binomio cotización-pensión, ya que la moderna doctrina del Tribunal Constitucional (S. S. 103/93, de 22-11; 134/187, de 21-07; 97/90, de 2-05, etc.), superando la concepción «*ius privatista*» y contractualista (cotización-prima de seguro y/o salario diferido), afirma que la cotización que financia el régimen de la S. S., es una prestación de derecho público impuesta por Ley a favor de un ente público, y para un interés público. Es decir, tiene carácter tributario.
3. No parece en congruencia con esto último, que la pensión, que se financia con un tributo, deba a su vez, estar sujeta a tributación como si fuera una renta del propio tributo. Ello se evidencia con una «*contradictio in terminis*» de difícil justificación jurídica, y además atentatoria a la esencia misma del hecho imponible contemplado en el artículo 6 del Proyecto de Ley.
4. Aún admitiendo, a efectos puramente dialécticos, que las pensiones de la S. S., sean rentas en sentido estricto, es inadmisibles, que puedan considerarse, a cualquier efecto, rentas del trabajo por la evidente circunstancia de que no hay relación jurídica laboral de –quien la paga no es empresario o empleador, quien la percibe no es trabajador, y falta el objeto de la relación que es el trabajo–. Precisamente, el cese en el trabajo es el principal determinante del nacimiento de la pensión.
5. El tratamiento fiscal igualitario de las pensiones, en relación con los rendimientos del trabajo, propiamente dichos –sueldos, jornales, etc.–, no puede ser más atentatorio al principio de igualdad ante la Ley que recoge el artículo 14 de la Constitución, que según reitera jurisprudencia constitucional, se produce por discriminación, tanto al desigualar lo que es igual como igualando lo que es desigual. Y es claro, que la pensión, tanto por su naturaleza jurídica ya vista, como por las circunstancias que la rodean, es esencialmente distinta y desigual a los rendimientos del trabajo propiamente dichos.
6. No nos parecen desacertadas las exenciones del artículo 7 del Proyecto de Ley y nada que objetar contra el mismo, aunque sirve para indicar el carácter convencional de la voluntad del Gobierno.

Por último, el Profesor de Hacienda Pública Luis Lagares, sostiene que «el concepto de renta que se sujeta al gravamen en el IRPF es el que refleja la capacidad de pago» del sujeto pasivo del Impuesto, añadiendo que la capacidad de pago «significa solamente la posesión de recursos que pueden entregarse al Estado».

CONCLUSIONES

1. Que procede la exclusión de tributación o declaración de exención del IRPF, de las Pensiones, al comprobar que las rentas de los pensionistas, no tienen capacidad de pago para entregarlo al Estado, pues la diferencia entre su cuantía y los gastos de subsistencia de la unidad familiar cada día resulta más negativa.
2. O alternativamente, que las pensiones de la S. S. y Haberes Pasivos no deben de estar sujetas a la Ley del IRPF, sino que su fiscalidad, entendemos debiera tener un tratamiento singular o específico.

Valencia a 22 de septiembre de 2005.

Ponencia c) El copago en sanidad

Ponente: José Gil Pérez

ANTECEDENTES

La Ley General de Sanidad deja claro que nuestro Sistema Sanitario es universal y gratuito para todos los ciudadanos españoles pero es evidente, y a nadie escapa, que tiene un coste muy elevado que hay que financiar entre todos.

Las nuevas tecnologías y los nuevos avances en los medicamentos hacen que todos los años el gasto sanitario se incremente de tal manera que obliga a buscar nuevas fuentes de financiación para paliar el déficit que se produce y así evitar el que pueda entrar en quiebra, y es el propio Secretario de Estado de Hacienda Miguel Ángel Fernández el que afirma que el modelo actual de financiación de la sanidad ya ha llevado al déficit a 17 autonomías.

Muchos ríos de tinta se han derramado escribiendo sobre la financiación del sistema sanitario español. El primer aldabonazo lo dio el Ministro de Sanidad, Julián García Vargas cuando a finales de 1989 puso en marcha, personalmente, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud; se redactó el temario, se propuso la composición de la misma al Consejo Interterritorial y se nombró al valenciano Fernando Abril Martorell, antiguo vicepresidente de uno de los gobiernos de España, para que estuviera al frente de la misma, naciendo así lo que se llamó la «**Comisión Abril**» que funcionó y trabajó durante 1990 y 91.

El Presidente de la Comisión Abril habló por primera vez de establecer un ticket moderador, este fue el eufemismo que se empleó, para disminuir la sobre prescripción y reducir el exagerado consumo de medicamentos y decía «la Comisión sólo ve posible recomendar la participación en el coste, con excepciones por razón de equidad y con una compensación en la cuantía de las pensiones u otras medidas fiscales».

Y además añadía «en el caso de pensionistas institucionales sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea» y comentaba que con esta medida se eliminaría el fraude y el ciudadano tendría una concienciación de coste. Terminaba explicando que esta medida no era para recaudar fondos sino para reducir el gasto sanitario.

CONSIDERACIONES

Hoy se establece como prioridad dentro del Sistema Sanitario español el generar nuevas fuentes de financiación, nuevos recursos y se habla de hacer una revisión de la participación del Estado en esa financiación a lo que

el secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos se opone diciendo que «poco se puede hacer para mejorar la financiación de las regiones trasvasando recursos del Estado», y afirma que, en lugar de eso, a las Comunidades Autónomas «hay que darles más autonomías en la gestión del gasto y también dotarlas de una mayor autonomía en los ingresos», introduciendo el polémico copago que se define como la participación económica de los usuarios de la sanidad en parte de los costes de los servicios sanitarios con el fin de regular la demanda sanitaria y lograr un uso más racional de los mismos y de los medicamentos, es decir, que el ciudadano contribuya cotizando de su bolsillo una cantidad que ayude en esa financiación y que pague el que más consume y como las personas mayores ocupan el 40% de las camas hospitalarias y acaparan el 35-40% de todos los medicamentos, es decir, son los grandes consumidores que sean estos los que ayuden a paliar el gasto sanitario.

Hay que aclarar estos dos hechos que son objetivos.

El primero es que solo el 20% de las personas mayores tienen mala o muy mala salud, según afirman ellos, y el 80% restante disfrutan de buena salud y ese grupo del 20% configuran el colectivo de ancianos frágiles o vulnerables y son los que necesitan mayores servicios sanitarios y consumen más medicamentos.

Sin embargo ya hay estudios, como por ejemplo el de Manton que confirman que el envejecimiento de las personas se está produciendo en mejores condiciones de salud, por lo que el impacto económico negativo del envejecimiento podrían ser compensados con estas mejoras en la salud de los mayores.

El segundo hecho objetivo es el que obtenemos al comparar nuestro gasto sanitario y nuestro gasto farmacéutico en relación con la U. E. en el que se observa que el gasto sanitario es bajo en comparación con el de otros países europeos siendo nuestro nivel de cobertura similar al de ellos o más alto y que la prestación farmacéutica no representa más del 25% del gasto sanitario.

El copago se ha relacionado, desde siempre, con el gasto farmacéutico y éste con las personas mayores, sobre todo con los pensionistas, diciendo que son los causantes del 75% del gasto farmacéutico pero hay que tener en cuenta que no solo no pagan ellos los medicamentos sino que hay, también, otros grupos que no lo hacen como los que padecen el SIDA o los que sufren enfermedades crónicas que, sino son pensionistas, solo pagan el 10% de los medicamentos que toman.

El copago solo tiene estas dos finalidades o busca disminuir el consumo de los recursos sanitarios y por tanto reducir el gasto, o busca recaudar fondos contribuyendo como un impuesto más a la financiación del sistema sanitario.

En el primer caso su finalidad es la de ser un **ticket moderador** que actuaría como un freno para el acceso de los ciudadanos a los recursos sanitarios y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) afirma que «El copago es una medida que puede generar inequidad, falta de solidaridad y un riesgo para la salud de la población».

Es evidente que el principio de equidad quedaría roto, porque se reduciría el gasto, pero se reduciría más en los más pobres y en los que padecen enfermedades crónicas que no acudirían a la consulta por su coste lo que determinaría que esta se agravase. Pero el efecto devastador se produciría en los pensionistas españoles, que tienen una pensión media de 690,27 € al mes, y no digamos los que reciben pensiones no contributivas de 288.79 € al mes y no pueden llegar a fin de mes, lo que generaría la aparición de enfermedades que podrían haberse evitado y la paradoja es, que al agravarse la enfermedad provocaría un coste mayor al acudir a la consulta tarde y mal.

En el segundo caso si la finalidad del copago es recaudatorio, como un impuesto más, caemos en el absurdo de que pagaría más este impuesto, otra vez los más necesitados, los más pobres que son los que enferman más, y los ricos, por su buena salud, se librarían, con esta modalidad de contribuir a la financiación del sistema sanitario.

Pero hay más, si como dice el Secretario de Hacienda se va a dar libertad a las autonomías a que decidan si imponen el copago o no, nos encontraremos con la terrible situación de que unas lo impondrán y otras no, e incluso las cantidades a satisfacer podían ser distintas según decidiera el gobierno autonómico y según estuviera en período electoral o no.

Es evidente que nuestro sistema sanitario necesita mayores ingresos y antes de establecer el copago, que es una medida impopular, altamente discriminatoria que rompe la equidad, hay que proponer nuevas fuentes de generación de recursos como:

- Mejorar la gestión estableciendo criterios de eficacia y eficiencia eliminando todo aquello que no los cumpla.
- Vía impuestos generales, es decir, los directos que es la forma más equitativa de financiar el sistema ya que así contribuiría más el que más tiene y no hacerlo a través de los impuestos indirectos ya que pagaría igual el rico que el pobre.
- Aumentar los impuestos de aquellos productos, como el tabaco y el alcohol, que van contra la salud y son, por tanto, causantes de gasto sanitario.
- Reajustar los propios presupuestos públicos eliminando las partidas que generan déficit, gastos superfluos etc.

Otros para solucionar el problema de la financiación proponen un pacto de Estado por la sanidad.

El año pasado tuvo lugar en Madrid, convocado por la actual Ministra de Sanidad Elena Salgado, la primera reunión del Consejo Interterritorial que agrupa a los Consejeros autonómicos de sanidad y tras su celebración insistieron en la necesidad de articular durante esta legislatura un gran pacto de Estado por la sanidad como instrumento para frenar el gasto que garantice la sostenibilidad del sistema.

Ese gran Pacto que ahora se solicita fue propuesto, con miras más amplias, el 10 de febrero de 1993 en el Club Siglo XXI por el Dr. D. José For-

nes Ruiz por aquel entonces Presidente de la Organización Médica Colegial que dijo: «es necesario un gran debate social sobre nuestra sanidad; un gran debate que permita llegar a un efectivo Pacto Social Sanitario. Ese consenso deber ser alcanzado, a nuestro juicio, en todos los ámbitos de la sociedad: el de los usuarios, el de las organizaciones políticas, sociales y sindicales representativas, en el profesional y en el institucional.

Y terminaba con estas palabras: « si fuéramos colectivamente capaces de unir nuestros esfuerzos y criterios; si consiguiéramos sumar todas las propuestas e ideas que existen, deslavazadas, en el cuerpo social; si se pensara en la sanidad con criterios de eficacia, con renuncia sincera al clientelismo, apartándola del debate clasista y del falso debate ideológico, yo creo que podríamos alimentar toda esperanza para ese gran Pacto Social Sanitario, que será el punto de encuentro de la esperada y definitiva reforma útil.»

Y lo que no debería hacerse nunca es introducir el copago sin establecer algunas contrapartidas económicas expuestas por D. Fernando Abril Martorell en su Informe, como la revisión al alza de las pensiones mínimas y el descenso del IRPF para los pensionistas, y mucho menos el establecer el copago para los pensionistas con pensiones máximas sin quitar antes el Tope que las grava.

El tope de pensiones supone el mayor agravio comparativo que existe en este país, ya que se estableció de forma coyuntural cuando la Seguridad Social estaba en quiebra, cosa que no existe ahora, y que se mantiene por el concepto de solidaridad resultando que estos pensionistas que soportan ese tope son los únicos solidarios con el resto de los ciudadanos españoles. Pues como afirmaba un pensionista «no hay pensionistas ricos, sino algunos ricos que disfrutan de pensión.»

CONCLUSIONES

1.^a Es conveniente realizar una Campaña del Uso Racional del Medicamento explicando con claridad a los Mayores las reacciones adversas que se producen por el uso indiscriminado de ellos.

2.^a Nos oponemos rotundamente al copago porque solo frenaría el utilizar los servicios sanitarios y el uso de los medicamentos a los más necesitados.

3.^a El copago nunca debe ser un gravamen para las pensiones bajas, puesto que no podrían asumirlo, ni para las altas, porque los pensionistas ya cotizaron al máximo, además de tener fijado, un Tope máximo en su cuantía, que limita sus justos derechos, y no se les revalorizan las pensiones adecuadamente.

Valencia a 22 de septiembre de 2005.

Mesa Redonda: «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer». Conclusiones del proyecto

- Ponentes:* **Idoia Romo**, *Doctorada en Psicología Social.*
Blanca Clavijo, *Presidenta de AFAL.*
Vicente Pérez Cano, *Spicólogo Asesor de FAMAN*
Isabel Iborra, *Spicóloga Forense, Reponsable del Dpto. de Mayores del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.*
Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo, *Enfermera Coordinadora de Centros del Instituto Foral de Álava. «Experiencia de un Grupo de Referencia Institucional.*
- Presidenta de Mesa:* **Loles Díaz Aledo**, *Directora del Programa del Club de la Vida.*
- Coordinador* **Antonio Burgueño**, *Médico-Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.*

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Antonio A. Burgueño Torijano

Médico –Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública–

Presentado en el VII Congreso de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, el 24 de octubre de 2005.

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Existen datos y percepción de que en España existe un uso elevado de sujeciones físicas y químicas en Personas Mayores dependientes institucionalizadas, hasta el extremo de inferir que la cifra de personas que viven en residencias y que son sometidas diariamente a sujeciones puede superar los 300.000.

Existen evidencias de que las sujeciones se pueden evitar en la mayoría de los casos, si se consideran un problema y se conocen alternativas.

Existen también evidencias de que en otros países, para el mismo tipo de residentes, se usan en menor proporción, así como de que en algunos se han desarrollado programas «desatar» semejantes que han dado buenos resultados.

Breve Descripción del Proyecto

El programa «Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer» es una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las

personas mayores y Enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y, en cualquier lugar o momento.

Este programa quiere promover el uso racional de todo tipo de restricciones y, para ello cuenta con un grupo de expertos capaces de:

- Definir el problema e investigar sobre él.
- Educar a los agentes participes e interesados.
- Formar a profesionales.
- Dar soporte técnico y asesoramiento a organizaciones.

Todo ello sobre la base de: sistemas de información, estándares validados, conocimientos especializados, guías y protocolos, cursos,; divulgando por todos los medios, las organizaciones, centros o servicios que adoptan esta filosofía, y pongan empeño en reducir el uso de restricciones y, aquellas que consiguen cumplir unos estándares determinados.

Este proyecto está basado en la siguiente secuencia:

Investigación - Formación - Asesoramiento - Divulgación

Actividades Realizadas hasta el momento

1. Investigación:

- Análisis de la Percepción Social.
- Análisis de la Percepción Profesional.
- Análisis de la Opinión de los Responsables de los Centros Residenciales.
- Análisis de la Prevalencia de uso.
- Análisis del efecto de una Intervención Integral.
- Análisis de efecto de la creación de un Grupo de Referencia Institucional.

Cada una de esas vertientes de actividad realizada desde el programa, serán explicadas por distintos colaboradores del mismo, que han las han liderado mas directamente.

2. Formación

Se han realizado 4 Cursos de Formación de Grupos de Referencia.

3. Divulgación

La filosofía del Programa «Desatar...» exige, para conseguir resultados óptimos, que exista un cambio de mentalidad frente al problema. Por ello se ha elaborado una guía asequible, que facilitará la comprensión del problema a la sociedad civil general, familiares de enfermos de Alzheimer y de personas mayores dependientes.

Por otro lado se están ultimando guías, protocolos, y estándares para divulgar entre los profesionales del sector, las prácticas más adecuadas para racionalizar el uso de sujeciones en centros y servicios donde trabajan, dejando la propuesta sobre la mesa de que se realicen consensos clínicos sobre esas bases.

Entidades Colaboradoras del Proyecto «Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer»

Como se ha manifestado inicialmente este proyecto requiere aglutinar voluntades de muchos participantes para la consecución de unos resultados excelentes. Es por ello que ha sido necesario un trabajo previo exhaustivo de contactar con numerosas organizaciones para lograr su apoyo al proyecto. Entre las entidades que se han sumado se cuentan:

- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
- Ayuntamiento de Madrid.
- Federación de Mayores de Andalucía –FAMAN–.
- Asociación de Servicio Integral Sectorial para Ancianos –ASISPA–.
- Instituto Foral de Bienestar Social de Álava.
- Oficina de la Defensora del Paciente de la Comunidad de Madrid.
- CEAPAT.
- Federación de residencias y servicios de atención a los mayores –sector no lucrativo –LARES–.
- Grupo CARE.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Madrid.
- Asociación Empresarial de Residencias y Servicios Sociales –AERTE–.
- Fundación Maria Wolff.

La implicación de todas esas entidades en este Programa es una de las garantías que avalan su rigor.

CONCLUSIONES/EVIDENCIAS obtenidas en el programa «desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

1. Existe un uso elevado de sujeciones físicas en residencias.
2. Existe un uso elevado de fármacos psicotrópicos en residencias.
3. Existe alta variabilidad de uso que no se explica desde el punto de vista clínico.
4. Las personas con demencia son mucho más frecuentemente sometidas a ellas.
5. La mentalidad y actitud son claves para que se usen.
6. Las sujeciones son un problema para quienes son objeto de ellas.
7. Siempre se esgrimen razones de seguridad para las personas, y se sabe que existen razones de conveniencia de quienes las cuidan.
8. La formación y asesoramiento a organizaciones (residencias) son capaces de cambiar esa realidad.

ADVERTENCIA: La afirmación de que existe un uso elevado de sujeciones físicas y de fármacos psicotrópicos en España es genérica, global, y no se refiere específicamente a centros concretos, donde pueden hallarse, y nosotros hemos hallado en muchos de los estudiados, un uso muy racional. De hecho, y eso queremos ponerlo aquí de manifiesto, el hecho de que muchos centros españoles hayan colaborado con el programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer, nos hayan ayudado a arrojar luz a esta problemática, ya habla por ellos en positivo, y de su compromiso con lograr un uso racional, entre todos.

Los datos recogidos hasta ahora, y las acciones desarrolladas permiten vislumbrar que se confirmarán las hipótesis del programa, en cuanto a la prevalencia de uso se refiere y a la percepción social y profesional.

En cuanto al estudio de prevalencia, ya se ha dicho que se revela como elevada en el conjunto de centros, en comparación con los datos que tenemos de otros países, y se corrobora que presenta una asociación con otras variables, como la prevalencia de demencias, uso de barandillas, y uso de fármacos psicotrópicos, por ejemplo.

La intervención integral realizada pone de manifiesto que se pueden realizar de forma satisfactoria, con las agendas previstas, y que producen un efecto positivo en el centro intervenido, y en sus equipos interdisciplinarios, y profesionales de atención directa. Permite evidenciar algunos aspectos del desempeño de los cuidados relacionados con un mayor riesgo de que se utilicen las sujeciones, así como establecer las bases para realizar una serie de recomendaciones, como pueden verse en la memoria de dicha intervención.

FUTURO

Una conclusión interesante de la experiencia recogida en esa fase del programa es que se evidencian una serie de necesidades futuras, de investigación, y acciones, que se propondrán a la entidad que lidera el programa, CEOMA, y para las cuales se buscarán ayudas y apoyos. Esas acciones de futuro a proponer se resumen en la siguiente lista:

- Seguimiento a medio plazo de los efectos de las intervenciones integrales.
- Realización de nuevas intervenciones integrales que amplíen la muestra de estudio de sus efectos, y permita estratificarla sobre la base de tipología de centros.
- Estudio de prevalencia de uso y asociación con variables estructurales y clínicas, en una muestra representativa de centros, de forma prospectiva y longitudinal, que permita hacer correlaciones validas. Se recomienda hacerlo sobre la base del mismo sistema de información, tipo «censo de residentes», mediante su recogida periódica semestral y por un periodo de tiempo de al menos 2 años.

- Aumentar el número de encuestas de percepción a fin de alcanzar muestras representativas de los colectivos estudiados.
- Realizar un estudio Delphi entre líderes del sector sobre el fenómeno de las sujeciones.
- Ampliar la formación y alcanzar a más profesionales y organizaciones
- Investigar y validar alternativas a las sujeciones
- Dar continuidad a la divulgación necesaria para lograr el cambio cultural preciso.

Estudio de percepción de sanitarios y de cuidadores informales sobre el uso de restricciones en personas mayores

Idoia Romo, Doctorada en Psicología Social

Esta ponencia recoge el estudio sobre la percepción del uso de restricciones en personas mayores a través de tres muestras. La primera muestra corresponde al personal de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería), la segunda muestra corresponde a personas que ocupan cargos de dirección y la tercera muestra es de cuidadores informales (familiares o amigos de personas con dependencia).

Para una mejor comprensión de los tres estudios se van a presentar los datos de cada uno y las conclusiones serán comunes a los tres.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de diferentes grupos profesionales sanitarios y de familiares sobre el uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores.

MARCO TEÓRICO

Sujeción física es cualquier método, aplicado a una persona, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.

Sujeción Química es el uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes para manejar o controlar una conducta molesta o inapropiada, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. En general, el uso inadecuado de tranquilizantes para manejar un problema para el que existe un tratamiento mejor.

METODOLOGÍA

El **diseño** al que se ha acudido en este Estudio ha sido un diseño transversal correlacional. Ha sido transversal porque los datos se han recogido en un momento temporal durante el año 2004.

Muestra 1: personal de enfermería

La muestra de este trabajo se ha realizado a través de las personas que trabajan en Geriátrica desde diferentes organizaciones y que pertenecen a la CEOMA. El número total **de cuestionarios asciende a 258**, de los cuales 80 son estudiantes de enfermería y el resto trabajan en el área en diferentes unidades y con diferentes titulaciones y por tanto ocupando distintas funciones de trabajo.

Variables a estudio

El cuestionario de utilizado para este estudio es el CPUR o Cuestionario de Percepción de Uso de Restricciones desarrollado por Evans y Strumpf (1993). El cuestionario mide la percepción de restricciones en profesionales de enfermería o estudiantes sanitarios está compuesto por 17 ítems sobre preguntas sociales y de experiencia en el área:

- Edad.
- Sexo.
- Tipo de Unidad : asistidos, válidos, unidad psiquiatría y otros.
- Tiempo total de empleo en el centro.
- Formación especializada en Geriatría / Gerontología.
- Puesto de trabajo: enfermera-jefa, enfermera, auxiliar de enfermería o gerocultora o estudiantes de diplomados en enfermería.

Además, la escala para evaluar la percepción de uso de restricciones está compuesta por 11 ítems medidos tipo Likert de 1 a 5 (1, 2 = sin importancia, 3, 4 con alguna importancia y 5 muy importante).

Procedimiento estadístico

Para la explotación estadística de los datos obtenidos se han realizado análisis univariados para la descripción de las variables sociales, y análisis bivariados o multivariados, principalmente análisis de varianza unifactorial o bifactorial ANOVA para ver las diferencias significativas de las escalas según la experiencia u otras variables que en cada caso se han entendido podrían influir sobre la respuesta, como por ejemplo, la edad, la formación en Geriatría o Gerontología, el puesto de trabajo actual, etc.

La presentación de la información será primero de datos sociales, formación y de experiencia, y posteriormente se presentan los datos sobre la escala de percepción de uso de restricciones en función de las variables consideradas explicativas de diferencias significativas.

En estos resultados solo se exponen los que han arrojado diferencias significativas, es decir, cuando hay una evidencia estadística de diferencias claras en función de la formación, el puesto o del sexo, indicándose en las tablas correspondientes el nivel de significación de estas diferencias, que se refleja en el valor «p» (probabilidad).

Análisis de Datos

El número total de personas que han participado en este estudio es de 258, cuya edad media es de 33 años. El 21% de la muestra tiene 18 y 19 años ya que se corresponde a la población de estudiantes que han cum-

plimentado este estudio. En cualquier caso, el 50% de la muestra está por debajo de los 32 años de edad.

En relación al sexo, la muestra está compuesta por un 86% de mujeres frente al 14% de hombres.

En cuanto al perfil de las personas que han participado en este estudio, el 5% son jefes o jefas, el 13% son Dues (personas diplomadas en enfermería), el 48% son auxiliares de enfermería o similar y el 34% son estudiantes de Due en una escuela universitaria actualmente.

Respecto a la pregunta de si tienen formación específica en geriatría, del total de los encuestados, un 27% han contestado que sí y el resto han dicho que no en este ítem.

Finalmente, de la pregunta sobre donde están trabajando, en que tipo de unidad, decir que como se ve en la tabla siguiente, hay personas que están en varias unidades.

La unidad de asistidos es la que más personas recoge en esta muestra y hay un amplio grupo se que no ha contestado a esta pregunta. Por otro lado los estudiantes se han agrupado de forma general en la categoría otros y unos pocos no han contestado a este ítem.

Tabla sobre el tipo de unidad en la que trabaja:

	<i>Frecuencias</i>	<i>%</i>
Unidad de Asistidos	78	30,2%
Unidad de válidos	13	5%
Unidad de Psicogeriatría	19	7,4%
Otros (mayoría de ellos estudiantes)	64	24,8%
Asistidos - Válidos	17	6,6%
Asistidos - Psicogeriatría	10	3,9%
Todas las unidades	3	1,2%
Missing (algún estudiante y no contesta)	54	20,9%

El coeficiente de alpha de Cronbach ha arrojado una puntuación de 0,924, lo que implica un alto grado de fiabilidad de la prueba y con niveles similares a los obtenidos por los autores que puntuaron 0,94.

Diferencias sobre percepción en función de puesto

Como se puede ver en la siguiente tabla, se percibe que el estar en contacto mas permanente y directo con el mayor hace que se perciba como mas claro el uso de restricciones en aras de la «seguridad de las personas mayores». Así se menciona la utilización de restricciones como medidas preventivas en mayor medida que los grupos formados por personal diplomado o por personal de dirección.

Tabla en función de puesto o legos – expertos:

	<i>Jefes/as</i> <i>N = 30</i>	<i>Due.</i> <i>N = 110</i>	<i>Aux.</i> <i>N = 80</i>	<i>Estud.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Proteger al anciano de caerse de la cama	4,00	4,70	4,73	4,35	6,092	0,001
Proteger al anciano de caerse de la silla	3,69	4,30	4,50	4,03	6,393	0,000
Proteger al anciano de sus movimientos inseguros	2,31	3,40	3,61	3,64	6,565	0,000
Prevenir al anciano del vagabundeo	1,77	2,03	2,64	3,08	6,942	0,000
Evitar que el anciano coja cosas de otros	1,38	1,50	2,28	2,37	6,439	0,000
Evitar que el anciano acceda a sitios peligrosos	3,08	3,53	4,09	3,99	4,334	0,005
Evitar que el anciano confuso moleste a otro	2,15	2,17	2,70	2,59	2,148	0,095
Evitar que el anciano se arranque el catéter o sonda	3,00	3,70	4,55	3,94	19,688	0,000
Evitar que el anciano se arranque el tubo de alimentación	2,69	3,60	4,44	4,01	18,828	0,000
Evitar que el anciano se arranque una vía intravenosa	2,77	3,57	4,57	3,78	24,659	0,000
Evitar que el anciano se abra suturas	3,15	3,47	4,54	4,25	15,969	0,000
Evitar que el anciano se quite un vendaje o prenda de vestir	1,92	1,60	2,73	2,73	11,262	0,000
Proveer descanso o quietud a un anciano hiperactivo	2,83	3,13	3,18	3,00	n.s.	
Proveer seguridad cuando su mente está trastornada	2,54	3,53	3,71	3,96	5,760	0,001
Sustituir la vigilancia del personal	2,08	1,90	2,83	2,27	4,669	0,003
Proteger al personal o a otros residentes de abusos/agresividad	2,54	2,97	3,66	3,69	6,026	0,001
Manejar la agitación	2,27	2,83	3,29	3,36	3,853	0,010

Otro dato que destaca de forma clara es que las caídas están percibidas como medida clara de uso de restricciones, tanto caída de la cama como caída de la silla.

A su vez el catéter o sonda, el tubo de alimentación, el arrancarse la vía intravenosa, o que se abra las suturas el mayor esta percibido como motivo de uso de restricciones físicas y fundamentalmente en el perfil de auxiliares o similar.

Llama la atención la baja importancia de la dirección para el uso de restricciones en caso de vagabundeo (media de 1,77) y la puntuación de los estudiantes que se sitúa entorno al 3,08 de media. Situación parecida aunque con menor diferencia se ve en el caso de evitar que el anciano se quite el vendaje o prenda de vestir. Tanto los grupos de estudiantes de Due como de los auxiliares o similar ven esta situación como importante frente a los Dues o las personas de Dirección.

Diferencias sobre percepción en función de especialización en geriatría

Con respecto a la variable tener formación especializada o no en geriatría como variable explicativa de diferencias significativas decir que son cuatro ítems los que arrojan datos significativos y lo que llama la atención es que a pesar de no ser muy altas las diferencias si hay una tendencia a ver como importante las restricciones cuando no hay formación específica.

	<i>Si Form.</i> <i>N = 69</i>	<i>No Form.</i> <i>N = 134</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Proteger al anciano de sus movimientos inseguros	3,28	3,59	3,64	0,058
Prevenir al anciano del vagabundeo	2,43	2,79	3,23	0,74
Evitar que el anciano coja cosas de otros	1,83	2,31	7,37,	0,007
Evitar que el anciano acceda a sitios peligrosos	3,67	3,98	3,01,	0,08

Diferencias sobre percepción en función de unidad asignada de trabajo

Con respecto a la variable unidad donde presta servicios como variable explicativa decir que es importante en seis ítems.

Como puede apreciarse en la tabla de la página siguiente, el trabajar en asistida y psicogeriatría, marca las puntuaciones mas bajas, si bien es muy escaso el número de personas y hay que tomar estos datos como una tendencia para intentar demostrarla en todo caso con mayor volumen de datos.

Como conclusión se puede decir que las caídas son la variable que más pesa en todos los colectivos que han intervenido en esta muestra para justificar el uso de las restricciones, como ya recoge el marco teórico consultado.

El estar en asistencia directa, ser auxiliar o similar induce a percibir como «prácticas» importantes las restricciones por encima del resto de los colectivos, si bien los estudiantes se sitúan cerca de este colectivo en varias de las cuestiones.

	<i>Asist.</i> N=78	<i>Vali.</i> N=13	<i>Psico.</i> N=19	<i>Otros</i> N=64	<i>Asis- vali</i> N=16	<i>Asis- Psico</i> N=10	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Prevenir al anciano del vago- bundeos	2,50	2,69	1,95	2,83	3,24	2,10	2,226	0,042
Evitar que el anciano se arran- que el catéter o sonda	4,12	4,46	4,42	4,05	4,41	3,60	1,827	0,096
Evitar que el anciano se arran- que el tubo de alimentación	4,03	4,58	4,21	3,95	4,53	3,40	2,542	0,022
Evitar que el anciano se arran- que una vía intravenosa	4,12	4,31	4,42	3,84	4,53	3,50	2,365	0,032
Evitar que el anciano se abra suturas	4,00	4,50	4,47	4,30	4,59	3,10	3,541	0,002
Sustituir la vigilancia del per- sonal	2,55	2,77	2,11	2,28	3,44	2,60	2,000	0,067

Las sondas, los catéter, los tubos de alimentación, la vía intravenosa o que se abran suturas también es analizado como técnicas importantes de poder usar restricciones.

El grupo de jefatura es el que se sitúa mas lejos de usar las restricciones en las diferentes cuestiones que se plantean en el cuestionario, seguido de las personas con formación universitaria.

También y en esta línea el tener formación específica en geriatría hace que se contemple en menor medida la sujeción como importante. Con respecto a la unidad de trabajo, no hay tantas diferencias si bien es conveniente de cara a otros estudios mejora r la medición de esta variable para poder comparar los datos ya que muchas personas no trabajan solo en un tipo de unidad.

Finalmente, respecto al colectivo de estudiantes es conveniente mejorar sus actitudes en el tema de las sujeciones ya que hay una clara tendencia a verlas como algo «normalizado» y por tanto como una herramienta más. EL colectivo de estudiantes son fundamentalmente de primero y de segundo de diplomatura de enfermería y por tanto con muy poca edad pero son los potenciales trabajadores del futuro.

Muestra 2: Direcciones de Geriatría

La muestra de este trabajo se ha realizado a través de las personas de dirección de centros de mayores.

El número de cuestionarios cumplimentados ha sido de 45.

Variables a estudio

El cuestionario para medir la percepción sobre restricciones de personas que llevan la dirección de distintos centros de mayores está compuesto por items sobre preguntas sociales y de experiencia en el área:

- Edad.
- Sexo.
- Puesto de trabajo actual (cargo actual).
- Experiencia en puestos similares.
- Profesión o Título universitario.
- Formación especializada en Dirección de Residencias (o equivalente).
- Formación en Geriátría / Gerontología.

Además la escala para evaluar la percepción sobre restricciones está compuesta por 19 ítems medidos tipo Likert de 1 a 5 (1 = nunca, 2,3 con alguna frecuencia 4, 5 siempre).

Procedimiento estadístico

Para la explotación estadística de los datos obtenidos se han realizado análisis univariados para la descripción de las variables sociales, y análisis bivariados o multivariados, principalmente análisis de varianza unifactorial o bifactorial ANOVA para ver las diferencias significativas de cada una de las escalas según la experiencia u otras variables que en cada caso se han entendido podrían influir sobre la respuesta, como por ejemplo, la edad, la formación en Geriátría o Gerontología, el puesto de trabajo actual, etc.

La presentación de la información será primero de las tablas de datos sociales, formación y de experiencia, y posteriormente se presentan los datos sobre la escala de percepción de sujeciones.

En estos resultados solo se exponen los que han arrojado diferencias significativas, es decir, cuando hay una evidencia estadística de diferencias claras en función de la formación, el puesto o del sexo, indicándose en las tablas correspondientes el nivel de significación de estas diferencias, que se refleja en el valor «p» (probabilidad).

Análisis de Datos

La media de edad de las personas que han respondido al cuestionario es de 41 años, siendo la menor edad los 26 años y la mayor edad los 63 años. En cuanto al sexo, el 32% de los cuestionarios pertenecen a hombres (14 personas) y el 68% a mujeres (30 personas).

En cuanto al puesto un 64% de la muestra ocupan el puesto de Director/a y un 36% se definen como responsables. El título de formación es de 14 personas licenciadas en temas relacionadas con la salud (31%), 26 personas son diplomadas, lo que supone un 58% y el resto, 5 personas (11%) presentan licenciaturas no relacionadas directamente con ciencias de la salud.

En lo relativo a formación especializada en Dirección de Residencias o equivalente, el 50% si tienen formación en estos temas y el resto no. Res-

pecto a formación en Geriátría o Gerontología el 77% tiene formación específica y el resto no.

Con respecto a la escala sobre el uso de sujeciones, los ítems con puntuaciones muy bajas son los relativos a que si se usan restricciones es por falta de conocimiento del personal, por comodidad o conveniencia o que el uso de restricciones es una cuestión de recursos económicos. En estas tres cuestiones las medias son de 1,78, 1,93 y 1,68 respectivamente. Así se puede decir que la mayoría de las personas de dirección que han contestado este cuestionario dicen que nunca o casi nunca estas cuestiones son importantes en sus residencias.

No están de acuerdo tampoco en general con que el clima laboral influya en el abuso de las sujeciones, están poco de acuerdo en que usen las sujeciones, y tampoco creen que se usen como rutina. Sí dicen que es necesario el uso de sujeciones con alguna frecuencia.

Con respecto a si el personal de las residencias está quemado, su percepción es que sí pero con alguna frecuencia (media de 2,86) y respecto a si recibe el personal formación continua adecuada y suficiente, la respuesta es que con alguna frecuencia se da esta formación (media 2,96).

Mencionan por otro lado, que las personas sujetadas a diario sufren ciertos riesgos (3,28) y que las responsabilidades legal del uso de sujeciones es del director/a (3,41). Decir, en esta cuestión que la mayoría dicen que siempre es el director/a la personas que tiene la máxima responsabilidad salvo 2 personas que dicen que nunca es la responsabilidad legal la de este perfil.

Sobre si la dirección decide la formación continua del personas la mayoría si deciden en este aspecto. Con respecto a la pregunta sobre si el personal de atención directa funciona siempre por instrucciones la mayoría de los encuestados/as mencionan esta idea. Al igual que están de acuerdo en que las sujeciones se usan de forma adecuada siempre o casi siempre. Finalmente y dentro de este tipo de respuestas que conllevan un nivel de acuerdo medio alto está la cuestión de si el personal está bien capacitado donde la media se sitúa en el 3,83, con lo cual se puede decir que están bastante bien capacitados. En esta última cuestión hay que hacer una mención, no obstante, a 7 directores que han puntuado bastante bajo a este ítem, lo que representa cierto nivel de descontento en estas personas sobre la capacitación de su gente frente a otros que están muy satisfechos de la competencia de sus trabajadores/as.

Finalmente hay un bloque de ítems que representa las puntuaciones más altas que se ha recogido a través de la escala y son los indicadores referentes a la autorización de las familias sobre el tema de sujeciones, el que en los centros existen normas éticas claras sobre los abusos, que el /la directora /a ejerce autoridad sobre los cuidados de los residentes y que los directores de los centros deben controlar el uso de sujeciones.

Encuestas por orden de menos acuerdo y más de acuerdo

12 - El uso de sujeciones es una cuestión de recursos económicos.	1,68
8 - Si se usan sujeciones, es por falta de conocimientos del personal.	1,78
9 - Si se usan sujeciones, es por comodidad o conveniencia del personal.	1,93
5 - Algunas sujeciones se usan como una rutina.	2,14
10 - El clima laboral influye en que exista abuso de sujeciones.	2,32
1 - En las residencias las sujeciones se usan.	2,66
18 - El personal cuidador de las residencias está quemado o desmotivado.	2,86
6 - El personal de residencias recibe formación continua adecuada y suficiente.	2,9
3 - Sin embargo, el uso de sujeciones es necesario	2,96
2 - Las personas sujetadas a diario sufren ciertos riesgos.	3,28
11 - La responsabilidad legal de uso de sujeciones es del director.	3,41
7 - Los directores deciden la formación continua del personal.	3,43
15 - El personal de atención directa funciona siempre por instrucciones.	3,59
19 - Las sujeciones se usan de forma adecuada.	3,79
13 - El personal de residencias está bien capacitado para su trabajo.	3,83
16 - Las sujeciones se usan cuando han sido autorizadas por la familia.	3,9
17 - En los centros existen unas normas éticas claras sobre los abusos.	3,9
14 - El director ejerce cierta autoridad sobre los cuidados de los residentes.	4,17
4 - Los directores de los centros deben controlar el uso de sujeciones.	4,31

Con respecto a variables que pesan de manera significativas en algunas respuestas de la escala de percepción de sujeciones, destacar que la variable sexo no es significativa a la hora de explicar diferencias significativas. Respecto a la variable edad tampoco existen diferencias de puntuaciones en la escala con la que se ha trabajado.

Si hay alguna diferencia en la variable puesto de trabajo, así las personas que se han definido como directoras ven mayor riesgo en las personas sujetas a diario $F(1) = 3,22$ $p < 0,05$, también creen que en alguna ocasión se usan las sujeciones por comodidad $F(1) = 3,43$ $p > 0,05$ y finalmente creen claramente frente a los /as que se definen como responsables que la dirección ejerce cierta autoridad sobre el cuidado de los residentes $F(1) = 3,63$ $p > 0,05$.

Con respecto a la titulación como variable explicativa presenta cuatro items con diferencias significativas y tendenciales. Las dos cuestiones significativas son las referentes a que el uso de las sujeciones es una cuestión económica, el perfil de licenciados en ciencias de la salud es el que menos

de acuerdo está con esta idea $F(2) = 9,88$ $p > 0,001$ y el ítem referido a que el personal esté capacitado, son los diplomados seguidos de los titulados no en ciencias sociales los que dicen estar más de acuerdo con esta idea $F(2) = 5,29$ $p > 0,001$. En cuanto a los ítems tendenciales significativamente a nivel estadístico destacan el relativo a que el personal directo funciona siempre por instrucciones y el relativo al hecho de que el clima laboral influye en que exista abuso de sujeciones.

Con respecto al primero de estas dos ideas relativas a que el personal trabaja por instrucciones $F(3) = 2,58$ $p > 0,05$ son los de formación de licenciatura relacionada con ciencias de la salud los que más apoyan esta idea seguidos de los diplomados y con bastante menor acuerdo están los licenciados no sanitarios.

En cuanto al segundo de estos ítems el relacionado con el clima laboral $F(2) = 4,98$ $p > 0,05$, los licenciados no sanitarios apoyan mucho más esta idea que el resto de los colectivos.

Las variables sobre formación específica en Dirección de residencias en geriatría presentan una diferencia significativa cada una.

Con respecto a formación en dirección de residencia, el personal formado específicamente en este tema dice estar más de acuerdo con que el personal de las residencias reciban formación continua adecuada y suficiente $F(1) = 3,05$ $p > 0,05$ (media de 3,19) frente a los no formados específicamente en el área (media 2,58).

Y finalmente la variable tener o no formación específica en Geriatría/Gerontología $F(1) = 3,93$ $p > 0,05$ la diferencia entre la necesidad en el uso de sujeciones, así las personas que se ha formado (media 2,7) dicen que es menos necesario que las que no han recibido formación específica (media 3,80).

Como conclusiones más importantes de la muestra de direcciones podemos destacar la importancia de la autorización, de norma ética y de que los directores controlen el uso de sujeciones que han comentado las personas que han contestado a este cuestionario.

En cuanto a diferencias significativas se puede decir que no influye el sexo ni la edad como variables explicativas.

Si influye como variables explicativas la titulación en ciencias de la salud, la formación específica en dirección de residencias y la formación específica en Geriatría-Gerontología.

Muestra 3: Cuidadores informales

El número de cuestionarios de cuidadores informales cumplimentados ha sido de 356.

Variables a estudio

El cuestionario para medir la percepción cuidadores sobre restricciones y «carga» está compuesto por:

Datos del cuidador/a o población general:

- Edad.
- Sexo.
- Si cuida y durante cuanto tiempo lleva haciendo esta tarea.
- Situación laboral.

Datos de la persona mayor:

- Edad.
- Sexo.
- Donde vive la persona mayor que es cuidada actualmente.
- Tiempo de enfermedad.

Además de estos datos, se han administrado dos escalas, una de ellas sobre percepción de unos de restricciones a mayores y otra de ellas que mide la carga de trabajo percibida en caso de ser la persona que cuida.

La escala de restricciones presenta 14 cuestiones con una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = sin importancia y 5 = mucha importancia).

La escala de carga percibida del que cuida tiene 22 items, con escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = alguna vez, 4 = bastantes veces y 5 = casi siempre).

Además hay tres preguntas sobre las circunstancias de la persona mayor:

- Si usa medidas restrictivas, cuales.
- Circunstancias previas a la primera aplicación de medidas restrictivas.
- Uso de tranquilizantes.

Procedimiento estadístico

Para la explotación estadística de los datos obtenidos se han realizado análisis univariados para la descripción de las variables sociales, y las escalas que se han trabajado.

La presentación de la información será primero de las tablas de datos sociales, formación y de experiencia, y posteriormente se presentan los datos sobre la escala de percepción de sujeciones y la escala de carga.

Análisis de Datos

El número de cuestionarios cumplimentados es de 356 de los cuales 132 han rellenado los dos cuestionarios, uno sobre restricciones y el otro sobre la carga percibida por cuidar.

El 12% de los que cuidan tiene menos de 40 años, y el 50% presenta más de 63 años, un 5% tiene más de 80 años.

En cuanto al sexo, el 37% son hombres frente al resto que son mujeres. Respecto a la variable tener familiar enfermo, un 62% de la muestra ha contestado que si frente al 33% que no y el resto no han contestado a esta variable.

El número de años que lleva enfermo el mayor a quien cuidan oscila entre el año y los 30 años, siendo la media de 6 años.

La edad media del mayor que es cuidado es de 77 años, siendo la persona mas joven de 52 años y la mayor tiene 95 años. La inmensa mayoría de los cuidados son casados y un 23% viven en su casa, un 11% en casa del hijo/a y una amplia mayoría no ha contestado a esta pregunta.

Percepción sobre el uso de sujeciones en personas con enfermedad de Alzheimer

<i>Percepción sobre el uso de sujeciones (escala 1 = nada importante, 5 = muy importante)</i>	
1. El uso de sujeciones en personas mayores o enfermos de Alzheimer en España es un problema	4,35
2. Los riesgos e inconvenientes previsibles, susceptibles de repercutir en la salud de la persona atada o restringida son una cuestión	4,36
3. a) Que la familia sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión	4,20
b) Que el médico sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión	4,31
c) Que el juez sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión	3,12
4. Contra con la voluntad de la persona para sujetarla es una cuestión	3,90
5. Proteger más, legalmente, a las personas dependientes frente a las sujeciones o ataduras, es una cuestión	4,43
6. Que los directivos de los centros o servicios tomen medidas de control de uso de sujeciones, es una cuestión	4,32
7. El afán de ganar dinero en una Residencia u otro centro, como causa de un uso excesivo de sujeciones, es una cuestión	4,37
8. Que las sujeciones se usen por ignorancia de los trabajadores de los centros, es una cuestión	4,68
9. Que las sujeciones se usen por comodidad de los trabajadores de los centros, es una cuestión	4,58
10. Qué importancia tienen las siguientes razones para sujetar a una persona:	
a) ¿Qué tenga riesgo de caída?	4,34
b) ¿Qué deambule (vagabundee) sin parar?	3,31
c) ¿Qué tenga un comportamiento agresivo?	4,14
d) ¿Qué tenga riesgo de extraviarse o perderse?	3,91
e) ¿Qué tenga sueros o sondas?	4,28
11. Informar sobre las sujeciones que se quieren aplicar, es una cuestión	4,62
12. Solicitar consentimiento para usar sujeciones es una cuestión	4,42
13. Que los enfermos de Alzheimer tengan más riesgo de ser atados, es una cuestión	4,13
14. Que las sujeciones tienen graves consecuencias para la persona, es una cuestión	4,58

Como puede percibirse en este cuestionario todos los ítems se han puntuado como importantes o muy importantes existiendo poca variabilidad en las respuestas.

La menor puntuación la presentan el que vagabundee, se extravíe o que intervenga el juez así como el ítem de ajustar a la persona contra su voluntad.

El resto de los ítems presentan medias en torno al 4 hasta 4,68 que presenta la cuestión sobre que se usen sujeciones por ignorancia de los trabajadores de los centros. Por lo que este tema de el uso de restricciones se percibe como muy importante en todas las personas participantes de este estudio.

Percepción de carga del cuidador

Respecto a la escala de carga percibida del cuidador, decir que existe un alto nivel de dependencia percibida explicada en los ítems sobre el miedo por el futuro del familiar, si piensa que depende de el/ella su familiar, o si se considera la única persona que le puede cuidar.

Por otro lado, hay bajo nivel emocional negativo personal percibido, como apuntan las cuestiones sobre si siente vergüenza por la conducta de su familiar (media de 1,5) o si se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar (media de 1,90).

También es importante ver el comportamiento del ítem sobre grado de carga experimentada por el hecho de cuidar, cuya puntuación es de 3,8, la segunda puntuación más alta de todas las preguntas evaluadas por los cuidadores.

Como principal conclusión se puede comentar la importancia que otorgan al tema del uso de las restricciones todas las personas que han participado en el estudio.

Respecto a la segunda escala la conclusión más importante es la relativa a la carga percibida de los cuidadores, a la dependencia sentida por parte de la mayoría y la baja sensación de vergüenza que presentan respecto a la conducta de las personas que cuidan.

Aparece como importante el tema económico y la sensación de haber perdido vida social por tener que cuidar de su familiar.

Dentro de los datos demográficos de la muestra destaca que el 50% de las personas cuidadoras tengan más de 63 años, lo cual puede incidir de forma directa en la percepción de carga y en la sensación de miedo por la dependencia del mayor (*véase cuadro de la página siguiente*).

<i>Carga percibida del cuidador</i>	
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	2,28
2. ¿Piensa que, por el tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente para Vd?	3,44
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	3,27
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1,50
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1,90
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	2,55
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	3,66
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd?	4,42
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	2,31
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	2,84
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	2,94
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	3,18
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	2,39
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	3,30
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	3,13
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	2,37
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	2,84
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	2,03
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	2,07
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	2,22
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	2,14
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	3,76

Conclusiones generales del estudio

EL objetivo de este estudio está relacionado con comenzar a conocer cual es la percepción de las personas mas relacionadas con el tema de las restricciones físicas o químicas en el cuidado a mayores.

La primera conclusión es que es un tema complejo de abordar ya que en muchos casos las dificultades para poder acceder a muestras son grandes. Por otro lado, las restricciones son tan habituales que la mayoría de las personas no se han parado anteriormente a pensar en un aspecto tan fundamental como este, lo que lleva a sobreutilizarlas sin analizar las consecuencias negativas que pueden ocasionar.

Respecto a los datos que se desprenden concretamente de las tres muestras trabajadas, destacar que las restricciones van muy unidas a la creencias de la prevención de caídas y que a mas presencia física diaria por parte de los profesionales mas se tiende a pensar en usar medidas restrictivas. La formación especializada en psicogeriatría o geriatría ayuda a usar menos las restricciones o a usarlas de forma mas racionalizada, no como hábito.

En cuanto a las ideas más importantes por muestra, aparece que en la muestra de profesionales de enfermería preocupa el subgrupo de estudiantes pues su formación es generalmente hospitalaria, donde la restricción es de uso habitual en la corta estancia y esta práctica está muy asentada en este grupo.

Finalmente y con respecto a la muestra de cuidadores, aparece el tema de la carga percibida, el tema de la sensación de dependencia y el tema económico como muy ligado al uso de restricciones.

Como acciones para trabajar el tema de las restricciones, decir que es necesario aumentar las muestras en futuros estudios, ya que estos datos son solo un inicio de un tema que en muchas ocasiones se queda en el ámbito de lo privado y sin embargo es necesario comenzar a trabajarlo en el ámbito público.

En el grupo de dirección, la idea principal es el trabajo en normas éticas, la colaboración con la familia en la autorización o no de uso de restricciones y es fundamental en este grupo la formación en ciencias de la salud o en geriatría ya que explica la percepción positiva o negativa de las restricciones.

Sería necesario, trabajar también con geriatras o médicos, por la importancia de esta figura que es la responsable de prescribir el uso o no de restricciones y además los familiares de mayores le otorgan esta importancia.

Por último, es necesario mejorar las escalas utilizadas, para poder trabajar la procedencia de las actitudes y creencias y así poder coordinar programas de cambio de actitudes mas acordes con la realidad.

Aspectos legales de las sujeciones físicas y químicas

Blanca Clavijo, Presidente AFAL

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO NORMATIVO. REFERENCIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO GARANTE DEL RESPETO A LA VOLUNTAD AJENA

El uso de sujeciones físicas o químicas, como ya se ha apuntado de manera exhaustiva en este Congreso, limita la libertad de movimientos, la actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo de la persona que las soporta. *En definitiva se produce en estas personas una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima, incluso puede llegarse al extremo de conculcar, en líneas generales, aquellos derechos fundamentales que son inherentes a la persona, la libertad, dignidad e integridad del ser humano.*

Obligar al uso de sujeciones a una persona mayor y enferma contra su voluntad invocando peligro de lesiones irreversibles o fallecimiento debe ser considerado antijurídico por atentatorio a la dignidad humana (art. 10 CE) y constituir trato degradante (art. 15 CE, que dice así: «*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a penas o tratos inhumanos o degradantes*»). Nos vamos a referir siempre a una vulneración de preceptos constitucionales de manera genérica, ya que gran parte de estos problemas no disponen de soluciones específicas que se hallen reguladas por el ordenamiento jurídico.

Por ello, ante la imposibilidad de invocar una Ley concreta que las regule, lo primero que debe hacerse es concienciar a instituciones, centros sanitarios, organismos... en el sentido de que el uso de sujeciones físicas y químicas debe ser limitado a situaciones extremas de peligro grave para la vida de la persona o de terceros, cuyo caso es el único que puede ser interpretado como protección aceptable. Sólo en estos casos de urgencia vital donde se pudiera poner en peligro la integridad de la propia persona o la de terceros, podrían ser entendidas como una actuación en interés del paciente, y sólo en tales circunstancias esa actuación, aún a falta de consentimiento o contraria a la voluntad del paciente, se encontraría penalmente amparada frente a una eventual acusación de un delito de coacciones, por la eximente del estado de necesidad. El abuso o uso inadecuado de sujeciones, o la acción de emplear las sujeciones ya sean las adecuadas pero sin el consentimiento del afectado, tienen una consecuencia directa y causal, y es que puede ser considerada un «*maltrato*» o un eventual delito de coacciones.

Sin embargo, nos encontramos con que, en la mayoría de las ocasiones, el uso de sujeciones es muy elevado, sin que exista una justificación de tipo médico para realizarlas y que, en demasiados casos, existe una conveniencia del centro o un uso con fines disciplinarios.

Cualquier persona tiene derecho a estar libre de sujeciones impuestas por disciplina o conveniencia, lo mismo que tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. La regla general es que no se puede actuar médicamente sobre la integridad física o mental de una persona si ésta no manifiesta su voluntad en ese sentido, y es en este preciso punto donde se puede traer a colación la escasa regulación que existe en la que se pueda encajar de alguna manera el uso de sujeciones físicas o químicas. Nos estamos refiriendo a la institución del consentimiento informado y a la Ley 41/2002 de 14 noviembre de autonomía del paciente.

- **El consentimiento del paciente y la ley de autonomía del paciente**

Desde una perspectiva ética amplia el objetivo del consentimiento informado es promover la autonomía individual, ya que las personas tienen derecho a tener sus propios puntos de vista, a tomar sus propias decisiones y a realizar acciones basadas en los valores y creencias propias. Desde el punto de vista jurídico servirá para desplazar la autoridad en la relación médico-paciente, del médico al paciente.

Afortunadamente el principio ético y jurídico de respeto a la voluntad ajena en el tratamiento médico quirúrgico ha venido cobrando mayor importancia con el paso del tiempo. En efecto, en la actualidad, se está produciendo un mayor respeto a la libertad de la voluntad del paciente, puesto que, una intervención en contra de la voluntad del enfermo con actuaciones agresivas, es abiertamente inconstitucional por lesivo del derecho a la dignidad humana y otros derechos fundamentales.

Debemos tener en cuenta que cualquier intervención sobre el cuerpo de una persona sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su **libre e inequívoco consentimiento**, como así se está poniendo de manifiesto en las actuales legislaciones como el Convenio de Oviedo.

En efecto, así viene recogido en el Artículo 7 del Convenio para la Protección de los derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo), que «la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud (caídas o autolesiones en los enfermos de Alzheimer) y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control...»

El médico debe conocer en todo caso la aplicación y debe ser capaz de explicar qué problema se está tratando y cuánto tiempo está previsto que se apliquen. Toda persona para la que se haya pensado en sujeciones, será sometida a la revisión de medicamentos, equilibrio, antecedentes de otras caídas, sistema cardiovascular, oídos, glucemia...

La Ley 41/2002 de 14 noviembre de autonomía del paciente realiza sobre esta cuestión una doble proclamación:

- a) El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Así, la ley básica establece taxativamente la obligación de los profesionales de respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
- b) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la ley, debiendo constar su negativa por escrito (art. 2.4).

Es decir, la regla general en los tratamientos es la voluntariedad y sólo como excepción existe la posibilidad de establecer tratamientos sanitarios obligatorios (en temas de salud pública). El art. 8.2 de la Ley 41/2002, adaptándose a las exigencias doctrinales, excepciona la negativa al tratamiento sólo en los casos de riesgo para la salud pública y «riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo» sin que fuera *«posible conseguir su autorización»*, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Numerosa doctrina penal (entre los que destacamos a BUENO ARÚS) ha llegado a la conclusión de que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento porque «sería contrario a la dignidad de la persona [...] la imposición obligatoria de un tratamiento médico, negando al enfermo la libertad de elegir entre el riesgo o el dolor de un tratamiento y el riesgo o el dolor de la propia enfermedad, que ha de ser una decisión eminentemente personal».

En el caso de pacientes incapaces, las personas designadas en virtud de procedimiento judicial serán las que deban otorgar el consentimiento.

Otras normas de ámbitos autonómicos que deben destacarse son la Ley 21/2000, de 21 de diciembre, de autonomía del paciente (Cataluña), Ley 3/2001 de 28 de mayo reguladora del consentimiento informado (Galicia), etc...

2. INTERVENCIONES MÉDICAS OBLIGATORIAS

El estudio del uso de sujeciones físicas o químicas, desde el punto de vista jurídico, puede abordarse junto a esos casos concretos que han aparecido con mayor o menor frecuencia en la jurisprudencia constitucional porque plantean un conflicto de derechos fundamentales. Nos referimos a los casos de huelgas de hambre de internos en establecimientos penitenciarios, y de negativa de los Testigos de Jehová a recibir transfusiones de sangre.

En relación con este asunto no podemos dejar de mencionar las interesantes Sentencias del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio y

137/1990, de 19 de julio, relacionadas con las huelgas de hambre seguidas por reclusos pertenecientes a los GRAPO. La alimentación de los huelguistas obligaba al uso de la fuerza en condiciones muy agresivas (había que encadenarlos, inmovilizar su cabeza si se pretendía la alimentación por boca, o atarlos fuertemente a la cama si lo hacían por vía parenteral) por lo que la Administración penitenciaria solicitaba autorización a los distintos Jueces de Vigilancia penitenciaria para proceder al tratamiento y alimentación forzosa a estos reclusos. Finalmente tras pasar por distintas instancias, el Tribunal Constitucional consideró constitucional la asistencia médica por medios coercitivos, es decir, sin la necesidad de obtener el previo consentimiento, fundamentalmente por entender que los reclusos se encontraban bajo una relación de sujeción especial que imponía a la Administración la obligación de velar por la vida, integridad y salud de aquéllos, limitaciones que «podrían resultar contrarias a esos derechos si se tratar de ciudadanos libres o incluso de internos en situaciones distintas».

Es decir, ya en aquel momento quedaba reconocido por el TC que la utilización de esos medios coercitivos para garantizar la asistencia médica fuera de la prisión resultaban contrarias al derecho fundamental a la integridad de las personas.

Resulta de gran interés el voto particular que realiza el magistrado Jesús Leguina a la STC 120/1990, en el sentido de que «ninguna relación de supremacía especial –tampoco la penitenciaria– puede justificar una coacción como la que ahora se denuncia que, aún cuando dirigida a cuidar de la salud o a salvar la vida de quienes la soportan, **afecta al núcleo esencial de la libertad personal y de la autonomía de la voluntad del individuo**, consistente en tomar por sí solo las decisiones que mejor convengan a uno mismo, sin daño o menoscabo de los demás».

Otro supuesto al que ha tenido que enfrentarse en ocasiones la jurisprudencia española es el de los Testigos de Jehová que, por sus convicciones religiosas, rechazan la práctica de ciertas intervenciones, en concreto las transfusiones de sangre, por considerarlas contrarias a los Textos Sagrados.

Una de las últimas Sentencias del Constitucional a este respecto a la STC 154/2002, de 18 de julio, que en relación a la oposición de un menor de edad a un transfusión de sangre que le iba a salvar la vida, el Alto Tribunal estima que «al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal –como distinto del derecho a la salud o a la vida– y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE)».

Se suele plantear por la doctrina penal si existe en el médico un deber jurídico de actuar o deber de garantizar que la muerte o una lesión grave del paciente no se produzca, es decir, en el caso de las sujeciones si deben realizarse para evitar un perjuicio mayor al enfermo, como caídas y accidentes. Sin embargo, con el uso de una sujeción física o química contra la

expresa voluntad de una persona, nos encontraríamos que se podría llegar a poner de nuevo en peligro, aunque sea remoto, la salud de dicha persona, ya que sujeciones como poner barandillas en la cama, utilizar sillas o sillones que impiden levantarse o moverse, atar sábanas alrededor del tronco que impiden a la persona levantarse o moverse con total libertad, o utilizar dispositivos más específicos que consigan lo mismo (cinchas, chalecos, arneses, etc), pueden producir numerosos perjuicios físicos como úlceras, infecciones, atrofia muscular y debilidad. Por ello, ***contra la voluntad del paciente no hay posición de garante del médico.***

En consecuencia, en estos casos, y conforme a lo dispuesto en el art. 21 de la Ley 41/2002, se podrá proponer el alta voluntaria, en caso de no aceptar el tratamiento prescrito, siempre y cuando «no existan tratamientos alternativos», que «los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos». En el art. 21.2 de la citada Ley se establece que «en el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste Ens. Negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión». Un juez al que hipotéticamente se acudiera para resolver conforme al art. 21.2 de la Ley 41/2002 debería de impedir la expulsión del centro hospitalario obligando, al menos, a una asistencia médica mínima.

Por último, estamos hablando últimamente de las instrucciones previas, que son aquellas voluntades expresadas con anterioridad, sobre el tratamiento o la donación de órganos en caso de fallecimiento y, que deben haber sido prestadas en un estado de plenitud de facultades para que tengan validez, en el momento en que las facultades de conocimiento y voluntad se encuentren mermadas.

No es éste el momento de desarrollar la legislación vigente sobre las mismas, que varía de unas comunidades autónomas a otras, aunque no en cuestiones fundamentales (por ejemplo, el número de testigos o la edad para otorgarlas).

Lo cierto es, que a día de hoy, las instrucciones previas suelen tener escaso impacto sobre la toma de decisiones en los momentos en que deban ser aplicadas, porque la legislación todavía no ha regulado la publicidad de las mismas y, no parece además una cuestión fácil de resolver, si no nos ponemos de acuerdo en la unificación de un registro central que las contemple y al que se pueda acceder con facilidad sin vulnerar los derechos de intimidad de los pacientes.

Actualmente su repercusión práctica es limitada, ya sea porque el médico las desconoce, o porque se trata de un caso de urgencia vital. En referencia con el uso de sujeciones físicas o químicas, que se realizan en el marco de una larga enfermedad mental, podrían reconocérseles algunos efectos positivos, encaminados con exclusividad a potenciar la sensación de control sobre el tipo de asistencia médica que en un futuro quiera recibir la persona que se halle en los estadios iniciales de su enfermedad, en aquellos momentos que conserve sus facultades mentales intactas.

En cualquier caso, todavía debemos profundizar y reflexionar sobre estas cuestiones, nos parecen alejados de nuestra realidad, los casos antes tratados (huelga de hambre o testigos de Jehová...) de nuestro día a día con personas demenciadas, pero lo cierto es que la tipificación jurídica, en cuanto a vulneración de derechos fundamentales es la misma, esto es algo que no debemos olvidar.

El proyecto: «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» en Andalucía. Intervención en un Centro de Mayores

Vicente Pérez Cano, Psicólogo Asesor de FAMAN

INTRODUCCIÓN

La intervención en Andalucía nos ha aproximado al problema que nos ocupa en su contexto más real, el de las residencias y el de las familias que cuidan a sus propios mayores en casa. Este primer acercamiento nos ha abierto los ojos, poniendo de manifiesto la ausencia de motivación, cuando no reticencias, entre los mismos profesionales o responsables de los centros, en relación con este tema.

Hace aproximadamente un año, contactamos con los representantes de los cuatro grupos principales de residencias, en la Comunidad Autónoma Andaluza, a saber:

- Centros públicas.
- Centros privados con fines lucrativos.
- Centros de iniciativa social variada: ONGs, cooperativas.
- Centros sin fines lucrativos (asociados en LARES).

Todos juntos, suponen en torno a 400 centros, de distinto tipo. En principio el estudio se realiza sólo en los centros de LARES, en esta primera fase. De los 135 centros de este colectivo se realizó un muestreo, para realizar un primer estudio de prevalencia en 29 centros, de los cuales sólo se pudo recabar la información de veinte. Los restantes no encontraron el tiempo necesario para recoger los datos solicitados. Finalmente, la intervención integral se realizó de forma experimental en uno de estos centros.

En este pequeño grupo de centros y en sus profesionales hemos encontrado un importante grado de receptividad. Para ellos, según nos manifiestan, la primera fase de «Desatar al anciano...» ha supuesto el *descubrimiento de una necesidad latente que requiere sensibilización y formación para cambiar las pautas de comportamiento actuales*.

También se han recogido casi un centenar de encuestas de opinión de los propios familiares que cuidan a sus mayores en casa. Poco, si entendemos que el 90% de esas encuestas han sido recogidas en una de las ocho provincias andaluzas, y que hay 74 asociaciones de Familiares de Alzheimer en toda Andalucía.

Estos primeros datos hablan por sí mismos y nos sugieren que el uso de restricciones físicas o químicas en el cuidado de las personas mayores, hoy por hoy, es un asunto que requiere una intervención urgente, al menos en Andalucía, por las razones que recogemos brevemente en el siguiente apartado.

Razones que justifican la necesidad de una intervención

De entrada nos ha impactado el ostracismo manifestado por algunas residencias o, mejor dicho, de sus representantes. Esto nos hace sospechar al menos cierto interés en que no se sepa la realidad cotidiana. Incluso es posible que, más que el que «no sepan otros», esa especie de rechazo consista en no saber «nosotros mismos». Es decir, no enterarnos de lo que sucede. Algo así como si se tuviera conciencia de que es posible que estemos haciendo algo mal pero no quisiéramos destaparlo.

Sin embargo, la intención de toda intervención en este campo, para nada pretende poner en evidencia, sino mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Y para llegar a esa mejora es necesario conocer antes la realidad de lo que estamos haciendo. Por otra parte, estamos convencidos que cuando accedan a una intervención como la que ya se ha realizado en un centro, tanto las instituciones como los profesionales se alegran de que se les ilumine una realidad tan cotidiana como desapercibida en el cuidado de los mayores dependientes.

La realidad que hemos encontrado está marcada por el desconocimiento de este asunto como problema. Existe una falta de conciencia generalizada de que el uso de sujeciones puede ser excesivo, problemático, erróneo... Ni siquiera hemos encontrado conciencia de que las sujeciones puedan ser utilizadas de una forma más racional. Simplemente se utilizan, sin más. Abundando en algunos matices de esta perspectiva encontrada, diremos lo siguiente:

- El porcentaje de uso de estos instrumentos está muy por *encima de la media de otros países*.
- *Se usan como algo «normal»*: en general, los profesionales no parecen tener conciencia de que a veces se pueden estar usando indebidamente.
- Sin embargo *en raras ocasiones existen protocolos* que regulen la casuística en la que el uso de sujeciones está recomendado, del mismo modo que tampoco está determinado de quién o quienes depende la decisión de usarlos.
- Es una necesidad recogida y *orientada por la industria geriátrica*, principalmente, bajo los criterios comerciales: aunque inicialmente la fabricación de instrumentos homologados para las sujeciones físicas, supuso un avance sobre el uso de medios más rudimentarios que se venían utilizando, no deja de ser un factor de riesgo el hecho de que las empresas que comercializan estos artilugios tienen un fin último: vender más. Habrá que reconocer que su lícita finalidad tiene un alto riesgo de entrar en colisión con la humanización de los cuidados en el terreno que nos movemos, por lo que es posible que estén colaborando también en el uso excesivo de las sujeciones físicas.
- Muchas veces *se utilizan incorrectamente*: se ha constatado que con frecuencia se utilizan indebidamente para solucionar problemas que se pueden resolver con otros medios menos agresivos.

- Aunque los familiares cuidadores parece que utilizan menos estos instrumentos, también es cierto que muchos *se dejan llevar* por lo que en los centros especializados en material geriátrico les aconsejan para dar solución a los problemas de los cuidados. Por ello, parece que también necesitarían al menos ciertas orientaciones para mejorar su uso.

Intervención integral en un Centro

Tras el estudio de prevalencia realizado en los 20 centros de LARES, indicados anteriormente, se hace una intervención integral, tipo piloto o muestra, en uno de ellos. El centro elegido fue la Residencia San Juan de la Cruz, de Córdoba. La intervención se realiza en diciembre de 2004.

El objetivo de la intervención consistía en «formar en sujeciones» y, en concreto, «hacer un diagnóstico organizativo y metodológico (de desempeño) que permitiera asesorar al Centro y diseñar un programa de racionalización del uso de sujeciones, realizable y con posibilidades de éxito. Para ello, se realizaron las siguientes acciones:

- Breve charla de presentación del programa y adelanto de algunos detalles de la intervención a realizar.
- Entrevistas con: director, supervisores, personal técnico asistencial, personal de atención directa y otros profesionales que pudieran tener relación con el uso de las sujeciones.
- Revisión documental: para valorar la existencia de protocolos, historias clínicas de residentes, sistemas de información, registros de información relacionados con las caídas, tipos de sujeciones utilizados, causas para usarlas, personas de las que dependía la decisión de utilizar o no sujeción y qué tipo, valoración e intervención ante las caídas, alertas de los cuidadores, etc.
- Observación directa: consistente en realizar una visita guiada por todo el Centro, a distintas horas, para conocer visualmente informaciones de interés para la intervención. Del mismo modo una visita no guiada, por las instalaciones de la residencia.
- Formación: Dirigida a todo el personal de atención directa, por ser los que tienen un mayor porcentaje de influencia en el uso de las sujeciones. Se realizaron varias sesiones, a distintos horarios, para poder llegar a la mayor parte del personal, adaptándose a sus turnos de trabajo.

El tiempo dedicado a esta intervención duró dos días y medio.

Realizada la intervención, y pasados ocho meses, la opinión de los profesionales de esta residencia se sintetiza en los siguientes puntos:

- «Gracias a la información recibida todo el personal está cada vez más concienciada respecto al uso correcto de sujeciones».

- «Nos ha orientado para no tomar decisiones rápidas, fáciles y cómodas para el profesional, que pueden resultar perjudiciales para el mayor».
- «Hemos tomado conciencia de que la toma de decisiones corresponde a todo el equipo interdisciplinar, por ello desde entonces consensuamos cada actuación en este tema».
- «Cuando es posible, se acuerda también con el propio residente y se tiene en cuenta la opinión de la familia».
- «Ha significado para nosotros un despliegue de ideas para facilitar la gestión y el registro de todas estas medidas».
- Y sobre todo, les ha ayudado a sistematizar la observación de lo que sucede en torno a cada caída, para establecer un protocolo de intervención adecuado a sus circunstancias:

Desde octubre de 2004 se produjeron 189 caídas, según distintas causas:

<i>Registro de caídas desde octubre de 2004 a septiembre de 2005</i>		
Debidas a RESBALONES	Humedad en el suelo	20
	Escalón o rampa	4
	Uso de zapato	5
	Al intentar sentarse en una silla	2
	Pisar alimento, jabón o residuos	0
	Resbalarse en la silla	12
Debidas A TROPEZONES	Irregularidad en el asiento	10
	Enredar el pie en tela, plástico o cuerda	1
	Pie de otra persona	6
	Meter pie en hoyo	3
	Con bastón o andador	1
	Silla, cama, mesa, sillón	6
	Alfombra, tapete	0
	Irregularidad en terreno	1
Debidas a PERDIDA DE EQUILIBRIO	Empujón	2
	Mareo	24
	Disminución de fuerza en las piernas	17
	Alcohol	0
	Alteración de conducta	27
Debidas a OTRAS CAUSAS	Disfunción de la vejiga	25
	Hipoglucemia	1
	Fractura espontánea	4
	Ansiedad	10
	No conocidas	8

Gracias a esta minuciosa recogida de datos se ha llevado a cabo el «**protocolo de gestión y riesgo de caídas**», cuyos aspectos fundamentales son los siguientes:

- En primer lugar, se identifican de manera individual los factores de riesgo de caídas de cada residente y se elaboran pautas individuales de intervención para prevenirlas.
- Si se produce la caída, se procede valorando en primer lugar las lesiones físicas y problemas médicos agudos así como el tratamiento indicado para ello; en segundo lugar, se anota en el *Registro de caídas* todos los datos necesarios para su estudio y se elabora una *Historia Individual de Caídas* del residente en concreto, con el fin de identificar causas o factores comunes.
- Se valoran factores de riesgo de caída, movilidad del residente, diagnóstico diferencial de la caída y factores de riesgo identificados en cada caída.
- Se llevan a la práctica estrategias de intervención para disminuir el riesgo de caída.
- Se realiza el seguimiento para determinar si las intervenciones han tenido éxito.
- Se repite la evaluación si el residente continúa cayéndose, así como se repetirán las valoraciones de manera periódica.

De forma paralela a todo este proceso, y de forma cotidiana, el centro identifica zonas o factores ambientales de riesgo de caídas y los relaciona con otros factores individuales de riesgo como la edad, el grado de dependencia, el uso de fármacos, el uso mismo de las restricciones físicas y antecedentes de caídas repetitivas.

<i>Distribución de residentes por edades</i>		
<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
90-99	12	14
80-89	47	57
70-79	20	24
60-69	4	5

El 71% de los residentes tienen más de 80 años y el 43% superan los 85 años. En la tabla siguiente, vemos que en torno al 66% son independientes para la movilidad. Sin embargo son asistidos, es decir, necesitan cuidados para las actividades de la vida diaria el 72,3% de los residentes, lo cual es un factor de riesgo importante para las caídas.

- **divulgación** de esta necesidad, dar a conocer...
- **sensibilización** para el cambio de actitudes y
- **formación** a los profesionales.

Y los objetivos a conseguir se sintetizan en:

Objetivo General

Disminuir el uso de sujeciones en los cuidados a las personas mayores.

Objetivos específicos

- Sensibilizar sobre las consecuencias del uso de sujeciones en las personas mayores.
- Proponer procedimientos alternativos al uso de sujeciones, menos agresivos, pero más eficaces, respecto a los problemas que se pretenden solucionar con los distintos tipos de sujeciones.
- Formar en cada centro, al menos dos personas que se responsabilicen de formar a su vez al personal de su centro.
- Cuantificar dos veces al año el uso de sujeciones en cada centro y compararlo con datos promedios.
- Devolver a cada centro la información sobre los datos anteriores, para que vea su propia evolución.
- Realizar unas Jornadas Andaluzas destinadas a profesionales de la gerontología, para sensibilizar hacia la disminución en el uso de sujeciones.

Distribución de residencias de Lares, por provincias

	<i>Número de plazas</i>				<i>Total de usuarios</i>
	<i>0-25</i>	<i>26-50</i>	<i>51-100</i>	<i>+100</i>	
Almería	1	3	5	0	224
Cádiz	3	7	3	0	510
Córdoba	1	10	10	5	1.762
Granada	5	7	7	1	1.033
Huelva	5	6	7	0	761
Jaén	1	3	3	0	372
Málaga	1	3	5	0	494
Sevilla	9	18	6	0	1.253
Total usuar.					6.409
Total resid.	26	57	46	6	

El proyecto: «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer». El uso de medidas alternativas a las sujeciones

Isabel Iborra, Psicóloga Forense, Responsable del Departamento de Mayores del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia

Conferencia: Sujeciones físicas y maltrato de personas mayores.

Definición de sujeción

Me gustaría empezar delimitando qué son las sujeciones. Si buscamos la palabra sujeción en un diccionario encontraremos tres acepciones:

1. Fijación o sustentación de algo.
2. Lo que se usa para sujetar.
3. Contención, dominación o dependencia.

Tipos de sujeciones

Hay diversos métodos que se utilizan para «sujetar o contener» a las personas. Los principales son:

- Restricción física individual del movimiento.
- Restricción a la circulación libre dentro y fuera del edificio.
- Control químico sobre la conducta (uso de medicamentos).
- Supervisión y observación no consentidas.
- Control no consentido de la economía del mayor.

Definición de sujeción física

A lo largo de esta ponencia voy a centrarme específicamente en las **sujeciones físicas**, puesto que son las que se han investigado en el estudio que hoy exponemos.

La definición de sujeción física es la siguiente:

Cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que éste no pueda retirar fácilmente y que restringe la libertad de movimientos o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo (Neufeld, R., 1995).

Las restricciones físicas pueden agruparse en dos:

- **Dispositivos limitantes.** Como ejemplos encontramos las barras laterales en cama –completas o parciales, uni o bilaterales–, los chale-

cos, cinturones, correas, muñequeras, tobilleras, sábanas anudadas, entablillados para evitar la flexión de extremidades, sacos de contención, etc.

- **Procedimientos limitantes**, entendido como cualquier procedimiento que el cuidador utiliza con la intención de restringir el área de movimiento del mayor (no se usarían dispositivos específicos pero se adecuan los recursos habituales para conseguir ese objetivo. Algunos ejemplos son el uso de mobiliario inadecuado –cama demasiado baja o alta, sillones geriátricos cerrados, asientos demasiado bajos o altos, aproximación extrema de la silla a la mesa–, el alejamiento o eliminación intencionada de timbres de llamada, el bloqueo de la salida mediante sillas y el uso de cerrojos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son características –personales, familiares, escolares, sociales o culturales– cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado.

En la literatura se han identificado diversos factores de riesgo para ser sometido a sujeciones físicas. Los principales son los que aparecen en la diapositiva:

- Deterioro cognitivo.
- Deterioro funcional físico.
- Ser mujer.
- Edad avanzada.
- Conducta inapropiada.
- Riesgo de caídas.
- Uso de medicamentos tranquilizantes.
- Pobreza.
- Desarraigo familiar.
- Necesidad de cuidados médicos instrumentales.

Como veremos cuando se expongan los resultados del estudio de CE-OMA, efectivamente algunos de estos factores aumentan la probabilidad de que las personas mayores sufran restricciones físicas.

Las sujeciones físicas como maltrato

Las restricciones físicas usadas de una forma irracional se han de contemplar como parte del fenómeno del maltrato al mayor. Esta es una cuestión en la que concuerdan la gran mayoría de expertos. La pregunta ahora es: Cuando nos encontramos ante este problema, ¿de qué tipo de maltrato estamos hablando? En este asunto ya no hay un acuerdo tan manifiesto, de

modo que ciertos autores consideran que se trata de un maltrato físico, mientras que otros defienden que se trata de una negligencia.

En primer lugar decir que el Centro Reina Sofía entiende el maltrato de mayores como:

Cualquier acción no accidental que dañe o pueda dañar a una persona mayor; o, cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos.

El Centro Reina Sofía establece cinco tipos de maltrato de personas mayores: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, abuso económico y negligencia.

1. El **maltrato físico** es toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas en la persona mayor. Algunos ejemplos de este tipo de maltrato son: golpear, abofetear, quemar, empujar, zarandear, etc. Y las consecuencias más frecuentes son arañazos, heridas, contusiones, marcas, moraduras, fracturas, luxaciones, abrasiones, quemaduras y pérdida de cabello.
2. El **maltrato emocional** es toda acción, habitualmente de carácter verbal, o actitud que provoque o pueda provocar daño psicológico a la persona mayor. Algunos ejemplos son rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, imponer situaciones de aislamiento, ignorar y privar de sentimientos de amor, afecto y seguridad. Las principales consecuencias son depresión, ansiedad, desesperanza, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza.
3. El **abuso sexual** es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Algunos ejemplos son tocamientos o besos; introducción oral, anal o vaginal de objetos, dedos o pene; acoso sexual; y obligar a la persona a realizar actos sexuales al agresor o a ver material pornográfico. Entre las consecuencias en la víctima podemos encontrar traumas en genitales, pechos, boca y zona anal; enfermedades de transmisión sexual y marcas de mordiscos.
4. El **abuso económico** o financiero consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor. Incluye la apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero del anciano, la falsificación de su firma y la coacción para obligarle a firmar documentos (contratos o testamentos). Las principales consecuencias son incapacidad para pagar facturas, falta de servicios, desahucio y deterioro del nivel de vida.
5. Por último, la **negligencia** consiste en el abandono o dejadez de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor. Algunos ejemplos son proporcionar dosis inadecuadas de medicación (por exceso

o por defecto) o una medicación errónea y privar de las necesidades básicas, entendiendo por tales la alimentación, la higiene, una vestimenta adecuada al clima, y la asistencia sanitaria, entre otras. Consecuencias típicas de este tipo de maltrato son la malnutrición, la deshidratación, la mala higiene corporal, la hipo –hipertermia y las úlceras de decúbito.

Es obvio que las restricciones físicas se dan siempre en un entorno de cuidados, sea en la familia o en residencias –que es el caso que nos ocupa–. Y, después de ver las consecuencias tan nefastas que tienen creo que podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que se trata de una mala práctica en el cuidado de una persona mayor. Es por ello que en el Centro Reina Sofía, como muchos otros autores, consideramos que las restricciones deben entenderse como un tipo de negligencia. Si bien es cierto que las restricciones pueden provocar daño o lesiones físicas en la persona mayor –definición de maltrato físico–, esa es una consecuencia colateral de las mismas y no su objetivo mismo.

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS DE CEOMA

A continuación vamos a exponer el procedimiento y los resultados de la investigación que CEOMA ha llevado a cabo, bajo la dirección de Antonio Burgueño, sobre la prevalencia del uso de restricciones físicas en las residencias geriátricas españolas.

Metodología

Muestra

El procedimiento de selección de los centros fue por participación voluntaria en el Programa.

La muestra consistió en 4.429 residentes de 63 centros geriátricos, repartidos por la geografía nacional. Cinco de las residencias eran exclusivamente de pacientes con demencia.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario que recogía las principales variables que la literatura ha venido relacionando con el uso de las restricciones físicas. Este cuestionario se proporcionó a cada una de las residencias, donde se designó a una persona responsable de su cumplimentación –en la mayoría de las ocasiones, el director de la residencia–. El criterio fue la condición

del residente durante los 7 días anteriores. Cuando se tuvieron todos los censos, fueron procesados con el programa informático SPSS.

Instrumento

El cuestionario recoge la siguiente información:

- Número de residentes cuya fuente principal de pago sea pública o privada.
- Cuadro AVD¹: n.º de residentes dependientes/ independientes para desplazarse, y para usar el baño.
- Estado del vientre / vejiga: n.º de residentes que usan sonda, y que son incontinentes de vejiga o de vientre.
- Movilidad: n.º de residentes que permanecen en la cama o en una silla la mayor parte del día; que se mueven con independencia o con ayuda; y **n.º de residentes inmovilizados físicamente (D5)**, definido como aquellos residentes cuya libertad de movimiento y/o normal acceso a su cuerpo está restringido mediante un método manual o aparatos (ej. sábanas), material o equipo físico o mecánico que está sujeto o junto a su cuerpo y no puede ser quitado fácilmente por el residente. El criterio era que esa restricción se hubiera utilizado a diario durante los últimos 7 días –aunque se tratara de un corto periodo de tiempo al día–.
- Estado mental: n.º de residentes con depresión, con demencia, con problemas de conducta, o con otros trastornos.
- Integridad de la piel: n.º de residentes con úlcera por presión.
- Tratamientos especiales: n.º de residentes que reciben tratamientos especiales como terapia intravenosa, tratamiento respiratorio, alimentación por sonda, etc.
- Medicaciones: n.º de residentes que reciben drogas psicoactivas.
- Otras (barandillas, idioma distinto, etc.).

Resultados

El principal resultado de esta investigación es que **el 17,61% de los ancianos de la muestra estaban inmovilizados físicamente.**

Descripción de la muestra

- La fuente principal de pago es pública en el 50,58% de los casos, aunque el 86,07% de los ancianos se encuentran en residencias privadas.

¹ AVD: actividades de la vida diaria.

<i>Niveles de independencia</i>		
<i>Fecha de registro</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Noviembre, 2004	55	66
Enero, 2005	58	70
Marzo, 2005	52	63
Mayo, 2005	55	66
Agosto, 2005	54	65
Octubre, 2005	56	67

En cuanto al uso de fármacos:

- 23 residentes toman hipnóticos.
- 3 residentes toman también antipsicóticos.
- 2 residentes toman sólo antipsicóticos.

13 residentes sufren algún trastorno de conducta más o menos leve.
El uso de restricciones físicas se recoge en el siguiente cuadro:

<i>Uso de restricciones físicas</i>				
<i>Fecha</i>	<i>Cinturón en silla</i>	<i>Cinturón en cama</i>	<i>Cinturón en ambos</i>	<i>Barandilla</i>
Noviembre, 04	10	14	5	32
Febrero, 05	8	8	5	35
Abril, 05	8	8	5	34
Junio, 05	9	7	4	33
Septiembre, 05	9	7	5	33

Tras esta intervención integral en una residencia se han observado dos fenómenos tan curiosos como esperanzadores:

- Han disminuido el uso de sujeciones, especialmente en cuanto al uso de cinturones se refiere, en un 43% en el caso de cinturón de cama y un 20% en los cinturones de silla.
- Han disminuido el número de caídas, como se puede observar en el cuadro siguiente, aproximadamente a la mitad de los valores observados hace un año.

- El 40,18% de los residentes necesitan ayuda para las AVD o son dependientes absolutos para trasladarse. El 51,08% lo son para el uso del cuarto de baño.
- El 56,33% de los residentes son incontinentes de vejiga y el 37,87% de vientre.
- El 7,32% de los ancianos están en cama la mayor parte del tiempo y el 32,78% en silla; sólo el 28,92% se mueven con independencia; el 24,66% necesitan ayuda o aparatos de ayuda; y, como ya hemos adelantado, el 17,61% están inmovilizados físicamente.
- El 7,32% de los ancianos tienen depresión; el 39,30% sufren demencia; y el 14,19% presentan problemas de conducta.
- El 5,10% tienen úlceras por presión.
- El porcentaje de ancianos que reciben tratamientos especiales no supera, en ningún caso, el 6%².
- El 53,31% reciben drogas psicoactivas (antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, antipsicóticos).
- El 45,81% de los residentes utilizan barandillas en la cama.
- Por último, el 70,33% de los residentes son mujeres.

Relación del uso de restricciones físicas con otras variables

1. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros que tienen un mayor porcentaje de **mujeres** residentes.
 - En los centros en los que menos del 70% de los residentes son mujeres, están inmovilizados físicamente el 15,60%.
 - En los centros en los que menos del 80% de los residentes son mujeres, están inmovilizados físicamente el 24,78%.
2. El porcentaje de uso de restricciones físicas es significativamente mayor en los centros que tienen un mayor porcentaje de residentes con **demencias**.
 - En los centros en los que menos del 20% de los residentes sufren demencias, están inmovilizados físicamente el 9,85%.
 - En los centros en los que más del 80% de los residentes sufren demencias, están inmovilizados físicamente el 48,25%.
 - En las 5 residencias³ que alojan exclusivamente ancianos con demencias, el 61,13% de los residentes están inmovilizados físicamente.
3. El porcentaje de uso de restricciones físicas disminuye conforme aumenta la **antigüedad del centro**.
 - En los centros de hasta 5 años de antigüedad, están inmovilizados físicamente el 23,07% de los residentes.

² Terapia intravenosa, alimentación parental o transfusión de sangre (0,79%); tratamiento respiratorio (5,80); cuidados de ostomía (0,79%); alimentación por sonda (1,69%).

³ Estas residencias cuentan en total con 319 residentes.

<i>Registro de caídas</i>		
<i>Fecha de registro</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Noviembre, 2004	24	13
Diciembre, 2004	23	12
Enero, 2005	18	10
Febrero, 2005	16	8
Marzo, 2005	15	8
Abril, 2005	14	7
Mayo, 2005	15	8
Junio, 2005	12	6
Julio, 2005	15	8
Agosto, 2005	13	7
Septiembre, 2005	12	6
Octubre, 2005	12	6

Estos resultados nos hacen pensar que lo sucedido en esta residencia, puede realizarse en otras. Por ello tenemos ya elaborada una propuesta que, comenzando por el cien por cien de las residencias de LARES en Andalucía, llegue, con el tiempo, a afectar a la totalidad de centros de mayores de la Comunidad Autónoma.

4. Propuesta de intervención de futuro

Todo esto nos hace concluir, afirmando que:

- Se ha demostrado que los profesionales y responsables de los Centros tienen un desconocimiento generalizado de este problema.
- Se ha demostrado que la intervención realizada es eficaz porque transforma la actitud de los trabajadores hacia estas prácticas, haciéndose más autocríticos respecto al procedimiento actual y más flexible para el cambio.
- Los resultados han demostrado que la intervención mejora los resultados de calidad de vida y humanización de los cuidados.
- Desde los 20 centros que han participado en la primera fase del estudio, hasta los 126 asociados en LARES, quedan aún muchos centros de esta Asociación Andaluza de residencias del sector solidario que necesitan intervención.
- Incluso a nivel particular, los cuidadores informales necesitan también una información que les permita racionalizar el uso de las sujeciones.

Por tanto, las líneas de intervención que proponemos, se amparan sobre tres estrategias fundamentales:

- En los centros de más de 10 años de antigüedad, están inmovilizados físicamente el 15,45% de los residentes.
4. El porcentaje de uso de restricciones físicas disminuye conforme aumenta el **tamaño** (número de plazas) **del centro**.
 - En las residencias de hasta 60 plazas, están inmovilizados físicamente el 25,91% de los residentes.
 - En las residencias que tienen más de 120 plazas, están inmovilizados físicamente el 14,63% de los residentes.
 5. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros de **titularidad** pública.
 - En las residencias de titularidad privada, están inmovilizados físicamente el 16,05% de los residentes.
 - En las residencias de titularidad pública, están inmovilizados físicamente el 27,23% de los residentes.
 6. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros de **ámbito** urbano.
 - En las residencias ubicadas en el ámbito rural, están inmovilizados físicamente el 13,49% de los residentes.
 - En las residencias ubicadas en el ámbito urbano, están inmovilizados físicamente el 26,09% de los residentes.

La variable D5 (inmovilizados físicamente) mantiene una correlación aceptable con la variable E3 (demencia) (0,66), y con la I4 (barandillas en la cama) (0,55); y una correlación moderada con las variables C2 (incontinencia de vejiga) (0,40), F1 (úlceras por presión) (0,37), D2 (en silla gran parte del tiempo) (0,31), y E4 (comportamiento alterado) (0,31).

CONCLUSIÓN

Me gustaría acabar recordando que los estudios que se han realizado sobre los efectos que las restricciones físicas tienen en las víctimas han demostrado las demoledoras consecuencias que tiene su utilización rutinaria:

- Tanto en el plano físico –infecciones, lesiones en la piel, pérdida del tono muscular, aumento de la susceptibilidad a caídas, etc.–;
- como en el psicológico –sentimientos de rabia, ira y humillación, agresividad, aumento de la confusión, apatía, depresión, etc.–.

Por otra parte, la inmovilización es la antítesis de la atención residencial, cuyo objetivo es justamente mantener el mayor grado de autonomía e independencia posible en los residentes.

La utilización de las sujeciones físicas debe restringirse a situaciones críticas de riesgo grave inminente para el propio anciano o para terceros, y deben realizarse siempre bajo un control extremo.

Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo, Enfermera coordinadora de centros del Instituto Foral de Álava. «Experiencia de un Grupo de Referencia Institucional»

Buenas tardes, en primer lugar quiero agradecer a la organización de este congreso el que haya contado con el «grupo de referencia en sujeciones» del I.F.B.S. de Álava al que pertenezco, para compartir nuestra experiencia con todos ustedes.

El Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación de Álava es el responsable de la Atención Social en su territorio, con el fin de conocer su estructura presento el organigrama del mismo. Tal y como vemos, **El Instituto Foral de Bienestar Social** es *el organismo autónomo de este departamento, encargado de desarrollar y gestionar toda la actividad directa de los servicios que integran la red pública de atención.*

Dentro del instituto Foral existen diferentes áreas de intervención apoyadas por la secretaría de servicios sociales y dependientes todas ellas de la «dirección gerencia»: área de servicios generales, área de personas con discapacidad, área del menor y la familia, área de intervención social y el área de personas mayores, que es en la que se ha llevado a cabo el convenio de colaboración con el proyecto del «Programa desatar a la persona Mayor y al enfermo de Alzheimer» de la CEOMA.

El **Área de Personas Mayores** del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava está configurada por el Subdirector Técnico del que dependen la coordinadora Social, la Coordinadora de enfermería, la comisión técnica de valoración y las direcciones de las residencias.

Esta área cuenta con los siguientes recursos:

- Residencias: 8 residencias de gestión directa (asistidas y psicogerítricas) de las cuales 3 son urbanas y 5 rurales.
- 1 residencia de gestión concertada.
- Centros de día: 5 Centros de día de gestión directa y 3 concertados
- Vivienda comunitaria: 5 de gestión concertada.
- Programas: Vacaciones, Termalismo social, Convenios plazas en residencias, Estancias temporales, Atención diurna en residencia, etc.

En relación al tema que nos ocupa son las Residencias y los centros de día de gestión directa los que han participado en el programa.

El área de personas mayores, siempre ha estado implicada, en una línea de trabajo que garantice el buen trato a las personas usuarias de sus establecimientos, con este propósito publicó en el año 1996 el Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas.

En él mismo, queda reflejada la filosofía del área ante las técnicas de sujeción de forma clara y relacionándola con el derecho a la autonomía de la persona mayor.

«Como principio general deberá procurarse que los residentes desarrollen al máximo su autonomía, aceptando los riesgos y demorando, en la medida de lo posible, el recurso s medidas restrictivas».

Esta sensibilización facilitó la realización de un trabajo de investigación titulado «Restricciones de movilidad física en residencias de personas mayores: actitudes del personal asistencial y directivo hacia su uso» publicado en la Revista Gerokomos en el año 2002, asimismo, posibilitó la participación de las enfermeras del Instituto Foral en el proyecto de trabajo de la SEEGG durante el transcurso del 2.003, sobre la prevalencia de sujeciones en España, cuyos datos fueron publicados en la revista Gerokomos diciembre del 2004.

Tras este trabajo, la CEOMA realiza un primer contacto en Marzo del 2004 con el Instituto, proponiendo la colaboración en el programa «Desatar a la persona mayor y al enfermo de Alzheimer».

En abril del 2004 el Coordinador del programa mantiene una reunión con el Director técnico del Área de personas mayores y con la jefa de la Secretaría de Servicios Sociales en Vitoria, en la que presenta el programa y la propuesta de la firma de un convenio para la participación en el mismo.

Se determina que la persona referente para la CEOMA en la institución sea la Coordinadora de enfermería y se le emplaza para la reunión del Grupo Nacional que se celebró el 18 de mayo del 2004 en Madrid.

Tras la misma y según los acuerdos adoptados, en el mes de Octubre se envía la información solicitada por el Coordinador del programa sobre los centros que conforman el área de personas mayores del Instituto Foral, para determinar cual sería el centro elegido en el que realizar la intervención integral.

Durante el mes de Noviembre se realiza una ronda de reuniones de carácter informativo comenzando con las direcciones de las residencias, el grupo de coordinación integrado por supervisoras de Residencias, responsables de centro de día y directoras de residencias rurales de formación enfermera; se continúa informando a los médicos/ médicas de la institución y finalmente a todos los profesionales de atención directa (enfermeras/enfermeros y auxiliares de enfermería) mediante reuniones con los equipos de trabajo en los distintos módulos de cada una de las residencias.

En dichas reuniones se informó sobre:

- el objetivo del programa,
- la implicación que tenía para los profesionales,
- la duración el mismo,
- la formación mediante una intervención integral en una de las residencias,
- la necesidad de formar un grupo de referencia dentro de la institución con el fin de trabajar más directamente este tema y dar soporte al resto de profesionales, comunicando que la pertenencia al mismo tendría un carácter voluntario y que conllevaba un compromiso de participación como enlace con el centro, siendo así mismo, promotor de los acuerdos adoptados dentro del grupo.

El día 2 de diciembre se firma el convenio de colaboración entre la CE-OMA Y el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava.

Tras la firma del mismo y ante la solicitud del Coordinador del Programa Desatar, se llevaron a cabo las siguientes acciones antes de finalizar el año:

- Recogida de datos para la confección del censo de residentes de cada centro, mediante el cuestionario RUG-III.
- Cumplimentación de las encuestas PRUQ de percepción de los profesionales sobre las sujeciones, así como de los cuestionarios sobre opinión de uso de sujeciones por parte de las direcciones.

Tras su valoración por el Coordinador del programa desatar se eligió un centro de intervención integral y se formó al grupo de referencia.

La formación integral en el centro elegido se realizó en el mes de Enero en tres sesiones de 3 horas de duración cada una, acudiendo un total de 64 profesionales, lo que supone el 82% de la plantilla de atención directa.

Grupo de referencia

El grupo de referencia se formó en enero del 2005 con profesionales **voluntarios** de todos los centros de la institución, estando representadas todas las áreas de atención incluidos los centros de día, así como todos los profesionales, resultando un total de 22 personas en el que formaron parte:

- 1 médica geriatra.
- 4 directoras de residencia de formación enfermera.
- 1 supervisora de enfermería.
- 8 enfermeras.
- 4 auxiliares de enfermería.
- 2 enfermeras responsables de Centros de día.
- 1 Coordinadora Social de formación trabajadora social.
- 1 Coordinadora de enfermería de formación enfermera.

Se acordó con la Institución que el tiempo dedicado al trabajo en el grupo de referencia así como en los grupos de trabajo que de él se derivasen sería contabilizado como tiempo de trabajo.

Actividades del grupo de referencia

Este grupo recibió la formación por parte del coordinador del programa Dr. Burgueño a primeros del mes de Febrero y, tras la misma al finalizarla, en este mismo mes, se celebró la primera reunión de trabajo en la que se revisaron los criterios de pertenencia, siendo asumidos por todos los miembros del grupo y a su vez se

- Se definieron los siguientes objetivos:
 - Sensibilizar en cada centro sobre la problemática de las sujeciones
 - Difundir en cada centro las líneas propuestas por el programa De-satar.
 - Conocer la prevalencia de sujeciones de nuestros centros.
 - Colaborar en el estudio de medidas alternativas a utilizar para evitar la sujeción.
 - Elaborar guías de actuación relacionadas con la sujeción.
- Se procedió al análisis de los datos derivados del censo de los centros acordando, que los que más llamaban la atención, eran los referentes a la utilización de barras laterales y el uso de fármacos psicotrópicos, por lo que se decidió el abordaje en estas dos líneas:
 1. Barras laterales:
 - En primer lugar, con relación a la utilización de barras laterales se acordó realizar una contabilidad doble, es decir, por un lado los datos brutos, número de personas que utilizan barras, que se solicitan para el censo de residentes y, por otro, una relación diferenciada entre las personas que utilizan barras por voluntad propia y aquellas que lo hacen por criterio profesional.
 - Por otra parte y también con relación a las barras se decidió valorar al ingreso de la persona mayor en los centros del Instituto Foral la necesidad de utilizar barras e indicar en el plan de cuidados su colocación o no.
 - Por último, se decidió hacer una revisión a todas las personas que utilizan barras laterales por si son susceptibles de dejar de usarlas.
 2. Medicación psicotrópica:
 - Se acuerda llevar a cabo una revisión del plan farmacológico al realizar la valoración periódica de la persona, prestando especial interés a aquellos fármacos que han sido pautados desde servicios externos sin fecha de revisión.
- Se decide la formación de dos grupos de trabajo, uno para la elaboración de la guía de actuación ante las caídas y, el otro, para la elaboración de la guía de actuación en el uso adecuado de sujeciones físicas.
- Se plantea que, los diferentes profesionales del grupo lleven a cabo una función de apoyo a las intervenciones que se vayan a realizar en los distintos centros, en la línea, de sensibilización hacia este problema y, en el futuro programa que se pueda desarrollar una vez estudiado y acordado, en la Residencia en la que se ha realizado la intervención integral.
- Se propuso la posibilidad de incluir a otros profesionales como psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional para dar al mismo un carácter más interdisciplinar y poder contar con más perspectivas a la hora de abordar determinados problemas.

AVANCES DEL GRUPO

En el mes de junio tras proponer a los diferentes colectivos su participación en el grupo de referencia se adscribieron al mismo, una fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y una enfermera más, con lo que el grupo quedó constituido por 25 profesionales del área.

En la siguiente reunión del grupo de referencia celebrada en julio:

- Se informa sobre la actividad llevada a cabo por los dos grupos de trabajo constituidos, esperando publicar la guía de actuación en caídas durante el transcurso de este año, y la de sujeciones en el próximo año.
- Se acuerda formar un tercer grupo de trabajo, con la misión por un lado, de valorar las ayudas técnicas con las que contamos en nuestros centros y pueden ayudar a eliminar sujeciones y, por otro, con la de analizar las nuevas ayudas técnicas que existen en el mercado por si son susceptibles de adquisición en la Institución.
- Se revisa el cumplimiento sobre los acuerdos adoptados:
 - Se ha realizado la aportación de los censos de cada centro, elaborados cumplimentando el RUG-III cada cuatro meses según el compromiso adquirido con la CEOMA para dos años.
 - Con respecto al estudio de la utilización de las barras laterales por voluntad propia, han quedado registrados tan sólo en un 27,27% de los nuevos censos realizados en Abril y Agosto, por lo que se acuerda, insistir en cada centro de la importancia de este dato para conocer la prevalencia real de sujeciones por indicación profesional.
 - Con respecto a las revisiones de tratamiento farmacológico, se valora que, con el sistema informático que utilizamos en la actualidad, es más fácil controlar y revisar los casos de tratamientos externos que pudieran quedar sin revisión.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL GRUPO DE REFERENCIA

Ventajas

Para hablar de las *ventajas* de este modelo de grupo de referencia que hemos impulsado en nuestra institución hay que hacer referencia a las siguientes características:

Tal y como se ha explicado, el grupo de referencia de nuestra institución, es un grupo **multidisciplinar**, lo que por sí mismo supone una gran ventaja en el abordaje del tema de las sujeciones, ya que como describe la literatura al respecto, este es un tema que ha de ser abordado desde diferentes perspectivas profesionales. Esta característica de la que les hablo, hace que el grupo amplíe sus conocimientos y aporte más recursos hacia el planteamiento de alternativas.

Por otra parte, provoca que en el trabajo desarrollado en cada centro haya un objetivo común para todos los profesionales «el uso racional de las sujeciones».

Diferentes realidades. El ser un grupo en el que están representados profesionales que ejercen su labor en diferentes recursos: centros de día, residencias; en diferentes ámbitos: rurales, urbanas y a personas con diferentes necesidades: asistidas, psicogeriatricas; que aporta al tema una visión más amplia con respecto a la práctica del uso de la sujeción.

Representación por centro. El planteamiento inicial adoptado de que al menos hubiera una/dos personas por centro de trabajo en el grupo, evita en gran medida la sensación de trabajo en soledad y de incompreensión.

Por otra parte, el criterio de *voluntariedad* implica la participación en el trabajo de profesionales con gran interés y sensibilidad por el tema, garantizando al mismo tiempo, la voluntad para participar en el mayor número de convocatorias.

Implicación de la institución

El hecho de que exista un convenio firmado por la institución pone de manifiesto el alto grado de interés y preocupación por el tema y abre la posibilidad de plantear propuestas de mejora.

La implicación en el proyecto de la subdirección técnica, las direcciones y supervisoras está facilitando la posibilidad de trabajo del grupo de referencia y además puede suponer una gran ventaja en el desarrollo de nuevas estrategias en la organización del cuidado.

La participación en el grupo de la coordinadora de enfermería, tiene un aspecto muy positivo, ya que en su papel de unificar líneas de trabajo enfermero en todos los centros puede incidir en todos los aspectos de cuidados que potencien la utilización de medidas alternativas frente a las sujeciones.

Así mismo, la participación de la Coordinadora Social es de gran importancia para fomentar la intervención desde su área de trabajo en esta línea.

Inconvenientes

Sin embargo, este modelo de grupo también presenta inconvenientes y, en muchos casos, cada uno de los factores que han sido valorados como ventajas se pueden convertir en un inconveniente. Así pues, el que el grupo sea **multidisciplinar** puede hacer que *la toma de acuerdos sea más lenta y conlleve mayor desgaste de energía.*

Diferentes realidades

Que el grupo esté constituido por profesionales de todos los centros dificulta la asistencia de alguno de los miembros a las convocatorias de trabajo, en muchos casos, por motivos de turnicidad ó dispersión geográfica. También se ha de reseñar que representa una dificultad en la toma de acuerdos por la pluralidad de las diferentes realidades.

Representación por Centro

El hecho de que la representación por centro sea de una ó dos personas, supone una dificultad para la realización de actividades que impliquen recogidas de datos.

Hasta aquí, les he presentado, de la forma más descriptiva posible, cómo se ha desarrollado el proceso de participación y colaboración en este programa y cual ha sido la forma de trabajo del grupo de referencia en este por un lado corto camino en el tiempo (tan sólo 9 meses) y por otro tan denso. A día de hoy, les puedo afirmar que ha representado:

- A nivel Institucional, una apuesta por la calidad y mejora continua de los cuidados a las personas mayores de la provincia de Álava.
- Respecto al grupo de referencia, una experiencia de trabajo conjunto que ha supuesto un encuentro entre diferentes profesionales siempre enriquecedor para cada uno de ellos. Un reto desde el punto de vista de investigación dentro de nuestros centros y desde elaborar guías de actuación que ayuden a desarrollar este programa.
- En el ámbito de la profesión de enfermería, desde mi punto de vista como Coordinadora de todas las enfermeras y enfermeros del Instituto, ha supuesto una reflexión profunda sobre la utilización de las restricciones físicas, que quizá en algunos momentos de la historia se han utilizado desde la rutina. También ha supuesto una toma de conciencia sobre el tema y desde ésta confío en que seamos capaces entre todos de desarrollar alternativas.

En definitiva: el aprendizaje, la reflexión y los retos son las características que ha marcado el recorrido de este grupo de trabajo, en la confianza de que todo ello sirva para un uso racional de la restricción física en nuestros centros.

Muchas gracias por su atención y hasta pronto.

Mesa Redonda: «La imagen del Mayor en los medios de comunicación»

- Ponentes: **Ramón Sánchez Ocaña**, Periodista especialista en Salud.
Consuelo Álvarez de Toledo, Periodista.
Germán Yanke, Periodista.
Alfredo Urdac, Periodista.
Concha Cuetos, Actriz.
- Presidenta de Mesa: **Carmen de Alvear**, Secretaria General de COPEMA.
- Moderador: **Javier García Pérez**, Director General de Edad Dorada – Mensajeros de la Paz.

LOS MEDIOS DISCRIMINAN A SU PRINCIPAL AUDIENCIA: LAS PERSONAS MAYORES

A media mañana del 25 de octubre, en el hall del Palacio de Congresos de Madrid, —donde se celebraba el **VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores**—, se produjo un revuelo de gente alrededor de los protagonistas de la Mesa Redonda «**La imagen de los Mayores en los Medios de Comunicación**». Cinco caras muy conocidas por todos, que forman parte de nuestras vidas porque están muy presentes en nuestros hogares a través de la pantalla del televisor y del aparato de radio: **Concha Cuetos, Consuelo Álvarez de Toledo, Ramón Sánchez-Ocaña, Germán Yanke y Alfredo Urdaci**. Grandes nombres de nuestro periodismo junto a una actriz de primera fila que logró conquistar el cariño de las familias españolas como ninguna otra interpretando al ama de casa, trabajadora, dentro y fuera del hogar, con mil problemas personales y profesionales que afrontaba cada día desde su *Farmacia de Guardia*, siempre con humor y simpatía.

Los congresistas y los visitantes de la **II Feria «Mayores en Acción»** que se celebraba de forma paralela al Congreso, se arremolinaron en torno a nuestros «protagonistas mediáticos», con quienes intercambiaron palabras cariñosas e incluso posaron junto a ellos para inmortalizar el momento con sus cámaras instantáneas y sus teléfonos móviles de última generación.

Las reiteradas llamadas por megafonía, anunciando el comienzo de la mesa redonda, obligó a nuestros ilustres invitados a abandonar temporalmente a los admiradores para entrar en el Auditorio principal del Palacio y tomar asiento junto a la presidenta de mesa, **Carmen de Alvear**, de COPEMA y el moderador, **Javier García Pérez**, de Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, que esperaban impacientes el momento de abordar un tema de tanta trascendencia para el público general y para todas las asociaciones que trabajamos por la defensa de los derechos de las personas mayores.

Ramón Sánchez-Ocaña, periodista especializado en temas de salud, fue el encargado de romper el hielo y comenzar un verdadero ejercicio de

autocrítica que siguieron posteriormente sus compañeros de mesa. **«La vejez casi siempre se presenta en los medios como algo negativo. Se habla de los mayores cuando son protagonistas de noticias negativas»**, apuntó. Sánchez-Ocaña expuso las principales diferencias que existen entre los distintos medios de comunicación a la hora de trasladar la información. Diferencias que son al mismo tiempo barreras a la hora de comunicar y de informar sobre los mayores. «La televisión es superficialidad hecha imagen, un medio que no permite profundizar; La radio es el mensaje corto y reiterativo, y la prensa hay que leerla, hay que comprarla y es el único medio que permite un mayor análisis de la información». Además, según Sánchez-Ocaña, los medios raramente hacen caso de las preferencias de la audiencia y ofreció un dato revelador: **La política es un tema que ocupa el puesto n.º 11 en las preferencias de la gente y, sin embargo, es el que más espacio y tiempo ocupa en los llamados medios de comunicación social.**

Consuelo Álvarez de Toledo, periodista con una amplia carrera profesional en los principales medios de comunicación españoles y autora del libro *«Vida de mi Vida: Confidencias de jóvenes abuelos»*, mostró su indignación al afirmar que la prensa escrita ignora a los mayores. **«La prensa escrita diaria ha decidido que los mayores no existimos porque los temas de los mayores no son de interés cuando lo que se está fomentando es la eterna juventud, la competitividad, etc.»**. Álvarez de Toledo fue más allá en su crítica a la prensa escrita a la que acusa de no mostrar la realidad de la gente porque «como la imagen que se da de los mayores no engarza con el tema de la eterna juventud, en la prensa escrita han decidido no hablar de las personas mayores». Tampoco las revistas aprueban el examen a la hora de analizar su contenido sobre mayores, que Consuelo Álvarez de Toledo calificaría de Muy Deficiente. **«En las revistas, no aparece nadie con menos de 25 años e imagen exuberante. Condicionadas por la venta, muestran una sociedad ficticia, se cultiva la cultura de la riqueza sin el mérito de la experiencia, la perseverancia, la tenacidad»**, concluyó.

Antes de la gran ovación que le brindó el numeroso público congregado en el Auditorio, Álvarez de Toledo lanzó una petición a la sociedad y muy en particular a los medios de comunicación: **«Reclamo mi derecho a envejecer, a tener arrugas y a ser como soy. En mis entrevistas, a Luis del Olmo, a M.^a Teresa Campos, etc. veo que todos están contentos con su edad, con su vida y su experiencia, pero luego nadie se atreve a comunicarlo a través de los medios»**.

El público se iba animando, en el Auditorio principal del Palacio se estaban diciendo realidades como catedrales, con el valor añadido de que quien realizaba la crítica y reivindicaba una mayor y mejor representación de los mayores en los medios eran los propios informadores. Tomó la palabra **Germán Yanke**, periodista de larga trayectoria en prensa escrita, que ha aterrizado recientemente en el medio de comunicación masivo por excelencia: la televisión. Desde su posición privilegiada como observador in-

terno del mundo de la televisión, Yanke describió cómo los medios de comunicación responden a la sociedad en la que están. Y en nuestro caso, –afirmó–, **«se trata de una sociedad que no valora la experiencia de la gente mayor y tiene una rara pasión por la juventud que se hace visible en cualquier sector de la vida y específicamente en la televisión por su frivolidad»**. Puso como excepción que confirma la regla, el caso del informativo que el dirige y presenta en TeleMadrid, Diario de la Noche, donde los analistas del programa tienen entre 50 y 73 años. **«Continuamente me están diciendo que rejuvenezca la nómina de los analistas, por esa obsesión que hay, especialmente en la tele, por la juventud»**. Además, explicó, «está la batalla por que toda la información debe ser digerida, pero nada puede durar más de un minuto y veinte segundos». En informativos, –apostilló–, **«la información que dura más de un minuto veinte, es un documental y una declaración del protagonista de la noticia o «total», que dure más de 20 segundos, no es una declaración, sino una conferencia»**. **«Eso sí, –añadió–, en los programas de temas frívolos a los personajes como la Duquesa de Alba o *el Miró*, se les da todo el tiempo que haga falta»**.

Los congresistas asentían desde sus butacas, la mesa había tomado ya la primera curva para formar ese círculo de opiniones sólidas vertebradas entorno a un tema de gran actualidad y enorme trascendencia para todos los presentes, principales consumidores de unos medios de comunicación que cuando no ignoran a las personas mayores, pisotean su imagen o la distorsionan para ofrecer una versión grotesca de sus vidas que en absoluto se corresponde con la realidad.

En medio de una gran expectación, Carmen de Alvear dio la palabra al que fuera Director de Informativos de TVE y presentador del Telediario de la Noche en la cadena pública, Alfredo Urdaci. **«Me han llamado la atención dos datos que reflejan que los mayores están infrarrepresentados en la televisión: en primer lugar que hay en España un 17% de la población que tiene más de 65 años y, en segundo, que es precisamente este grupo de edad, el que más consume televisión, con una media de 5 horas al día, según datos de Sofres»**. Una hipótesis que barajó Urdaci, es que si se midiera la aportación de los mayores a nuestra sociedad, nos encontraríamos con que representan un porcentaje muy importante del PIB nacional. **«Pero en las redacciones no se es consciente de los valores que aportan las personas mayores. En televisión se prima la juventud, incluso al pedir la opinión de la calle, se elige gente con buena imagen y se margina a la gente mayor»**. El problema,– según Alfredo Urdaci–, viene también por la propia discriminación que sufren las personas de cierta edad en los medios. **«No se ha sabido aprovechar la experiencia de los mayores para las nuevas generaciones»**, apuntó. Aunque manifestó no ser partidario de montar un informativo específico para gente mayor, Urdaci abogó por **«la presencia en las redacciones de gente con experiencia que rompan la dictadura de los jóvenes en la pantalla»**. Y citó entre otros ejemplos, el caso del presentador **Larry King**,

en Estados Unidos, **«un país que en el ámbito del periodismo, valora la experiencia, las tablas y las arrugas»**. Finalizó Urdaci con una petición en voz alta para que los mayores reivindicquen su cuota de presencia en los medios, para que sean los protagonistas de sus propias noticias.

Tomó el relevo en el micrófono, nuestra querida actriz **Concha Cuetos**, que, –aunque afirmó ser la menos preparada de la mesa para los discursos–, nos brindó una alocución clara, directa y llena de sentido común. **«Vivimos en un momento de culto a lo light, a lo superficial, y los mayores somos todo menos light»**. Explicó cómo en el mundo de la interpretación en el que ella se mueve, uno no existe a partir de los cincuenta años, «a menos que esté operada y guapísima». Si antiguamente se tenía respeto a la veteranía, ahora ya no, porque lo principal es la imagen. **«Ahora los mayores no son protagonistas de la acción, sino que aparecen como personajes cómicos, pasivos a los que muchas veces se coloca en situaciones límite»**. Concha Cuetos defendió su derecho a ser mayor y seguir ejerciendo su profesión y el derecho de las personas mayores a verse representados con fidelidad en la pequeña y gran pantalla con un argumento de peso: **«En el cine te dicen que es que el espectador de cine es joven, pero claro, muchas de las películas que se estrenan en nuestro país están financiadas por las cadenas de televisión, y los espectadores de televisión son principalmente gente mayor»**. Cuetos vino a decir que se trata de un pez que se muerde la cola porque **«los grande ejecutivos de televisión, jefes de programación, jefes de casting, etc. tienen menos de cuarenta años...me pregunto si es que esta gente no tiene familia... ¿No tienen mayores en su entorno?»**. Añadió Concha Cuetos la falta de interés de las tramas de las series televisivas, la construcción de personajes poco profundos porque se evita «la mochila de la experiencia». **«Además, –dijo–, se nos trata como a inválidos físicos y mentales, cosa que en el caso de los actores es justamente lo contrario porque somos personas especialmente activas»**. La realidad de los medios de comunicación que marginan a sus mayores es propia de nuestro país, sin embargo, en otros países esta realidad está empezando a cambiar, como explicó la actriz con algunos ejemplos de películas extranjeras donde la madurez de la vida se presenta como una etapa interesante, donde los protagonistas son mayores y están cargados de vida, de experiencia y de valores que transmiten a un público de todas las edades. Mencionó Concha Cuetos algunos ejemplos cinematográficos: ***Sol de Otoño, Los Puentes de Madison, Sol de China...*** Y concluyó su brillante exposición con el deseo de que esa corriente de madurez en el cine venga hacia España para enriquecer nuestro cine, nuestras series de televisión, en definitiva, nuestra sociedad.

La presidenta de la mesa, **Carmen de Alvear**, retomó la palabra tras la calurosa ovación que publicó brindó a la actriz española y recordó, en un intento por poner una nota positiva ante el enorme ejercicio de autocrítica que había hecho los invitados, ejemplos como el del escritor **José Luis Sampedro**, muy reconocido por el público lector, que nos reconcilian un

poco con la sociedad en la que vivimos. Por su parte, el moderador de la mesa, **Javier García Pérez**, esbozó algunas de las principales conclusiones extraídas del debate que, sobre este mismo tema, se celebró el pasado verano en la UIMP: **La necesidad de que los medios muestren el envejecimiento como una etapa más de la vida con serenidad, respeto e independencia; la eliminación del estereotipo de persona mayor de 60 años, que tanto emplean los medios de comunicación; la inclusión de las personas mayores en los contenidos informativos y de entretenimiento en un plano de igualdad con el resto de los grupos sociales y sin discriminarlos; y la incorporación de estas medidas a los medios de Internet**, que empieza a tener cada vez más público entre las personas mayores y que supone muchas veces una ventana al mundo, un cordón umbilical que permite a muchos mayores seguir conectados a la sociedad y participar en ella de forma activa.

A modo de conclusión, intervinieron brevemente **Consuelo Álvarez de Toledo**, quien reivindicó un tratamiento integral de los mayores en los medios de comunicación, sin «apartijos» y animó al movimiento asociativo de personas mayores a defender, denunciar, hacerse sentir y exigir este reconocimiento en los medios; **Alfredo Urdaci**, que abogó por eliminar la imagen de «incapacidad» de los mayores que transmiten los medios y, por último **Germán Yanke**, que manifestó que es responsabilidad de todos ayudar a aumentar la presencia de los mayores en los medios y que las personas mayores puedan aportar su valiosa experiencia a nuestra sociedad.

**OTRAS INTERVENCIONES
DURANTE EL CONGRESO**

Intervención de la *Excm. Sra. D.^a Amparo Valcarce García*, Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, en el acto de inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

Alteza Real,

Distinguidas Personalidades,

Señoras y Señores.

Este VII Congreso que promueve la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, va a ser un trascendente foro de debate sobre «La discriminación por razón de edad». Esta cuestión merece atención porque en una sociedad democrática no puede haber ninguna discriminación.

La Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, de Naciones Unidas, nos comprometió a reconocer la experiencia y las capacidades de nuestros mayores y la solidaridad entre generaciones.

En nombre de esta solidaridad debemos garantizar a los mayores el pleno ejercicio de sus derechos.

- Debemos garantizarles respeto y dignidad.
- Debemos garantizarles autonomía personal: Que significa poder elegir, poder tomar sus propias decisiones.
- Nuestros mayores tienen derecho a desarrollar todo su potencial personal. Para ello, deben tener acceso a los recursos educativos, culturales y recreativos.
- Las personas mayores tienen derecho a participar en la vida económica, política y social, a permanecer plenamente integrados en la sociedad.

– Y tienen también derecho a los cuidados asistenciales. En virtud de este derecho, deben poder contar con los recursos y servicios que precisen.

Todos los esfuerzos que en esta línea se hagan desde los poderes públicos, desde instancias de los propios interesados y su movimiento asociativo, tienen su colofón lógico en la eliminación de la discriminación y el maltrato a las personas mayores.

El **informe «Las personas mayores en España»**, llevado a cabo por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, nos proporcionó una amplia información sobre la situación de las personas mayores, que representan, no lo olvidemos, el 17% de la población de nuestro país.

Quiere destacar algunos datos de este Informe. Hoy se vive más porque se vive mejor. Y es alentador que un gran porcentaje de las personas mayores de 65 años se sientan satisfechos con su situación y, en especial, con la relación con sus familiares, con su vivienda y con su salud. Según esta encuesta, la mayoría se siente complacido «con la vida en general».

Más de la mitad de los abuelos cuidan o han cuidado de los nietos, ayudando a los hijos en su vida laboral y dando un apoyo afectivo impagable a los niños.

Pero no podemos olvidar que en España el 22 por ciento de los ancianos viven solos. Y que solamente uno de cada diez dispone del apoyo de algún servicio social.

Esta circunstancia determina la prioridad de las políticas sociales del Gobierno de España: de un lado, la próxima Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia, para garantizar el apoyo integral que precisan las personas que no pueden valerse por sí mismas y sus familias y que completará el cuarto pilar del Estado de Bienestar en nuestro país.

También por esta razón, los Presupuestos Generales del Estado para 2006, incrementarán en un 15,5% los recursos para la atención social. El Gobierno duplica la partida destinada a proyectos piloto de atención a personas dependientes, que asciende a 100 millones de euros, y además dota el crédito para el servicio de teleasistencia con 25 millones de euros.

Hay otra vertiente del compromiso con las políticas de mayores: El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales impulsa nuevos Centros Estatales de Referencia: Salamanca acogerá el Centro Estatal de Referencia para atención Sociosanitaria a personas con Alzheimer; el Centro Estatal de Referencia para personas con enfermedad de Parkinson se ubicará en Murcia; la Ciudad del Mayor va a situarse en León... y así hasta nueve Centros, de nueva construcción, que constituirán un excelente recurso para la promoción y desarrollo de programas y servicios en el marco de la atención a las personas mayores en situación de dependencia.

El otro gran eje de actuación del Gobierno de España es el Fomento del Envejecimiento activo.

Las bases de la política de envejecimiento activo son:

- Garantizar la seguridad económica de los mayores, mejorando las pensiones.
- Impulsar medidas de promoción de la salud.
- Promover un enfoque positivo del envejecimiento, como fase de la vida llena de posibilidades de realización personal.
- y desarrollar programas especiales para las personas mayores que viven solas.

En nuestro programa de envejecimiento activo tenemos en cuenta la disposición que las personas mayores están demostrando, hacia las actividades de ocio y cultura a través de los viajes programados por el IMSERSO.

Nos hemos trazado la meta de alcanzar el próximo año el número de 1.003.000 beneficiarios, lo que supone un incremento del crédito del 33,8%. El programa de Vacaciones y Termalismo incorpora nuevos destinos y nuevos balnearios. Además de circuitos culturales, de naturaleza o estancias de larga duración, por ejemplo. Y se ha extendido la oportunidad de disfrutarlos a españoles residentes en Europa, América, África y Oceanía.

Tenemos un deber de responsabilidad para con nuestros mayores y estamos decididos a que alcancen los niveles de bienestar e integración en la sociedad que por derecho les corresponde.

Y la mejor garantía de defensa de sus intereses radica en ellos mismos, en sus demandas y reivindicaciones; por ello, el pasado 30 de septiembre se constituyó el nuevo Consejo Estatal de las Personas Mayores, con el fin de que la colaboración y participación de las personas mayores en las políticas que les afectan se intensifique.

Necesitamos de la experiencia de nuestros mayores, porque somos conscientes de que una sociedad que no aprovecha el potencial que le proporcionan sus mayores no puede alcanzar su plenitud.

Quiero felicitar a D. Federico Mayor Zaragoza, quien recibe hoy el «Premio Mayores en Acción», como reconocimiento a su continuada labor a favor de la cultura, como nexo de unión entre civilizaciones.

Creo que todos debemos felicitarnos porque D. Federico Mayor Zaragoza, ha decidido prolongar su vida activa, particularmente activa en su caso, pues a su dilatada y brillante trayectoria profesional política como catedrático de Bioquímica, diputado, ministro, Director General de la UNESCO, una su condición de humanista. Su experiencia, acumulada a lo largo de una vida dedicada a la ciencia, a la educación, a los derechos humanos, a la cultura ética y cívica lo ha puesto al servicio de la sociedad.

Alteza Real,
Señoras y Señores muchas gracias.

Intervención de *Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira*, Presidente de CEOMA, en el acto de inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

Alteza Real, ***Doña Cristina de Borbón***,

Señoras y señores,

Queridas amigas, queridos amigos,

Agradezco a CEOMA, y al equipo responsable de la organización de su séptimo congreso, el honor de invitarme a participar en este acto de inauguración, y de ofrecerme la oportunidad de dirigirme a todos ustedes para darles la bienvenida a este VII Congreso Nacional, y hacerlo junto a Su Alteza Real, la Infanta Doña Cristina.

Seré muy breve, ya que mañana tendré ocasión de volver a encontrarme con ustedes –espero–, en el acto de clausura, y de exponerles algunas de las ideas y de las iniciativas del Gobierno de la Comunidad de Madrid en relación con las personas mayores.

Hoy tan sólo quiero darles la bienvenida a la Comunidad de Madrid en nombre del Consejo de Gobierno y de su Presidenta, Esperanza Aguirre.

Creo poder decir que es, para todos los madrileños, un privilegio contar con su presencia en nuestra capital, en nuestra región y, si me permiten el atrevimiento, creo que ha sido un acierto por parte de los responsables de CEOMA la elección de Madrid como sede de su séptimo Congreso.

Me parece un acierto, insisto, no sólo porque se encuentran en una región y en una ciudad acogedora en esencia, y ya por definición, en la que todos los participantes podrán disfrutar y sentirse como en casa.

Lo es también porque tanto la Comunidad de Madrid como el Ayuntamiento de la capital –y cito al Ayuntamiento con permiso de la Concejal y Teniente de Alcalde– mantenemos un compromiso muy firme con la calidad de vida y con la participación de las personas mayores.

Espero, por lo tanto, que CEOMA haya encontrado en ambas instituciones, y por supuesto en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid a la que represento, todo el respaldo necesario para lograr el éxito de este congreso.

No obstante, queridos amigos, creo que el principal acierto de este Congreso es el de su contenido. La discriminación por edad, que se manifiesta a veces de manera sutil, y de forma abierta las más de ellas, exige ser abordada de manera tan rigurosa como urgente.

En poco tiempo, la estructura de la población ha cambiado de manera evidente en nuestras sociedades, y con ella las necesidades y también las posibilidades. Es el momento de que esos cambios tengan su réplica en las normas, así como en las pautas culturales y de comportamiento.

Y concluyo ya para ser fiel a mi promesa de brevedad.

Les deseo a todos ustedes unas jornadas de trabajo tan intenso como enriquecedor. Y unos días, también, para disfrutar de Madrid, del programa de actos sociales que complementa la actividad del Congreso, y del reencuentro con buenos amigos. Esta ocasión es propicia para ello.

Esperamos mucho de su trabajo y de sus conclusiones. Confío en que contribuirán al empeño que compartimos por crear una sociedad mejor, más libre y más justa para todos.

Muchas gracias.

Intervención Excmo. Sr. D. Enrique Múgica Herzog, Defensor del Pueblo, en la inauguración del Simposium Internacional: «La discriminación de los Mayores como una cuestión de Derechos Humanos»

Permitan que mis primeras palabras sean de agradecimiento a la Dirección de CEOMA, por haber invitado a la Institución del Defensor del Pueblo a participar en la ceremonia inaugural de este Simposio sobre «la discriminación de las personas mayores como una cuestión de Derechos Humanos». La indiscutible trascendencia del asunto se ve potenciada por el número creciente de ciudadanos que envejecen en nuestro país, y en la Unión Europea, así como por la tendencia demográfica prevista para las próximas décadas.

Ese envejecimiento plantea problemas para los países industrializados pero también para los que se hallan en vías de desarrollo. Las previsiones apuntan a que la población mayor de 65 años, en el Tercer Mundo, se cuadruplicará antes del año 2050.

En España, el envejecimiento de la población y el descenso de la natalidad son ya un lugar común. Cuando se habla, en cualquier foro, del incremento en la edad de la población en las sociedades desarrolladas, nuestro país suele ser un punto de referencia prácticamente obligado. Tal y como reflejan los últimos informes de Naciones Unidas, España es uno de los países del mundo con mayor tendencia al envejecimiento.

Poco a poco, la sociedad española y sus representantes van siendo conscientes de este proceso de envejecimiento y tratan de adoptar medidas para afrontar los retos derivados del incremento de la edad en nuestra población. En este sentido, uno de los principales retos consiste precisamente en evitar la discriminación de las personas mayores y favorecer su independencia personal y económica, su participación en la vida social y política, y la satisfacción de sus deseos y necesidades, con el fin de dignificar al máximo su calidad de vida.

Sin embargo, los datos demográficos y sociológicos evidencian, por el momento, que las estructuras y recursos disponibles no son suficientes para garantizar el bienestar de nuestros mayores. España es uno de los países de la Unión Europea que en términos comparativos dedica menos recursos a la protección social. Ciertamente, a lo largo de las dos últimas décadas, las inversiones en el marco de la protección social de los mayores han experimentado un relativo aumento; pero ese incremento ha quedado oscurecido si se compara con el nivel de crecimiento económico experimentado en nuestro país durante los últimos años, dado que el PIB ha crecido mucho más deprisa que el gasto social.

La Constitución española obliga a los poderes públicos a garantizar, mediante pensiones adecuadas, la suficiencia económica durante la tercera edad. Ciertamente el sistema español de pensiones proporciona una pro-

tección básica a la población mayor. Desde el más absoluto desamparo en que se encontraban los ancianos hace apenas cien años, se ha llegado en la actualidad hasta un nivel prácticamente universal de cobertura en materia de pensiones y asistencia sanitaria. Sin embargo, las quejas que muchos ciudadanos formulan ante el Defensor del Pueblo ponen de manifiesto la urgencia de seguir ahondando en la protección de nuestros ancianos, al objeto de que todos ellos cuenten con una independencia económica que les garantice un mínimo de calidad de vida.

Por otra parte, hay que significar que la protección de hombres y mujeres presenta aún diferencias muy notables en el Sistema de la Seguridad Social. Cuando la mayor parte de los hombres percibe una pensión de jubilación, casi la mitad de las pensiones percibidas por las mujeres son pensiones de viudedad, cuyo importe es sustancialmente inferior. Por ello, el Defensor del Pueblo propuso a la Comisión del Pacto de Toledo la adopción de una serie de medidas y reformas legislativas encaminadas a mejorar esas pensiones de viudedad y a incrementar las de menor cuantía.

Así, se proponía la creación de un subsidio temporal de viudedad, en determinados supuestos, y que se estudiaran medidas de protección para las uniones de hecho. Se resaltaba también la conveniencia de hacer compatibles las pensiones del antiguo Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez y las de viudedad, y la necesidad de elevar la cuantía mínima de estas pensiones, para personas menores de 60 años sin cargas familiares. Algunas de estas propuestas han sido aceptadas, y ya se ha llevado a cabo la correspondiente reforma legislativa.

Por otra parte, desde la Institución del Defensor del Pueblo, se elaboró un informe monográfico en el año 1999, formulando una serie de recomendaciones a los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo, a fin de que abordaran conjuntamente las medidas a adoptar para lograr la necesaria actuación coordinada en las áreas social y sanitaria, todo ello con el objetivo de evitar la discriminación y el abandono de las personas dependientes.

Sin embargo, y a pesar del interés suscitado por la publicación del referido informe, los ciudadanos siguen denunciando en sus quejas un panorama desalentador en cuanto a las carencias existentes en la atención socio-sanitaria, y deficiencias en la coordinación de las administraciones implicadas.

La atención residencial y muy especialmente la referida a las personas que requieren asistencia continua, es objeto asimismo de numerosas quejas dado que, pese al notable incremento de plazas de atención residencial experimentado en los últimos años, las solicitudes siguen superando notablemente a la oferta. Por ello, venimos reiterando, año tras año, las recomendaciones formuladas en sendos informes monográficos sobre «Residencias públicas y privadas de la tercera edad» y sobre «Atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos».

Además, las fórmulas alternativas a la atención residencial tienen todavía un escaso desarrollo. Son muchos los ciudadanos que se encuentran en di-

facultades para acceder a las prestaciones de ayuda a domicilio, así como a los servicios sociales intermedios, tales como las estancias temporales y las estancias diurnas, debido a los escasísimos recursos destinados a estos programas. Aún no puede afirmarse que exista un auténtico derecho subjetivo a estas prestaciones, entre otros motivos, porque los medios actualmente disponibles no alcanzan para dar respuesta a todas las solicitudes formuladas.

Por esta razón el cuidado de las personas mayores sigue siendo, en nuestro país, un asunto esencialmente familiar que, de forma especial, recae sobre las mujeres. Debido a ello, y habida cuenta de las transformaciones sociales que está experimentando la familia, resulta imprescindible que, por parte de las administraciones públicas, se preste el debido apoyo a quienes asumen el cuidado de las personas mayores. Deberían crearse estructuras intermedias para favorecer la permanencia de estas personas en su entorno habitual, facilitando una atención integral domiciliaria, servicios comunitarios alternativos a la institucionalización y, simultáneamente, fomentar el apoyo a los cuidadores.

Por lo tanto, y aunque España se encuentra entre los países con población más envejecida, son todavía insuficientes las medidas y recursos adoptados para dar una respuesta adecuada a las necesidades de nuestros mayores. Desde la experiencia acumulada en el Defensor del Pueblo considero imprescindible que se afronte un tratamiento global de las situaciones de dependencia, que comprenda tanto medidas económicas, como de apoyo a los ciudadanos de la tercera edad, desde los distintos ámbitos sociales y laborales. Asimismo se ha presentado recientemente ante las Cortes Generales el Libro Blanco de la Dependencia, como documento de debate para la búsqueda de soluciones ante este problema, informando además de que se están llevando a cabo los correspondientes trámites para la elaboración de las oportunas disposiciones sobre la materia.

A mi juicio debería estimularse la armonización de las leyes de servicios sociales de las diferentes Comunidades Autónomas, con el fin de evitar diferencias excesivas y, por tanto, discriminaciones entre los recursos que ofrecen unas y otras. Con ello se garantizaría a todos los ciudadanos unas prestaciones básicas, en torno a cuestiones como las siguientes:

- El catálogo de prestaciones en las que han de concretarse los derechos que se reconocen.
 - El reconocimiento de las prestaciones como derechos subjetivos para toda persona que se halle en la situación digna de protección.
 - Las situaciones sociales de necesidad objeto de la aplicación del derecho en cada prestación.
 - Las estructuras básicas y recursos indispensables para dar cobertura al ejercicio efectivo de los derechos.
 - Y finalmente, la financiación de toda la red del sistema en el marco del inevitable incremento del gasto social que nos equipare a la media europea.

Por último, y aunque no sean muchas las quejas de los ciudadanos relacionadas con la discriminación por razón de la edad en el ámbito laboral, no quiero concluir mi intervención sin hacer una mínima referencia a este problema que considero tiene una grave incidencia en una sociedad como la nuestra, seriamente afectada por elevados índices de paro durante las últimas décadas.

En el ordenamiento jurídico español, se han introducido recientemente algunos cambios normativos importantes en materia de jubilación, con el fin de procurar el alargamiento de la vida laboral, el mantenimiento en el empleo de los trabajadores de más edad, o la limitación de los supuestos de prejubilación. Entre dichos cambios, cabe resaltar por su importancia la creación de nuevas modalidades de jubilación parcial, y la aparición de la figura de la jubilación flexible que permite compatibilizar el percibo de la pensión de jubilación con el desarrollo de un trabajo a tiempo parcial, dentro de los límites de jornada previstos en el Estatuto de los Trabajadores.

Sin embargo, ha sido en el ámbito de la Unión Europea donde se han adoptado inicialmente medidas específicas para evitar la exclusión de las personas de edad avanzada del mercado de trabajo. Ya el Tratado de Amsterdam introdujo una serie de mecanismos jurídicos para que la Comisión Europea pudiera hacer frente a cualquier forma de discriminación, incluida la de la edad, en el ámbito laboral. Más tarde, la Comisión propuso, en noviembre de 1999, la elaboración de una Directiva encaminada a establecer el marco general de igualdad de trato en el empleo para todas las personas, con independencia de determinados factores, como por ejemplo la edad. Finalmente, fue aprobada una Directiva, en el año 2000, que incluye la edad en el repertorio de motivos prohibidos para establecer diferencias en el empleo y la ocupación, si bien esta Directiva no es tan rigurosa ni exigente como lo son otras normas en relación con discriminaciones como la nacionalidad o el sexo, porque tolera algunas distinciones de trato basadas en la edad, cuando derivan de las características específicas de un determinado puesto de trabajo. La Directiva ha sido incorporada al ordenamiento jurídico interno del Derecho español, a través de la Ley de medidas fiscales, administrativas y del orden social, de acompañamiento a la Ley de Presupuestos Generales del Estado del año 2004.

La Institución del Defensor del Pueblo, en cumplimiento de las funciones que tiene constitucionalmente encomendadas, se propone mantener una actitud de vigilancia permanente, al objeto de verificar que garantice la máxima efectividad en la aplicación de las disposiciones vigentes y atenuar y, si es posible, eliminar las discriminaciones de cualquier tipo que afecten a los españoles por razón de la edad.

Mis mejores deseos de éxito en los trabajos que tienen programados y mi más sincera felicitación a todos.

Muchas gracias.

Intervención de la *Excma. Sra. D.^a Beatriz Elorriaga Pisarik*, Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, en la Clausura del VII Congreso

Señoras y señores,

Queridas amigas, queridos amigos,

Vuelvo a tener el honor de encontrarme con ustedes ahora que concluye este VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, dedicado a la discriminación por edad.

Este contenido, el motivo de este Congreso, resultaría, probablemente, llamativo para muchas personas. Y lo sería porque, después de muchos años de convivir con una determinada práctica social, acabamos acostumbrados a ella y nada nos resulta más familiar.

Nos parece normal que a las personas se las aparte –sí o sí– de sus responsabilidades al alcanzar una cierta edad, a que se las relegue a un segundo o a un tercer plano. O lugares en los que los planos ya ni siquiera existen.

Nuestra realidad social ha cambiado, pero ni las estructuras ni las pautas sociales han evolucionado al ritmo de ese cambio.

En un plazo en el que a la mayoría de los que estamos aquí nos alcanza la memoria, en apenas treinta años, la vida media de hombres y mujeres ha aumentado en más de diez.

Y no me refiero a la esperanza de vida al nacer. Me refiero a años efectivos de vida de los madrileños y de los españoles.

Hace esos treinta años, alcanzar la edad de jubilación era casi una hazaña para la mayoría. Hoy, la edad de jubilación es el punto de partida de una nueva etapa jubilosa y activa para algunas personas, quizá para muchas de ellas, pero no deseada por todas.

La nueva estructura de la población nos obliga a replantearnos de manera muy seria numerosas cuestiones. Desde la viabilidad de los sistemas de seguridad social a las fórmulas de servicio y asistencia. Desde la normativa laboral a las pautas de participación social.

La discriminación por edad es un hecho incontestable. Basta con acudir a las cifras que se han manejado aquí estos días. Pero hay más evidencias, porque la discriminación por edad empieza a manifestarse –y a sufrirse– años antes de alcanzar la jubilación o la prejubilación.

Todos sabemos que, en muchas corporaciones, rebasar la frontera invisible de los cuarenta y cinco años sin haber alcanzado el nivel de la más alta dirección significa quedar apartado, de manera más o menos discreta, de cualquier plan de carrera que no conduzca hacia abajo o hacia fuera.

Vemos cómo, mientras el anterior Gobierno proponía medidas de jubilación gradual y flexible, el actual amenaza con prejubilación a los funcionarios.

No parece normal, desde luego, que la vida profesional plena de una persona que ha dedicado más de veinte años a formarse, que ha dejado esfuerzo y recursos en una educación de buen nivel, se reduzca apenas a otros veinte años.

Y no es sólo que esta manera de actuar sea descabellada en términos del conjunto de la población y a largo plazo, más allá del estrecho horizonte de visión de una determinada organización, sea pública o privada.

La población mayor está adquiriendo un peso en el conjunto de la sociedad que tendrá repercusiones en muchos terrenos: en el de la opinión, en el consumo, en la producción y la publicidad, en la oferta de servicios, o en la toma de decisiones políticas.

Porque, como se señala con acierto en la cartelera de este Congreso, los votos de los mayores no se jubilan.

Esta es una evidencia democrática que no tiene vuelta de hoja y que no puede más que ser tomada en serio por los responsables políticos.

Creo, además, que todos entendemos bien el contenido de ese mensaje y que a todos nos resulta más o menos cercano, porque si a algo aspiramos todos es a cumplir años. Y si no estamos dispuestos a reconocerlo como aspiración, al menos lo intentamos con nuestro mayor empeño.

Que los cambios en las estructuras de poder, como consecuencia de las alteraciones en la demografía, se están produciendo y se producirán, parece fuera de toda duda. Así, desde luego, lo pronostican los teóricos de lo que podemos denominar «Sociología Estratégica».

Por la parte que me corresponde, puedo decir que la discriminación por edad no tiene lugar en el ámbito de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

No lo tiene en la propia Dirección de la Consejería, que cuenta con Directores Generales que han cumplido ya los sesenta y los setenta años.

Y no la hay tampoco en sus órganos de participación (contamos, como saben, con un Consejo Regional de Mayores en el que están representadas organizaciones integradas en CEOMA), ni por supuesto existe discriminación por edad en nuestra actividad.

La mayor parte del presupuesto de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales está dedicada a las personas mayores. En 2005 han sido 412 millones de euros, que representan un 47% del presupuesto total de la Consejería, con un incremento del 12 por ciento con respecto a 2004.

Pero no es sólo una cuestión de dinero o de recursos, sino de la orientación de las iniciativas y las políticas que llevamos adelante.

En primer lugar, la orientación que rige nuestra labor es el reconocimiento progresivo de los servicios sociales como derechos de las personas mayores.

Y, por otra parte, trabajar para que las personas mayores puedan disfrutar, de manera efectiva, de sus derechos individuales que la Constitución ampara.

Ambas líneas responden a la nueva realidad de las personas mayores en nuestra sociedad.

Si por un lado la jubilación, como decía, es para muchos el comienzo de una etapa de actividad y de plenitud, la mayor longevidad trae también de su mano un aumento del número de personas dependientes. Personas que requieren más asistencia y nuevos servicios.

Me refiero a servicios y programas como el residencial, el de centros de día o las iniciativas dirigidas a enfermos de Alzheimer, como la creación de módulos de 20 plazas específicas en cada residencia de la Comunidad, o el apoyo a la creación del nuevo centro impulsado por la Fundación Reina Sofía.

Tan sólo en lo que va de año, la red pública de la Comunidad de Madrid de plazas en residencias de mayores ha crecido en más de 1.700, lo que la situará, al concluir 2005, en más de 18.000.

Para esa fecha, y desde el comienzo de la presente legislatura, habremos puesto en funcionamiento más de 5.000 plazas residenciales y 1.400 en centros de día.

La creación de estas plazas obedece a un propósito claro: poner a disposición de los madrileños los recursos que permitan que todos los mayores tengan la oportunidad de elegir cómo y dónde quieren vivir. Cómo y dónde desean ser atendidos cuando lo precisen.

Para que esa oportunidad de elegir sea una posibilidad real, esta actividad se complementa, de manera necesaria, con programas que apoyan la permanencia de los mayores en su domicilio.

Así, seguimos extendiendo servicios como los de asistencia domiciliaria hasta los 41.000 actuales, los de teleasistencia, que rozan los 80.000, o las ayudas a familias cuidadoras.

Queridos amigos,

El Gobierno de la Comunidad de Madrid mantiene un compromiso permanente con los mayores, que se hace explícito no sólo en el terreno de los servicios sociales.

Una faceta –no menor– de ese compromiso la representa el empeño de la Presidenta Esperanza Aguirre en ofrecer el mejor servicio sanitario a los madrileños. Y por lo tanto a los mayores, que son sus principales usuarios.

Una mejora en tres vertientes: la rapidez, la calidad y la proximidad. Ahí se inscriben los compromisos de reducción de las listas de espera quirúrgicas, y también de construcción de ocho nuevos hospitales que acercarán la atención especializada a los domicilios de miles de mayores madrileños.

Puedo decir que, a fecha de hoy, estos no son ya compromisos, sino realidades.

Y vuelvo al inicio, al trabajo que hacemos para todas las personas mayores. También para las que reciben asistencia residencial o domiciliaria, pero no sólo para ellas.

Me referiré en este caso, y sin ánimo de exhaustividad en la enumeración, a algunas de las iniciativas que desarrollamos en el terreno del envejecimiento activo.

Entre ellas, el Programa específico dedicado a la «Vida activa», con cerca de 1.000 participantes anuales; la Universidad de Mayores, las actividades

de voluntariado, el senderismo, los numerosos talleres (de informática, de cocina, de pintura...) que se desarrollan en centros de mayores, o las Rutas Culturales que muchos madrileños realizan ya por España y Europa.

Queridos amigos,

Cuando hablamos del trabajo en el ámbito de las personas mayores, suele ser un lugar común la deuda de gratitud con las generaciones anteriores.

Sin embargo, siendo la gratitud un ingrediente que dice mucho de la humanidad de las personas –dice la sabiduría popular que «es de bien nacido ser agradecido»–, no debe ser nuestro principal argumento ni el único motor de nuestra acción.

Hemos hablado de derechos y de participación. No voy a hablar de justicia. Creo que basta con hablar de cordura y de necesidad. No hablo de justicia porque cuando se invoca la justicia es muy fácil hacer demagogia y acabar hablando de cuotas.

Digo que basta hablar de cordura y de necesidad porque ni nuestra sociedad puede desplazar a los mayores sin resentirse ni, por supuesto, nos conviene.

Es mucho lo que las personas mayores tienen que aportar y pueden seguir aportando al conjunto de los ciudadanos, en lo laboral, en lo social y en lo político.

Todas éstas son caras distintas de un proyecto de convivencia que nos incluye a todos. Un proyecto de convivencia que, en el caso de la Comunidad de Madrid, se resume a la perfección en nuestro lema.

La «Suma de Todos» es una fórmula en la que todos los factores cuentan por igual, y suman lo mismo, para lograr el mejor resultado.

Muchos pensamos que si la Comunidad de Madrid lidera hoy el crecimiento de España es porque, en unos años cruciales, nos hemos ocupado de incluir y no de excluir, de atraer y no de expulsar, de potenciar la iniciativa y el talento por encima de las circunstancias de unas u otras personas.

Siempre hemos acogido y hemos incluido. Es la seña de identidad de Madrid. Y hoy corresponde que los mayores madrileños no se sientan extraños en su propia casa.

Los madrileños no somos un año peores cada vez que cumplimos un año.

En eso están de acuerdo ustedes, espero, y lo está el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Yo confío en que el trabajo de estos días haya sido rico en propuestas. Que esas propuestas nos ayuden a todos, y en especial a quienes tenemos responsabilidades de gobierno, a lograr una región mejor y una sociedad mejor.

Mi enhorabuena por el éxito de este Congreso y muchas gracias a todos.

Intervención Ilmo. Sr. D. Florencio Martín Tejedor, Director General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, en la Clausura del VII Congreso

Les hablo en nombre del Ayuntamiento de Madrid.

Madrid es una ciudad llena de contrastes. Tras el velo del anonimato, el frenesí, los ruidos, la indiferencia y el bullicio de sus calles, se encuentran la conversación fácil con el próximo, el sosiego de sus jardines, sus rincones, el sentimiento compasivo y la curiosidad por todo aquello de lo que emana vida.

Nos sentimos orgullosos y agradecidos porque después del último Congreso de CEOMA, celebrado en Valladolid, se eligiera la ciudad de Madrid para encontrarnos como lo estamos haciendo en estos momentos.

Quiero agradecer, en nombre del Ayuntamiento, la oportunidad que hemos tenido de trabajar con CEOMA en la organización y en el desarrollo de este Congreso. Ha sido para nosotros una excelente ocasión de conocer de primera mano experiencias, ideas y propuestas venidas de toda España en relación con la atención a los mayores. Nos ha permitido, a la vez, poderles mostrar –como lo hizo la Concejala de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía, D.^a Ana Botella en su intervención en el día de ayer– la realidad y el nivel de desarrollo que han alcanzado los servicios sociales para las personas mayores en el Municipio de Madrid.

Estamos finalizando un encuentro cargado de mensajes y se impone, por tanto, hacer un breve ejercicio de reflexión sobre lo que desde el punto de vista del Ayuntamiento de Madrid queremos que ustedes se lleven como último mensaje de nuestra parte.

Para este Municipio ser la capital de España, ser el más poblado y extenso de cuantos municipios integran nuestro país y reunir en su territorio las principales instituciones del Estado constituye un privilegio y una responsabilidad.

Privilegio y responsabilidad de servicio que procuramos ejercerlos con empeño constante por mejorar, por hacer las cosas bien en todo momento.

En Madrid, los mayores son lo primero. Estas palabras no sólo conforman una frase, un slogan. Son el reflejo y la síntesis de una realidad concreta. Tan concreta como los 62.000 mayores de 65 años que disponen gratuitamente de teleasistencia domiciliaria las 24 horas del día; o como los 21.000 hogares que cuentan con auxiliares domiciliarios para ayudarles en la atención personal y el arreglo del hogar; o como las 2.760 personas que reciben atención sociosanitaria especializada en los centros de día –en especial los enfermos de Alzheimer–; o como los 235.000 mayores de 65 años que disfrutan de los 80 centros municipales de mayores repartidos por toda la ciudad, por poner unos pocos ejemplos.

Y todo ello con el apoyo y la colaboración permanente de la Comunidad de Madrid, lo que constituye un modelo de coordinación y trabajo

pensado en los ciudadanos a los que servimos, en sus necesidades reales, en sus dificultades sentidas.

Para Madrid que los mayores son lo primero significa un compromiso actual con permanencia en el tiempo.

Porque la edificación en la presente legislatura de 10 nuevos Centros Municipales de Mayores, 19 Centros de día para la atención de personas con enfermedad de Alzheimer, 11 Centros de Día para físicos, 1 Residencia para enfermos de Alzheimer con capacidad para 80 personas, además de ser un exponente claro de este compromiso hoy, representan la garantía de que en el futuro la atención a las personas mayores en esta ciudad va a continuar con nuevos centros y servicios que les ofrezcan calidad de vida que merecen.

En Madrid no solo se invierte en obras públicas para mejorar la movilidad, o para ofrecer mayores espacios públicos para disfrutar de la cultura y el ocio. Madrid está invirtiendo en obras y edificaciones destinadas a la atención de las personas mayores como nunca antes había invertido. Nunca. Cien millones de euros es el coste del Plan de Inversiones que estamos llevando cabo. Este es un exponente claro, concreto y contundente de esta realidad.

Pero la responsabilidad que ejercemos no solo queremos hacerla visible con cifras; también nos exigimos la misma responsabilidad con las ideas y los planteamientos de futuro.

Madrid tiene el objetivo de incorporar la imagen positiva de las personas mayores al transcurrir de la ciudad.

En Madrid cientos, miles de personas mayores, ejercen todos los días algún tipo de liderazgo, de actividad necesaria, de ejercicio de autoridad o de muestra de sabiduría y poder, que contribuyen a hacer de esta ciudad una urbe abierta, respetuosa, solidaria, moderna y con futuro.

Estamos convencidos que Madrid se fortalece y se cohesiona más en la medida que los mayores que en ella viven y que la visitan son más visibles en el espacio público.

Hemos apostado abiertamente en primer lugar porque toda persona mayor que vive en Madrid tenga la seguridad de poder permanecer en su casa todo el tiempo que quiera, gozando de los servicios que necesita para una vida independiente y de calidad.

En segundo lugar queremos transmitir confianza en que es posible disfrutar de un largo periodo de vida activa, cuando se llega a mayor, descubriendo nuevas formas de participación.

Estamos hablando del papel activo –humilde y orgulloso a la vez– que los mayores madrileños tienen porque saben, pueden y quieren ejercerlo. No es un papel secundario, sino principal.

En tercer lugar queremos decir que la etapa productiva, la que va de los 25 a los 65 años no es la más importante en la vida de una persona. Y tampoco lo es para una sociedad.

Tenemos que aprender a reconocer el valor que tiene el tiempo dedicado a acciones solidarias como el voluntariado; a acciones altruistas; o a

acciones que posibilitan el ejercicio de una actividad laboral a familias con hijos menores. La sociedad actual pondrá el acento, cada día más en el tiempo como el mayor activo disponible para invertir en aquello que sea más conveniente en cada momento.

La sabiduría, la experiencia, la capacidad intacta para la toma de decisiones, el poder económico, la salud, el tiempo disponible, ...se dan juntos hoy en las personas mayores como nunca antes se había producido.

Esta confluencia de factores han de dar lugar a la presencia pública, reconocida como valor, cuidada como valor y ofrecida como valor al conjunto de la sociedad, a los adultos, a los jóvenes y a los niños.

En esta convicción se encuentra el Ayuntamiento de Madrid que ve en los mayores una oportunidad de cohesionar la sociedad madrileña y de contribuir con su presencia pública al desarrollo de una ciudad unida y plural, solidaria y abierta con un gran futuro.

Voy a terminar dándoles las gracias por acudir a este Congreso en esta maravillosa ciudad de Madrid donde nadie es extraño y todos nos sentimos ciudadanos del mundo.

Llévense ustedes el mejor recuerdo posible de estos días y la certeza de que quienes desde el Ayuntamiento de Madrid trabajamos por las personas mayores nos sentimos afortunados por contribuir humildemente a hacer una sociedad para todas las edades.

Muchas gracias.

Intervención del Ilmo. Sr. D. Carlos María Martínez Martínez, Director Gerente de Obra Social Caja Madrid, en la Clausura del VII Congreso

Excelentísima Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Dña. Beatriz Elorriaga), Ilustrísimo Director General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid (D. Florencio Martín) estimados D. Antonio Jiménez (Presidente de COPEMA y Presidente del Consejo Asesor de CEO-MA), D. Ignacio Buqueras (Expresidente de la Fundación Independiente) y D. Eduardo Rodríguez (Presidente de CEOMA).

Quiero en primer lugar, felicitar a la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) por la organización de este VII Congreso, por la idoneidad y pertinencia de la temática elegida, y por la selección de tan excelentes y comprometidos ponentes; mi agradecimiento y felicitación también a todos ellos. Constituye para mí y para la Entidad que represento, una verdadera satisfacción, poder estar presente y colaborar en encuentros de esta talla.

Obra Social Caja Madrid tiene un compromiso firme y real con las personas mayores, el compromiso de mejorar y preservar, en todos los aspectos, su calidad de vida, lo que incluye el respeto a sus derechos que son, ni más ni menos, todos y cada uno de los derechos humanos reconocidos universalmente.

Estamos convencidos, de que la celebración de eventos como este Congreso que hoy clausuramos, contribuirán a provocar un salto cualitativo, y todos los procesos inherentes al envejecimiento pasarán a ocupar un lugar prioritario en la política de los gobiernos y de la sociedad en general, llegando a crear sociedades plenamente integradas en un mundo global más justo y solidario.

La discriminación por edad es consecuencia de una diferenciación en el trato, la negación de derechos y oportunidades o el uso de imágenes estereotipadas de los individuos, solamente por su edad cronológica. Este hecho afecta a todas las edades, aunque en particular lo sufren las personas mayores, ya que se basa en el envejecimiento y en el uso de arquetipos creados sobre la naturaleza y capacidad de los individuos de diferentes edades.

Vivimos en una sociedad altamente competitiva, donde predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir de forma efectiva. Es también, una sociedad «acelerada» las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas y culturales a las que asistimos, son casi vertiginosas. ¿Cómo puede sentirse en un ambiente así una persona mayor, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación?

Creemos que es necesaria una acción que colabore en la transformación de la sociedad, con el objetivo de facilitar la eliminación de los estereotipos

y que termine con la discriminación por edad en todos los ámbitos políticos, sanitarios, laboral.

Obra Social Caja Madrid ha apoyado y apoyará iniciativas como ésta, porque creemos que sólo así, desde la información y la sensibilización podremos llegar a darnos cuenta del importante papel en nuestra sociedad de un colectivo que requiere de nuestra más responsable atención y, porque consideramos que debe ser el adulto mayor el protagonista de su propia vida y de su propia salud física y psíquica.

Evitar en este campo, como en todos, actitudes paternalistas en las que la solución viniera desde otras esferas ajenas a los mismos protagonistas, es ya una buena medida preventiva. Todas las instancias de la sociedad deben relacionarse y conectar entre sí para producir «redes de seguridad» en beneficio de los seres más vulnerables, pero cuidando que los mismos sujetos sean, dentro de lo posible, agentes de su propia liberación.

Quiero terminar expresando nuestra esperanza, de que con el esfuerzo de todos conseguiremos avanzar en hacer de nuestra sociedad, una sociedad para todas las edades, que garantice los derechos económicos, sociales, civiles y culturales de las personas mayores y que suprima cualquier forma de discriminación. «La vida humana, toda vida humana es, ha de ser, realización, y debe serlo en cada una de sus edades» (José Luis López Aranguren).

Gracias a todos, por su participación en este foro, y por el trabajo que con tanto entusiasmo realizan día a día en favor de nuestros mayores, que son y serán los verdaderos protagonistas y artífices de nuestra historia y de nuestro propio futuro.

Intervención de la *Excm. Sra. D.^a Ana Pastor Julián*, Secretaria Ejecutiva de Política Social y Bienestar del Partido Popular, durante el almuerzo de Clausura del VII Congreso

INTRODUCCIÓN

Buenos días, queridos amigos.

Sean mis primeras palabras para expresar **mi felicitación más sincera a CEOMA**, por la organización de este VII Congreso Nacional, al que acudo, una vez más, con gran satisfacción.

La amplia participación y el interés de los temas que afectan, tan sensiblemente, a las personas mayores, expresan, bien a las claras, la **línea de aciertos que preside la gestión de CEOMA**.

Es por ello que, quiero **expresar, en particular, mi enhorabuena** a Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de CEOMA, y a toda su Junta Directiva, así como al Comité organizador, que con su generoso esfuerzo están haciendo posible este Congreso.

Permítanme ahora compartir con ustedes, durante este almuerzo, unas breves reflexiones en torno a los **temas que más interesan y también que más preocupan a las personas mayores en nuestro país**.

¿Cuáles son estos temas?

En qué medida los **cambios demográficos** que estamos viviendo en la actualidad y a los que se ve abocada la sociedad actual, van a afectar a nuestros mayores.

En qué medida los **sistemas de protección social**, pueden, realmente, vivir épocas de incertidumbre.

O en qué medida se están adoptando en España **medidas suficientes para hacer frente a estas cuestiones**.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Queridos amigos,

Estamos inmersos en un **contexto en constante transformación**, en el que se suceden los **cambios demográficos**, que se están traduciendo en:

- La prolongación continua de la esperanza de vida, como consecuencia de más altos niveles de salud y de bienestar.
- La coexistencia de hasta cuatro generaciones de una misma familia, que por diversos factores no viven juntas.

- El aumento constante de las generaciones de más de 65 años, que eran un 14% en 1992, frente al 17% de 2003.
- La persistencia de una baja natalidad, por debajo del umbral de renovación generacional.

A partir de estos datos, hay quienes pronostican para España y para la Unión Europea, no sólo un creciente envejecimiento, sino incluso, una **disminución de la población**. Algunos estiman que la población europea se reducirá en un 15% para el 2050.

IMPORTANCIA DE LOS MAYORES

Se dibuja, así un **nuevo escenario**, donde, **las generaciones de mayores tendrán un peso y un protagonismo social en alza**.

O lo que es lo mismo, donde las personas mayores deberán tener **una participación más intensa y extensa en todos los ámbitos**: político, social, cultural, etc.

Si nunca tuvo sentido ni justificación la **discriminación a las personas por razón de su edad**, todavía tendrá menos justificación, si cabe, con el nuevo horizonte que se está perfilando, y al que me estoy refiriendo.

Desde un **enfoque meramente proteccionista** de las personas mayores, hay que pasar a otro bien distinto, que es el de la **dimensión de sus actividades y de su protagonismo social**.

Estamos convencidos de que, desde ya, hay que construir una **sociedad en la que las personas mayores constituyan uno de sus pilares fundamentales**.

Por ello, los **poderes públicos** deberán ser capaces de afrontar, con medidas eficaces, estos **nuevos retos para hacer posible una nueva arquitectura social**.

Los poderes públicos, tanto a nivel nacional, autonómico, como local, tienen una importante tarea por hacer para dar respaldo a estos desafíos que genera la nueva realidad demográfica.

¿Cuáles deberían ser estas nuevas tareas?

NUEVAS TAREAS

- La **orientación de las políticas de salud**, ante la aparición de nuevas demandas.
- La **sostenibilidad de los sistemas de pensiones públicas**, que se ve amenazada por esta nueva estructura demográfica.
- La **prolongación voluntaria de la vida activa**, como expresión de una mayor participación de los mayores y como ejemplo privilegiado de solidaridad intergeneracional.

- Las **relaciones de solidaridad interterritorial**, como necesidad esencial en un entorno en el que la movilidad es un dato cada vez más relevante y en el que el envejecimiento de la sociedad avanza a velocidades diferentes.

Y sobre todo, en un entorno en el que esta solidaridad se ve amenazada (Estatuto de Cataluña).

- La atención de las **personas mayores en situación de dependencia**, que carecen de autonomía personal. Porque una parte sustancial de las situaciones de dependencia afectan a personas mayores, en algunos casos con alguna especial gravedad e intensidad, unas veces por razones físicas y otras psíquicas.
- Y por último, será una tarea esencial para poderes públicos, garantizar, la **presencia y participación de nuestros mayores** en actividades de la vida política, cultural y social, objetivo para el que se habrán de habilitar cauces fluidos y adecuados.

Todas estas tareas configuran una **nueva agenda social para los mayores**, en la que se requieren más recursos, más esfuerzo y mayor dedicación de todos.

LA AGENDA SOCIAL PARA LOS MAYORES

Objetivos

Esta agenda social ha de perseguir, prioritariamente, los siguientes **objetivos**:

- Garantizar el **mantenimiento del sistema de prestaciones sociales**, tanto las pensiones como las de carácter técnico-asistencial.
- Favorecer las líneas de **convergencia en el conjunto de la UE**, que posibiliten también la movilidad dentro de este espacio político.
- Esforzarse en **mejorar la calidad de las prestaciones**.
- E introducir algunas **coberturas nuevas**, como la protección social de la dependencia, de la que existen ya experiencias, unas mejores que otras, en los países de nuestro entorno.

España

Por lo que se refiere a España, tenemos **nuestra propia agenda para las personas mayores**, y lo que nos parece más importante, **una agenda basada en el consenso político y social**.

El **Pacto de Toledo** sirvió, en **1995**, para hacer frente a una grave crisis de la Seguridad Social, y para garantizar su futuro.

Hoy, con la **renovación del Pacto de Toledo**, en **2003**, se trata de impulsar nuevos avances para la mejora del sistema de pensiones, y nuevas iniciativas en algunas áreas tan sensibles como la viudedad o la dependencia.

Por eso, para nosotros, la aprobación urgente de una ley que proteja a estas personas, al mismo tiempo que facilite en lo posible su autonomía, constituye una necesidad de primer orden.

Un catálogo de servicios bien diseñado, un trato equitativo garantizando la igualdad de atención en cualquier lugar del territorio nacional, la necesaria calidad en las prestaciones y una gestión que sepa combinar las iniciativas públicas y las de carácter privado; deberían ser los criterios orientadores de esta nueva ley, para lo cual el diálogo con los grupos políticos, con los agentes sociales, con las organizaciones de mayores y de discapacitados es, por completo, indispensable.

En cualquier caso, lo cierto es que esta **renovación del Pacto de Toledo**, constituye toda una **agenda**, para introducir **reformas sociales** que necesita nuestro país; y en torno a ella habría que esforzarse, para lograr los mayores **acuerdos** posibles.

Para ello, la **Comisión del Pacto de Toledo** debería recuperar el vigor que tuvo en otros tiempos, ya que, de esta manera, los avances se asentarían sobre bases sólidas.

NUESTRA PROPUESTA

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Pacto de Toledo, y frente a las nuevas necesidades que plantea esta nueva agenda social para las personas mayores, **nuestra apuesta pasa por los siguientes principios:**

1. Unidad de Caja y Unidad de Gestión:

- Más allá de cualquier avatar político, como el que estamos viendo en este momento (*Estatuto de Cataluña*), debe preservarse la unidad de nuestro sistema, para garantizar la equidad (*pensiones iguales en todo el territorio nacional*) y la eficiencia (*unidad de instrumentos de gestión y de información de la Seguridad Social*).

2. Incremento de la afiliación:

- En base a políticas que favorezcan el empleo estable, porque sólo así podremos contar con financiación estable, que de estabilidad, confianza y seguridad al sistema de prestaciones sociales.

3. **Sostenibilidad de las finanzas públicas:**

- Porque el sistema de pensiones y, en su momento, el de atención a las personas dependientes, debe responder a criterios de equilibrio presupuestario; ya que, en otro caso, estaríamos en la senda de la frustración y el déficit.

4. **Convergencia entre regímenes de la Seguridad Social** hacia dos grandes regímenes:

- Trabajadores por cuenta ajena.
- Trabajadores por cuenta propia.

5. Mantenimiento y futuro del **Fondo de Reserva:**

- Porque es necesario garantizar el mantenimiento del Fondo de Reserva, y tomar en consideración su futuro, una vez superados determinados umbrales de dotación, puesto que habría que tomar una decisión en torno a los excedentes de cotizaciones.

6. Estar atentos a la **Referencia Comunitaria:**

- Porque hay que tener en cuenta las iniciativas que puedan producirse en el ámbito europeo.

CONCLUSIONES

Así pues, queridos amigos, tenemos ante nosotros una **gran tarea**, una tarea **llena de trascendencia y de interés** para el futuro de todos.

Es una tarea que **no admite demoras**, y que debe ser **abordada con urgencia, pero con prudencia**.

Es una tarea que debe **basarse en el sentido de la responsabilidad hacia los ciudadanos**, y, en particular **hacia los pensionistas**; y que debe **articularse mediante el ejercicio del diálogo**.

Porque es una tarea en la que **todos, especialmente organizaciones como CEOMA, deben implicarse y deben contribuir** con sus aportaciones y con sus propuestas.

Y es **favorecer esta participación y esta implicación**, precisamente, la tarea de este **VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores**.

Estoy convencida de que **el acierto**, una vez más, va a **presidir las conclusiones y recomendaciones** que en el se han expresado.

Muchísimas gracias.

**ENTREGA DEL PREMIO
«MAYORES EN ACCIÓN» 2005
EN EL MARCO DEL VII CONGRESO**

PREMIO «MAYORES EN ACCIÓN 2005»

En el marco de inauguración del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores **S.A.R. La Infanta Doña Cristina entregó el Premio «Mayores en Acción 2005»** de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores –CEOMA– a **D. Federico Mayor Zaragoza** por su labor para construir una sociedad global y plural, y por su trabajo a favor del entendimiento de los pueblos a través de la educación y la cultura.

AGRADECIMIENTOS DEL EXCMO. SR. D. FEDERICO MAYOR ZARAGOZA

Palabras pronunciadas al recibir el Premio «Mayores en acción» 2005.

SAR Infanta D.^a Cristina,
Presidente Eduardo Rodríguez Rovira,
Distinguidos miembros de la presidencia de este acto, queridos amigos,
señoras y señores.

Quiero en primer lugar expresar mi profunda gratitud por el premio 2005 «Mayores en Acción». No mayores pasivos, espectadores, sino activos en toda la medida de lo posible. Y totalmente comprometidos, porque a cualquier edad es esencial la puesta en práctica de nuestros ideales pero, a medida que avanzamos, el tiempo «pesa más», el apremio es mayor.

No entraré a comentar porqué me han otorgado esta distinción –soy un «Mayor» en acción, por razones de apellido, desde que nací...– ni diré que no lo merezco, para que no se me aplique la maravillosa anécdota del bisabuelo de su Alteza Real, el Rey Alfonso XIII y D. Miguel de Unamuno. Cuando D. Miguel, bastante refractario a distinciones de toda índole, acudió respetuosamente a recibir la alta condecoración que el Rey le había concedido, dijo: «Agradezco, Majestad, esta condecoración que tanto merezco». Su Majestad reaccionó rápidamente: «Aprecio su sinceridad, D. Miguel. Todos me dicen no merecerlas...». Con igual rapidez terció D. Miguel: «¡También son sinceros, Majestad, también son sinceros!».

Señoras y Señores:

Cuentan que cuando a Galileo Galilei, ya mayor, le preguntaron los años que tenía contestó: «Unos diez...». Ante la reacción, lógica, de los que le habían formulado la pregunta añadió: «Los años realmente importantes son los que me quedan».

Vivir es un misterio radical, y es preciso tener el valor de asomarse al hondo pozo nuestro. Recuerdo con frecuencia aquel verso de José Bergamín: «Me encuentro huyendo de mí cuando conmigo me encuentro». La

profundidad de la mirada –hacia el interior, hacia el entorno– aumenta con la edad.

Es necesario dar más años a la vida y, sobre todo, más vida a los años. Evitar toda discriminación –racial, por razón de sexo, social, laboral... y por edad!– La longevidad es el gran reto económico, social, sanitario y humano de nuestro tiempo. Antes llegaban a viejos los que «eran como robles». Hoy, con más o menos andamiajes, somos muchos más los que participamos de un «largo recorrido», y tenemos que procurar por todos los medios seguir ayudando en lugar de ser ayudados. Y cuando este momento llegue, sentir que lo hemos merecido.

Que las ilusiones y los proyectos sigan pesando más que los recuerdos y la nostalgia. Para ello existen dos pilares de la ética: deber de memoria y comparar. Comparar con todos los mayores de la tierra... y pensar, sobre todo, en los más jóvenes y niños. Ellos representan nuestro futuro común. Todos, no unos cuantos.

¡Mayores en acción! Disfrutar de cada instante, que es más denso a medida que transcurre el tiempo. Y evitar «los buenos días perdidos», siendo capaces de discernir entre lo que es realmente importante y lo que es secundario, lo que es realmente apremiante y lo que lo es en menor grado.

Tenemos mucho que ofrecer: la serenidad y la experiencia de los mayores. Y saber escuchar. Dar más fuerza, en el «nos-otros», al «otros»!

Muchas gracias, de nuevo y muy sinceramente a quienes, en CEOMA, me animaron y me animan a seguir «en acción». Y a todos mis colegas «mayores», seguir actuando de tal modo que no puedan volver los jóvenes la vista atrás un día y decir: «Esperábamos su voz pero no llegó». Nuestra voz llegará, amigos míos, y procuraremos acercarnos al final siempre de pie, como vivimos.

**EL CONGRESO EN IMÁGENES
Y EN LA PRENSA**

ACTIVIDADES PRECONGRESUALES

«Mesa Redonda: Conclusiones del VI congreso Nacional de Organizaciones de Mayores: la Protección Social de las Personas con Dependencia»



El coloquio, que estuvo moderado por el presidente de CEOMA, **Eduardo Rodríguez Rovira**, contó con la participación de **Luis Álvarez**, presidente de AGMT y vicepresidente de CEOMA, **Mario Cugat**, presidente de FA-TEC, **Juan Manuel Martínez**, director Nacional de Servicios Sociosanitarios, y **Jesús Norberto Fernández**, adjunto al subdirector general de planificación, ordenación y evaluación - IMSERSO.

Conferencia «CEOMA Reivindica el Derecho a la Formación y el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida»



Conferencia impartida por el Profesor D. Enrique de Aguinaga y moderada por **D. Antonio Jiménez Blanco**, Presidente de COPEMA.

«Mesa Redonda: Conclusiones del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores: La Protección Social de las Personas con Dependencia»



La Mesa Redonda fue impartida por el **Profesor D. Félix Pérez y Pérez**, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Farmacia y la Real Academia de Doctores, y estuvo moderada por **D.ª Mayte Ruiz de la Parte**, Secretaria del Comité Organizador del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores.

S.A.R. la Infanta Doña Cristina inauguro el VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores





INAUGURACIÓN DEL VII CONGRESO



S.A.R. la Infanta Doña Cristina, la Excm. Sra. Dña. Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado Servicios Sociales, Familias y Discapacidad –Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales la Excm. Sra. Dña. Beatriz Elorriaga Pisarik, Consejera de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, **Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira**, Presidente de CEOMA y **Dña. Carmen Marco Marco**, Presidenta de FOMCARM.



S.A.R la Infanta Doña Cristina, durante la Inauguración del VII Congreso acompañada por la Excm. Sra. Dña. Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado Servicios Sociales, Familias y Discapacidad –Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el **Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira**, Presidente de CEOMA.

ENTREGA DEL PREMIOS «MAYORES EN ACCIÓN» 2005



S.A.R. la Infanta Dña. Cristina hace entrega de su galardón **al Excmo. Sr. D. Federico Mayor Zaragoza.**



El Excmo. Sr. D. Federico Mayor Zaragoza durante la entrega del Premio «**Mayores en Acción**» 2005 acompañado por S.A.R la Infanta Doña Cristina, la Excmo. Sra. Dña. Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado Servicios Sociales, Familias y Discapacidad –Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la Excmo. Sra. Dña. Beatriz Elorriaga Pisarik, Consejera de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, y el **Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira**, Presidente de CEOMA.

MESAS DE LAS PONENCIAS



M.ª Rosa Lunas Masnou, Ponente.



Bases para una Carta Española de Derechos y Deberes de las Personas Mayores.



Ponencia 1. «Discriminación Política del Mayor».

Mario Cugat i Leseurs, Ponente, Rafael Navas, Presidente de Mesa, Enrique Peidro Albaladejo, Vicepresidente, Miquel Sánchez i López, Secretario, Juan Martínez Serrano, Vocal.



Ponencia 2. «Discriminación Sanitaria del Mayor».

Ángel Oso Cantero, Ponente, Jesús Sánchez Martos, Presidente, José Antonio García-Argudo López, Vicepresidente, Rafael Barroso Guerra, Secretario, Eladio García García, Vocal.



Ponencia 3. «Discriminación Laboral por Edad».

José Colldefors Valcárcel, Ponente, Ángel Rodríguez Martín, Presidente, Rufino Blanco Ruiz de la Prada, Vicepresidente, Carlos Lázaro Corthay, Secretario, José Luis de Blas Gamboa, Vocal.



Ponencia 4. «La Superación de la Discriminación Digital: Proyecto Alfabetización Digital».

Luis Álvarez Rodríguez, Ponente, Isabel Díaz, Presidenta, Concepción Cris-tellys de la Torre, Vicepresidenta, Juan Ramón Gallo García, Secretario, José Luis Rey Mora, Vocal.

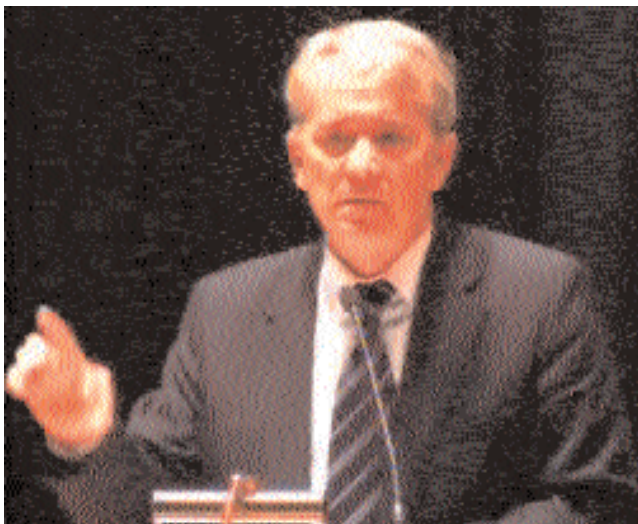


Ponencia 5. «La Preparación para la Jubilación: Proyecto Madurez Vital». José de las Heras Gayo, Ponente, Matilde Pelegrí, Presidenta, Carmen Marco Marco, Vicepresidenta, Emilio Atienza Vega, Secretario, Alicia Sandoval de León, Vocal.

COMUNICACIONES DURANTE EL VII CONGRESO



CONFERENCIAS VII CONGRESO



Conferencia Inaugural: «Negligencia, Abuso y Maltrato en las Personas Mayores».

Isidoro Ruipérez Cantera, Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. –SEGG– durante su Intervención en el VII Congreso.



Conferencia: «Discriminación positiva en los Programas de Atención a Mayores del Ayuntamiento de Madrid».

Ana Botella, Concejala del Área de Gobierno de Servicios Sociales y Atención a la Ciudadanía, durante su Intervención en el VII Congreso.



Conferencia: «Políticas y programas para personas mayores y personas en situación de dependencia».

Ángel Rodríguez Castedo, Director General del Inmerso.



Conferencia: «Una Política de Libertad e Igualdad para las Personas Mayores».

José María Alonso Seco, Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid.

MESAS REDONDAS

I. Mesa Redonda: «La Discriminación Económica del Mayor».



Francisco Ibars Company, Rafael Gassó Iborra, José Gil Pérez, Ponentes.

José Lladró, Presidente de Mesa.

Francisco de las Marinas Alférez, Coordinador.

Manuel Hernández Martínez, Secretario.

Ana de la Concha Castañeda-Álava, José Fornes Ruiz, Vocales.

II. Mesa Redonda: «Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer».



Idoia Romo, Blanca Clavijo, Isabel Iborra, Vicente Pérez Cano, Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo, Ponentes.

Loles Díaz Aledo, Presidenta de Mesa.

Antonio Burgueño, Moderador.

MESA REDONDA: «La Imagen del Mayor en los Medios de Comunicación».

III. Mesa Redonda: «La Imagen del Mayor en los Medios de Comunicación».



Ramón Sánchez Ocaña, Carmen Tomás, Consuelo Álvarez de Toledo, Germán Yanke, Concha Cuetos, Ponentes.

Carmen de Alvear, Presidenta de Mesa.

Javier García Pérez, Moderador.

OTRAS INTERVENCIONES DURANTE EL VII CONGRESO



Excma. Sra. Dña. Amparo Valcarce García, Secretaria de Estado Servicios Sociales, Familias y Discapacidad – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.



Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA.



Excma. Sra. Dña. Beatriz Elorriaga Pissarik, Consejera de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid.



Excmo. Sr. D. Enrique Múgica Herzog, Defensor del Pueblo.



Ilmo. Sr. D. Florencio Martín Tejedor,
Director General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Excma. Sra. D.ª Ana Pastor Julián, Secretaria Ejecutiva de Política Social y Bienestar del Partido Popular.



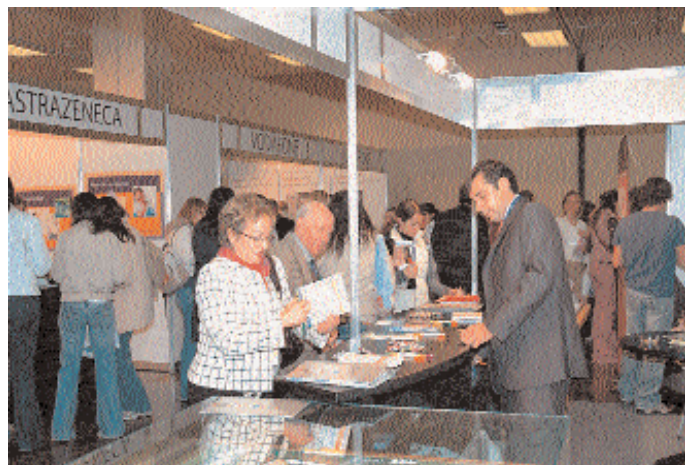
Excma. Sra. D.ª Beatriz López i Chamosa, Portavoz de la Comisión no Permanente para la Valoración de los Resultados Obtenidos en el Pacto de Toledo.

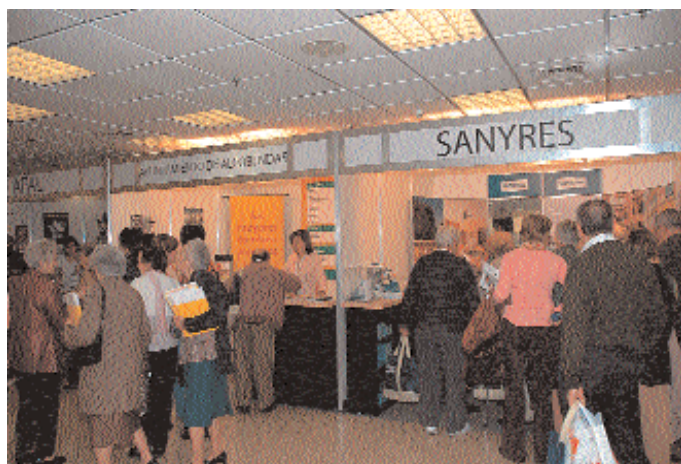
D. Carlos M.ª Martínez Martínez, Director Gerente de Obra Social Caja Madrid.



II FERIA DEL MAYOR: «MAYORES EN ACCIÓN»







EL CONGRESO EN LA PRENSA



INSTITUCIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS

Co-organizan:



Entidades colaboradoras:



Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de Fernández Ciudad, S. L.
en el mes de marzo de 2006