

VALORES Y CUIDADO DE LOS MAYORES

Rafael Amo Usanos
(editor)

VALORES Y CUIDADO DE LOS MAYORES

Rafael Amo Usanos
Salome Adroher Biosca
Virginia Flores Riesco
Fermín García Gollarte
Concepción Alicia Monje Micharet
Aitor Pérez Artetxe
Rafael Puyol



2024



Servicio de Biblioteca. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

VALORES y cuidado de los mayores / Rafael Amo Usanos (editor) ; [autores] Rafael Amo Usanos, Salome Adroher Biosca... [y cinco autores más]. -- Madrid : Universidad Pontificia Comillas, 2024.

82 p.

En portada: Ballesol.

Bibliografía.

D.L. M 25683-2024. -- ISBN 978-84-7399-145-2

1. Ancianos. 2. Cuidados. 3. Envejecimiento de la población. 4. Aspectos económicos. 5. Aspectos éticos. 6. Aspectos jurídicos. 7. Aspectos sociales. I. Amo Usanos, Rafael (1972-), editor literario

Esta editorial es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas (UNE), lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional



© 2024 UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
Universidad Comillas, 3
28049 Madrid

© 2024 Ballesol

© 2024 De todos los autores

ISBN: 978-84-7399-145-2
Depósito Legal: M-25683-2024

Maquetación e impresión: Imprenta Kadmos

Reservados todos los derechos. Queda totalmente prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier sistema de almacenamiento o recuperación de la información, sin permiso escrito de la Universidad Pontificia Comillas.

ÍNDICE

VALORES Y CUIDADO DE LOS MAYORES	
Rafael Amo Usanos.....	9
LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA Y EL CUIDADO DE LOS MAYORES: ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS ÉTICAS	
Aitor Pérez Artetxe.....	13
1. LOS AGENTES DEL CUIDADO.....	14
2. EL COSTO DE LOS CUIDADOS.....	15
3. LA SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO DE BIENESTAR.....	17
4. UNA ÚLTIMA REFLEXIÓN.....	18
LA SOSTENIBILIDAD Y LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS. UNA CONSIDERACIÓN ÉTICA	
Rafael Puyol.....	19
1. LOS FACTORES DE LA INSOSTENIBILIDAD DEMOGRÁFICA: BAJA NATALIDAD Y ENVEJECIMIENTO.....	19
2. LA FUERTE CAÍDA DE LA NATALIDAD: CIFRAS, FACTORES, CONSECUENCIAS.....	20
3. EL ENVEJECIMIENTO.....	21
4. LOS REMEDIOS.....	29
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ALIMENTACIÓN EN EL DETERIORO SEVERO: UN ENFOQUE ÉTICO	
Fermín García Gollarte.....	33
1. INTRODUCCIÓN.....	33
2. ALIMENTACIÓN EN FASES TERMINALES: ¿CUIDADO BÁSICO O MEDIDA TERAPÉUTICA?.....	33
3. DIFERENTES CAUSAS DEL FINAL DE LA VIDA.....	34
4. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD.....	35
5. VALORACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DEMENCIA AVANZADA.....	37
6. TÉCNICAS Y PRINCIPIOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL DETERIORO SEVERO.....	39
7. ALIMENTACIÓN ENTERAL (PEG Y SNG) EN EL DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO SEVEROS.....	40
8. PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA TERMINALIDAD.....	44
EL PAPEL DE LA ROBÓTICA EN EL CUIDADO DE LOS MAYORES	
Concepción Alicia Monje Micharet.....	47
1. INTRODUCCIÓN.....	47
2. TECNOLOGÍAS ROBÓTICAS PARA EL CUIDADO DE LOS MAYORES.....	49
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ANCIANIDAD E INFANCIA UNIDOS POR LA TRADICIÓN:

EL PALOMAR DEL ABUELO

1. INTRODUCCIÓN	57
2. QUÉ ES EL PALOMAR DEL ABUELO Y DÓNDE SE UBICA	58
3. MOTIVOS DE SU CREACIÓN	58
4. OBJETIVOS	60
5. HISTORIA	60
6. DISTRIBUCIÓN EN LA ACTUALIDAD	61
7. LAS VISITAS: ¿CÓMO SE HACEN?	63
8. TESTIMONIOS DE LOS GUÍAS.....	64
8. CONCLUSIÓN	65

EL DERECHO A LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Salome Adroher Biosca	67
1. INTRODUCCIÓN	67
2. EL DERECHO A LA AUTONOMÍA Y A LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES: DOS EJES DE ACTUACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA.....	68
3. DERECHO A LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR.....	70
3. EL DERECHO A LOS CUIDADOS COMO RESPONSABILIDAD PÚBLICA	76
4. CONSIDERACIONES FINALES	78
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

VALORES Y CUIDADO DE LOS MAYORES

Rafael Amo Usanos
Director de la Cátedra de Bioética

En una sociedad envejecida, y marcada por la economía de mercado, es muy fácil caer en la tentación de ver ese grupo de población –los mayores– como un nicho de mercado; como una posibilidad para hacer un negocio rentable. Y así, convertir el cuidado, que es una de las actitudes que nos hace humanos, en negocio rentable. En ese caso, el ser humano –el animal que todo lo valora– pensaría que la persona realizada es la persona con dinero y no la persona compasiva.

El valor es un canon de medida de las posibilidades de una acción en orden a la realización de la persona, y el ser humano, por ser un ser libre, no puede dejar nunca de valorar, de calibrar –por medio de los valores– que acción le ayuda a ser más persona.

Habrà quien piense que el dinero, además de precio, tiene valor. Que tener más dinero, que enriquecerse, es lo que más nos realiza como personas. Que somos más personas cuanto más dinero obtengamos con nuestras acciones. Pero hay otros valores que no es el beneficio económico. Valores que nos enriquecen, no porque hagan más positivos nuestros balances, sino porque nos hacen ser más humanos.

El valor, como se ha indicado es el canon de medida de las posibilidades de una acción en orden a la realización de la persona. La sostenibilidad, la dignidad y el cuidado de la intergeneracionalidad son valores porque si buscamos acciones que los fomenten creceremos como personas y haremos una sociedad más humana.

La sostenibilidad es el desarrollo humano que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones,

garantizando el equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del medio ambiente y el bienestar social. Es un valor porque las acciones que lo tienen en cuenta no solo nos hacen más personas a quienes obramos así, sino a la humanidad como tal.

Ahora bien, en el fondo metafísico de la sostenibilidad existe una comprensión de lo real en la que todo está conectado. La interconexión que implica encuentra sus raíces en la propia física de la materia, en la biología –la genética compartida–, y en otro nivel más profundo de la realidad que nunca terminamos de reconocer y comprender, el nivel metafísico. También tiene una dimensión epistemológica, implica utilizar una epistemología holística que integre todas las dimensiones de la realidad, lo que evitaría la ignorancia que suponen los conocimientos parciales.

La dignidad actúa como valor cuando buscamos no tratar a nadie como un medio sino como un fin. En el ámbito del cuidado de los mayores nuestras acciones fomentan la dignidad si:

- Respetamos a los mayores como persona, esto es, ofreciendo un cuidado holístico, de todas sus dimensiones: corporales, psicológicas, biográficas, espirituales.
- Mantenemos cuidado incluso cuando está inconsciente, sedado, en coma, estado vegetativo persistente, con grave deterioro cognitivo: demencias, Alzheimer.
- Los mayores pueden participar en la toma de decisiones, se les informe sobre los procedimientos o tratamientos que se les va a realizar o la protección de la privacidad.
- Se considera la importancia que tiene la continuidad de la identidad: que la persona sienta que a pesar de estar al final de la vida sigue siendo ella misma. Que la persona siga manteniendo un sentido de valor igual al que tenía antes de enfermar.
- El conocimiento que los profesionales tienen de las personas que cuidan trasciende al objetivo de dar una respuesta adecuada y adaptada a la persona. Este conocimiento es necesario para proporcionar un cuidado digno.
- Siempre que sea posible, se le consulte al mayor como le gustaría ser cuidado.

La solidaridad familiar entre generaciones o solidaridad intergeneracional (término acuñado por Bengtson y Oyama), destaca el apoyo mutuo en las distintas fases del ciclo vital. Estas transferencias entre generaciones, que se producen generalmente en forma de cuidados informales, además de ser fuente de ayuda para los receptores, son fuente de satisfacción para quienes los realizan. Por ello son un valor, las acciones intergeneracionales hacen

más personas a quienes las realizan y a quienes las reciben, en una suerte de círculo virtuoso.

Sostenibilidad, dignidad e intergeneracionalidad son tres valores de los múltiples que conforman la arquitectura interna del cuidado de los mayores. Por eso, en buena lógica humanista, no se pueden separar y se deben convertir en derecho.

En esta obra se dan la mano estos valores con los escritos de Aitor Pérez Artetxe, sobre los aspectos éticos de la sostenibilidad económica del cuidado de los mayores; de Rafael Pujol, sobre la sostenibilidad del cuidado de los mayores y el estado actual de la demografía; de Fermín García y Concepción Monje sobre el cuidado digno de los mayores (en la alimentación en los últimos estadios de la vida y con el uso de robots); de los miembros del Centro Asistencial San Roque, con una experiencia tan original como ejemplarizante, de intergeneracionalidad; y, por último, con la reflexión de Adroher sobre Mayores y el derecho a los cuidados.

Estos escritos son fruto de las V Jornadas sobre Bioética que Ballesol y la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas celebraron los días 16 y 17 de abril. Esta asentada colaboración entre las dos instituciones pretende ayudar a estimular la reflexión, pero también el cuidado excelente de los mayores que son, no solo un grupo numeroso de nuestra sociedad, sino el tesoro de la sabiduría acumulada.

LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA Y EL CUIDADO DE LOS MAYORES: ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS ÉTICAS

Aitor Pérez Artetxe
GEROKON

Buenos días, y muchas gracias a Ballesol y a la Universidad de Comillas por invitarme a trasladaros algunas reflexiones sobre las perspectivas éticas y la sostenibilidad económica del cuidado de los mayores.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la definición de ética tiene varias acepciones:

- Perteneciente o relativo a la ética.
- Recto, conforme a la moral.
- Persona que estudia o enseña moral.
- Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida.
- Parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores.

De estas definiciones nos vamos a quedar con la cuarta de ellas, es decir; *el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida*. Dicho esto, podemos decir que cada persona tiene unas normas morales distintas de otra, y en consecuencia cada persona entiende la ética de una u otra manera.

En relación con el tema que nos ocupa, una primera cuestión que se plantea es si *¿es ético cobrar por cuidar?*

Es curioso que oficialmente está admitido que una persona que se hace cargo de otra que necesita cuidado o ayuda cobre por ese cuidado, sin

embargo, cuando son organizaciones, empresas, las que cobran por estos cuidados, surgen voces en contra que hablan de la mercantilización de los cuidados, privatización, especulación, etc.

1. LOS AGENTES DEL CUIDADO

1.1. El enfoque comunitario

Si nos remontamos a épocas no muy lejanas, años 70-80, cuando todavía no se había construido el actual Estado de bienestar del que disfrutamos, la responsabilidad del cuidado recaía mayoritariamente en *la familia* que es, ha sido, y tiene pinta de que aún lo será durante mucho tiempo, el pilar fundamental de la atención de las personas dependientes.

Por otra parte, teníamos otro agente que era *la comunidad*, el entorno más cercano de las personas, el portal, el barrio, el pueblo, entendiéndolo con un enfoque muy comunitario, muy solidario, algo que aún sobrevive en zonas rurales.

Por último, en aquellos tiempos surgió un movimiento asociativo que era promovido por familias y vecinos y que han sido el germen del actual tercer sector y que ofrecían diferentes servicios que eran financiados con fondos propios.

1.2. El Estado

A medida que vamos desarrollando el Estado del bienestar, las distintas administraciones públicas –el Estado–, empiezan a ofrecer servicios en todos los ámbitos del bienestar.

A partir de la década del 2000 se comienzan a desarrollar leyes de servicios sociales, como la Ley de Dependencia, donde estas prestaciones se convierten en un derecho más de la ciudadanía, asumiendo la financiación y la responsabilidad de la prestación de estos servicios.

1.3. El mercado

Y, por último, aunque siempre ha existido, en las últimas décadas surge de manera importante un tercer agente, *el mercado*. Es un agente que surge sobre todo para la atención a la dependencia de personas mayores ante la

aparición de una demanda *solvente* de este tipo de servicios, algo que no ocurre en otros colectivos como infancia o mujer.

Actualmente al hablar de cuidados, el agente que juega un papel más relevante es el Estado, ya que con la aprobación de la Ley de Dependencia asume el rol más importante tanto en su financiación, como en la responsabilidad de la atención.

En un segundo plano estaría el mercado, personas que compran de manera privada unos servicios que el Estado no les ofrece.

Y, por último, la familia que tiene un protagonismo especial y que en la mayoría de los casos, al menos las personas dependientes, cuentan con la ayuda del Estado.

En una situación como la actual donde se está hablando de las dificultades para garantizar la sostenibilidad del Estado de bienestar cabe preguntarse cuál puede ser el escenario de los próximos años si el Estado no va a alcanzar a cubrir todas las necesidades y pudiera ser que su rol como agente principal sea sustituido por el mercado.

Podríamos tener un modelo de Estado de bienestar más anglosajón, donde el que tiene paga y el que no es atendido por el Estado o por la beneficencia, una derivada del tercer sector actual.

Pero podría ser un escenario todavía peor, donde los servicios públicos tienen un alcance muy limitado, y con una situación económica delicada, donde poca gente puede acceder al mercado privado, dejamos este liderazgo de la atención en manos del tercer sector, sería un poco la situación de países en vías de desarrollo, o la de nuestro país en los años 60-70.

2. EL COSTO DE LOS CUIDADOS

Cuando preguntamos cómo queremos ser cuidados, la respuesta siempre es *ser atendido en su casa, con la familia, y contar con servicios profesionales*. Si lo queremos hacer *éticamente*, esto es con personal contratado y pagado conforme a la ley, y si el grado de dependencia es elevado, podemos hablar de un coste mensual de entre 5.000 y 10.000 euros.

Una alternativa a esta situación *ideal* es vivir en casa, sin familia y con *cuidadores* externos. En realidad, más que cuidadores lo que tenemos son personas de servicio doméstico, pueden ser internas o externas, en el mejor de los casos con contrato. Aquí estaríamos hablando de un coste de 1.000-2.000 euros mensuales. Es lo que el filósofo Fernando Fantova llama el modelo *colonial* de cuidados ya que la mayoría de estas cuidadoras son mujeres de países de Sudamérica.

Una derivada de esta consistiría en continuar con el modelo que el mencionado filósofo denomina patriarcal donde la familia, en femenino y singular, hija o pareja de la persona dependiente, se hace cargo del cuidado. En algunas comunidades se apuesta por este modelo de atención que se *premia* con una prestación económica inferior a los 400 euros mensuales. Ojo porque la reforma de la ley de dependencia apunta a que puede incentivarse este tipo de prestación enmascarándola con la excusa de trabajar por la desinstitucionalización.

Y, por último, tenemos el modelo de atención residencial. Una alternativa a los cuidados a domicilio, pensada para personas muy dependientes, donde contamos con un equipo muy amplio de profesionales de distintas categorías. De alguna manera una residencia es la industrialización del cuidado. Su coste varía por comunidades, pero podemos estar hablando de una horquilla que va desde los 1.500-4.000 euros mensuales.

Por simplificar, a la hora de optar por un modelo de cuidados hay dos opciones básicas, en casa o en una residencia, alternativas ambas con su *derivada ética*.

El cuidado en casa provoca una sensación de bienestar, estamos haciendo lo que nos gustaría que hicieran con nosotros, es decir, ser cuidados en casa. Esta decisión tiene como consecuencia una gran carga para el cuidador, que se incrementa, sobre todo, a medida que la demanda de cuidado es mayor.

Si optamos por la opción de la residencia, la sensación inicial es de malestar, y aparece un sentimiento de culpa porque tenemos la sensación de estar haciendo algo que no nos gustaría que hicieran con nosotros. Por contra, aquí se produce un tiempo de calidad para la familia después de haberle cuidado en casa, cuando ingresa al familiar en el centro, y una vez superado el *duelo de ingreso*. El tiempo que se comparte con la persona dependiente es un tiempo de calidad, es decir, cada vez que va a ver a su familiar es un tiempo pleno y total para él. Es un tiempo en el que no tiene que estar pendiente de atender las tareas básicas, es un tiempo para estar con esa persona, hablar, compartir, ...

Como hemos venido a hablar de ética, pero también de sostenibilidad económica, la siguiente pregunta, que es la pregunta del millón sería ¿Cómo se pagan estos cuidados?

Lo bonito es hablar de un modelo público gratuito y universal, que es a lo que aspiraba y no ha conseguido la Ley de Dependencia ya que hay un volumen importante de personas que son atendidas en su casa por su familia, en el mejor de los casos, con una pequeña ayuda del Estado. También hay un volumen importante de personas que, en ausencia de ayuda pública, tienen que comprar en el mercado los servicios de cuidado, bien en el domicilio o bien en un centro residencial.

Actualmente los cuidados públicos se pagan con cargo a los impuestos de todos los españoles, en aquellos servicios como residencias o ayuda a

domicilio, se financian además con las aportaciones, rentas y ahorros de las personas dependientes.

Cabe aquí un debate ético de si es justo que el Estado se haga cargo de una parte de los costes de atención a la dependencia, por ejemplo, residenciales, y que cuando esta persona fallece, sus herederos se queden con el patrimonio familiar.

Yo no tengo una respuesta, y creo que se trata de una pregunta que no tiene que ver con una ideología política concreta sino, a mi entender, con un debate ético, y más aun teniendo en cuenta la difícil sostenibilidad del actual Estado de bienestar.

3. LA SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO DE BIENESTAR

Como ya sabéis, tres son los pilares del Estado de bienestar, las pensiones, la sanidad y la educación. Además, hay algunos otros muchos servicios que nos hacen la vida más fácil como los servicios sociales, la atención a la dependencia, o aspectos más *terrenales* como la seguridad ciudadana, la defensa, la recogida de la basura, la limpieza de nuestras calles, las infraestructuras o los sistemas de agua, que componen también el Estado de bienestar que ha contribuido a mejorar la calidad de vida y el aumento de nuestra esperanza de vida.

Vamos a centrarnos si queréis en los pilares básicos, sobre todo en pensiones y sanidad, que son los dos pilares que ahora mismo están más debilitados y sobre los que en un futuro cercano más se van a tensionar por la revolución demográfica que va a suponer el envejecimiento poblacional.

A medida que vamos envejeciendo, el gasto en sanidad se va incrementando exponencialmente lo que puede colapsar el sistema sanitario que ya está bastante tensionado.

En cuanto al sistema de pensiones, el actual, pensado en los años 70, se sustentaba en muchas personas que trabajaban y contribuían durante 40 a 50 años, y que cobraban una vez jubiladas unas pensiones reducidas, con una esperanza de vida muy corta, generando un sistema con superávit.

Ahora la situación es la inversa, no tenemos tanta gente que cotice, lo hace por menos dinero, durante menos años, y enfrente tenemos a muchas personas jubiladas, con derecho a unas pensiones cada vez más altas, y con una esperanza de vida muy elevada, insostenible.

Se trata de una situación que se va a agravar con el tiempo y que requeriría de un debate de fondo que no se está haciendo, *¿cómo queremos que sea el Estado de bienestar y cómo queremos pagarlo?*

El escenario con el que nos estamos encontrando es el de una sociedad envejecida, con muy poca población infantil y juvenil, un volumen pequeño de personas en edad adulta, y un gran volumen de personas mayores.

Con este panorama sería necesario abordar el reto desde tres frentes:

1. En la parte baja de la pirámide poblacional, habría que llevar a cabo, y de manera urgente, el desarrollo de políticas reales de fomento de natalidad, políticas que incentiven que los jóvenes de nuestro país tengan hijos que garanticen la pervivencia del sistema.
2. En el centro de la pirámide, en la edad adulta, hay que afrontar el reto de atraer a inmigrantes que quieran labrarse un futuro en nuestro país. Aquí tenemos un hándicap, y es que no somos un país especialmente atractivo más allá del sector de la hostelería y el turismo, la construcción, o el sector de los cuidados.
3. Y en la parte alta de la pirámide, imaginemos, por descabellado que parezca, que nos dedicamos a *exportar* a personas mayores, por ejemplo, a residencias del norte de África o a países de América del sur. Alemania ha probado algo así, en China trasladan a residencias en zonas despobladas a algunas personas mayores a cambio de que dejen libre sus viviendas en la ciudad. Puede ser descabellado, a mí también me lo parece, pero en nuestro país ya hay algunos movimientos migratorios; dependientes vascos que van a Residencias de Castilla y León que a la familia le cuestan la mitad, o miles de jubilados que *emigran* en invierno al sur; para pensar.

4. UNA ÚLTIMA REFLEXIÓN

Por acabar, creo que tenemos un importante debate ético de gran calado como sociedad. Cuando se habla de personas mayores, siempre se hace hincapié en el gasto que generan. Y de alguna manera, hay un concepto economicista, se habla de los mayores como un bien amortizado, muchos de ellos lo hacen. *No gastéis nada en mí, que total, para lo que me queda.* De alguna manera, socialmente tenemos interiorizado este discurso de que las personas mayores están amortizadas.

Sin embargo, cuando hablamos de los hijos, todo el dinero que se gasta en ellos se entiende como una inversión. El Colegio, las extraescolares, la universidad, los viajes, todo ese gasto que se hace, y que es muy elevado, se entiende socialmente como una inversión.

Espero haberos dejado algunos elementos para la reflexión. Muchísimas gracias y a vuestra entera disposición.

LA SOSTENIBILIDAD Y LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS. UNA CONSIDERACIÓN ÉTICA

Rafael Puyol
Presidente de UNIR
Presidente de la Real Sociedad Geográfica

1. LOS FACTORES DE LA INSOSTENIBILIDAD DEMOGRÁFICA: BAJA NATALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

La demografía actual tiene dos grandes escenarios con características diferenciadas. Uno es el mundo de los países en desarrollo, dentro del que se sitúa el grupo de los Estados más pobres, y otro el de los Estados avanzados o territorios desarrollados. En cada cual, la población se enfrenta a desafíos derivados de las peculiaridades que presentan las variables demográficas más significativas. En el mundo en desarrollo, la natalidad es más alta, el crecimiento natural positivo predomina, el balance migratorio es negativo y tienen estructuras demográficas caracterizadas por un elevado grado de juventud.

Los países avanzados tienen natalidades bajo mínimos, mortalidades crecientes, saldos naturales negativos, balance migratorio positivo e intensos niveles de envejecimiento.

Para presentar las relaciones entre la sostenibilidad y los factores demográficos, me voy a centrar en los países desarrollados utilizando frecuentemente como modelo el caso español, que a estos efectos resulta paradigmático.

En general, los Estados avanzados presentan un modelo, sino completamente insostenible, sí bastante preocupante, que está pidiendo a gritos la aplicación de medidas correctoras que formen parte de una política demográfica integral.

La difícil situación demográfica, que de mantenerse así pronto se hará insostenible, obedece sobre todo a la combinación de una bajísima fecundidad junto a un intenso envejecimiento. Vamos a analizar por separado cada uno de estos hechos, si bien existen entre ellos claras influencias recíprocas.

2. LA FUERTE CAÍDA DE LA NATALIDAD: CIFRAS, FACTORES, CONSECUENCIAS

La caída de la natalidad es un hecho general que afecta a todos los territorios. A mediados del siglo pasado, más del 70 % de los países tenían una tasa igual o superior a los 5 hijos por mujer y solo uno estaba por debajo del umbral de renovación de las generaciones (2.1 hijos por mujer). En el quinquenio 2020-25 se estima que solo 7 países tendrán 5 o más hijos por mujer y 97 (prácticamente la mitad) no van a renovar generaciones. En términos de población, esos países reúnen 2/3 de los habitantes de la tierra. La tasa global se ha reducido a la mitad, pasando de 5 a 2.5 hijos por mujer.

Si el descenso es un hecho universal, su mayor intensidad la han tenido los países avanzados. Sirvan los datos de España como ejemplo. A comienzos del *baby boom* (1955-1975) nacían al año alrededor de 670.000 niños y en 2022, 329.000, es decir, menos de la mitad.

El descenso de la mortalidad infantil y la multiplicación de los métodos seguros de planificación han sido dos factores decisivos. El primero se relaciona con los avances de la medicina, la mejora de la alimentación o los progresos de la higiene. El segundo tiene más el carácter de instrumento que de causa, pero ha actuado con fuerza tanto en los países desarrollados como en los del mundo en desarrollo. Junto a estos, hay otros factores que han ejercido una influencia decisiva. Entre ellos, brilla con luz propia la revolución educativa, que ha afectado a los dos sexos, pero de manera especial a las mujeres, empoderándolas y facilitando su incorporación al mundo laboral.

A la disminución de los nacimientos han contribuido otras dos circunstancias, sobre todo en los países avanzados.

La primera es la reducción de las mujeres en edad de procrear (15-49 años), debida a las bajas natalidades previas. En España, entre 2008 y 2022, ese descenso de madres en potencia se cifró en más de un millón de féminas.

La segunda es el retraso en la edad de tener los hijos, lo cual hace que el tamaño medio familiar sea pequeño. En los territorios desarrollados observamos que dan a luz por primera vez más mujeres de 40 años que de menos de 20. El 11 % de los niños nacidos en España lo fue de madres por encima de la cuarentena.

La disminución de los nacimientos se traduce en un retroceso del número de jóvenes y, por reacción, en un incremento del envejecimiento. Una vez más, en España los menores de 29 años han pasado de 15.5 millones en el año 2000 a 13.9 en 2022, una pérdida de 1.6 millones. Ese retroceso se nota en ámbitos como la educación a todos los niveles, la pirámide laboral, que tiene cada vez un menor número de *juniors*, la reducción del volumen de cotizantes para el pago de las pensiones por el sistema de reparto y en todos aquellos ámbitos en los que la presencia de jóvenes constituye un factor de progreso.

La otra consecuencia demográfica de la caída de la natalidad es el aumento del envejecimiento, que analizaré a continuación.

3. EL ENVEJECIMIENTO

Se dice que, con el cambio climático, la globalización y la revolución digital, el envejecimiento demográfico va a ser uno de los grandes cambios y desafíos de la sociedad futura.

Vamos a analizarlo con un cierto detalle.

3.1. Una precisión terminológica

La población no envejece, lo hacen las personas que la componen. Pero, por simple conveniencia, hablamos de envejecimiento de la población cuando los individuos de una determinada edad rebasan un porcentaje concreto de la población total. Se trata de una definición puramente estadística que nada o poco tiene que ver con otras acepciones de la edad, ya sean de naturaleza laboral o mental. Los umbrales que suelen utilizarse en esta definición estadística son, en cuanto al porcentaje, el 10 o el 15 %. Y en cuanto a las edades, los 60 y, mucho más, los 65 años, aun cuando estos umbrales fijos empiezan a no satisfacer porque ya no definen la edad a la que una persona comienza a ser realmente vieja. Frente a este concepto relativo está el de la longevidad, que es una noción absoluta. Hace referencia a la larga vida que hoy por hoy tiene un límite máximo en todas las especies, aunque hay algunas que han alcanzado una gran longevidad. Una esponja gigante encontrada en la Antártida alcanza más de 10.000 años y un abeto localizado en un área montañosa sueca los 9500 años. En nuestro mundo animal, la especie humana se encuentra en la mitad de la tabla de la longevidad. Una especie de almeja ha llegado a vivir más de 500 años, la ballena boreal 200 años, la tortuga hasta 180 años. Son más de los 122

años que ha alcanzado hasta ahora la decana de la humanidad, la francesa Jeanne Calment, que ha vivido 122 años, 5 meses y 14 días. Por cierto, la persona viva más longeva en la actualidad es la española María Branyas, con 116 años, muchos más que los que cumplen los elefantes (80 años), los monos (25 años), las vacas (22 años) o los gatos y los perros (de 15 a 30 años). Nos situamos en la mitad de la escala de la especie animal y la longevidad de muchas más personas sigue creciendo, pero estamos lejos aún de la inmortalidad, si es que algún día la alcanzamos. Y aunque la logremos, lo realmente importante son las condiciones bajo las que viviremos cuando hayamos conseguido ese estado.

La literatura se ha ocupado con frecuencia de este tema, como así lo pone de manifiesto el libro de José Luis Muñoz Boix (s.f.), *Mortalidad e inmortalidad en la Literatura*, en el que hace un repaso de los mitos, las leyendas y las obras más destacadas sobre esta temática. De esta manera pasa revista a la figura del judío errante, uno de los personajes inmortales más populares, abordado en obras como las de Hans C. Andersen, Rudyard Kipling, Mújica Laínez, Gabriel García Márquez o Borges, y en la música de Wagner. Menciona el trabajo de Jonathan Swift, *Los viajes de Gulliver*, en la que describe una raza de personas inmortales, los Struldbrugs. Aborda el trabajo de la británica Virginia Woolf *Orlando*, la de Mújica Laínez *Bombarzo*, la de Jorge Luis Borges *El inmortal*, la de Isaac Asimov *El Hombre Bicentenario* o *Las intermitencias de la muerte* de José Saramago. Todos estos relatos tienen un común denominador. Al no ir asociada en ningún caso a un estado físico razonable, a una especie de juventud eterna, la inmortalidad no es un estado deseable; es más bien una causa de insatisfacciones, un logro perverso, una fuente de problemas de todo tipo.

3.2. Medida del envejecimiento

Decía que los 60 o 65 años ya no nos sirven para marcar el inicio del envejecimiento y mucho menos para considerar a una persona como longeva. Hoy, un ser con 65, 70, 75 o incluso más años no podemos ya definirlo como viejo y mucho menos como anciano, como a veces sucede en algunos medios de comunicación. Con el aumento de los años vividos, resulta necesario elevar ese umbral. Uno de los procedimientos utilizados consiste en usar un indicador móvil definido por la esperanza de vida. La vejez comenzaría cuando las personas alcanzasen una edad en la que la vida restante fuera de 15 años (Sanderson y Schemov, 2008). Es una cifra arbitraria, pero que resulta razonable. Pongamos el ejemplo de España. Hoy las mujeres tienen una esperanza de vida de 86 años, de tal manera que si

a esa cifra le quitamos 15 años nos da una edad de inicio de la vejez estadística a los 71. Esa edad parece más oportuna que los 65 para marcar el comienzo de un periodo largo que es el de la situación de vejez estadística. Incluso podríamos subirlo 5 años más y situar el punto de inicio en los 76 años. En cualquier caso, la ventaja de este método es que podemos cambiar el umbral de comienzo a medida que va subiendo la esperanza de vida.

Otra propuesta para redefinir el inicio de la vejez (repito que siempre a efectos estadísticos) es la realizada por las sociedades gerontológica y geriátrica de Japón. En un trabajo ya de 2006 (Orimo et al., 2006) se sostiene que entonces los mayores tenían un estado de salud mucho mejor que el de 15 o 20 años antes y que bajo ningún concepto se podía considerar como viejos a los que tenían 65 años.

Manejando diferentes indicadores como la velocidad de la marcha o la fuerza de agarre de la mano comprobaron que los individuos que tenían entre 75 y 79 años en 2002 ofrecían los mismos resultados que los de 65 a 69 veinte años antes. Hoy los datos serían mucho mejores, de tal forma que no resulta aventurado decir que las personas de 80-85 años tienen un comportamiento parecido a los que tenían entre 60 y 65 años a comienzos de siglo.

Esa es la razón por la que Biden, que tiene 81 años, podría ser todavía un candidato válido para la Presidencia de los EE. UU, porque a pesar de sus tropiezos y despistes, mantiene la cabeza lúcida y dirige con razonable eficacia los destinos del gran coloso mundial. Y es que una cosa es la edad cronológica y otra la biológica y mental.

A la gente hay que juzgarla no por los años que tiene, sino por sus capacidades intelectuales, y es preciso dejar de utilizar la edad como un arma, como un instrumento para descalificar. El *no te presentes Joe* del grupo Roots Action Org. o el *Biden for Resident* alentado por Trump, que es 5 minutos más joven que él, son prueba de un edadismo basado en criterios exclusivamente cronológicos que es preciso deslegitimar.

Además, hay que considerar que independientemente de donde situemos el umbral de partida, la vejez admite y hasta aconseja divisiones internas. No es lo mismo una persona de 70 años que otra de 95. Las dos instituciones japonesas citadas proponen una clasificación en tres grandes grupos: la pre-vejez de 65 a 74 años; la vejez propiamente dicha de 75 y más años, y los súper-mayores por encima de los 90 años, entre los que hay cada vez más centenarios.

Según la División de Población de la ONU, en 2021 había en el mundo más de 621.000 centenarios, que seguramente llegarán al millón al final de esta década. Dentro de ellos se distingue la categoría minoritaria pero muy significativa de los supercentenarios, que son las personas que tienen 110 años y más. La cifra oficial supera las 150 personas, pero seguramente son

más. En cualquier caso, se trata de mujeres de etnia oriental, particularmente japonesas por su origen y residencia.

El envejecimiento y la longevidad ya no son lo que eran. En efecto, porque el umbral del primer fenómeno se sitúa cada vez más tarde y porque aumenta el número de longevos, si bien no hemos logrado batir el récord de la longevidad que existe desde Jeanne Calment, que se murió el 4 de agosto de 1997. Pero todo se irá, y muy aprisa, porque ese récord pronto se superará. Por ello, porque cada vez hay más personas que viven más años y se sienten jóvenes durante más tiempo, quizás en vez de hablar de envejecimiento, podamos hablar de un cierto rejuvenecimiento de la población. No por el hecho de que si subimos los umbrales de inicio incorporemos más personas a la categoría de adultos mayores o pre-viejos, sino porque hoy las personas mayores tienen mejor salud que nunca y no se juzgan a sí mismas como viejas.

3.3. Volumen

De manera inexorable e inevitable, la población mayor va a crecer. Para dar una idea de ese incremento y, pese a las dificultades apuntadas de utilizar el umbral de los 65 años como inicio estadístico de la vejez, voy a utilizar esa edad para ver cómo aumentan los efectivos de quienes llegan a cumplirla. A escala global, la población de 65 años y más va a pasar de 727.6 millones en 2020 a 1548.8 millones en 2050, es decir, va a subir más del doble. Y en el caso de España, los 9.5 millones de mayores de 65 (2022) pasarán a ser 16 millones a mediados de la centuria.

Si ya hoy las personas de 65 años no las catalogamos como viejas, mucho menos lo podremos hacer en el año 2050. El simple umbral estadístico tendremos que situarlo más arriba, como mínimo por encima de los 75 años. No obstante, aunque así lo hiciéramos y no tuviéramos en cuenta a las personas de 65 a 75 años, las cifras van a crecer de forma significativa porque va a haber muchos más septuagenarios, octogenarios, nonagenarios y centenarios de los que hay ahora. En el caso de España, las proyecciones del INE dan para 2050 una población de 75 años y más superior a los 9 millones, una cifra cercana a la de mayores de 65 en 2022.

3.4. Causas y características

La causa inicial del envejecimiento es la caída de la fecundidad y natalidad que siguió a la reducción de la mortalidad infantil. Esta circunstancia

provoca la disminución de la población joven en términos absolutos y relativos y, por reacción, el aumento de la adulta y la vieja. Es el fenómeno que conocemos con el nombre de envejecimiento por la base (la base de la pirámide de edades). Después, las personas van cumpliendo años, la esperanza de vida crece y la longevidad aumenta, provocando una mayor presencia de efectivos en la parte alta de la pirámide y un envejecimiento que se denomina por la cima (de dicha pirámide). Así pues, no se produce el envejecimiento porque haya solo más viejos, sino porque hay también menos jóvenes. Y esa doble situación define hoy a las sociedades desarrolladas que, al sumar el doble efecto, acusan los mayores niveles de población envejecida.

Hay otros factores del envejecimiento. El más importante son las migraciones. Una migración, sobre todo cuando es de naturaleza económica, es selectiva desde el punto de vista de las edades. De los territorios de emigración se van prioritariamente las personas jóvenes (entre 20 y 40 años). En naciones con una estructura por edades joven, esas migraciones reducen el peso relativo de ese segmento de la población, pero no provocan un aumento significativo del envejecimiento. En cambio, en una población con pocos jóvenes y adultos-jóvenes incrementa automáticamente el envejecimiento. Es la situación que produjo el éxodo rural en la España de los años 50 y siguientes del siglo pasado. Las zonas rurales del interior se vieron privadas de una parte de su población joven, que tomó el camino de la periferia, particularmente de las áreas industriales y urbanas. En ellas se originó entonces el fenómeno contrario. La llegada de jóvenes rejuveneció sus estructuras por edades y ralentizó su proceso de envejecimiento. La inmigración, sin embargo, no siempre tiene efectos beneficiosos. Si está compuesta por una proporción importante de mayores, como ha ocurrido en España con los extranjeros afincados en las zonas litorales, añade envejecimiento al que tienen las zonas receptoras, provocando un sobre-envejecimiento especialmente visible en determinados municipios que acogen importantes contingentes de foráneos.

En definitiva, el envejecimiento es un fenómeno que se relaciona con otros hechos demográficos, de los que sufre sus consecuencias y a los que afecta a su vez de forma directa o indirecta.

He definido ante todo el envejecimiento como un hecho positivo por el doble efecto de que hemos ganado años a la vida y vida a los años. Es verdad que está acompañado por una reducción del número de jóvenes, lo cual provoca una inversión de la situación demográfica tradicional en la que los jóvenes (menos de 15 años) eran más que los mayores. Con sus luces y sombras, el fenómeno se está haciendo global porque en todas partes disminuye la natalidad y crece la longevidad, y adquiere la condición de irreversible tanto a nivel individual como social. No es posible evitarlo. A lo

sumo podemos amortiguar su intensidad a través de dos mecanismos: por una elevación del número de nacimientos o por un crecimiento de la inmigración. Ambos fenómenos pueden darse juntos, provocando un aumento de los efectivos de jóvenes y adultos y reduciendo de forma automática el porcentaje de la población vieja (no su cifra absoluta). Recordemos que el envejecimiento es un concepto que se mide en términos relativos.

En cuanto a los rasgos demográficos del envejecimiento, hay dos especialmente significativos: su clara feminización y el proceso de envejecimiento de la propia vejez.

Ya sabemos que nacen más niños que niñas, pero después la muerte es más severa con los hombres, provocando primero una igualación del volumen de cada sexo y una reversión de las proporciones después. En 2022 nacieron en España 106 varones por cada 100 mujeres. La superioridad de varones se produjo ese año hasta los 51 años. Después empiezan a predominar las mujeres, hegemonía que va aumentando con la edad. A los 65 años hay 108 mujeres por cada 100 hombres; a los 80 años, 134 féminas por cada 100 varones y, entre los centenarios, 348 mujeres por cada 100 caballeros. La vejez tiene nombre de mujer, que es el sexo fuerte de la especie.

La otra característica es el envejecimiento de la propia vejez. Cada vez más personas van superando los 70, los 80, los 90 e incluso los 100 años. Se dice que ya ha nacido la generación que tendrá 100 años de esperanza media de vida, que estará nutrida especialmente de mujeres. Es una buena noticia, si bien habrá que abordar los ingentes desafíos que esta evolución plantea.

3.5. Una consideración ética del envejecimiento

El hecho de que cada vez más personas vivan más años y en unas condiciones mejores es una conquista social, aunque tenga muchas batallas pendientes. Sin embargo, son muchos los que ven el envejecimiento como un fenómeno prioritariamente negativo y lo evalúan en términos de gastos (de pensiones, sanitarios, de dependencia) y muy poco de oportunidades y beneficios.

Si se plantea en Google la cuestión del envejecimiento como problema se obtienen 34.3 millones de resultados; si ahora se enuncia como oportunidad se alcanzan únicamente 9.6 millones de respuestas. El tema no es nuevo. Como recuerda Andrés Domingo (2008), el envejecimiento y la longevidad han sido temáticas de algunas distopías demográficas o argumento prioritario de ciertas obras literarias. Entre estas últimas figura el libro del escritor argentino Bioy Casares *Diario de la Guerra del cerdo* (chancho

como forma dialectal). Fue publicada en 1969 y es una ficción que transcurre en la ciudad de Buenos Aires y que plantea una contienda en la que los jóvenes atacan y matan a los viejos, considerados como «egoístas, materialistas, voraces, roñosos, en definitiva, unos verdaderos chanchos» (Casares, 2022). La muerte física es el objetivo final para unas personas que antes sufren una especie de muerte social al no tener una función reconocida, en lo que influye decisivamente su salida del ciclo productivo. Esto los convierte en obsoletos, en dependientes, en una rémora para los demás. La causa de esta acumulación de viejos en el conjunto de la población dice un personaje de Casares, la tienen los médicos «que nos han llenado de viejos inservibles». Unos viejos que además juegan un papel nocivo en las sociedades democráticas debido al peso de sus votos.

Diario de la Guerra del cerdo no es la única obra de ficción que ofrece una visión negativa del envejecimiento. Andrés Domingo menciona otros trabajos en los que aparece la marginación de los mayores, considerados como parásitos que viven a costa del esfuerzo de los demás. Cita, por ejemplo, la obra del polémico autor francés Michel Houellebecq, *La posibilidad de una isla*, en la que Daniel, el protagonista, se lamenta de un mundo reservado a los jóvenes y en el que las personas viejas son tratadas como ciudadanos de segunda, como auténticos desechos.

Hoy, afortunadamente, no hay sociedades en las que se acose y se acabe matando a los viejos por su condición, y es de esperar que la ficción de Casares no tenga nunca lugar. Pero a veces aparecen algunos indicios y comportamientos alarmantes, como las declaraciones del Ministro de Finanzas japonés Taro Aso, quien a sus 72 años pidió a los más viejos de su país que no usasen los cuidados paliativos cuando únicamente sirvieran para comer, beber o dormir y que no trataran sus enfermedades para evitar las ingentes cantidades de dinero que se utilizaban para mantenerlos vivos. *Que se den prisa y se mueran*, fue su proposición, que debió rectificar cuando ya la insólita proclama se había difundido como reguero de pólvora. Afortunadamente, afirmaciones como las de Aso, que acabó dimitiendo, son hechos aislados que, al atentar contra los derechos fundamentales del ser humano, son mayoritariamente rechazados.

Lo que he pretendido trayendo a colación estas referencias literarias y estas actuaciones es poner de manifiesto la existencia (en estos casos extrema) de una cierta discriminación contra las personas mayores basada en estereotipos, prejuicios, falsas percepciones o mitos infundados. Existe un claro edadismo apoyado en esos componentes que debemos tratar de evitar a toda costa.

El edadismo es la marginación o exclusión que sufren los seres humanos por razón de su edad. Se puede producir en cualquier momento de la vida, pero alcanza una intensidad notoria entre las personas mayores. No siempre sus manifestaciones son conscientes. Algunas son involuntarias, como

sucede cuando empleamos ciertos vocablos. Deberíamos evitar términos como *anciano*, los más coloquiales de *vejete* y *vejestorio* o simplemente el de *abuelo* cuando se utiliza como sinónimo de los anteriores y no para definir una relación de parentesco. Y deberíamos eliminar de nuestro lenguaje otros términos despectivos como *tarra*, *pureta*, *gagá*, *carcamal*, *decrépito*, *caduco* o *carraca*. Hay alternativas que no pueden ofender a nadie, como las de mayores, personas de edad o el más distinguido de *sénior*. Pero pasemos a la categorización de las muestras del edadismo o de los edadismos no solo para conocerlos, sino para denunciarlos con el fin de que al hacerlo podamos contribuir a su erradicación.

En sociedades como las occidentales, donde hay cada vez menos jóvenes y más gente mayor, resulta injustificado y preocupante el edadismo laboral. Se trata de una visión deformada de los trabajadores *sénior* que conforma una actitud descalificadora de sus aptitudes para el trabajo. Los argumentos tratan de defender que a partir de una edad no resulta provechosa la actividad de los mayores porque son menos productivos, están poco ilusionados, poseen una salud más frágil, resultan más caros, no están actualizados y quitan puestos de trabajo a los más jóvenes. Hay ya muchas evidencias empíricas que ponen de manifiesto la vacuidad de tales razonamientos. Los trabajadores *séniors* no reducen las oportunidades de los jóvenes en un mercado laboral que se considera equivocadamente de dimensiones invariables. Jóvenes y mayores pueden multiplicar a la vez los efectivos de la población activa y ocupada, como lo demuestra el caso de muchos países de la Unión Europea, especialmente los nórdicos. En el conjunto de los 27, la población empleada de 15 a 29 años pasó de 33 millones en 2013 a 35 en 2022 y la de 55 a 69 años de 30 a casi 41 millones. Subió más ésta última que la de juniors, pero eso hay que ponerlo en relación con los efectivos totales de jóvenes en retroceso debido a la caída de la natalidad y el aumento del volumen de *séniors* causado por el envejecimiento. Lo importante es comprobar cómo jóvenes y mayores pueden crecer juntos en el mercado de trabajo y que el aumento de estos últimos no impide el incremento de los primeros.

Desde el punto de vista tecnológico, los trabajadores de edad pueden quedar desfasados, pero la mayoría reactualiza con facilidad sus conocimientos y capacidades, incluidas las digitales. No son, como a veces se los define, analfabetos virtuales y desconocedores absolutos de los procedimientos informáticos, que manejan de forma suficiente. Es verdad que cobran más que los trabajadores jóvenes, pero esto tendría remedio si se les diese oportunidades de laborar a tiempo parcial, modalidad en la que muchos se sentirían cómodos y, además, sería un tránsito razonable hacia la jubilación definitiva. Y no es cierto tampoco el que a partir de una determinada edad se produzca una desmotivación que provoque la merma de productividad. Los argumentos laborales del edadismo no solo carecen de

soporte sólido, sino que minusvaloran aspectos muy positivos de la actividad de los *séniors*, como son sus conocimientos, su reputación profesional, su experiencia o su capacidad relacional.

El edadismo laboral es una manifestación, quizás la más expandida, del edadismo excluyente o invalidante, el que sostiene que a una determinada edad no se pueden hacer ciertas cosas. En ocasiones, esta aseveración puede tener sentido. Una persona de 70 años no puede hacer los 100 metros lisos en diez segundos, pero otras solo se fundamentan en un estereotipo, un prejuicio o una opinión desinformada. La mayoría de las personas *mayores* mantienen intactas sus capacidades para hacer las mismas cosas que un individuo de 40 o 50 años. Ser mayor no significa incompetencia, ineptitud, ineficacia, torpeza, nulidad o impericia.

A veces supone todo lo contrario: la posibilidad de hacer mejor las cosas que ya se han realizado un montón de veces. Otra categoría es la del edadismo sanitario, que se manifiesta en la desatención o postergación de los mayores en situaciones críticas, como así sucedió en la fase aguda de la última pandemia de Covid.

Y todavía hay un edadismo más sutil, pero igualmente vejatorio, llamado sobreprotector, consistente en tratar a los mayores con un paternalismo desmedido, como si fueran niños pequeños o discapacitados mentales (con todo el respeto hacia este colectivo). Hay personas que llevadas sin duda de su buena voluntad te hablan a gritos, como si estuvieras sordo, te toman del brazo para cruzar la calle, como si fueras cojo, o te advierten de un peligro hipotético, como si fueras tonto. *Abuelo, tenga cuidado no se vaya a caer*, como si estuvieras escalando el Everest, subiendo a un patinete eléctrico o intentando batir el récord de altura, y no simplemente subiéndote a una acera. El edadismo sobreprotector puede resultar muy hiriente, sobre todo en mayores que conservan íntegras sus facultades físicas y mentales.

Ciertamente, la discriminación tiene muchos destinatarios: mujeres, inmigrantes, practicantes de un determinado credo o personas con una cierta inclinación sexual. Pero el acentuado proceso de envejecimiento agrega a los mayores al cuadro de honor de la marginación y les adjudica en él un lugar preferente. El edadismo se ha convertido en moneda de cambio de nuestra conducta. Hay que cuestionarlo y combatirlo ante el riesgo que dé paso a un mal todavía mayor: la gerontofobia.

4. LOS REMEDIOS

Está claro que estamos ya, o a las puertas, de una cierta insostenibilidad demográfica. La combinación de una bajísima natalidad que favorece un

crecimiento natural negativo y la existencia de un número cada vez menor de jóvenes, con un envejecimiento fuerte, que, aunque sea una conquista social plantea retos difíciles en ámbitos como el pago de las pensiones, el incremento de los gastos sanitarios o la dependencia, es la causante de la debilidad o insostenibilidad de la demografía de muchos países avanzados: Japón, toda Europa y, por supuesto, España. Para ellos, la inmigración, pese a que también plantea retos importantes, es un bálsamo que les evita caer en una involución demográfica (crecimiento real negativo) que algunos, pese a todo, no logran evitar.

Ante esa situación demográfica definida por las tres grandes variables mencionadas (baja natalidad, fuerte envejecimiento y migraciones de compensación) resulta necesaria una política demográfica integral que contemple acciones para atenuar sus efectos negativos y favorecer sus consecuencias beneficiosas. Medidas incluso para una cuarta variable, como es la despoblación, aunque resulte complicado revertirla.

En la inmensa mayoría de los estados desarrollados deben abordarse cuestiones como:

- Una política de ayuda familiar que contribuya a mejorar la natalidad.
- Una política migratoria que regule todos los aspectos relacionados con la movilidad: el acceso al país de acogida, la permanencia, la integración, los derechos y deberes de los inmigrantes, el retorno.
- Una política que aborde todas las cuestiones derivadas del proceso de envejecimiento. Que contemple acciones para satisfacer de manera adecuada las necesidades de la gente mayor, particularmente en ámbitos como las pensiones, la sanidad y la dependencia. Pero que favorezca también las oportunidades que brinda el fuerte crecimiento de la población sénior, de manera muy especial su mayor permanencia en el mercado de trabajo. En este sentido, las políticas deben suministrar instrumentos para luchar contra cualquier forma de edadismo.
- Un conjunto de medidas correctoras para frenar o ralentizar el éxodo rural e incluso conseguir una cierta repoblación de algunos territorios.

Es necesario ser conscientes de que en materia de población no caben los milagros. No hay soluciones ni espectaculares ni rápidas, pero si se pueden mejorar algunas cosas, lo cual siempre será positivo ante el nivel de deterioro demográfico al que han llegado determinados territorios.

Ello va a exigir al menos dos cosas imprescindibles: una implicación firme de las autoridades en el desarrollo de las políticas y una dotación presupuestaria suficiente. Las medidas puntuales o cosméticas no tienen ningún valor. Hay que mantenerlas en el tiempo porque tardan en surtir efecto.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casares, B. A. (2022). *Diario de la dictadura del cerdo*. Barcelona: Debolsillo.
- Domingo, A., Menacho, T. (2008). Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En A. Cabré, A. Domingo, T. Menacho (eds.), *La población de España: tendencias y perspectivas* (pp. 205-230). Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics.
- Muñoz Boix, J. L. (s.f.). Muerte e inmortalidad en la literatura. Recuperado, el 12 de junio de 2024, de <https://studylib.es/doc/4809871/mortalidad-e-inmortalidad-en-la-literatura.-mitos>
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Re-viewing the definition of “elderly.” *Geriatrics and Gerontology International*, 6(3), 149-158. doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x
- Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2008). Rethinking age and aging. *Population Bulletin*, 63(4), 1-16.

ALIMENTACIÓN EN EL DETERIORO SEVERO: UN ENFOQUE ÉTICO

Fermín García Gollarte
Ballesol

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación en el deterioro severo es un aspecto de suma importancia en la atención médica geriátrica. En este capítulo se explorarán los dilemas éticos que surgen en torno a este proceso, la importancia de valorar la intensidad del deterioro para la correcta toma de decisiones, así como los problemas prevalentes como la disfagia y la revisión de las evidencias existentes sobre la alimentación enteral. Se explicarán los principales consejos posturales y ambientales para la correcta nutrición en este tipo de personas, resaltando la importancia de la alimentación social en fases avanzadas de deterioro con algunas consideraciones sobre la hidratación artificial en la agonía.

2. ALIMENTACIÓN EN FASES TERMINALES: ¿CUIDADO BÁSICO O MEDIDA TERAPÉUTICA?

La alimentación va más allá de la simple ingesta de nutrientes. Para muchas personas, compartir una comida con sus seres queridos es un acto de conexión emocional y social. El hecho de garantizar una alimentación adecuada es un factor esencial para su bienestar físico y emocional, ya que, además de proporcionar los nutrientes necesarios, la alimentación puede ser una forma de expresarles el cariño y los cuidados necesarios hasta su fallecimiento.

Sin embargo, la mayoría de los técnicos y especialistas en nutrición consideran la alimentación como una medida terapéutica y, como tal, debe tener unas indicaciones y unos objetivos claros, teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones y el consentimiento del propio paciente o de sus responsables.

3. DIFERENTES CAUSAS DEL FINAL DE LA VIDA

Los distintos procesos que pueden llevar a una persona al final de vida influyendo por su diferente curso clínico, en las distintas tomas de decisiones, son tres:

3.1. Causas oncológicas

Una de estas causas de fallecimiento es la provocada por las enfermedades oncológicas. Estas se caracterizan por presentar un deterioro progresivo, lento y predecible según el grado de extensión y el tipo de tumor. Los diferentes medios diagnósticos y terapéuticos (radioterapia, quimioterapia, inmunología, farmacología oncológica...) controlarán su evolución y posible diseminación a lo largo de su evolución en el tiempo. Cuando estas medidas fracasan, o ya no producen ningún efecto curativo, se entra en la fase de final de vida, que suele ser predecible y limitada, de corta duración.

3.2. Causas por insuficiencia de órgano

El segundo modelo es el de la insuficiencia de órganos (insuficiencia hepática, respiratoria, cardíaca, renal...). Tiene un curso de deterioro lento e irregular con frecuentes reagudizaciones y descompensaciones, con recuperaciones parciales y con un final abigarrado en el que se tiene que combinar el tratamiento farmacológico con el paliativo para controlar los síntomas evitando el sufrimiento y la prolongación de la agonía.

3.3. Causas por deterioro cognitivo

Finalmente, el modelo del síndrome demencial presenta un declive todavía más irregular y menos predecible que el anterior, con numerosas

agudizaciones y complicaciones que se traducen en tratamientos fútiles e ingresos innecesarios en las fases finales.

4. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD

4.1. Valoración Geriátrica Integral

La herramienta fundamental para valorar al paciente geriátrico es la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Mediante este método se realiza un diagnóstico multidimensional e interdisciplinar. Se analizan todas las áreas que influyen en la calidad de vida de la persona geriátrica (aspectos médicos, psicológicos, sociales y funcionales) para realizar un plan de tratamiento global, tener en cuenta su expectativa de vida y garantizar la continuidad de los cuidados ajustado a su situación basal.

Se debe cuantificar también la intensidad del deterioro para que la toma de decisiones, entre ellas el abordaje nutricional, sea lo más ajustada posible a su estado actual y a sus expectativas de vida.

4.2. Cuantificación del deterioro

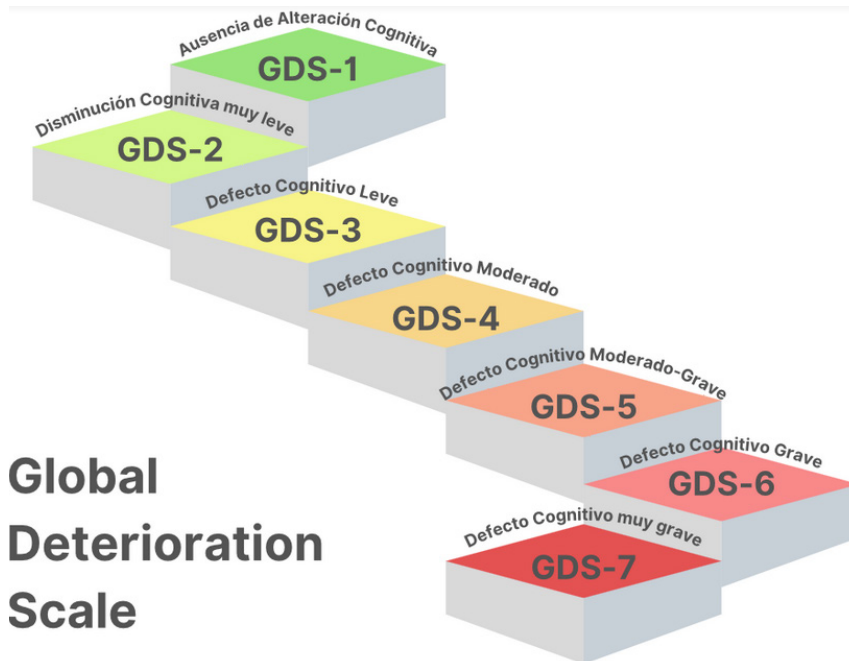
La cuantificación del deterioro se puede valorar por distintas escalas. Las más utilizadas son: la escala GDS (Global Deterioration Scale), que tiene siete fases desde la normalidad (GDS 1) a la etapa de deterioro más grave (GDS 7) (Figura 1).

Esta escala la publicó el profesor Barry Reisberg, y unos años después, lo complementó con la escala FAST (Functional Assessment Staging) que también tiene los mismos siete grados, pero que aporta cinco y seis subdivisiones respectivamente en las fases 6 y 7. En estas, se refleja de forma pormenorizada la progresiva incapacidad para el mantenimiento de las *actividades básicas de la vida diaria* relacionándose directamente con limitaciones en la esperanza de vida.

Una escala que resulta también de gran utilidad para determinar la necesidad de atención paliativa en el paciente geriátrico es la escala NECPAL, avalada por el Comité de Bioética de Cataluña. Se basa en dar respuesta a la pregunta sorpresa: ¿se sorprendería si esta persona falleciera durante el año siguiente? Si esta respuesta es positiva, se entra en la valoración de cinco áreas: beneficio de abordaje paliativo, pérdida severa de la función medida por la escala de Barthel, deterioro nutricional grave según el criterio de pérdida significativa de peso, multimorbilidad con dos o más enfermedades

crónicas asociadas a la principal, uso y fracaso de derivaciones y otros recursos hospitalarios y criterios de enfermedad avanzada. Según el número de áreas positivas, se pueden establecer unos periodos aproximados de expectativa de vida que orientan a una toma de decisiones y a las necesidades de cuidados.

Figura 1. Global deterioration scale (GDS)



Fuente: Reisberg B et al. J Alzheimers Dis. 2019.

Otras escalas que también predicen la expectativa de vida y que se deben tener en cuenta en estas situaciones son: la HNO (Hospice National Organization); el índice de Karnofski que, aunque utilizado en sus inicios en oncología, puede ser útil para cuantificar también al deterioro severo cognitivo; el índice PROFUND y la escala de comorbilidad de Charlson.

4.4. Estudio CASCADE

Es fundamental conocer los resultados de los estudios de investigación que se han realizado en pacientes con criterios terminales. Uno de los más importantes y significativos fue el proyecto CASCADE. En éste, un grupo

de investigadores referentes en la atención del paciente geriátrico, como la Dra. Susan Mitchell o el Prof. Ladislav Volicer, observaron durante 18 meses la evolución y los problemas asociados en un grupo de 323 pacientes con demencia severa que vivían en residencias. En dicho periodo, fallecieron el 54,8% de los residentes, el 41% padeció algún episodio de neumonía, más de la mitad tuvieron algún episodio febril y el 86% (más de las tres cuartas partes) habían tenido problemas graves en la alimentación. Como dato llamativo, en los 3 últimos meses de vida, el 40,7% de los residentes se sometieron al menos a una intervención agresiva (hospitalizaciones, visitas a urgencias, terapias parenterales o alimentación enteral por SNG o PEG) con el sufrimiento y la futilidad que estos actos supusieron en este grupo de pacientes.

Reforzando estos resultados, el profesor Ladislav Volicer realizó una serie de estudios en los que comparó dos grupos de pacientes con deterioro avanzado y criterios de terminalidad. En uno de ellos aplicó diferentes medidas diagnósticas y terapéuticas agresivas (sondas, antibióticos parenterales ...). El otro grupo se trató con medidas paliativas dirigidas al control de síntomas y bienestar de las personas. Observó que en el segundo grupo presentaron mejores resultados, tanto en expectativa como calidad de vida y fallecieron en mejores condiciones que el primero. Concluyó afirmando que el tratamiento agresivo médico en demencias severas es inapropiado o fútil porque tiene escaso éxito al no ser curativo, porque empeora la evolución del paciente y porque provoca, además, aumento de sufrimiento y muerte.

Debemos también conocer que las personas con deterioro severo debido a la demencia pueden mantenerse estables con unos cuidados básicos durante meses y a veces años, y que, además, la prudencia y la individualización de las medidas a tomar, deben ser tenidos en cuenta para evitar el nihilismo o el encarnizamiento terapéutico.

5. VALORACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DEMENCIA AVANZADA

La alteración de la alimentación en la demencia presenta, como en todo conflicto ético, un conjunto de riesgos y beneficios, en el que tendremos que tomar una serie de decisiones, y valorar las alternativas posibles según las experiencias en las investigaciones realizadas.

Por otra parte, la malnutrición ya instaurada está presente en el 90% de las personas en los últimos tres de meses de vida y presenta una mortalidad de casi el 40% en los seis meses posteriores a su insaturación. Está demostrado que el abordaje de los trastornos nutricionales es más efectivo cuando se detectan de la forma más precoz posible.

Para realizar un adecuado diagnóstico del trastorno nutricional, es necesario conocer tanto las alteraciones de la alimentación inherentes a la propia demencia, como los factores externos que pueden producirla o agravarla.

5.1. Factores primarios de malnutrición asociados a la demencia

Es normal que, a lo largo del curso de la demencia, se manifiesten una serie de factores que alterarán el mecanismo de la alimentación. Entre ellas encontramos la dependencia funcional para comer debido a la alteración motora y cognitiva, las apraxias propias de la demencia, la alteración de los neurotransmisores y de áreas cerebrales como el hipotálamo que están asociadas al apetito, la disminución hasta en un 50% del gusto y del olfato con respecto a la población sana, o las alteraciones conductuales que se presentan a lo largo de la enfermedad.

5.2. Factores secundarios de malnutrición asociados a la demencia

Hay que tener presente otros factores que, siendo muy frecuentes en las personas con demencia, aunque no específicos de la mismas, pueden interferir de forma grave en el proceso de la nutrición. Por ejemplo, la depresión asociada a la demencia, el estreñimiento, el dolor, las alteraciones bucodentales, los efectos adversos de la mayoría de los medicamentos que agudizan la malnutrición y la abulia en una población que ya padece una disminución de los valores nutricionales.

5.2.1. Disfagia

La disfagia debe ser tomada en cuenta en toda valoración nutricional en las demencias por su alta prevalencia (un 30% a 70% en los que viven en residencias) y porque pasa desapercibida en más de la mitad de los casos si no la abordamos de forma activa. Se debe detectar y valorar con las pruebas específicas para evitar las complicaciones como aspiraciones y malnutrición asociada.

5.2.2. Alteraciones bucodentales

Las alteraciones dentales debidas a boca seca, prótesis mal ajustadas, piezas dentales sépticas, heridas y alteraciones en las encías son muy

frecuentes en la población anciana con demencia, provocando también malnutrición asociada requiriendo, por tanto, de una valoración sistemática y periódica en este tipo de personas.

5.2.3. *Medicación*

Prácticamente la totalidad de medicamentos pueden producir alteraciones en la alimentación por diversos mecanismos: sequedad bucal, alteraciones del gusto, acidez gástrica, toxicidad por estrecho margen terapéutico, etc. Es imprescindible, por tanto, realizar una revisión exhaustiva de la medicación que está tomando, siguiendo las recomendaciones de las principales guías de calidad de prescripción en el paciente geriátrico (STOPP-START, STOPP PAL, PRISCUS, BEERS...). Estas ayudarán al médico prescriptor a ajustar la optimización en las dosis y tipos de fármacos evitando la yatrogenia, por interacciones, dosis inadecuadas o polifarmacia innecesaria.

6. TÉCNICAS Y PRINCIPIOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL DETERIORO SEVERO

Para que podamos prolongar la alimentación natural hasta las fases más avanzadas posibles de deterioro, deberemos tener en cuenta una serie de principios en este tipo de pacientes:

6.1. Principios para una correcta alimentación

La alimentación será exitosa si les proporcionamos aquellos platos que han estado tomando durante toda su vida. De esta forma, evitamos el rechazo que les pueden provocar aquellos sabores o guisos extraños para ellos.

Los alimentos deben tener una textura cremosa homogénea eliminando aquellos con riesgo de provocar atragantamientos o aumentar la disfagia, como pueden ser los mantecados que producen una pasta espesa en la boca, los alimentos bomba que explotan en la boca como los cítricos o los alimentos con texturas mezcladas como sopas con fideos, trozos de carne y tostadas de pan. Además, estos alimentos deben tener colores atractivos y estar bien condimentados con sabores intensos. Especies y aderezos, como el pimentón, cayena, ajo, pimienta o el orégano ayudarán a estimular el apetito y a conseguir una mayor ingesta.

Está demostrado que el paciente frágil necesita un aporte mayor de proteínas que la población más joven, por tanto deberán estar proscritas las

dietas restrictivas (hipocalórica, diabética, hiposódica...) y se reforzarán los platos con mayor aporte proteico y nutricional.

Los suplementos nutricionales o las Dietas Básicas Adaptadas (ABA) por su alto valor energético en cantidades reducidas, su adecuada textura y su excelente palatabilidad, son una opción a tener en cuenta para preservar los valores nutricionales de forma natural en este tipo de pacientes, siempre que no sustituyan a su alimentación basal.

6.2. Técnicas para una adecuada alimentación

Se deben considerar las técnicas para lograr una correcta alimentación. Ambientes relajados, música ambiental u olores que estimulan el apetito serán fundamentales para que el paciente realice mejor la ingesta.

Se deben administrar los alimentos en pequeñas cantidades, manteniendo una posición correcta, tanto por parte del paciente como de la persona que le administra la alimentación, estimulando la deglución y asegurándose que ha tragado antes de darle una nueva ración. Se debe tomar el tiempo necesario, ya que la deglución fraccionada, la afagia y el enlentecimiento motor son situaciones habituales en los pacientes con este tipo de deterioro.

Se fomentará la alimentación social implicando a los familiares o personas queridas para que sean parte activa de este proceso con el objetivo de fomentar el contacto y la relación positiva en estas etapas avanzadas de la vida.

7. ALIMENTACIÓN ENTERAL (PEG Y SNG) EN EL DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO SEVEROS

Mucho se ha escrito sobre la administración de sondas (nasogástricas o por gastrostomía) en estas fases avanzadas de deterioro. Todavía hoy se siguen colocando en algunos servicios de urgencias u hospitalarios como método rápido de solucionar una demanda urgente por afagia sin tener en cuenta las consecuencias y las evidencias científicas existentes.

El Dr. Finucane en 1990, publicó una serie de estudios en los que demostró la futilidad de este método y el mayor sufrimiento de los pacientes en los que se les aplicaban estas medidas de nutrición artificial en comparación con los que, en la misma situación clínica, recibían un tratamiento conservador con alimentación oral adaptada a sus necesidades.

La Cochrane revisó en 2021 las evidencias y resultados de 452 estudios sobre la aplicación de los tubos de alimentación en personas con demencia

avanzada no observando en ninguno de los trabajos consultados que la alimentación enteral mejorara cualquiera de los parámetros nutricionales ni tampoco provocara una ganancia de peso.

Al introducir en el esfínter esofágico este tipo de tubos e impedir su cierre completo, provocan un mayor reflujo gástrico con un aumento, tanto en frecuencia como en gravedad, de las aspiraciones y neumonías aspirativas, de las hospitalizaciones y mortalidad por esta causa.

Cabe resaltar que los tubos de alimentación enteral son medios agresivos que producen generalmente un rechazo en la persona que se le coloca. Es frecuente tener que llevar a cabo la inmovilización del paciente mediante distintas sujeciones para evitar que se la arranque (muñequeras, manoplas, cinturones pélvicos, chalecos...) provocando un aumento de inmovilismo que agrava la incontinencia, las úlceras de presión, el estreñimiento, agitación y malnutrición asociada, así como un mayor aislamiento de estas personas. A estos efectos secundarios, hay que sumar los accidentes que puede provocar un cuerpo extraño y rígido en el interior del tubo digestivo, como son las hemorragias, abscesos o perforaciones.

La aplicación de estas medidas tampoco ha demostrado, en ninguno de los estudios consultados, que aumenten la expectativa de vida.

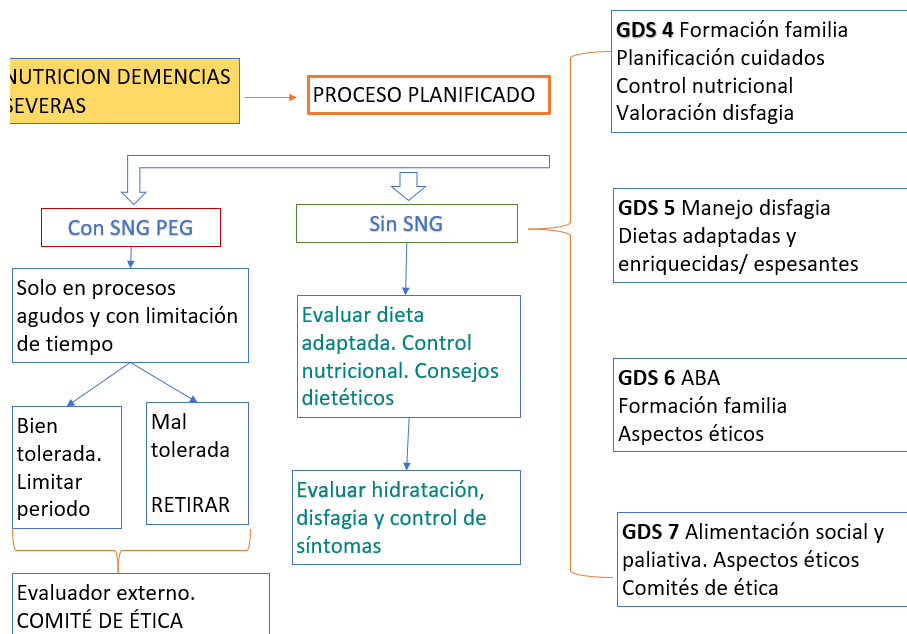
Por tanto, es necesario tener en cuenta estas consideraciones antes de colocarlos y, al mismo tiempo, valorar la severidad del deterioro, su expectativa de vida, la comorbilidad asociada y los criterios terminales, para evitar el encarnizamiento terapéutico.

El abordaje de los trastornos de la alimentación en las personas con deterioro severo no debe realizarse nunca en las situaciones finales preagónicas, cuando se precipita un conflicto por algún familiar exigiendo explicaciones o se provoca algún incidente grave como una nueva hospitalización. Debe ser un proceso planificado desde las fases de deterioro más precoces siguiendo una protocolización de actuaciones y una implicación tanto del equipo cuidador como de los familiares implicados (Fig. 2).

Se debe comenzar en la fase de deterioro moderado (GDS 4) valorando la situación nutricional del paciente y estudiando los riesgos que puedan presentarse. Es también el momento de realizar la valoración de la disfagia o la optimización de los fármacos. Del mismo modo, se comenzará a informar a la familia del curso del deterioro, para conocer sus opiniones, voluntades anticipadas y deseos del paciente.

Se protocolizará la valoración nutricional de forma periódica y ante procesos agudos o descompensaciones que deterioren su estado. Así mismo, se revisarán las causas que pueden acelerar o provocar la malnutrición para tratarlas de forma adecuada minimizando los riesgos.

Figura 2: Estrategia para el abordaje integral de problemas en alimentación de demencias severas



Fuente: Fermín García Gollarte.

Se revisarán las estrategias nutricionales con el equipo cuidador y se adaptará la textura y el refuerzo nutricional requerido según el deterioro que presente, así como el tipo y severidad de la disfagia.

Los principios éticos y morales deberán estar presentes en todas las fases de deterioro, así como la información continuada tanto a la familia como al personal cuidador comentando dudas con ellos con actitud empática y compasiva.

7.1. Colocación de sondas para la alimentación enteral

Si se decide colocar un tubo de alimentación enteral (sonda nasogástrica o PEG) se aplicará en procesos agudos con posibilidades de recuperación. Por ejemplo, por un ictus o por un cuadro agudo que haya provocado un déficit severo en la malnutrición (neumonía, fractura, hospitalización...) siendo aconsejable pactar con la familia una fecha posible de retirada para evitar la cronificación innecesaria.

Es necesario valorar la tolerancia del paciente a este medio artificial de alimentación, entre otros posibles efectos secundarios y conductas disruptivas que pueda presentar.

En los estadios más evolucionados de deterioro (GDS 7) con criterios terminales, habrá que tener presente la introducción progresiva de la alimentación social implicando a la familia en el proceso de alimentación. Será necesario dejar los objetivos de la correcta nutrición en segundo plano e incidir en alimentos bien tolerados y agradables, como helados, yogures, cremas dulces o suplementos fríos en pequeñas cantidades. Estas conductas producirán una mayor interrelación con el paciente y provocarán la satisfacción en el personal cuidador sabiendo que su ser querido no está abandonado ni se muere de hambre.

7.2. Retirada de la alimentación enteral

La retirada de un tubo de alimentación enteral se tiene que considerar siempre un proceso ético complejo que debe ser valorado por un comité de ética teniendo en cuenta los aspectos clínicos y pronósticos, su calidad y expectativa de vida y compartiendo la información con las personas responsables (Fig. 3).

Figura 3: Aspectos éticos de la retirada de alimentación artificial



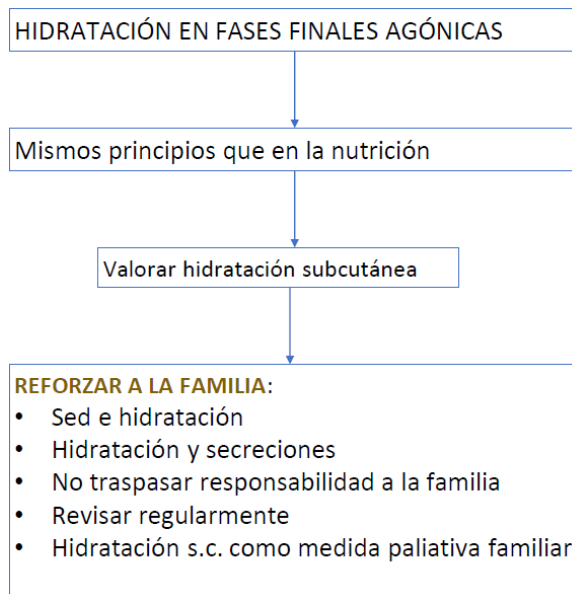
Fuente: SECPAL 2002.

7.3. Hidratación en las fases agónicas

Está demostrado que la hidratación forzada por vía endovenosa en las fases de final de vida, cuando ya el paciente no puede deglutir, provoca un aumento del sufrimiento por un aumento de secreciones respiratorias y de ahogo al impedir la liberación natural de endorfinas naturales que hacen más placentero el tránsito (Fig. 4).

Puede ser otro motivo de conflicto con los familiares que deberemos minimizar mediante la información veraz y empática manteniendo una actitud compasiva.

Figura 4: Hidratación en agonía



8. PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA TERMINALIDAD

Ante el elevado porcentaje de personas que viven en residencias y que presentan trastornos en la alimentación asociados al deterioro cognitivo, se deberá actuar de forma activa e integral identificando de forma precoz a este tipo de residentes para valorar su situación global y adaptar los cuidados a su calidad de vida.

Se estructurará un plan de atención del paciente con demencia y trastornos alimenticios adaptándolo a los recursos existentes en el centro. Los

objetivos deben ser individualizados teniendo en cuenta los principios éticos para la correcta toma de decisiones y lograr el bienestar físico, psicológico y espiritual de cada persona respetando sus voluntades y expectativas.

La familia será un elemento fundamental para tener en cuenta, informándoles de la evolución del curso de la demencia en el que se incluyan los principios nutricionales y haciéndoles partícipes del proceso.

Se buscará una colaboración, apoyo y asesoramiento de las estructuras sociales y sanitarias como las unidades de paliativos, la geriatría de enlace o unidades de nutrición hospitalarias que reforzarán al equipo cuidador en la toma de decisiones evitando las hospitalizaciones innecesarias y proporcionando los medios necesarios que se aplicarán en el centro donde vive.

La alimentación en situaciones de deterioro severo es un problema complejo por su componente ético en la toma de decisiones, por lo que es imprescindible seguir una estrategia precoz, estructurada e integral para reducir los posibles conflictos y, lo que es más importante, aportar calidad humana y de final de vida a las personas que cuidamos, sin olvidar la satisfacción que debemos transmitir en las personas y familiares responsables.

EL PAPEL DE LA ROBÓTICA EN EL CUIDADO DE LOS MAYORES

Concepción Alicia Monje Micharet
Universidad Carlos III de Madrid

1. INTRODUCCIÓN

La definición de la palabra robot ha evolucionado de forma notable en las últimas décadas. Considerado, según la RAE, como «una máquina o ingenio electrónico programable capaz de manipular objetos y realizar diversas operaciones», sus aplicaciones son cada vez mayores y requieren de un nivel de robustez y seguridad de sus movimientos y de inteligencia cada vez mayor. Esto es posible gracias al desarrollo de sistemas sensoriales que dotan al robot de una capacidad de percepción de su estado y del entorno sin precedentes, así como de un sistema de actuación rápido y adaptativo que lo convierte en un cuerpo ágil y seguro. El desarrollo de la Inteligencia Artificial (IA) permite dotar a ese cuerpo de la inteligencia necesaria, siendo esta IA responsable de entender la información procedente de los sensores del robot y de tomar las decisiones de actuación del mismo según la aplicación para la que éste se utilice.

De entre los numerosos tipos de robots –industriales, colaborativos, humanoides, sociales, asistenciales, móviles, nanorobots, entre otros–, adquieren cada vez más relevancia los robots para el cuidado de las personas mayores, aunque bien es verdad que su irrupción en el mercado es mucho más tímida comparada con el impacto de la robótica de aplicación industrial. En cifras, según *International Federation of Robotics* (2024), en esta última década se han implantado en la industria más de 200.000 robots al año, y solo en China

más de 250.000 en el último año (más que en el resto del mundo). Si nos referimos al entorno médico y hospitalario, las cifras se reducen drásticamente, con una media de 35.000 robots anuales a nivel mundial.

Si ponemos el foco exclusivamente en las personas mayores, el 20,1 % de la población española tiene más de 65 años, proporción que se sitúa en la mitad de la tabla europea, según el último informe de la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C, 2023). Se prevé que esta cifra aumente en los próximos 20 años. El grupo de las personas mayores abarca distintas generaciones y es muy heterogéneo, con necesidades y capacidades que cambian con el paso de las décadas.

Esta gran diversidad de necesidades asistenciales, que varían significativamente de una persona a otra, hace que la producción en serie de los robots asistenciales sea muy limitada. Por otro lado, para este tipo de aplicaciones se requiere una gran adaptabilidad del robot a cada usuario, además de unos requerimientos de seguridad y de certificación muy exigentes, dado el impacto que un malfuncionamiento del mismo podría tener en la salud de las personas que lo utilizan.

De entre las amplias necesidades asistenciales que podemos identificar entre nuestros mayores, podrían citarse las tareas del hogar, el transporte y manipulación de objetos, la alimentación, ayuda para levantarse y sentarse o tumbarse, higiene en el baño, moverse y caminar, rehabilitación, telecuidado, monitorización y seguridad, entretenimiento y socialización, entre otras.

Estas tareas, por lo general, las realizan los cuidadores y los familiares de los mayores, siendo la percepción de los robots como cuidadores muy controvertida (Plackett, 2022; Savage, 2022; Hoppe et al., 2023). Sin embargo, las tecnologías robóticas no se encaminan a sustituir a las personas, sino a reducir su carga de tareas rutinarias automatizables. Desarrollar tecnología o reconfigurarla para adaptarla a las necesidades de las personas mayores puede mejorar su autonomía, su estado de ánimo, su accesibilidad al mundo digital, su inclusión en la familia o el entorno laboral, facilitar su rehabilitación u otras terapias en el domicilio, mejorar el bienestar del cuidador y ser una herramienta para el personal sanitario. El objetivo no es sustituir el cuidado humano, sino amplificarlo.

Por otro lado, los robots están lejos de poder reemplazar íntegramente a un humano en las tareas de cuidado (y en otras muchas tareas). Ciertamente es que su inteligencia, robustez y seguridad son cada vez más avanzadas. Tal es así, que en 2016 el Parlamento Europeo propuso dotar de la llamada *personalidad electrónica* a los robots autónomos (Committee on Legal Affairs, 2015). Se planteó el uso de este término para describir el estado legal potencial de robots autónomos de vanguardia, a fin de que se les atribuyan «derechos y obligaciones específicos, incluyendo el de reparar cualquier daño que puedan causar, y aplicando personalidad electrónica

a casos donde los robots tomen decisiones autónomas o que de manera independiente interactúen con terceros».

Sin embargo, la Comisión Europea rechazó finalmente esta propuesta, puesto que implicaba que el robot fuera el titular de un patrimonio y que con él se pagaran los daños que el propio robot generara. Cuestiones como qué ocurre cuando es un delito, necesita un robot un tutor que administre su patrimonio o se puede defender un robot ante un juez vislumbraron que eran muchos más los problemas que las ventajas de esta posible solución. Actualmente, los usos de los robots se regulan con la legislación de cada ámbito y con la Ley Europea de Inteligencia Artificial (Oficina C, 2022a), European Commission (2024). Además de eficaces y de garantizar el acompañamiento y dignidad de los mayores, estas tecnologías deben llevar asociados niveles de protección que garanticen un uso seguro, sencillo y respetuoso de los datos del usuario (Oficina C, 2022b), tanto del cuidador como del mayor.

2. TECNOLOGÍAS ROBÓTICAS PARA EL CUIDADO DE LOS MAYORES

Debido a la heterogeneidad de situaciones, no existe un robot genérico que resuelva el cuidado, sino que se está trabajando en gran variedad de plataformas para responder a necesidades específicas (Plackett, 2022).

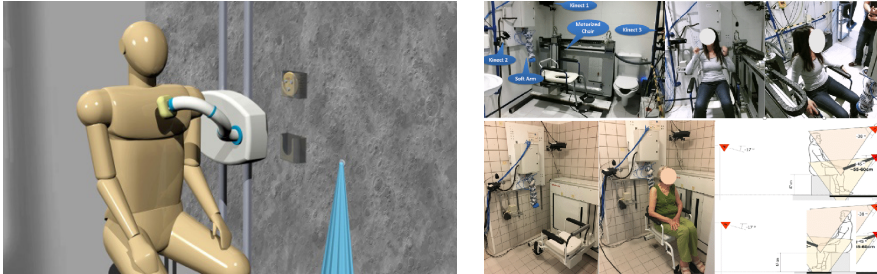
Por un lado, se trabaja en desarrollar robots que puedan ayudar al cuidador con tareas físicas como alimentar (Figura 1), duchar (Figura 2 y Figura 3) o vestir (Figura 4) al usuario (Savage, 2022). Para estos casos, se busca desarrollar robots con materiales blandos y flexibles que sean más seguros, se adapten mejor al entorno e incluso puedan autorrepararse (Monje y Laschi, 2020).

Figura 1. Robot ASIBOT desarrollado por el RoboticsLab de la Universidad Carlos III de Madrid para la asistencia a personas con movilidad reducida



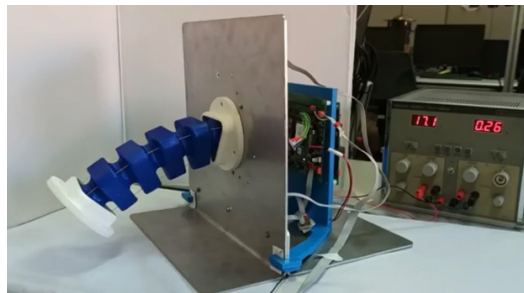
Fuente: <http://roboticslab.uc3m.es/roboticslab/robot/asibot>

Figura 2. Robot desarrollado en el proyecto europeo I-Support para la higiene en el baño de personas mayores



Fuente: https://www.researchgate.net/figure/The-I-Support-automatic-bathing-environment-Setup-of-the-Kinect-sensors-as-installed-in_fig1_320890841

Figura 3. Robot manipulador blando desarrollado por el RoboticsLab de la Universidad Carlos III de Madrid para asistencia en la manipulación



Fuente: <https://www.mdpi.com/2504-3110/7/1/8>

Figura 4. Robot desarrollado por el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) para vestir a personas mayores.



Fuente: <https://www.arenapublica.com/tecnologias/desarrolla-mit-robot-para-que-personas-con-movilidad-reducida-se-vistan-solas>

En los entornos hospitalarios es cada vez más habitual, especialmente en los países asiáticos, el uso de robots que ayudan a las personas a levantarse y sentarse de la silla y de la cama (Figura 5), liberando así al asistente médico de cargar con el peso del paciente, al menos parcialmente. Se trata de una tarea en la que la interacción física humano-robot es especialmente exigente, debiendo controlar en todo momento que el contacto entre los brazos del robot y el cuerpo del usuario se produzca de forma segura y con la velocidad adecuada. En muchos casos el paciente tiene una capacidad de reacción muy limitada y toda la responsabilidad de la acción recae sobre el robot.

Figura 5. Robot enfermero ROBEAR desarrollado en Japón para la asistencia física a personas mayores en entorno hospitalario



Fuente: <https://www.dawn.com/news/1165704>

Igualmente exigente desde el punto de vista de la interacción física es la interacción entre los exoesqueletos y el miembro del usuario sobre el que este dispositivo robótico realiza su función. El exoesqueleto se define como un dispositivo portátil vestible que proporciona movimiento articular al ser humano a través de una fuente de energía externa, en definitiva, un robot vestible que se adapta al cuerpo del paciente para facilitar su movilidad.

Existen exoesqueletos cuya aplicación es la de aportar mayor potencia articular en personas sanas para un mejor desempeño de sus tareas en el entorno laboral, pero estos dispositivos también se emplean cada vez más en tareas de rehabilitación de las extremidades en personas mayores y que han sufrido algún accidente cerebrovascular como el ictus. Un ejemplo de ello es el de la Figura 6, en la que se muestra un exoesqueleto de codo durante un proceso de rehabilitación del miembro superior tras un episodio de ictus de una paciente en entorno hospitalario.

Figura 6. Exoesqueleto de codo desarrollado por el RoboticsLab de la Universidad Carlos III de Madrid para la rehabilitación de personas que han sufrido ictus



Fuente: <https://e-archivo.uc3m.es/entities/publication/2f666943-c40c-4f66-a83e-a32af557b563>

Uno de los retos a abordar en el desarrollo de los exoesqueletos es el peso de los mismos, que debe ser soportado por el paciente durante la terapia. Se busca que los materiales de fabricación empleados sean cada vez más ligeros, así como los sistemas de actuación y sensorial embarcados en dicho robot. Por otro lado, la portabilidad del sistema favorece su transporte y uso en el hogar y en otras dependencias, según las necesidades del usuario, eliminando así la necesidad de acudir al entorno hospitalario para su uso. El abaratamiento del dispositivo es otro de los aspectos prioritarios para permitir una mayor irrupción en el mercado y una mayor accesibilidad por parte de todas las personas que lo necesiten.

Además de las exigencias previamente indicadas de seguridad, robustez y ligereza respecto a los materiales y sistemas de actuación y sensoriales de los robots que interaccionan cuerpo a cuerpo con los mayores, estos dispositivos deben estar dotados de sistemas de IA que garanticen que las actividades para los que se emplean transcurran de la forma más eficiente y segura para el usuario, además de que dichos sistemas inteligentes deben ser parte activa de la terapia y adaptarse en todo momento a las necesidades específicas del paciente. Estos requerimientos tan exigentes hacen que el desarrollo de estos robots evolucione a una velocidad más lenta en comparación con otros robots en los que la interacción física con el humano no se requiere.

Es por esto que, al no requerir en general de interacción física, el desarrollo de los robots asistenciales sociales va más adelantado. Se trata en este caso de desarrollar máquinas inteligentes e interactivas que ayuden de forma social a los mayores (Savage, 2022; Tapus, Matarić y Scassellati, 2007). Esta ayuda puede ser muy diversa, destacando los robots dedicados

al acompañamiento y el entretenimiento y los robots para el telecuidado y monitorización de los mayores, entre otros.

La Figura 7 muestra un ejemplo de robots de compañía que ya se usan en algunos países, algunos de los cuales pueden asistir también en la caminata de los usuarios. Es habitual encontrarlos con formas animales (PARO, 2023) (Figura 8), pues aportan efectos similares a los de la terapia animal, pero no requieren cuidados ni pueden causar daño (Robinson, MacDonald y Broadbent, 2015; Wada, Shibata, Saito y Tanie, 2002; Tamura et al., 2004). Responden al tacto y pueden aprender a comportarse a gusto del usuario.

Figura 7. Diversos robots sociales para compañía y asistencia a mayores



Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Images-of-the-social-robots-from-left-to-right-top-to-bottom-Pepper_fig3_358116936; https://www.researchgate.net/figure/Kompai-robots-left-2009-middle-2016-right-2019-87_fig7_365470900

Figura 8. Robot sociales Paro, Babiloid y Pleo (de izquierda a derecha) para compañía y terapia animal con personas mayores



Fuente: <https://www.wired.com/story/covid-19-robot-companions/>; <https://crealzheimer.imserso.es/-/pleo-rb-reborn->

Además de los fines de entretenimiento y de asistencia afectiva, el robot social puede ser también un terminal para la comunicación con el médico, el terapeuta y los familiares. Permite la monitorización del estado del mayor a través de una interacción sencilla, así como un seguimiento y control de la terapia directamente con el responsable de la misma gracias a la pantalla interactiva que generalmente integran en su cuerpo (Figura 9).

Figura 9. Robot Care-O-bot para el telecuidado de personas mayores



Fuente: <https://robotsguide.com/robots/careobot>

Los robots sociales desempeñan igualmente un papel fundamental en el entrenamiento cognitivo de los mayores (ver Figura 10). Animán al usuario a hacerse cargo de sus tareas o a seguir un programa de ejercicios sin necesidad de establecer contacto físico (Tapus, Matarić y Scassellati, 2007). La presencia de un robot es más divertida y motivadora que las pantallas, por lo que mejora la adherencia al tratamiento (Matarić, 2017), aunque se necesitan más estudios con robots sociales para comprobar que el interés del usuario permanece a largo plazo (Khosla, Chu, Khaksar, Nguyen y Nishida, 2021) y para medir adecuadamente el beneficio de estas terapias mediante el uso de estos robots.

Gracias a la inteligencia artificial, se están entrenando robots que no solo tienen una comunicación robusta y natural con los humanos, sino que pueden interpretar gestos, tono de voz e incluso intenciones, ofreciendo una experiencia personalizada (Tapus, Matarić y Scassellati, 2007). De esta manera, para centrar el cuidado en la persona, los robots sociales pueden personalizarse con los gustos del usuario y ser dotados de una forma de ser que le agrade y motive (Khosla, Chu, Khaksar, Nguyen y Nishida, 2021; Tapus, Tapus y Matarić, 2008).

A modo de resumen, la tecnología robótica se postula cada vez más como una herramienta fundamental para el cuidado de nuestros mayores. Las soluciones actuales en robótica para la asistencia física lo ponen de manifiesto, con el desarrollo de robots para la ayuda en la alimentación, movilidad e higiene y de exoesqueletos para terapias de rehabilitación de extremidades. También es indudable el impacto de los robots sociales en la estimulación física, afectiva y cognitiva de los usuarios, que han demostrado su potencial para mejorar el humor y la calidad de vida y reducir

el aislamiento social de las personas mayores ayudándoles a mantener el contacto social.

Figura 10. Robot MINI desarrollado por el RoboticsLab de la Universidad Carlos III de Madrid para el entrenamiento cognitivo de personas mayores



Fuente: <https://www.mdpi.com/1424-8220/20/12/3440>

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Committee on Legal Affairs. European Parliament. (2015). Draft report with recommendations to the Commission on Civil Law Rules on Robotics (2015/2013(INL)). Recuperado, 12 de junio de 2024, de https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2017-0005_EN.html
- European Commission. (2024). Regulation of the European Parliament and of the Council. Laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act) and amending certain union legislative acts. Recuperado, 12 de junio de 2024, de https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2024-0138_EN.pdf
- Hoppe, J. A., et al. (2023). When do individuals choose care robots over a human caregiver? Insights from a laboratory experiment on choices under uncertainty. *Computers in Human Behavior Reports*, 9, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100258>
- International Federation of Robotics. (2024). Recuperado, 12 de junio de 2024, de <https://ifr.org/>
- Khosla, R., Chu, M.-T., Khaksar, S. M. S., Nguyen, K., & Nishida, T. (2021). Engagement and experience of older people with socially assistive robots in home care. *Assistive Technology*, 33, 57-71. <https://doi.org/10.1080/10400435.2019.1588805>
- Matarić, M. J. (2017). Socially assistive robotics: Human augmentation versus automation. *Science Robotics*, 2, eaam5410.

- Monje, C. A., & Laschi, C. (2020). Editorial: Advances in soft robotics based on outputs from IROS 2018. *Frontiers in Robotics and AI*, 7.
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). (2023). Informe C. Envejecimiento y bienestar. Recuperado, 12 de junio de 2024, de <https://doi.org/10.57952/q3ze-2c39>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). (2022a). Inteligencia artificial y salud. Recuperado, 12 de junio de 2024, de <https://doi.org/10.57952/ANTA-ER88>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). (2022b). Informe C: Ciberseguridad. Recuperado, 12 de junio de 2024, de <https://doi.org/10.57952/c8hy-6c31>
- PARO Therapeutic Robot. (2023). Recuperado, 12 de junio de 2024, de <http://www.parorobots.com/>
- Plackett, B. (2022). Who would care for older people? *Nature*, 601, S12-S14. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-00074-x>
- Real Academia Española. (n.d.). Robot. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed., versión 23.7 en línea). Recuperado, el 12 de junio de 2024, de <https://dle.rae.es>
- Robinson, H., MacDonald, B., & Broadbent, E. (2015). Physiological effects of a companion robot on blood pressure of older people in residential care facility: A pilot study. *Australasian Journal on Ageing*, 34, 27-32. <https://doi.org/10.1111/ajag.12099>
- Savage, N. (2022). Robots rise to meet the challenge of caring for old people. *Nature*, 601, S8-S10. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-00072-z>
- Tamura, T., et al. (2004). Is an entertainment robot useful in the care of elderly people with severe dementia? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 83-85. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.1.m83>
- Tapus, A., Matarić, M. J., & Scassellati, B. (2007). The grand challenges in socially assistive robotics. *IEEE Robotics and Automation*, 14(1), 35-42. <https://doi.org/10.1109/IRDS.2002.1043887>
- Tapus, A., Tapus, C., & Matarić, M. J. (2008). User-robot personality matching and assistive robot behavior adaptation for post-stroke rehabilitation therapy. *Intelligent Service Robotics*, 1, 169-183. <https://doi.org/10.1007/s11370-008-0017-4>
- Wada, K., Shibata, T., Saito, T., & Tanie, K. (2002). Analysis of factors that bring mental effects to elderly people in robot assisted activity. *IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems*, 2, 1152-1157. <https://doi.org/10.1109/IRDS.2002.1043887>

ANCIANIDAD E INFANCIA UNIDOS POR LA TRADICIÓN: EL PALOMAR DEL ABUELO

Virginia Flores Riesco
*Centro asistencial San Roque*¹

1. INTRODUCCIÓN²

En este artículo se describe el Centro de Interpretación Palomar del Abuelo, su ubicación geográfica en la provincia y en la localidad donde se encuentra, además de su ubicación en el Centro Asistencial San Roque. Los motivos que llevaron a su creación, y con qué objetivos se creó y cuáles se pretenden desarrollar en el futuro. La historia de como comenzó su andadura. La distribución que tiene actualmente después de varias reformas y adecuaciones. La manera especial de cómo se establecen los guías, y la realización de las visitas culturales. Y como los más importantes son los mayores, el propio testimonio de qué sienten y qué piensan sobre su trabajo de guías en las visitas. Y para finalizar, la conclusión del proyecto, los beneficios que recaen en las personas mayores y en la zona rural donde se encuentra.

¹ Agradecimientos: A la Universidad Pontificia de Comillas, a Don Rafael Amo Usanos director de la Cátedra de Bioética, a Doña M. Carmen Massé García directora del Máster Universitario en Bioética y a Doña Yosune Rodríguez directora de Marketing del grupo BALLE SOL. A los responsables del Grupo de Acción Local ADRI y la Fundación San Roque, al Técnico de Turismo del ayuntamiento de Villalón de Campos. A los trabajadores, Doña Cristina Martínez-Moras, directora, Doña Nuria González, Trabajadora Social, Raúl Pastor, Equipo de Mantenimiento del Centro Asistencial San Roque.

² Puede ampliarse la información en Castilla León TV. (2023). *Escapada por palomares* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=s0yY4Ia6sJg>

2. QUÉ ES EL PALOMAR DEL ABUELO Y DÓNDE SE UBICA

El Palomar del Abuelo es un Centro de Interpretación y observación de las palomas. Con esta iniciativa se busca dar a conocer qué son los palomares y cómo es la metodología de la cría de la paloma. Está ubicado dentro de las instalaciones del Centro Asistencial San Roque en la localidad de Villalón de Campos, en Castilla y León.

Villalón de Campos, es un municipio y localidad española de la provincia de Valladolid, en la comunidad autónoma de Castilla y León. Está en la comarca de Tierra de Campos, fronteriza con Palencia, y tiene 1526 habitantes. Cuenta con gran riqueza patrimonial castellana, tradicional de agricultura del cereal y gastronómica sobre todo del queso típico de la zona.

El Centro Asistencial San Roque abrió sus puertas en agosto de 1983. Pertenecemos al grupo LARES. Es un centro privado gestionado por un patronato. Desde su apertura hasta la actualidad son muchas las reformas que se han realizado. Actualmente somos un centro con todas las habitaciones individuales con baño propio, distribuidas en 3 plantas. Tenemos disponibilidad de plazas hasta 93 usuarios, de las cuales 20 son concertadas. Los usuarios se distribuyen en 3 unidades de convivencia o espacios de unas 16-20 personas y el resto de usuarios más independientes se desplazan por todo el centro. En el exterior contamos con amplias zonas ajardinadas. En el jardín trasero es donde se ubica el palomar. Contamos con una plantilla de 50 trabajadores, entre gerocultores, mantenimiento, limpieza, encargados y técnicos (dirección, médico, enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajadora social). Trabajamos con el modelo de atención centrada en la persona y desde el 2015 participamos en el pilotaje de JCYL *modelo en mi casa*, y seguimos avanzando en este concepto.

3. MOTIVOS DE SU CREACIÓN

Los motivos por los que el Patronato de la Fundación San Roque decidió crear este centro de interpretación son los siguientes:

3.1. Dar testimonio de la cultura de los palomares (palomar-testimonio)

Los palomares forman parte de nuestra riqueza patrimonial y representan un aspecto significativo de nuestra arquitectura popular, típica de Tierra

de Campos. Por ello, sentimos el compromiso de conocerlos, vivirlos y transmitirlos a las nuevas generaciones, así como a los visitantes.



3.2. Formar parte de la red de turismo rural

Integrarse en la red de centros de interpretación de Tierra de Campos, Villalón de Campos y Castilla y León, donde las personas mayores se incorporan a la sociedad a través de su propia cultura.

3.3. Establecer lazos de unión entre generaciones

Al estar ubicado en el recinto del centro asistencial, son los propios residentes quienes ejercen como guías turísticos y transmiten su conocimiento a las nuevas generaciones.

4. OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es ofrecer un espacio donde nuestros mayores puedan transmitir su saber cultural y fomentar la creación de lazos intergeneracionales. Asimismo, se busca promover la relación intergeneracional entre las personas mayores que residen en nuestro centro y los niños, jóvenes, etc., uniendo la vida en un centro de mayores con la de los centros de enseñanza.

Además de este objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos específicos que benefician a las personas mayores:

- i. Promover el envejecimiento activo de las personas mayores, considerando la vejez como una etapa de plenitud. Al desarrollarse en el propio centro, los mayores sienten que están mostrando una parte importante de sí mismos. Los residentes se sienten valorados y apreciados por su conocimiento, lo que mejora su autoestima, su identidad personal respecto a sus raíces, su desarrollo cultural, sus tradiciones y la difusión de la riqueza del entorno social.
- ii. Evitar el aislamiento social de las personas mayores. Nuestros mayores son albaceas y transmisores de la historia, la experiencia y la sabiduría del consejo ancestral. Forman parte del ámbito rural cercano, siendo miembros valiosos de la comunidad, aunque necesiten cuidados y tengan dependencias.
- iii. Transmitir la riqueza patrimonial y cultural de nuestra región. Evitar que las tradiciones y la cultura de nuestras zonas rurales caigan en el olvido. Dar a conocer el corazón de Tierra de Campos, mostrando cómo se vivía antiguamente y valorando el esfuerzo de las generaciones mayores.
- iv. Estimular el aprendizaje permanente. Aunque sean personas mayores, no significa que no puedan aprender nuevas tecnologías o aspectos modernos. Los mayores tienen inquietudes y deseos de aprendizaje continuos.

5. HISTORIA

La Fundación San Roque, el ayuntamiento de Villalón de Campos y el grupo de acción local ADRI (Asociación para el Desarrollo Rural Integrado de Tierra de Campos) pusieron en marcha el Centro de Interpretación El Palomar del Abuelo. Se inauguró el 7 de abril de 2006, y desde esa fecha hasta la actualidad lo han visitado cerca de 8.000 visitantes (excepto los años que

permaneció cerrado por COVID, de 2020 a 2022). Sobre todo, lo visitan excursiones de niños, colegios, institutos, residencias de mayores o personas que pasan por el pueblo y consideran el palomar un lugar más que visitar.



El edificio es de nueva construcción, con la forma tradicional de un palomar rectangular. Consta de tres espacios, una sala de exposiciones y un espacio central con un palomar que puede albergar hasta 22 parejas de paloma bravía, típica de Tierra de Campos (actualmente hay unas 15 parejas).

En junio de 2015 se mejoraron los equipos tecnológicos, sustituyendo el proyector por uno de imagen Blu-ray, lo que mejoró la calidad de la imagen y el sonido. Además, se añadió nuevo mobiliario más cómodo y moderno. Se instaló una pantalla táctil que los residentes usan para explicar qué es el palomar y la cría de palomas.

Se crearon nuevos videos en 3D, uno específico para niños y otro para adultos, para una experiencia más envolvente. Todas estas últimas innovaciones y mejoras se han podido realizar gracias a un proyecto desarrollado por el grupo de acción local ADRI.

6. DISTRIBUCIÓN EN LA ACTUALIDAD

Actualmente el palomar del abuelo consta de:

- Zona central: Es el palomar propiamente dicho, donde viven parejas de palomas. Dispone de una cámara que las graba en directo y desde la sala de proyecciones se las puede observar.



- Nave lateral izquierda: Es la sala de exposiciones. Ahora mismo hay expuestas fotografías de palomares de Villalón y de los pueblos cercanos. Además de paneles didácticos y uno luminoso resaltando tradiciones de Villalón y de los alrededores. Se encuentra la pantalla táctil que manejan los residentes que muestran la visita. Donde explican a los visitantes: La historia de los palomares, de donde vienen, su trayectoria. Materiales de construcción, elementos decorativos, formas... Hablan sobre la cría de la paloma, su alimentación, reproducción, tipos de palomas, curiosidades, e incluso anécdotas de los propios residentes. Esta sala dispone de dos ventanas desde las cuales se puede contemplar lo que hacen las palomas en el momento de la visita.



- Nave lateral derecha: Es la sala de proyecciones. Consta de una pantalla curva donde se proyecta un vídeo de 15 minutos en 3D, que nos presenta la historia de Villalón, una segunda parte que nos habla de los palomares y la tercera centrada en la cría de las palomas. De esta proyección hay dos versiones una para adultos y otra para niños, donde una paloma les guía por las explicaciones. Además, a través de la pantalla se puede conectar con la cámara que hay dentro del palomar y se las puede observar en directo.



7. LAS VISITAS: ¿CÓMO SE HACEN?

El procedimiento de búsqueda de guías del Palomar del Abuelo se realiza entre todas las personas mayores que viven en el centro. La selección de los residentes se lleva a cabo desde los departamentos de Terapia Ocupacional y Trabajo Social. No importa que no sepan nada sobre los palomares, porque se les enseña cómo deben realizar la visita.

Una vez que se han seleccionado las personas que desean participar, se crean las parejas. Intentamos que en las parejas de guías del palomar haya un residente que tenga mayores conocimientos sobre el tema, porque ha criado palomas y tiene la experiencia personal, junto con otra persona que simplemente tenga interés en hacerlo. A ambos residentes se les facilita el material y se trabaja con ellos en terapia ocupacional para ayudarles a expresarse, a contar los detalles y a sentirse seguros durante las visitas, aunque no están solos en ellas. También se les enseña a manejar la pantalla

táctil para proporcionar las explicaciones didácticas sobre las palomas y toda la información necesaria de la visita. El resto de las visualizaciones corre a cargo de la persona que los acompaña.

Cuando hay varias parejas, se van rotando y en cada visita participa una pareja. En cada visita, dos de los residentes seleccionados se encargan de hacer de guías turísticos por un rato. La trabajadora social, el técnico de turismo u otra persona estará con ellos apoyándolos, sobre todo en el manejo de las tecnologías.



8. TESTIMONIOS DE LOS GUÍAS

Actualmente contamos con dos residentes que tienen mucho interés en el tema y disfrutan de mostrar el palomar.

Naval Álvarez Martínez, 89 años natural de Ceinos de Campos (Valladolid), está casado y tiene 3 hijos. Trabajó como herrero y en un taller de maquinaria agrícola. Tenía un palomar donde criaba palomas.

Félix Barrientos López, 94 años natural de Bustillo de Chaves, pero ha vivido en Villalón la mayor parte de su vida. Trabajó en la agricultura y su familia tenía palomares y él se encargaba de ayudar a construirlos y a criarlas.

Estos son sus testimonios y lo que ellos sienten siendo los guías del Palomar de abuelo:

- «Para mí tener la oportunidad de enseñar el palomar fue una ilusión vivida. Me gustan las palomas, como tal compartí mucho tiempo y años de mi vida con las palomas. Hice un cursillo sobre la vida de las palomas. En las visitas me siento volver a vivir aquellos años de convivencia con las palomas y los palomares. Soy Naval tengo 89 años y soy de Ceinos de Campos un pueblo al lado de Villalón».
- «Yo soy un pensionista, me siento muy orgulloso viendo a todos los niños y a los señores mayores como yo que vienen al palomar. Les hablamos de cómo se hacen las cosas, trabajando con la tierra y el barro, haciendo tapias y adobes de barro mojado y pisándolo con un pisón y luego el tejado con sus agujeros para que las palomas pongan sus nidos, los tejados se pintan de blanco para que salgan las palomas al sol. Lo que más les gusta a las palomas es el olor a colonia y el agua muy fresca. Para mi enseñar el palomar a los niños me hace sentir feliz y más joven. Me siento muy orgulloso de estar en esta residencia con todos los de mi edad que somos todos campesinos de tierra de campos. Un abrazo Félix Barrientos».

Ellos dos aparecen en una entrevista que se realizó con motivo de la reapertura del palomar tras la pandemia en el programa local de Castilla y León.

8. CONCLUSIÓN

El palomar del abuelo no es únicamente un museo o centro de interpretación, sino que representa un símbolo de identidad de la zona. No se trata solo de la cría de palomas, sino también de una exposición sobre las formas de vida de tiempos pasados y la vida actual de los mayores que residen en centros rurales como el nuestro.

Los visitantes se benefician de las experiencias de los mayores, adquiriendo no solo conocimientos sobre lo que es un palomar y en qué consiste la cría de palomas, sino también comprendiendo la importancia de que nuestros residentes compartan su realidad. Las personas mayores que viven en residencias son tan valiosas como cualquier otra persona de la sociedad y pueden enseñar mucho a quienes les visitan.

EL DERECHO A LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Salome Adroher Biosca
Universidad Pontificia Comillas

1. INTRODUCCIÓN

Las personas mayores se están configurando en los últimos años como un colectivo específico, cada vez más relevante demográficamente y cada vez más reconocido como tal a nivel de derechos y de políticas.

Como es bien sabido, Naciones Unidas está preparando una Convención sobre los derechos de la persona adulta mayor siguiendo la estela ya marcada a nivel regional por la Convención Interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores de 2015, o el protocolo a la Carta africana sobre los derechos de las personas mayores de 2016 (Gortázar, 2024). Por tanto, los mayores emergen, junto a la mujer, los niños o las personas con discapacidad, como colectivo con derechos propios y específicos, necesitados de reconocimiento y de protección.

Por otra parte, la Unión Europea (UE) está trabajando en una *Estrategia europea para las personas mayores*, algunos de cuyos documentos preliminares ya han visto la luz (CESE, 2023).

En este contexto, parece oportuno abordar una reflexión sobre uno de los *derechos emergentes* de las personas mayores, el derecho a los cuidados, al que voy a referirme en este trabajo.

Reflexionaré en primer lugar sobre el binomio autonomía y cuidados, como los dos principales ejes de la política de la UE en materia de mayores, para hacer alusión a continuación a los cuidados en el entorno familiar, y a

los cuidados como responsabilidad pública. Terminaré con algunas consideraciones finales derivadas de la Estrategia europea de cuidados y en particular en relación a la Recomendación del Consejo de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad y asequibles.

2. EL DERECHO A LA AUTONOMÍA Y A LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES: DOS EJES DE ACTUACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

Uno de los desafíos principales a los que se enfrenta Europa es el demográfico, derivado de la caída acusada de la natalidad a la que se suma el aumento de la longevidad; la combinación de ambos factores provoca un envejecimiento de la población y también un crecimiento del número de personas en situación de dependencia (Comisión Europea 2021a).

La población total de la UE disminuirá en los próximos 50 años, pasando de 447 millones de personas en 2019 a 424 millones en 2070; aumentará en 5 años la edad media, y por tanto será una población más envejecida y también más longeva; y debido a esta mayor longevidad, se prevé que en 2050 una quinta parte de la población de la UE tenga algún tipo de discapacidad, aumentando, en consecuencia, la dependencia. España no es ajena a estas tendencias: según las proyecciones del INE, el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente es un 19,6% del total de la población, alcanzará el 31,4% en torno a 2050, y por tanto nuestro país será uno de los países más envejecidos de Europa. En 2050 el grupo de edad más numeroso será el de 70-79 años, y la tasa de dependencia alcanzará los valores máximos en el año 2050, por encima del 50%, situando a España como el cuarto país europeo con mayor tasa de dependencia.

Esta situación plantea desafíos a diversos niveles *macro*, económicos, sociales, sanitarios, políticos, y demográficos, que cuestionan la viabilidad del actual modelo del Estado del bienestar y su sostenibilidad. Pero sobre todo, y va a ser el objeto de este trabajo, esta situación también tiene desafíos *micro*, aquellos que ponen en el foco los derechos de las personas mayores y en la vida de sus familias.

Siguiendo los dos grandes bloques de derechos enunciados por los *Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad* en 1991, la autonomía (independencia, participación y autorrealización) y los cuidados con dignidad (Naciones Unidas, 1991), la Comisión europea (2021b) y el Consejo (2021) han señalado los dos ejes principales de derechos de las personas mayores en la UE:

Por una parte, su derecho a la autonomía, tanto en términos económicos como de envejecimiento activo (superado el concepto anterior de

envejecimiento saludable), definido por Naciones Unidas (2002) como «[...] el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Este principio se traduce en los cuatro componentes, ya conocidos, del envejecimiento activo: 1) salud y ajuste físico (poder valerse por sí mismo y autonomía), 2) funcionamiento cognitivo, 3) afecto positivo (bienestar) y 4) participación e implicación social.

Por otra, el derecho a los cuidados, en particular en los casos de dependencia o de discapacidad, fomentando la solidaridad entre generaciones y la responsabilidad social. A este segundo derecho está destinado este trabajo, pero antes de abordarlo haré una breve referencia al derecho a la autonomía.

El artículo 25 de la Carta de Derechos fundamentales de la UE señala que *la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural*. En línea con este precepto la Comisión y el Consejo proponen garantizar para los mayores la suficiencia económica tras la jubilación, y reforzar su derecho a la participación en la vida social, económica y familiar, como forma de propiciar el envejecimiento activo.

En relación a la suficiencia económica, el sistema de pensiones justas y suficientes no es sostenible en la coyuntura actual, lo que lleva a la Comisión a plantear una ampliación de la vida laboral retrasando la edad de jubilación, limitando las jubilaciones anticipadas, propiciando la compatibilidad del trabajo parcial y la pensión parcial y favoreciendo los planes de pensiones privados complementarios. La Comisión subraya que en este contexto demográfico es importante garantizar la *justicia intergeneracional*, no cargando a los jóvenes trabajadores con cotizaciones cada vez más cuantiosas para poder sostener las pensiones de los mayores¹. Pero además, la Comisión recuerda que la suficiencia económica tiene su correlato en el sistema de servicios sociales, sanitarios, de vivienda y de ocio, a los que se refiere nuestra Constitución en su artículo 50, y que también deben financiarse. En la propuesta de Estrategia europea para las personas mayores (CESCE, 2023) se incluye la aprobación de una Garantía de las personas

¹ «Las reformas para modernizar los sistemas de pensiones deben examinar con atención su lógica de redistribución y equidad. Entre los factores que podrían tenerse en cuenta se encuentran la mayor carga demográfica sobre las futuras generaciones, el trato justo a los trabajadores que acceden al mercado laboral de forma precoz, la capacidad de redistribución entre los grupos de ingresos, la protección de las interrupciones en la trayectoria profesional relacionadas con la familia y la eliminación de los regímenes preferentes de pensiones» (Comisión europea, 2021b).

mayores, que al igual que la garantía juvenil o infantil apueste por la suficiencia económica autónoma de este grupo de población.

En relación al derecho a la participación, destaca, en primer lugar, la participación familiar estrechamente vinculada a los cuidados, cuidados que los mayores ofrecen y reciben. A los segundos, haré alusión en el siguiente epígrafe, pero en relación a los primeros debe destacarse que, en la actualidad, los mayores cuidan de sus nietos y de otros mayores de generaciones anteriores en situaciones de dependencia funcional, favoreciendo la conciliación de la vida familiar y profesional de sus hijos: los abuelos son una herramienta fundamental en la conciliación. Las redes familiares, y los mayores como parte fundamental de ellas, son las principales proveedoras de atención y apoyos, principalmente en los entornos domésticos y comunitarios, pero también en los contextos sanitarios y de servicios personales, preservando y sosteniendo relaciones de proximidad, afecto y cuidado (Adroher, 2024).

Así en España los abuelos que cuidan a sus nietos para apoyar la conciliación de sus hijos, a comienzos de los años 90 representaban solo un 15%, pero ya en el año 2010 eran el 35% particularmente durante el primer año de vida de sus nietos, representando el 90% del cuidado diario solo por detrás de los padres y de las escuelas infantiles. Además, aunque el porcentaje de abuelos cuidadores españoles es inferior a la media europea, «los españoles dedican una media de siete horas diarias, dos más que la media europea» según la encuesta europea Share (López y Badenes, 2011).

Lo relevante hoy, es que estos cuidados informales dentro de las familias son cada vez más visibles socialmente, lo que implica reconocer a nuestros mayores, no solo como receptores de cuidados y prestaciones sociales, sino como un colectivo que los otorga de manera intensa.

Además de la participación en la vida familiar, debemos subrayar la participación social. La OMS (2005) define el envejecimiento activo, como «una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra». El envejecimiento activo tiene, por tanto mucho, que ver con la participación social, dos de cuyas máximas expresiones son la participación política y el voluntariado de personas mayores (Benlloch, 2024).

3. DERECHO A LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

3.1. ¿Existe un derecho a los cuidados?

Si bien me he referido en el título de este trabajo al *derecho a los cuidados*, los cuidados no son hoy por hoy un derecho fundamental, y ni

siquiera un derecho constitucional y sin embargo son imprescindibles para garantizar otros derechos fundamentales como es la protección de la dignidad humana, que la Constitución establece como base del orden social (art.10.1 CE).

Como se ha señalado acertadamente (Flores, 2021):

- «Son la condición para que las personas cuidadas puedan tener una vida autónoma y a partir de ella realizar eficazmente otros derechos (reunión, asociación, circulación, voto, tutela judicial, acceso a la cultura...)».
- «Su realización coincide específicamente con el ejercicio de otros derechos reconocidos constitucionalmente de forma específica (por ejemplo, el derecho a la salud, la protección de la integridad física o psíquica de las personas, la vivienda...)».
- «Existe una legislación que reconoce concreta y expresamente el derecho subjetivo de determinadas personas, en determinadas condiciones, a recibir prestaciones dirigidas a apoyar el cuidado en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas)».

La OMS (2005) ha definido los cuidados como «las actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana».

Naciones Unidas (1991) ya señaló que la responsabilidad de los cuidados es tanto familiar como social: «Los adultos mayores deben beneficiarse del cuidado y la protección familiar y comunitaria de acuerdo con el sistema de valores culturales existente en cada sociedad».

En España, los cuidados familiares son la columna vertebral de los cuidados de larga duración y, el 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas únicamente por algún integrante de la familia, principalmente por las mujeres (hijas, madres y parejas). La escasa responsabilidad de hombres y mujeres en el cuidado, ha limitado durante décadas la autonomía y la calidad de vida de las mujeres cuidadoras y en su caso su desarrollo profesional.

Sin embargo, la familia, tradicional cuidadora de mayores y dependientes, está cambiando, a pasos agigantados. Según las tendencias demográficas apuntadas por el INE, las familias españolas de la segunda década del

siglo XXI se forman cada vez más tarde y son cada vez más pequeñas. Si en 2007 la modalidad más común de familia en España era la de una pareja con dos hijos, en 2018 es la de una pareja sin hijos (21,1%) o con uno solo (un 15,7%). Por tanto, el número de personas que conviven en el hogar es cada vez más reducido. Los que llegarán a la edad de jubilación en los próximos años, tienen menos hijos, o ninguno, y en muchos casos, estos viven en otras ciudades o países, de forma que el cuidado en el entorno familiar dependerá de menos personas. Además, las mujeres, grandes cuidadoras de mayores y dependientes en España, en un porcentaje cada vez afortunadamente mayor, son trabajadoras y por tanto con menos disponibilidad de tiempo para los cuidados.

Por ello, en relación al reto de los cuidados, a partir del cambio de siglo, comienza a considerarse la atención a la dependencia y a la discapacidad, no solo como una responsabilidad familiar sino también, subsidiariamente como responsabilidad social y pública.

En este sentido, diversas leyes, como ya he señalado, establecen un derecho subjetivo a los cuidados, y hare alusión, en primer lugar, a aquellos que se producen en el entorno familiar pero, en segundo lugar, me referiré a los conflictos que pueden derivarse de estos cuidados.

3.2. Cuidadores familiares *por ley*

La evidencia sociológica ya apuntada de que los cuidados a los miembros más vulnerables de la familia, entre ellos a los mayores en situación de dependencia o discapacidad, se realicen en muchos casos en el entorno familiar, se ha trasladado a la legislación.

Así, la Ley de 39/ 2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, además de regular la atención residencial, en centros de día y las ayudas a domicilio, contempló, como pieza clave, los cuidados en el entorno familiar, no vinculados a un servicio de atención profesionalizada, a pesar de que dicha ley considera que la atención deberá ser prioritariamente profesional, y solo excepcionalmente en el entorno familiar. Para estos cuidados familiares, la ley previó una prestación doble: la persona dependiente recibe una prestación económica destinada a compensar los gastos derivados de los cuidados en el entorno familiar, y la persona cuidadora no profesional suscribe de un Convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social, y las cuotas a la Seguridad Social son abonadas conjuntamente por ella y el IMSERSO. Como es sabido ha habido una aplicación autonómica desigual de esta figura, derivada, en parte, de los problemas de financiación

de la misma (por ser financiación compartida entre el Estado y las Comunidades autónomas). A pesar de sus carencias, la ley supuso un notable avance en la protección jurídica del cuidado en el entorno familiar, no solo a través de la oferta un catálogo de servicios que descargan a la familia de sus responsabilidades constantes, sino también al otorgar un status de cuidador no profesional (Arenas, 2024).

En un sentido similar, la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica reconoce, un papel relevante a la familia que tradicionalmente ha cuidado *de hecho* a sus familiares con discapacidad, muchos de los cuales son mayores. La guarda de hecho se configura en esta ley como la figura clave de apoyo *informal* (junto a las medidas formales de la curatela y el defensor judicial), y permanente, cesando la nota de temporalidad que la caracterizaba hasta ahora pero, sin embargo, no establece financiación asociada a esta función, como si está prevista, como ya he señalado, en la Ley 39/2006 (de Couto, 2024).

El cuidado en el entorno familiar, previsto legalmente genera un debate en torno la conciliación de la vida familiar y laboral de los cuidadores de mayores y dependientes. Ya lo expresó la Comisión Europea en el Libro verde, pero más recientemente se recoge en la Estrategia europea de cuidados de 2022 (Comisión Europea, 2022): el hacer recaer primordialmente en la familia el cuidado de mayores y dependientes, supone en la práctica que muchas mujeres no puedan participar plenamente del mercado laboral. Y es que los problemas de conciliación y corresponsabilidad hoy, están referidos no solo al cuidado de los niños, que son cada vez menos, sino sobre todo al de los mayores que son cada vez más y más dependientes.

Esto es lo que precisamente ha planteado la Directiva de la UE 2019/1158 que prevé medidas de conciliación de la vida familiar y laboral no solo para cuidar a los hijos, sino también, y como novedad, a los dependientes, entre ellos los mayores.

La norma europea introduce un nuevo permiso para cuidadores y extiende a éstos la posibilidad de disfrutar de fórmulas de trabajo flexible, como el teletrabajo. Con ello se da un paso importante, asumiendo que las labores de cuidado no se limitan a momentos puntuales en torno al nacimiento de los hijos, sino que ocupan la mayor parte del ciclo vital del trabajador y conllevan, cada vez con mayor peso, la atención a mayores y dependientes. La transposición de esta Directiva se ha hecho en España por Real Decreto Ley 5/2023 con una regulación más generosa y garantista que la europea, pero se trata de un permiso retribuido que es a cargo de la empresa, lo cual puede generar complicaciones de orden práctico (López, 2024).

A pesar de todas estas pequeñas mejoras, la cuestión crítica es hoy la de insistir en la corresponsabilidad pública y social de los cuidados. El cuidado

de los mayores, y de las personas dependientes en general, se plantea en nuestro ordenamiento jurídico como una responsabilidad de la familia, pero la longevidad característica de nuestras sociedades está produciendo una reflexión importante sobre la corresponsabilidad pública en todo ello.

1.3. Los conflictos derivados del cuidado familiar

El cuidado familiar plantea conflictos en algunos casos. Conflictos entre los potenciales cuidadores o potenciales responsables del cuidado y conflictos entre la persona mayor y sus hijos, al no sentirse bien cuidada. Algunas recientes resoluciones judiciales son buena prueba de ello.

Así, están llegando a los tribunales demandas de familiares de menores y mayores para que el juez tome decisiones en su lugar porque no se ponen de acuerdo. Esta tendencia a la *judicialización* que se advierte desde hace muchos años en los divorcios está comenzado a plantearse en relación al cuidado de mayores, y en ambos casos, la mediación familiar se presenta como alternativa razonable. Un buen ejemplo de estos *nuevos conflictos* cada vez más presentes en la jurisdicción de familia es la Sentencia de la Audiencia provincial de Barcelona 503/2022 de 5 de octubre². Una mujer mayor tiene una demencia senil, con alucinaciones, y pluripatología multiorgánica de naturaleza persistente teniendo limitada su autonomía y sus facultades, tanto en el ámbito personal de cuidado y salud, como en el ámbito patrimonial. Tiene tres hijos que residen en Murcia y tres hijas que residen en Barcelona y vive en Barcelona en el piso de su propiedad con una de sus hijas. Todos los hijos, salvo ésta, están conformes en que se nombre como curador al hermano mayor y que se autorice el traslado de su madre a Murcia. Dicho hijo afirma que era voluntad de su madre residir los últimos años de su vida en Murcia, alegando que desde que se jubiló su padre (fallecido en 2004) pasaba temporadas en Murcia y en Barcelona y que es en Murcia de donde es oriunda, donde tiene a gran parte de la familia, donde está enterrado su esposo y donde quiere ser enterrada. La hija apelante sostiene por el contrario que su madre había residido con ella desde hace muchos años en Barcelona en el piso de su propiedad, que su deseo era vivir en dicho piso, que las estancias en Murcia eran temporales y sostiene que sería perjudicial en su estado un cambio de domicilio. En la sentencia se decreta el traslado a Murcia y el nombramiento del hermano como curador, y se pone de relieve la nula relación de la madre con 5 de sus hijos derivada del aislamiento al que le tenía sometido la hija.

² ECLI:ES:APB:2022:12523

En España la mediación relacionada con las personas mayores es todavía un medio de resolución de conflictos poco conocido que se va incorporando lentamente a las legislaciones y a los servicios. Los principales conflictos que se abordan en la mediación intergeneracional con mayores están relacionados con la gestión de las situaciones de dependencia en el ámbito familiar: discrepancias sobre la organización de la atención médica o a la situación de dependencia; la toma de decisiones sobre la gestión de los tiempos de cuidado, la contratación de personal o prestaciones, los cuidados paliativos o problemas de curatela; los conflictos de relación o comunicación entre hermanos, abuelos y nietos; los conflictos relacionados con los intereses patrimoniales y administración de bienes, con el reparto de roles y responsabilidades; o los conflictos psicológicos por la sobrecarga del cuidado son algunos de los más destacados.

La mediación intergeneracional es, en estos casos, una alternativa más ventajosa que el proceso judicial y, por tanto, un recurso novedoso y necesario que ayuda a la promoción del ejercicio de los derechos de las personas mayores y al fomento de las relaciones intergeneracionales de forma igualitaria y equitativa³.

En ocasiones el conflicto lo plantea el propio mayor que se siente *abandonado* o descuidado por sus hijos, es decir aquellos casos en que no se responde al principio de solidaridad familiar o intergeneracional, por falta de atención y cuidado, o en casos extremos por abandono y abuso económico por parte de familiares cercanos. ¿tiene algún arma la persona mayor en estos casos? La principal, la desheredación.

El Derecho de sucesiones español está basado en el sistema de legítimas, y cuando se tienen hijos solo se les puede desheredar si estos han negado los alimentos a sus padres o si se ha maltratado de obra o injuriado gravemente de palabra al padre (853 del CC). Este precepto no se ha modificado desde hace más de 100 años, y ante esta falta de iniciativa legislativa ha tenido que ser el Tribunal Supremo desde 2019 el que haciendo una interpretación actualizada del precepto, considere el maltrato psicológico incluido en el maltrato de obra en casos de abandono o falta de relación familiar continuada e imputable de forma principal al legitimario. Así se ha recogido, por ejemplo, en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia de 11 de marzo de 2022⁴. En ella se confirma la voluntad de una madre que deshereda en testamento a una hija, dejando toda su herencia a su otro hijo, en atención a que el único interés de la hija por su madre

³ Asociaciones como Atyme dedicadas desde hace años a la mediación familiar, fundamentalmente en casos de ruptura de pareja, ya están aplicando esta técnica en casos de cuidado de mayores (https://atymediacion.es/mediacion/adultos_mayores).

⁴ SAP V 102/2022.

era el económico, la maltrató afectivamente al no acudir a visitarla durante más de seis años ni atender en todo ese tiempo sus necesidades básicas y especialmente en los últimos años teniendo en cuenta su avanzada edad y ni siquiera acudió al sepelio (Duplá, 2024).

3. EL DERECHO A LOS CUIDADOS COMO RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Junto a este principio de solidaridad (o insolidaridad en algunos casos) familiar, los poderes públicos son corresponsables en los cuidados de los mayores. Recordemos, en este sentido el art. 50 de la CE cuando señala que *los poderes públicos con independencia de las obligaciones familiares promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.*

Son, por tanto, varios los ámbitos a los que está referida esta responsabilidad pública en relación a los cuidados, pero voy a centrarme en el socio-sanitario.

Es evidente que el envejecimiento activo y la necesidad fundamental de las personas mayores, que se acentúa con la edad, de permanecer en su medio personal y social, aconsejan que puedan vivir en sus hogares, mientras sea posible, opción que además de resulta menos gravosa para los presupuestos públicos. No obstante, ello exigirá en muchos casos en los que aparece algún tipo de dificultad o discapacidad física, que se adopten medidas para adaptar y hacer accesibles sus viviendas. Además, la permanencia en el hogar cuando existen situaciones de dependencia requiere de ayudas complementarias de apoyo y asistencia para el desarrollo de sus actividades cotidianas. En nuestro ordenamiento, al margen de prestaciones económicas o dinerarias, la Ley 39/2006 contempla entre los «Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado», el servicio de teleasistencia y, de forma independiente o complementaria, el servicio de ayuda a domicilio.

Cuando el mayor ya no puede vivir solo en su hogar, las dos soluciones tradicionales que se han adoptado han sido la de vivir en el hogar de un familiar o en una residencia. La convivencia bajo el mismo techo de varias generaciones ya no es una situación tan frecuente como en el pasado dada la incorporación generalizada de la mujer al trabajo fuera del hogar y la mayor dificultad de las familias de poder prestar adecuadamente los cuidados, además de los problemas asociados al tamaño de las viviendas. El acogimiento residencial, es una fórmula con gran trayectoria y recorrido en nuestro país. Sin embargo, en los últimos años han surgido algunas alternativas nuevas o innovadoras.

Por una parte, el *acogimiento familiar*, en familia *ajena* modalidad que, tiene su origen en el acogimiento de menores, y que se ha extendido también a los mayores y ha sido regulado extensamente en la normativa autonómica, la cual se refiere fundamentalmente a la concesión de ayudas a las familias de acogida para sufragar la convivencia y servicios que se prestan al mayor (Del Pozo, 2024).

Por otra parte, las *viviendas tuteladas*, como una forma de alojamiento diseñada específicamente para personas de edad avanzada que desean vivir de manera independiente, pero con acceso a servicios y apoyo adecuados. Estas viviendas, como alternativa al acogimiento residencial ofrecen un entorno seguro y adaptado a las necesidades de los adultos mayores, brindando asistencia y cuidados según sea necesario, pero preservando su propio espacio privado, donde pueden vivir de forma autónoma. Además, este recurso suele ofrecer un ambiente social y comunitario, que fomenta la relación entre los residentes gracias actividades grupales y eventos sociales, lo cual contribuye a evitar su aislamiento y promueve el bienestar emocional.

Finalmente el *cobousing*, sistema que llega a España después de años de experiencia en el norte de Europa, singularmente de Suecia, que son comunidades de viviendas en régimen de asociación, en la que las personas mayores, manteniendo la privacidad de su vivienda particular, viven en un conjunto residencial con elementos comunes –servicios asistenciales, cocina comunal, servicios de lavandería, lugares de ocio y comedores, salas de televisión y para actividades lúdicas y otros similares, como piscina, biblioteca, locales, *spa*, equipamientos deportivos o zonas verdes– que favorecen la compañía y el contacto social. En estos conjuntos se evita la soledad no deseada, se garantiza la convivencia y el contacto social, con el propósito de desarrollar una vida de apoyo mutuo entre sus integrantes para la promoción del envejecimiento activo y la autonomía personal y la atención ante situaciones, presentes o futuras, de dependencia (Arévalo, 2024).

En relación a toda esta pléyade de recursos habitacionales, es oportuno referirnos a la Estrategia de desinstitucionalización del Gobierno de España de 2024 y que apunta algunas líneas de futuro en este ámbito⁵. Esta estrategia, apoyada en otras iniciativas internacionales y europeas propone la progresiva desinstitucionalización de diversos grupos de población, tales como los menores, las personas con discapacidad o enfermedad mental, las personas sin hogar y los mayores.

Define como institucionalización «cualquier tipo de entorno residencial en el que las personas residentes viven aisladas de la comunidad y se ven obligadas a vivir segregadas, no tienen control sobre sus vidas y sus

⁵ <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es>

decisiones cotidianas y los requisitos de la organización tienden a primar sobre las necesidades individualizadas de las personas residentes».

Los datos que se recogen en ella a nivel estatal son claros. En España hay entre 4.418.264 y 6.653.055 personas que requieren cuidados y apoyos, de las cuales 391.543, los recibe en un recurso residencial. De los colectivos mencionados el más institucionalizado es el de los mayores, ya que entre 319.417 y 301, 806 son mayores de 65 años, 16.177 niños, 11.498 personas en situación de sinhogarismo y 44.451 personas con discapacidad.

La atención residencial se utiliza en mayor intensidad por las personas mayores de 80 años, suponiendo el 72,1 % (191.615) del total de personas de 65 años o más. En este tramo de edad, las mujeres representan la gran mayoría: 75,8 % son mujeres y solo el 24,2 % son hombres.

A pesar de los avances que se han producido en los últimos años el sistema de cuidados y apoyos en España aún no está suficientemente desarrollado ni orientado a servicios y apoyos para la vida en comunidad. El Servicio de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia y la Prestación Económica de Asistencia Personal tienen, respectivamente, muy poco peso en el SAAD (3,8 % y 0,5 %), mientras que la Atención Residencial (SAR) tiene mucho peso entre las personas de más edad, especialmente las mujeres y las personas con mayores necesidades de apoyo y supone el 15 % del total de prestaciones a nivel nacional (259.043).

El camino hacia la desinstitucionalización no es fácil y requiere de un largo recorrido. Comienza por reconocer y promover el derecho de todas las personas, independientemente de su situación, a tener los apoyos que precisen para poder vivir en la comunidad, a tomar decisiones sobre sus propias vidas y a participar plenamente en la sociedad. Para ello, es necesario que los servicios de base comunitaria adopten un enfoque centrado en la persona, donde se reconozca y respete la dignidad única de cada persona, su historia de vida, sus preferencias, necesidades y voluntad. Esto requiere de sistemas de apoyos y cuidados personalizados, que se articulen en torno al proyecto de vida de cada persona, y cuando su voluntad no pueda ser expresada, haciendo la mejor interpretación posible con los apoyos que se requieran.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La Estrategia europea de cuidados advierte, en relación a los cuidados de larga duración, que en Europa casi la mitad de las personas de sesenta y cinco años en adelante con necesidades de cuidados de larga duración tienen una necesidad no satisfecha de ayuda en sus actividades domésticas o de cuidado personal. Las razones son variadas y se basan, por una parte

en que los servicios no son siempre disponibles, asequibles y accesibles y por otra en las condiciones de trabajo del sector asistencial.

Sobre el tipo de servicios la Estrategia, además de insistir en la necesaria mejora de las condiciones de trabajo en el sector asistencial, un trabajo muy feminizado (90 %), con empleos precarios y mal remunerados, en muchos casos a tiempo parcial, y en otros a tiempo total como los cuidadores internos, señala:

En primer lugar no siempre existen servicios asistenciales disponibles en el lugar y el momento en el que las personas los necesitan, lo cual es particularmente grave en las zonas y regiones rurales lo cual plantea problemas de equidad.

En segundo lugar, para que los servicios asistenciales sean accesibles es necesario que las personas que necesitan cuidados y sus familiares puedan usarlos de manera efectiva. Ello exige en muchos casos la adaptación y cercanía de las instalaciones, unos horarios compatibles con las necesidades, y procedimientos de solicitud de prestaciones amigables y accesibles para el tiempo y la capacidad de las personas que necesitan los cuidados y sus familias.

En tercer lugar, es importante que los servicios sean asequibles económicamente ya que la cobertura de protección social para los cuidados de larga duración es desigual y, en general, limitada. En Europa, un tercio de los hogares con necesidades de cuidados de larga duración no recurren a los servicios de atención domiciliaria porque no se lo pueden permitir.

Por todo ello, la Recomendación del Consejo de la UE (2022) recomienda;

Se recomienda que los Estados miembros garanticen una protección social adecuada para los cuidados de larga duración, en particular, garantizando que todas las personas que los necesiten puedan disfrutar de cuidados de larga duración que sean:

- i *oportunos, permitiendo que las personas que necesiten cuidados de larga duración reciban los cuidados necesarios tan pronto como sean requeridos y durante el tiempo indispensable;*
- ii *integrales, es decir, que cubran todas las necesidades de cuidados de larga duración derivadas del deterioro mental o físico de la capacidad funcional, determinadas mediante una evaluación basada en criterios de admisibilidad claros y objetivos y en coordinación con otros servicios de asistencia y bienestar;*
- iii *asequibles, permitiendo que las personas que necesiten cuidados de larga duración mantengan un nivel de vida digno y protegiéndolas de la pobreza y la exclusión social a causa de sus necesidades de cuidados de larga duración, así como preservando su dignidad.*

Se recomienda que los Estados miembros adapten permanentemente a la demanda la oferta de servicios de cuidados de larga duración, ofreciendo al mismo tiempo una combinación equilibrada de opciones y contextos de cuidados de larga duración a fin de satisfacer las diferentes necesidades de cuidados de larga duración, y apoyando la libertad de elección de las personas que necesitan cuidados y su participación en la toma de decisiones, entre otras cosas: a) desarrollando o mejorando la atención domiciliaria y los cuidados basados en la comunidad;

- i colmando las brechas territoriales en la disponibilidad de cuidados de larga duración y el acceso a ellos, en particular en las zonas rurales y en proceso de despoblación;*
- ii implantando soluciones digitales y tecnologías innovadoras accesibles en la prestación de servicios asistenciales, también para facilitar la autonomía y la vida independiente, y abordando al propio tiempo los problemas que pueda plantear la digitalización;*
- iii garantizando que los servicios e instalaciones de cuidados de larga duración sean accesibles para las personas con discapacidad y necesidades específicas, y respetando el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir de forma independiente en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás;*
- iv garantizando que los servicios de cuidados de larga duración estén bien coordinados con los servicios de prevención, de envejecimiento saludable y activo y de salud, y que respalden la autonomía y la vida independiente, restaurando en la medida de lo posible las condiciones físicas o mentales o previniendo su deterioro.*

Se recomienda que los Estados miembros velen por que se establezcan criterios y normas de alta calidad para todos los contextos de cuidados de larga duración, adaptados a sus características, y que los apliquen a todos los proveedores de cuidados de larga duración, independientemente de su situación jurídica. A tal efecto, se invita a los Estados miembros a que garanticen un marco nacional de calidad para los cuidados de larga duración que sea acorde con los principios de calidad establecidos en el anexo y a que incluyan en él un mecanismo adecuado de garantía de la calidad que:

- i asegure el cumplimiento de los criterios y normas de calidad en todos los contextos y proveedores de cuidados de larga duración, en colaboración con los proveedores de cuidados de larga duración y las personas que reciben tales cuidados;*
- ii ofrezca incentivos a los proveedores de cuidados de larga duración y refuerce su capacidad para ir más allá de las normas mínimas de calidad y mejorar continuamente la calidad;*

- iii *asigne recursos para garantizar la calidad a escala nacional, regional y local y aliente a los proveedores de cuidados de larga duración a disponer de recursos financieros para la gestión de la calidad;*
- iv *asegure, cuando proceda, que los requisitos relativos a la calidad de los cuidados de larga duración se integran en la contratación pública;*
- v *promueva la autonomía, la vida independiente y la inclusión en la comunidad en todos los contextos de cuidados de larga duración;*
- vi *garantice la protección contra los abusos, el acoso, el abandono y cualquier forma de violencia para todas las personas necesitadas de cuidados y para todos los cuidadores.*

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adroher Biosca, S. (2024). Verás a los hijos de tus hijos (Salmo 128). La solidaridad familiar descendente. *Sal Terrae*, 112(2), 137-150.
- Arenas Alegría, C. (2024). El cuidador familiar en la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Arevalo Gutierrez, A. (2024). Derecho a la vivienda de mayores y alojamientos alternativos: cohousing y viviendas tuteladas. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Benlloch Sanz, P. (2024). Mayores y tercer sector: asociacionismo y voluntariado de y para mayores. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Comisión Europea. (2021a). The 2021 Ageing Report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies. Recuperado, de 12 de junio de 2024, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A52021DC0050>
- Comisión Europea. (2021b). *Libro verde sobre el envejecimiento: Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. COM (2021) 50 final. Bruselas: Comisión europea.
- Comisión Europea. (2022). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados* COM (2022) 440 final, Bruselas: Comisión europea.
- Consejo de la UE. (2021). Conclusiones del Consejo sobre la protección de los adultos vulnerables en el conjunto de la Unión Europea 2021/C 330 I/01. *Diario Oficial*, C 330, 1-6. Recuperado, el 12 de junio de 2024, de: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021XG0817\(01\)\[legislation\]](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021XG0817(01)[legislation])

- Consejo de la UE. (2022). Recomendación de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles. DOCE, 15/12/2022, (C 476/1).
- Consejo Económico y Social Europeo (CESE). (2023). *Estrategia europea para las personas mayores (Dictamen exploratorio solicitado por la Presidencia española)*. SOC/757. Recuperado, el 12 de junio de 2024, de <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/european-strategy-older-persons>
- De Couto García, R. (2024). La guarda de hecho de la persona mayor como medida de apoyo informal tras la Ley 8/2021. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Del Pozo Sierra, B. (2024). El pacto de acogimiento familiar de personas mayores como institución civil administrativizada. Envejecer en casa. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Duplá Marín, M. T. (2024). Hacia la desheredación de los descendientes: incumplimiento del deber de alimentos y/o maltrato de obra? En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Flores, F. (Coord.). (2021). *El derecho a los cuidados de las personas mayores*. Help Age. Colección Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad. Recuperado, el 12 de junio de, https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf
- Gortazar Rotaeche, C. (2024). El derecho internacional de las personas mayores. Hacia una Convención sobre los derechos humanos de la persona mayor. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- López Álvarez, M. J. (2024). Conciliar para cuidar: Los nuevos permisos para cuidadores tras la Directiva (UE) 2019/1158 y el RD Ley 5/2023. En S. Adroher Biosca (Dir.), *Tratado de Derecho de mayores*. Cizur Menor: Aranzadi.
- López López, M. T., & Badenes Pla, N. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Ekaina*, 107-125.
- Naciones Unidas. (1991). Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Recuperado, el 12 de junio de 2024, de <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Naciones Unidas. (2002). *Madrid International Plan of Action on Aging*. Recuperado, el 12 de junio de 2024, de <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>
- OMS. (2005). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución*. Recuperado de, el 12 de junio de 2024, de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-sp.pdf

