

ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS

EDITORIAL

Javier Alonso Renedo

ORIGINALES

Añadir vida a los años.

La ética del cuidado.

Mujeres y hombres en el ciclo vital de la vejez.
Similitudes y diferencias.

Equipos operativos de zona en Navarra en
el Proyecto de Atención Integrada Social y
Sanitaria-PAISS.

Cuando el cuidado deja de serlo.

RESEÑA DEL LIBRO

Libro blanco de las Ciudades que cuidan.

PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI, 2021-2022

CONVOCATORIA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Juana M^a Caballín
Leyre Elizari
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Concepción Molina
Isabel San Martín
M^a Luz Vicondoa

ISSN

ISSN 2659-7284

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE.com

SUMARIO

ORIGINALES

Añadir vida a los años	6
Fermín Castiella Lafuente, Carmen Marina Castiella García y Ana Castiella García	
La ética del cuidado	18
Victoria Camps	
Mujeres y hombres en el ciclo vital de la vejez. Similitudes y diferencias	23
Carmen Izal Garcés	
Equipos operativos de zona en Navarra en el Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria-PAISS.	29
Pilar Abaurrea Leoz y María Jesús Arellano Ayala	
Cuando el cuidado deja de serlo	36
Sagrario Anaut-Bravo	

RESEÑA DEL LIBRO

Libro Blanco de las Ciudades que cuidan	43
Mai Caballín	

CONVOCATORIAS

PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI, 2021-2022	45
ARTÍCULOS PARA LA REVISTA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS	48



Editorial

“O aprendemos a cuidar o perecemos”. El filósofo colombiano Bernardo Toro desde hace varios años viene haciendo hincapié en un concepto que parece sencillo, pero nada más lejos de la realidad: el paradigma del cuidado, el cuidado de la “casa común”, de la aldea global y de las personas más vulnerables. La pandemia de la COVID-19 ha mostrado con toda su crudeza el déficit y lesión de este valor esencial y que no puede ser ignorado por más tiempo. Estamos ante una sociedad cada vez más envejecida con crecientes problemas de salud que deben ser abordados con sentido de responsabilidad individual y colectiva, competencia tecno-científica y toda una miríada de virtudes profesionales, humanas, institucionales y políticas para cuidar, dando “años a la vida” y luchando contra el edadismo y los numerosos estereotipos reinantes todavía hoy, como tan oportunamente señalan Fermín Castiella y cols. en el primer artículo de este número de Cuadernos Gerontológicos.

Como bien señala la profesora Victoria Camps en su excelente ensayo *Tiempo de Cuidados* (2021), este cambio de paradigma exige reconocernos como seres interdependientes, relacionales, empáticos con los semejantes y atentos a los requerimientos del planeta que estamos deteriorando. Donde seamos capaces de equilibrar razón y sentimiento, justicia y cuidado, derecho (con frecuencia, frío) y unas relaciones interpersonales más cercanas, cálidas, respetuosas y responsables. El cuidado y la justicia, valores socialmente importantes, engendran obligaciones compartidas en todas las personas, sin distinción de sexo, y en las instituciones y administraciones competentes. Ambos son, pues, valores complementarios para humanizar la atención sanitaria en estos tiempos tecnológicos y vertiginosos que corren para así recuperar su finalidad legitimadora: la atención y el cuidado ante el ser humano vulnerable que sufre y muere, como uno de los fines de las profesiones sanitarias. A la ética del cuidado está dedicado el segundo de los trabajos.

Carmen Izal, psicóloga clínica, analiza en el tercer artículo las similitudes (todos los seres humanos necesitamos sentirnos amados y respetados porque, siguiendo a Kant, “tenemos dignidad y no solo precio”) y diferencias (económicas, esperanza de vida, implicación en los cuidados, aptitudes y en actitudes, sexualidad, apariencia física y presencia social) entre mujeres y hombres en el ciclo vital de la vejez. Lo hace desde la serenidad y desde ese acervo de experiencia, conocimiento y sabiduría de quien ya “peina canas”, en una etapa vital donde la ilusión, la gratitud, la búsqueda de sentido, la escucha comprensiva y el cuidado solidario y solícito del otro contribuyan a humanizar la existencia, a hacerla auténtica, valiosa, excelente y digna de ser vivida.

Una buena muestra de este cambio de paradigma, enmarcado dentro del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona, lo representa el Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria de Navarra (PAISS) que Pilar Abaurrea y María Jesús Arellano dirigen desde Gerencia de Atención Primaria y el Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. Un proyecto dirigido a personas con necesidades complejas y/o urgentes, sociales y/o sanitarias por medio de la aplicación de la gestión del caso, herramientas y Sistemas de Información compartidos y equipos de trabajo interdisciplinares con liderazgo profesional y ético. Una empresa mayúscula, un reto insoslayable, un deber ético de primer orden. Esperamos sus resultados en una necesaria publicación científica que pueda hacer extensible el modelo a otras comunidades autónomas de España.

Finalmente, la profesora Sagrario Anaut nos invita a reflexionar sobre los malos tratos a las personas mayores, a propósito de la recientemente presentada Guía de actuación profesional para la detección precoz e intervención en situaciones de malos tratos a personas mayores en Navarra. Realidades demográficas y epidemiológicas, inestabilidad de la unidad básica de cuidados, reajuste de roles en materia de cuidados y actividad laboral, miembros de la familia y personal externo como agentes cuidadores de proximidad coinciden con este cambio de paradigma: de la crisis de los cuidados a la sociedad de los cuidados, avanzando hacia una sociedad cuidadora. ¿Es esto posible en una sociedad individualista? Porque, como encabeza esta editorial, el cuidado no es una opción, o aprendemos a cuidar (-nos) o perecemos como especie. Somos lo que la educación hace de nosotros, dice Francisco Mora, doctor en Neurociencia. Eduquémosnos, pues, sin demora, en la responsabilidad del cuidado, recordando a Ignacio Ellacuría “cargando, encargándose y haciéndose cargo” de lo vulnerable, de lo frágil, en definitiva, de todo lo humano y planetario que no nos puede ser ajeno.

Fco. Javier Alonso Renedo
Secretario de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología



AÑADIR VIDA A LOS AÑOS

Fermin Castiella Lafuente

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Adjunto Medicina Preventiva

Carmen Marina Castiella García

Adjunta Servicio de Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Ana Castiella García.

Residente (4º año) Servicio de Medicina Interna. Hospital universitario de Basurto. Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Son muchos los datos que nos indican que la población se está haciendo cada vez más mayor.

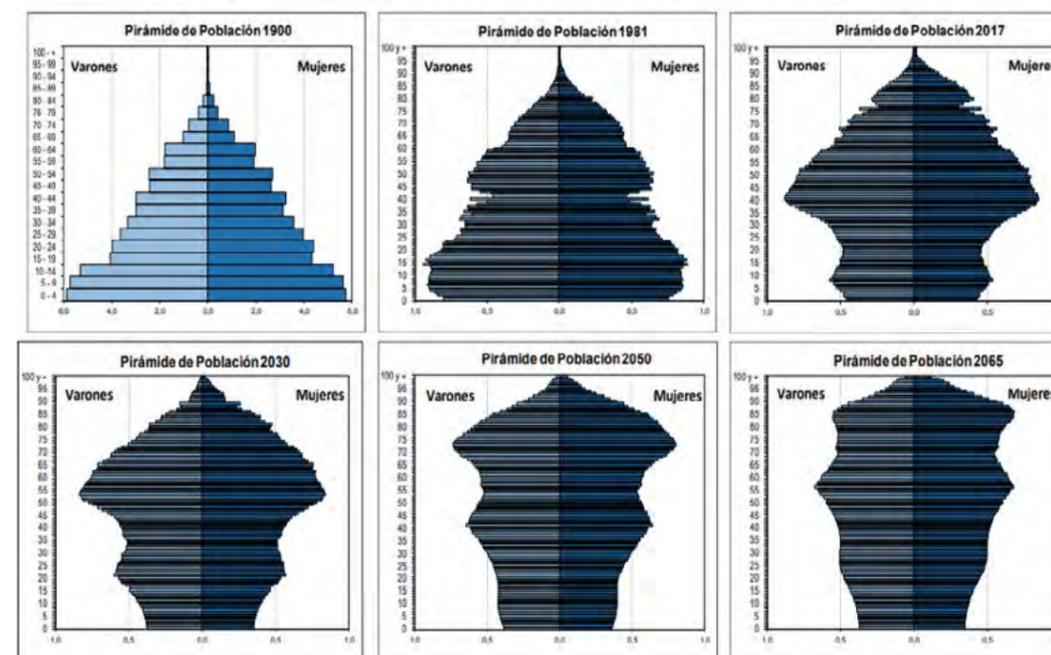
A nuestro alrededor hay personas que superan los 70 y los 80 años y no nos extraña. ¡Qué bueno es esto! ¿no?

La mayoría de los niños nacidos tras el año 2000 en los países desarrollados llegarán a cumplir 100 años en el siglo XXII (James Vaupel) (1).

Estamos viviendo un hecho histórico en todo el mundo. Cada segundo, dos personas celebran su sexagésimo cumpleaños. Cada década, se añaden 2 años y medio a la vida, lo que esto supone añadir 6 horas más de vida cada día. Esta progresión se va a mantener. Vivir más de 100 años será mucho más frecuente. La caída de la natalidad favorece, no solo que las poblaciones envejeczan, sino que también en las zonas rurales se pierda población con consecuencias directas sobre las condiciones de vida de sus habitantes (1).

El Instituto de Estadística de Navarra calcula que, en 2022, el 20,5 % de la población navarra será mayor de 64 años y el 6 % mayor de 80 años. En las siguientes pirámides de población se ve claramente de dónde venimos, dónde estamos y, si todo sigue igual, hacia dónde vamos. Si esto es lo que queremos, sigamos como hasta ahora que ya llegará. Pero si nos preocupa que las pirámides futuras nos van a crear más insatisfacciones que satisfacciones, a pesar de que lo estemos contemplando con más de 100 años, tendremos que aplicarnos para que sea de otra manera.

La pirámide de población en España: pasado, presente y futuro



Fuente: INE, Censos de Población y Proyecciones de Población (www.ine.es)

Recientemente el Instituto de Estadística de Navarra ha presentado la proyección de población para los años 2021-2035. Se trata de un instrumento básico para planificar. Esta evolución prevé una continuidad de la reducción de la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en Navarra

AÑO	HOMBRES	MUJERES
2020	81,3	86,2
2034	83,5	87,1
	84,2*	87,7*

*Sin efecto de la pandemia.

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra.

Si las condiciones de mortalidad se mantienen y se extrapolan las tendencias observadas, se aprecia el incremento de la esperanza de vida. En las condiciones actuales mantenidas, tendremos en el futuro un promedio más bajo de hijos-as por mujer debido a una menor fecundidad.

La población migrante ha sido determinante en la evolución de la población navarra. En los

últimos 15 años, las entradas medias de población han sido de 8.772 personas por año, mientras que las salidas han sido menos numerosas (media de salidas: 7.611). En el año 2007, hubo una caída considerable de entradas para empezar a remontar en 2018. Se trata de población activa con menores acompañantes (entre 10 y 40 años) y las personas mayores de 60 años de estas poblaciones, de momento, son un 10 % del total. Se espera que, por diferentes motivos, el saldo migratorio en los próximos años sea positivo con una tendencia creciente. Esta situación nos llevará a un incremento de población en los próximos 15 años del 1 % (102.000 habitantes).

A pesar de las condiciones de fecundidad, la natalidad se recuperará hasta alcanzar los 8.000 nacimientos en 2035. La mortalidad llegará a las 7.000 defunciones en el mismo año. El saldo natural ha sido negativo hasta 2008, a partir del cual los nacimientos superaron a las defunciones en 100 personas. Las migraciones permitirán frenar el envejecimiento de la población.

En los próximos 15 años, la población de 65 años o más aumentarán su presencia en más de 48 mil personas y pasará del 19,8 % al 23,4 %. Se reducirá el sobre envejecimiento debido a la incorporación a la cúspide de la pirámide la diezmada generación de la postguerra.

El 70% de la población navarra vive en el área de influencia de las dos ciudades más grandes: Pamplona (56,4 %) y Tudela (13,6 %). El resto de zonas no sobrepasan el 10 %. Se supone que la tendencia se mantendrá y la población de Pamplona en 2035 supondrá el 59,3 % de la población total de Navarra. Este incremento será por la pérdida de habitantes de las diferentes zonas.

En cuanto a la capacidad de reemplazo del mercado laboral (ratio población 15-24 años por cada 100 de 55-64 años), Pamplona registrará la situación más equilibrada (96,7), seguida de Tudela (79,4) y el resto del territorio por debajo de 70, excepto en el Pirineo que no llegará a 55 (2).

Pero además de cumplir años, a nuestro alrededor también están pasando cosas importantes a las que deberíamos dedicarles “más de una pensada y más de dos actuaciones”. Recordemos que somos actores y actrices principales favorecedores y sufridores del cambio climático, de la despoblación de las zonas rurales, de la desaparición de productos de cercanía, de las crisis económicas, de las condiciones laborales de la población joven, etc.

Vivimos la amenaza del futuro de las pensiones que también va a llegar y que tiene pinta de que no nos va a gustar. Vamos a ser una población mayor que cuida y que necesita cuidados. Y esta, también tendrá que ser una tarea de los hombres que, hasta ahora, han interpretado más el papel de recibir cuidados que de ofrecerlos.

Tenemos mucho trabajo por delante. Alguno ya está en marcha, pero no nos podemos parar, porque algunas amenazas ya han pasado a ser realidades. Así, el incremento de la esperanza de vida lleva aparejado también un aumento de personas con enfermedades crónicas que, en ocasiones, mantienen relaciones estrechas y constantes con el sistema sanitario con el consiguiente gasto y sobrecarga del mismo.

Asimismo, la población se desplaza de las zonas rurales a las urbanas donde vive más del 80% de la población con la consiguiente presión sobre la calidad ambiental en las ciudades y donde se desarrolla la mayor parte de la actividad económica y cultural. El fenómeno

de la despoblación es eminentemente rural y afecta, con mayor gravedad, a los pequeños municipios. Prácticamente la mitad de nuestro territorio está en riesgo demográfico (3).

Una población envejecida, una concentración de personas en entornos urbanos y los efectos del cambio climático plantean una situación compleja que afecta seriamente a las condiciones de vida y a la salud. Los efectos del cambio climático son múltiples y complejos. Citemos algunos datos generales:

- Entre 2030 y 2050 el cambio climático causará, a nivel mundial, unas 250.000 defunciones adicionales cada año.
- Las zonas con malas infraestructuras sanitarias serán las menos capacitadas para prepararse ante esos cambios.
- La reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero mediante mejoras del transporte y de las elecciones en materia de alimentos y uso de la energía pueden traducirse en mejoras de la salud.
- Influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura; la escasez de suministro de agua potable, el aumento y la frecuencia de las inundaciones afectan seriamente la salud con mayor o menor intensidad, dependiendo de la zona del mundo en la que se viva, pero siempre será más graves en las económicamente más desfavorecidas (4).
- Incremento de los efectos atmosféricos adversos, el aumento del nivel del mar, la variabilidad de las precipitaciones.
- Las temperaturas extremas del aire contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas de edad avanzada.

El cambio climático afecta a la salud de la población española. Es posible detectar tanto efectos directos (olas de calor, sequías, inundaciones) como indirectos (contaminación at-

mosférica, alérgenos, cambio de distribución de vectores, pérdida de la calidad del agua y alimentos). Todos ellos con diferente grado de intensidad según el grupo de población y el lugar de residencia.

Ante esta situación, Naciones Unidas ha declarado el decenio 2021-2030 como el del Envejecimiento Saludable en un mundo que cambia con el clima (Resolución 75/131 de la Asamblea General) y ha determinado las siguientes áreas (5):

1. Cambiar la forma en que pensamos (estereotipos), sentimos (prejuicios) y actuamos (discriminación) con respecto a la edad y al envejecimiento (edadismo).
2. Desarrollar comunidades que fomenten las capacidades de las personas mayores.
3. Prestar atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las necesidades de las personas mayores.
4. Proponer a las personas acceso a los cuidados a largo plazo.

Las personas mayores serán el eje central del Plan, que aunarà los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades. Se trata del segundo Plan de Acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas y se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El mundo, como puede concluirse de los esfuerzos institucionales de las últimas décadas, no está preparado para responder a los derechos y necesidades de las personas mayores. El envejecimiento de la población afecta a nuestro sistema de salud, mercados laborales y financieros, demanda de bienes y servicios, educación, vivienda, atención a largo plazo, protección social, información y servicios so-

ciales. Por lo tanto, requiere un enfoque en que esté implicada toda la población.

Atendiendo al contexto reconocido, las 10 prioridades que se plantean en la Década del Envejecimiento saludable son:

1. Construir una plataforma para la innovación y el cambio.
2. Apoyar la planificación y la acción de los países.
3. Recopilar mejores datos globales sobre envejecimiento saludable.
4. Promover investigaciones que aborden las necesidades actuales y futuras de las personas mayores.
5. Alinear los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
6. Sentar las bases de un sistema de actuación a largo plazo en todos los países.
7. Garantizar recursos humanos necesarios para la atención integral.
8. Empezar una campaña mundial para combatir la discriminación por edad.
9. Visibilizar el argumento económicamente para la inversión en envejecimiento saludable.
10. Desarrollar la Red mundial para ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. (6)

El envejecimiento saludable y la longevidad saludable para la mayoría de las personas ahora y en el futuro no serán posible sin un planeta saludable. Las combinaciones de calor, temperaturas variables, mala calidad del aire y contaminación ambiental exacerban la mala salud de las personas mayores. El aumento del nivel del mar y los fenómenos meteorológicos extremos (tormentas, tifones, huracanes) provocan inundaciones, oleadas de aguas pluviales y contaminación del agua potable (7, 8).

El envejecimiento de la población y el cambio climático están ocurriendo en el mismo momento. Por tanto, la década 2021-2030 es fundamental para el cambio climático y el envejecimiento. Ambas estrategias deben desarrollarse en estrecha colaboración y encontrar formas de ampliarse para el beneficio de las personas en la segunda mitad de su vida ahora, para las generaciones futuras y para el planeta tierra. Así se recoge en el Foro Económico de Davos, cuando sus integrantes han coincidido en señalar el envejecimiento y el cambio climático como las mayores amenazas para el crecimiento económico (9).

ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS A LA EDAD: EDADISMO

El contexto general descrito sitúa la reflexión en la proximidad de cuanto afecta de forma negativa a un envejecimiento saludable. Uno de esos factores es el edadismo. El estereotipo por la edad es la imagen estructurada y aceptada que se tiene de las personas por la edad. Se construye generalizando las características que se tiene sobre ese grupo. Los mitos contribuyen a esa construcción que, a su vez, alimentan los estereotipos. Entre los mitos que se han construido sobre las personas mayores, sobresalen:

- “La improductividad”. La persona jubilada es considerada como no productiva, no consumista, no útil y es soportada como una carga para la Sociedad.
- “Descompromiso o desvinculación social”. Se les considera retiradas de los intereses vitales.
- “Aislamiento social”. Se suele considerar que está aislada de su familia y la sociedad, permanece recluida.
- Sin interés por “el sexo”, cuando es justamente en esta etapa cuando aumenta la aptitud emocional y la capacidad de amar.
- “Incapacidad de aprender”. Las personas mayores tienen interés y capacidad para aprender cosas que quizá no pudieron aprender en su juventud
- “Inflexibilidad”. Se le considera inca-

paz de cambiar y de adaptarse a las nuevas situaciones.

- “Conservadurismo”. Es verdad que actúa como depositaria de las tradiciones y del saber hacer, pero también sabe adaptarse a los nuevos tiempos (10-12).

Estos mitos, y otros más, participan en la construcción de la imagen social de las personas mayores que no se ajusta a la realidad y que no les favorece para poder llevar una vida autónoma, independiente y ser quienes decidan qué quieren hacer con su vida. Se denomina edadismo y es una discriminación a personas simplemente por la edad, en este caso por ser personas mayores.

La construcción social de la imagen de las personas mayores afecta al cómo se comportan ellas y cómo lo hace el resto de la sociedad con ellas. Incluso en los entornos más próximos, en las familias, el trato que reciben las personas mayores, en muchos casos, es de anulación de capacidades pasando la toma de decisiones a hijos o hijas por considerar que no son capaces de decidir qué quieren.

Este comportamiento social es muy relevante, ya que coincide con el momento de la jubilación, fin de la etapa productiva, como si esto les anulara su historia y toda capacidad para seguir gobernando su vida. Hay que tener en cuenta que algunas de las personas mayores también participan de estas creencias y consideran normal el trato que reciben, a pesar de que les moleste.

La discriminación por razón de la edad no es patrimonio de las personas mayores, la juventud también lo sufre. Ser joven, en ocasiones, también discrimina. Afecta a todas las esferas de la vida: salud, vivienda, trabajo, economía y relaciones sociales.

Los comportamientos sociales están impregnados de los estereotipos, los prejuicios y la discriminación que lo caracteriza y de los que participamos muchas personas. Prácticamente la totalidad de la población seremos víctimas de este trato. En muchos casos no se identificarán y se vivirán como “normal”. Los micro-edadismos (sobreprotección, in-

fantilismo y paternalismo en el trato a las personas mayores) existen, son frecuentes y están muy arraigados.

La vejez se vive como un mal necesario y se ofrecen insistentemente productos para prolongar los estigmas de la juventud sin tener en cuenta que la imagen corporal no es lo que determina la vejez, simplemente hace que el sentimiento personal con relación al resto nos sitúe en una escalera más alta, pero no cambia nada nuestra posición en la sociedad. El edadismo no solamente se refiere al aspecto físico, también anula las otras facetas de la persona, pone en duda sus capacidades y la posibilidad de ejercer su autonomía.

Según afirma la OMS en uno de sus trabajos recientes, el edadismo puede ser institucional (leyes, reglas, normas y prácticas institucionales), interpersonal (relaciones entre personas) y auto infligido (interiorizado y aceptado por las personas mayores) (13). La misma OMS estima que el 50 % de las personas son edadistas con las personas mayores (14).

Se reconoce como la tercera causa de discriminación (después de sexismo y racismo), pero no se conoce lo suficiente y ha impregnado la relación que se tiene con las personas mayores. El edadismo se asocia con una menor esperanza de vida, salud física y mental deficientes, una recuperación más lenta de la discapacidad y un mayor deterioro cognitivo (15). Además, incrementa la soledad y el aislamiento social de las personas mayores y puede aumentar el riesgo de sufrir situaciones de violencia y abuso.

De esta forma, se favorece la invisibilidad de las personas mayores con las consecuencias pertinentes de situaciones corrientes de edadismo tales como infantilizar a las personas mayores, utilizar el término abuelos/as para referirnos a ellas (no todas las personas mayores lo son), representarlos con bastón, andador o sentados en un banco, etc. El edadismo, asimismo, agudiza la discriminación que ya pueden sufrir personas con discapacidad o en las desigualdades de género existentes.

Las mujeres mayores viven más años y son más pobres que los hombres. Sufren mayor discriminación y violencia de género que las jóvenes. Por ejemplo, se ha llegado a plantear

que las personas mayores no tengan derecho a votar asuntos con consecuencias a largo plazo que van a repercutir en las poblaciones de menor edad. Se calcula que 1 de cada 6 personas mayores en todo el mundo sufren abusos o malos tratos, pero solamente el 4 % lo denuncia (16). Por tanto, estas situaciones están invisibilizadas y no es porque no existan.

Para combatir el edadismo tenemos que empeñarnos en construir un mundo para todas las edades. Vivir en una sociedad plural, intergeneracional, intercultural, interracial, etc., donde todas las personas tienen los mismos derechos y se tiene que procurar una convivencia armónica y respetuosa, es un objetivo colectivo. Esta nueva cultura tiene que impregnar el lenguaje y las actitudes que favorezcan la eliminación de la estigmatización de las personas mayores. La infantilización paternalista que habitualmente se usa cuando se habla a las personas mayores no favorece el ejercicio de la autonomía de las mismas. Las personas mayores son dueñas de sus vidas y de sus actos y tienen capacidad para decidir qué es lo que quieren, a pesar de que se puedan equivocar.

Las personas mayores no son dependientes. Al contrario, son capaces de tomar decisiones. Tampoco son una carga. Esto nos tiene que hacer pensar que el aumento de la esperanza de vida es una conquista que aporta grandes beneficios a la sociedad. Además, nos obliga a fomentar una sociedad más inclusiva, justa y garante de los derechos de todas las personas que la componen.

LA SOLEDAD: OTRO ELEMENTO A CONSIDERAR

Soledad, junto con el edadismo y los malos tratos, es otro de los aspectos que está presente en el mundo de las personas mayores y del que se tiene un conocimiento limitado. Partimos de que no es lo mismo “estar” que “sentir” la soledad. La soledad se refiere a lo subjetivo, al cómo se percibe el aislamiento, en tanto que el aislamiento social es una realidad objetiva de mala integración, de falta de relaciones interpersonales duraderas. De la misma manera hay que diferenciar entre soledad “impuesta” y soledad “elegida”.

La soledad, en sus diferentes sentidos, es más frecuente en las mujeres y se incrementa con la edad. Así, a partir de los 80 años, el grupo de relación se va reduciendo de la misma manera que las capacidades personales se pueden ver afectadas, por lo que la soledad se incrementa notablemente. Al mismo tiempo, en estos momentos, se puede permanecer más tiempo en el hogar de forma autónoma con ayudas de ingenios técnicos de fácil manejo que pueden proporcionar recursos materiales necesarios para sobrevivir y, quizá, no sentir soledad. Por ello, no es casual que vaya aumentando el número de personas mayores que viven solas.

La soledad, como fenómeno natural, es un sentimiento que puede surgir en cualquier momento. Es posible señalar algunos factores personales que influyen:

1. Forma de entender las relaciones y las expectativas.
2. Forma de comportarse y comunicarse.
3. Pérdida de ilusión, de sentido a la vida, de futuro, etc.
4. Dificultad para pedir/recibir ayuda.
5. Falsa creencia de que la soledad es un hecho normativo que se da "per se" en las personas mayores. (17)

EL IMPACTO DIFERENCIAL DE LA COVID-19

En estos momentos hablar de la situación de las personas mayores y no hacer alguna referencia a la COVID-19 y sus consecuencias es imposible. Han sido las personas mayores las más afectadas tanto en lo referente a morbilidad como a mortalidad, sin despreciar las consecuencias que las medidas adoptadas para tratar de frenar la progresión de la misma les han causado y les siguen causando. Los confinamientos, aislamientos, restricciones, entre otras medidas, han originado situaciones difíciles de soportar que en algunos casos todavía perduran.

El edadismo se ha puesto de manifiesto en el trato que se ha dispensado a las personas mayores en la aplicación de numerosas

medidas adoptadas. Las limitaciones de acceso a los centros planteadas por el sistema sanitario (atención telefónica) ha impedido realizar el seguimiento pertinente de los procesos crónicos y, en muchos casos, también en los agudos. Con ello se ha provocado un sentimiento de abandono generalizado. El aumento de la carga de trabajo del personal sanitario del primer nivel asistencial ha incrementado ese sentimiento de abandono entre las personas mayores.

Las cuarentenas, necesarias y efectivas para controlar la infección, han favorecido las situaciones de malos tratos y abandono de las personas mayores (en su lugar de residencia como por parte de las instituciones públicas). A las situaciones habituales, se le han sumado las derivadas de un estado de estrés vivido por la reclusión, el aislamiento y el miedo generado por la novedad.

Frente al maltrato a las personas mayores se tiene que imponer y generalizar el buen trato. Habrá que abandonar los estereotipos y dejar a un lado los mitos que alimentan un edadismo favorecedor de discriminación incompatible con la dispensación de buen trato a estas personas mayores. El respeto y garantía de sus derechos son imprescindibles para conseguir que se les trate como se debe y que sientan el buen trato y una relación de igualdad entre personas.

El número de personas fallecidas en centros residenciales en las primeras fases de la pandemia ha minado la moral y las capacidades de estas personas para llevar una vida acorde con sus necesidades y posibilidades. A pesar de ello, han tenido y tienen un comportamiento ejemplar, digno de admiración.

Reconocer su "buen hacer" ha de exigir, al resto de la sociedad, que el buen trato entre las personas sea siempre el comportamiento habitual, sin tener en cuenta la edad, el sexo, la raza, etc. Respetando la voluntad de las personas se promueve autonomía, se permite la participación en los asuntos que les afectan, se garantizan entornos seguros y acceso a la justicia que son la base para dispensar buen trato.

DESIGUALDAD POR LUGAR DE RESIDENCIA (18)

Hasta aquí se han ido desglosando algunos factores que limitan "añadir vida a los años". El edadismo y la soledad cuentan con una larga trayectoria en nuestras sociedades. La experiencia de una epidemia mundial es más reciente. Parece oportuno, en este punto, tratar otro factor al que se le ha dado mucha menor relevancia, sobre todo, cuando se observa que la esperanza de vida es mayor en el medio rural que en el urbano. Este factor es el lugar donde se reside. Se puede diferenciar entre el domicilio personal y un centro residencial, y entre una localidad rural y una urbana.

Existen diferencias territoriales considerables en Navarra. Unas, objetivas derivadas del clima, accesibilidad, etc. Otras, fruto del efecto de diversas variables entre las que destacan las decisiones políticas y económicas. Un hecho que afecta a la mayoría del territorio es la despoblación, sobre todo, de aquellas zonas con peores vías de comunicación, cuya gestión no siempre se ha hecho con criterios de equidad.

En las zonas rurales, la despoblación se ve favorecida por la emigración a zonas urbanas de jóvenes con interés formativo y laboral, ambos garantes de una vida independiente. El perfil resultante de su población es que hay menos mujeres (emigran más) que hombres, excepto de 0 a 15 años y mayores de 65 años, aumenta el número de personas que viven solas y aumenta la edad media de quienes se quedan. Esto trae como consecuencia que la posibilidad de crear familias se complica. Se consigue así que poco a poco la población disminuya con el consiguiente efecto sobre los servicios que van desapareciendo, con la pérdida consiguiente de atractivo para que instalen nuevas personas. Se agudiza, de esta forma, el envejecimiento de la población.

La Unión Europea considera que un territorio está en riesgo de despoblación cuando la densidad de población está por debajo de 12,5 habitantes por km². En Navarra hay dos comarcas muy por debajo de esta densidad de población considerada desértica. Son la Prepirenaica (7,7 habitantes /km²) y la Pirenaica (4,1 habitantes /km²) y otras cercanas como son Sangüesa (14,3 habitantes /km²), la

comarca de Ega-Montejurra (16,1 habitantes /km²), Larraun (18,8 habitantes /km²) y Valle del Arga (19,9 habitantes /km²). Estas poblaciones con menor población, son también, las más envejecidas y con tasas de empleo más bajas. Además, registran los porcentajes más altos de hogares unipersonales. El 27,6% de los hogares navarros son unipersonales, pero se incrementa de forma notable en la zona del Pirineo (44,2 %) y Prepireneico (35 %). (19)

Este contexto de creciente despoblación y envejecimiento de las poblaciones rurales afectan de lleno a los ecosistemas, la conservación de la naturaleza y el uso de los recursos naturales con consecuencias sobre el suelo urbano, las infraestructuras y el mercado inmobiliario. A este impacto, se añade el social.

Cuando las poblaciones envejecen, aumentan porcentualmente las personas valoradas con discapacidad/dependencia que requieren cuidados. Por tratarse de zonas despobladas, la carencia de servicios no favorece que se puedan dispensar. A esto se añade la falta de transporte público, tanto para conectarse con las ciudades como entre pueblos cercanos. Se recurre al coche particular y las personas mayores cada vez se ven menos capacitadas para usarlo, teniendo que depender de quien les quiera o pueda llevar.

En suma, la pluralidad territorial y poblacional de Navarra hace que existan entre las diferentes zonas desequilibrios y desigualdades que hay que considerar con políticas solidarias, pero desde la mirada de lo rural, no desde una perspectiva urbana centrada en las grandes cifras más que en los derechos de ciudadanía. El envejecimiento es hoy el mayor reto que encuentran las zonas rurales de Navarra.

Ciudades, pueblos y barrios "amigables" con las personas (mayores).

Frente a la realidad descrita, están las de pueblos, barrios y ciudades de una cierta entidad y dinamismo demográfico y económico. En estos entornos es posible encontrar los pueblos, barrios y ciudades "amigables".

"Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud,

participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (20).

El concepto de amigable con las personas (mayores) consiste en aquellos espacios habitables que ofrecen un comportamiento empático, favorecedor, respetuoso, accesible, tranquilo, con servicios necesarios para vivir, para todas las personas, favorecedores de un envejecimiento activo y saludable, con espacios verdes transitables, promotores de la autonomía personal, solidaria, con perspectiva de género, participativo, comunicativo, sensible, motivado para el cambio, donde la política se impregne de amabilidad, etc., con las personas de todas las edades que allí viven. Todo ello supone la creación o adaptación de los espacios de residencia y vida de las personas al cambio demográfico pensado para que puedan ser disfrutadas “por todas ellas”.

La Organización Mundial de la Salud ha impulsado la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores destinada a crear entornos y servicios que faciliten un envejecimiento saludable y activo. Una iniciativa que forma parte de la Estrategia de la OMS para la Década del Envejecimiento Saludable (2021– 2030), en consonancia con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Además, la OMS considera que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida, por lo que una ciudad amigable con los mayores es una ciudad para todas las edades. Para reconocer una “ciudad amigable” con las personas mayores, propone que se desarrollen 8 áreas temáticas:

- Espacios al aire libre y edificios.
- Transporte.
- Vivienda.
- Participación social.
- Respeto e inclusión social.
- Participación cívica y empleo.
- Comunicación e información.
- Servicios de apoyo comunitario y de salud.

Estas 8 áreas, en su desarrollo, tienen que estar orientadas a las necesidades de todas las personas en relación con el entorno, respetando el medio ambiente (21).

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Un medio para cambiar estereotipos actuales asociados a las personas mayores, como el edadismo, es potenciar el envejecimiento saludable (con buena calidad de vida) y avanzar en el envejecimiento activo (participado). A comienzos del siglo XXI, la OMS afirmaba:

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (22).

Activo, según esta definición, hace referencia a la implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, y no solo a las capacidades de estar físicamente activo. Si el envejecimiento es un fenómeno global, la respuesta también debe ser global y corresponde a cada área de las administraciones públicas y de la sociedad civil ofrecerla de forma coordinada, comprometida y coherente.

Para ofrecer una respuesta multidisciplinaria, orientada a fortalecer el envejecimiento activo, esto es, el proceso de optimización de una serie de oportunidades que mejoren la calidad de vida y el bienestar de las personas que envejecen, Naciones Unidas y HelpAge han propuesto (23):

- Refuerzo de capacidades individuales que fomenten el desarrollo humano a lo largo de la vida.
- Entornos favorables. Un entorno físico (arquitectónico y ambiental) y social acogedor que promueva el desarrollo y la utilización de tecnologías innovadoras a fin de alentar un envejecimiento activo, es especialmente importante a medida que las personas envejecen. Estos elementos pueden ser, por ejemplo, el fácil acceso a medios de transporte públicos y a tecnologías de la información y la comunicación, viviendas aptas y costeables, aprendi-

zaje a lo largo de la vida, libertad cívica y vínculos sociales.

- Estructura sanitaria sólida. Para cubrir el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, es necesario que las personas de edad tengan acceso a servicios de atención de la salud acogedores y que satisfagan sus necesidades. Incluye atención preventiva, curativa y de duración prolongada desde una perspectiva que abarque toda la vida. Es necesario contar con políticas que promuevan estilos de vida saludables, tecnologías que puedan ayudar, investigación médica y servicios de rehabilitación. El objetivo de una buena salud debe ser la respuesta de la sociedad ante el envejecimiento de la población (no solamente vidas más largas, sino más saludables).
- Seguridad de ingresos. Es preciso establecer medidas mínimas de protección social a fin de garantizar la seguridad de ingresos económicos (pensiones contributivas y no contributivas) y el acceso a servicios sociales y de salud esenciales para todas las personas de edad, así como proporcionar medidas mínimas de seguridad que contribuyan a aplazar la discapacidad y prevenir el empobrecimiento en la vejez.

Participar de un envejecimiento activo nos permite influir en el propio proceso de envejecer. Va a depender de la “mochila que aportemos” y de lo que hagamos. Un estilo de vida saludable desarrollado a lo largo de la vida será un punto de partida ideal para construir una vejez saludable, si no es así, el esfuerzo que requerirá será diferente.

Estrategia de envejecimiento activo y saludable de navarra (24)

La Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022 es un compromiso adquirido por el Gobierno de Navarra, motivado por los cambios estructurales demográficos ocurridos en las últimas décadas. A la agudización del descenso de la natalidad de manera que no llega a la tasa de reposición, se le suma el incremento de años a la esperanza de vida y más defunciones que na-

cimientos. Estos cambios instaurados han tenido referencia en el análisis demográfico de las diferentes estrategias puestas en marcha por las administraciones, pero no han tenido repercusión suficiente en su desarrollo.

Esta Estrategia integra a todos los Departamentos del Gobierno de Navarra y fue promovida desde el Consejo interdepartamental de Salud. Se pretende contribuir a mejorar la salud y la vida de las personas a medida que envejecen. Su finalidad, por tanto, es promover que el envejecimiento de la población navarra se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, de manera que las personas permanezcan activas, autónomas e independientes durante el mayor tiempo posible.

Esta población tiene como horizonte de vida más de 20 años por lo que habrá que procurar que sean en las mejores condiciones posibles. Para ello es necesario que la Estrategia tenga un desarrollo en relación con otras estrategias del Gobierno de Navarra, del resto de las administraciones y de la sociedad civil, ya que en algunas áreas se complementan. Parece pertinente, entonces, que debería existir una estructura del propio Gobierno encargada de la coordinación del conjunto de agentes y políticas implicadas para orientar el trabajo de forma coherente.

Dicho en otros términos, una Estrategia como la vigente actualmente enfocada al envejecimiento activo y saludable tiene sentido si se desarrolla en el marco de una más amplia que trate de aglutinar los esfuerzos de todas aquellas que de manera directa o indirecta afectan al envejecimiento. El Decenio de envejecimiento activo 2021-2030, al amparo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es el marco ideal para conseguir que los efectos de las diferentes estrategias se multipliquen en su desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

1. Punset, E. (2011). En 'Redes' la esperanza de vida en el futuro. Claves para aumentar la esperanza de vida. Consultado en <https://www.rtve.es/television/20111014/claves-para-aumentar-esperanza-vida/468355.shtml>
2. Instituto de Estadística de Navarra. Proyecciones de población Navarra 2021-2035 Consultado en: [Proyecciones_informe_2021_2035.pdf](#)
3. Vicepresidencia cuarta y Ministerio para la transición ecológica (2020). El reto demográfico y la despoblación en cifras. Consultado en: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/280220-despoblacion-en-cifras.pdf>
4. Organización Mundial de la salud (2021). Cambio climático y salud. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
5. Organización Mundial de la Salud (2020). Década de envejecimiento saludable 2020-2030. Consultado en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
6. Plataforma de ONGs de Acción Social (2019). Las 10 Prioridades de la Década del Envejecimiento Saludable 2020/2030. Consultado en: <https://www.plataformaong.org/noticias/2121/las-10-prioridades-de-la-decada-del-envejecimiento-saludable/2020-2030>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Estudios e investigaciones 2013. Impactos del cambio climático en la salud. (Resumen ejecutivo). Consultado en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CCResumen_ESP.pdf
8. HelpAge International (2015). El cambio climático en un mundo que envejece. Consultado en: <https://www.helpage.org/silo/files/el-cambio-climatico-en-un-mundo-que-envejece.pdf>

9. Foro Económico Mundial (2019). Davos: envejecimiento y cambio climático, las mayores amenazas para el crecimiento económico. Consultado en <https://www.sinembargo.mx/25-01-2019/3527229>
10. Aula Mayor (2017). Mitos, Estereotipos y Talentos en la vejez. Consultado en: <https://www.aulamayor.com/2017/10/24/estereotipos-y-talentos-en-la-vejez/> Mitos, Estereotipos y Talentos en la vejez - Aula Mayor
11. Centro Internacional sobre el Envejecimiento (2019). 10 mitos sobre el envejecimiento. Consultado en: <https://cenie.eu/es/blog/10-mitos-sobre-el-envejecimiento>
12. Pardo Ramilo, L. (2016). 7 mitos sobre la vejez... a desterrar. Revista digital Geriátrica. Consultado en <https://www.geriaticarea.com/2016/04/13/7-mitos-la-vejez-desterrar/7> mitos sobre la vejez... a desterrar - Geriaticarea
13. Organización Mundial de la Salud (2021). Informe mundial sobre edadismo. <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>
14. Organización Mundial de la Salud (2021). El edadismo es un problema mundial. Naciones Unidas. Consultado en <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
15. Gericare blog (2021). Edadismo: su papel como determinante social de la salud. Consultado en: <https://blog.gericare.com.mx/edadismo-su-papel-como-determinante-social-de-la-salud/> :~: text=Investigaciones%20recientes%20demuestran%20que,%20las%20actitudes%20negativas%20hacia,%20lenta%20de%20la%20discapacidad%20y%20un%20deterioro%20cognitivo
16. Organización Mundial de la Salud (2021). Maltrato de las personas mayores. Consultado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

17. Pinazo Hernandis, S., y Bellegarde Nunes, M.D. (2018). La soledad de las personas mayores. Estudios de la Fundación Pílar para la autonomía de las personas. Colección Estudios, 5.
18. Labiano Mangado, Á. (2021). Estrategia de lucha contra la despoblación en Navarra. Consultado en: <https://www.navarra.es/documents/48192/7334140/Mapa+de+Zonas+y+Municipios+en+Riesgo+de+Despoblaci%25C3%25B3n+Navarra++DG+Administraci%25C3%25B3n+Local+y+Despoblaci%25C3%25B3n+GN.pdf/b6ed2570-d470-13c4-a6f7-60e6c2e-a693f?t=1621250983420>
19. Gobierno de Navarra (2019). Desigualdades territoriales en Navarra: retos y propuestas. Consultado en: https://www.navarra.es/documents/48192/0/Informe_Desigualdades_Territoriales.pdf/38e612e5-999d-3ebf-3937-3726e47106ba?t=1578916577556
20. Organización Mundial de la Salud (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Consultado en: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
21. Pensium (2021). Ciudades amigables con las personas mayores. Consultado en: <https://pensium.es/ciudades-amigables-personas-mayores/>
22. Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Consultado en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
23. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International (2012). Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío. Consultado en: https://unfpa.org/site/default/files/pub.pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf
24. Gobierno de Navarra (2017). Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022. Consultado en: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_de_envejecimiento_activo_y_saludable_de_navarra_2.pdf

LA ÉTICA DEL CUIDADO

Victoria Camps

Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política en la Universidad Autónoma de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Desde que la filósofa Carol Gilligan escribió el libro *In a Different Voice*, hace ya cuarenta años (1982), la idea de que el cuidado debe ser un valor tan importante como la justicia ha tomado cuerpo en las teorías éticas y políticas, y especialmente en aquellas cuyo objeto de estudio son los sectores más vulnerables de la ciudadanía: menores, personas enfermas, mayores o con discapacidad.

El libro de Gilligan fue una réplica a las investigaciones del psicólogo John Kohlberg sobre los estadios de la conciencia moral. En ellos ocupaban un lugar nuclear el derecho y la justicia, el sentido de imparcialidad que adquirirían las personas al aprender a abstraerse de las situaciones concretas. Gilligan le criticó a Kohlberg lo que ella consideró una visión sesgada de la ética, una visión masculina que, como tal, siempre había situado a la justicia en el centro del discurso moral y político. No se trataba de eliminar ese valor y sustituirlo por otro, sino de poner de manifiesto la insuficiencia del mismo. La ética de la justicia necesitaba el complemento de la ética del cuidado, por una razón tan simple como esta: las personas más vulne-

rables y necesitadas no precisan únicamente de leyes e instituciones que les garanticen una protección y una asistencia justa. Necesitan, asimismo, de personas que estén a su lado, que las acompañen y las quieran, que las atiendan personalmente. Además de justicia, necesitamos cuidado.

La esperanza de vida ha crecido y sigue creciendo. Gracias a los avances de la biotecnología y de la medicina es posible curar cada vez más enfermedades y, sobre todo, alargar la vida de las personas y retrasar los achaques del envejecimiento. Muchas enfermedades que antes eran causa de una muerte segura, hoy tienen tratamiento. Pero el tratamiento no siempre significa curación, sino más bien postergación de la muerte. El alargamiento de la vida va acompañado de un aumento de enfermedades crónicas, cuyos pacientes deben aprender a vivir con discapacidades y limitaciones que, a veces, van degenerando y sumiendo a la persona en un estado de parcial o total dependencia. Son personas para las que la medicina ya no puede ofrecer curación sino cuidados. Cuidados que les permitan recuperar y mantener una forma de vivir autónoma o que les procuren la calidad de vida que toda persona, aún en condiciones de total dependencia, merece.

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL CUIDADO

La bioética tiene entre sus objetivos el de considerar de qué forma la medicina y la protección de la salud deben adaptarse a las nuevas necesidades derivadas del cambio producido por el desarrollo científico y técnico de las ciencias de la salud. Una población más envejecida, pero también con más expectativas de vida, requiere un trato y unas atenciones que no responden sencillamente al objetivo tradicional de la medicina, que era curar la enfermedad y evitar la muerte.

Cuidar a los que no tienen curación se ha convertido en uno de los fines de la medicina, tan importante como el de curar la enfermedad. Así lo explicita el conocido estudio de The Hastings Centre: *The Goals of Medicine* (2004). Según dicho estudio, la salud se identifica con “la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente”. Un bienestar que se ve amenazado no sólo por la existencia de una enfermedad, sino por todos aquellos estados que producen malestar, dolencia o sufrimientos de cualquier tipo. Proteger la salud desde tal concepción significa algo más que curar la enfermedad. De ahí que los fines de la medicina en nuestra época deben ser reinterpretados. De acuerdo con el estudio citado, éstos se concretan en los siguientes cuatro fines:

1. La prevención de la enfermedad y la promoción y conservación de la salud.
2. El alivio del dolor y el sufrimiento.
3. La atención y la curación de personas enfermas y los cuidados de las incurables.
4. Evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila.

Desde tales premisas, el derecho a la protección de la salud adquiere unas características nuevas. Entre ellas, el valor y la importancia creciente del cuidado. No solo porque, como se ha dicho ya, muchos pacientes son ya enfermos crónicos que sólo pueden aspirar a que sus dolencias sean paliadas, sino porque, además de buscar un tratamiento a su daño, los pacientes buscan comprensión y

conmiseración. Son personas y quieren ser tratadas como tales, no como meros casos de una determinada patología.

La medicina recupera de esta forma su función humanitaria. Procurar cuidado significa, además de una cierta empatía y capacidad de escucha y atención personalizada, poner a disposición del paciente y de sus familiares los servicios asistenciales necesarios para que pueda seguir viviendo y desenvolviéndose de la mejor manera posible. La proliferación de demencias, derivadas, asimismo, de la prolongación de los años de vida, ayuda a entender que el sufrimiento de los familiares puede ser mayor por la incapacidad de atenderle, que por la enfermedad que padece. La existencia de dolencias crónicas con las que la persona ha de aprender a vivir supone un sufrimiento cuya paliación requiere comprensión, soporte y ayuda. Lo mismo ocurre con la dependencia y la necesidad de ser atendido para realizar las actividades normales de la vida diaria y que condenan a la persona a un estado de indefensión y aislamiento muy duros de soportar. No solo las personas mayores y las personas enfermas crónicas requieren cuidados. También lo requieren menores con discapacidad o jóvenes que han sufrido alguna lesión. Son, en cierto modo, víctimas del éxito de la medicina, que les ha salvado la vida, pero debe ayudarles a seguir viviendo con una mínima ilusión.

EL REPARTO DEL CUIDADO ENTRE LOS SEXOS

El hecho de que hayan sido las feministas las que hayan llamado la atención sobre el valor del cuidado puede acabar distorsionando el mensaje a favor de una ética no estrictamente centrada en la justicia. Gilligan esgrimió contra Kohlberg la idea de que las mujeres establecen unas relaciones interpersonales más cercanas, cálidas y responsables que las que establece la frialdad del derecho. A esa diferencia la identificó con la actividad de cuidar ejercitada, por razones obvias, casi exclusivamente por las mujeres. Ellas, en efecto, se habían ocupado siempre del cuidado de menores, de personas enfermas y ancianas. Conocían, mejor que los varones, las necesidades de la vida cotidiana y las contingencias en las que solían encontrarse las personas más vulnerables. Era fácil poner de manifiesto

que las mujeres estaban mejor equipadas que los hombres para las tareas del cuidado. Desde ahí, era también fácil saltar a la conclusión de que a ellas les correspondía, en primer término, desarrollar dicho valor.

Por supuesto, las feministas jamás han defendido tal conclusión. La propensión de las mujeres a cuidar no viene dada por ninguna característica esencial que ellas posean, a diferencia de los varones, sino de una tradición que les ha asignado esa función sin darles otras opciones para que pudieran escoger. Decir que están más equipadas para cuidar es erróneo. En todo caso, están más acostumbradas a hacerlo. Pero esa es una costumbre que conviene cambiar, si realmente creemos que el cuidado es un valor socialmente importante y absolutamente necesario para proteger a los más débiles. Que habitualmente las mujeres tiendan más a dedicarles tiempo a los demás, y especialmente a quienes sufren, no significa que sólo deban hacerlo ellas, sino todo lo contrario. El cuidado es un valor que engendra obligaciones que conciernen a todas las personas. No debe haber ahí distinción de sexo.

A tal propósito convendrá incluso corregir la división del trabajo que se da por supuesto en la profesión sanitaria, según la cual, a los médicos les compete curar y a las enfermeras cuidar. Aun cuando esa fue la concepción originaria de la enfermería, si estamos de acuerdo con lo dicho anteriormente, que los fines de la medicina incluyen también el cuidado, éste no puede ser visto como algo exclusivo de la enfermería, sino como un elemento esencial del tratamiento de pacientes en general o de la protección de la salud. Una perspectiva, además, que habría de llevar a una colaboración mayor entre las distintas profesiones sanitarias y sociales.

LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

Si el cuidado es un valor socialmente importante no puede ser abandonado a la buena voluntad de las personas que se encuentran en la contingencia de tener que ayudar a personas que requieren cuidados. El cuidado es un aspecto de la protección de la salud, la cual es, a su vez, un derecho fundamental y, por lo tanto, debe ser garantizado por las administraciones competentes. Los poderes públicos deben hacerse cargo de tal dimensión

y hacerla extensiva a toda la ciudadanía que la necesiten. Garantizar los servicios y ayudas económicas o sociales necesarias para hacer efectivo el cuidado forma parte de las responsabilidades de un Estado Social. El cuidado requiere una cierta institucionalización y una cierta profesionalización, pues sólo por esa vía llegará a cuantos lo requieran.

Ahora bien, a diferencia de la justicia, el sujeto de la cual son las instituciones públicas y los poderes encargados de legislar y hacer cumplir la ley, la función del cuidado no se agota en los deberes y obligaciones institucionales. Digamos que esas obligaciones garantizan los mínimos, pero a su vez requieren una colaboración y compromiso ciudadano que no es tan imprescindible en otros ámbitos. Todos los derechos sociales exigen una intervención del Estado: la educación se garantiza con escuelas, la protección de la salud con hospitales, las pensiones con la seguridad social. Si entendemos que el cuidado es una dimensión de la protección de la salud, hay que poner en marcha una serie de medidas públicas que hagan viable el cuidado cuando éste sea necesario. La ausencia de medidas hasta ahora ha dejado en manos de las familias una responsabilidad y una obligación que no siempre estaban en condiciones de asumir.

Aquí estamos hablando, sin embargo, de una función distinta de la que realiza el hospital cuando, por ejemplo, tiene que intervenir quirúrgicamente a un paciente. Cuando lo que el paciente necesita es que le cuiden, puede ser puesto en manos de cuidadores profesionales, pero esa subrogación no satisface del todo las necesidades del cuidar. Si hemos definido el valor del cuidar como el establecimiento de una relación de proximidad y calidez, de comprensión y acompañamiento, la delegación del cuidar a una institución o a un profesional siempre será insuficiente. En ningún caso, el Estado de Bienestar debería adquirir la función "paternalista" por la que libera al individuo de obligaciones personales. En este caso menos que en ningún otro, dadas las características específicas que acompañan a la actividad de cuidar.

Tal es la perspectiva desde la que hay que considerar la distribución de obligaciones y responsabilidades entre la familia y el Estado. España es un país en el que la familia conserva todavía ciertas características pro-

ductoras desaparecidas en otros ambientes, debido no tanto a la fortaleza de la estructura familiar, como a la menor movilidad de sus miembros. En otros países confiar en que la familia acuda en ayuda de una persona con discapacidad tiene la dificultad añadida de que la familia reside lejos. Aquí los jóvenes se eternizan en el hogar paterno, porque estudian o trabajan cerca del domicilio familiar y, por la misma razón, es más fácil confiar en que la familia se hará cargo de las situaciones derivadas de la demencia senil o de las distintas formas de dependencia de sus miembros. Que el Estado de Bienestar se aproveche de esa ventaja es injusto y pone de manifiesto que no se está haciendo cargo de una de sus atribuciones fundamentales.

Ese Estado, por una parte, ha de convertir la función del cuidado en una cuestión de equidad. Las personas con discapacidad u otras limitaciones ven disminuidas sus oportunidades y, en la medida de lo posible, las instituciones públicas han de compensar esa deficiencia. Asimismo, es obligación de las administraciones públicas el mantener la igualdad de oportunidades para las personas que se encuentran ante la necesidad de atender a un familiar con discapacidad y/o dependencia. No es equitativo que un miembro de la familia -hasta ahora generalmente una mujer- tenga que renunciar a un salario o a desarrollar una carrera profesional por la necesidad de atender a un familiar que requiere cuidados.

Ahora bien, que se atienda efectivamente tales necesidades no debería implicar que los familiares y allegados de las personas que requieren cuidados se desentiendan de unas obligaciones que siguen teniendo. De la misma forma que la educación de menores no puede recaer sólo en la escuela, el cuidado de personas mayores o con una situación de dependencia ha de entenderse como una responsabilidad compartida. Cuidar es tratar a un ser humano y las necesidades de un ser humano no las satisface totalmente una buena residencia, un buen hospital o un buen cuidador profesional.

Uno de los problemas que plantea el cuidado de las personas en cualquiera de sus dimensiones es que, más que en ningún otro momento, se ponen de manifiesto las diferencias situacionales. Ningún dolor o sufrimiento es idéntico a otro, ninguna situación de discapacidad o dependencia es subsumible bajo una categoría general, porque las circunstancias de cada caso son peculiares. De ahí que las medidas que se tomen para responder a la necesidad de cuidado tengan que ser muy flexibles para poder adaptarse a cada caso particular.

En un país tan burocrático como el nuestro, la inflexibilidad administrativa suele ser la norma, derivada de la idea, poco fundamentada, de que las prestaciones asistenciales se controlan con más burocracia. No siempre es así. La asistencia social debe ser supervisada no sólo porque el dinero o la prestación puede ir a quien menos lo necesita, sino porque los seres vulnerables que necesitan ayuda son los más expuestos a malos tratos y a formas de dominación inaceptables. Es preciso que el control sea real y no rutinario y que esté destinado a descubrir las conductas improcedentes y reprobables, así como los fraudes que puedan producirse.

A modo de resumen, una ética del cuidado pone de relieve los siguientes puntos:

A modo de resumen, una ética del cuidado pone de relieve los siguientes puntos:

1. El cuidado es un valor socialmente tan importante como la justicia por lo que debe ser contemplado como un valor fundamental en la búsqueda de una sociedad más equitativa.
2. Dada la mayor esperanza de vida de las personas, derivada del progreso de la medicina, el número de individuos que necesitan cuidados aumenta exponencialmente. En consecuencia, el cuidado debe ser contemplado como uno de los fines propios de la protección de la salud, un derecho fundamental que el Estado de Bienestar debe garantizar.
3. El ejercicio del cuidado no tiene género. Que tradicionalmente hayan sido las mujeres las cuidadoras de menores, mayores y personas enfermas no significa que esa responsabilidad les corresponda a ellas en particular. Habrá que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a todos, hombres y mujeres, de la obligación de atender a los seres más vulnerables.

4. No es equitativo cargar sobre la familia todas las obligaciones del cuidado. La igualdad de oportunidades se resiente cuando alguien se ve obligado a descuidar sus deberes profesionales para atender a una persona en situación de dependencia. Las medidas públicas han de ir destinadas a evitar que eso ocurra y a conseguir que sea compatible dedicarse a las necesidades familiares sin abandonar otros intereses.
5. Que el Estado se haga cargo del cuidado de las personas que lo necesiten, y en especial de las que se encuentren en situaciones más desfavorecidas, no debe implicar la inhibición total de la familia al respecto. Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas hacia la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
- The Hastings Center Report (2004), *The Goals of Medicine*, Nueva York, 19 (traducción al castellano, *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas).

MUJERES Y HOMBRES EN EL CICLO VITAL DE LA VEJEZ.

Similitudes y diferencias

Carmen Izal Garcés
Psicóloga clínica, jubilada

Con suerte, los que hemos llegado a este ciclo vital al que llamamos vejez, podemos compartir nuestras historias, éxitos y fracasos, aciertos y errores. Lo digo porque, con frecuencia, la palabra vejez en todas sus variantes, nos asusta. No es popular ser persona mayor, anciana y, mucho menos, vieja. Una sociedad en que la juventud ha adquirido un valor supremo no integra con normalidad la etapa de la vida en la que los mismos que en su día fuimos jóvenes ahora peinamos canas, nos hemos hecho mayores. Queremos seguir adelante con las ilusiones pendientes de realizar, la tranquilidad como compañera, el cariño y la dedicación hacia las personas que nos importan. Somos conscientes de la importancia del tiempo que disponemos para vivir con esos seres vivos que requieren nuestro cuidado y disfrutar de las actividades de todo tipo que atraen nuestra atención. No queremos rendirnos a la invisibilidad.

He comenzado nombrando la palabra "suerte", porque opino que, en general, tener la oportunidad de mirar retrospectivamente las historias propias para extraer de ellas lo que nos interesa realmente conservar y lo que

necesitamos desterrar, es una cuestión de suerte. Unos años por delante que, mirados con optimismo, sanos física y mentalmente, se pueden convertir en el complemento y cierre de una vida singular, como singulares somos cada uno de nosotros.

Mujeres y hombres, sin duda en el equilibrio que la propia naturaleza nos proporciona, estamos llamados a entendernos, apoyarnos, respetarnos para que nuestros desvalimientos encuentren una mano tendida y un oído presto a la escucha. Nadie mejor que los propios coetáneos para comprender, utilizando escasas palabras, el sentido de lo que queremos transmitir. "Es cosa de la edad", es una expresión que pretende decirlo todo: lo que nos ocurre dentro del cuerpo físico que se lamenta por el desgaste producido por los años y la mente que cruje ante los miedos que atenazan nuestra salud.

Son muchas las similitudes que compartimos ambos géneros, tantas que convierte en irracional la pugna o pelea entre nosotros por la supremacía. El paso del tiempo nos iguala todavía más, sobre todo porque los

afanes de etapas laborales, la energía que necesitábamos para afrontar tantos retos en tantos sentidos, en ocasiones provocaba serios enfrentamientos. Tiempo pretérito que cada cual vivimos acorde con nuestros propósitos, objetivos, competencias y necesidades. En este sentido, la vejez, una vez más, se convierte en el estado en que las aguas turbulentas tienden a la calma, los pequeños placeres adquieren una dimensión extraordinaria, la sabiduría adquirida con la experiencia, la mejor de las conquistas. Sería deseable, si todavía no hemos sido capaces de valorar lo que realmente tiene importancia, que dedicáramos espacios de nuestra cotidianidad a reflexionar sobre lo que tenemos en lugar de lamentarnos por lo que nos falta.

Para apuntalar un poco más las similitudes que nos aproximan, hago referencia a las dolencias comunes: tensiones en espalda y articulaciones de todo el cuerpo, reumas, tensión arterial alta o excesivamente baja, colesterol en las arterias, cefaleas, dificultades para retener la orina o para un correcto vaciado del intestino. Además, pensamientos reiterativos que causan temor y dificultan la atención en lo presente o cotidiano, estados alterados de ansiedad o de tristeza permanente. Y otras tantas afecciones comunes a hombres y mujeres. En definitiva, la probabilidad de identificarnos con algunas de estas dolencias, probablemente inexistentes en etapas anteriores, es alta en esta etapa en que nos definimos como personas mayores, ancianas o viejas. Con mucho cariño y todo el respeto.

No nos olvidemos de que todos los seres humanos necesitamos sentirnos amados, respetados, aceptados, sujetos de una consideración e interés por nuestros semejantes. Sentimos el dolor de la soledad no deseada, la ausencia de personas que nos ofrezcan su escucha, una mano tendida, un hombro en el que descansar nuestras preocupaciones. Esta generalización de las necesidades básicas nos debiera conducir a colaborar entre nosotros. En caso contrario, podemos convertirnos en seres hostiles, intratables y hoscos en manifestaciones verbales y no verbales. En cada persona, con independencia de la edad, descansa el poder o capacidad de hacernos felices o todo lo contrario. Afortunados los que podemos contar con personas que cumplen algunas de nuestras

expectativas en asuntos sentimentales. Sabemos que la humanidad, en su conjunto, está perlada de emociones y que éstas son las que nos identifican. Así es en cualquier parte del mundo con independencia del color de nuestra piel, la capacidad intelectual y la posición social.

Pongo el acento en las semejanzas entre mujeres y hombres, seres que hemos llegado a este estado de edad avanzada porque, de lo contrario, no se entendería la reflexión sobre aspectos diferenciales. A pesar de las dificultades que existen en la aceptación de las personas diferentes a nosotros mismos, la posibilidad de conocernos y tratarnos, sin duda, nos enriquece. Factores de personalidad y ambientales explican la multitud de peculiaridades que poseemos los seres humanos. Describir la casuística puede resultar tediosa, por lo que quedan trazados algunos ejemplos de aquellos rasgos que nos asemejan. Por otra parte, cuando hablamos de la vejez, con frecuencia la tratamos de manera unívoca. Sin embargo, atendiendo a las franjas de edad de las personas que la poblamos, observamos maneras diferentes de vivirla dependiendo de los factores antes mencionados y de las capacidades presentes en cada ser humano.

¿Qué nos diferencia a mujeres y hombres en cuanto a la vivencia de la vejez? La cuestión económica, en primer lugar. En este sentido, hay que considerar dos situaciones: mujeres que nunca trabajaron fuera de su casa y aquellas que lo hicieron en puestos de trabajo de similar categoría que los hombres, aunque peor pagadas o que no se les promocionó a puestos laborales de mayor responsabilidad y mejor retribuidos.

En el primer caso, tenemos que retrotraernos a la educación recibida en mujeres que actualmente rondan los 80 años. En los años de su escolarización, la gran mayoría estaba excluida de circuitos formativos que les capacitara para el desempeño de actividades profesionales cualificadas. La educación de las mujeres tenía un único fin: el servicio. En el matrimonio, sirviendo a su marido y cuidando a los hijos y, en caso de quedarse solteras, además de ser tildadas de “solteronas”, el obligado servicio a la familia. Estaba por medio el asunto de la procreación, bendecida por todos los pulpitos y apoyada por la necesidad de reemplazar a los muertos en la guerra civil. Por lo tanto, lo que se

requería era inculcar a las jóvenes un espíritu de sacrificio, entrega y abnegación. Una vez casadas, aspiración mayoritaria, pasaban a depender del sueldo de su marido y, en consecuencia, no disponían de dinero propio con el que realizar los gastos que consideraran atractivos. Dejando aparte la discusión sobre los sacrificios que, también, hicieron los hombres, lo cierto es que la economía doméstica estaba sostenida por ellos. En el momento de la jubilación continúa la misma dependencia puesto que es el hombre el que cobra una cantidad en concepto de pensión a la que se han de ajustar las personas que componen la unidad familiar. En la mayoría de los casos, son dos.

En el segundo caso, es conocido, todavía en este tiempo que vivimos, que la brecha salarial entre hombres y mujeres está clamando por la corrección de esta injusta desigualdad. Según fuentes del INE, a fecha 2019 el salario medio anual de las mujeres representó entre el 73 y el 80 por ciento del de los hombres. Una de las explicaciones de este hecho que apuntala una de las mayores desigualdades entre los géneros es que la promoción o ascenso dentro de la misma empresa o, incluso, en la Administración, no era igual para unas que para otros. Sin razones objetivas, se consideraba socialmente que los hombres, como futuros cabezas de familia o simplemente por el hecho de pertenecer al género masculino, estaban más capacitados para el desempeño de determinadas funciones laborales que requerían algún tipo de responsabilidad. No excluyo de esta consideración el desigual reparto de tareas y su remuneración cuando se trata de mujeres bien preparadas académicamente y, sin embargo, discriminadas en las organizaciones hasta época reciente quizás por costumbre adquirida en el tiempo. No creo que existan otras razones que avalen la desigualdad

Conclusión, las mujeres mayores son más pobres que los hombres. La situación económica en parejas heterosexuales queda explicada. Por la misma evidencia, en parejas homosexuales la desigualdad es relativa. Son más pobres las parejas compuestas por dos mujeres que las que forman dos hombres.

Resultando que el precio de los bienes de consumo es el mismo tanto si los clientes son mujeres u hombres, parece claro que ellas tienen que ajustar su presupuesto a lo

imprescindible, cuando no sufrir un exceso de privaciones que les nubla la vejez de una manera alarmante.

En segundo lugar, nos diferencia la esperanza de vida. Según los datos que ofrece el INE, en el año 2021 la esperanza de vida de los hombres es de 80,9 años mientras que la de las mujeres alcanza 86,2 años. Una diferencia en cuanto a edades se refiere que, probablemente, con la llegada a la vejez de las generaciones posteriores se vaya igualando. Al parecer, los hábitos en cuanto a alimentación y otros consumos en hombres o mujeres, en edades actuales que rondan los 70 años y hacia arriba, podrían explicar esa mayor longevidad de las mujeres. En consecuencia, actualmente se cuentan más viudas que viudos.

De lo anterior, se podría concluir que las mujeres, al vivir más años, podrían sentirse satisfechas por ese privilegio de la naturaleza. Sin embargo, el hecho de mayor longevidad no ahuyenta las múltiples dolencias que les afectan. Es decir, viven más pero no mejor. Se dice que las mujeres no se jubilan nunca. Las tareas adjudicadas al “ama de casa” se reparten entre las dos personas que conviven cuando hay acuerdo entre ellas. A pesar de esta regularización de la igualdad doméstica, no en todos los casos se produce. El peso de las tareas clásicamente femeninas, conduce a un mayor cansancio físico y emocional de éstas. Nuevamente la costumbre, la educación recibida y otros aspectos que abundan en la desigualdad, explican el difícil autocuidado de mujeres mayores.

La viudedad, en la mayoría de los casos, lleva consigo la dolorosa ausencia de la persona que ha sido compañera de vida; ausencias que causan malestares del ánimo, la soledad, entre otros sentimientos. La soledad es vivida de manera diferente por mujeres y hombres. Dependiendo de la edad en que se produzca una ruptura, tanto por viudedad como por divorcio, parece demostrado que los hombres tienden a buscar nueva pareja, mientras que no sucede lo mismo con las mujeres. Las mujeres consultadas sobre este aspecto no tienen ningún inconveniente en manifestar que se sienten cómodas en compañía de amigas, cuando las hay y, desde luego, de hijos y nietos, en su caso. Como en cada uno de los aspectos aquí tratados, las excepciones no se contemplan.

En tercer lugar, nos diferencia la implicación en los cuidados. La actividad social imprescindible del cuidado la han ejercido y siguen ejerciendo esas generaciones de mujeres que nos dejaron y otras, todavía presentes, que no descansan. Teniendo en cuenta las causas antes mencionadas y otras cuya explicación requeriría un análisis exhaustivo que no es objeto de estas reflexiones, el tiempo de cuidado dedicado al hombre, compañero, pareja o marido, está "justificado".

A ello, hay que añadir el cuidado de nietos, hijos de los propios hijos/as, a los que se dedican con cariño y, en demasiadas ocasiones, por obligación. Cada vez es mas frecuente observar a abuelos, a ellos, cuidar de sus nietos llevándolos y recogiéndolos de los colegios. Afortunadamente, se van produciendo cambios en hábitos de cuidados.

En general, lo concerniente a tareas domésticas para mantener a esos mismos nietos mientras sus padres están trabajando, corren a cargo de las abuelas. También en este aspecto se ha ido avanzando en cuanto a la igualdad intra-doméstica. Sin embargo, la necesidad que actualmente tienen las parejas jóvenes de una persona que atienda a sus hijos, mientras ambos acuden a trabajar, está provocando, por una parte, satisfacción por el contacto entre abuelos y nietos y, por otra, un estrés excesivo en sus vidas, mayoritariamente en las de ellas, abuelas.

Teniendo en cuenta, una vez más, que las generalizaciones en todos los sentidos son peligrosas, he de matizar que la capacidad para el cuidado ajeno no difiere en ambos géneros. Es una cuestión educacional.

Aptitudes y actitudes, en cuarto lugar. La vida nos está permitiendo observar a las generaciones jóvenes en sus modos y maneras de afrontar su cotidianidad. Estamos asistiendo a un relevo que marca las diferencias con nuestros años pasados, sobre todo en cuanto a la tendencia a la igualdad entre los géneros. Por si fuera necesaria la constatación de las similitudes en capacidades, ellas y ellos nos muestran que los estereotipos de género han condicionado la imagen que se ha mantenido durante demasiado tiempo acerca de las aptitudes correspondientes. En consecuencia, podemos afirmar que, ofreciendo las mismas oportunidades a ambos, el resultado solo depende del interés que muestren hacia unas determinadas

tareas. Mujeres y hombres jóvenes se especializan en oficios o profesiones que tienden a igualarlos. El recorrido, en este sentido, resulta gratificante, a pesar de que el camino hacia la igualdad no ha concluido.

Visibilizamos en los espacios sociales a hombres cuidadores. No nos asombramos cuando sabemos que un hombre cuida a su pareja en múltiples circunstancias. Tratándose de la generación de mayores a la que me refiero a lo largo de esta exposición, parece que se ha de cumplir una condición: la mujer no pueda cuidarse a sí misma.

Sabemos de varones llegados a su jubilación que se dedican a aprender a cocinar y ejecutan esas tareas, típicamente femeninas en épocas anteriores, con habilidad y un arte aprendido que magnifica la rutina de las comidas. Podemos multiplicar los ejemplos para subrayar que ambos géneros somos capaces de todas las tareas. Lo que hace posible su ejecución es el permiso social y la práctica de la libertad individual.

En cuanto a las actitudes, opino que es una asignatura pendiente lo que llamo la educación sentimental. Estimulando las capacidades intelectuales, el sistema educativo parece que se ha olvidado de educar las emociones y sabemos, por el hecho de serlo, que los seres humanos nos identificamos en cualquier parte del mundo por los sentimientos que subyacen a nuestras conductas. Por lo que respecta a la educación femenina, se ha subrayado insistentemente durante generaciones el componente afectivo: ternura, empatía, cariño y todas las expresiones del amor. En nombre de este gran sentimiento, se han adjudicado las tareas de cuidado ajeno, descuidando el propio. Vuelvo a nombrar el tema de los cuidados porque, precisamente, éste es uno de los que más ha afectado a nuestras historias compartidas generando la peligrosa desigualdad social. Ellos son capaces de amar de la misma manera, aunque no se les haya enseñado a expresarlo. He constatado las dificultades de numerosos varones mayores en la expresión de sus emociones, entorpeciendo la comunicación con sus mujeres y sosteniendo estereotipos de género absurdos.

Parece claro que las actitudes necesarias para una correcta comunicación dependen de las emociones. Por ejemplo, el respeto, la escucha, la solidaridad. Incluso aquellas emociones que calificamos como negati-

vas, entre ellas el miedo y la ira, nos ayudan a discriminar con quién y para qué, así como qué personas o situaciones pueden resultar dañinas para nuestra seguridad. Detectar estados de tristeza o de alegría, poder nombrarlos y compartirlos, generaría cercanía, empatía entre nosotras y nosotros. Una correcta educación sentimental nos ayudaría a comprendernos más y mejor entre diferentes generaciones. Podríamos nombrar las emociones sin tapujos, sabedores de que las palabras acercarían diálogos necesarios. Cabe la esperanza, en un futuro no lejano, en que la inteligencia emocional aproxime a mujeres y hombres.

En quinto lugar, hallamos diferencias en la sexualidad. En ausencia de una educación sexual que nos ayudara a conocernos y conocer al otro género, fuimos incorporando a nuestras vidas experiencias o tentativas con las que animar las demandas del cuerpo. Cometimos errores, fracasamos en uniones equivocadas y salimos adelante, porque los seres humanos tenemos una gran capacidad de adaptación. En ese tiempo de nuestra juventud, la sexualidad humana no se consideraba un factor esencial para una vida sana. Convertida en algo pecaminoso, tuvimos que deshacer la madeja una y otra vez para darle el auténtico sentido. También en este aspecto, existen diferencias entre hombres y mujeres. Para ellos, la educación era más permisiva y para ellas, más severa.

La apariencia física como sexta diferencia. Las normas estéticas tratan peor a las mujeres que a los hombres. A ellas se les exige un tipo de belleza que, al decaer con el paso de los años, se les induce a obedecer la dictadura de los cánones que marca el mercado de la cosmética y la cirugía que le acompaña en múltiples casos. Ciertamente es que, en las generaciones más jóvenes, se van igualando estas servidumbres. A pesar de todo, las arrugas se hacen más visibles en ellas que en ellos.

Sabemos, aunque no se visibilizan en los medios, que mujeres cuyo trabajo dependía de la moda o de las artes escénicas han desaparecido de la escena al carecer de contratos. Mujeres jóvenes les sustituyen y se ven abocadas a una jubilación no deseada. No ocurre lo mismo con los hombres que se dedican a la interpretación. Aparecen en la pantalla con su aspecto envejecido sin que cause ninguna sorpresa. El juicio social es mucho más benévolo con ellos.

Otra cuestión destacable es la tendencia al emparejamiento con mujeres una o dos décadas más jóvenes que ellos en un porcentaje no desdeñable de hombres que rondan los 60 años. Viudos o divorciados que han normalizado esta elección porque se respeta el derecho de ellos a elegir convivir con quien consideren de su interés. Nada que objetar, salvo que, en cuanto a las mujeres, en el incierto caso de que sucediera, les desanimaría la mirada social, crítica incluida. De momento, en los años en que se está plenamente en la vejez, la rigidez de la norma diferencial, produce desajustes en la estima de demasiadas mujeres.

Otra diferencia es la presencia social. Las mujeres llenan los espacios públicos cuando se trata de actividades culturales programadas. Jubiladas que acuden a todos los cursos organizados por diferentes entidades, públicas o privadas. Se les ve a ellas satisfechas por profundizar en aprendizajes anteriores y por comenzar otros nuevos que no les fueron posibles, por educación o dificultades personales. De esta manera, todavía en este ciclo vital al que constantemente me refiero, basta con mirar al público asistente para detectar escasa presencia masculina. Todo cambia mientras las vidas fluyen; en este momento afirmo que las diferencias son notorias.

En décadas anteriores, las mujeres que hoy están en la vejez tuvieron que organizarse en asociaciones o colectivos para hacerse visibles socialmente. Afortunadamente, han ido saliendo del aislamiento al que la cultura dominante les relegó en su juventud. De hecho, proliferaron grupos de mujeres maduras activas en su formación intelectual, laboral y, sobre todo, social. El resultado es notorio. Nada ha sido gratuito, sino fruto del esfuerzo de las mujeres que vieron la posibilidad de promocionarse a través de la apertura que se iba produciendo en un país que quería modernizarse.

Como conclusión a todo lo expuesto, quiero dejar constancia, una vez más, del interés que mantengo en la correspondencia entre géneros. Necesitamos implementar nuestras capacidades para que la comunicación fluya desde la escucha comprensiva. Las experiencias de unas y otros resultan absolutamente necesarias en una sociedad que no se detiene, en una espiral permanente de seres humanos que nacen, crecen

y, con suerte, envejecen. Dejar el testigo de nuestras vivencias en clave de autocrítica y crítica social, probablemente ayudará a los que nos sucedan para evitarse algunas frustraciones o a resolver similares problemas con los que tuvimos que convivir las generaciones anteriores.

Para quienes acaban de llegar a la etapa de la vejez, concluidas sus obligaciones laborales, se abre un paréntesis que ofrece la posibilidad de repensar propósitos personales, convertir en proyectos realizables los deseos inconclusos. Para todas las personas mayores, sin excepción, mi consejo es que, mientras la salud nos mantenga, sigamos ilusionándonos contemplando la belleza de las cosas pequeñas y de las mayores, con gratitud.

Un deseo y una invitación final: si tenemos la oportunidad de compartir nuestro tiempo con otras personas, hombres o mujeres, que procuremos mirar en la misma dirección y, si no fuera posible, al menos, que intentemos comunicar los sentimientos que nos causa nuestra mirada individual.

EDADISMO. Repercusión de la pandemia Covid-19 en la discriminación a personas mayores. Alumna + Nuria Garro nurgarro@gmail.com

EQUIPOS OPERATIVOS DE ZONA EN NAVARRA EN EL PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA-PAISS.

Pilar Abaurrea Leoz

Jefa de Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria de la Gerencia de Atención Primaria SNS-Osasunbidea. Dirección Técnica del PAISS

María Jesús Arellano Ayala

Jefa de la Sección Sociosanitaria del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. Dirección Técnica del PAISS

PRESENTACIÓN

El presente artículo tiene que ver con el ámbito de atención integrada sociosanitaria y con la atención a personas que tienen necesidades sociales y sanitarias, que limitan su autonomía. Lo que se expondrá es cómo prestar una atención integral entre los sistemas social y sanitario mediante un trabajo conjunto y compartido de la atención primaria en servicios sociales de base y centros de salud.

INTRODUCCIÓN

Antes de entrar en materia, conviene definir qué se entiende por atención sociosanitaria. En el Documento Marco de febrero de 2017, el Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria se considera como un conjunto de actuaciones o intervenciones destinadas a la atención de las personas, que por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social, necesitan de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía e independencia, mejorar su calidad de vida y favorecer la participación social y su bienestar personal.

Hoy en día, salud y servicios sociales son sistemas proveedores de atenciones, recursos y prestaciones económicas para personas

que son sujetos de derecho. Además, deben tender a su complementariedad para ofrecer una atención de calidad, ya que las diferencias tradicionales entre los distintos servicios, profesionales y modelo de atención centrado en la intervención del episodio agudo, son una de las principales razones por las que la integración entre ambos sistemas suele fallar, tal y como señala el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (Dirección General del IMSERSO, 2011). Por ello, la visión conjunta y compartida supone que el modelo que se pone en marcha ha de ser confeccionado desde la complementariedad de los dos sectores y con la participación de ambos. El contenido de esta visión debe ser no sólo aceptado, sino asumido plenamente, haciéndolo propio. Se trata de acometer un compromiso por la defensa y el impulso del modelo de atención integrada, de manera que todos los esfuerzos que se realicen tengan la misma dirección.

En este contexto, la adopción del modelo en el espacio sociosanitario representa una doble oportunidad. Por una parte, la de optimizar los recursos. Por otra, la de avanzar en una atención más integral y eficaz, siendo las personas y las familias con necesidades el centro de acción, con base en la generación de una nueva cultura del cuidado.

El espacio sociosanitario de trabajo compartido no es una novedad. Lo novedoso viene dado por la sistematización y ordenación de la actuación en el ámbito local. Se requiere de la reflexión previa del conjunto de valores que sustentan la atención sociosanitaria y la asunción y defensa de los mismos por parte de profesionales y agentes sociales que participan en dicha atención. Tales valores, inspirados en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2021), orientan el interés general como elemento vertebrador de todas las actuaciones y pueden resumirse en los siguientes: personalización, autonomía, adaptación, prevención y promoción, sostenibilidad, corresponsabilidad, multidisciplinariedad, cooperación e interoperabilidad.

La implementación de un modelo de trabajo conjunto, que asegure una atención integral, será resultado de una efectiva relación entre los sistemas de salud y servicios sociales. Ello deberá ser asumido por parte de todos los agentes implicados en un proyecto de atención integrada social y sanitaria, y en cada proceso asistencial que afecte a personas con necesidades sociales y sanitarias, que les provocan problemas sociosanitarios.

EL PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA DE NAVARRA

El Gobierno de Navarra impulsa, desde el año 2000, el espacio sociosanitario y es en 2017 cuando, aunando esfuerzos, los Departamentos de Salud y Derechos Sociales definen el marco de actuación de cara a prestar una mejor atención a las personas mediante una optimización de los recursos y herramientas.

El objetivo estratégico se basa en reforzar y acercar los servicios sanitarios y sociales al entorno habitual de la persona para lograr mejorar/mantener su capacidad funcional, la autonomía y calidad de vida de la persona afectada y de quien principalmente la cuida, para prevenir la institucionalización residencial y/o la necesidad de ingreso hospitalario. Para ello es fundamental la intervención conjunta y simultánea de los sistemas de salud y servicios sociales, orientándola hacia las necesidades de la persona con visión integral y con independencia de la “puerta de entrada”.

El desarrollo del modelo se basa en tres principios fundamentales:

1. La atención a las necesidades específicas de cada persona en cada momento de su proceso vital, de forma global e integrada, asegurando la continuidad de los cuidados, el apoyo a su entorno y respetando la autonomía en la toma de decisiones.
2. Intervenciones dirigidas a mantener la autonomía funcional durante el mayor tiempo posible.
3. El mantenimiento de la persona en el entorno comunitario.

Objetivo del PAISS

El Proyecto de atención integrada social y sanitaria (PAISS) tiene por objetivo garantizar la atención integrada a las personas con necesidad de atención sanitaria en las que confluyen situaciones especialmente complejas y/o urgentes desde el punto de vista social y que superan las posibilidades de trabajo coordinado de la zona básica. Son objetivos específicos del PAISS:

- Detección precoz de necesidades sociosanitarias.
- Promover el mantenimiento o recuperación de la capacidad funcional.
- Reducción de estancias hospitalarias y de los reingresos.
- Desarrollar la autonomía de la persona, situándola en el centro de la atención, en su entorno más próximo a partir de intervenciones individuales, grupales y comunitarias de carácter sociosanitario.
- Homogeneizar la existencia y funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitarias a nivel de zona básica.
- Mejorar la eficiencia en la gestión de recursos sociosanitarios: accesibilidad, temporalidad, cumplimiento de objetivos e individualización.
- Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su propia salud, ayudándoles a mantener un cuidado efectivo.

Metodología de trabajo

La Atención Integrada en el proyecto PAISS aplica una metodología con intervenciones conjuntas y simultáneas, orientadas a la atención de las necesidades de personas con visión integral. Para ello, se garantiza una valoración y diagnóstico sociosanitario conjunto y multidisciplinar, a partir del cual se pondrá en marcha un plan integral e individualizado con definición de objetivos compartidos, medibles y evaluables. De esta forma, se realiza un seguimiento personalizado a través de la metodología de gestión de caso, especialmente apropiado para la atención de necesidades complejas, en las que deben manejarse pluralidad de opciones, recursos y servicios, y en las que las personas requieren orientación y consejo profesional para elegir lo más adecuado a su situación; en sintonía con lo que señala el Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra (Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, 2018). Por último, es fundamental compartir herramientas y Sistemas de Información.

Todo ello enmarcado en el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP). Este modelo se fundamenta en los derechos inherentes a las personas y en los principios de la relación asistencial, situando a la persona y su familia en el centro, quienes han de participar de forma activa en su propio proceso de atención en su ámbito comunitario (Fundación Pílares, 2019).

En el proceso de trabajo es necesario establecer los necesarios mecanismos de coordinación que posibiliten el trabajo compartido, acordando tareas, distribución de roles y frecuencia de reuniones de trabajo. En los siguientes apartados se detallan estas y otras cuestiones.

Características del PAISS

La experiencia acumulada por los sistemas de servicios sociales y sanitarios durante los últimos tres años en el Distrito de Tafalla, dentro del marco del Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria (PAISS), y la extensión de dicho proyecto a las áreas de Tudela y Estella suman una trayectoria encaminada a aunar voluntades, para alinear sistemas, organizaciones, lenguajes y culturas. Es el eje sobre el que pivota el trabajo conjunto y sistematizado de los Equipos Operativos de Zona.

La complementariedad de ambos sistemas se articula en el Proyecto PAISS a nivel local

con la actuación de los Equipos Operativos de Zona para generar sinergias y favorecer un escenario de trabajo con una visión integral, de cara a la acción integrada en torno a las personas y familias con problemas que les limitan su pleno desarrollo.

Como resultado, se pueden concretar las características que deben definir los servicios de este modelo de atención:

- Ser flexibles y adecuados a las necesidades de las personas.
- Prestarse en el entorno más próximo de la persona usuaria y de su familia/red social.
- Proporcionar una respuesta rápida.
- Sin trabas burocráticas que puedan dilatar la adjudicación de un recurso.
- Temporales, enfocados a la recuperación y mantenimiento de las personas en su domicilio.

Equipos de Trabajo

En el Proyecto PAISS se aborda la actuación con personas que precisan de manera simultánea cuidados y curarse. Mediante el trabajo conjunto tenemos una visión amplificada sociosanitaria y una convergencia de sinergias en la atención primaria reforzada a nivel de distrito o área para garantizar una atención sociosanitaria integral, adecuada y de calidad.

Así que implantar en el territorio la atención integral sociosanitaria contempla, en su desarrollo, la creación de equipos de trabajo: uno situado en el área y otros en las diferentes zonas básicas que componen el área y se identifican de la siguiente manera:

- El equipo de coordinación sociosanitario de Distrito “ECoDISS” o de Área “ECoSS”, con las funciones de impulsar, coordinar acciones e intervinientes, y facilitar la atención sociosanitaria integral en su área de influencia.
- El equipo operativo de zona básica “EOZ”, cuya función es generar dinámicas de trabajo compartido y conjunto en la atención primaria de salud y servicios sociales, para atender de forma integrada a las personas

que requieren de un abordaje socio-sanitario. Estos equipos están apoyados y coordinados por el Equipo de coordinación sociosanitario (ECoDISS/ECoSS).

Equipos Operativos de Zona (EOZ)

Los EOZ son equipos de trabajo de proximidad para la atención sociosanitaria en la atención primaria. El personal adscrito a estos equipos lo componen profesionales de salud y servicios sociales, es decir:

- Trabajo Social del Servicio Social de Base: responsable del programa de Promoción de la autonomía y prevención de la dependencia, en el que se incluye el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- Enfermería de Enlace Comunitario del Equipo de Atención Primaria de Salud con responsabilidad en la continuidad de cuidados en la atención de pacientes crónicos.
- Trabajo Social del Equipo de Atención Primaria de Salud: responsable de la atención social en el ámbito de atención primaria en salud.

El cometido/misión de los EOZ es atender de manera integral, ofreciendo apoyos y asegurando cuidados sociales y sanitarios comunitarios, a las personas que han visto limitada su autonomía para que, en su entorno habitual (domicilio), puedan mejorar o mantener su calidad de vida y autonomía, disminuyendo con ello la institucionalización residencial y la necesidad de ingreso hospitalario, según se señala en el documento la Atención Sociosanitaria en el distrito de Tafalla (Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, 2020). Para ello, actúan mediante el método de gestión de caso y manejan prestaciones económicas, recursos y servicios, de cara a la orientación y consejo profesional. Además, comparten herramientas y sistemas de información.

La población a la que atienden puede tener procesos sanitarios crónicos, diferentes grados de dependencia o discapacidad, o se encuentra en un momento en el que sus necesidades sociosanitarias son complejas y requieren de una intervención integrada de ambos sistemas. El

abordaje de estas situaciones responde, básicamente, a dos perfiles de personas:

- Sin patología previa sufren un proceso que supone una incapacidad potencialmente reversible, pero sin adecuado apoyo social y familiar.
- Con patología previa y que, como consecuencia de una situación sobrevenida, dejan de disponer de un apoyo social y familiar adecuado que dé respuesta a sus necesidades.

Para la operativización del proceso de intervención es necesario establecer mecanismos de coordinación que posibiliten el trabajo compartido, acordando funciones, distribución de roles y calendarización de tareas. Para ello los EOZ establecen reuniones periódicas como mecanismos de trabajo compartido, donde se valoran los casos y se elaboran los planes de intervención, seguimiento y evaluación de los mismos. El procedimiento a seguir por estos equipos tiene varias fases, como se recoge en la Figura 1.

En la Fase 1 o de Detección, la persona objeto de actuación puede venir derivada tanto del ámbito de la atención primaria social y sanitaria como de la hospitalaria. En cualquier supuesto se incluirá la valoración realizada, así como un planteamiento inicial de intervención, identificando prioridades, tareas y objetivos. Concretando:

- Atención Hospitalaria: los equipos de los servicios hospitalarios serán quienes, tras la valoración social y sanitaria, propongan la inclusión en el Programa de aquellas personas que, por sus necesidades, así lo requieran. Desde las Unidades de Trabajo Social Hospitalario se trasladarán estas propuestas a profesionales de referencia en el ámbito de Atención Primaria.
- Atención Primaria de Salud: la identificación de casos se realizará en el marco de cada Unidad Básica de Atención (UBA). Tras la valoración de necesidades sociales y sanitarias, se transmitirá la información a la enfermera de enlace comunitario para que se proponga su inclusión en el PAISS y se presente la valoración inicial realizada en la próxima reunión del EOZ.

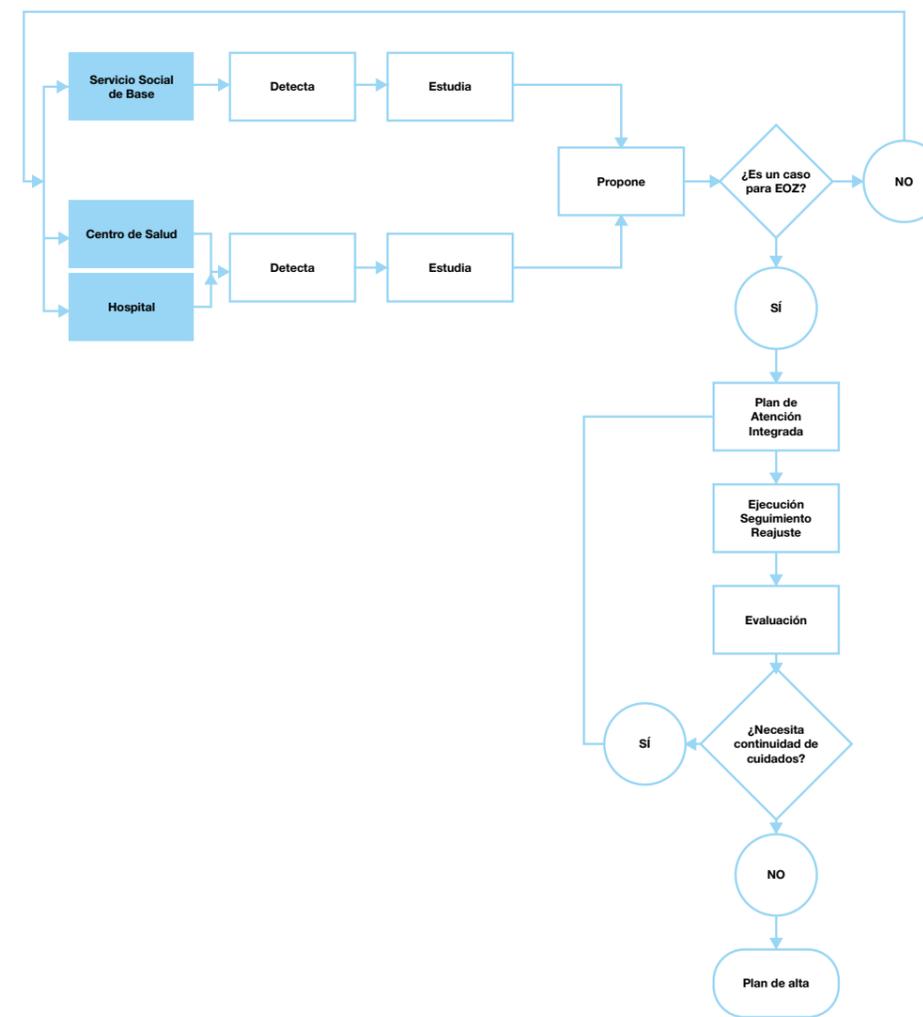


Figura 1. Procedimiento de intervención en el Proyecto PAISS. Fuente: elaboración propia.

- Atención Primaria de Servicios Sociales: la detección de personas con necesidades sociosanitarias complejas proviene de cualquier profesional del Servicio Social de Base, quien lo comunicará a la figura profesional de Trabajo Social del Programa de Promoción de la autonomía y prevención de la dependencia, para que realice la valoración social y proponga la inclusión en el PAISS.

En la Fase 2 se procederá a elaborar una Propuesta de Atención Integrada. El EOZ valorará los casos propuestos y determinará aquellos que deben de ser incluidos en el PAISS. Para las situaciones excepcionalmente complejas y, siempre que se considere necesario, se invitará a cada profesional de referencia a participar en la reunión del EOZ con el fin de facilitar el trabajo conjunto. Si procede, por la complejidad de la situación que tiene la persona, se deriva-

rá al equipo de coordinación sociosanitaria del área (ECoDISS/ECoSS) que llevará a cabo una gestión de caso de mayor intensidad, con aplicación de servicios sociosanitarios específicos.

En la Fase 3 se concreta la actuación a seguir. Partiendo del diagnóstico valorativo de necesidades sociosanitarias y los problemas que presente la personas, con su consentimiento firmado, se hace una propuesta de acción, participación y elaboración el Plan de Atención Integral Sociosanitario. Es importante planear intervenciones pensando que las personas y los contextos son cambiantes, por lo que el seguimiento es fundamental para el reajuste y la readaptación de la intervención. La planificación al alta y la continuidad de cuidados es una condición indispensable en todo el proceso de actuación. Para ello, la coordinación con agentes y profesionales implicados en la actuación en clave.

Se cierra el proceso con la Fase 4, cuando se evalúan los resultados obtenidos, el proceso de actuación y la satisfacción de las personas y su entorno.

VALORACIÓN

La experiencia del proceso de implantación de la modalidad de atención integrada en los territorios revela los beneficios que esta forma de trabajo supone para las personas atendidas. Esta afirmación es compartida tanto por las personas que son atendidas y sus familias como por profesionales que intervienen en la atención directa y seguimiento, según se recoge en las memorias de actividad del distrito de Tafalla.

El desarrollo del Proyecto ha coincidido en el tiempo con la crisis social y sanitaria derivada de la situación de pandemia COVID y esta realidad hay que considerarla en el análisis y situación de este proceso que sigue en construcción. La situación de pandemia ha sido un obstáculo en el desarrollo del PAISS por, entre otras cosas, la priorización necesaria de atención asistencial a la problemática derivada de la COVID, la limitación de los espacios de encuentro y la sobrecarga profesional. También supuso una oportunidad en su desarrollo que, principalmente, identificamos en los procesos de organización comunitaria surgidos, en la coordinación y trabajo conjunto entre los sistemas sanitario y de servicios sociales, y entidades sociales, en los esfuerzos por generar las necesarias alianzas y buscar alternativas a la coordinación no presencial y en otros muchos que hacen de palanca y de forma simple y natural impulsan estas nuevas formas de trabajo colaborativo que subyace en el PAISS.

Se identifican, por otro lado, cuestiones que dificultan, en alguna medida, el desarrollo del proceso como las relacionadas con la dotación de personal en las diferentes zonas básicas: medias jornadas, asignación de ratios por profesional, falta de sustituciones, espacios de tiempo en agendas, etc. Dada la apuesta que se está realizando por parte de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, estas y otras cuestiones han de ser identificadas y tenidas en cuenta como áreas de mejora.

El trabajo conjunto de los equipos de ambos sistemas revela la necesidad de disponer de elementos de valoración y herramientas comunes que faciliten su desarrollo. En este caso, la necesidad se convierte en oportunidad, dado

el impulso que se está realizando en esta dirección por parte de los Sistemas Informáticos de ambos Departamentos y que seguro tendrán un desarrollo progresivo ampliable a otros marcos de actuación colaborativa. Como no puede ser de otra forma, hay que seguir avanzando en el análisis de la evaluación del proceso y de sus efectos en términos de salud y autonomía de las personas para posibilitar una adecuación de las acciones y recursos, considerando también el ámbito territorial y sus propias características.

Como conclusiones finales, hay que reconocer el avance que supone la materialización y el desarrollo del proyecto en los territorios, la sistematización de la atención integrada, las estructuras de trabajo, la participación de las personas, su familia y su comunidad, y los efectos en su bienestar, en la construcción de este modelo y en su extensión progresiva a todo el territorio de la C.F. de Navarra.

El alineamiento con otros territorios más allá de nuestra comunidad en los procesos de atención integrada sociosanitaria, como la red “Next Care” que impulsa un polo europeo para desarrollar Redes y Polos de innovación territorial en la Euroregión NAEN (Nueva Aquitania, Euskadi y Navarra), es una oportunidad para generar alianzas, compartir y aprender de otras experiencias, incorporar nuevas acciones para seguir avanzando y afianzar el modelo y la atención sociosanitaria integrada. En suma, el cambio de paradigma no ha hecho más empezar.

BIBLIOGRAFÍA

- Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra (2016). Atención Socio Sanitaria en Adultos. 2016-2020 (Borrador del documento marco para la reflexión del modelo socio-sanitario). Documento interno.
- Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra (2018). Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria (PAISS). Desarrollo para el Distrito de Tafalla. Documento Marco. Recuperado de: <file:///C:/Users/sanaut/Downloads/Documento%20Marco%20PAISS%20Distrito%20Tafalla%202018-1.pdf>.
- Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra (2019).

Informe Ejecutivo. Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria. Distrito de Tafalla. Documento interno.

- Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra (2020). La Atención Sociosanitaria en el Distrito de Tafalla. Primera fase del Plan operativo del Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria en el Distrito de Tafalla. Documento interno.
- Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra (2022). Documento de síntesis (borrador) para la evaluación del proyecto de atención integrada social y sanitaria (versión 2 marzo 2022). Documento interno.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2021). Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024. “Haciendo camino entre todos y todas”. Recuperado de: https://bideoak2.euskadi.eus/2021/10/22/news_72605/Estrategia_Sociosanitaria_de_Euskadi_2021-2024.pdf
- Dirección General de Inclusión y Protección Social (2019). Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra. Dirección General de Inclusión y Protección Social. Recuperado de: <file:///C:/Users/sanaut/Downloads/Documento-marco-Atencion-Primaria-Servicios-Sociales-Navarra.pdf>.
- Dirección General del IMSERSO (2011). El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/aso-ciosanitaria2011.pdf>
- Fundación Pilares (2019). Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana. Fundación Pilares para la autonomía personal. Colección Estudios, nº 6.
- IMSERSO (2013). El espacio socio-sanitario, una asignatura pendiente. Revista Enlace en Red, 23, p.3.

CUANDO EL CUIDADO DEJA DE SERLO

Sagrario Anaut-Bravo

Titular de Trabajo Social y Servicios Sociales en la Universidad Pública de Navarra

INTRODUCCIÓN

El presente texto es una versión de la ponencia presentada con el mismo título en la Jornada de Sensibilización contra los malos tratos a las personas mayores, organizada por los Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, el pasado abril de 2022. Por su formato, el objetivo era promover la reflexión a partir de la aclaración de algunos conceptos como negligencia, abuso, abandono o cuidado inadecuado, así como mostrar algunos datos estadísticos básicos. No ha de esperarse, por tanto, exhaustividad ni tecnicismos excesivos.

Para empezar, conviene concluir la frase que da título al artículo: Cuando el cuidado deja de serlo es:

- Desatención/cuidado inadecuado.
- Maltrato.
- Negligencia.
- Abuso.
- Abandono.

Cualquiera de estos términos parece presentarse como la cara negativa del cuidado. Es decir, una cara es lo que se hace bien para que otra persona mejore su bienestar o calidad de vida; la otra “cara de la moneda” es lo que no se hace o se hace mal. Esto nos sitúa en una dicotomía un tanto simplificada, pero no por ello errónea en algunos casos. Es decir, de un cuidado adecuado es posible pasar a cualquiera de las situaciones enumeradas en cuestión de décimas de segundo, recuperando inmediatamente la situación previa.

Hay que reconocer que existe consenso en la literatura científica sobre el tema en cuanto a que los malos tratos hacia las personas mayores han existido siempre. Coinciden también en que no se han medido, dimensionado y visibilizado hasta mediados de los años setenta del siglo XX, aunque no es hasta los ochenta en los Estados Unidos cuando se institucionaliza el término de Abuso, sustituido en ocasiones por maltrato. Se entendía, entonces, que era una cuestión privada y una manifestación más de la violencia doméstica (Bover et al., 2003; Giraldo, 2010; Sánchez, 2015).

Un hito en esas décadas fue la Conferencia Multidisciplinar sobre el abuso al anciano, organizada por la Sociedad Británica de Geria-



tría en 1988 y su Guía con una serie recomendaciones de 1989 (Decalmer y Glendenning, 2000). En España, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) trató este tema en su Congreso de 1990. Pero habrá que esperar a 1995, con la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, para disponer de un documento que ha sido y es referencia sobre el tema: la denominada Declaración de Almería de 1996 (Kessel, Marín y Maturana, 1996). En esta Declaración se pone de manifiesto el desconocimiento y la ocultación del maltrato, así como las dificultades, por esto mismo, para prevenir e intervenir.

CONCEPTUALIZANDO LA REALIDAD DE LOS MALOS TRATOS

Partiendo de estos primeros pasos en el siglo XX, conviene acercarse, aunque sea de forma sucinta por los diferentes conceptos que califican los cuidados de proximidad. El punto de partida, no cabe duda, que es la definición del Buen trato. La SEGG, en 2011, lo viene a definir en su Guía y Decálogo de Buenos Tratos (Gómez y Díaz, 2011; 2011^a) como: una forma positiva de relación, consideración, reconocimiento, que implica tratar al otro de igual a igual. Por tanto, es el resultado del respeto de los derechos y, consecuentemente, de la dignidad de la persona, estableciendo una relación satisfactoria para todas las personas implicadas.

Entre este buen trato y el mal trato intencional, se encuentra el trato o cuidado inadecua-

do. Hay literatura que dentro de este término engloba la negligencia y el maltrato, diferenciándose en que la primera no es intencionada y el maltrato sí lo es (Moya y Barbero, 2005; Sánchez, 2016). También hay estudios que incluyen aquí la explotación de la persona mayor para realizar tareas domésticas y de cuidado de menores o de otros familiares, como es el caso de las denominadas “superabuelas”. No pueden olvidarse los casos de la falta o limitación de las relaciones familiares y el desarraigo generado por la rotación por meses por las casas de hijos/as.

De igual forma, es posible detectar otro tipo de situaciones en las que una persona puede sentirse maltratada o bien que alguien la maltrate inconscientemente. A ello se viene denominando micromaltratos en la cotidianidad. Esta idea parte de que todas las personas somos susceptibles de recibir estos micro malos tratos o producirlos en algún momento. Es más, a veces no se es consciente de la angustia o baja autoestima que genera un determinado acto o palabra en la persona mayor, aunque se tenga, a la vez, un sentimiento de no hacer bien las cosas.

Algunos estudios de comienzos del presente siglo prefieren hablar de un trato inadecuado como proceso (Moya y Barbero, 2005). Se comienza con un cuidado inadecuado o indebido, para pasar a situaciones de negligencia y terminar en malos tratos.

Ahora bien, la Asamblea Mundial del Envejecimiento de 2002 afirma que “el maltrato

agrupa cualquier acción inapropiada” (ONU, 2003). Como puede observarse, el cambio de centuria marca el concepto que agrupa las diferentes situaciones que no son buenos tratos. Se pasa del trato inadecuado como paraguas conceptual a hablar de maltrato. En esta segunda opción se posiciona la Guía de actuación profesional para la detección precoz e intervención en situaciones de malos tratos a personas mayores en Navarra (Gobierno de Navarra, 2020).

Con este giro conceptual se abre la reflexión a las diferentes formas que puede adoptar el maltrato a personas mayores. Según la OMS, en su Declaración de Toronto de 2002, el maltrato es cualquier forma que implique un abuso puntual o reiterado que suponga un daño o sufrimiento de la persona mayor, dentro de cualquier relación en la que haya cierta confianza (familiares y profesionales) (WHO-OMS, 2002). Es decir, el maltrato, en sus diferentes formas o tipos, supone la vulneración de derechos como el respeto, intimidad, dignidad o libertad para tomar decisiones (Gómez Alonso, 2013). Ahora bien, para aceptar esta premisa hay que aceptar previamente que ninguno de los derechos fundamentales de una persona prescribe con la edad.

En base a esto, se distinguen varios tipos de malos tratos a personas mayores. Además de las acepciones recogidas en la citada Guía navarra (Gobierno de Navarra, 2020) y otras de la OMS, Isabel Iborra (2005, p.50), desde el Centro Reina Sofía de Valencia, reconoce las que se indican a continuación:

- a. Maltrato físico es toda acción voluntariamente realizada que provoque, o pueda provocar, daño o lesiones físicas en la persona mayor. Se incluyen las restricciones físicas y químicas sin prescripción médica.
- b. Maltrato psicológico/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.

- c. Abuso financiero o económico consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor. Incluye el mal uso de las propiedades o dinero de la persona mayor, la falsificación de su firma y la coacción para obligarle a firmar documentos.
- d. Abuso sexual es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.
- e. Negligencia es el abandono o descuido de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor. Se asocia también a la ausencia de una acción. Consiste en desatender necesidades básicas como la alimentación, la higiene, una vestimenta adecuada al clima y la asistencia sanitaria, entre otras.

Cualquiera de estas formas de maltrato deja secuelas que pueden ser irreversibles (ansiedad, empeoramiento de las patologías, etc.) llegando a acelerar, incluso, la muerte. Pueden ser ejercidas por familiares, personas contratadas e instituciones, así como profesionales de cualquier servicio (salud, servicios sociales, educación, hacienda, vivienda, etc.) que actúan discriminando por razones de edad.

Es decir, las personas mayores siguen siendo un grupo de población especialmente sensible a sufrir diferentes formas de discriminación, entre las que se encuentra el edadismo (Gómez Alonso, 2013), que pueden ser la antesala del maltrato.

PREVALENCIA DE LOS MALOS TRATOS

La invisibilidad de los malos tratos, como se indicó, no encubre su inexistencia, pero ¿cuál es su prevalencia o dimensión? Hasta la fecha, no hay datos concluyentes, porque, entre otras razones, no hay consenso en cómo medir la prevalencia de los diferentes conceptos enumerados. Uno de los primeros datos internacionales es de 1987 para Boston donde se calculó un 3,2% de casos entre la población mayor de 60 años (Decalmer y Glendenning, 2000). Para el caso español, quizá la primera aproximación es la Declaración de Almería de 1996, donde se calcula una prevalencia de maltrato del 3% de las personas mayores de 65 años (...).

Durante el siglo XXI van apareciendo más estudios centrados en la prevalencia del maltrato. Un revulsivo para su conocimiento fue El Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2002 a), donde se afirma que el maltrato de personas mayores es uno de los rostros más ocultos de la violencia. Habla de un 6% de personas mayores de 60 años que declaran haber sufrido maltrato.

Teresa Bazo publica, en 2001, que el 4,7% de personas mayores de 65 años del País Vasco, Andalucía y Canarias eran víctimas de maltrato familiar. Poco después, el Centro Reina Sofía de Valencia calculó que, en 2005, las personas mayores decían haber sufrido maltrato en un 1,5% de los casos, mientras sus cuidadores lo confirmaban en un 4,7% de los casos (Iborra, 2005).

La OMS y la INPEA (Red Internacional para la Prevalencia del Maltrato a Personas Mayores), en 2007, hablan de entre un 3 y un 5% de mayores de 60 años eran víctimas de maltrato. Estas lo sufren en el contexto familiar básicamente (75%) (Gómez Alonso, 2013).

Cambiando de década, en el estudio del Grupo Mémora: Percepción de la población sobre los maltratos a las personas mayores (2015), se recoge que el 26,2 % de las personas consultadas afirmaba conocer en primera persona casos de maltrato hacia personas mayores (Artiz, 2019). Como puede observarse, la muestra de referencia no son las personas mayores sino el conjunto de la población. Este cambio del universo informante podría explicar un porcentaje tan elevado en comparación a los estudios que se venían haciendo.

Según uno de los últimos informes de la OMS de 2016-2017, el 15,7% de personas mayores de 60 años afirmaban haber sufrido alguna forma de maltrato en el entorno doméstico. Por su parte, el 64,2% del personal que trabaja en instituciones sociales y sanitarias informó haber cometido alguna forma de abuso en el último año. En ambos casos ha predominado el maltrato psicológico.

Como vemos no hay consenso en las cifras, aunque lo que se percibe es un aumento de los porcentajes de personas mayores que sufren malos tratos a medida que nos acercamos al presente. También se observa este consenso general a la hora de destacar el protagonismo de profesionales sanitarios como receptores de los casos, en cualquiera de los lugares en

los que está, así como en destacar que las personas mayores son reacias a informar de su situación por ser víctimas, sobre todo, de miembros de su familia. Este comportamiento genera dificultades para reconocer o atribuir signos y síntomas de malos tratos. En otras palabras: no se puede tratar lo que se desconoce, por lo que todo apunta a la necesidad de más investigaciones, pero desagregando por edad, sexo, patologías y lugar de residencia y de cuidados.

Quizá nos alarmen las cifras presentadas y el fuerte incremento experimentado en los últimos años, sobre todo sabiendo que están infra-dimensionadas o hay subregistro. Un acercamiento indirecto, y seguramente discutible como otros muchos, es a través del estudio del afrontamiento a la enfermedad de familiares que cuidan de personas mayores, en concreto, que tienen enfermedades neurodegenerativas como las demencias y Alzheimer. Recordemos que, según la OMS, el 66% de estas personas han sufrido malos tratos.

En este caso se disponen de datos aproximativos para Navarra en dos tesis doctorales. Una realizada desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Navarra y la otra desde el Departamento de Trabajo Social de la UPNA. La primera se centró en el afrontamiento de cuidadores de familiares con Parkinson y la segunda en cuidadores de familiares con demencias. De la comparativa se desprende que el afrontamiento es más positivo cuando la persona cuidada tiene Parkinson que cuando tiene demencia, lo cual era un resultado esperable (Lopes, Navarta et al., 2020). Lo que no era esperable es que el segundo factor relevante en ese proceso, en particular en los casos de demencia, fuera el entorno residencial o lugar en el que se vivía, seguido del nivel ingresos/salario disponible y la situación laboral de la familiar cuidadora.

Centrando el análisis en el afrontamiento a la enfermedad de las personas cuidadoras de familiares con demencia, los resultados indican que el afrontamiento es positivo en términos generales. En la siguiente tabla se recogen las tres secciones de la Encuesta PAIS-SR aplicada con resultados menos positivos, desagregados por el lugar de residencia (más y menos de 10.000 hpts).

Tabla 1. Media de puntuación en relación a las secciones III, VI y VII del cuestionario PAIS-SR, según localidad de residencia. Fuente: Anaut-Bravo y Lopes-Dos-Santos (2020).

PAIS-SR*	Urbanas	Rurales
Sección III: Ámbito doméstico. <12 buena percepción	12,6	12
Sección VI: Entorno Social. <9 buena percepción	10,2	10,6
Sección VII: Malestar psicológico. <10,5 no presenta malestar	10,1	4,4

En primer lugar, decir que en el ámbito doméstico se está en un punto intermedio, mientras en el entorno social es más evidente un afrontamiento negativo. En ambos casos, no hay discrepancias significativas entre quienes viven en localidades urbanas y rurales.

En cambio, en las entrevistas realizadas a las mismas personas que rellenaron el cuestionario PAIS-SR quedó recogida su queja manifiesta ante la falta de apoyos de otros miembros de la familia (nuclear o extensa) y del entorno social (amistades, conocidos). En este caso tampoco era muy diferente el discurso entre quienes vivían en localidades urbanas y rurales. Por tanto, no hay indicios para mantener que en el medio rural el apoyo de la comunidad suple la ausencia de servicios.

Como se ve en la tabla, donde más diferencia se percibe, según la localidad de residencia, es en cuanto al malestar psicológico. En localidades de más de 10.000 habitantes hay cierto malestar psicológico, hecho que no se recoge en las localidades de menos de 10.000. Es un resultado interesante y para tenerlo en cuenta de cara a valorar factores predictores y protectores frente al maltrato.

Visto que en el caso de Navarra el cuidado de un familiar en el entorno doméstico, realizado de forma individual o con apoyos, por un familiar nos sitúa ante un afrontamiento positivo del cuidado, es razonable pensar que la posibilidad de sufrir malos tratos es baja. No obstante, sería un tema a estudiar en profundidad. Ahora bien, que la prevalencia sea baja, como apun-

tamos, no significa no hacer nada. Por tanto, resulta oportuna la iniciativa de la Guía anteriormente citada. Sin embargo, se está en un momento oportuno para conocer en profundidad la dimensión o la prevalencia en el antes y el después de la aplicación de esta Guía en la C.F. de Navarra.

REFLEXIONES FINALES

Lo expuesto en las páginas anteriores conviene contextualizarlo, ya que es en ese entorno en el que se desarrolla un trato inadecuado. Habría que destacar algunas cuestiones:

- a. Estructura de la población marcadamente diferente a la del cambio de siglo por el incremento de las tasas de envejecimiento y sobre-envejecimiento.
- b. Inestabilidad de la unidad básica de cuidados (familia/unidades de convivencia) que se suma al limitado número de miembros.
- c. Ciclos vitales reajustados de forma recurrente y que reclaman mayor compatibilidad entre vida laboral-familiar-personal.
- d. Reajuste de roles en materia de cuidados y actividad laboral.

Sobre este contexto, hay que situar a los principales agentes cuidadores de proximidad:

- a. Miembros de la familia: predominio cónyuge e hija. Se detectan algunos cambios como la creciente presencia de hombres como cuidadores de sus progenitores, además de cónyuges.
- b. Personal externo: se avanza hacia la profesionalización del cuidado con el impacto social y económico que ello conlleva.

Todas estas realidades que se van imponiendo, coinciden con un cambio de paradigma: De la crisis de los cuidados a la sociedad de los cuidados. Este cambio de paradigma plantea una serie de interrogantes de hacia dónde ir. Es importante preguntarse entonces, de qué hablamos cuando decimos sociedad de los cuidados y cuando nos referimos a sociedad cuidadora, ambas utilizadas indistintamente en ocasiones. Aunque pueda parecer un mero juego de palabras, en la práctica, no es lo mismo un paradigma que otro.

La Sociedad de los cuidados, como el nombre dice, se centra en las prestaciones (servicios, prestaciones económicas o apoyos técnicos y materiales). Esto plantea más interrogantes:

- Externalización del cuidado: ¿complementario o sustitutivo del cuidado intrafamiliar?
- Reforzamiento del cuidado intrafamiliar:
 - Reconocimiento como actividad laboral ¿por cuenta ajena/autónoma? ¿Sería un complemento al cuidado externo?
 - ¿Reconocimiento como actividad social con complementos (>65 años)? ¿Esto significa que dispondría de más apoyos tecnológicos y materiales?
- Si miramos desde la prestación, ¿habría que desarrollar un sistema de cuidados? ¿dónde estaría ubicado? ¿dentro del SAAD, en otro subsistema del sistema de servicios sociales o sería un sistema socio-sanitario diferente a los sistemas de salud y servicios sociales?

Por su parte, la Sociedad cuidadora supone un cambio de mirada hacia los derechos y obligaciones del conjunto de la sociedad. Dicho esto, sería imprescindible:

- Una implicación creciente de la comunidad.

- Existencia de Sistema/subsistema bien definido que coordine:
 - a. comunidad-agentes externos-miembros de la familia;
 - b. sistemas de educación, salud y servicios sociales.

Como consecuencia de todo esto, cabe preguntarse: ¿es posible una sociedad cuidadora en un modelo social individualista, “sin tiempo” y en una sociedad del ocio? ¿Cómo hacer atractivo el cuidado cuando limita o impide compaginar el tiempo laboral, familiar y, sobre todo, personal?

BIBLIOGRAFÍA

- Abaurrea, P., Castiella, F., De la Fuente, M., González, B., Ladrón, S., Sala, O., Taberna, I. y Zarranz, N. (2020). Guía de actuación profesional para la detección precoz e intervención en situaciones de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Foral de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Anaut-Bravo, S. y Lopes-Dos-Santos, C. (2020). El impacto del entorno residencial en la adaptación psicosocial y calidad de vida de personas cuidadoras de familiares con demencia. *Revista OBETS Revista de Ciencias Sociales*, 15 (1), 43-70.
- Artiz, L. (2019). Maltrato a las personas mayores: un problema silenciado. Recuperado de: <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2019/153-dia-toma-conciencia.html>
- Bazo Royo, M^a T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36(1):8-14.
- Bover Bover, A., Moreno Sancho, M.L., Mota Magaña, S. y Taltavull Aparicio, J.M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria*, 32(9): 541-51.
- Decalmer, P., y Glendenning, F. (comp.) (2000). El maltrato a las personas mayores. Barcelona: Paidós, col. Trabajo Social, 8.

- Gómez Martín, M^a del P., y Díaz Vega, P. (2011). Guía PRÁCTICA para favorecer el buen trato a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/SEGG.%20GUIA%20BUEN%20TRATO%20A%20PERSONAS%20MAYORES.pdf>
- Giraldo Rodríguez, L. (2010). Maltrato de personas mayores. El Residente, V (2-2010): 85-91.
- Gómez Alonso, F. (2013). El maltrato a las personas mayores. Enlace en Red, 23: 26-31.
- Gómez Martín, M^a del P., y Díaz Vega, P. (2011a). Decálogo para el buen trato a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/DECALOGO%20BUEN%20TRATO.pdf>.
- Iborra Marmolejo, I. (2005). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. Zerbitzuan, 45: 49-57.
- Kessel, H., Marín N. y Maturana, N. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 31: 367-372.
- Lopes, C., Navarta-Sánchez, M.V., Moller, J.A., García-Lautre, I., Anaut-Bravo, S., and Portillo-Vega, M.C. (2020). Psychosocial adjustment of in-home caregivers of family members with dementia and Parkinson's disease: a comparative study. Parkinson's Disease, vol. 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/2086834>
- Moya Bernal, A. y Barbero Gutiérrez, J. (coord.) (2005). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Madrid: IMSERSO.
- Sánchez Martínez, L. (2015). Malos Tratos a las Personas Mayores: Percepción, Conocimientos y Barreras para la Detección. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48285/1/Leticia%20S%20a%20nchez%20Mart%20adnez%20Tesis%20Doctoral.pdf>.
- ONU (2003). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Recuperado de: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mi-paa-sp.pdf>
- WHO-OMS (2002). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ginebra: OMS.
- WHO-OMS (2002a). El Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS.
- WHO-OMS (2022). Maltratos de las personas mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>



RESEÑA

Fundación Mémora (2021). Libro Blanco de ciudades que cuidan. Foro de debate: hacia un nuevo paradigma de los cuidados. Edit. Fundación Mémora

Juana Caballin Yarnoz

No puede ser más oportuna la lectura de este Libro Blanco. En sus páginas se habla de la necesidad de impulsar y reconocer el valor del cuidado en una sociedad en la que se está haciendo dramáticamente visible su fragilidad.

El Libro es un compendio del “Foro de Debate Ciudades que Cuidan”, organizado por la Fundación Mémora durante la pandemia COVID-19 (marzo 2020-diciembre 2021). Este contexto explica que esta vivencia se haya incorporado al fondo de la reflexión al haber puesto en evidencia que hay circunstancias, como las que la Fundación estaba analizando en su Proyecto, en las que el cuidado como valor cívico, comunitario, institucional, individual, público o privado, es un aliado importante e indispensable para el conjunto de la sociedad. Las circunstancias o retos analizados que demandan un nuevo modelo de cuidado integrador son: el envejecimiento de la población, la concentración de la vida en las ciudades y el aumento de la soledad no deseada.

El Foro se estructuró en 22 grupos de trabajo, compuestos por un centenar de personas comprometidas en sus diferentes ámbitos profesionales. El documento base que sirvió de hilo conductor fue: “Sociedades que cuidan”, de

Victoria Camps. El texto guía hacia un nuevo escenario de ciudades en las que el cuidado, desarrollado y coordinado en sus diferentes facetas, ocupa un lugar central.

El Libro Blanco desarrolla los capítulos: Ética, Soledad, Médicos, Educación, Modelo sanitario, Salud pública, Economía, Social, TICs, Urbanismo y hábitats, Política municipal, Legal, Psicólogos, Cultura, Farmacéuticos, Investigación, Voluntariado, Enfermería, Envejecimiento, Comunicación, Ecología y medio ambiente, y Feminismo. Cada capítulo, sustentado por bibliografía, incorpora unas conclusiones y propuestas en forma de decálogo, en las que siempre destaca la palabra: coordinación.

Esta presentación por capítulos especializados permite al lector reflexionar y profundizar en sus propios conocimientos e ir trabajando también sus propias conclusiones, sin olvidar aspectos importantes que figuran en el documento:

- Somos seres relacionales y acechados por la vulnerabilidad.
- Todos somos interdependientes, esa condición nos iguala.

- Hay que dar valor ético a un trabajo invisible de muchas mujeres y universalizar ese valor como deber moral básico.
- Hay que recuperar el valor ético del cuidado y la capacidad de cuidar del conjunto de la sociedad.
- El cuidado no es un valor privado sino también público. Las instituciones deben ser también cuidadoras.
- No debemos caer en el paternalismo de saber lo que le conviene al ciudadano ni asociar vulnerabilidad con cuidado; las ciudades que cuidan deben preguntar a los vulnerables si quieren ser cuidados y cómo.

Hemos normalizado situaciones que no son “buenas”, por no decir que son inadmisibles, en el cuidado de las personas mayores. Es importante continuar con la reflexión e interiorizar que las personas con dependencia, a veces, no son sólo los “otros”.

La SNGG convoca:
Premio Tomás Belzunegui 2021-2022
 Bases Generales del Concurso

1ª. Este premio, convocado por laSNGG, tiene como objetivo impulsar trabajos literarios, audiovisuales y memorias de actividades intergeneracionales que fomenten la imagen de las personas mayores, sin estereotipos ni prejuicios, en una sociedad intergeneracional.

2ª. Modalidades literarias y memorias de actividades intergeneracionales:

- Los trabajos deben presentarse en formato Word, con una extensión de entre 1.000 y 2.500 palabras. Times New Roman, 12 puntos e interlineado 1,5.

2.1) Modalidad de relatos cortos, convocatoria ABIERTA. Trabajo inédito.

Premio: 300 € (trescientos euros), certificado y publicación en la revista Cuadernos Gerontológicos y en la página web de la SNGG.

2.2) Modalidad de Relatos Cortos SENIOR. Trabajo inédito.

Podrán presentarse en esta modalidad las personas mayores de 60 años residentes en Navarra. (circunstancias que deberán acreditar).

Premio: 300 € (trescientos euros), certificado y publicación en la revista Cuadernos Gerontológicos y en la página web de la SNGG.

2.3) Modalidad Actividades Intergeneracionales: Trabajos publicados o inéditos; ver convocatoria propia para enviar la memoria (www.sngg.es)

- **Envío por correo electrónico en un email con dos archivos: poner en ASUNTO: PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI 21-22. Archivo 1o:** Trabajo firmado sólo con pseudónimo y **Archivo 2o:** datos, identificación y contactos del autor: enviar los dos archivos a premiotb@sngg.es

- **Envío Postal:** Enviar una copia impresa del trabajo, con título y firmada sólo con un pseudónimo; una copia del trabajo en CD y un sobre identificado con el pseudónimo, dentro del cual conste la identificación del autor o autora, DNI, dirección postal, dirección electrónica y teléfono. Introducir todo en un sobre postal y enviar a la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología.

3ª. Modalidad Periodismo escrito

Trabajos periodísticos, en cualquiera de sus géneros, que versen sobre las personas mayores y/o las relaciones intergeneracionales, publicados en medios de comunicación navarros, impresos o digitales, durante los dos últimos años, hasta la víspera del final del plazo de admisión de originales.

- Los Trabajos podrán ser presentados al concurso por los propios autores, por las empresas de los medios en que fueron publicados, por la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, siempre con el consentimiento de los autores.

- Modo de presentación: Copia en pdf (adjunto), enviar a través de correo electrónico, a: premiotb@sngg.es, **indicando en asunto: Modalidad Periodística.** También pueden presentarse por correo postal, copia impresa del trabajo publicado, respaldo en DVD o USB, añadiendo los datos del autor/a (nombre, apellido, DNI, dirección postal, dirección electrónica y teléfono) en un sobre identificado con el remitente y enviado a: Premio Tomás Belzunegui 2021-2022, Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología (Colegio de Médicos), Avda. de la Baja Navarra, 47. 31002 Pamplona,

- Premio: 300 € (trescientos euros), Certificado y reseña en la revista Cuadernos Gerontológicos y en la página web de la SNGG. Los autores no premiados pueden solicitar certificado de participación.

4ª. Plazos: El plazo de admisión de los trabajos es, en todas las modalidades: **15 de junio de 2022.**

5ª. Entrega de Premios: En fecha que se anunciará oportunamente a todos los interesados premiados. El resto de participantes recibirá, si lo solicita, un certificado de participación en el Concurso.

6ª. Permiso de uso de trabajos e imágenes: Los/as concursantes, al participar en el Premio Tomás Belzunegui, aceptan las presentes bases y permiten libremente la publicación y visionado SOLO DE LOS TRABAJOS PREMIADOS y la referencia a los mismos, en aquellos foros sin ánimo de lucro en los que participe la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología. Del mismo modo las imágenes obtenidas de los concursantes y acompañantes en los Actos de Entrega de los Premios, podrán ser visionadas por la SNGG. Los autores se responsabilizan de contar con el permiso de imagen de las personas que aparezcan en sus trabajos y de haber abonado las tasas de derechos de autor a la SGAE (o estar exentos de ello). Los datos personales aportados por los autores participantes, se utilizarán exclusivamente para comunicar al personal interesado la recepción, aceptación del trabajo y el resultado de la decisión del Jurado.

7ª. El Primer Premio no recaerá en los mismos AUTORES ganadores en la edición anterior. La concesión de accésits, lo valorará el Jurado, según la calidad de los trabajos presentados. Sólo se admitirá a concurso un trabajo por autor, dentro de cada convocatoria anual. Los autores, solo pueden concursar en una sola modalidad dentro de cada convocatoria. El fallo del Jurado es inapelable.

8ª. Sólo se admitirá a concurso un trabajo por autor/a, en cada convocatoria anual del Premio Tomás Belzunegui.



La SNGG convoca:

2020-2030
**Década del Envejecimiento
 Saludable**



Convocatoria 2021 - 2022

Modalidades:

- *Periodística*
- *Relato Corto, convocatoria abierta*
- *Relato Corto, Senior*
- *Actividades Intergeneracionales* (ver convocatoria propia)
- *Modalidad UNIVERSIDAD* (ver convocatoria propia: www.sngg.es)

COLABORAN



El Dr. Tomás Belzunegui Sarasa, (1925-1993) fundó con el apoyo y ayuda del Dr. Joaquín Peñalba, el Servicio de Geriatria del Hospital de Navarra en 1980. El carácter innovador y precursor del Dr. Belzunegui y su visión de las características propias de la atención a los ancianos, integral y continua, le sitúan entre los precursores de la Geriatria moderna. Este premio, que convoca la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, es un reconocimiento a su figura y labor. En él se pretende fomentar la imagen positiva de las personas mayores, sin estereotipos ni prejuicios, en una sociedad intergeneracional.



Envío de trabajos por E Mail (consultar las bases) : premiotb@sngg.es
 Envío postal y lugar de recepción de trabajos en formato impreso:

Premio Tomás Belzunegui 2021-2022 (indicar modalidad))
 Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología
 (Colegio Oficial de Médicos)
 Avenida de la Baja Navarra, 47. 31002 Pamplona/Iruña

Coordinadores del Concurso

Dolores López. Demógrafa. Universidad de Navarra. Socia de la SNGG.
Juan Jerez. Trabajador Social Gerontólogo. Socio de la SNGG.
Salvador Gutiérrez. Coordinador de Bilaketa.
Olga Sala, socia de la SNGG y miembro de la Junta de la SNGG
DobleClick, como secretaria técnica de la SNGG.

Más información

www.sngg.es ; secretaria@sngg.es Tfnos: 647 586 775 - 687 425 091



CONVOCATORIA

ARTÍCULOS PARA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

La revista Cuadernos Gerontológicos publica dos números anuales. El primero tiene una temática abierta. El de la segunda mitad del año se compone, básicamente, de los trabajos premiados en el Premio anual Tomás Belzunegui que concede la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, aunque suele incorporar algún trabajo libre. Las normas de publicación para las propuestas de artículos son las que a continuación se indican.

Originales. Trabajos que aportan nuevos resultados. Los manuscritos deberán estructurarse en: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras. Deben acompañarse de un resumen de un máximo de 250 palabras estructurado en los mismos apartados que el texto y de 3 a 5 palabras clave.

Originales breves. La estructura es la misma pero su extensión es de unas 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). El resumen tendrá un máximo de 150 palabras y entre 3 y 5 palabras clave.

FORMATO:

Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), letra Times New Roman, 12 pt y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.

- Título, Resumen y Palabras clave en castellano e inglés.
- Tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.
- Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábiga y serán las imprescindibles.
- Referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto. Se seguirán los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (American Psychological Association).
- Citas en el texto:
 - Si la oración incluye el apellido del autor sólo se escribe la fecha entre paréntesis: Roldán (2006).
 - Si no se incluye el apellido del autor en la oración: (Roldán, 2006).
 - Si es un fragmento literal: (Christff, 1996, p. 21).

