



SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS MONOGRÁFICOS

**CAPÍTULO 6.
MONOGRÁFICO 2**

LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CANARIAS

SUMARIO:

6.1. Envejecer en Canarias	3
6.1.1.- La longevidad como hecho social.....	3
6.1.2.- Percepciones sociales sobre el envejecimiento.....	5
6.1.3.- El incremento de la esperanza de vida.....	8
6.1.4.- Trabajo, jubilación y vejez.....	10
6.1.5.- Envejecimiento activo.....	12
6.1.6.- Realidades de las personas mayores de 65 años en Canarias.....	13
6.2. Características sociodemográficas de las personas mayores en Canarias	18
6.2.1. La población mayor de España y Canarias.....	18
6.2.2. Evolución de la población mayor canaria 1970-2005.....	18
6.2.3. Estructura de edades de la población canaria 1996-2005.....	20
6.2.4. La población mayor por islas.....	22
6.2.5.- Proyección de la población mayor canaria. Años 2012 y 2019.....	28
6.2.6. La población mayor en el ámbito municipal.....	30
6.2.7. Mayores extranjeros residentes en Canarias.....	33
6.2.8. Características demográficas de las personas mayores en Canarias: estado civil y mortalidad.....	38
6.2.9. Nivel de estudios.....	41
6.2.10. Relación con la actividad económica.....	43
6.3. Condiciones de vida	45
6.3.1. Vivienda, convivencia, régimen de tenencia y condiciones del hogar.....	45
6.3.2. Relación de las personas mayores de 65 años con la actividad económica.....	49
6.3.3. Situación económica y pobreza.....	51
6.3.4. Gasto público en vejez: sistema de pensiones y otros gastos sociales.....	54
6.3.5. Salud y calidad de vida.....	60
6.4. La situación de dependencia de las personas mayores de 65 años en Canarias	72
6.4.1. Modelos de protección social de la dependencia en la Unión Europea.....	72
6.4.2. Longevidad y dependencia en España y en Canarias.....	75
6.4.3. Los cuidados informales.....	79
6.4.4. Los cuidados formales.....	81
6.4.5. Los gastos sobre cuidados intensivos.....	85
6.4.6. Repercusiones en Canarias de la Ley de Atención a la Dependencia.....	87

<u>6.5. Malos tratos y vejez</u>	92
<u>6.5.1. Definiciones y tipos</u>	92
<u>6.5.2. Factores de riesgo asociados al maltrato a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia</u>	94
<u>6.5.3. Situación e incidencia del maltrato a las personas mayores de 65 años dependientes</u>	97
<u>6.5.4. Violencia y maltrato en la población mayor dependiente de la isla de Gran Canaria</u>	102
<u>6.5.5. El papel de la persona cuidadora en la prevención de malos tratos</u>	114
<u>6.5.6. Líneas generales de actuación: la prevención dentro de las políticas gerontológicas</u>	117
<u>6.6. Políticas sociales en torno a las personas mayores</u>	125
<u>6.6.1. El lugar de la vejez en las políticas sociales: límites y posibilidades</u>	125
<u>6.6.2. Políticas sociales en materia de vejez en la Unión Europea</u>	130
<u>6.6.3. Políticas sociales con las personas mayores de 65 años en España</u>	139
<u>6.6.4. Políticas sociales gerontológicas en Canarias. Planes y programas. Recursos sociales e institucionales</u>	146
<u>6.6.5. Sistema de protección</u>	155
<u>6.6.6. Ayudas a domicilio</u>	171
<u>6.6.7. Teleasistencia</u>	173
<u>6.6.8. Centros De Día</u>	173
<u>6.6.9. Residencias</u>	176
<u>6.6.10. Protección social y recursos</u>	178
<u>6.6.11. Centros para Mayores en Canarias</u>	183
<u>Tablas Anexas</u>	187

6.1. Envejecer en Canarias

6.1.1.- La longevidad como hecho social

Las mejoras en las condiciones e infraestructuras sanitarias, las disminuciones en las tasas de natalidad y de mortalidad y el alargamiento de la esperanza de vida, han supuesto y suponen en el mundo y, sobre todo, en las sociedades avanzadas, un avance en el número y el peso específico de las personas mayores de 65 años y la aparición de un creciente y novedoso grupo social: los octogenarios (las personas mayores de 80 años). Canarias no escapa a esa realidad, sumándose a los condicionantes anteriormente mencionados la presencia, también en aumento, de turistas y emigrantes que deciden residir en las Islas, procedentes unos de países que iniciaron décadas anteriores el proceso de envejecimiento poblacional, buscando (y encontrando) un confort climático y otros factores de atracción, y otros retornando, por fin, a su tierra natal.

A dicho fenómeno, más o menos reciente y muy creciente, se le viene denominando 'envejecimiento demográfico' y su causa principal es la longevidad, hecho social estructurante y tendencia futura de las sociedades.

La longevidad es un hecho social relativamente nuevo en el mundo, en las sociedades avanzadas y en las sociedades en desarrollo. La población mundial ha visto en las últimas décadas disminuir la natalidad y la mortalidad y, consecuentemente, aumentar el número y proporción de personas mayores de 65 años. En los años sesenta del siglo XX había en torno a 200 millones de personas mayores de 65 años. En 1995 eran 500 millones. En la actualidad son unos 650 millones. De seguir este ritmo, en 2020 alcanzará los 1000 millones, y los 1200 millones en 2050.

Dentro de este bloque de edad cabe señalar la creciente presencia de los mayores de 80 años, los octogenarios, un nuevo grupo social nada desdeñable numéricamente, que aumenta muy por encima de la media y que demanda y precisa atenciones específicas.

Este proceso de envejecimiento, obviamente, es diferente según las sociedades. De este modo, en los países avanzados económica y tecnológicamente las repercusiones demográficas, económicas y sociales ya son visibles. Por su condición de zonas desarrolladas y con un Estado de bienestar consolidado significa la existencia de ingentes y diversos recursos sanitarios, sociales y culturales que, en cierta manera, y pese a las consiguientes crisis fiscales y referidas al mercado de trabajo, suponen la movilización de cuantiosas infraestructuras y capitales que repercutirán positivamente sobre el propio empleo y el surgimiento de nuevas economías y empresas.

En los países en vía de desarrollo el envejecimiento, aún no visible pero que puede alcanzar el 70% en 2025, se derivará de un doble fenómeno: el descenso de la natalidad y el aumento de la emigración de jóvenes hacia los países desarrollados envejecidos. Ello supone una aceleración del envejecimiento en condiciones bastante inferiores a las personas mayores de las sociedades ricas o enriquecidas. Al no existir infraestructuras suficientes el empobrecimiento o vulnerabilidad de las personas mayores de los países en vías de desarrollo será mayor.

En la Unión Europea se prevé que en 2050 las personas mayores de 65 años alcanzarán el 50% de la población. El ritmo de envejecimiento, presente hace décadas, es desigual según regiones y zonas. De este modo, mientras en el norte la población dejó de crecer antes de finales del siglo pasado, en el sur se hará más visible el estancamiento demográfico a partir de 2015. La media de edad, que en la actualidad se sitúa en torno a los 39 años, alcanzará en dicha fecha los 44. En apenas 20 años se ha visto aumentar el peso específico de personas mayores de 65 años del 15,4% al 19,1%, mientras que la población más joven (de 0 a 24 años de edad) se redujo del 31,1% al 27,0%. En dicho intervalo de tiempo se ha pasado de un 3,9% de octogenarios a un 5,2%. Ya en 1997 se advertía de algunas de las consecuencias de dicha evolución: 1) envejecimiento de la población en el mercado laboral debido al aumento de población inactiva (población dependiente, jubilados); 2) necesidad de mano de obra juvenil de otros lugares para corregir dicho desfase; 3) aumento en el gasto de protección social (demanda de tratamientos médicos y cuidados públicos de salud, diferentes servicios de alojamiento, facilidades de movilidad, nuevas necesidades).

En España, la población de mayores de 65 años de edad ha pasado de ser en 1998 un 16,0% al actual 17,0%. Para 2025 se prevé un considerable aumento de las personas mayores de 65 años, ya que es el momento en que alcanzarán dichas edades los nacidos en el denominado 'baby boom' de la década de los sesenta. La esperanza de vida para las personas que han cumplido 65 años es, para los varones, de 16 años más, y casi 20 para las mujeres, aunque para ellas el riesgo de discapacidad y dependencia es superior a ellos. La feminización de la vejez, hecho casi universal, se hace más creciente, sobre todo entre el grupo de octogenarias (el 75% son mujeres).

Por Comunidades Autónomas, Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia superan el 20%, mientras que, en el otro extremo, Canarias, Andalucía y Murcia no llegan al 15%. Por hábitat tenemos que el envejecimiento es visible tanto en las grandes urbes como en las zonas rurales. En las grandes ciudades las personas mayores de 65 años destacan por su número absoluto, y se explica por el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, mientras que en los municipios pequeños destacan por su peso específico (son más del 30%) y se explica fundamentalmente por el éxodo rural de los jóvenes.

En Canarias, de 1996 a 2004 el índice de envejecimiento, es decir, la proporción de personas mayores de 65 años respecto a la población total, ha pasado del 10,5% al 12,3%, lo que refleja el proceso ya mencionado. Por Islas, tenemos que El Hierro, La Gomera, La Palma, Tenerife y Gran Canaria están, por ese orden, por encima de la media, mientras que Lanzarote y Fuerteventura están muy por debajo. De ellas, sólo Fuerteventura presenta aún un índice bastante inferior (6,1%) e incluso descendente (en 1996 era del 6,6%, en 2001 del 6,4%).

Consecuencias demográficas, sociales, económicas e incluso culturales y psicológicas de este fenómeno, el de la longevidad, suponen dos visiones de la vejez más o menos contrapuestas, aunque ambas coexisten.

Por un lado, la longevidad se relaciona con el concepto de dependencia, así como la vejez se vincula con la antesala de la muerte y con condiciones de pobreza económica, debilidad física, lentitud y pérdida de poder en el entorno familiar, comunitario, económico, político. Además de resaltar las desigualdades sociales, la

soledad, la pobreza, otros aspectos negativos de la longevidad que se destacan son: 1) el aumento de gasto público; 2) la relación que mantiene con la dependencia; y 3) la percepción negativa de la vejez. La pérdida de la capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas como lavarse, vestirse, comer, pasear, etcétera, es un fenómeno vinculado al envejecimiento (aunque no es el único factor) y con el paso de los años se pasa a distintos niveles de dependencia. Se trata de una visión negativa (la vejez como problema) que no debemos obviar, pero que no constituye, ni mucho menos, la realidad de las personas que tienen edades superiores a los 65 años.

Por otro lado, la longevidad es una conquista de la humanidad. La vejez puede observarse entonces como etapa vital plena de experiencias, atenciones, reconocimientos, no exenta de actividad, empleabilidad, alegría. Es tiempo de jubilaciones, de triunfos, de descansos, de creatividad, de creaciones, de recreos y aprendizajes. Tiempo para aprender y para enseñar. Es el envejecimiento activo, en óptimas condiciones (como nunca las ha habido históricamente) de salud, de economía, de relaciones personales y sociales, de tiempo libre, de irresponsabilidades (en el sentido de descarga de las responsabilidades)... La longevidad, por tanto, constituye un indicador de que las cosas van mejor en las sociedades: 1) aumenta la esperanza de vida; 2) demuestra la presencia del bienestar social y de la calidad de vida; 3) supone la aparición de nuevas formas de empleo y de economía. Obviar esta dimensión positiva de la vejez sería tan injusto como quedarnos sólo en ella.

6.1.2.- Percepciones sociales sobre el envejecimiento

Obviamente sobre la vejez se han dicho muchas cosas a lo largo de la historia. En el extremo negativo, Schopenhauer afirmaba que muchos viejos se parecen ya a los muertos: pesados como el plomo, obstinados, rígidos y pálidos, como si la rigidez y la obstinación fuesen exclusivamente cualidades de la vejez (no de todos los ancianos, cierto). Nietzsche indicaba que las ideas viejas procedían de poderosos aristócratas, defensores de tradicionales privilegios, de leyes y costumbres abocadas a desaparecer a favor de nuevos valores, virtudes juveniles procedentes de clases sociales no pudientes. Sin embargo, ni todo lo nuevo es libertario ni todo lo tradicional es opresivo. La longevidad se une a la dependencia, pero no es el único camino, y, además, es remediable. La longevidad genera gastos, pero también empleo.

Desde una perspectiva positiva de la vejez, Víctor Hugo afirmaba que en los ojos del joven arde la llama, en los del viejo, brilla la luz. O dicho de otra manera, la juventud es el momento de estudiar la sabiduría y la vejez, el tiempo de practicarla (Rousseau). La longevidad es una conquista de la humanidad, pero se trata de obtener calidad de vida, no sólo cantidad de vida. La vejez no es pasividad, inutilidad. El 71% de las personas mayores de 65 años alcanzan dicha edad en condiciones físicas, mentales y sensoriales óptimas, con una esperanza de vida superior a 17 años.

Aristóteles, defensor de los términos medios, veía en la mediana edad las virtudes de la experiencia y de la sabiduría. Decía que la juventud tenía como defecto la escasa experiencia y como virtud la mucha expectativa, mientras que la vejez tenía como defecto la escasa expectativa y como defecto la mucha experiencia. Los jóvenes, decía, tienen poco pasado y mucho futuro, mientras que los ancianos tienen mucho pasado y escaso futuro. En la edad intermedia estaba la suficiente experiencia y la prudente expectativa. El adulto tiene suficiente pasado y suficiente futuro que le aporta suficiente experiencia y suficiente expectativa.

En el cuento de los años de la vida (la cantidad de vida), los hermanos Grimm, siguiendo una tradición oral, dejan a la vejez en muy mal lugar: es tiempo sobrante de la vida humana, tiempo de ridículas poses, frente a la lozana juventud, que es el único tiempo real de vida, plena de pasiones, de irresponsabilidades. Vivimos (nos contaban) unos sesenta años, treinta de jóvenes realmente humanos, dichosos, alegres, doce de burros sobrecargados de esfuerzos y de responsabilidades, ocho de perros guardianes de posesiones, recelando hasta de nuestra sombra, para terminar agonizando diez años como monos en ferias, haciendo reír a los niños. Al alargar la vida se ha ido alargando cada etapa vital. De este modo, la infancia perdura, al menos que conflictos bélicos, o el hambre, o la enfermedad y la muerte, amenacen real o potencialmente. La juventud se alarga. Pero es la etapa adulta y de vejez la que más se ha extendido. Tiempo, pues, de burros, de perros, de monos. No es muy optimista el panorama, cuando deberíamos pensar que alargamos la vida para ser más humanos. Cuando alargar la vida sea sinónimo de calidad y no de cantidad de vida entonces hemos hecho una infancia, una juventud, una madurez y una vejez en las que, de forma intensa, digna e interesante, forjamos cada día, convirtiendo la vida en algo más que un peldaño de subidas y de bajadas, de entradas y salidas, para ser centro de atención, de interés, de información, de formación...

El envejecimiento de la población que se está experimentando en toda Europa y en Canarias no sólo ha alcanzado unos niveles sin precedentes, sino que además la tendencia es a un mayor aumento, lo que obliga a plantear cuestiones relativas a la asistencia sanitaria, políticas familiares, mecanismos de seguridad social, etcétera. Además, con toda probabilidad supondrá un incremento de las situaciones y estados de dependencia. Si el aumento de la esperanza de vida ha sido uno de los logros del último siglo, el reto actual se centra en mejorar la calidad.

Las personas mayores de 65 años cada vez son más, configurándose como un grupo con dificultades de muy diverso tipo: psicológicas (deterioro cognitivo), físicas (pérdida de actividad, de fuerza física, deficiente estado de salud), y en algunos casos, económicas. De hecho, la concepción social dominante que se tiene de la vejez es la de un periodo dominado por la inactividad, con escasa capacidad para una participación activa en la sociedad, y con limitaciones a nivel físico e intelectual, además de ser una etapa próxima a la muerte, olvidando las potencialidades que conlleva la longevidad: no olvidemos que casi el 70% de quienes alcanzan los 65 años en las Islas lo hacen en condiciones saludables. Por tanto, son personas activas, capaces.

Una sociedad que exalta y prioriza la moda, lo novedoso, el cambio y la tecnología, está generando que, en ocasiones, se perciba el envejecimiento de la población como una desgracia colectiva. Los años vividos no se valoran socialmente como experiencia, saber y cultura que debe transmitirse a las generaciones inmediatamente venideras. Como señala María Teresa Bazo, “no se valora el logro humano de vivir más y en mejores condiciones que nunca, sino que se percibe como una amenaza, en lugar de cómo un desafío a la imaginación, creatividad, y solidaridad humanas”¹.

¹ BAZO, M^a T.: “Nuevos roles para las nuevas personas jubiladas”, en **Temas de gerontología II**. Universidad de Granada, Vicerrectorado de extensión universitaria y enseñanzas propias y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Granada, 1997, p. 354.

Se hace, pues, necesario repensar y reconstruir el envejecimiento tanto a nivel social y personal, con la finalidad de favorecer una vida lo más saludable y positiva posible. De lo contrario estamos ante un fenómeno más o menos reciente que nos habla de exclusión social de las personas mayores de 65 años, elemento que subyace sobre actitudes como los malos tratos, hecho no mayoritario pero sí creciente.

Ahora que en Europa se ha conseguido que la esperanza de vida se sitúe en 78 años (la cifra más alta alcanzada en la historia de la humanidad) se ha abierto el debate acerca de la situación y problemática de la *tercera edad* desde distintas perspectivas (prevención, salud, políticas asistenciales, formación de profesionales en geriatría, etcétera).

De hecho, en los últimos años estamos asistiendo a un incremento notable por temas relacionados con la salud pública, y con los factores que hacen que las personas se mantengan sanas a lo largo de la vida, poniendo el énfasis en las condiciones de vida o los determinantes generales de la salud, y no tanto en los tratamientos médicos². Una cuestión interesante es la que hace referencia a la representación social que existe acerca de los mayores, en el sentido de que la construcción social del envejecimiento supone un claro proceso estigmatizador que facilita que se den las condiciones para que el maltrato aparezca y se mantenga. La palabra viejo, vejez, tercera edad, mayor, de manera inmediata nos produce determinadas representaciones³.

Muchas sociedades tienen la visión de que las personas mayores han llegado al final de su vida útil y productiva, y que son una carga para los servicios. Particularmente en los países avanzados, esta actitud se ve reforzada por las imágenes estereotipadas de la gente mayor que, como Aitken y Griffin plantean, “son caricaturas de la vida real, que van desde el dulce abuelito de pelo canoso, pasando por el viejo lobo que chochea, hasta el viejo verde”⁴.

No es extraño, desde esta perspectiva, tener miedo a envejecer. “El proceso de envejecimiento es universal y común a ambos géneros. Sin embargo, se habla de crecer o hacerse hombre o mujer con respeto y expectación; mientras que envejecer conlleva falta de respeto y miedo. Este miedo se nutre de las imágenes estereotipadas sobre el envejecimiento. Se considera que las personas mayores han perdido sus facultades, belleza, energía, memoria y creatividad, así como su valor para la sociedad. Hay miedo a la posibilidad subyacente de quedarse dependiente para el cuidado personal, el dinero o las necesidades de la vida”⁵.

² Como señala Jill Hightower en la ponencia “Maltrato a los mayores y violencia de género”, pronunciada en Valencia en el marco del Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”, y apoyándose en los autores Kinnonn y Hanvey, los determinantes de la salud se engloban en un marco de 12 áreas que, por orden decreciente de importancia para la salud, son: 1) los ingresos y la situación social, 2) las redes de apoyo social, 3) la educación, 4) el empleo y las condiciones de trabajo, 5) el ambiente físico, 6) el entorno social, 7) las prácticas de salud y habilidades de afrontamiento personales, 8) el desarrollo infantil saludable, 9) la biología y la dotación genética, 10) los servicios sanitarios, 11) el género y 12) la cultura.

³ En el estudio “Percepciones sociales de las personas mayores”, realizado por el IMSERSO en 2000, se hace mención a distintas obras que tratan el tema de la imagen social de las personas mayores. En la mayoría de ellas predominan las valoraciones, percepciones e imágenes negativas, así como las actitudes, conductas o comportamientos derivados.

⁴ HIGHTOWER, Jill, op. cit.

⁵ HIGHTOWER, Jill, op. cit.

Estos estereotipos afectan a la situación de la gente mayor en general. Se exaltan los valores negativos del envejecimiento, a la vez que se equipara la belleza y el valor con la juventud. “Los valores prototípicos de la juventud, tradicionalmente tenidos como de mero tránsito o aprendizaje para una vida adulta ulterior, han acabado por convertirse en un valor autónomo, capaz de prestigiar con una sola impronta al resto de las edades. Y en el camino inverso, la vejez, anteriormente considerada como fuente de prestigio y sabiduría queda estigmatizada en sus valores tradicionales específicos. (...) Las sociedades antiguas eran proclives a la gerontocracia, es decir, al gobierno de los ancianos, en detrimento de una valorización juvenil. (...) El afán de ser jóvenes a toda costa ha acabado por afectar también –para bien y para mal- a los viejos. Para bien, porque orienta, en principio, una vida mucho más energética y activa. (...) Pero también para mal, porque se ha producido también una devaluación objetiva del enriquecedor papel que han desempeñado los ancianos en la historia. En numerosas culturas se ha percibido al viejo como alguien que tiene mucho que dar. El dicho popular es explícito al respecto: del viejo, el consejo”⁶.

Los cambios asociados con el incremento de población mayor generan una serie de desafíos en el contexto europeo: el mantenimiento de la seguridad económica entre los mayores (destinar más recursos a las pensiones, a la salud y a los servicios sociales), garantizar la solidaridad intergeneracional (promocionar y cuidar relaciones sanas entre las generaciones), eliminar la discriminación en edad (sobre todo en lo que respecta a los medios de comunicación), y asegurar un cuidado adecuado de los mayores, sobre todo de los que se encuentran en situación de mayor dependencia (todo ello en un contexto de cambios en la composición familiar que limita el apoyo de cuidadores informales). Las respuestas que se den a estos desafíos tendrán como consecuencia una mayor o menor adaptación de las sociedades al proceso de envejecimiento que se viene fraguando en los últimos años, y que se intensificará aún más en las próximas décadas. Tal y como señala el profesor Narciso Sáez, “estamos ante una terrible contradicción: existen condiciones para alargar la vida del ser humano hasta cotas difíciles de imaginar, donde el resultado final es un sujeto dependiente en amplias facetas y, sin embargo, no ponemos los medios para que su existencia, tanto física como espiritual, esté dentro de la asíntota denominada normalidad de vida”⁷.

Para superar todo ello, desde los años noventa del pasado siglo se habla del ‘envejecimiento activo’, en el que se articula (o se pretende articular) la salud, la seguridad y la participación ciudadana de las personas mayores de 65 años.

6.1.3.- El incremento de la esperanza de vida

La esperanza de vida en apenas un siglo ha aumentado en España de forma notable. Según las proyecciones de población del INE, el 88% de los españoles nacidos en 2006 llegarán saludables a los 65 años, mientras que los nacidos en 1900 llegaron vivos a 1965 tan sólo el 26%. En 2005, el 74% de quienes nacieron en 1940 cumplieron los 65 años. De 1999 a 2004 la esperanza de vida ha pasado de casi 79

⁶ FÁBREGA RUIZ, C.: **Protección jurídica de la tercera edad**, Editorial Colex. Madrid, 2000, p.19.

⁷ SÁEZ NARRO, N.: Intervención en el Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”. Valencia, 18 y 19 de septiembre de 2003.

años a un poco más de los 80 (de 75 a casi 77 en los varones, y de 82 a 83 años y medio en las mujeres).

Según el estudio sobre longevidad y dependencia en España de la Fundación BBVA, la esperanza de vida, al cumplir 65 años, se sitúa en 17 años más para los varones y casi 21 para las mujeres (lo que da una media de 19 años más de vida para la población española que alcanza los 65).

TABLA 6.1. ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA, 1999-2004, POR SEXOS

AÑO	VARONES	MUJERES	TOTAL
1999	75,27	82,29	78,85
2000	75,79	82,70	79,32
2001	76,13	83,02	79,66
2002	76,24	83,08	79,75
2003	76,27	82,93	79,67
2004	76,84	83,51	80,26

Fuente: Fundación BBVA. *Longevidad y dependencia en España* (2006)

Según la misma fuente, los hombres mayores de 65 años disfrutaban de 12 años más sin problemas de salud, frente a los 13 años de las mujeres. Sólo a partir de los 80 años se observa una equiparación entre ambos sexos (4 años más).

TABLA 6.2.- ESPERANZA DE VIDA EN SALUD, POR SEXOS

ESPERANZA DE VIDA EN SALUD	VARONES	MUJERES
AL NACER	69,62	72,83
A LOS 65 AÑOS	11,98	12,95
A LOS 80 AÑOS	3,92	3,95

Fuente: Fundación BBVA. *Longevidad y dependencia en España* (2006). Elaboración propia

Entre 1.975 y 1.998, la esperanza de vida al nacer, en Canarias pasó de 73,40 años a 77,63 años, y entre 1999 y 2005 ha incrementado en un poco más de cinco años. Este aumento de la esperanza de vida ha supuesto un envejecimiento poblacional, que se ha visto acompañado por una relativa disminución de las personas más jóvenes (descenso de la natalidad en las últimas décadas).

La proyección de población en Canarias para el año 2.011, realizada por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en 2000, dibujaba un panorama en el que el 14% de la población canaria tendrá 65 años y más. Para 10 años más tarde alcanzará, según la misma fuente, el 17,1%. Los datos actuales, como veremos en el capítulo 2, hablan de un porcentaje un poco superior a lo previsto. Con todo, podemos señalar que el envejecimiento poblacional, derivado, entre otros aspectos, del incremento de la esperanza de vida y la longevidad (sobre todo de las cohortes de edad más avanzadas), es un hecho creciente en las Islas.

TABLA 6.3.- POBLACIÓN SENIL EN CANARIAS, 2011

Total población en Canarias (2011)	1.791.495
Hombres	883.412
Mujeres	908.083
Población de 65 años y más	250.666 (14%)
Población de 80 años y más	62.681 (3,5%)

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). *Proyecciones de población. Canarias 1.996-2011. Año 2000.*

De este modo, aunque en Canarias aún no se alcancen las proporciones de Europa y del resto de España, sí se observa un incremento moderado de la población de 65 años y más, con sus consecuencias económicas, de políticas sociales, de asistencia sanitaria, de planificación de servicios, de ocio, etcétera.

Actualmente, el 57% de las personas mayores de 65 años y el 64% de las mayores de 80 años son mujeres. Por tanto hay un claro proceso de feminización de la población mayor, que se acentúa a medida que se avanza en edad, en consonancia con la tendencia que se da en casi todos los países del mundo, donde, por término medio, las mujeres viven más que los hombres.

6.1.4.- Trabajo, jubilación y vejez

El envejecimiento de la población es una de las tendencias estructurales más notables de las sociedades avanzadas en general y de la Unión Europea en particular. Para el año 2050 se prevé que las personas mayores de 65 años alcanzarán el 50%, constituyendo la mitad de ellos población en situación de dependencia. Además, el número de trabajadores y trabajadoras disminuirá en dicha fecha en torno a 40 millones menos que en la actualidad. El envejecimiento se produce, como ya se ha dicho, por el descenso de la natalidad y de la mortalidad y, sobre todo, a la creciente longevidad. La población octogenaria se duplica cada veinte años, lo que significa un rápido aumento de la fragilidad. Manteniendo en el futuro el mismo nivel de compromiso con las personas mayores de 65 años el gasto de las pensiones crecerá al mismo ritmo que la demografía, es decir, un 50%, lo que sitúa en torno al 10% del PIB sólo la estructura de gastos en vejez. Esta carga adicional no se va a aliviar privatizando las pensiones ni los cuidados (European Economy, 2005).

No es de extrañar que cunda cierto temor al estrangulamiento de la economía y la sociedad del bienestar, así como a la aparición de un choque generacional que se suma al choque cultural. Sin obviar estos datos nuestra perspectiva no es tan pesimista. No vaticinamos una recuperación inmediata de la natalidad, pero sí un aumento de la inmigración de jóvenes y grupos familiares, que incidirán en la pirámide de edad, aunque no tanto como para frenar el envejecimiento poblacional general. Otros elementos correctores en la demografía y en el mercado laboral son, por un lado, la incorporación de mujeres en el trabajo (otra tendencia estructural visible de la futura sociedad) y el retraso de la edad de jubilación (medida que, según la OCDE, contribuiría mucho a asegurar unos recursos financieros sostenibles).

La baja natalidad reduce el número de niños y niñas, lo que puede conllevar una reducción de costes en ese tramo de edad (educación, salud, etcétera). Pero dicha disminución incide como mucho en un 1% del PIB. Si la inmigración siguiera creciendo hasta multiplicarse por cuatro se podría corregir en gran parte el envejecimiento poblacional, aunque supone nuevos conflictos (European Economy, 2005). Todo ello lleva a la conclusión de que será por la vía del aumento del empleo de las mujeres y del retraso de la edad de jubilación como puede enmendarse dicho problema.

Con respecto a la entrada de las mujeres en el mercado laboral, se trata, indudablemente, de un fenómeno revolucionario, o al menos, transformador de la

realidad social y familiar. En primer lugar, otorga autonomía a las mujeres, no sólo por constituir una fuente de ingresos propia, independiente de los varones (la habitación propia que decía Virginia Wolf), sino por ofrecer a las mujeres mayor presencia en escenarios que antes estaban prohibidos para ellas (lo público era considerado un espacio eminentemente masculino). Sentirse responsables, efectuar actividades social y económicamente útiles, necesarias, relacionarse con personas más allá del ámbito doméstico, familiar o comunitario, etcétera. En segundo lugar, trastoca (por no decir que elimina) la tradicional visión de la familia, en la que el varón era el *cabeza de familia*, el único sustentador de la economía doméstica. En tercer lugar, repercute sobre la fecundidad, disminuyendo el número de hijos por hogares. Claro que queda mucho por hacer para llegar a una igualdad real. Por ejemplo, el que las mujeres ganen en torno al 75% que los varones, que estén abocadas a empleos considerados como *femeninos*: cuidadoras de personas enfermas, mayores, menores, etcétera; limpieza; secretaría; etcétera, el que sigan siendo las encargadas de las tareas domésticas (lo que supone una doble o triple jornada laboral), la no conciliación (o escasa conciliación) entre vida profesional y maternidad; la escasa o nula presencia en los niveles ejecutivos (de decisión, de poder) tanto en las empresas privadas como en las administraciones públicas; etcétera. Pero, con todo, la entrada de la mujer en el mercado laboral supone cambios en la economía y en la sociedad, otorgando un aumento considerable de empleo y, por tanto, de cotizantes a la Seguridad Social (en torno al 15%, y subiendo). El efecto positivo sobre el mantenimiento de las pensiones y los cuidados no sólo queda en este dato. También constituyen la mano de obra mayoritaria en los servicios personales, sociales y sanitarios para las personas mayores de 65 años, sobre todo las más dependientes. Al trabajar fuera de casa también constituye una causa para la creación de empleos (sobre todo para otras mujeres) en los hogares para la realización de las tareas domésticas, así como para cuidar a las personas mayores o a los infantes.

Alargar la vida laboral es la otra vía. Para Gosta Esping-Andersen y John Myles, retrasar la jubilación es eficaz y equitativo⁸. Evidentemente, establecer la edad de jubilación a los 60 años se consideró una medida (y un indicador) de Estado de Bienestar. A esta razón se añaden motivos de salud: se evitan así accidentes, exposiciones a riesgos y enfermedades, etcétera. Con la llegada de las reestructuraciones económicas se pensaba que con la jubilación (incluyendo la jubilación anticipada) se conseguía crear empleo a la juventud. Este argumento cae por su propio peso: no se han creado nuevos empleos. En realidad los empresarios se quitan mano de obra que les sobra, quitándose además los gastos que conlleva la antigüedad en la empresa. Aunque también significan ingentes aportaciones para financiar los gastos sociales de la vejez. Para la OCDE, atrasar la jubilación a los 67 años contribuiría mucho a asegurar unos recursos financieros sostenibles. Las aseguradoras privadas piensan lo mismo.

Otro elemento interviniente que puede influir sobre la productividad y el mantenimiento de los gastos específicos creciente en torno a la vejez es la inmigración extranjera. Sin duda constituye un nada desdeñable factor de corrección demográfica de las deficiencias de juventud así como de impulso económico tanto para el país receptor como para el país de origen.

⁸ ESPIN-ANDERSEN, G.; MYLES, J.: **Sustainable and Equitable retirement in a Life Course Perspective**, Oxford University Press, Oxford, 2005.

6.1.5.- Envejecimiento activo

Se hace necesaria una visión positiva de la vejez, concebida no sólo como aumento de gastos y como aparición de fenómenos como la dependencia y la vulnerabilidad económica, sanitaria y social. La vejez es también un indicador de conquista de la humanidad (aumento de la cantidad y de la calidad de vida), generando recursos y empleos, otorgando retos y oportunidades, con capacidad de influir sobre la sociedad. A todo ello se refiere el concepto de envejecimiento activo. El término de *envejecimiento activo* fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que, junto a la atención sanitaria, afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997). Se define 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”. Se aplica tanto a las personas como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no sólo a la capacidad para estar físicamente preparado para participar como mano de obra. Este envejecimiento activo, en términos positivos, se sustenta en tres pilares básicos:

- 1) la salud, tratándose de: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respeto con la edad, que trate las necesidades y derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo; y proporcionar formación y educación a los cuidadores.
- 2) la participación, con lo que se intenta: proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital; reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y capacidades individuales; y alentar a todas las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.
- 3) la seguridad, asegurando la protección, la seguridad y la dignidad de las personas ancianas abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen; y reduciendo las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres mayores.

Para desarrollar un envejecimiento positivo, la sociedad debe proporcionar a las personas mayores de 65 años oportunidades para que puedan ser independientes, para que gocen de buena salud y para que sean productivos (no sólo en el sentido económico del término). Asimismo es importante que disfruten de una mayor seguridad y comodidad, fomentando el bienestar y creando entornos ambientales más propicios y favorables. Hay que pensar más en capacitar que en discapacitar, considerando a las personas mayores de 65 años como participantes y contribuyentes activos de la sociedad. Es importante detectar lo antes posible la pérdida de

autonomía y establecer las medidas necesarias para que las personas mayores mantengan la mayor independencia posible, incluso recurriendo a programas de telemedicina y teleasistencia. Además, este envejecimiento activo tiene consecuencias económicas nada desdeñables, como la reducción del coste de los servicios sociosanitarios y médicos, así como la mejora de la interacción social y mejor salud física, mental y psicológica. Asimismo, para fomentar este envejecimiento activo se precisa realizar una aproximación de los medios de comunicación a los mayores, proporcionando a la sociedad una imagen positiva del envejecimiento activo, saludable, divulgando informaciones sobre las situaciones, condiciones, retos y oportunidades de dicho grupo social. Además se debería fomentar la investigación en este campo, implicando a las personas mayores de 65 años en calidad tanto de asesores como de investigadores.

6.1.6.- Realidades de las personas mayores de 65 años en Canarias

En el Informe Demográfico de 1997 de la Comisión Europea se señalaban las principales características del proceso de envejecimiento de la población en Europa, realizando una prospección para el período 1995-2015. El diagnóstico resalta que:

- 1) existen significativas variaciones en las regiones en cada una de las variables demográficas: en muchas regiones la población dejó de crecer antes del fin del siglo XX. Este fenómeno se extenderá a la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea antes del año 2015;
- 2) el aumento demográfico de las personas mayores de 65 años de edad preocupa, incluso, en el planteamiento del análisis económico: se presta particular atención a las implicaciones del envejecimiento de la población en el mercado laboral y la protección social, ya que este hecho puede provocar importantes cambios en el balance entre la población activa e inactiva, lo que constituye un factor fundamental para la mayoría de los sistemas de protección social en Europa;
- 3) en cuanto a la media de edad europea, se observa un importante incremento en los próximos 20 años: se pasa de 38,3 a 41,8 de media. En el 2015 quedarán pocas regiones cuya media sea inferior a los 40 años, situándose la mayoría por encima de los 44 años de media;
- 4) con respecto a la población más joven (de 0 a 24 años), se observa un fuerte cambio, pues se produce una reducción de la proporción de población joven desde un 31,1% al 27% en 20 años. En el 2015 serán muy pocas las regiones en las que la proporción de población joven sea mayor al 30%, mientras que en la mayoría estará por debajo del 25%;
- 5) se observa un significativo aumento del porcentaje de población mayor de 65 años, desde un 15,4% a un 19,1% en 20 años. En el año 2015 habrá pocas regiones en donde la parte de población mayor suponga menos del 15%, mientras que en la mayoría estará por encima del 20%;
- 6) es el colectivo de mayores de 80 años el que experimentará el crecimiento mayor. Se observa un importante incremento de la proporción de este grupo que pasa de un 3,9% a un 5,2% en 20 años. En el año 2015 serán pocas las regiones donde la proporción de mayores de 80 años sea menor del 3%, mientras que para la mayoría de las regiones este sector de población constituirá un 7% del total;
- 7) la dimensión demográfica es particularmente importante para el mercado laboral con la llegada a la edad de jubilación de los primeros “baby-boomers”. La

población en edad de trabajar crecerá mucho más lentamente en los próximos años. En la década del 2005-2015 se espera una caída en dos millones de personas, supondrá, por tanto, un importante cambio. Si se saben aprovechar estos cambios, puede ser una de las soluciones para la reducción del desempleo, especialmente en el colectivo de jóvenes y de mujeres.

Este escenario demográfico tendrá consecuencias en todos los niveles. Así, el aumento de la población de más edad significará un aumento en la demanda de tratamientos médicos y cuidados públicos de salud, diferentes servicios de alojamientos, facilidades a la movilidad y otras infraestructuras públicas que incrementarán los gastos públicos. El incremento en las necesidades de cuidados implica que el sector de la salud y de la atención social adquirirá una importancia especial, no sólo en términos de incremento de costes, sino también en términos del potencial para la expansión del empleo en el futuro: la demanda creciente de bienes y servicios para los mayores puede ser una importante fuente de creación de empleo local. Los efectos económicos de este proceso estarán influidos en gran parte por las tendencias futuras en los siguientes factores:

- 1) los índices de participación;
- 2) la productividad;
- 3) el impacto de las nuevas tecnologías;
- 4) las innovaciones organizativas...

Los resultados dependerán de la capacidad de los Estados miembros de la Unión Europea para adaptarse a estos cambios y para aprovechar las oportunidades que se plantean. Los principales retos que requieren la imaginación y la innovación en los Estados son:

- 1) los relativos a la extensión de la vida laboral en las personas mayores;
- 2) los relativos al aumento de la actividad y la calidad de la vida; y
- 3) los retos relativos a la salud, el bienestar y el apoyo social y sociosanitario.

En España, la situación no es muy diferente. El Observatorio Permanente de Mayores del IMSERSO, en su Informe de Población y Envejecimiento (2000), basado en datos elaborados por el Instituto Nacional de Estadística, concluye:

- 1) en 1998, según datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, la población mayor de 65 años en España constituía un 15.98% (6.330.373 personas mayores de 65 años) de la población. A lo largo de este siglo, este colectivo crecerá casi siete veces y los octogenarios se multiplicarán por doce, mientras que la población total española sólo se habrá duplicado;
- 2) el peso relativo de la población mayor también ha aumentado debido a un descenso del número de niños y jóvenes, resultado de la caída de la tasa de fecundidad que está situada en 1,1 hijos por mujer (datos de 1999), muy por debajo del índice de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer);
- 3) la esperanza de vida, al cumplir 65 años, se sitúa en 16 años adicionales para los varones y casi veinte para las mujeres;
- 4) a lo largo del siglo XX, se ha producido un proceso de feminización de la vejez: de 90 varones por cada 100 mujeres en 1900, se ha pasado a sólo 71 en 1996. Los hombres mayores son fundamentalmente casados, por lo que viven en su mayoría en hogares de dos o más personas; las mujeres son, sobre todo, viudas, lo que da lugar a un mayor riesgo de soledad o de institucionalización en residencias;

- 5) en números absolutos, los mayores parecen concentrarse en provincias cuyas capitales y ciudades son de gran tamaño. Pero la consideración del tamaño municipal descubre que los municipios rurales pequeños (hasta 2.000 habitantes) y los medianos (2.000-10.000) tienen un alto grado de envejecimiento y un problema de distribución de servicios de atención y cuidados;
- 6) más de 4 millones de hogares españoles (34,1%) tenían un miembro de 65 o más años; casi 1,9 millones estaban constituidos exclusivamente por personas de edad, viviendo acompañadas de otros mayores o solas (en el año 1991). En 1998, la soledad alcanzaba al 14,2% de los mayores (IMSERSO-CIS);
- 7) en este siglo se asegura la tendencia creciente al envejecimiento demográfico, especialmente a partir del año 2020, cuando lleguen al umbral de los 65 años las conocidas como generaciones del “baby boom”;
- 8) por último, se constata la tendencia a resaltar sólo los aspectos negativos del envejecimiento de la población, olvidando la función que las personas mayores pueden cumplir en la sociedad, contribuyendo, incluso, al progreso económico.

Respecto a Canarias, según la proyección del ISTAC, el peso demográfico de las personas mayores en la población total habrá aumentado al 17,1% en el año 2021. Evidentemente, el proceso de envejecimiento en las Islas, aunque creciente y similar al de las sociedades avanzadas, numéricamente es aún menos visible respecto al resto de España y de la Unión Europea. Sin embargo, podemos constatar determinados condicionantes demográficos, sociales, económicos e incluso culturales y políticos que a continuación pasamos a desglosar de forma general.

En primer lugar, ya desde los años ochenta se detecta en las Islas (sobre todo en las occidentales, y, dentro de ellas, El Hierro, La Gomera y La Palma) un proceso de envejecimiento poblacional debido, fundamentalmente, a la disminución de la tasa de fecundidad y el descenso de nacimientos, al incremento de la esperanza de vida, en general y, particularmente, de las edades más avanzadas, y, en el caso de las islas mencionadas, a causa del proceso migratorio de jóvenes hacia otra isla u otra zona por motivos de estudios y/o de trabajo. Ciertamente, Canarias sigue siendo, desde entonces hasta la actualidad, una de las Comunidades Autónomas con mayor proporción de jóvenes, pero también es cierto que va aumentando notablemente el peso específico de la población con 65 y más años de edad.

En segundo lugar, como ya se ha dicho, este proceso de envejecimiento poblacional no es homogéneo entre las *islas*. Los índices de envejecimiento son más altos en El Hierro (casi el 21%), La Gomera (que supera el 18%) y La Palma (que ya ha llegado a ese 18%). Son cifras similares a otros lugares de España. Tenerife y Gran Canaria, por ser meramente las islas más pobladas, presentan el mayor número absoluto de personas mayores de 65 años, aunque su proporción está por debajo del 14%. Lanzarote y Fuerteventura son las que muestran los índices más bajos del archipiélago: 8% y 7%, respectivamente.

Por *zonas geográficas y económicas*, las que mayor proporción de personas mayores de 65 años de edad presentan son los municipios rurales (en torno al 19% de la población total) y los que menos, los municipios turísticos (no llegan al 8%). En las áreas metropolitanas, donde en números absolutos son la mayoría entre las personas mayores de 65 años, están en la media (12%).

Por sexos, las mujeres superan en un 15% a los hombres dentro del grupo poblacional de mayores de 65 años. Esta diferencia es especialmente relevante en el intervalo de los octogenarios, donde las mujeres constituyen algo más del 58%.

El *estado civil* es relevante, por un lado, si lo cruzamos con el sexo: el 80% de las mujeres son viudas. En general, predomina el estado de casados (poco más del 54%) y la viudez (33%). También el estado civil nos revela el cambio social y demográfico ocurrido en Canarias, aumentando con los años (y las legislaciones y costumbres) el porcentaje de divorcios y separaciones, así como otras situaciones (segundos matrimonios, soltería, parejas de hecho, etcétera).

El *nivel de estudios* es también otro dato a destacar, sobre todo si lo comparamos con generaciones posteriores (adultos y jóvenes). El analfabetismo sigue siendo elevado (casi el 18%) y la carencia de titulación alcanza al 47%. El porcentaje es mayor entre las mujeres mayores de 65 años de edad.

Más del 60% tiene la *vivienda* en propiedad. Los equipamientos de la mayoría de los hogares (casi el 63%) plantean carencias, sobre todo de accesibilidad, aunque también básicos como el agua caliente o la telefonía. Un 17% vive en soledad (viudas la mayoría), y un 25% en pareja sin hijos conviviendo con ellos. Apenas el 2% vive en residencias (mujeres la mayoría: más del 60% de entre las personas mayores asiladas).

Respecto a la *situación económica*, según las encuestas sobre las condiciones de vida de la población canaria (ISTAC, 2001 y 2004), existe una relación directa entre las familias en el umbral de la pobreza y el número de personas mayores de 65 años en el hogar. Siguiendo con la misma fuente y desglosando los datos referidos a las personas en el umbral de la pobreza en las Islas, tenemos que se trata del grupo de edad más vulnerable (afecta a más de 75.000), seguido de la población juvenil (entre 15 y 29 años), con casi 70.000.

La fuente principal de ingresos para el 42% de la población mayor de 65 años de edad en Canarias es la pensión (por jubilación), es decir, en torno a los 610 euros como media. Otras pensiones (como las de viudez, o las de incapacidad permanente, entre otras) son algo inferiores en cantidad pero importantes para sus perceptores. La aportación informal, a través de familiares y amistades, supone una fuente de ingresos (siempre complementaria) nada desdeñable.

En relación a la *salud* y la *seguridad*, las enfermedades más frecuentes son las circulatorias, seguidas de las respiratorias, las del aparato digestivo y las derivadas de trastornos y deterioro del aparato músculo esquelético y tejido conjuntivo. La demencia senil afecta a menos del 5%, aunque un 15% presentan cierto déficit cognitivo. La dependencia para la realización de las tareas cotidianas afecta a un poco más del 56%. Los casos de malos tratos van aumentando.

Respecto a la *participación* ciudadana (observable, entre otros aspectos, por el grado de asociacionismo, la asistencia a actividades sociales, culturales deportivas, políticas, etcétera, la participación electoral...), podemos constatar la existencia de diversas asociaciones específicas de personas mayores de 65 años de edad, la presencia en las asociaciones vecinales, algunos clubes, así como en el voluntariado, debido, sobre todo, a la mayor disponibilidad individual (tiempo libre) y a las ayudas y medidas por

parte de las distintas administraciones públicas (promoción de asociacionismo de la *tercera edad*, Consejos de Personas Mayores, etcétera).

En las páginas que siguen abordaremos diversos aspectos de las situaciones económicas, sanitarias, sociales y culturales de las personas mayores de 65 años de edad en las Islas. Comenzamos con la descripción de las características sociodemográficas de dicha población, desglosando los datos temática y territorialmente. En el siguiente apartado describiremos las condiciones de vida generales de las personas mayores de 65 años en Canarias para pasar a cuestiones específicas: la dependencia y los malos tratos. Terminamos este monográfico reflejando las políticas sociales existentes, así como los recursos disponibles para dicho colectivo social.

No podemos terminar esta introducción sin hacer mención a las fuentes y referencias presentes en las Islas y que suponen al tiempo la posibilidad y la dificultad de realizar análisis precisos sobre la situación social de las personas mayores de 65 años de edad. A grandes rasgos tenemos que decir que dichas fuentes (no sólo estadísticas) son, en Canarias: 1) escasas; 2) dispersas; 3) heterogéneas; y 4) discrecionales.

Son pocos los informes, estudios, monográficos, dossiers, así como las investigaciones académicas, científicas, sobre las personas mayores de 65 años en Canarias. Esta apreciación debe tenerse en cuenta no sólo como dificultad a la hora de efectuar un análisis exhaustivo de la realidad, sino como indicador del aún escaso peso específico de dicho grupo de edad, así como de la necesidad de fomentar más estudios, la creación del Observatorio de las Personas Mayores, etcétera.

La dispersión de las fuentes y referencias es de naturaleza territorial y administrativa, pero también temática. La presencia de diversos niveles administrativos en las Islas (Comunidad Europea, Gobierno Central, Gobierno Autónomo, Cabildos Insulares, Municipios) supone disparidad en las competencias, directrices no siempre complementarias, etcétera. Asimismo, encontramos disparidad en cuanto a los aspectos analizados: 1) salud; 2) educación; 3) economía; 4) servicios sociales; 5) ocio y participación, etcétera. Sin duda alguna esta dispersión se puede resolver con una mayor visión transversal e interdisciplinar, con sus repercusiones en el ámbito de la investigación y de la intervención.

La heterogeneidad se observa en los diversos criterios y conceptos utilizados hasta la fecha. Comenzando con la propia noción de vejez, de los condicionantes, de las situaciones específicas (como la de dependencia). Es cierto que la legislación, la programación, etcétera, tiende hacia la homogeneización de indicadores, de conceptos, de acciones, lo que resolverá gran parte de este problema.

Finalmente, muchos informes y estudios (incluyendo los universitarios) tienen un acceso restringido. O no son publicados, quedando como informes internos o confidenciales. O son publicados pero no distribuidos o con poca divulgación. Con todo, creemos que, en los próximos años aumentará la cantidad y la calidad de las investigaciones al respecto en las Islas. La proliferación y cualificación de los profesionales de diversos campos como la Medicina, la Enfermería, la Psicología, el Trabajo Social, la Educación, la Sociología, etcétera (fuera y dentro de las universidades canarias) nos hace ser optimistas.

6.2. Características sociodemográficas de las personas mayores en Canarias

6.2.1. La población mayor de España y Canarias

Según los datos que ofrece el Padrón Municipal de Habitantes del año 2005, España tiene una población de 44.108.530 personas, de las que 7.332.267, que representan el 16,62% del total, tienen 65 años y más. Este porcentaje de población mayor es claramente desigual entre las distintas Comunidades Autónomas, de modo que Castilla y León, con un 22,56%, Asturias con un 21,95%, Galicia con 21,26% y Aragón, con 20,52%, son las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de mayores.

Por el contrario, Canarias, con 237.886 personas de 65 años y más, es la Comunidad Autónoma con menor peso del grupo de mayores, dado que esta cifra representa el 12,09% del total de población canaria en el año 2005. De este modo, Canarias presenta un porcentaje de población de 65 años y más que es inferior en un 4,53% al total de España. Asimismo, estos 237.886 mayores residentes en Canarias suponen el 3,24% del total de mayores de España. A continuación, la segunda Comunidad Autónoma con menor porcentaje de mayores es Baleares (13,70%), seguida de Murcia (13,75%) y Madrid (14,21%).

(Ver TABLA 6.4 al final del presente documento - [Página 187](#))

6.2.2. Evolución de la población mayor canaria 1970-2005

Las tablas 6.5 y 6.6 reflejan, respectivamente, la evolución de la población canaria de 65 años y más en términos absolutos y relativos, observándose que en el periodo transcurrido desde 1970 a 2005, la población mayor de Canarias ha pasado de 77.431 personas a 237.886 en el año 2005. En términos relativos, este aumento de la población mayor ha supuesto pasar de representar el 6,88% del total de Canarias en 1970, al 12,09% del año 2005, lo cual representa un aumento del 5,21%.

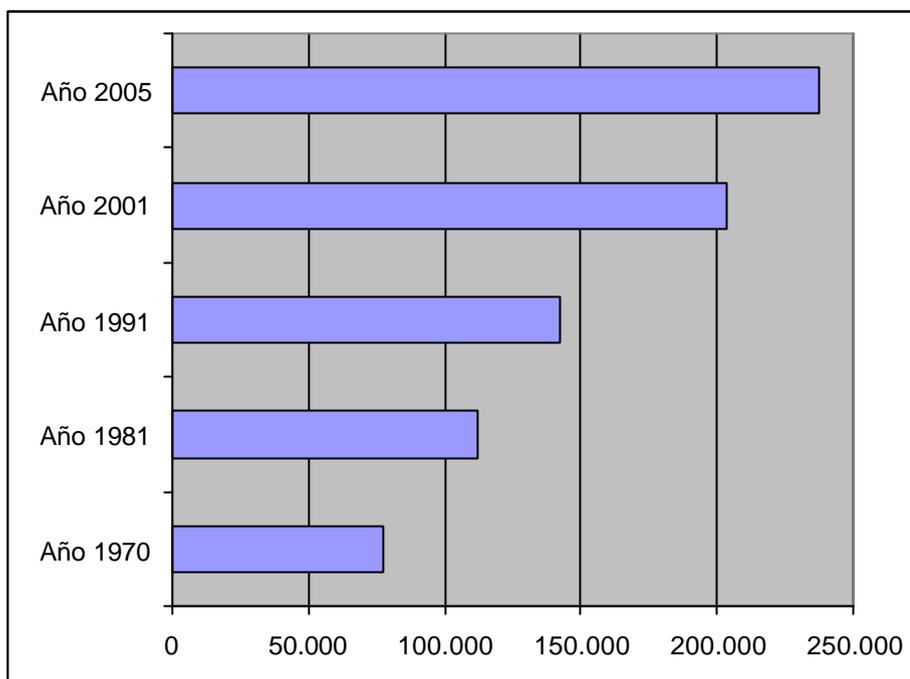
TABLA 6.5. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR CANARIA, POR GRUPOS DE EDAD. 1970-2005. VALORES ABSOLUTOS

	Año 1970	Año 1981	Año 1991	Año 2001	Año 2005
65-79 años	62.842	94.194	112.640	163.501	186.165
80 años y más	14.589	17.983	29.571	40.150	51.721
Total 65 años y más	77.431	112.177	142.211	203.651	237.886
Total población	1.125.418	1.367.669	1.493.784	1.694.477	1.968.280

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia.

Dentro de la población mayor se distingue entre el grupo de 65 a 79 años y el de 80 años y más. Así, Isidoro Ruipérez y Paloma Llorente dividen en dos grupos de edad a las personas mayores: un primer grupo que abarcaría desde los sesenta y cinco años a los ochenta, y en el que, mayoritariamente, son personas con buena salud que orientan sus demandas a ocupar el tiempo libre mediante un ocio constructivo. En el segundo grupo, de ochenta años y más, se incrementa notablemente la posibilidad de necesitar atenciones como consecuencia de problemas de dependencia vinculados, no solo al deterioro físico y psicológico, sino también a otros condicionantes, tales como el aislamiento social.

GRÁFICO 6.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR CANARIA. 1970-2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia.

TABLA 6.6. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR CANARIA, POR GRUPOS DE EDAD. 1970-2005. (1) VALORES PORCENTUALES

	Año 1970	Año 1981	Año 1991	Año 2001	Año 2005
65-79 años	5,58%	6,89%	7,54%	9,65%	9,46%
80 años y más	1,30%	1,31%	1,98%	2,37%	2,63%
Total 65 años y más	6,88%	8,20%	9,52%	12,02%	12,09%
Total población	100%	100%	100%	100%	100%

(1) Porcentajes sobre el total de la población de cada año. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia.

Asimismo, la tabla 6.7 muestra cómo ha evolucionado el peso de la población de 80 años y más (los llamados “octogenarios”) en el total de la población mayor de Canarias, pasando de representar el 18,84% de los mayores en 1970 al 21,74% en 2005. Es decir, si en el año 1970, casi 19 de cada cien mayores tenían 80 años y más, en el año 2005, la proporción es de 22 personas de 80 años y más de cada 100 mayores. Estos datos reflejan un envejecimiento de la población mayor, o dicho de otra manera, “un envejecimiento del envejecimiento”.

TABLA 6.7. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR CANARIA, POR GRUPOS DE EDAD, 1970-2005 (1). VALORES PORCENTUALES

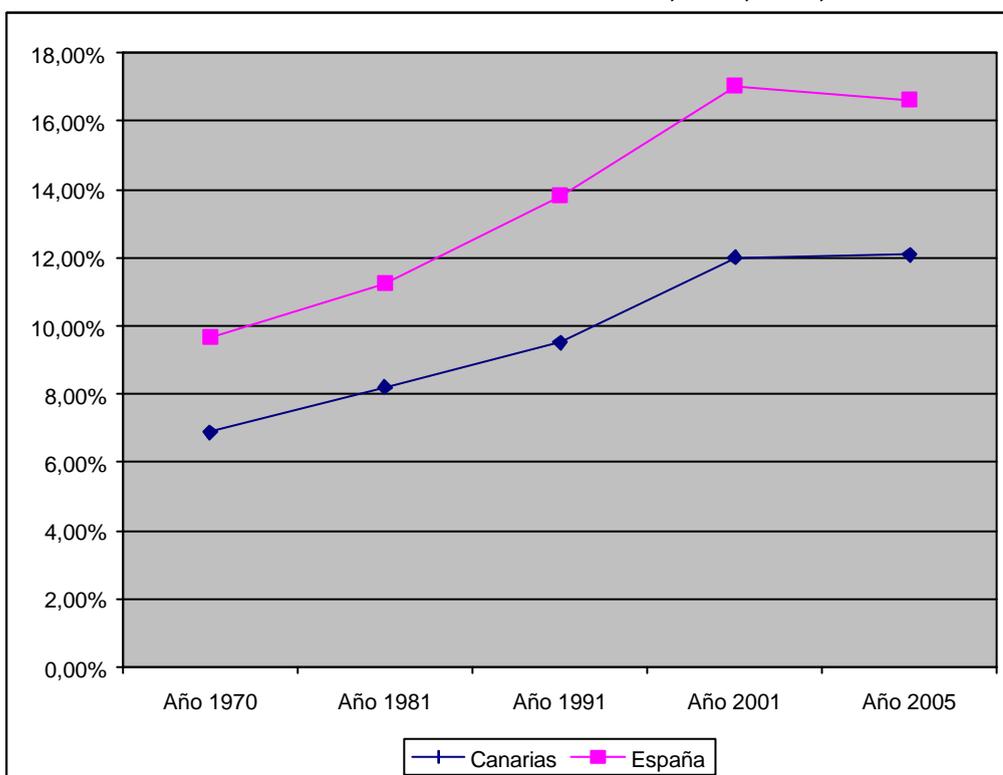
	Año 1970	Año 1981	Año 1991	Año 2001	Año 2005
65-79 años	81,16%	83,97%	79,21%	80,28%	78,26%
80 años y más	18,84%	16,03%	20,79%	19,72%	21,74%
Total 65 años y más	100%	100%	100%	100%	100%

(1) Porcentajes sobre el total de mayores de cada año. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia.

El incremento porcentual experimentado por la población mayor de Canarias entre 1970 y 2005 es inferior al que se ha producido en España para el mismo periodo, donde los mayores han pasado de representar el 9,67% en 1970 al 16,62% en 2005 (incremento de 6,95% frente al 5,21% de Canarias).

No obstante, en España se observa un descenso del peso de la población mayor entre los años 2001 y 2005, si bien en dicho periodo la población de 65 años y más pasó de 6.958.516 en el 2001 a 7.332.267 en el 2005, lo que supone un incremento de 373.751 personas.

GRÁFICO 6.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR SOBRE POBLACIÓN TOTAL. CANARIAS Y ESPAÑA. 1970, 1981, 1991, 2001 Y 2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia.

6.2.3. Estructura de edades de la población canaria 1996-2005

El análisis de la estructura de edades de la población canaria pone de manifiesto que entre 1996 y 2005 el grupo de 65 años y más ha aumentado en 69.457 personas, mientras que el grupo de menores (hasta 14 años) ha perdido peso, pasando del 18,90% al 15,20%. De hecho, la diferencia entre los menores y la población de 65 años y más se ha reducido, entre 1996 y 2005, en 5,3 puntos, pasando de una diferencia de 8,42% en 1996 a 3,12% en 2005.

En cuanto al grupo de jóvenes aunque ha aumentado su número de efectivos en 5.664, ha reducido su peso en casi 5 puntos, viendo también reducir su diferencia respecto a los mayores en un 6,36%, pasando de un 17% en 1996 al 10,64% en 2005.

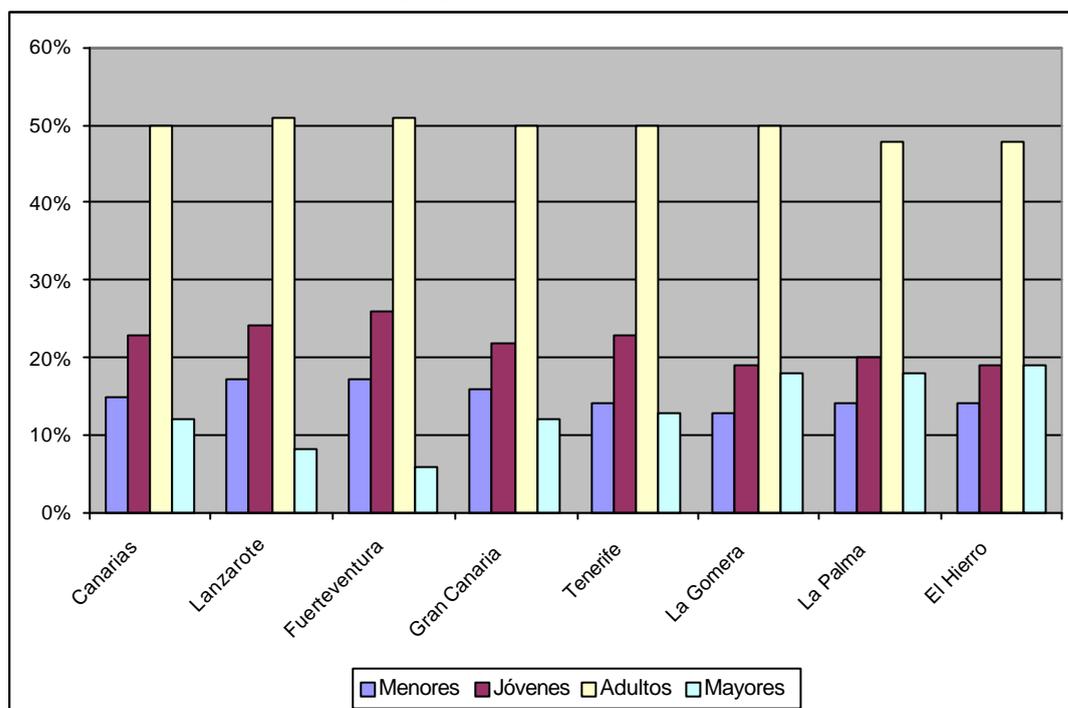
TABLA 6.8. ESTRUCTURA DE EDADES DE LA POBLACIÓN CANARIA, 1996-2005

	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
Canarias 1996	1.606.549	303.586 (18,90%)	441.491 (27,48%)	693.043 (43,14%)	168.429 (10,48%)
Canarias 2005	1.968.280	299.100 (15,20%)	447.155 (22,72%)	984.139 (50,00%)	237.886 (12,08%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
Lanzarote 1996	77.379	15.762 (20,37%)	22.754 (29,41%)	32.928 (42,55%)	5.935 (7,67%)
Lanzarote 2005	123.039	21.016 (17,08%)	29.884 (24,29%)	62.843 (51,08%)	9.296 (7,56%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
Fuerteventura 1996	42.938	9.769 (22,75%)	13.250 (30,86%)	17.070 (39,75%)	2.849 (6,64%)
Fuerteventura 2005	86.642	14.548 (16,80%)	23.057 (26,61%)	44.020 (50,80%)	5.017 (5,80%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
Gran Canaria 1996	713.768	136.946 (19,19%)	199.786 (27,99%)	306.735 (42,97%)	70.301 (9,85%)
Gran Canaria 2005	802.247	126.649 (15,79%)	179.669 (22,40%)	399.883 (49,85%)	96.046 (11,97%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
Tenerife 1996	665.611	123.499 (18,55%)	178.978 (26,89%)	290.792 (43,69%)	72.342 (10,87%)
Tenerife 2005	838.877	120.814 (14,40%)	191.042 (22,77%)	420.547 (50,13%)	106.474 (12,69%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
La Gomera 1996	17.008	2.640 (15,52%)	4.278 (25,15%)	7.291 (42,87%)	2.799 (16,46%)
La Gomera 2005	21.746	2.741 (12,60%)	4.131 (19,00%)	10.949 (50,35%)	3.925 (18,05%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
La Palma 1996	81.507	13.670 (16,77%)	20.565 (25,23%)	34.640 (42,50%)	12.632 (15,50%)
La Palma 2005	85.252	11.880 (13,94%)	17.387 (20,39%)	40.865 (47,93%)	15.120 (17,73%)
	Total	Menores (hasta 14 años)	Jóvenes (15-29 años)	Adultos (30-64 años)	Mayores (65 años y más)
El Hierro 1996	8.338	1.300 (15,59%)	1.880 (22,55%)	3.587 (43,02%)	1.571 (18,84%)
El Hierro 2005	10.477	1.452 (13,86%)	1.985 (18,95%)	5.032 (48,03%)	2.008 (19,17%)

Fuentes: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005 Elaboración propia.

El mayor incremento, tanto en términos absolutos como relativos, es el del grupo de adultos (de 30 a 64 años), que en el año 2005 representan el 50% del total de población de Canarias, cuando en el 1996 representaban el 43,14%.

GRÁFICO 6.3. ESTRUCTURA DE EDADES DE LA POBLACIÓN CANARIA. COMUNIDAD AUTÓNOMA E ISLAS. AÑO 2005



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

6.2.4. La población mayor por islas

La isla de Tenerife es la que tiene el mayor número de población de 65 años y más, seguida de Gran Canaria. Entre las dos suman el 85,13% del total de mayores de Canarias. En tercer lugar se encuentra la isla de La Palma, con 15.120 mayores. En cuarto lugar se sitúa Lanzarote con 9.296, seguida de Fuerteventura con 5.017. Finalmente, La Gomera y El Hierro cuentan, respectivamente, con 3.925 y 2.008 personas de 65 años y más.

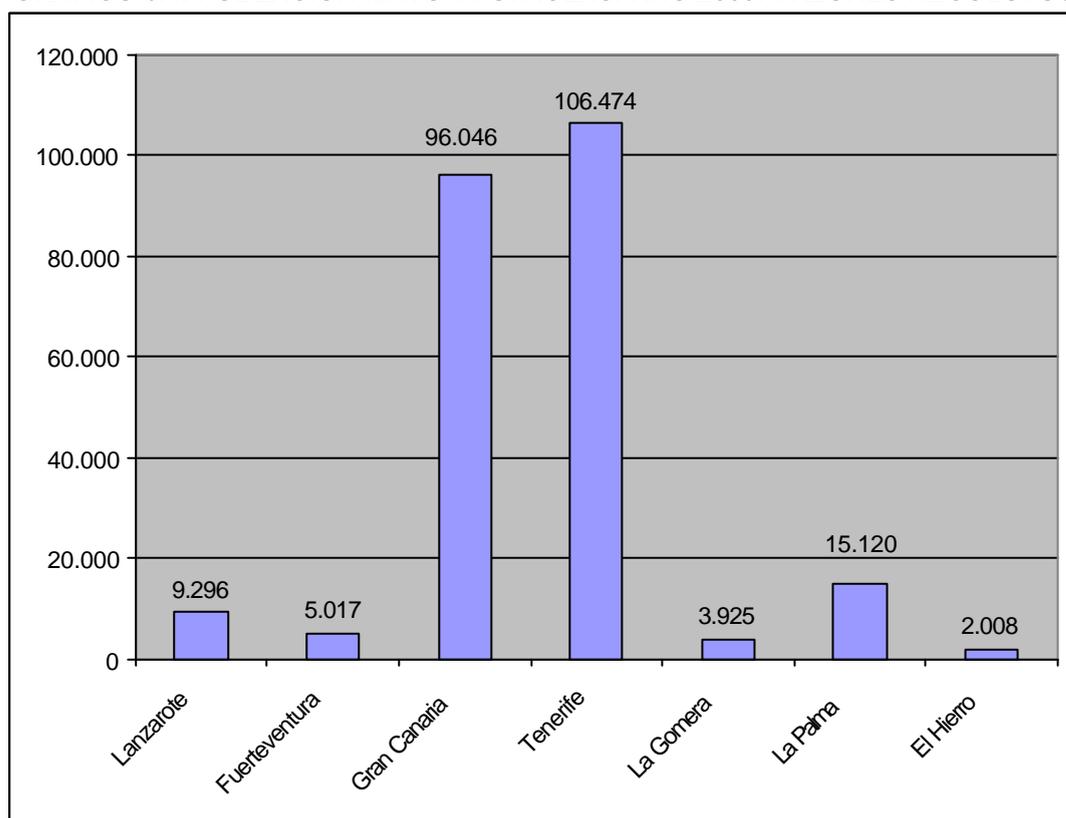
No obstante, en términos porcentuales son estas dos islas las que presentan mayor porcentaje de población de 65 años y más. En concreto, en El Hierro el 19,17% de su población tiene 65 años y más, y en La Gomera el 18,05%. Muy cerca de estas dos islas se encuentra La Palma, con un 17,74% de mayores. En estas tres islas el porcentaje de población mayor supera ya al de menores (Ver tabla 6.9). A bastante distancia están Tenerife (12,69%) y Gran Canaria (11,97%). Por último, el porcentaje de mayores en Lanzarote es del 7,56% y en Fuerteventura del 5,79%. De hecho, estas dos son las únicas islas en las que el peso de la población de 65 años y más ha descendido en el periodo 1996-2005, pasando, en el caso de Lanzarote, del 7,67% de 1996 al 7,56% de 2005, y para Fuerteventura, del 6,64% al 5,80%.

TABLA 6.9. POBLACIÓN MAYOR POR ISLAS. AÑO 2005

ISLAS	Número de mayores	Porcentaje que representan los mayores sobre el total de población de la isla	Porcentaje de mayores sobre el total de mayores de Canarias
Lanzarote	9.296	7,56	3,91
Fuerteventura	5.017	5,79	2,11
Gran Canaria	96.046	11,97	40,37
Tenerife	106.474	12,69	44,76
La Gomera	3.925	18,05	1,65
La Palma	15.120	17,74	6,36
El Hierro	2.008	19,17	0,84
Canarias	237.886	12,09	100

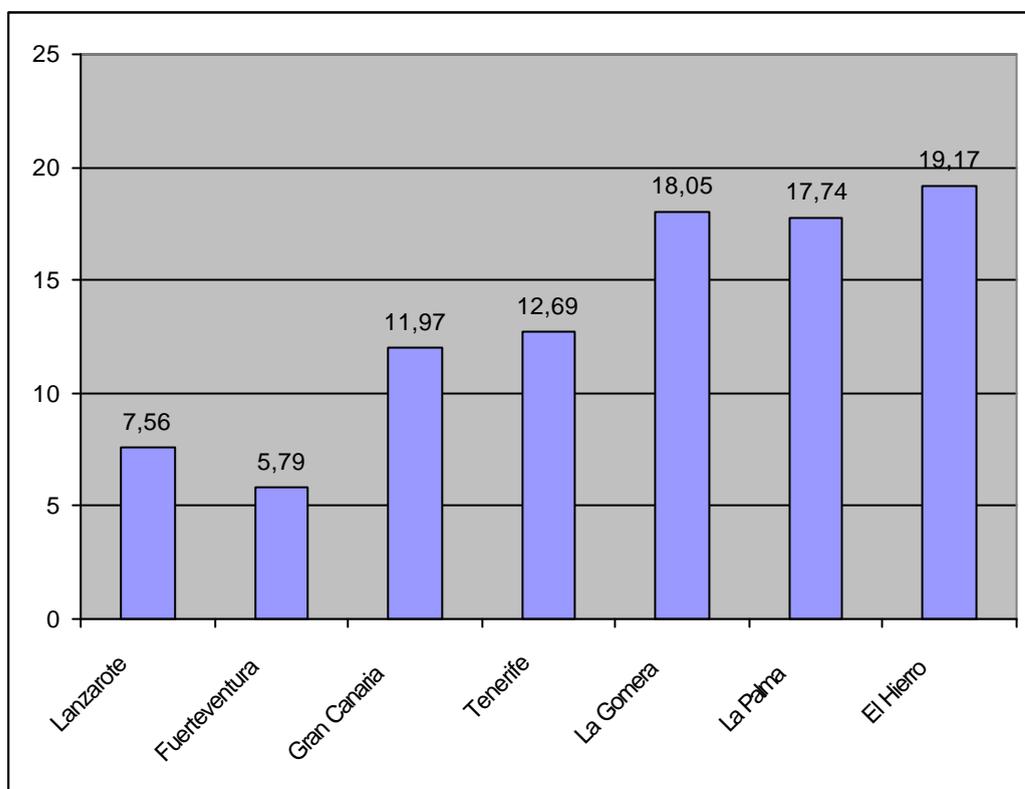
Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

GRÁFICO 6.4. POBLACIÓN MAYOR POR ISLAS. AÑO 2005. VALORES ABSOLUTOS



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

**GRÁFICO 6.5. PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR POR ISLAS. AÑO 2005.
PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN DE CADA ISLA**



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

En cuanto a la población octogenaria, ha pasado de 36.845 personas en 1996 a 51.721 en 2005. El peso que tienen los octogenarios en el total de población de 65 años y más varía mucho de una isla a otra. Así, el mayor porcentaje de octogenarios, sobre el total de población de 65 años y más, lo tienen El Hierro (29,68%), La Palma (27,45%) y La Gomera (25,38%). A continuación se sitúa Tenerife (21,65%), Fuerteventura (20,95%), Lanzarote (20,84%) y finalmente, Gran Canaria, con un porcentaje de 20,76% de población de 80 años y más sobre el total de mayores de la Isla.

En relación con 1996, las dos únicas islas que han experimentado un mayor incremento del porcentaje de octogenarios son La Palma (pasa del 25,40% en 1996 a 27,45% en 2005) y El Hierro (de 28,07% a 29,68%). En el resto de islas ocurre el efecto contrario: en relación con 1996, en el año 2005 se reduce el peso de la población octogenaria en el conjunto de mayores, pasando Tenerife de 21,71% a 21,65%; Gran Canaria de 21,02% a 20,76%, La Gomera de 25,90% a 25,38%, y Fuerteventura de 21,69% a 20,95%. Por último, la mayor reducción se produce en la isla de Lanzarote, donde los mayores de 80 años y más han pasado de representar el 23,02% de la población mayor de la isla en 1996, a 20,84% en 2005, lo que supone una pérdida de peso de algo más de dos puntos (2,18%).

TABLA 6.10. POBLACIÓN MAYOR DE CANARIAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	58.904	3,67	85.664	4,35
	Mujeres	72.680	4,52	100.501	5,11
	Total	131.584	8,19	186.165	9,46
80 años y más	Hombres	13.489	0,84	18.851	0,96
	Mujeres	23.356	1,45	32.870	1,67
	Total	36.845	2,29	51.721	2,63
Total 65 años y más	Hombres	72.393	4,51	104.515	5,31
	Mujeres	96.036	5,97	133.371	6,78
	Total	168.429	10,48	237.886	12,09
Total de población	Hombres	797.237	49,62	988.230	50,21
	Mujeres	809.302	50,38	980.050	49,79
	Total	1.606.549	100	1.968.280	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.11. POBLACIÓN MAYOR DE LANZAROTE, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	2.182	2,82	3.567	2,90
	Mujeres	2.387	3,08	3.792	3,08
	Total	4.569	5,90	7.359	5,98
80 años y más	Hombres	508	0,66	724	0,59
	Mujeres	858	1,11	1.213	0,98
	Total	1.366	1,77	1.937	1,57
Total 65 años y más	Hombres	2.690	3,48	4.291	3,49
	Mujeres	3.245	4,19	5.005	4,06
	Total	5.935	7,67	9.296	7,55
Total de población	Hombres	39.494	51,04	63.928	51,96
	Mujeres	37.885	48,96	59.111	48,04
	Total	77.379	100	123.039	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.12. POBLACIÓN MAYOR DE FUERTEVENTURA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	1.115	2,60	1.992	2,30
	Mujeres	1.116	2,60	1.974	2,28
	Total	2.231	5,20	3.966	4,58
80 años y más	Hombres	240	0,56	421	0,49
	Mujeres	378	0,88	630	0,72
	Total	618	1,44	1.051	1,21
Total 65 años y más	Hombres	1.355	3,16	2.413	2,78
	Mujeres	1.494	3,48	2.604	3,01
	Total	2.849	6,64	5.017	5,79
Total de población	Hombres	22.450	52,28	46.891	54,12
	Mujeres	20.488	47,72	39.751	45,88
	Total	42.938	100	86.642	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.13. POBLACIÓN MAYOR DE GRAN CANARIA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	24.858	3,48	34.873	4,35
	Mujeres	30.665	4,30	41.236	5,14
	Total	55.523	7,78	76.109	9,49
80 años y más	Hombres	5.420	0,76	7.179	0,89
	Mujeres	9.358	1,31	12.758	1,59
	Total	14.778	2,07	19.937	2,48
Total 65 años y más	Hombres	30.278	4,24	42.052	5,24
	Mujeres	40.023	5,61	53.994	6,73
	Total	70.301	9,85	96.046	11,97
Total de población	Hombres	355.729	49,84	401.168	50,01
	Mujeres	358.039	50,16	401.079	49,99
	Total	713.768	100	802.247	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.14. POBLACIÓN MAYOR DE TENERIFE, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	25.008	3,76	38.131	4,54
	Mujeres	31.625	4,75	45.290	5,40
	Total	56.633	8,51	83.421	9,94
80 años y más	Hombres	5.679	0,85	8.366	1,00
	Mujeres	10.030	1,51	14.687	1,75
	Total	15.709	2,36	23.053	2,75
Total 65 años y más	Hombres	30.687	4,61	46.497	5,54
	Mujeres	41.655	6,26	59.977	7,15
	Total	72.342	10,87	106.474	12,69
Total de población	Hombres	326.392	49,04	417.321	49,75
	Mujeres	339.219	50,96	421.556	50,25
	Total	665.611	100	838.877	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.15. POBLACIÓN MAYOR DE LA GOMERA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	959	5,64	1.366	6,28
	Mujeres	1.115	6,55	1.563	7,19
	Total	2.074	12,19	2.929	13,47
80 años y más	Hombres	294	1,73	376	1,73
	Mujeres	431	2,53	620	2,85
	Total	725	4,26	996	4,58
Total 65 años y más	Hombres	1.253	7,37	1.742	8,01
	Mujeres	1.546	9,09	2.183	10,04
	Total	2.799	16,46	3.925	18,05
Total de población	Hombres	8.592	50,52	11.069	50,90
	Mujeres	8.416	49,48	10.677	49,10
	Total	17.008	100	21.746	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.16. POBLACIÓN MAYOR DE LA PALMA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	4.206	5,16	5.037	5,91
	Mujeres	5.218	6,40	5.932	6,96
	Total	9.424	11,56	10.969	12,87
80 años y más	Hombres	1.184	1,45	1.543	1,81
	Mujeres	2.024	2,49	2.608	3,06
	Total	3.208	3,94	4.151	4,87
Total 65 años y más	Hombres	5.390	6,61	6.580	7,72
	Mujeres	7.242	8,89	8.540	10,02
	Total	12.632	15,50	15.120	17,74
Total de población	Hombres	40.401	49,57	42.553	49,91
	Mujeres	41.106	50,43	42.699	50,09
	Total	81.507	100	85.252	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.17. POBLACIÓN MAYOR DE EL HIERRO, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1996-2005

Grupos de edad	Sexo	Año 1996		Año 2005	
		Población	% (1)	Población	%
65-79 años	Hombres	576	6,91	698	6,66
	Mujeres	554	6,64	714	6,82
	Total	1.130	13,55	1.412	13,48
80 años y más	Hombres	164	1,97	242	2,31
	Mujeres	277	3,32	354	3,38
	Total	441	5,29	596	5,69
Total 65 años y más	Hombres	740	8,88	940	8,97
	Mujeres	831	9,96	1.068	10,20
	Total	1.571	18,84	2.008	19,17
Total de población	Hombres	4.179	50,12	5.300	50,59
	Mujeres	4.159	49,88	5.177	49,41
	Total	8.338	100	10.477	100

(1) Porcentajes sobre el total de la población. **Fuentes:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

El predominio de mujeres en las edades avanzadas es una característica que al igual que en otras zonas del mundo, también se da en Canarias. El número de mujeres de 65 años y más es mayor al de hombres tanto a nivel de toda la Comunidad Autónoma de Canarias como en cada una de las islas. Así, en Canarias, de los 237.886 mayores que había en el año 2005, 133.371 son mujeres y 104.515 hombres, cifras que suponen un 56,07% de mujeres y un 43,93% de hombres (ver tabla 6.10).

Las islas de La Palma, Tenerife y Gran Canaria son las que tienen un mayor porcentaje de mujeres mayores. En concreto, en La Palma el porcentaje es de 56,48% mujeres y 43,52% hombres, en Tenerife el 56,33% de los mayores son mujeres y el 43,67% hombres, y en Gran Canaria las mujeres mayores representan el 56,22%, por el 43,78% de hombres.

Si nos centramos exclusivamente en la población que tiene 80 años y más, comprobamos como el porcentaje de mujeres sobre los hombres es todavía mayor, de

manera que en Canarias, en el año 2005, el 63,55% de la población de 80 años y más son mujeres, y un 36,45% son hombres (ver tabla 6.18).

El mayor porcentaje de mujeres octogenarias se alcanza en Gran Canaria (64% frente a un 36% de hombres), seguida de Tenerife (63,71% por 36,29%) y La Palma (62,83% frente a 37,17% de hombres de 80 años y más).

Por tanto, hay un claro proceso de feminización de la población mayor, que se acentúa a medida que se avanza en edad, en consonancia con la tendencia que se da en casi todos los países del mundo, donde, por término medio, las mujeres viven más que los hombres.

TABLA 6.18. PORCENTAJE QUE REPRESENTAN LAS MUJERES Y HOMBRES DE 65 AÑOS Y MÁS, Y 80 AÑOS Y MÁS, SOBRE EL TOTAL DE MAYORES DE CADA ISLA. AÑO 2005

	Total 65 años y más		80 años y más	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Lanzarote	53,84%	46,16%	62,62%	37,38%
Fuerteventura	51,90%	48,10%	59,94%	40,06%
Gran Canaria	56,22%	43,78%	64,00%	36,00%
Tenerife	56,33%	43,67%	63,71%	36,29%
La Gomera	55,62%	44,38%	62,25%	37,75%
La Palma	56,48%	43,52%	62,83%	37,17%
El Hierro	53,19%	46,81%	59,40%	40,60%
Canarias	56,07%	43,93%	63,55%	36,45%

Fuentes: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de población de Canarias, 1996. Elaboración propia. Inbase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

6.2.5.- Proyección de la población mayor canaria. Años 2012 y 2019

Las proyecciones de población realizadas por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) plantean un escenario a medio plazo (año 2012), en el que la población canaria alcanzará la cifra de 2.225.333 personas. En cuanto a la población de 65 años y más, se estima que en dicho año serán 306.135, lo cual representará el 13,76% del total de población de Canarias. De ellos, 74.451 tendrán 80 años y más; es decir, en dicho año uno de cada cuatro mayores será octogenario.

TABLA 6.19. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL Y DE LA POBLACIÓN MAYOR, POR ISLAS. AÑO 2012

	Total población	De 65 a 79 años	De 80 años y más	Total mayores
Lanzarote	148.669	11.066 (7,44%)	2.752 (1,85%)	13.818 (9,29%)
Fuerteventura	105.509	6.084 (5,77%)	1.561 (1,48%)	7.645 (7,25%)
Gran Canaria	881.231	91.093 (10,34%)	29.615 (3,36%)	120.708 (13,70%)
Tenerife	962.647	106.202 (11,03%)	33.684 (3,50%)	139.886 (14,53%)
La Gomera	25.110	3.444 (13,72%)	1.262 (5,03%)	4.706 (18,74%)
La Palma	90.385	12.111 (13,40%)	4.874 (5,39%)	16.985 (18,79%)
El Hierro	11.782	1.684 (14,29%)	703 (5,97%)	2.387 (20,26%)
Total Canarias	2.225.333	231.684 (10,41%)	74.451 (3,35%)	306.135 (13,76%)

(1) Porcentajes sobre el total de población de cada isla. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Proyecciones de población 2004-2019. Elaboración propia.

En un escenario a más largo plazo, fijado en el año 2019, la población canaria continúa aumentando (llega a 2.422.596 personas), y también la población mayor, que con 390.532 personas supondrá el 16,12% del total de Canarias, siendo este envejecimiento claramente superior en las islas más occidentales. Ya para este año 2019, la estimación realizada por el ISTAC señala que el número de mayores en Canarias superará a los jóvenes, que se calcula que serán 379.095 personas, lo que supone el 15,65% del total de 2.422.596. Respecto a los octogenarios, supondrán el 285 de todos los mayores.

TABLA 6.20. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL Y DE LA POBLACIÓN MAYOR, POR ISLAS. AÑO 2019

	Total población	De 65 a 79 años	De 80 años y más	Total mayores
Lanzarote	171.652	15.737 (9,17%)	4.460 (2,60%)	20.197 (11,77%)
Fuerteventura	124.144	9.682 (7,80%)	2.421 (1,95%)	12.103 (9,75%)
Gran Canaria	944.341	110.070 (11,66%)	43.099 (4,56%)	153.169 (16,22%)
Tenerife	1.043.895	127.380 (12,20%)	49.256 (4,72%)	176.636 (16,92%)
La Gomera	28.211	4.041 (14,32%)	1.819 (6,45%)	5.860 (20,77%)
La Palma	97.075	13.539 (13,95%)	6.215 (6,40%)	19.754 (20,35%)
El Hierro	13.278	1.890 (14,23%)	923 (6,95%)	2.813 (21,19%)
Total Canarias	2.422.596	282.339 (11,65%)	108.193 (4,47%)	390.532 (16,12%)

(1) Porcentajes sobre el total de población de cada isla. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Proyecciones de población 2004-2019. Elaboración propia.

El tamaño del grupo de los mayores es ya suficiente como para tener un fuerte impacto en los sistemas sanitarios y de servicios sociales, y las previsiones realizadas señalan un constante aumento de este sector de población. Los cambios futuros de la estructura de edades avisan de la acentuación del envejecimiento. Tal y como señala Antonio Abellán García, “podemos resumir el envejecimiento en el siguiente principio: hay más viejos porque llegan más supervivientes a la edad de sesenta y cinco años, y hay más envejecimiento porque hay menos jóvenes, consecuencia de la caída de la fecundidad, que hace subir el peso proporcional de los mayores en el conjunto de la población. Además, los que llegan son más longevos que hace unas décadas. Es decir, las dos fuerzas que explican el envejecimiento son la caída de la fecundidad y el avance de la longevidad”⁹.

De hecho, la esperanza de vida al nacimiento ha pasado, en España de 70,4 años para los varones y 76,2 años para las mujeres en 1975, a 75,7 años y 83,1 respectivamente en el año 2002. Es decir, la esperanza de vida al nacer en el año 2002 era en España 7,4 años mayor para las mujeres.

En el caso de Canarias, en el año 1975 la esperanza de vida de las mujeres se situaba en 75,9 años, aumentando a 83,1 en 2002, mientras que los hombres han pasado de tener una esperanza de vida en 1975 de 70,9 años a 76,5 en 2002, lo que supone una esperanza de vida inferior en 6,6 años a las mujeres.

⁹ ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España**. Informe 2004. Instituto de mayores y servicios sociales. Observatorio de personas mayores, p. 48.

TABLA 6.21. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA Y CANARIAS. 1975-2002

Años	España			Canarias		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1975	73,3	70,4	76,2	73,4	70,9	75,9
1980	75,6	72,5	78,6	74,2	71,2	77,4
1985	76,5	73,3	79,7	75,4	72,1	78,7
1990	76,9	73,4	80,5	76,1	72,7	79,7
1995	78,0	74,4	81,6	77,4	73,8	81,3
1998	78,7	75,3	82,2	77,6	74,2	81,2
1999	78,6	75,3	82,6	77,2	74,0	80,5
2000	78,7	75,5	82,7	77,4	74,1	80,8
2001	78,9	75,6	82,9	79,2	75,9	82,7
2002	79,0	75,7	83,1	79,8	76,5	83,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Esta mayor esperanza de vida de las mujeres significa que, en el caso de mujeres viviendo en pareja, es más fácil que pasen bastantes años de viudez, no solo por razón de la mayor esperanza de vida, sino también por la costumbre tradicional establecida de casarse con un hombre de más edad.

6.2.6. La población mayor en el ámbito municipal

En la isla de Lanzarote es el municipio de Arrecife el que tiene un mayor número de población de 65 años y más (3.850) que representan el 41,42% de la isla. En el lado opuesto se encuentran los municipios de Tinajo, con 497 mayores, y Yaiza, con 578. En Fuerteventura es Puerto del Rosario el municipio que concentra más personas mayores, concretamente 1.735, que representan el 34,58% de mayores de la isla, siendo Betancuria el municipio con menos población de 65 años y más (132). En Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria es el municipio con más mayores, en concreto 50.892 que representan el 52,99% de la isla. En segundo lugar se sitúa Telde con 9.244, y en tercer lugar Arucas con 4.312.

En Tenerife, el municipio de Santa Cruz de Tenerife es el que tiene más mayores, 31.618, lo que supone casi el 30% del total de la isla. A continuación está La Laguna, con 17.041 mayores. Los tres municipios con menos población de 65 años y más son Vilaflor (338), El Tanque (535) y Fasnia (611). La Gomera tiene el mayor número de población de 65 años y más en San Sebastián 1.067, y el menor en Alajeró (313) y Agulo (332). Respecto a la isla de La Palma es el municipio de Los Llanos de Aridane el que cuenta con más mayores, 3.123, que representan el 20,65% del total de mayores de la isla, seguido de Santa Cruz de La Palma con 2.851 que suponen un 18,86%. Puntagorda, con 360, y Fuencaliente, con 410, son los municipios que tienen menos mayores. Por último, en la isla de El Hierro los mayores alcanzan la cifra de 1.098 en Frontera, cifra que representa el 54,68% del total de mayores de la isla, mientras que en Valverde residen 910 mayores que representan el 45,32% restante.

Atendiendo al porcentaje de personas mayores de cada municipio, respecto al total de población de cada uno de ellos, la tabla 6.22 refleja que en la isla de Lanzarote el municipio con mayor porcentaje de mayores es Haría, con un 15,39%. En Fuerteventura es el municipio de Betancuria el que presenta una estructura de población más envejecida que el resto, con una diferencia de casi 12 puntos sobre el segundo municipio más envejecido, que es Antigua.

TABLA 6.22. POBLACIÓN MAYOR DE CADA MUNICIPIO. ISLAS ORIENTALES. AÑO 2005

Municipios	Población total	% de población sobre el total de la isla	Población de 65 años y más	% de mayores sobre el total del municipio	% sobre total de mayores de la isla
Lanzarote	123.039	100	9.296	7,56	100
Arrecife	53.920	43,82	3.850	7,14	41,42
Haría	4.894	3,98	753	15,39	8,10
San Bartolomé	17.452	14,18	985	5,64	10,60
Teguise	15.824	12,86	1.381	8,73	14,86
Tías	16.850	13,69	1.252	7,43	13,47
Tinajo	5.258	4,27	497	9,45	5,35
Yaiza	8.841	7,19	578	6,54	6,22
Fuerteventura	86.642	100	5.017	5,79	100
Antigua	7.578	8,75	448	5,91	8,93
Betancuria	738	0,85	132	17,89	2,63
Oliva (La)	17.273	19,94	950	5,50	18,94
Pájara	18.173	20,97	797	4,39	15,89
Puerto del Rosario	30.363	35,04	1.735	5,71	34,58
Tuineje	12.517	14,45	955	7,63	19,03
Gran Canaria	802.247	100	96.046	11,97	100
Agaete	5.606	0,70	918	16,38	0,96
Agüimes	25.541	3,18	2.031	7,95	2,11
Aldea (La)	8.299	1,03	1.272	15,33	1,32
Artenara	1.386	0,17	280	20,20	0,29
Aucas	34.245	4,27	4.312	12,59	4,49
Firgas	7.179	0,89	1.000	13,93	1,04
Gáldar	23.201	2,89	3.241	13,97	3,37
Ingenio	27.308	3,40	2.587	9,47	2,69
Mogán	15.953	1,99	1.504	9,43	1,57
Moya	7.801	0,97	1.394	17,87	1,45
Palmas de G.C. (Las)	378.628	47,20	50.892	13,44	52,99
S. Bartolomé Tirajana	46.428	5,79	3.929	8,46	4,09
Santa Brígida	18.806	2,34	2.138	11,37	2,23
Santa Lucía	56.268	7,01	3.908	6,95	4,07
Santa María de Guía	14.086	1,76	2.247	15,95	2,34
Tejeda	2.341	0,29	504	21,53	0,52
Telde	96.547	12,03	9.244	9,57	9,62
Teror	12.189	1,52	1.871	15,35	1,95
Valsequillo	8.659	1,08	910	10,51	0,95
Valleseco	4.055	0,51	758	18,69	0,79
Vega de San Mateo	7.721	0,96	1.106	14,32	1,15

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia

En la isla de Gran Canaria el municipio de Tejeda es el más envejecido con una población en la que 22 de cada cien residentes tienen 65 años y más. En segundo lugar se sitúa Artenara, con un 20,20% de población mayor, y en tercer lugar Valleseco (18,69%).

En Tenerife, los municipios que tienen una estructura demográfica con mayor peso de la población de 65 años y más son Los Silos (22,90%), Fasnia (22,88%) y Santiago del Teide (21,87%).

TABLA 6.23. POBLACIÓN MAYOR DE CADA MUNICIPIO. ISLAS OCCIDENTALES.AÑO 2005

Municipios	Población total	% de población sobre el total de la isla	Población de 65 años y más	% de mayores sobre el total del municipio	% sobre total de mayores de la isla
Tenerife	838.877	100	106.474	12,69	100
Adeje	33.722	4,02	2.324	6,89	2,18
Arafo	5.276	0,63	973	18,44	0,91
Arico	7.159	0,85	1.130	15,78	1,06
Arona	65.550	7,81	5.117	7,81	4,81
Buenavista del Norte	5.300	0,63	939	17,72	0,88
Candelaria	20.628	2,46	2.331	11,30	2,19
Fasnia	2.671	0,32	611	22,88	0,57
Garachico	5.682	0,68	1.030	18,13	0,97
Granadilla de Abona	33.207	3,96	2.684	8,08	2,52
Guancha (La)	5.388	0,64	862	16,00	0,81
Guía de Isora	18.722	2,23	2.061	11,01	1,94
Güimar	16.489	1,97	2.635	15,98	2,47
Icod de los Vinos	24.290	2,90	3.336	13,73	3,13
Laguna (La)	141.627	16,88	17.041	12,03	16,00
Matanza de Acentejo	7.806	0,93	1.039	13,31	0,98
Orotava (La)	40.355	4,81	5.125	12,70	4,81
Puerto de la Cruz	30.613	3,65	5.461	17,84	5,13
Realejos (Los)	36.243	4,32	4.597	12,68	4,32
Rosario (El)	16.024	1,91	1.399	8,73	1,31
S. Juan de la Rambla	5.081	0,61	744	14,64	0,70
San Miguel	11.737	1,40	1.062	9,05	1,00
Sta. Cruz de Tenerife	221.567	26,41	31.618	14,27	29,70
Santa Úrsula	12.632	1,51	1.458	11,54	1,37
Santiago del Teide	11.212	1,34	2.452	21,87	2,30
Sauzal (El)	8.317	0,99	1.143	13,74	1,07
Silos (Los)	5.497	0,66	1.259	22,90	1,18
Tacoronte	22.384	2,67	2.742	12,25	2,58
Tanque (El)	3.096	0,37	535	17,28	0,50
Tegueste	10.279	1,23	1.269	12,35	1,19
Victoria de Acentejo	8.393	1,00	1.159	13,81	1,09
Vilaflor	1.930	0,23	338	17,51	0,32
La Gomera	21.746	100	3.925	18,05	100
Agulo	1.207	5,55	332	27,51	8,46
Alajeró	1.954	8,99	313	16,02	7,98
Hermigua	2.142	9,85	490	22,88	12,48
San Sebastián	8.445	38,83	1.067	12,63	27,18
Valle Gran Rey	4.857	22,34	793	16,33	20,20
Vallehermoso	3.141	14,44	930	29,61	23,69
La Palma	85.252	100	15.120	17,74	100
Barlovento	2.507	2,94	615	24,53	4,07
Breña Alta	7.039	8,26	1.002	14,23	6,63
Breña Baja	4.355	5,11	607	13,94	4,01
Fuencaliente	1.913	2,24	410	21,43	2,71
Garafía	1.924	2,26	539	28,01	3,56
Llanos de Aridane	19.878	23,32	3.123	15,71	20,65
Paso (El)	7.404	8,68	1.334	18,02	8,82
Puntagorda	1.795	2,11	360	20,06	2,38
Puntallana	2.424	2,84	513	21,16	3,39
San Andrés y Sauces	5.086	5,97	1.083	21,29	7,16
Sta. Cruz de La Palma	17.788	20,87	2.851	16,03	18,86

Municipios	Población total	% de población sobre el total de la isla	Población de 65 años y más	% de mayores sobre el total del municipio	% sobre total de mayores de la isla
Tazacorte	5.835	6,84	1.158	19,85	7,66
Tijarafe	2.713	3,18	550	20,27	3,64
Villa de Mazo	4.591	5,39	975	21,24	6,45
El Hierro	10.477	100	2.008	19,17	100
Frontera	5.570	53,16	1.098	19,71	54,68
Valverde	4.907	46,84	910	18,54	45,32

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

Respecto a La Gomera son los municipios de Vallehermoso y Agulo los que tiene una estructura poblacional con un mayor peso de la población de 65 años y más, concretamente, el 29,61% y el 27,51%, respectivamente.

En la isla de La Palma, Garafía con un 28,01% de población mayor, y Barlovento, con el 24,53% son los municipios más envejecidos. Finalmente, en El Hierro, Frontera presenta un porcentaje de población de 65 años y más ligeramente superior a Valverde (19,71% frente a 18,54%).

A continuación se ofrece la distribución de la población de 65 años y más de cada municipio, atendiendo a las variables de grupos de edad (65 a 79 años y 80 años y más) y sexo, según la revisión del padrón municipal del año 2005.

(Ver las TABLAS 6.24 a la 6.30 al final del presente documento - [Página 188.](#))

6.2.7. Mayores extranjeros residentes en Canarias

Los datos de la renovación padronal del año 2006 señalan que en España residen 4.144.166 extranjeros, de los cuales 203.166 tienen 65 años y más, lo cual significa que el 4,90% de los extranjeros residentes en España son mayores.

TABLA 6.31. POBLACIÓN EXTRANJERA RESIDENTE EN CANARIAS, POR ISLAS. AÑO 2006

	Total de extranjeros	Porcentaje sobre el total de extranjeros
Lanzarote	30.519	13,07%
Fuerteventura	22.498	9,64%
Gran Canaria	60.765	26,03%
Tenerife	107.697	46,13%
La Gomera	3.114	1,33%
La Palma	7.537	3,23%
El Hierro	1.317	0,57%
Canarias	233.447	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del Padrón Municipal 2006. Elaboración propia.

Según esta misma fuente, en Canarias residen 233.447 extranjeros, cifra que representa el 5,63% del total de extranjeros residentes en España. Asimismo, estos 233.447 extranjeros residentes en Canarias representan el 11,7% del total de población de las islas, cifrada por la misma fuente en 1.995.833 personas.

Del total de estos extranjeros, 107.697 residen en la isla de Tenerife, cifra que representa el 46,13% del total de extranjeros residentes en Canarias. A continuación

se sitúa Gran Canaria con 60.765 de extranjeros residentes (26,03%), Lanzarote con 30.519 (13,07%) y Fuerteventura, con 22.498 y 9,64%.

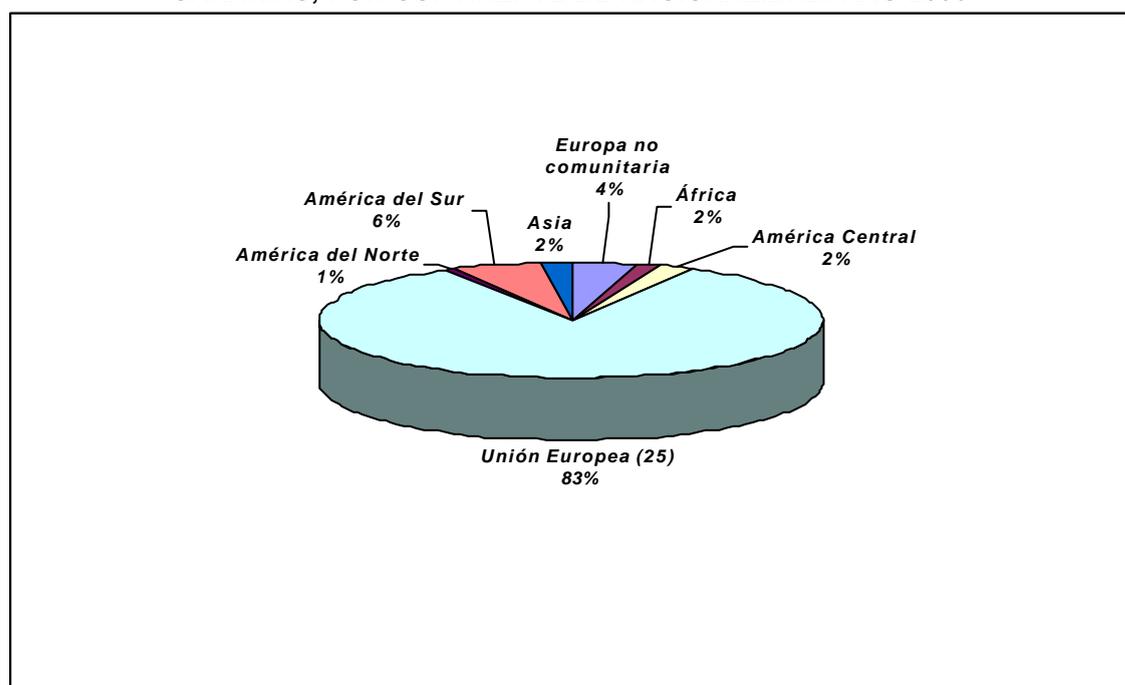
TABLA 6.32. POBLACIÓN EXTRANJERA DE 65 AÑOS Y MÁS RESIDENTE EN CANARIAS, POR CONTINENTE DE NACIONALIDAD. AÑO 2006

	Extranjeros de 65 años y más (1)	Total extranjeros en Canarias
Unión Europea (25)	18.007 (83,56%)	109.727 (47,00%)
Europa no comunitaria	884 (4,10%)	9.963 (4,27%)
África	348 (1,61%)	25.466 (10,91%)
América Central	503 (2,33%)	11.685 (5,01%)
América del Norte	140 (0,65%)	1.329 (0,57%)
América del Sur	1.219 (5,66%)	62.811 (26,91%)
Asia	441 (2,05%)	12.257 (5,25%)
Oceanía	6 (0,03%)	78 (0,03%)
Apátridas	3 (0,01%)	131 (0,06%)
Total	21.551 (100%)	233.447 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna. **Fuente:** Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del Padrón Municipal 2006. Elaboración propia.

De estos 233.447 extranjeros residentes, 21.551 tienen 65 años y más, lo que supone que de cada 100 extranjeros residentes en Canarias, 9,23% son mayores. La tabla 6.32 señala la procedencia de estos extranjeros residentes en Canarias. Mientras que entre el total de extranjeros, el 47% procede de países de la Unión Europea, el 26,91% de América del Sur y el 10,91% de países de África, si atendemos exclusivamente a la procedencia de los extranjeros mayores de 65 años, se observa como la gran mayoría de ellos proceden de países de la Unión Europea; concretamente, el 83,56% de los mayores extranjeros residentes en Canarias procede de algún país de la Unión Europea.

GRÁFICO 6.6. POBLACIÓN EXTRANJERA DE 65 AÑOS Y MÁS RESIDENTE EN CANARIAS, POR CONTINENTE DE NACIONALIDAD. AÑO 2006



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del Padrón Municipal 2006. Elaboración propia.

Los mayores de la Unión Europea proceden principalmente de los siguientes países: Alemania (8.042), Reino Unido (5.125), Italia (1.604), Bélgica (645), Francia (593), Austria (414), Suecia (410), Países Bajos (406), Finlandia (328), Dinamarca (138), Portugal (126) e Irlanda (100).

Los países de mayor procedencia de los mayores de América del Sur son Argentina (359), Venezuela (307), Colombia (224), Uruguay (129), Chile (78) y Perú (60).

Respecto a los mayores de la Europa no Comunitaria, de los 884 residentes en Canarias destacan sobremanera los procedentes de Suiza (443) y Noruega (350).

En cuanto a los extranjeros mayores de América Central, de los 503 residentes en Canarias, 467 proceden de Cuba, situándose en segundo lugar, y a mucha distancia de este país, la República Dominicana con 28 residentes de 65 años y más.

TABLA 6.33. POBLACIÓN MAYOR EXTRANJERA RESIDENTE EN CANARIAS, SEGÚN ISLAS. AÑO 2006

Municipios/Islas	Extranjeros de 65 años y más	% sobre total de mayores extranjeros de la isla	% sobre el total de mayores extranjeros de Canarias
Lanzarote	1.740	100	8,07
Arrecife	162	9,31	0,75
Haría	82	4,71	0,38
San Bartolomé	140	8,05	0,65
Teguise	291	16,72	1,35
Tías	726	41,72	3,37
Tinajo	36	2,07	0,17
Yaiza	303	17,41	1,41
Fuerteventura	1.021	100	4,74
Antigua	111	10,87	0,52
Betancuria	16	1,57	0,07
Oliva (La)	302	29,58	1,40
Pájara	376	36,83	1,74
Puerto del Rosario	97	9,50	0,45
Tuineje	119	11,66	0,55
Gran Canaria	4.224	100	19,60
Agaete	80	1,89	0,37
Aqüimes	120	2,84	0,56
Aldea (La)	5	0,12	0,02
Artenara	1	0,02	0,00
Arucas	20	0,47	0,09
Firgas	12	0,28	0,06
Gáldar	12	0,28	0,06
Ingenio	35	0,83	0,16
Mogán	588	13,92	2,73
Moya	3	0,07	0,01
Palmas de G.C. (Las)	1.412	33,43	6,55
S. Bartolomé de Tirajana	1.409	33,36	6,54
Santa Brígida	58	1,37	0,27
Santa Lucía	233	5,52	1,08
Santa María de Guía	9	0,21	0,04
Tejeda	5	0,12	0,02
Telde	190	4,50	0,88
Teror	14	0,33	0,06
Valsequillo	12	0,28	0,06
Valleseco	2	0,05	0,01
Vega de San Mateo	4	0,09	0,02

Tenerife	13.133	100	60,94
Adeje	1.315	10,01	6,10
Arafo	8	0,06	0,04
Arico	188	1,43	0,87
Arona	2.815	21,43	13,06
Buenavista del Norte	31	0,24	0,14
Candelaria	145	1,10	0,67
Fasnia	2	0,02	0,01
Garachico	44	0,34	0,20
Granadilla de Abona	396	3,02	1,84
Guancha (La)	23	0,18	0,11
Guía de Isora	418	3,18	1,94
Güímar	25	0,19	0,12
Icod de los Vinos	248	1,89	1,15
Laguna (La)	407	3,10	1,89
Matanza de Acentejo	161	1,23	0,75
Orotava (La)	352	2,68	1,63
Puerto de la Cruz	1.682	12,81	7,80
Realejos (Los)	707	5,38	3,28
Rosario (El)	110	0,84	0,51
San Juan de la Rambla	24	0,18	0,11
San Miguel	417	3,18	1,93
Santa Cruz de Tenerife	515	3,92	2,39
Santa Úrsula	266	2,03	1,23
Santiago del Teide	1.980	15,08	9,19
Sauzal (El)	279	2,12	1,29
Silos (Los)	315	2,40	1,46
Tacoronte	146	1,11	0,68
Tanque (El)	7	0,05	0,03
Tegueste	16	0,12	0,07
Victoria de Acentejo	68	0,52	0,32
Vilaflor	23	0,18	0,11
La Gomera	204	100	0,95
Agulo	2	0,98	0,01
Alajeró	17	8,33	0,08
Hermigua	15	7,35	0,07
San Sebastián	58	28,43	0,27
Valle Gran Rey	94	46,08	0,44
Vallehermoso	18	8,82	0,08
La Palma	1.061	100	4,92
Barlovento	3	0,28	0,01
Breña Alta	70	6,60	0,32
Breña Baja	73	6,88	0,34
Fuencaliente	24	2,26	0,11
Garafía	23	2,17	0,11
Llanos de Aridane	340	32,05	1,58
Paso (El)	216	20,36	1,00
Puntagorda	20	1,89	0,09
Puntallana	27	2,54	0,13
San Andrés y Sauces	6	0,57	0,03
Santa Cruz de La Palma	40	3,77	0,19
Tazacorte	71	6,69	0,33
Tijarafe	71	6,69	0,33
Villa de Mazo	77	7,26	0,36
El Hierro	168	100	0,78
Frontera	128	76,19	0,59
Valverde	40	23,81	0,19

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del Padrón Municipal 2006. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución por islas de la población mayor extranjera residente en Canarias, la tabla 6.33 pone de manifiesto que el 60,94% reside en Tenerife, el 19,60% en Gran Canaria, el 8,07% en Lanzarote, el 4,92% en La Palma, el 4,74% en Fuerteventura, el 0,95% en La Gomera y el 0,78% en El Hierro.

Atendiendo a la distribución de estos mayores en cada isla, en la misma 6.33 se observa que en Lanzarote son los municipios de Tías, en primer lugar, y después Yaiza, los que concentran el mayor número de mayores extranjeros. En Fuerteventura son los municipios de Pájara y La Oliva, y en Gran Canaria son los municipios de Las Palmas de Gran Canaria y San Bartolomé de Tirajana los que tienen un mayor número de extranjeros de 65 años y más, seguidos a bastante distancia de Mogán.

En Tenerife sobresale Arona, con 2.815 mayores extranjeros residentes. Le sigue Santiago del Teide con 1.980, y Puerto de la Cruz con 1.682. De hecho, estos municipios de Tenerife son los tres municipios canarios que tienen mayor población de residentes extranjeros de 65 años y más.

En La Gomera, el municipio con el número más elevado de mayores de 65 años extranjeros residentes es Valle Gran Rey; en La Palma, Los Llanos de Aridane y El Paso, y en El Hierro es el municipio de Frontera.

Por último, tal y como refleja la tabla 6.34, los mayores extranjeros residentes en Canarias representan el 8,75% del total de mayores residentes en Canarias en el año 2006, siendo este porcentaje muy superior al 2,71% del conjunto de España.

Las condiciones climáticas de que goza el Archipiélago Canario explican esta diferencia. “El clima es el principal factor de atracción, según han señalado diversos estudios, para que estos extranjeros jubilados escojan los municipios costeros españoles, antes incluso que otras zonas del mediterráneo. En segundo lugar, aprecian el estilo de vida saludable y tranquilo, y en menores proporciones, el bajo coste de vida, la existencia de una comunidad de extranjeros, etcétera”¹⁰.

El propio Instituto de Mayores y Servicios Sociales, en su informe de las personas mayores en España del año 2004, señala que el prototipo de extranjero jubilado se suele instalar en las costas mediterráneas y de las islas Canarias.

TABLA 6.34. PORCENTAJE DE RESIDENTES EXTRANJEROS DE 65 AÑOS SOBRE EL TOTAL DE MAYORES DE CANARIAS Y ESPAÑA. AÑO 2006

	Total Canarias	Total España
65-79 años	9,51%	3,13%
80 años y más	6,02%	1,56%
Total 65 años y más	8,75%	2,71%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del Padrón Municipal 2006. Elaboración propia.

¹⁰ ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España. Informe 2004**. IMSERSO. Observatorio de personas mayores, p. 53.

6.2.8. Características demográficas de las personas mayores en Canarias: estado civil y mortalidad.

6.2.8.1. Estado civil

“El estado civil tiene repercusiones en el apoyo (emocional, económico y de convivencia) que los mayores puedan recibir o dar, en el hogar o en la familia, pues ésta sigue siendo la principal fuente de ayuda. Por tanto, conocer el estado marital es útil pues provee una indicación de las fuentes potenciales de apoyo en caso de aumento de la dependencia. Vivir con el cónyuge es un factor decisivo para evitar el recurso a la ayuda formal y los servicios sociales, es el principal apoyo para mantener la independencia. La soledad, más frecuente entre las mujeres de edad, suele ser más temida por los varones, por la dificultad en el manejo de actividades domésticas, al menos en estas generaciones de mayores en que los papeles productivos y los domésticos han estado muy diferenciados por sexo”¹¹.

Entre los mayores de Canarias el estado civil mayoritario es el de casado. Según los datos del Censo de Población y Viviendas de 2001, un 57,27% estaban casados, un 31,77% eran viudos, un 8,25% solteros, un 1,64% separados y un 1,06% divorciados.

Sin embargo, se observan diferencias importantes entre sexos. El estado civil mayoritario entre los hombres es el de casado (76,47%), mientras que en las mujeres es el de viuda (45,84%). De hecho hay un 32% más de viudas que de viudos. Este hecho está claramente relacionado con la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres en relación con los hombres. “Una conclusión importante sobre la situación del estado civil es que, en la mayoría de los casos, los varones tendrán quien les atiende si caen en dependencia cuando la salud falle, y las mujeres no; conclusión que se refuerza de los estudios sobre naturaleza del cuidado: la cifra de esposas cuidadoras es muy superior al de varón cónyuge cuidador, y en caso de viudez femenina, obviamente han de acudir a las hijas y a otros familiares, si los tienen.”¹²

Si la longevidad de los hombres se acercase a la de las mujeres, a buen seguro se produciría una cierta compensación en el tipo de convivencia, menos soledad para las mujeres, pues los dos cónyuges podrían atenderse más tiempo el uno al otro. En caso de que la esperanza de vida siga aumentando como lo ha hecho hasta ahora, a favor de las mujeres, se producirá el efecto contrario.

TABLA 6.35. ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN MAYOR DE CANARIAS. AÑO 2001

	Total (1)	Hombres	Mujeres
Soltero	16.587 (8,25%)	6.155 (7,04%)	10.432 (9,19%)
Casado	115.095 (57,27%)	66.816 (76,47%)	48.279 (42,51%)
Viudo	63.843 (31,77%)	11.786 (13,49%)	52.057 (45,84%)
Separado	3.298 (1,64%)	1.612 (1,84%)	1.686 (1,48%)
Divorciado	2.131 (1,06%)	1.012 (1,16%)	1.119 (0,99%)
Total	200.954 (100%)	87.381 (100%)	113.573 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna. **Fuente:** Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población y Viviendas 2001.

¹¹ ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España. Informe 2004.** IMSERSO. Observatorio de personas mayores, p. 56.

¹² ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España. Informe 2004.** IMSERSO. Observatorio de personas mayores, p. 56.

6.2.8.2. Mortalidad

Las defunciones en Canarias son fundamentalmente de personas mayores. Así, en el año 2003, fallecieron en las islas 12.341 personas, de las que 9.290 tenían 65 años y más, cifra que representa el 75,28% del total de fallecidos. Para el año 2004, de 12.517 fallecidos, 9.347 (74,67%) eran mayores, y en el año 2005, del total de 12.692 fallecimientos, el 76,22% fueron de personas mayores. Por tanto, de cada cuatro fallecimientos que se producen en Canarias, tres corresponden a personas de entre 65 años y más.

La tabla 6.36 recoge las defunciones de la población mayor de Canarias según sexo e isla de residencia. En ella se observa que los fallecimientos de los hombres son, para cada uno de los tres años estudiados, ligeramente superior a los de las mujeres.

(Ver la TABLA 6.36 al final del presente documento - [Página 192.](#))

La principal causa de muerte en Canarias, tanto entre la población general como entre las personas mayores está relacionada con enfermedades del sistema circulatorio. De los 12.517 fallecimientos que hubo en el año 2004, el 32,19% lo fueron por enfermedades del sistema circulatorio, y de los 9.347 mayores fallecidos en Canarias, en ese mismo año, 3.414 fueron por esta causa, cifra que representa el 36,53% del total de fallecimientos de mayores (ver tabla 6.36). Además, el 85% de los fallecidos por estas enfermedades en Canarias en dicho año tenían 65 años y más. Dentro de este grupo de mayores fallecidos por enfermedades del sistema circulatorio, las causas de muerte fueron las siguientes: enfermedades cerebrovasculares, 725 defunciones; infarto agudo de miocardio, 704 defunciones; otras enfermedades isquémicas del corazón, 654 defunciones; otras enfermedades del corazón, 559 defunciones; insuficiencia cardiaca, 362 defunciones; enfermedades hipertensivas, 218 fallecimientos; otras enfermedades de los vasos sanguíneos, 101 fallecimientos; aterosclerosis, 59 fallecimientos, y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, 32 defunciones. Las enfermedades del sistema circulatorio son una causa de muerte mayor entre las mujeres de 65 años y más que entre los hombres. El 39,73% de las mujeres mayores fallecidas en Canarias en el 2004 lo fueron por esta causa, por un 33,35% de hombres.

Los tumores son la segunda causa de muerte en Canarias para la población general y para las personas mayores. Sin embargo, esta causa está menos concentrada en las edades superiores: el 67,49% de los fallecidos por tumores son personas mayores, es decir, siete de cada diez fallecidos por tumores tenía 65 años y más, mientras que en la primera causa de muerte, las enfermedades circulatorias, casi 9 de cada 10 fallecidos tenían 65 años y más. Al contrario de lo que ocurre con las enfermedades circulatorias, el fallecimiento por tumores es claramente mayor entre los hombres (30,55%) que entre las mujeres (19,21%). En total son 2.328 los mayores que fallecieron por tumores en Canarias en el año 2004, destacando entre todos el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, que afecta a los hombres en muchísima mayor proporción que a las mujeres, dado que de los 381 mayores fallecidos por esta causa, 319 eran hombres y 62 mujeres, es decir, 83,73% por 16,27%. “Este tipo de cáncer, también conocido como el cáncer de los fumadores, está estrechamente relacionado con el consumo de tabaco, hábito muy desarrollado entre varones de todas las edades (fumadores y ex fumadores), poco extendido entre mujeres de edad. Es un cáncer con elevada mortalidad antes de alcanzar los 65 años.

Por otra parte, la experiencia de lo que sucede en otros países puede servir como previsión de lo que sucederá en España. En los países nórdicos la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres es destacable, debido a su mayor consumo de tabaco, hábito ya muy extendido entre las mujeres españolas de edad intermedia y joven, que pueden seguir similar patrón de mortalidad en edades intermedias y avanzadas en un futuro próximo¹³.

La segunda causa de muerte dentro de los tumores es el tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados, con 228 defunciones. A continuación el tumor maligno de colon, 214 defunciones; tumor maligno de la próstata, 180 defunciones; tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, con 148 defunciones. A continuación se sitúan las muertes por tumor maligno de mama, con 138 defunciones, siendo éste el tipo de cáncer más importante entre las mujeres de edad. Le sigue el tumor maligno de vejiga, 118 defunciones; el tumor maligno del páncreas, 112 defunciones; y el tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas, 108 defunciones.

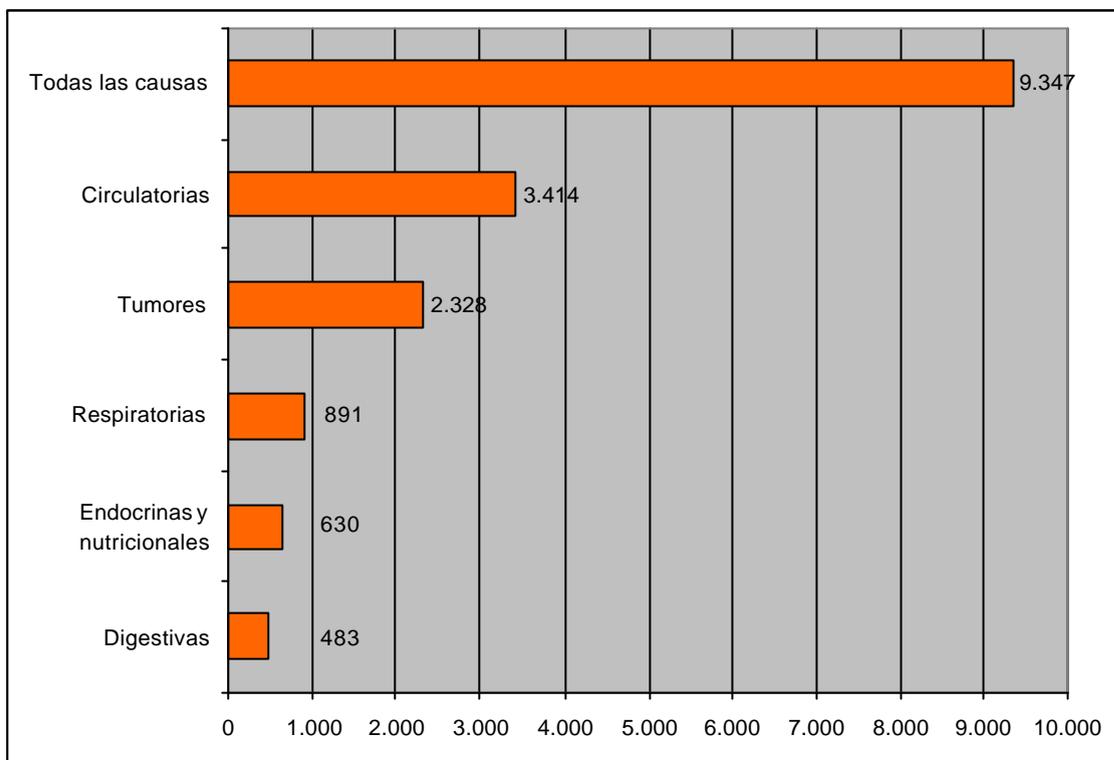
TABLA 6.37. DEFUNCIONES POR CAUSA DE MUERTE DE LA POBLACIÓN TOTAL Y DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS, POR SEXO. CANARIAS, 2004

Causa de muerte	Total población (1)	Total 65 años y más	Hombres 65 años y más	Mujeres 65 años y más
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	285 (2,28%)	161 (1,72%)	70 (1,49%)	91 (1,96%)
Tumores (neoplasias)	3.450 (27,56%)	2.328 (24,91%)	1.435 (30,55%)	893 (19,21%)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	70 (0,56%)	55 (0,59%)	18 (0,38%)	37 (0,80%)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	702 (5,61%)	630 (6,74%)	231 (4,92%)	399 (8,58%)
Trastornos mentales y del comportamiento	324 (2,59%)	301 (3,22%)	122 (2,60%)	179 (3,85%)
Enfermedades del sistema nervioso	383 (3,06%)	304 (3,25%)	121 (2,58%)	183 (3,94%)
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2 (0,02%)	2 (0,02%)	1 (0,02%)	1 (0,02%)
Enfermedades del sistema circulatorio	4.029 (32,19%)	3.414 (36,53%)	1.567 (33,35%)	1.847 (39,73%)
Enfermedades del sistema respiratorio	1.024 (8,18%)	891 (9,53%)	514 (10,94%)	377 (8,11%)
Enfermedades del sistema digestivo	678 (5,42%)	483 (5,17%)	236 (5,02%)	247 (5,31%)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	49 (0,39%)	48 (0,51%)	16 (0,34%)	32 (0,69%)
Artropatías	124 (0,99%)	111 (1,19%)	37 (0,79%)	74 (1,59%)
Enfermedades del sistema genitourinario	219 (1,75%)	203 (2,17%)	92 (1,96%)	111 (2,39%)
Embarazo, parto y puerperio	2 (0,02%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	69 (0,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	61 (0,49%)	4 (0,04%)	1 (0,02%)	3 (0,06%)
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	360 (2,88%)	193 (2,06%)	105 (2,23%)	88 (1,89%)
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	686 (5,48%)	219 (2,34%)	132 (2,81%)	87 (1,87%)
Total	12.517 (100%)	9.347 (100%)	4.698 (100%)	4.649 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

¹³ ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T: *Las personas mayores en España*. Informe 2004. IMSERSO. Observatorio de personas mayores, pp. 109-110

GRÁFICO 6. 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ENTRE LOS MAYORES. CANARIAS 2004



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Elaboración propia.

6.2.9. Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios, la sociedad canaria ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas, con un aumento considerable en cuanto a la adquisición de conocimientos y educación. No obstante, el colectivo que menos se ha visto afectado por estos cambios es el de la población de 65 años y más, que en comparación con la población general presenta unos bajos niveles de educación reglada.

Los resultados del Censo de Población y Viviendas del año 2001 evidencian que en Canarias, el 3,61% de la población de 16 años y más no sabe leer ni escribir. En el grupo de 65 años y más este porcentaje es del 14,36%. Así, de las 50.154 personas de 16 años y más en Canarias que no saben leer ni escribir, 28.850 tienen 65 años y más, cifra que representa el 57,52%.

Por islas, la tabla 6.38 pone de manifiesto que la isla con mayor porcentaje de población de 65 años y más que no sabe leer ni escribir es La Gomera, con un 21,39%, seguida de Fuerteventura (16,69%), Lanzarote (15,92%) y Tenerife (15,30%). Las otras islas presentan un porcentaje de población mayor que no sabe leer ni escribir que es inferior a la media regional, siendo este resultado en Gran Canaria del 14,02%, del 10,64% en El Hierro y del 7,60% en La Palma.

Por sexo, las tablas 6.39 y 6.40 evidencian que las mujeres de 65 años y más superan a los hombres en ese nivel de estudios, con un porcentaje para toda Canarias del 17,14% por un 10,74% de hombres. En ambos sexos es la isla de La Gomera la que tiene mayor porcentaje de población mayor que no sabe leer ni escribir.

En el segundo nivel de estudios más bajo, el de menos de cinco años de escolarización, mientras que entre la población de Canarias de 16 años y más, el porcentaje es del 12,90%, entre la población mayor es del 38,41%, alcanzando en la isla de El Hierro el 53,70%, en La Gomera el 47,95%, La Palma 44,64%, Fuerteventura 43,07%, Lanzarote 39,96%, Gran Canaria 39,02% y Tenerife 35,86%.

Por sexos se mantiene la tendencia ya expresada para el grupo de los que no saben leer ni escribir, es decir, mayor porcentaje de mujeres con menos de cinco años de escolarización (39,10% por 37,52% de hombres).

En el tercer nivel de estudios más bajo, el de “sin completar bachiller elemental, ESO o EGB”, el porcentaje dentro del grupo de población de 65 años y más es del 27,90%, situándose casi cinco puntos por encima del 23,13% para la población canaria de 16 años y más. En este caso, y ciñéndonos exclusivamente al grupo de mayores, el porcentaje de las mujeres y hombres está muy equilibrado (27,93% y 27,85%, respectivamente).

A partir del nivel de estudios de Bachiller elemental, ESO o EGB completa el porcentaje de población de 16 años y más supera al de los mayores. En este nivel de estudios la proporción es de 29,06% para la población de 16 años y más, por un 10,60% para los mayores.

Los niveles de estudios de bachiller superior, BUP/LOGSE/COU/PREU, FPI y FPII representan el 20,30% de la población canaria de 65 años y más, por un 4,95% de los mayores. Es en la isla de Gran Canaria donde el porcentaje de población mayor en estos niveles de estudios es más alto, alcanzado el 5,29%, seguida de Tenerife con un 5,20%, Fuerteventura con 4,63%, Lanzarote con 4,50%, La Palma con 2,86%, La Gomera con 2,1%, y El Hierro con un 1,5%.

Por último, los tres niveles más altos (Diplomatura, Licenciatura y Doctorado) representan entre la población de las islas de 16 años y más el 10,99%. En cambio, en la población de 65 años y más, el porcentaje es del 3,77%, bajando en la isla de La Gomera al 1%, en El Hierro al 1,33%, 2,26% en La Palma, 2,24% en Fuerteventura, 3% en Lanzarote y 3,17% en Gran Canaria. Tenerife, por su parte, presenta una proporción de mayores con niveles de estudios más altos del 4,34%, ligeramente superior a la media del total de mayores de Canarias.

Por sexos, el porcentaje de hombres de 65 años y más con nivel de estudios de Diplomatura, Licenciatura o Doctorado es del 5,63%, por un 2,35% de mujeres. Los mayores porcentajes se detectan entre los hombres de Tenerife (6,44%) seguido de los hombres de Gran Canaria (5,59%).

(Ver las TABLAS 6.38, 6.39 y 6.40 al final del presente documento - [Página 193.](#))

6.2.10. Relación con la actividad económica

La participación de la población de 65 años y más en la actividad económica es muy reducida. Los datos del Censo de Población y Viviendas del año 2001 señalan que el porcentaje de mayores económicamente activos en Canarias es del 2,75%, aumentando al 4,54% entre los hombres y descendiendo entre las mujeres al 1,38%. Por islas, el mayor porcentaje de hombres y mujeres activas está en Fuerteventura (5,15% y 3,05% respectivamente), mientras que las menores tasas de actividad se encuentran, entre las mujeres, en La Palma (0,93%) y entre los hombres en La Gomera (3,40%).

TABLA 6.41. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN CANARIA DE 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ISLAS Y SEXO. AÑO 2001

	Población de 65 años y más (1)	Activos	Inactivos
Lanzarote			
Hombres	3.377 (100%)	162 (4,80%)	3.215 (95,20%)
Mujeres	4.036 (100%)	78 (1,93%)	3.958 (98,07%)
Total	7.413 (100%)	240 (3,24%)	7.173 (96,76%)
Fuerteventura			
Hombres	1.826 (100%)	94 (5,15%)	1.732 (94,85%)
Mujeres	2.003 (100%)	61 (3,05%)	1.942 (96,95%)
Total	3.829 (100%)	155 (4,05%)	3.674 (95,95%)
Gran Canaria			
Hombres	36.652 (100%)	1.641 (4,48%)	35.011 (95,52%)
Mujeres	47.398 (100%)	548 (1,16%)	46.850 (98,84%)
Total	84.050 (100%)	2.189 (2,60%)	81.861 (97,40%)
Tenerife			
Hombres	37.559 (100%)	1.731 (4,61%)	35.828 (95,39%)
Mujeres	49.595 (100%)	760 (1,53%)	48.835 (98,47%)
Total	87.154 (100%)	2.491 (2,86%)	84.663 (97,14%)
La Gomera			
Hombres	1.441 (100%)	49 (3,40%)	1.392 (96,60%)
Mujeres	1.846 (100%)	26 (1,41%)	1.820 (98,59%)
Total	3.287 (100%)	75 (2,28%)	3.212 (97,72%)
La Palma			
Hombres	5.740 (100%)	249 (4,34%)	5.491 (95,66%)
Mujeres	7.751 (100%)	72 (0,93%)	7.679 (99,07%)
Total	13.491 (100%)	321 (2,38%)	13.170 (97,62%)
El Hierro			
Hombres	786 (100%)	39 (4,96%)	747 (95,04%)
Mujeres	944 (100%)	21 (2,22%)	923 (97,78%)
Total	1.730 (100%)	60 (3,47%)	1.670 (96,53%)
Canarias			
Hombres	87.381 (100%)	3.965 (4,54%)	83.416 (95,46%)
Mujeres	113.573 (100%)	1.566 (1,38%)	112.007 (98,62%)
Total	200.954 (100%)	5.531 (2,75%)	195.423 (97,25%)

(1) Porcentajes horizontales sobre cada sexo y sobre el total. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISATC). Censos de población y Viviendas 2001. Elaboración propia.

Para la gran mayoría de los hombres, la condición de inactivo equivale a la de jubilado (90,26%). En el caso de las mujeres, la situación es mucho más plural, dado que tres situaciones, con diferencias muy escasas entre sí aglutinan al 92% de ellas, siendo la condición mayoritaria la estar cobrando pensión de viudedad (31,86%), seguida de la de jubilada (30,91%), y en tercer lugar la situación de ama de casa (29%).

TABLA 6.42. MAYORES INACTIVOS EN CANARIAS SEGÚN CLASE DE INACTIVIDAD Y SEXO. AÑO 2001

	Total (1)	Hombres	Mujeres
Jubilado	109.915 (56,24%)	75.294 (90,26%)	34.621 (30,91%)
Cobra pensión incapacidad	9.767 (5,00%)	4.042 (4,85%)	5.725 (5,11%)
Cobra pensión viudedad	36.981 (18,92%)	1.278 (1,53%)	35.703 (31,86%)
Estudiante	329 (0,17%)	93 (0,11%)	236 (0,21%)
Voluntariado social	149 (0,08%)	31 (0,04%)	118 (0,11%)
Necesita ayuda	1.583 (0,81%)	280 (0,34%)	1.303 (1,16%)
Tareas del hogar	33.758 (17,27%)	1.313 (1,57%)	32.445 (29,00%)
Otra situación	2.941 (1,50%)	1.085 (1,30%)	1.856 (1,66%)
Total	195.423 (100%)	83.416 (100%)	112.007 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna. **Fuente:** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Censos de población y Viviendas 2001. Elaboración propia.

6.3. Condiciones de vida

6.3.1. Vivienda, convivencia, régimen de tenencia y condiciones del hogar

Para el análisis de las condiciones de vida de la población en Canarias resulta imprescindible entender que una gran parte del gasto de las personas y familias isleñas es la vivienda. De hecho, el 38,41% de las familias canarias define el gasto en vivienda como una carga pesada en su estructura de gastos.

Las características básicas de la vivienda en las Islas son similares a las de la generalidad del territorio español: 1) escaso peso de la vivienda en alquiler frente a la propiedad; 2) altas cifras de viviendas desocupadas; 3) fuerte crecimiento de los precios, muy elevados (si bien con una tendencia a ralentizarse) y, sobre todo, 4) gran volumen de endeudamiento familiar para el acceso a la vivienda. Esta última situación no ha hecho más que agravarse en los últimos años.

Las personas mayores de 65 años de edad constituyen un grupo específico con respecto a su relación con la vivienda. Sus **modalidades de convivencia** presentan formas diferenciales: se localizan más que el resto de la población en hogares unipersonales, hogares con pareja sin hijos, en sistemas de rotación familiar o bien, en centros residenciales para personas mayores.

TABLA 6.43. COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES EN CANARIAS POR EDADES

	0 a 65 años	de 65 a 75 años	Más de 75 años	TOTAL
Una persona	12,2	22,4	32,7	16,4
Dos personas	22,5	40,3	44,0	28,3
De 3 a 5	61,1	33,8	20,9	51,4
Más de 5	14,0	8,2	5,2	11,9

Fuente: Cuestionario de Hogares EICVH. ISTAC (2004)

La **composición de hogares** en Canarias pone de manifiesto que, a medida que se incrementa la edad, aumenta el número de personas que viven en hogares unipersonales y se reduce drásticamente el de personas que viven en familias de tres a más miembros. En los tramos de edad más elevados son, fundamentalmente, las mujeres quienes viven en hogares unipersonales, revelando el peso de las viudas: las mujeres sobreviven a sus esposos, y comienzan desde entonces a vivir solas. O bien, y teniendo en cuenta que el incremento de la edad supone también un aumento del riesgo de dependencia, se inician sistemas de rotación familiar, movilidad al hogar de los hijos o hijas o de traslado a centros de atención específica.

El hecho de que las personas mayores vivan solas con mayor frecuencia que otros grupos poblacionales puede interpretarse en diversos sentidos. En primer lugar, resulta habitual, cuando se pregunta a las Personas Mayores sobre sus preferencias al respecto, que manifiesten sus deseos de vivir de forma autónoma e independiente, en su “casa de toda la vida”, siempre que sea posible. Esta voluntad se presenta acorde con la definición actual de calidad de vida, que define la satisfacción vital con parámetros de autonomía, posibilidades de autoorganización y de permanencia en los espacios que generan confianza y arraigo.

TABLA 6.44. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, SEGÚN SEXO Y PERSONA DE REFERENCIA EN LOS HOGARES. ESPAÑA Y CANARIAS

	ESPAÑA			CANARIAS		
	Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
Hogares unipersonales	1.043.471	315.466	1.358.937	23.101	9.773	32.874
Hogares sin núcleo	292.318	107.276	399.594	3.892	1.847	5.739
Hogares con núcleo	2.368.299	2.245.201	4.613.500	22.847	70.283	93.130
Pareja sin hijo/as	1.254.210	1.398.152	2.652.362	2.396	28.392	30.788
Parejas con hijos/as	691.309	757.142	1.448.451	3.459	38.363	41.822
Padre solo con hijos/as	0	89.907	89.907	0	3.528	3.528
Madre sola con hijos/as	422.780	0	422.780	16.992	0	16.992
Hogares con dos o más núcleos	193.997	195.342	389.339	2.982	10.475	13.457
TOTAL	3.898.085	2.863.285	6.761.370	52.822	92.378	145.200

Fuente: INE (2001) e ISTAC (1996). Elaboración propia.

Desde esta lógica, el interés de los servicios públicos ha de centrarse en facilitar la vida de estas personas que, con cada vez más frecuencia, vivirán un prolongado período vital en hogares unipersonales. Los servicios pensados para este tipo de perfil, tales como la **tele-asistencia** y, en general, los **servicios de ayuda a domicilio**, (en adelante, S.A.D.) tienen un impacto muy reducido en Canarias, comparado con la media de España. Sin embargo, conviene pensar en un mayor desarrollo de los mismos, tanto intensivo como extensivo, para prever con antelación estas nuevas tendencias que se traducen en demandas relativamente novedosas que exigen las pautas de vida de las familias y de personas mayores.

Hasta ahora, las deficiencias que presentan estos tipos de recursos públicos y privados han sido cubiertas por las redes informales de cuidados. Es decir, fundamentalmente por las mujeres de la familia que asumieron la atención a las personas mayores en mayor o menor grado (asistencia a domicilio, atención en períodos de enfermedad, visitas preventivas, traslados permanentes o temporales al propio hogar, etcétera). Pero no conviene olvidar que la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo y los nuevos modelos de familia está cambiando la disponibilidad de las mujeres como recurso informal que ha contribuido hasta la fecha a invisibilizar la falta de cobertura de los servicios de atención a las personas mayores, a los menores y a los enfermos.

Las familias de doble salario, las más frecuentes en todo el territorio canario y español, requieren de los ingresos por trabajo de todos los miembros del hogar. A esta estrategia económica se le une el hecho de que, para las mujeres, la incorporación al empleo es un elemento de adquisición de la ciudadanía que permite reconocer sus derechos, puesto que el ingreso por el trabajo es el recurso básico para generar autonomía y posibilitar las relaciones de igualdad en la familia. Estos nuevos procesos económicos y culturales que podemos entender como positivos para reducir las diferencias sociales y entre los miembros de la familia generan, como resulta habitual en los procesos de cambio social, inconvenientes que, en este caso, afectan a las posibilidades de reproducción de los hogares y de atención a los cuidados de las personas mayores.

En definitiva, las mujeres que trabajan no pueden responder con la misma intensidad a las necesidades de quienes necesitan los cuidados de terceras personas, vivan o no vivan solos. Sin embargo, ante la falta de recursos sociosanitarios y la falta de

colaboración de los hombres, en realidad los cuidados informales siguen recayendo de forma desproporcionada en las féminas, inmersas en estrategias cotidianas que intentan combinar los espacios y tiempos laborales, con los del trabajo en casa, el cuidado de los hijos, de los enfermos y la atención a los mayores.

Así, el desarrollo de sistemas públicos de atención a domicilio para aquellas personas que deseen permanecer en ellos no solo resulta ser un beneficio para los mayores sino también un elemento para disminuir las desigualdades sociales entre generaciones, y entre hombres y mujeres.

La segunda perspectiva que se relaciona con el análisis de las personas mayores que viven solas tiene que ver con las condiciones de vivienda que puedan asociarse a su calidad de vida y posibilidades reales de autonomía. Este punto de vista invita a tener en cuenta que muchos mayores atraviesan dificultades económicas que pueden afectar a las condiciones de su alojamiento.

Según los datos aportados por la Encuesta sobre los Ingresos y las Condiciones de Vida en los Hogares (en adelante, EICVH), realizada por el ISTAC en 2004, podemos señalar una serie de características referidas a los condiciones de los hogares, las infraestructuras y los barrios, el régimen de tenencia de las viviendas, las dificultades en sus pagos, los años habitando en ellas, etcétera, de las personas mayores de 65 años en Canarias.

Respecto a las **condiciones de los hogares**, la mayoría de las personas mayores no disponen de una vivienda con acceso para personas con discapacidad (68,7%), lo que puede suponer serias dificultades para salir o entrar de la vivienda. Las condiciones de **acceso a la casa** limitan gravemente la movilidad en los casos en los que aparecen problemas de salud temporales o progresivos que afectan al movimiento, y son especialmente preocupantes entre quienes viven solos. Además, un 3,3% de los mayores tienen suelos sin pavimentar o con desperfectos. El 23,4% vive en viviendas con problemas de impermeabilización que provocan goteras o humedades. El 23,4% de los mayores viven en vivienda con problemas de estructura que provocan grietas graves en paredes o techos. Un 8,6% de las personas mayores en Canarias tienen problemas en la instalación de fontanería que provocan goteras o humedades en su vivienda o en otras colindantes.

En relación con las **infraestructuras y el entorno**, la contaminación y los malos olores son un problema para el 21,4% de los mayores en Canarias, según los datos censales del 2001 (INE: 2004). Una situación que se agrava más en la provincia de Las Palmas con un 23,4% frente al 19,7% de personas mayores que sufren estos inconvenientes en Santa Cruz de Tenerife. El 30,5% de las personas mayores en Canarias dicen sufrir ruidos exteriores a su vivienda según esta misma fuente.

Respecto al **régimen de tenencia** de la vivienda de las personas mayores de 65 años, podemos ver (tabla 6.45) que la mayoría es de propiedad (75,2%), observándose diferencias territoriales nada desdeñables: el porcentaje de personas mayores que son propietarias de su vivienda es mayor en todas las islas de la provincia de Santa Cruz de Tenerife (el 79,9% de los mayores poseen la casa donde viven en esta provincia, frente al 69,1% en la provincia de Las Palmas).

TABLA 6.45. RÉGIMEN DE TENENCIA DE LAS VIVIENDAS DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN CANARIAS (%)

	PROPIEDAD	ALQUILER	OTROS
LANZAROTE	69,0	28,0	3,0
FUERTEVENTURA	61,6	32,4	5,9
GRAN CANARIA	76,6	16,3	7,1
TENERIFE	80,1	14,9	5,0
LA GOMERA	81,5	13,3	5,2
LA PALMA	79,6	13,7	6,7
EL HIERRO	78,3	19,2	2,5
CANARIAS	75,2	19,7	5,1

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

El 18% de las personas mayores de 65 años en Canarias están aún pendientes de pagar la vivienda. En la provincia de Las Palmas, los pagos pendientes por préstamos a vivienda de las personas mayores afectan a porcentajes más altos de población con más de 65 años (22,5% de media, en la que destaca el 27% de mayores en Lanzarote que tienen pendientes estos pagos). Sin embargo, este endeudamiento alcanza solo al 14,6% de la población mayor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Una media de la que se aleja más la isla de Tenerife con un 20,7% de pagos pendientes.

TABLA 6.46. PAGOS DE VIVIENDA PENDIENTE POR PRÉSTAMOS. MAYORES DE 65 AÑOS EN CANARIAS (%)

	SÍ	NO
LANZAROTE	27,0	65,9
FUERTEVENTURA	18,9	75,9
GRAN CANARIA	21,7	62,8
TENERIFE	20,7	72,1
LA GOMERA	11,2	82,2
LA PALMA	14,0	77,7
EL HIERRO	12,5	81,9
CANARIAS	18,0	74,1

Los porcentajes que faltan para llegar a 100 corresponden a quienes no contestaron a dicha pregunta en la encuesta. Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

Los años que llevan viviendo en el hogar las personas mayores de 65 años nos indica, además del potencial arraigo a la casa y al entorno, la movilidad (o no) de la población en los últimos años y décadas, el proceso de urbanización en las Islas, las diferencias territoriales, el deterioro posible de los hogares, etcétera. Más del 60% residen hace más de diez años, el 31,4% más de treinta. Esto indica un fuerte componente afectivo y cognitivo al respecto. En Lanzarote y Fuerteventura, la mayoría de las personas mayores de 65 años no llevan más de diez años viviendo en su hogar (casi el 60%, de forma inversa a la media de Canarias), mientras que, en el sentido contrario, en La Gomera y La Palma acumulan los más altos porcentajes de mayores que viven en sus hogares más de diez años (más del 70%).

La estrategia de las distintas administraciones públicas al respecto ha sido mantener y potenciar un buen servicio de asistencia domiciliar (teleasistencia, S.A.D., programas de control y atención a la vivienda de quienes se encuentran en circunstancias como el empobrecimiento y la soledad), potenciar el uso de los Centros de Día, así como fomentar el alojamiento alternativo: residencias, viviendas compartidas.

Específicamente, desde el área de los servicios sociales se trata de desarrollar una programación de actividades de promoción y prevención en los Centros de Día de mayores, con el propósito de que se ofrezcan servicios homogéneos y se tipifique un mínimo en las cualificaciones profesionales del personal de dicho recurso. Asimismo, desde las áreas de Vivienda, Salud y Servicios Sociales se considera prioritario elaborar información precisa y sencilla (manuales, folletos, etcétera) sobre medidas de accesibilidad, seguridad y adaptación del hogar que faciliten la autonomía personal.

TABLA 6.47. AÑOS RESIDIENDO EN EL ACTUAL HOGAR POR PARTE DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN CANARIAS (%)

	Menos de 2 años	De 2 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 29 años	De 30 a 49 años	50 y más años
LANZAROTE	19,6	22,6	15,4	21,5	16,5	4,5
FUERTEVENTURA	25,4	21,2	11,8	22,3	12,0	7,3
GRAN CANARIA	9,0	11,8	14,4	30,5	25,7	8,6
TENERIFE	8,8	11,6	13,0	32,9	18,9	14,8
LA GOMERA	11,8	8,5	7,9	28,5	25,2	18,2
LA PALMA	8,7	8,6	11,4	30,9	23,3	17,1
EL HIERRO	10,5	10,5	13,8	37,7	17,8	9,8
CANARIAS	13,4	13,5	12,5	29,2	19,9	11,5

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

6.3.2. Relación de las personas mayores de 65 años con la actividad económica

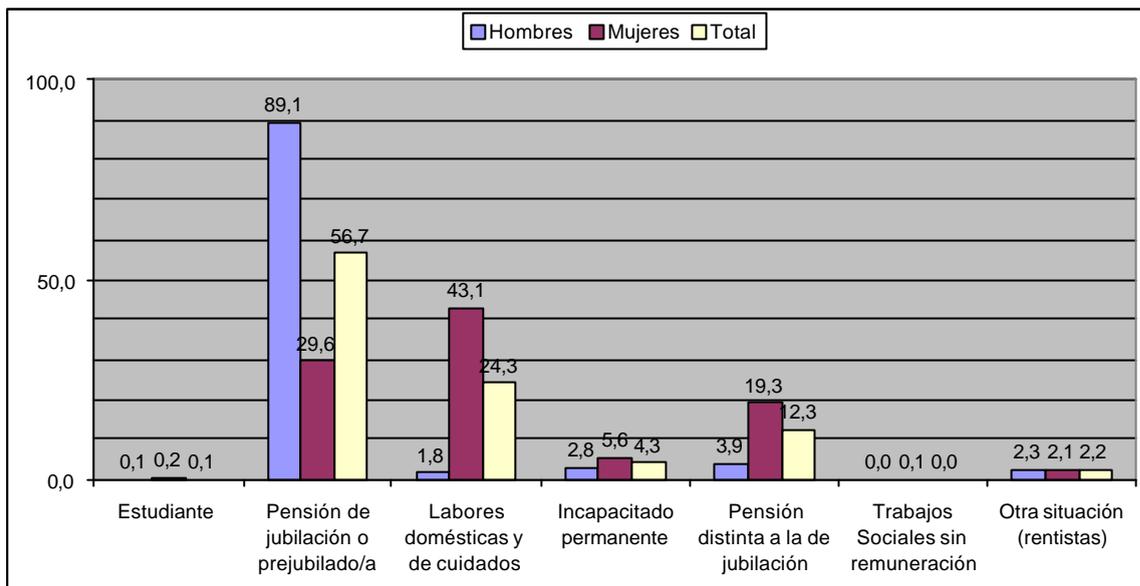
Obviamente, tal como muestra el gráfico 6.8, nos encontramos ante unas personas ubicadas en un tramo de edad cuya principal característica respecto a la actividad productiva es la jubilación, que es la principal fuente de ingresos. En efecto, la gran mayoría de las personas mayores de 65 años percibe una pensión de jubilación (56,7%), distinguiéndose claramente por sexos dicha situación. Este porcentaje es muy elevado en los hombres de dicho bloque de edad (89,1%) frente a las mujeres (29,6%). Esto demuestra que, en pretéritas generaciones, existía una nítida división sexual del trabajo que hacía, por una parte, invisible, estadísticamente hablando, a las tareas realizadas por las mujeres (por ejemplo en la aparcería) y, por otra parte, refleja la escasa o nula incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo (público y privado).

Las mujeres mayores de 65 años aparecen sobrerrepresentadas en el cobro de pensiones distintas a la jubilación, visibilizando el peso de las pensiones de viudedad en las mujeres (19,3%). Las mujeres de estas generaciones desarrollaron actividades laborales en el marco de la economía sumergida y la ayuda familiar y se dedicaron, con independencia de haberse dedicado o no a este tipo de trabajos, a las tareas domésticas y de cuidados.

Hay que señalar también que el 4,2% de personas mayores de 65 años en Canarias realizan todavía algún trabajo remunerado. A dicho porcentaje debemos sumar a un 0,3% que manifiestan estar realizando algún tipo de tarea productiva, aunque afirman que no reciben ingreso alguno por ello. En el caso de los hombres, el porcentaje de quienes sigue trabajando se incrementa al 6,2%, mientras que la proporción de las mujeres mayores que trabajan remuneradamente se reduce al 2,6% (EICVH: 2004). En algunos sectores la edad de jubilación alcanza hasta los 70 años de edad o incluso

lo sobrepasan. Hay actividades, como la agricultura y la ganadería, o la atención social y sanitaria (formal y, sobre todo, informal) que requieren un seguimiento continuo que va más allá de las edades.

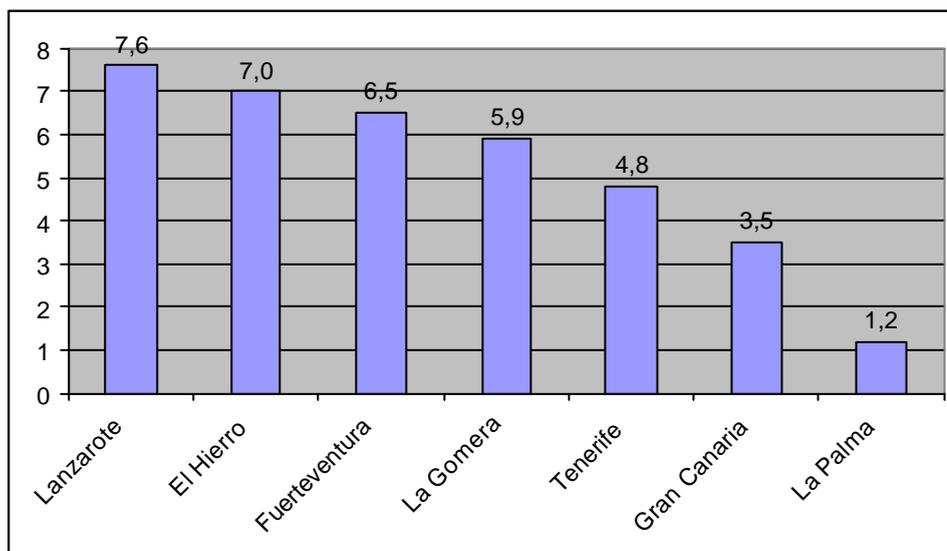
GRÁFICO 6.8. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN CANARIAS



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

Por sexos, además de la desigual proporción entre quienes realizan aún alguna tarea remunerada (más varones que mujeres), se observa una nítida división tradicional del trabajo en base al sistema de género. El 43,1% de las mujeres que siguen trabajando manifiesta dedicarse en la actualidad al trabajo reproductivo que suponen las actividades domésticas y de cuidados.

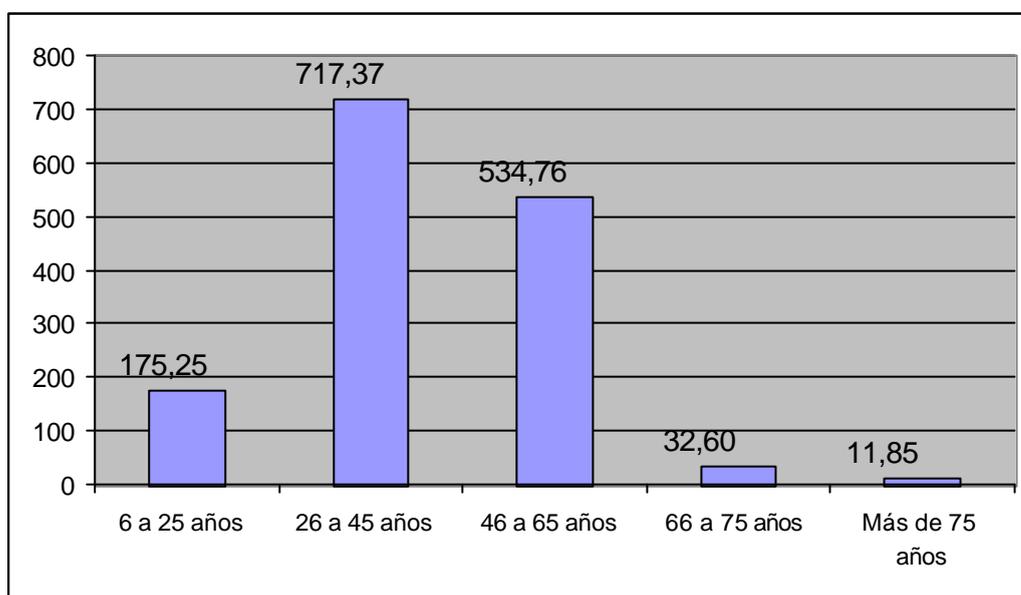
GRÁFICO 6.9. PORCENTAJE DE MAYORES DE 65 AÑOS CON TRABAJO REMUNERADO, POR ISLAS



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

Con respecto a la distribución insular de las Personas Mayores que mantienen su actividad productiva, podemos observar que Lanzarote, El Hierro, Fuerteventura y La Gomera sobrepasan la media, mientras que en Tenerife, Gran Canaria y La Palma hallamos unas cifras bastante inferiores. Probablemente, la presencia del sector público y de las actividades industriales, turísticas y de servicios explica gran parte de este hecho. También son islas con un elevado número de personas mayores jubiladas. Cabe señalar para terminar que, tal como se refleja en el gráfico 6.10, las personas mayores de 65 años en las Islas son quienes menos ingresos tienen, en comparación con otras edades.

GRÁFICO 6.10. MEDIA DE INGRESOS POR TRABAJO SEGÚN BLOQUES DE EDAD EN CANARIAS



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

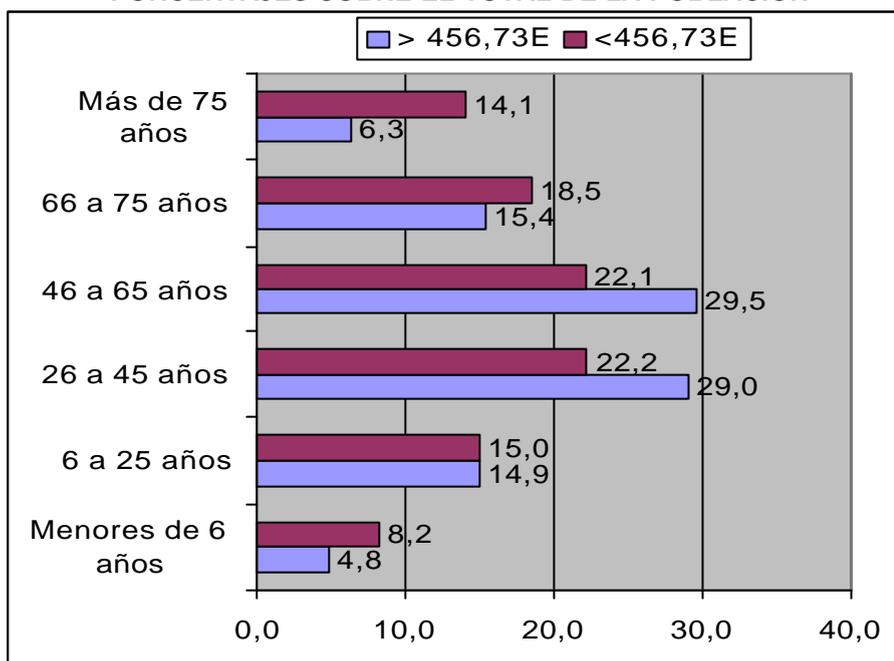
6.3.3. Situación económica y pobreza

Casi siete de cada diez hogares canarios no consiguen que sus ingresos lleguen a fin de mes con facilidad (66%), el 19,8% de las familias llega con mucha dificultad y el resto, un 46,2% de la población, afirma llegar a fin de mes con cierta dificultad. Las diferencias territoriales en este caso se manifiestan en el hecho de que la provincia de Santa Cruz de Tenerife presenta un 72,5% de familias con problemas para llegar a fin de mes, mientras que la de Las Palmas reduce este porcentaje al 58,3%.

Las personas mayores de 65 años se perfilan como uno de los grupos sociales más empobrecidos en cuanto a sus ingresos mensuales, con independencia de su situación convivencial o su localización en la tipología de hogares. Además de ello, también los hogares de personas mayores se sitúan con mayor frecuencia entre los que cuentan con menos recursos. Especialmente en el caso de los mayores que viven solos.

Las personas mayores de 65 años de edad representan al 32,6% de la población canaria que se encuentra bajo el umbral de la pobreza, es decir, con ingresos inferiores o iguales a 456,73 euros¹⁴ (véase el gráfico 6.11). Entre ellas, un 14,1% son personas con más de 75 años, lo que evidencia que un buen número de quienes cuentan con edades avanzadas se encuentra en situaciones de pobreza objetiva, si bien la extensión del apoyo de las familias y los servicios sociales contribuyen a mitigar de facto sus efectos. No obstante, la delicada situación económica que acompaña la vida de estos mayores incide en el incremento de su dependencia.

GRÁFICO 6.11. LÍNEA DE POBREZA EN CANARIAS POR GRUPOS DE EDAD. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN



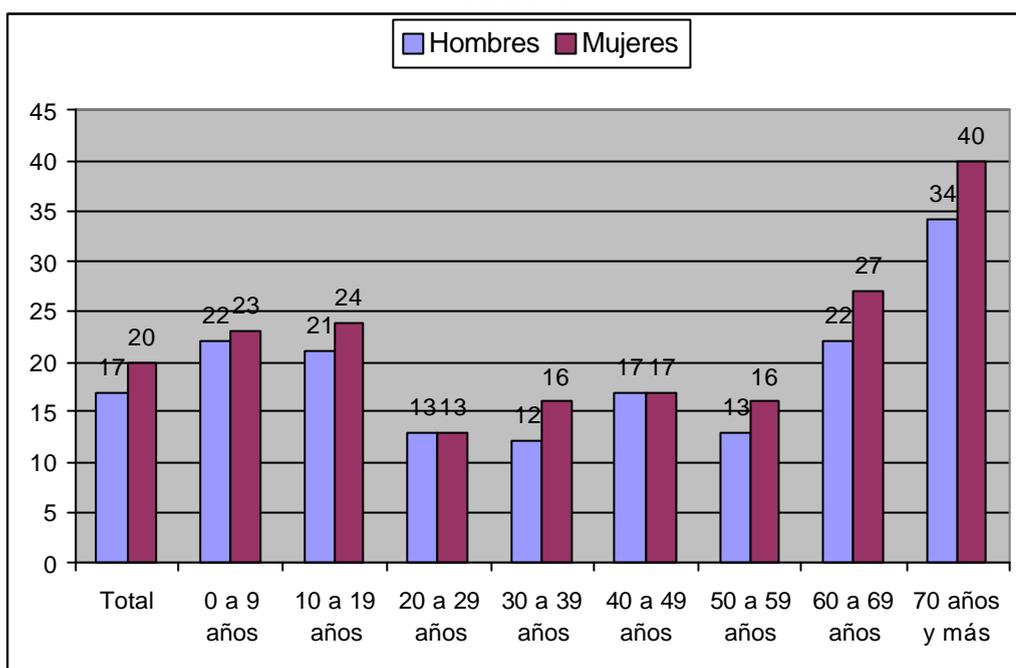
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

El 59,5% de las personas mayores de 65 años se encuentran objetivamente en situaciones de ingresos que les colocan bajo la línea de la pobreza. La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2004) publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios (EICVHC-2004), publicada por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), permiten un examen detallado de la población bajo el umbral de la pobreza o *pobreza relativa*. El análisis de estas fuentes revela que los indicadores de condiciones de vida en Canarias (ingresos medios, salarios y pobreza relativa) se sitúan por debajo de la

¹⁴ “El umbral de pobreza depende de la distribución de los ingresos por unidad de consumo de las personas (de ahí el término de pobreza relativa, que tiene en cuenta la situación de la población a la que se pertenece). En el ámbito de la Unión Europea, este umbral se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de la población. Consecuentemente, la tasa de pobreza relativa es el porcentaje de personas que están por debajo del umbral de pobreza. Debe insistirse en que el término pobreza en estas estadísticas no se refiere necesariamente a situaciones de falta de recursos materiales sino de un porcentaje de población que tiene bajos ingresos respecto al promedio poblacional. Por tanto, este indicador de pobreza indica una condición de desigualdad, no de la ausencia de elementos vitales básicos.” (CES: Informe Anual 2006, p. 210).

media nacional (24,1% frente a 19,9% en la media nacional). Una gran parte de los mayores canarios se encuentran en situaciones cercanas o por debajo del umbral de la pobreza. Especialmente a partir de los setenta años, edad a partir de la que se observa una drástica elevación de la pobreza relativa. Esta pasa de un 22% a un 34% en los hombres, y de un 27% a un 40% en el caso de las mujeres (ISTAC, EICVHC: 2004).

GRÁFICO 6.12. POBLACIÓN BAJO EL UMBRAL DE LA POBREZA EN CANARIAS, SEGÚN BLOQUES DE EDAD Y SEXO. PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN DE CADA GRUPO DE EDAD

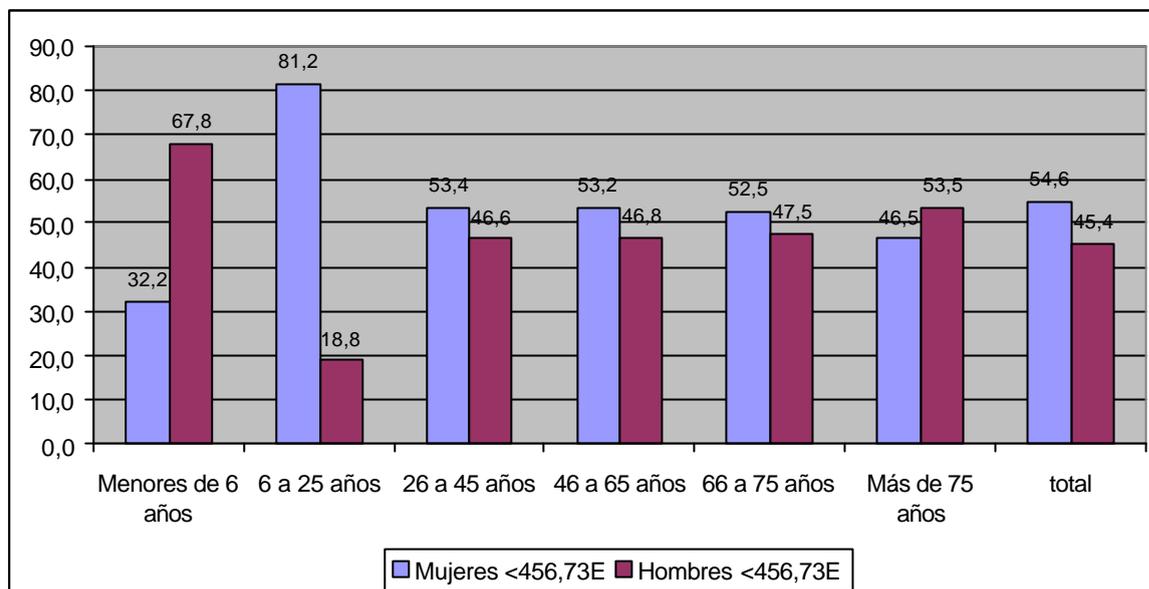


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

Los datos de la pobreza en Canarias según edad y sexo aportan una panorámica esclarecedora de la localización de los más pobres: las mujeres y las personas mayores. En el caso de las féminas, éstas representan mayores porcentajes de pobreza en casi todos los grupos de edad (véase el gráfico 6.13). Con respecto a los mayores, la pobreza de las mujeres de mayor edad se incrementa todavía más que la de sus compañeros de cohorte según los datos censales. Las cifras de la Encuesta EICVHC del ISTAC señalan una distribución de pobreza similar entre hombres y mujeres mayores¹⁵, si bien cuando se observan los porcentajes de pobreza de las mujeres sobre la población de cada grupo de edad, aparece la línea de ascensión de las mujeres en la pobreza a medida que aumentan los años: el 40% de las mujeres mayores de 70 años se encuentra por debajo del umbral de la pobreza, frente al 34% de los hombres en la misma situación. Parece haber un acuerdo confirmado por diversas estadísticas a nivel nacional en que la desigualdad en la distribución de los ingresos es más elevada a mayores edades y que las mujeres ancianas pueden encontrarse con más probabilidad en situaciones económicas difíciles.

¹⁵ El 49,9% mujeres y el 50,1% hombres es la distribución sexual de la población de más de 65 años por debajo de la línea de la pobreza.

GRÁFICO 6.13. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE LA POBLACIÓN BAJO EL UMBRAL DE LA POBREZA EN CADA BLOQUE DE EDAD



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

En resumen, las personas mayores representan el grupo de edad más vulnerable a la pobreza del archipiélago. La mayoría son pensionistas (42%), con una media de ingresos por jubilación en torno a los 610 euros. Obviamente, la ayuda informal de la familia contribuye a suavizar los efectos que pudieran tener estas limitadas cuantías en las condiciones de vida de estos mayores.

Por otro lado, y a pesar de su mayor vulnerabilidad ante la pobreza, la mayoría de las personas mayores de Canarias vive en buenas condiciones de vivienda y salud, y cuenta con el apoyo sociosanitario necesario. Además de ello, el sistema de pensiones es prácticamente universal en España, incluyendo pensiones contributivas y no contributivas. Este recurso es una herramienta redistributiva que contribuye a garantizar mínimos por un lado, pero también a incrementar las diferencias sociales derivadas del empleo, también entre las personas mayores. No conviene olvidar, por último, la permanente relación entre pobreza, marginalidad y ancianidad. La diversificación y el control exhaustivo de los instrumentos de ayuda se han planteado en numerosas ocasiones como fórmulas para evitar los riesgos que enfrentan estos perfiles, especialmente representados por mujeres que no cotizaron en la seguridad social, viudas y con pensiones muy insuficientes para garantizar su autonomía.

6.3.4. Gasto público en vejez: sistema de pensiones y otros gastos sociales

El gasto social público en España ha pasado a representar, en los últimos veinte años, del 17,4% del Producto Interior Bruto (en adelante, PIB) al 20,2%. El esfuerzo mayor se ha realizado en los años ochenta, mientras que en los noventa y en los primeros años del siglo XXI ha habido cierto estancamiento. Las administraciones públicas son, junto a los trabajadores y usuarios, quienes más aportan (vía impuestos generales). Los gastos en vejez representan el 40% de los gastos sociales, seguidos por los gastos sanitarios (30%), de desempleo e invalidez (20%), constituyendo el resto (10%)

los dedicados al apoyo a las familias, la lucha contra la exclusión social y el alojamiento.

Mientras en la UE el gasto social ha crecido en dicho período (1985-2005) 3,2 puntos del PIB, en España lo ha hecho en un 2,8. Aún así continúa por debajo de la media europea. Aunque Bélgica, Holanda y Suecia han sufrido en 20 años cierto retroceso en el gasto social, mantienen, junto a Alemania y Francia, una media bastante superior a la media de la UE. Irlanda y Luxemburgo han estancado sus gastos sociales. Grecia y Portugal lo han duplicado, aunque siguen, al igual que España e Irlanda, por debajo de la media. Reino Unido e Italia también han aumentado los gastos sociales, ubicándose en la media europea.

El gasto en pensiones en los diferentes países de la Unión Europea en el año 2000 estaba en torno al 10% del PIB, siendo Austria, con el 14,5% e Irlanda con el 4,6% los Estados con mayor y menor proporción respectivamente. España se situaba entonces por debajo de la media de la UE (8,4%). Según estimaciones de la UE, España pasará en el 2050 al 15,0%, cifra que sólo superará Portugal. En efecto, la previsión de la incidencia concreta del envejecimiento poblacional en la UE sobre el gasto público constituyó el objetivo principal del Informe de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros¹⁶. En dicho estudio se realizó una proyección ajustada del impacto del envejecimiento poblacional sobre el gasto social, más concretamente, respecto al aumento previsible en el ratio gasto público/PIB. El cambio demográfico puede afectar las distintas políticas públicas por diversas causas y determinados condicionantes: 1) la productividad del trabajo; 2) el peso de la población activa; 3) la proporción de población desempleada; 4) los ajustes derivados de los flujos migratorios; 5) la esperanza de vida (por cohortes y grupos de edad); 6) los grados de dependencia; 7) las reformas de los sistemas de pensiones; y 8) la ejecución de medidas correctoras como, por ejemplo, el atraso de la edad de jubilación. En el cuadro que sigue se refleja la proyección calculada respecto a las pensiones en diversos países de la Unión Europea, incluido España.

TABLA 6.48. PROYECCIÓN DE LAS PENSIONES EN DIVERSOS PAÍSES DE LA UE, 2000-2050

PAISES	2000	2004	2010	2030	2050
Alemania	10,3	9,8	9,5	10,7	11,5
Austria	14,5	14,4	14,8	15,0	13,2
Bélgica	9,3	8,7	9,0	13,0	13,6
Dinamarca	10,2	11,3	12,7	14,6	14,4
ESPAÑA	8,5	7,9	8,0	11,2	15,0
Francia	12,1	12,2	13,1	13,7	14,2
Holanda	7,9	8,3	9,1	11,2	11,8
Italia	14,2	14,1	14,3	14,9	14,5
Irlanda	4,6	4,5	5,0	7,6	10,9
Portugal	9,8	10,8	12,0	15,7	20,5
Reino Unido	5,1	4,9	4,7	8,0	11,1
Suecia	9,0	8,8	9,2	12,1	11,9

Fuente: Elaboración propia, partiendo de EPC (2006).

¹⁶ COMISIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA DE LA UNIÓN EUROPEA, (EPC), "The impact of ageing on public expenditure for the EU25 Member Status on Pensions, health, care, long-term care, education and unemployment transfer (2004-2050)", Bruselas, 2006.

Como puede observarse, la influencia del aumento del peso del gasto relacionado con el envejecimiento respecto al PIB será creciente, sobre todo a partir de 2030. Este envejecimiento poblacional, ligado al descenso de la población económicamente activa, plantea un debate nada desdeñable en torno a las políticas sociales a desarrollar y el devenir del Estado de Bienestar en la Unión Europea, en España y en Canarias. Por ejemplo, sobre el sistema de pensiones y los costes que supone los cuidados de larga duración y de protección de las personas mayores de 65 años de edad en situación de dependencia moderada, severa o grave y total o gran dependencia.

El sistema de pensiones en España se articula mediante dos modelos: 1) Por un lado, mediante un sistema contributivo, basado en las cotizaciones a la Seguridad Social por parte de empresarios y trabajadores, así como en las aportaciones del funcionariado y las denominadas clases pasivas. Dentro de las prestaciones contributivas están las jubilaciones, la incapacidad permanente, viudedad, orfandad y subsidio temporal a favor de familiares. Por otro lado, a través de un sistema no contributivo, de carácter asistencial, financiado con impuestos generales, bajo el control de la Seguridad Social y gestionado por las Comunidades Autónomas, y que beneficia a la población mayor de 16 años de edad incapacitada para el trabajo, a enfermos crónicos o a quienes no han cubierto a los 65 años el período mínimo de cotización de la carrera de seguro para acceder a una pensión de tipo contributivo y no disponen de recursos económicos.

Respecto al primer sistema, el de la Seguridad Social, se puede afirmar que se trata de un modelo consolidado y creciente, aunque no exento de crisis. Como indicador de dicha consolidación y continuidad del sistema, está el dato de que la relación activos-pensionistas en 1980 era de 2,5 afiliados a la Seguridad Social por cada pensionista, en el año 2000 era de 1,7, y, en la actualidad, es de 1,4. Se ha duplicado, por tanto, en los últimos años el número de pensiones contributivas en veinte años, debido a factores como: 1) la aceleración del proceso de envejecimiento de la población española y canaria; 2) las medidas como las jubilaciones anticipadas, bien del sector industrial, bien de la agricultura y la pesca, bien de la actividad de la construcción; 3) la incorporación al sistema de la Seguridad Social de colectivos que estaban fuera (ONCE, Telefónica, MUMPAL, etcétera); y 4) el proceso de regularización de inmigrantes en situación irregular.

La universalización del sistema de la Seguridad Social es un logro de la democracia política española, y tuvo lugar a partir de los años 80 y primeros 90 del siglo XX (más concretamente, de 1980 a 1995). Este amplio y determinante proceso de cobertura se reforzó con la mejora relativa de las pensiones mínimas y de determinados colectivos sociales (viudas, sobre todo). El primer pacto de Toledo (1995) se hizo necesario, en el contexto de la crisis económica y el envejecimiento poblacional. Este pacto político, empresarial y sindical implicó la asunción política del mantenimiento del sistema de pensiones de reparto, la mejora del poder adquisitivo de los pensionistas, la defensa de su naturaleza redistributiva y el compromiso de realizar continuas reformas con el objeto de hacer viable el sistema público de pensiones, sin que suponga perjuicios a los grupos beneficiarios, ni tampoco asfixia económica para el Estado. Porque mantener las pensiones supone, evidentemente, gastos que van creciendo en función de factores tales como: 1) el aumento de personas mayores de 65 años pensionistas; 2) el incremento de las revalorizaciones compensadoras de la inflación; 3) el

crecimiento de las cuantías medias de las nuevas pensiones (que se aproximan al salario real, como mínimo al 80% del mismo); y 4) el incremento también de los complementos que benefician a las pensiones mínimas por encima de sus aportaciones contributivas (un 33% de las pensiones actuales). En el cuadro que sigue se muestra la evolución de las pensiones contributivas en España, de 1985 a 2005.

TABLA 6.49. EVOLUCIÓN DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS EN ESPAÑA, DE 1985 A 2005

	1985	1990	1995	2000	2005
Pensionistas	5.396.517	6.187.135	7.039.678	7.664.200	7.979.700
Cuantía de la pensión media (en €)	171,91	267,85	382,90	469,26	609,70

Fuente: Elaboración propia partiendo de estadísticas del MTAS.

En Canarias, en los últimos cinco años, se ha pasado de 207.064 pensionistas (2001) a 231.315 (2006), lo que refleja el crecimiento porcentualmente sensible en las Islas. La cuantía sigue siendo bastante inferior a la media española. Por tipo de pensión, sigue siendo la jubilación la preponderante, aunque va descendiendo algo.

TABLA 6.50. EVOLUCIÓN DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS EN CANARIAS, 2001-2006

	2001	2006
Pensionistas	207.064	231.315
Cuantía de la pensión media (en €)	465,70	571,28
% Incapacidad Permanente	11,6	12,0
% Jubilación	53,1	52,5
% Viudedad	28,6	29,0
% Orfandad y Favor Familiar	6,7	6,5

Fuente: Elaboración propia partiendo de estadísticas del MTAS.

En lo que se refiere al segundo sistema, el de las pensiones de carácter asistencial, la Ley 26/1990 de Pensiones No Contributivas (en adelante, PNC) de la Seguridad Social supuso una ordenación y racionalización de los modelos anteriores (FAS, LISMI), que quedaron derogados a partir de 1990. El 40% de las PNC en España son por razón de vejez, mientras que en Canarias es el 53,7%. Su cuantía se sitúa en torno al 45% del salario mínimo, y desde 2000 se financia por medio de los impuestos generales¹⁷.

Con todo, el sistema de pensiones en España ha logrado la práctica universalización, tanto en el sistema contributivo como en el no contributivo, ofreciendo una mejora relativa de la cuantía, constituyéndose así como un instrumento nada desdeñable en la lucha contra la exclusión social, aunque no constituye una herramienta eficaz de redistribución e igualdad social, tanto en lo que respecta a las clases sociales como en razón de sexo, territorio y regímenes de pensión. De 1980 a 2005 la pensión media ha subido de un 38% a un 43% en relación a los salarios. La distribución del pago de pensiones de jubilación por grupo erario no ha variado en esos 25 años, aunque sí ha aumentado la proporción de fondos de seguridad social destinados a pagos de pensiones.

¹⁷ En el informe anual 2006 del CES encontramos un análisis preciso sobre las pensiones contributivas y no contributivas en Canarias al que nos remitimos (pp. 361-366).

Con el objeto de mantener la universalización del sistema de pensiones, manteniendo a la vez el poder adquisitivo de los pensionistas, con el norte del 2015 y 2020, se han realizado (y se realizan) diversas reformas y diversos acuerdos (no exentos de conflictos) en que la tendencia privatizadora, aunque tímida, aparece de manera creciente. Estas reformas y acuerdos han sido (y son) de cuatro tipos:

- 1) Reformas de Ajuste Financiero (como la Ley 26/1985, de Racionalización de la Estructura y Acción Protectora de la Seguridad Social). El objeto ha sido incrementar el número de años mínimo para cotizar (de 10 a 15), ampliar el número de años para calcular la pensión (de 2 a 8), aumentar el control sobre las pensiones de invalidez y revalorizar las pensiones en función de la inflación prevista. Cabe señalar que dicha ley provocó la primera huelga general de la democracia (junio de 1985).
- 2) Reformas Estratégicas (sobre todo el Pacto de Toledo, 1995), que suponen la consolidación de los sistemas contributivos y no contributivos de pensión, así como la aparición de un tercer sistema privado y libre, aunque no sustitutivo del sistema público.
- 3) Reformas adaptativas o de anticipación, entre las que destacan aquellas que refuerzan la naturaleza contributiva a través de una mayor potenciación de la capitalización de las pensiones, la separación de fuentes de financiación y la adopción de medidas para revalorizar las pensiones más bajas. Otras reformas adaptativas han sido las referidas a la financiación, como son la cotización en base a los salarios reales, la reducción o simplificación de los tipos de cotización y el aumento de las cotizaciones para asegurar la suficiencia financiera del sistema. Otras reformas se refieren a la gestión: agilidad administrativa, regularización de las pensiones privadas complementarias y un mayor control sobre las pensiones de invalidez.
- 4) Finalmente, reformas de tipo político, encaminadas al consenso y la no utilización electoralista de un derecho como son las pensiones, la defensa del sistema público y la adopción de medidas específicas sobre las personas en situación de dependencia (Pacto de Toledo, 2003), etcétera.

Con todo, estos cuatro tipos de reformas tienen en común el objetivo de garantizar el sistema público de reparto a largo plazo. Se trata de un proceso de reformas permanentes en el que se pretende articular el mantenimiento, perfeccionamiento y racionalización del sistema público (contributivo o asistencial) con el sistema (complementario, creciente) privado. De hecho, desde los años 90 la privatización ha sido la tendencia mayoritaria. Entre los síntomas de dicho proceso destacamos:

- 1) las empresas públicas se privatizaron en casi su totalidad;
- 2) la concertación externa de servicios o privatización de la gestión ha tenido un desarrollo selectivo importantes en sectores como la sanidad y los servicios sociales personales (incluidos los dirigidos a las personas mayores de 65 años de edad);
- 3) la gestión privada de las prestaciones por enfermedad profesional;
- 4) la mercantilización de los servicios de empleo y orientación laboral; etcétera.

Tres son las alternativas de estas reformas:

- 1) el mantenimiento del sistema público de reparto con reformas continuas, reforzando su nivel de capitalización individual y favoreciendo los fondos privados de pensiones de manera complementaria. La gestión ha de seguir en manos de la Seguridad Social;
- 2) la privatización del sistema público, que supone para sus defensores tres ventajas: una oferta de pensiones más elevadas para los trabajadores (hasta 40 años) que capitalicen su esfuerzo laboral, la flexibilidad para la inversión privada de los ahorros y la descarga que supone para el Estado. La gestión pasaría a manos de compañías privadas; y
- 3) conformación del sistema mixto, con tendencia hacia la privatización. Más bien se trata de un sistema transitorio hacia la segunda opción.

Como puede observarse, aunque en la actualidad es mayoritaria la primera opción, el futuro previsible es el de la tendencia privatizadora, basada en la identificación de las tasas internas de rendimientos (en adelante, TIR), es decir, a las contribuciones individuales y generacionales, valorando los beneficios contributivos y no contributivos recibidos con relación a las aportaciones efectuadas resultantes de las políticas públicas que se determinen. Para evaluar los rendimientos que consiguen las generaciones actuales de pensionistas y los rendimientos que, previsiblemente, derivarán por idéntico concepto los jóvenes actuales cuando sean pensionistas, es necesario comparar las TIR. Proceden estas tasas de calcular los flujos de cotizaciones pagadas y las pensiones recibidas. Las TIR diferirán, obviamente, por el mismo funcionamiento de los sistemas de reparto, al no acumular ingresos de una generación contra gastos de jubilación futuros, sino saldar cuentas en cada momento del tiempo entre generaciones actuales de activos cotizantes y de pasivos pensionistas. Dicho ejercicio requiere contraponer las TIR actuales con las TIR futuras de los participantes en el sistema público de pensiones por jubilación de la Seguridad Social española, bajo un conjunto de hipótesis que no se alejan demasiado del escenario económico y regulatorio actual. Para el cómputo de las TIR actuales se puede, por ejemplo, elegir como representación de las generaciones de pensionistas a los individuos que entraron en el sistema como jubilados en 1996, 2000 y 2004. Para el cálculo de las TIR futuras, escogemos como ejemplo las cohortes nacidas en 1965, 1970 y 1975, que comienzan a cotizar en torno a 1980. Los cálculos disponibles señalan una drástica reducción en las TIR de los futuros jubilados respecto de los actuales, cayendo entre un 40% (para quienes se jubilarán en 2025) y un 50% (para quienes se jubilen en 2030).

Las posibles acciones futuras para mantener este sistema son:

- 1) aumentar las cotizaciones;
- 2) retrasar la edad de jubilación;
- 3) disminuir las pensiones;
- 4) modificar la base de cómputo, exigiendo un mínimo de años de cotización más largo;
- 5) controlar las pensiones mínimas, restringiendo tanto el acceso como la cuantía;
- 6) redistribuir otros gastos sociales (educación, vivienda, sanidad) hacia las personas mayores de 65 años.

6.3.5. Salud y calidad de vida

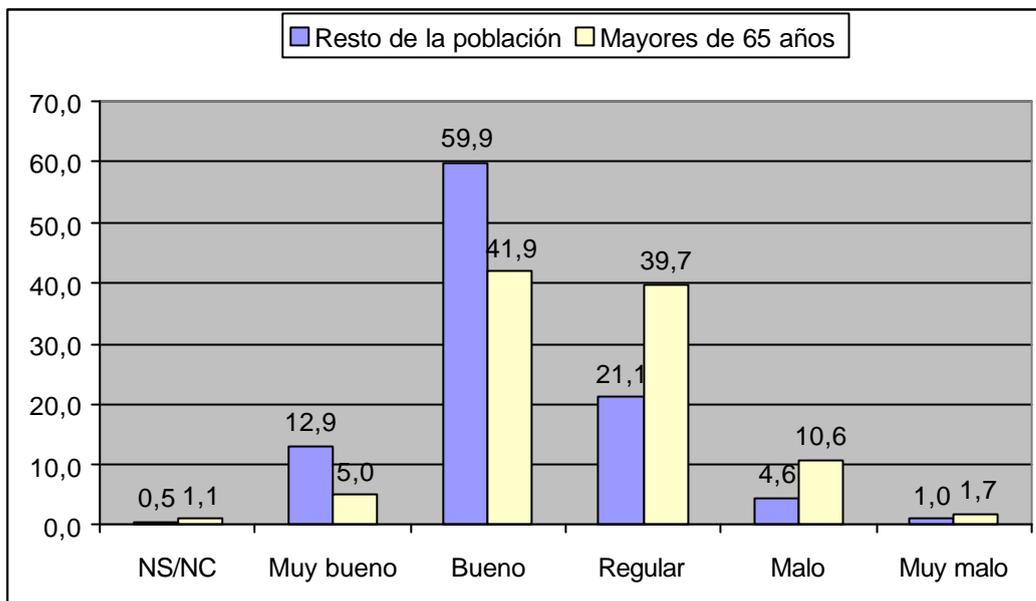
La salud de las personas mayores de 65 años se interpreta en la actualidad como un elemento necesario para el “envejecimiento activo”, junto con la seguridad y la participación social. A su vez, la definición de salud responde a las demandas de la OMS, que remiten al bienestar físico y psíquico del individuo. En este contexto, que amplía el concepto de lo que se entiende como *saludable*, la percepción de la salud introduce un componente de autopercepción (salud subjetiva) y permite hacer una necesaria reflexión sobre la incidencia en la salud de los recursos formales e informales de atención. Estos componentes de la definición analítica de salud, por otro lado, no deben hacer sombra a los indicadores más ortodoxos de salud objetiva que nos remiten a las condiciones físicas y psíquicas que limitan la salud en cualquier contexto socioeconómico y de salud subjetiva.

Así, el 46,14% de la población con algún tipo discapacidad es mayor de 65 años en Canarias (el 58,25% en el total de España). El análisis de la salud de estas personas no sólo debe contar con el factor de que tengan una discapacidad que pueda imposibilitar en mayor o menor grado el desarrollo de sus actividades sociales o de vida cotidiana. El condicionante social de la edad tiene efectos sobre la salud. En primer lugar, las personas mayores viven con más frecuencia que el resto de la población en soledad (hogares unipersonales) y no cuentan siempre con los recursos informales que permitan responder ágilmente a sus necesidades de salud. Por otro lado, se trata de un grupo social que ve mermados sus ingresos económicos, lo que significa a su vez, una pérdida de su capacidad resolutive para atender las demandas de salud que pudieran surgir: contratación de servicios privados de atención a domicilio o residencial, transporte, alimentación, etcétera. De ahí que, especialmente las condiciones de salud de las Personas Mayores estén íntimamente asociadas a la relevancia que tenga para la sociedad la cuestión de la dependencia de quienes manifiestan un mayor o menor grado de discapacidad de forma permanente y gradual, o bien, esporádica y temporal.

La Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios del ISTAC (2004) se centra en los miembros de hogares privados que residen en viviendas familiares utilizadas, toda o la mayor parte del año, como residencia habitual o permanente. Dicha encuesta incorpora en su sección IV (salud y limitación de la actividad cotidiana) varias preguntas relacionadas con las **limitaciones de la actividad** que padecen los canarios. Estas dificultades se presentan habitualmente relacionadas con la edad en todas las poblaciones: a mayor edad, aparecen más obstáculos y más problemas de salud. La relación es evidente cuando se comprueba como los mayores porcentajes de limitación en la actividad cotidiana se localizan en los territorios que cuentan, a su vez, con mayores proporciones de personas por encima de los 65 años: las islas de La Gomera, El Hierro y La Palma.

En el mismo sentido, la Encuesta de Salud de Canarias del 2004 aporta datos que permiten valorar la **salud autopercibida** de la población. En el gráfico 6.14 se observa cómo las mayores edades se asocian a una peor valoración de la salud. Si bien, un nada desdeñable 41,9% de las Personas Mayores en las Islas considera que su estado de salud actual es bueno.

GRÁFICO 6.14. SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN CANARIAS



Fuente: Elaboración propia desde ESC 2004. ISTAC-Servicio Canario de Salud.

La mayoría de las limitaciones de la actividad de la población se relacionan con enfermedades o accidentes. En el caso de los mayores, estas limitaciones se centran especialmente en la primera causa, remitiéndonos, probablemente, a procesos degenerativos que se incrementarán con el avance de la edad.

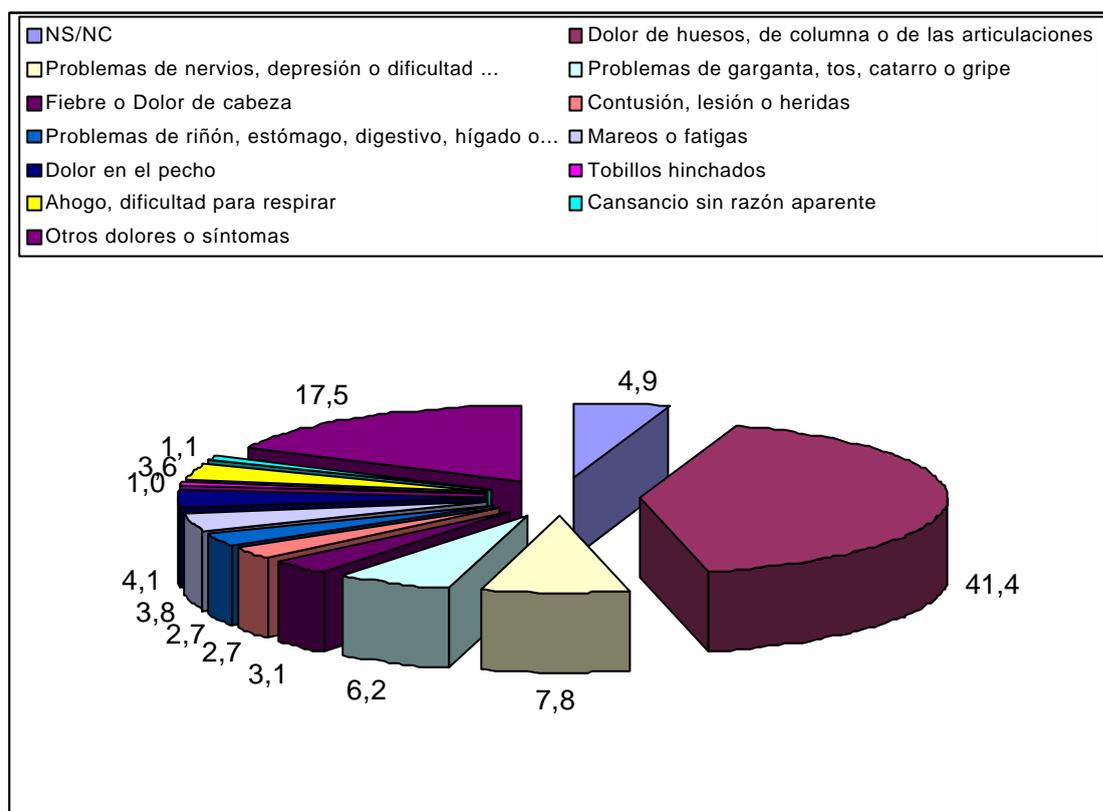
La Encuesta de Salud revela algunos datos esclarecedores sobre la salud de las Personas Mayores desde el punto de vista de su autopercepción, lo que otorga valor especialmente a las cuestiones relacionadas con la salud subjetiva. El 55,9% de los mayores define como bueno o muy bueno su actual estado de salud. Sin embargo, la percepción del dolor, tan vinculada a la calidad de vida, muestra que una mayoría de las Personas Mayores, el 56,6%, manifiesta tener un dolor moderado o alto. Un 32,7% se siente ansioso o deprimido.

A pesar de ello, el 84% de los mayores de 65 años afirma no tener problemas para desarrollar las actividades de cuidado personal. Y el 69,3% dice no tener problemas tampoco para realizar sus actividades cotidianas. Por ejemplo, el 62% de los mayores declara no tener problemas para caminar y sólo un 3,2% es incapaz de lavarse o vestirse sin ayuda.

La relativa autonomía de las Personas Mayores y su buen estado de salud sin duda están relacionados con el hecho de que su sentimiento de utilidad sea bastante elevado. El 71,9% de ellos manifiesta sentirse igual de útil que habitualmente y un 17,5% dice sentirse más útil en la actualidad que en otras etapas. Sin duda, ese sentimiento de utilidad, así como la autopercepción de la salud y el estado objetivo de la misma tienen que ver con la valoración que los mayores tienen sobre su felicidad. Solo un 9,9% declara no ser feliz, mientras que un 19,3% mantiene incluso que su felicidad se ha incrementando en la actualidad.

Sí se observan algunos problemas limitantes de la salud que nos permite analizar la Encuesta de Salud. Destaca el alto impacto del porcentaje de mayores que sufren dolor de huesos, columna o articulaciones (41,4%). Mientras que un 17,5% de los mayores declara tener dolores que no aparecen definidos claramente o que presentan síntomas difusos, pero que afectan a la consideración de su salud y limitan su calidad de vida. El 7,8% de la población con más de 65 años padece problemas de nervios o depresión.

GRÁFICO 6.15. PROBLEMAS LIMITANTES DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

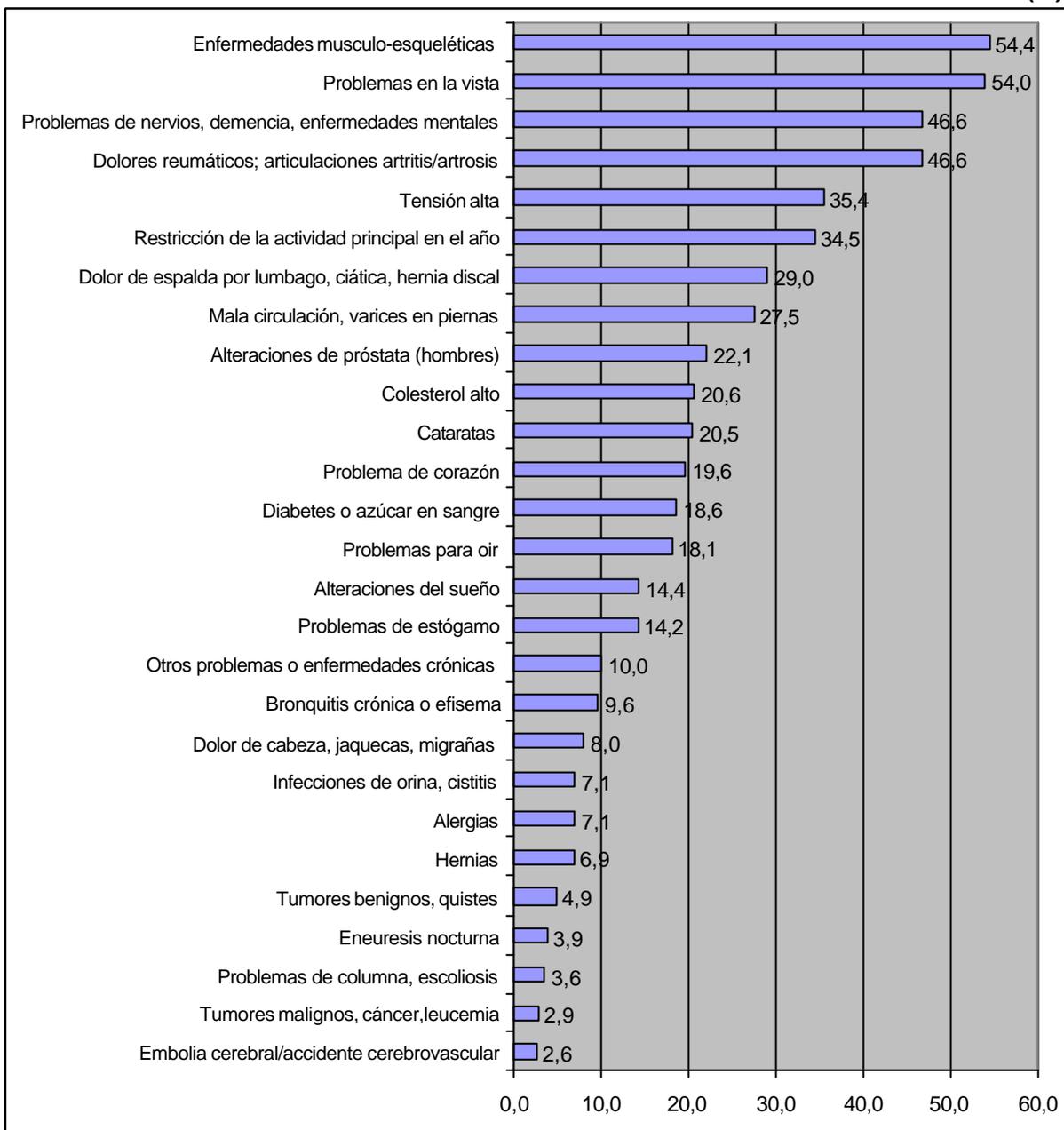


Fuente: Elaboración propia desde ESC 2004. ISTAC-Servicio Canario de Salud.

La **morbilidad** asociada a los mayores se presenta como un indicador de salud objetiva. Para definirla, la encuesta de salud ofrece una batería de preguntas cuyos resultados pueden resumirse en el gráfico 6.16.

Sin embargo, a pesar de que, efectivamente, la salud de los mayores, especialmente los aspectos relacionados con la dependencia, nos remiten a características especiales de análisis, la respuesta de la protección sociosanitaria a las demandas que puedan extraerse de los análisis de la salud de los mayores debe partir de un carácter inclusivo para permitir prever los problemas que cualquier situación de discapacidad o dependencia pueda acarrear a cualquier ciudadano. Teniendo en cuenta, de esta forma, que ese ciudadano puede tener una edad y unos condicionantes socioeconómicos o familiares que incrementen su dependencia real (véase el apartado 6.4. de este capítulo).

GRÁFICO 6.16. MORBILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN CANARIAS (%)



Fuente: Elaboración propia desde ESC 2004. ISTAC-Servicio Canario de Salud.

Respecto a las **acciones y medidas en materia de salud** por parte de las administraciones públicas debemos saber que:

- 1) los servicios sanitarios, a través del Programa de Atención a Personas Mayores en Atención Primaria de Salud, realizan diferentes acciones orientadas al control del estado de salud de personas mayores y a la promoción de estilos de vida saludables, habitualmente en el centro de salud o en el domicilio. Este programa contempla también intervenciones dirigidas a las cuidadoras familiares, pero en ambos casos las coberturas tienen un amplio margen de mejora (33% de mayores de 65 años).

- 2) En relación a las personas mayores que residen en centros sociosanitarios, habitualmente no se oferta ningún programa preventivo similar al Programa de Atención a personas mayores en Atención Primaria de salud.
- 3) La oferta de formación a cuidadoras familiares está dirigida sólo a cuidadores de personas en atención domiciliaria, y hay muy pocas experiencias de formación a las familias sobre envejecimiento activo.
- 4) La Consejería de Empleo y Asuntos sociales, tiene competencias (muchas veces compartidas con Ayuntamientos y Cabildos Insulares) sobre diferentes tipos de Centros dirigidos a personas mayores: centros de estancia diurna, centros de día de atención social y centros residenciales de atención social. En estos centros se ofrecen diferentes actividades que tienen relación con el envejecimiento activo, pero la oferta depende mucho de a quién corresponda la gestión del centro y de los recursos disponibles, por lo que sólo tenemos información de las actividades que se desarrollan en los centros de Día dependientes directamente de dicha Consejería. No existe aún un programa institucional de promoción del envejecimiento activo para los centros de personas mayores.
- 5) La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, cuando se da se hace desde los técnicos en el nivel más descentralizado, y no existen acuerdos marcos intersectoriales en esta materia, salvo para el ordenamiento, creación y financiación de plazas sociosanitarias para personas mayores en centros de Día o en Centros Alojativos, a través del Programa Sectorial de Mayores.

Aunque la atención a la salud de los mayores localiza su núcleo de atención prioritaria en la dependencia, las necesidades y los recursos de salud nos remiten a un marco más amplio. Al contemplar la salud como bienestar individual y social, físico y psíquico, se plantea en realidad la exigencia de diversificar la atención social y sanitaria con planteamientos inclusivos de los que pueda beneficiarse toda la población. Pero también recursos especializados para hacer frente a las circunstancias derivadas del progresivo envejecimiento de la población.

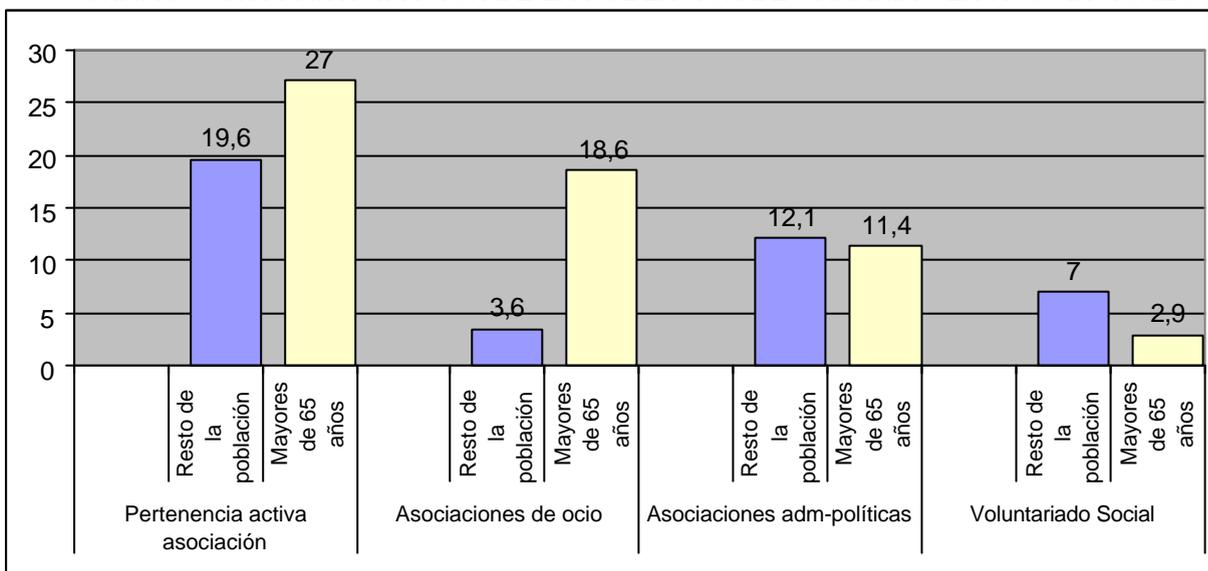
Estos planteamientos de la salud se relacionan con la **calidad de vida y salud subjetiva** (autopercepción de la salud y satisfacción vital). En el marco de lo saludable pueden valorarse aspectos como los efectos de la jubilación y del trabajo activo en la vida de los mayores. O bien las propuestas relacionadas con el ocio activo, la participación social, el aprendizaje o el sentimiento de utilidad. Se trata de aspectos que enfatizan la importancia de las condiciones de vida o los determinantes generales de salud, y que, si se les presta debida atención analítica y e institucional permitirán evitar la permanente asociación de la salud de los mayores a la enfermedad y losa tratamientos médicos exclusivamente. Una asociación que, por otro lado, no se ajusta a la verdad si tenemos en cuenta que el 70% de quienes alcanzan los 65 años en Canarias goza de buena salud. Vamos a examinar brevemente algunos de los aspectos sociales anteriormente mencionados que contribuyen a mejorar la salud subjetiva o autopercebida y con ella, la calidad de vida: la participación, el aprendizaje, el ocio y tiempo libre.

Como elemento para un envejecimiento activo, **la participación social** es uno de los principales aspectos recomendados por la OMS para contribuir a la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Las actividades de participación fomentan el aprendizaje continuo y contribuyen a incrementar el sentimiento de utilidad social de

los mayores, limando además el impacto de los estereotipos todavía asociados a la vejez. Así, la participación suaviza la brusquedad con la que suele vivirse la jubilación del trabajo y facilita a los mayores seguir desarrollando sus capacidades e inquietudes de diversas maneras.

En Canarias, el 21% de la población participa activamente en alguna asociación del tipo que sea según datos del ISTAC. Un porcentaje que se incrementa al 27% en el caso de las personas mayores de 65 años. Conviene matizar que este incremento del asociacionismo de las personas mayores se dibuja señalado por su mayor participación en las asociaciones de ocio y no tanto por su papel en el marco del voluntariado o la acción política. Efectivamente, a pesar de que las posibilidades de participación social son numerosas, todavía hoy en día suele presentarse relacionada con las asociaciones para mayores y los clubes de la llamada “tercera edad”, incluidas en el marco de las asociaciones de ocio y tiempo libre.

GRÁFICO 6.17. PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CANARIAS EN ASOCIACIONES



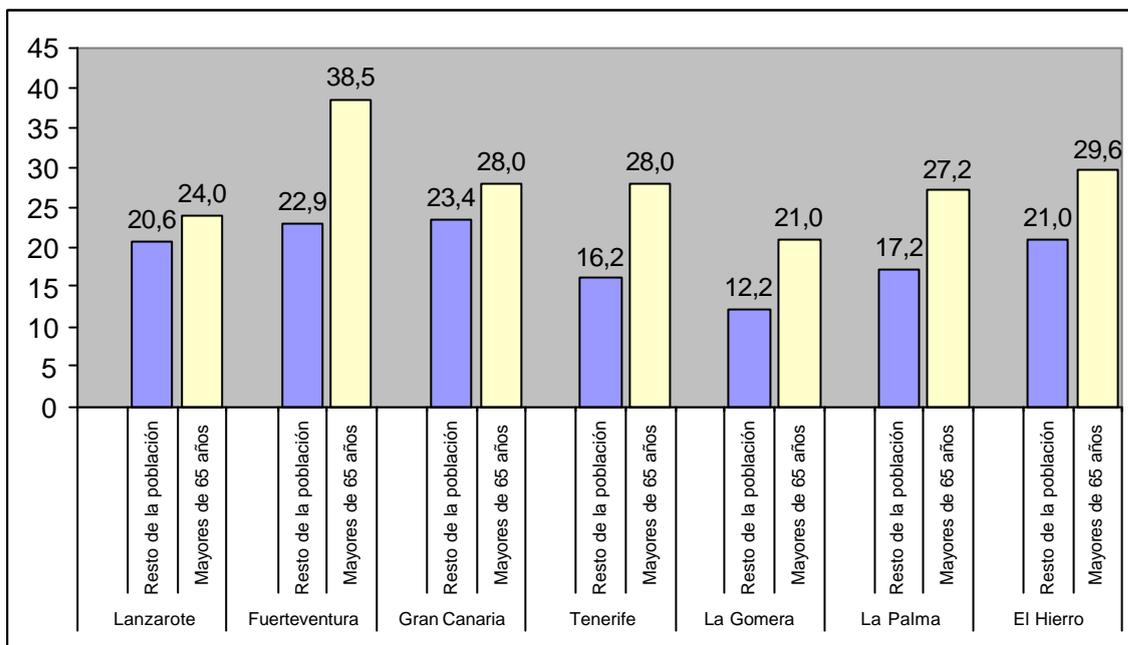
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

Sin embargo, la presencia de los mayores en la ciudadanía no debería restringirse a este concepto tan reducido de sus posibilidades de participación. El de los mayores es un colectivo que se presenta con altas potencialidades para la involucrarse activamente en acciones de voluntariado y otras actividades de utilidad social, dada su mayor disponibilidad de tiempo y la importante acumulación de experiencias y conocimientos que pueden aportar a la sociedad. No obstante, en la práctica, la participación de los mayores en las asociaciones no vinculadas al ocio, como puede ser el voluntariado es más bien escasa. Solamente el 9,1% de quienes forman parte de estas entidades tienen más de 65 años. En Canarias, un 6,3% de la población participa en las ONG, un porcentaje que se reduce casi a la mitad en el caso de las personas mayores, aunque se mantiene reducido en todas las edades.

La distribución territorial de este tipo de participación social, el asociacionismo, muestra claramente la tendencia de los mayores a formar parte de asociaciones con mayor frecuencia que el resto de la población. Esta diferencia se acrecienta en las

islas de Fuerteventura y Tenerife como puede observarse en el gráfico 6.18, y es más elevada en la primera de estas islas y en la de El Hierro, así como en las islas capitalinas.

GRÁFICO 6.18. PERTENENCIA ACTIVA A ALGUNA ASOCIACIÓN, POR ISLAS



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

Finalmente, hombres y mujeres forman parte activa de todo tipo de asociaciones con diferencias más o menos leves. La participación activa de las mujeres mayores es algo menor que la de los hombres. Pero tanto ellos (en un 29,3%) como ellas (25,2%) forman parte de asociaciones con mayor frecuencia que el resto de población (en torno al 20% tanto en las mujeres como en los hombres).

El **aprendizaje** es un elemento para la satisfacción vital que mejora la autopercepción de la salud y de las posibilidades de desarrollo personal. En su aspecto más formal, el aprendizaje puede, solo en parte, medirse por el nivel de estudios. El de las personas mayores en Canarias sigue siendo reducido comparado con la población en general. La tasa de analfabetismo es del 18% y un 47% de quienes tienen más de 65 años no tienen titulación alguna, una proporción que se incrementa especialmente en el caso de las mujeres mayores.

Sin embargo, dentro de la población de mayores, quienes cuentan con menores edades empiezan a desarrollar nuevas demandas de calidad de vida, aprendizaje y ocio que tienen más en común con otros grupos de edad más jóvenes. Entre ellos, los deseos de incrementar su formación y de organizar y diversificar sus actividades de ocio y actividad. En un futuro, cuando las generaciones que protagonizaron la expansión de la enseñanza obligatoria y gratuita lleguen a los 65 años, sus requerimientos darán un giro radical a los estilos de atención y a los servicios de ocio y aprendizaje pensados en la actualidad para los mayores. Por el momento, quienes dedican su tiempo a realizar cursos dedicados a diversos tipos de aprendizaje son una minoría, como puede observarse en el análisis del tiempo de ocio de los mayores.

Otro de los elementos vinculado a la salud subjetiva es la **disponibilidad de tiempo libre** que permita desarrollar actividades que generen satisfacción vital más allá de las tareas consideradas productivas y reproductivas. La población mayor se asocia con mayor frecuencia al tiempo libre. De hecho, El 40,3% de los mayores de 65 años de Canarias dispone de más de ocho horas libres al día. Entre los hombres, la inmensa mayoría de nuestros mayores tienen al menos cuatro horas de disponibilidad (83,2%) mientras las mujeres se acumulan menos en los intervalos de mayor disponibilidad, que también representan entre ellas una mayoría (72,9%). Frente a hombres y mujeres mayores, el resto de la población solo dispone de cuatro horas o más de tiempo libre en un 53,7%. Un porcentaje que incluye también a los niños y personas inactivas de estas edades. Esta acumulación de tiempo que la población define como "libre" presenta potencialidades para los grupos de edad más avanzada.

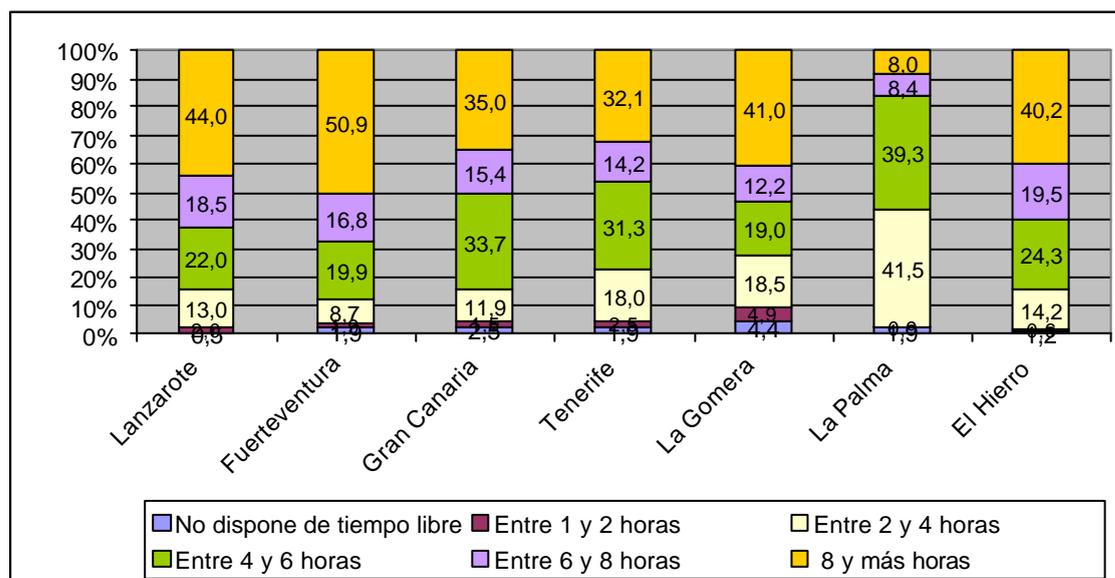
TABLA 6.51. DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE DE LA POBLACIÓN EN CANARIAS

		No dispone	1 a 2 horas	2 a 4 horas	4 a 6 horas	6 y 8 horas	8 y más horas	Total
Hombres	> de 65 años	1,5	1,2	14,2	27,3	15,6	40,3	100,0
	Resto población	3,8	5,6	33,4	29,5	11,7	16,0	100,0
Mujeres	> de 65 años	2,6	2,7	21,8	34,2	13,2	25,5	100,0
	Resto población	4,1	6,9	35,2	31,5	10,2	12,0	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución territorial de la disponibilidad de tiempo libre de los mayores, las diferencias entre islas son notables, especialmente entre La Palma y el resto de los territorios. En esta isla el tiempo libre de las personas mayores parece reducirse substancialmente a favor de una disponibilidad de entre dos y tres horas diarias. Las diferencias son tan elevadas que pueden hacer pensar en un sesgo relacionado con la aplicación del concepto "tiempo libre" en el caso de esta isla. Lo que introduce el debate sobre qué se considera tiempo libre y cómo se emplea en realidad este tiempo, supuestamente opuesto al tiempo de trabajo.

GRÁFICO 6.19. DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, POR ISLAS



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

En el marco del tiempo libre, el **ocio** se considera una actividad fundamental para mejorar la calidad de vida. Pero ¿en qué emplean las personas mayores su ocio? En realidad, el comportamiento frente al ocio de las Personas Mayores no es tan distinto del que ofrece el resto de la población canaria, aun matizando las diferencias (véase tablas 6.52 a 6.66).

Como el resto de los canarios, los mayores dedican el tiempo libre especialmente a *disfrutar de la familia*. Un 81,2% de ellos emplea su ocio diario en actividades relacionadas con este disfrute. Mientras que *los amigos* quedan relegados a un lugar más que secundario en las actividades de la población mayor. Un 63,8% de las personas mayores en Canarias nunca dedica su tiempo libre a salir con ellos.

Lo que sí hacen los mayores es *escuchar música*. Una actividad que realizan diariamente el 38% de los mayores encuestados en la EIHCV (2004), un 54,7% lo hace al menos una vez a la semana. El *cine*, sin embargo, parece no atraer la atención de los mayores de 65 años. Muy pocos acuden a las salas de cine, un 95,7% no lo hace nunca, frente al 44,6% de la población canaria que sí suele ir al cine al menos una vez al año. La misma tendencia aparece con la posibilidad de *ir al teatro, conciertos, óperas y exposiciones*. Aunque en este caso, no solo los mayores no acuden nunca a este tipo de actividades (94,5%); el resto de la población tampoco (79%).

La *televisión* parece ocupar una gran cantidad del tiempo libre, que deja de emplearse en otras actividades. De esta forma, y siguiendo la misma tendencia que el resto de la población, las personas mayores suelen ver diariamente la televisión en un 89,5%.

El *deporte* parece ser uno de los aspectos menos desarrollado en el ocio de las personas mayores en Canarias. Como ocurre con la población en general, los mayores aparecen aquí divididos en dos perfiles de actitud frente a la actividad deportiva: o no lo practican nunca (82,1%) o, quienes sí lo practican, lo realizan más que a menudo (23%). Tampoco son muchos los mayores que dedican su tiempo a hacer cursillos, solo una reducida minoría (3,0%) participa de estas actividades. La tendencia se repite con la lectura, el aprendizaje de idiomas, el baile y la ofimática/internet. Frente a estas opciones, los mayores parecen inclinarse por actividades muy tradicionales que indican un perfil todavía conservador en las costumbres de ocio de la población con más de 65 años en el archipiélago: el 24,3% de los mayores realiza manualidades y costuras. Un 18,5% juegan lotería, a las máquinas tragaperras o acuden al bingo más de una vez al mes.

TABLA 6.52. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A DISFRUTAR DE MI FAMILIA

	Nunca / A veces	Algunas veces a la semana	Diariamente	total
Mayores de 65 años	283	404	2973	3660
% sobre pob. Mayor	7,7	11,0	81,2	100,0
Resto de la población	937	958	13370	15265
% sobre resto población	6,1	6,3	87,6	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.53. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A SALIR CON AMIGOS

	Nunca	Alguna vez al año	Alguna vez al mes	Fines de semana	2-3 veces a la semana	Diariamente	total
Mayores de 65 años	2334	194	337	215	303	277	3660
% sobre pob. Mayor	63,8	5,3	9,2	5,9	8,3	7,6	100,0
Resto de la población	4872	1239	2941	3637	1609	967	15265
% sobre resto población	31,9	8,1	19,3	23,8	10,5	6,3	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.54. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A ESCUCHAR RADIO/MÚSICA

	Nunca	Esporádicamente	Fines de semana	2-3 veces en semana	Diariamente	total
Mayores de 65 años	1444	211	214	400	1391	3660
% sobre pob. Mayor	39,5	5,8	5,8	10,9	38,0	100,0
Resto de la población	2663	644	869	1939	9150	15265
% sobre resto población	17,4	4,2	5,7	12,7	59,9	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.55. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A IR AL CINE

	Nunca	Alguna vez al año	Alguna vez al mes	Fines de semana	Varias veces a la semana	total
Mayores de 65 años	3502	78	42	21	17	3660
% sobre pob. Mayor	95,7	2,1	1,1	0,6	0,5	100,0
Resto de la población	8614	2136	3234	1058	223	15265
% sobre resto población	56,4	14,0	21,2	6,9	1,5	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.56. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A IR AL TEATRO, CONCIERTOS, OPERA Y EXPOSICIONES

	Nunca	Alguna vez al año	Alguna vez al mes	total
Mayores de 65 años	3457	136	67	3660
% sobre pob. Mayor	94,5	3,7	1,8	100,0
Resto de la población	12056	2246	963	15265
% sobre resto población	79,0	14,7	6,3	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.57. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A VER LA TELEVISIÓN

	Nunca / A veces	Algunas veces a la semana	Diariamente	total
Mayores de 65 años	172	214	3274	3660
% sobre pob. Mayor	4,7	5,8	89,5	100,0
Resto de la población	536	1654	13075	15265
% sobre resto población	3,5	10,8	85,7	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.58. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A HACER DEPORTE

	Nunca	Esporádicamente	Fines de semana	2-3 veces en semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	3006	37	55	136	426	3660
% sobre pob. Mayor	82,1	1,0	1,5	3,7	11,6	100,0
Resto de la población	9913	962	887	1767	1736	15265
% sobre resto población	64,9	6,3	5,8	11,6	11,4	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.59. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A LEER PERIÓDICOS, REVISTAS DE INFORMACIÓN GENERAL

	Nunca	Esporádicamente	Fines de semana	2-3 veces en semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	2451	225	310	237	437	3660
% sobre pob. Mayor	67,0	6,1	8,5	6,5	11,9	100,0
Resto de la población	3898	750	1140	754	1324	7865
% sobre resto población	49,6	9,5	14,5	9,6	16,8	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.60. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A LEER LIBROS

	Nunca	Alguna vez	Total
Mayores de 65 años	3551	109	3660
% sobre pob. Mayor	97,0	3,0	100,0
Resto de la población	14221	1044	15265
% sobre resto población	93,2	6,8	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.61. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A HACER CURSILLOS

	Nunca	Esporádicamente	Fines de semana	2-3 veces en semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	2969	221	71	152	247	3660
% sobre pob. Mayor	81,1	6,0	1,9	4,2	6,7	100,0
Resto de la población	8778	2025	661	1417	2384	15265
% sobre resto población	57,5	13,3	4,3	9,3	15,6	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.62. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A APRENDER IDIOMAS

	Nunca	Alguna vez	Total
Mayores de 65 años	3634	26	3660
% sobre pob. Mayor	99,3	0,7	100,0
Resto de la población	14450	815	15265
% sobre resto población	94,7	5,3	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.63. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A IR A BAILAR

	Nunca	Alguna vez al año	Alguna vez al mes	Fines de semana	Varias veces a la semana	Total
Mayores de 65 años	3475	67	39	51	28	3660
% sobre pob. Mayor	94,9	1,8	1,1	1,4	0,8	100,0
Resto de la población	11489	995	1027	1573	181	15265
% sobre resto población	75,3	6,5	6,7	10,3	1,2	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.64. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A REALIZAR MANUALIDADES, COSTURAS...

	Nunca	Esporádicamente	Algunas veces a la semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	8074	831	935	816	10656
% sobre pob. Mayor	75,8	7,8	8,8	7,7	100,0
Resto de la población	12554	864	1004	843	15265
% sobre resto población	82,2	5,7	6,6	5,5	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.65. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A NAVEGAR POR INTERNET, VIDEOJUEGOS, INFORMÁTICA

	Nunca	Esporádicamente	Algunas veces a la semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	3603	15	11	31	3660
% sobre pob. Mayor	98,4	0,4	0,3	0,8	100,0
Resto de la población	11661	685	1454	1465	15265
% sobre resto población	76,4	4,5	9,5	9,6	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.66. DEDICO EL TIEMPO LIBRE A JUGAR LOTERÍAS, CASINOS, BINGO, MÁQUINAS TRAGAPERRAS

	Nunca	Alguna vez al año	Alguna vez al mes	Fines de semana	Varias veces a la semana	Total
Mayores de 65 años	2549	434	219	227	231	3660
% sobre pob. Mayor	69,6	11,9	6,0	6,2	6,3	100,0
Resto de la población	9993	1964	1192	1150	966	15265
% sobre resto población	65,5	12,9	7,8	7,5	6,3	100,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos aportados por la EICVHC-2004, ISTAC.

TABLA 6.67. DÍAS DE VACACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. % SOBRE TOTAL DE CADA FILA

	1 a 5 días	6 a 10 días	11 a 15 días	16 a 30 días	más de 30 días	Total
Hombres						
Resto de la Población	4,7	11,5	15,0	43,3	25,6	100,0
Mayores de 65 años	9,1	33,0	18,2	22,5	17,2	100,0
Mujeres						
Resto de la Población	5,7	14,7	14,4	35,7	29,5	100,0
Mayores de 65 años	12,0	30,1	18,1	20,4	19,4	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

TABLA 6.68. FORMA DE DESPLAZAMIENTO A LOS LUGARES DE OCIO. MAYORES DE 65 AÑOS DE CANARIAS. % VERTICALES

	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
Transporte público	2,5	6,8	18,1	16,8	3,9	3,9	1,8
Transporte privado	39,5	41,0	29,0	34,8	12,7	37,6	52,1
Andando o bicicleta	48,0	41,6	39,2	23,5	61,5	24,2	36,1
No me desplazo	10,0	10,6	13,7	24,9	22,0	34,3	10,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: EICVH. ISTAC. 2004. Elaboración propia.

6.4. La situación de dependencia de las personas mayores de 65 años en Canarias

6.4.1. Modelos de protección social de la dependencia en la Unión Europea

Tres son las cuestiones actuales que suponen un reto para el devenir del Estado de Bienestar en la Unión Europea, España y Canarias:

- 1) el envejecimiento poblacional, con su incidencia en el sistema de pensiones y los gastos sociales, así como la protección a la dependencia, políticas gerontológicas positivas (envejecimiento activo), etcétera;
- 2) la exclusión social (aparición y proliferación de colectivos y personas en riesgo como los desempleados de larga duración, los ancianos sin recursos, los enfermos crónicos, etcétera); y
- 3) la integración económica, social, cultural y política de los inmigrantes. Estos temas se insertan además en el contexto de transformaciones institucionales nada desdeñables y que suponen a la vez nuevos retos: 1) el modelo de Estado (límites y posibilidades del Estado de las Autonomías, papel de las Corporaciones Insulares y Locales, importancia de la sociedad civil organizada, etcétera); y 2) la construcción de la Europa social (dificultades y oportunidades, modelos dentro de la UE, medidas y acciones).

Podemos distinguir en Europa cuatro modelos de protección social de la dependencia:

- 1) el *nórdico*; 2) el *continental*; 3) el *anglosajón*; y 4) el *latino*.

El *modelo nórdico* (Suecia, Dinamarca y Finlandia) no dispone de seguros públicos de protección a la dependencia, sino que se constituye una extensión lógica del criterio universal propio del modelo. Por tanto, la cobertura es universal, no asistencial, aunque existe el copago en función del nivel de renta y de educación. La prestación se concibe en términos de servicios, básicamente públicos, aunque en los últimos años ha habido cierta tendencia privatizadora. La financiación y la gestión son, por tanto, públicas, compartida por el Estado y las Administraciones territoriales. También existe el copago, pero depende de las rentas y del tipo de servicios. El papel de las familias es bastante inferior al resto de los modelos. Con la excepción de Finlandia, son países con elevado peso específico de los gastos sociales respecto al PIB.

TABLA 6.69. SISTEMA NÓRDICO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA: SUECIA, DINAMARCA Y FINLANDIA

REGULACIÓN	Constituciones
CONCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	Protección de naturaleza universal
COBERTURA	Universal
PRESTACIONES	Servicios
FINANCIACIÓN	Con impuestos generales y copago de los usuarios en función de la renta y el tipo de servicios
GESTIÓN	Estado, Administraciones territoriales
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Predominio del sistema sanitario
TENDENCIAS PROTECTORAS	Municipalización. Privatizaciones
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Ausencia de desigualdades territoriales. Son países con elevado peso específico del gasto social (excepto Finlandia)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gregorio Rodríguez Cabrero, *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Editorial Fundamentos, Madrid, 2004, pp. 259-260.

El *sistema continental* de protección a la dependencia se sitúa en el ámbito de la Seguridad Social, junto a las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia. En este modelo se reconoce la naturaleza de derecho subjetivo de la protección a la dependencia, obviando la situación económica de las personas afectadas y/o implicadas. Otra peculiaridad del modelo continental es que pretende superar la tradición asistencialista y familística en este ámbito, aunque el seguro de dependencia es una póliza orientada al apoyo de la familia cuidadora, no para sustituirla (principio de subsidiariedad). Se consideran tres niveles o grados de dependencia a los que les corresponde determinadas prestaciones (monetarias y/o de servicios): moderado, grave y severo. Las ayudas no cubren la totalidad de las necesidades, lo que significa la presencia de cierto copago, el resto de los costes que asume la familia o el usuario directamente. El sistema continental contempla el apoyo a las personas cuidadoras, tanto en excedencia de trabajo para la actividad de cuidados informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro y el desarrollo de servicios de respiro (vacaciones, apoyo, sustituciones), además de las prestaciones pecuniarias que recibe la persona dependiente para compensar a quien la cuida o para financiar los servicios personales. La financiación es diferente según países, predominando los impuestos. La gestión es también plural, tendiendo al ámbito regional y local (descentralizado).

TABLA 6.70. MODELO CONTINENTAL DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA: ALEMANIA, AUSTRIA, FRANCIA Y LUXEMBURGO

REGULACIÓN	Reciente: entre 1993 y 2002
CONCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	Grados: moderada, grave y severa
COBERTURA	Universal, aunque no total
PRESTACIONES	Apoyo a la persona dependiente y a quien la cuida
FINANCIACIÓN	Plural. Predominan los impuestos
GESTIÓN	Según grado de dependencia. Mixta
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Plural, con predominio del sistema sanitario
TENDENCIAS PROTECTORAS	Mantenimiento del sistema pese a sus costes
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Amplia cobertura. Aparición de nuevas profesiones y especialidades. Prevalencia de las prestaciones por servicios frente a las ayudas monetarias. Alto coste

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gregorio Rodríguez Cabrero, *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Editorial Fundamentos, Madrid, 2004, pp. 255-259.

El *modelo anglosajón* (Reino Unido) es de naturaleza asistencial, basado en el copago, en el que los cuidados de atención de larga duración así como los servicios sanitarios recaen fundamentalmente sobre las entidades locales. Las ayudas son de naturaleza fundamentalmente económicas, tanto para las personas afectadas como para sus cuidadoras. La cobertura no es universal. Uno de los resultados visibles de este sistema es la creciente desigualdad territorial y social que supone, así como la preponderancia del sistema sanitario en la percepción de la situación y de la acción a realizar. En el contexto de la privatización del sistema de salud da como resultado una profundización de las desigualdades señaladas. Existe un mayor control de la calidad de los servicios, abaratando los costes y racionalizando los recursos (eficacia, eficiencia).

TABLA 6.71. SISTEMA ANGLOSAJÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA: REINO UNIDO

REGULACIÓN	<i>Community Care Act</i> (1990)
CONCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	Protección de naturaleza asistencial
COBERTURA	Preferencia de las personas con bajos recursos en función de un baremo.
PRESTACIONES	Básicamente económicas.
FINANCIACIÓN	Con impuestos generales y copago de los usuarios en función de la renta
GESTIÓN	Servicios sociales locales
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Compleja y conflictiva. Transferencia de los cuidados de larga duración residencial a la Seguridad Social y los servicios sociales locales (inhibición del sistema nacional sanitario)
TENDENCIAS PROTECTORAS	Políticas de contención del gasto e incremento de las aportaciones del usuario. No existen perspectivas de un seguro público de protección social a la dependencia
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Presencia de desigualdades territoriales. Transferencia de los costes a las familias y los usuarios. Mayor control de las Administraciones locales, énfasis en la planificación, calidad de los servicios

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gregorio Rodríguez Cabrero, **El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos**, Editorial Fundamentos, Madrid, 2004, pp. 253-255.

En el *modelo latino* recae tradicionalmente en las familias el peso de los cuidados, particularmente sobre las mujeres. El sistema público de cuidados de larga duración es de naturaleza asistencial (prácticamente para pobres), insuficiente en recursos, orientado a las prestaciones económicas más que a los servicios (también deficitarios) y con visibles desigualdades sociales y territoriales. Al no existir tradición al respecto, estos países se encuentran retrasados en comparación con los otros modelos.

TABLA 6.72. MODELO LATINO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA: ITALIA, ESPAÑA Y PORTUGAL

REGULACIÓN	Muy reciente
CONCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	Grados: moderada, grave y severa.
COBERTURA	Asistencialista. Sobre todo las familias más pobres
PRESTACIONES	Monetarias, tanto a las personas dependientes como a las familias y las personas cuidadoras
FINANCIACIÓN	Impuestos y esfuerzos familiares
GESTIÓN	Mixta
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Red de servicios sociales y sociosanitarios en ámbitos regionales
TENDENCIAS PROTECTORAS	Tendencia a la descentralización, privatización y desequilibrios territoriales y sociales
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Predominio de las ayudas económicas. Asistencialismo. Papel excesivo de las familias en los cuidados y en la asunción de los costes. Tendencia a la universalización de la protección y a la modernización y profesionalización

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gregorio Rodríguez Cabrero, **El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos**, Editorial Fundamentos, Madrid, 2004, pp. 260-261.

Hay en la actualidad una clara tendencia hacia la profesionalización y modernización, la descentralización, la privatización y una notable demanda social. Por el momento, la descentralización ha supuesto, en lo positivo, la emergencia de redes sociales y sociosanitarias más próximas, estructuradas, y, en lo negativo, la agudización de los desequilibrios territoriales y sociales mencionados. La modernización y profesionalización incide sobre la calidad de los servicios, así como significa un alivio para las familias. La privatización supone la creación de nuevos empleos y de

empresas, aunque también agudiza las desigualdades sociales descritas, no sólo en cuanto a la diferente disponibilidad y calidad de los recursos (sobre todo residencias) entre ricos y pobres, sino porque a las capas medias les afecta más directamente, ya que su renta les impide acceder a los recursos y servicios públicos (destinados sobre todo a las familias y personas pobres), al tiempo que los centros y servicios privados están en un precio bastante elevado en relación a su capacidad adquisitiva y de ahorros. El cuadro siguiente sintetiza las características de este modelo latino en el que se encuentra España.

6.4.2. Longevidad y dependencia en España y en Canarias

Según el Consejo de Europa, la dependencia se define como “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta y/o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Por persona dependiente entendemos la que presenta limitaciones en la realización de una o más actividades que se ejecutan con frecuencia casi cotidiana, dependiendo de otras personas para su realización. Es decir: la dependencia supone la necesidad de apoyo de terceras personas para la realización de tareas cotidianas.

Podemos resumir en dos las categorías de actividades:

- 1) tareas básicas de la vida diaria, relacionadas con el cuidado personal. Lavarse, ir al servicio, meterse y levantarse de la cama, comer, vestirse, controlar los movimientos intestinales/la orina; y
- 2) labores instrumentales de la vida diaria: capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, hacer las tareas de la casa, hacer la colada, utilizar un medio de transporte, hacerse responsable de la propia medicación, administrar la economía doméstica¹⁸.

Hasta hace poco, el problema de la dependencia en España se concentraba sobre todo en la población con alguna discapacidad entre 6 y 64 años de edad. De este modo, se obviaba a la población mayor de 65 años, la que mayor número de dependencia presenta. Los cuidados familiares y diversas prestaciones no contributivas (Ley de Integración Social del Minusválido, Pensiones No Contributivas y Ayudas Públicas de diversa naturaleza) intentaban cubrir las necesidades de dicho colectivo. El envejecimiento poblacional (sobre todo de los octogenarios) ha puesto de manifiesto la importancia social, económica y política de la dependencia.

Este interés se hace creciente por tres factores:

- 1) el número y las características de todas las personas en situación de dependencia;
- 2) el papel asignado a la protección social de dichas personas; y
- 3) los cambios en los cuidados informales (familiares, vecinales, etcétera). Con todo, no debemos olvidar que, siendo el envejecimiento una causa principal del aumento de personas dependientes, no es la única.

¹⁸ Para el INE, son cuatro actividades: 1) cuidado personal; 2) movilidad en el hogar; 3) tareas domésticas; y 4) movilidad extradoméstica.

Hasta la fecha, los estudios sobre la población dependiente se han realizado mediante encuestas a domicilio sobre la autopercepción de las necesidades de ayuda para realizar actividades básicas. Esto significa:

- 1) que se obvia a la población dependiente en residencias o instituciones; y
- 2) se trata de la percepción subjetiva de la persona entrevistada. Con todo, en la encuesta EDDDES de 1999 (elaborada por el INE) se cifraba en 2.215.398 las personas de 6 y más años que presentan alguna discapacidad, 1.421.645 eran mujeres y 793.748, varones. Los mayores de 65 años representan casi dos tercios de dicha cifra (1.423.962). Nuevamente las mujeres son mayoría dentro de este colectivo: 997.190, frente a los 426.772 hombres.

En la Ley 39/2006 (conocida como Ley de Atención a la Dependencia) se distinguen tres grados de dependencia: *moderada*, *severa* y *total*. La dependencia *moderada* atañe a las personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas al menos una vez al día. Se considera dependencia *severa* cuando la ayuda es precisada dos o tres veces al día, o requiere de un cuidado permanente. Cuando la presencia de cuidados es ininterrumpida la dependencia pasa a ser *total* o *gran dependencia*.

Según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), la esperanza de vida a los 65 años para un hombre se segmenta en 15,45 años de vida saludable, 0,19 en situación de dependencia moderada, 0,52 en dependencia severa y 0,64 en dependencia total, mientras que para una mujer de la misma edad, son 18,07 años en salud, 0,50 con dependencia moderada, 0,87 con dependencia severa y 1,29 también con gran dependencia.

TABLA 6.73. ESPERANZA DE VIDA POR SEXOS Y TIPOS A PARTIR DE 65 AÑOS DE EDAD

65 AÑOS	SALUD	MODERADA	SEVERA	TOTAL
VARONES	15,45	0,19	0,52	0,64
MUJERES	18,07	0,50	0,87	1,29

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

Con 80 años sigue existiendo disparidad entre sexos, aunque se equiparan un poco las cifras. Cabe destacar que la esperanza de vida en salud es bastante superior de los varones de 80 y más años respecto a las mujeres de dicha edad.

TABLA 6.74. ESPERANZA DE VIDA POR SEXOS Y TIPOS A PARTIR DE 80 AÑOS DE EDAD

80 AÑOS	SALUD	MODERADA	SEVERA	TOTAL
VARONES	6,32	0,16	0,60	0,52
MUJERES	3,95	0,53	0,81	0,81

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), 2005.

Según la Fundación BBVA, en su estudio sobre longevidad y dependencia en España (2006), la proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad respecto a las personas en total con alguna discapacidad es del 58,25% en España, mientras que en Canarias es del 46,14%, la proporción más baja, destacando Castilla y León, Extremadura, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, Galicia, Asturias, La Rioja y Cantabria. Son cifras consonantes con la proporción de personas mayores de 65 años respecto al total de la población. La proporción de personas con alguna discapacidad en Canarias no llega al 5%, mientras que en el total de España es del 7,86%.

TABLA 6.75. PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, TODAS LAS EDADES Y MAYORES DE 65. PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON DISCAPACIDAD RESPECTO AL TOTAL DE PERSONAS DISCAPACITADAS

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TODAS LAS EDADES	65 AÑOS Y MÁS	%
Andalucía	708.830	381.348	53,79
Aragón	96.046	64.055	66,69
Asturias	101.003	62.446	61,82
Baleares	56.949	29.118	51,12
CANARIAS	106.286	49.047	46,14
Cantabria	48.149	29.416	61,09
Castilla y León	275.300	190.088	69,04
Castilla-La Mancha	164.896	106.657	64,68
Cataluña	564.513	319.041	56,51
Comunidad Valenciana	312.874	183.941	58,79
Extremadura	102.291	66.544	65,05
Galicia	272.190	168.336	61,84
Madrid	347.800	193.786	55,71
Murcia	111.259	62.376	56,06
Navarra	40.375	25.512	63,18
País Vasco	143.601	78.960	54,98
La Rioja	14.103	8.661	61,41
TOTAL ESPAÑA	3.466.465	2.019.332	58,25

Fuente: Fundación BBVA. Longevidad y dependencia en España (2006).

Siguiendo con la misma fuente, el porcentaje de personas de 65 años y más con alguna discapacidad respecto al total de la población con más de 65 años de edad es del 32,21% en España, 27,22% en Canarias, entre las más bajas. Por sexos se demuestra que el peso específico de discapacidad es mayor entre las mujeres que entre los varones en todas las Comunidades Autónomas, incluida Canarias, donde la diferencia es notable (más de 10 puntos, frente a los 8 de la media española).

TABLA 6.76. PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON DISCAPACIDAD RESPECTO AL TOTAL DE PERSONAS ANCIANAS, POR SEXOS Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Andalucía	39,44%	33,39%	43,82%
Aragón	26,82%	23,24%	29,62%
Asturias	29,97%	27,28%	31,85%
Baleares	25,96%	25,82%	26,05%
CANARIAS	27,22%	21,01%	31,89%
Cantabria	31,53%	27,03%	34,71%
Castilla y León	37,27%	32,35%	41,06%
Castilla-La Mancha	33,96%	28,35%	38,48%
Cataluña	32,86%	27,47%	36,76%
Comunidad Valenciana	30,05%	25,4%	33,44%
Extremadura	35,73%	30,72%	39,43%
Galicia	32,43%	27,18%	36,05%
Madrid	26,32%	19,97%	30,61%
Murcia	40,49%	35,64%	44,15%
Navarra	28,77%	23,60%	32,73%
País Vasco	23,92%	19,15%	27,40%
La Rioja	18,33%	17,38%	19,04%
TOTAL ESPAÑA	32,21%	27,08%	35,94%

Fuente: Fundación BBVA. Longevidad y dependencia en España (2006).

Por grados de dependencia el número de personas afectadas de más de 65 años de edad, tenemos que, aunque se trata de un fenómeno creciente, en las Islas se dan cifras más bajas de discapacidad severa y total que en el resto de España.

TABLA 6.77. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN GRADOS DE DISCAPACIDAD, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DISCAPACIDAD MODERADA	DISCAPACIDAD SEVERA	DISCAPACIDAD TOTAL
Andalucía	106.490 (27,92%)	108.152 (28,36%)	166.706 (43,72%)
Aragón	21.504 (33,57%)	16.636 (25,97%)	25.915 (40,46%)
Asturias	16.134 (25,84%)	19.466 (31,17%)	26.846 (42,99%)
Baleares	8.214 (25,84%)	8.696 (29,86%)	12.208 (41,93%)
CANARIAS	17.922 (36,55%)	14.753 (30,07%)	16.372 (33,38%)
Cantabria	6.999 (23,79%)	8.872 (30,16%)	13.545 (46,05%)
Castilla y León	77.704 (40,88%)	53.950 (28,38%)	58.434 (30,74%)
Castilla-La Mancha	27.686 (25,96%)	31.181 (29,23%)	47.790 (44,81%)
Cataluña	114.910 (36,01%)	85.428 (26,78%)	118.703 (37,21%)
Comunidad Valenciana	51.475 (27,98%)	55.017 (29,91%)	77.449 (42,11%)
Extremadura	14.510 (21,81%)	19.234 (28,90)	32.800 (49,29%)
Galicia	43.728 (25,98%)	44.000 (26,14%)	80.608 (47,88%)
Madrid	67.241 (34,70%)	56.528 (29,17%)	70.017 (36,13%)
Murcia	15.975 (25,61%)	20.002 (32,07%)	26.399 (42,32%)
Navarra	5.499 (21,55%)	7.980 (31,28%)	12.033 (47,17%)
País Vasco	27.904 (35,34%)	23.675 (29,98%)	27.381 (34,68%)
La Rioja	1.590 (18,36%)	3.593 (41,48%)	3.478 (40,16%)
TOTAL ESPAÑA	626.600 (31,03%)	579.540 (28,70%)	819.022 (40,27%)

Fuente: Fundación BBVA. Longevidad y dependencia en España (2006).

Con todo, cabe destacar que el estado de dependencia (en cualquiera de los tres grados) supone el 28,63% del tiempo restante de vida a los 65 años de edad y más del 58% del tiempo a partir de los 85 años. Entre otras consecuencias, esto supone el aumento de gastos sociales para el cuidado de las personas mayores (cuidados de larga duración, servicios de atención, relación con otros gastos como la vivienda, la educación, la salud, otros colectivos, etcétera), al tiempo que moviliza recursos, con su incidencia en el empleo (emergencia de nuevas profesiones y especialidades, replanteamientos respecto a las jubilaciones, etcétera).

El sistema de apoyo a la dependencia (SAAD), previsto en la Ley 39/2006, contempla dos posibilidades: la prestación económica y la prestación de servicios. La primera consiste en que la persona dependiente reciba una cuantía económica para poder hacer frente a los gastos derivadas de su situación de dependencia. La segunda medida consiste en la prestación de los servicios precisos para tratar la dependencia. También cabe la posibilidad de un modelo mixto. El catálogo de servicios del SAAD incluye: Servicio de Prevención de las Situaciones de Dependencia; Teleasistencia; Ayuda a Domicilio; Centros de Día y de Noche; Residencias. Todo este catálogo implica a todos los niveles administrativos del Estado (Gobierno Central, Comunidades Autónomas, Administraciones Locales, incluyendo en Canarias las corporaciones insulares) y a dos áreas simultáneamente: Salud y Servicios Sociales.

El Estado desempeña un papel central en la financiación de los cuidados de larga duración, en su mayoría en el marco de una fórmula de reparto de los costes que anime a las personas a elegir la atención domiciliaria al ingreso en las residencias. El seguro privado desempeña un papel menor en la financiación de los cuidados de larga duración en Europa debido, entre otras razones, a la imposibilidad de permitírselo de muchas personas. Cada vez se reconoce más la necesidad de apoyar a los familiares cuidadores mediante el incremento del gasto en atención comunitaria y mecanismo de apoyo más flexibles. También se acepta en todos los países la importancia de controlar el acceso a servicios caros de larga duración.

6.4.3. Los cuidados informales

El apoyo a las personas mayores de 65 años se desarrolla mediante dos vías: el denominado “apoyo informal”, constituido por la familia, las amistades, el vecindario, el voluntariado oculto o informal..., y el apoyo formal que ofrecen los servicios sociales, la iniciativa privada y las asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG), que ejecutan diversos programas para dar respuestas a los mayores ya sea en términos de ocupación del tiempo libre como de cuidado en situaciones de dependencia.

El apoyo informal proporciona la mayor parte de las atenciones y cuidados que necesitan las personas mayores, siendo la familia la que se erige en soporte social más importante. Este modelo informal de cuidados sigue siendo el dominante en España (y en Canarias), aunque, como veremos, por diversos factores sociodemográficos algunos (envejecimiento poblacional, longevidad, nuevas enfermedades, transformaciones en las estructuras familiares, presencia creciente de mujeres inmigrantes) y económicos otros (incorporación de la mujer al mercado de trabajo, oportunidades vitales y laborales de las personas cuidadoras en el seno familiar, aparición de recursos y servicios públicos y privados), la tendencia es disminuir el papel de la familia y de las redes informales a favor de cierta profesionalización de los cuidados.

En efecto, en los últimos años, tal como demuestra M^a Ángeles Durán¹⁹, el 61,5% de las personas cuidadoras son familiares (sobre todo la/s hija/s), el 37,5% son personas empleadas para tal efecto (externas, mayoritariamente son mujeres) y el 1% son mujeres empleadas como internas. Se constata, por tanto, una clara tendencia a profesionalizar los cuidados, concibiéndose dicha tarea como un trabajo claramente femenino. Son las mujeres las que predominan en la mano de obra del cuidado social, desarrollando una tarea infravalorada y con escaso salario.

Otro elemento a considerar es la dedicación y la duración de los cuidados personales. En efecto, un alargamiento del tiempo de cuidado, la intensidad de las atenciones, la aparición de nuevas enfermedades, puede derivar fácilmente en situaciones más o menos estresantes para la persona cuidadora. Cuando el cuidado se prolonga, se convierte en uno de los eventos más estresantes que se dan en el núcleo familiar al causar: la aparición de conflictos familiares por la adjudicación de responsabilidades de cuidado entre los miembros de la familia, o falta de información de los cuidados y

¹⁹ DURÁN, M^a Ángeles: **Los costes invisibles de la enfermedad**, Fundación BBVA, Madrid, 1999.

necesidades sanitarias que precisan; problemas laborales; aumento de los gastos ocasionados por las necesidades de dependencia; disminución del tiempo libre y de las actividades sociales del cuidador; desgaste físico y psíquico que puede provocar trastornos clínicos (depresión, ansiedad, etcétera) o afectación de los niveles emocionales (apatía, etcétera). Además, el modelo de familia ha experimentado importantes cambios en los últimos años, adoptando una configuración que, con toda seguridad, se irá agudizando poco a poco. Ha cambiado el papel de la mujer, el número de miembros de la familia, y hasta los modelos de convivencia. Estas transformaciones implican la disminución de la cobertura que la familia puede prestar a sus integrantes, optándose cada vez más por la contratación de personas ajenas a la familia o por el recurso público (o privado) más cercano.

Según el INE (encuesta EDDDES, 1999), el reparto porcentual de los cuidados informales queda establecido de la siguiente manera:

TABLA 6.78. PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA

PERSONA CUIDADORA	%
Hija	34,9
Otro familiar	25,4
Empleada	23,6
Amistades, vecinos...	5,5
Otros cuidadores	10,6

Fuente: Encuesta EDDDES 1999 (INE). Elaboración propia

Si analizamos el número de horas por semana dedicadas al cuidado personal de las personas dependientes de más de 65 años de edad podemos observar la intensidad (factor estresante) de dichas atenciones para los familiares. Si pormenorizamos según el grado de dependencia el análisis se hace más evidente. De este modo se constata que predominan los cuidados intensivos en duración.

TABLA 6.79. DEDICACIÓN (EN HORAS SEMANALES) DE LA PERSONA CUIDADORA SEGÚN GRADOS DE DISCAPACIDAD

Nº horas semanales	Moderada	Severa	Total	Media
Hasta 7 horas	19,3	13,3	2,2	13,6
De 7 a 14	20,9	15,0	4,6	15,3
De 15 a 30	19,0	17,8	9,7	16,6
De 31 a 40	9,6	10,1	9,7	9,8
De 41 a 60	6,1	9,0	11,6	8,3
Más de 60	25,1	34,8	62,2	36,4

Fuente: Encuesta EDDDES 1999 (INE). Elaboración propia

Analizando el número de años que la persona cuidadora dedica a atender al padre y/o la madre mayor de 65 años en situación de dependencia, se puede observar que no sólo predominan los cuidados intensivos en cuanto a hora de dedicación sino que también en cuanto a los años.

TABLA 6.80. DEDICACIÓN (EN AÑOS) DE LA PERSONA CUIDADORA SEGÚN NIVEL DE DISCAPACIDAD

Nº años	Moderada	Severa	Total	Media
Menos de 1 año	7,6	7,3	10,5	8,2
De 1 a 2 años	13,3	11,3	12,0	12,3
De 2 a 4 años	17,7	17,1	17,2	17,4
De 4 a 8 años	19,9	20,6	21,6	20,5
Más de 8 años	41,5	43,7	38,7	41,6

Fuente: Encuesta EDDDES 1999 (INE). Elaboración propia

Esta amplia cobertura de cuidados personales recae de manera mayoritaria sobre la familia, sin compensación económica alguna (según Gregorio Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorníu, para un precio-sombra de 6,62 euros a la hora de atención informal, el coste de dichos cuidados en un año se estima en torno a los 4.846,7 millones de euros²⁰). Una de las medidas previstas por la denominada Ley de la Dependencia es paliar esta ausencia de cobertura económica para los parientes que cuidan personas en situación de dependencia (incluidas, obviamente, los mayores de 65 años).

Este modelo familiar de atención ha entrado en crisis en los últimos años debido a tres causas: 1) el declive del potencial de cuidadores familiares debido a la reducción del número de mujeres cuidadoras y al aumento del número de personas mayores que precisan atenciones de larga duración; 2) los cambios en el modelo tradicional de familia y en la estructura familiar; y 3) la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo.

6.4.4. Los cuidados formales

Los recursos formales representan el 5% del total de cuidados recibidos por el mayor, ha experimentado un importante desarrollo de servicios dirigidos a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia, sobre todo merced a los cambios en la estructura familiar, y sobre todo a la incorporación de la mujer al trabajo. Entre estos programas de apoyo a la tercera edad se encuentran el servicio a domicilio, la teleasistencia, los centros de día, las residencias, etcétera.

De los servicios públicos de atención a domicilio, el más utilizado por la población de 65 años y más es el servicio de ayuda a domicilio (en adelante, SAD). El 2% utiliza este servicio. Las Comunidades Autónomas que cuentan con una mayor cobertura del servicio de ayuda a domicilio son Extremadura, Navarra, País Vasco, La Rioja y la Ciudad de Melilla. Las que menos cobertura ofrecen son Cataluña, Galicia y Cantabria. El índice de cobertura en Canarias es de 1,88, la séptima más baja, y ligeramente por debajo de la media nacional. Este índice de cobertura se sitúa muy por debajo del 8% considerado como adecuado en el Plan General de Servicios Sociales de Canarias.

²⁰ RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio; CODORNIÚ, Montserrat: **Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia**, IMSERSO, Madrid, 2002, p.137. El cálculo está hecho sobre el cuidado de todas las personas dependientes, no sólo las personas mayores de 65 años en situación de dependencia.

TABLA 6.81. ÍNDICE DE COBERTURA EN LA AYUDA DOMICILIARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	Población > 65 años	Número de usuarios	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	21.191	2,04
Aragón	253.807	6.189	2,44
Asturias	229.061	4.095	1,79
Baleares	123.450	3.431	2,78
CANARIAS	194.256	3.649	1,88
Cantabria	99.416	1.537	1,55
Castilla-León	545.374	13.514	2,48
Castilla-La Mancha	341.181	8.711	2,55
Cataluña	1.070.370	13.898	1,30
Comunidad Valenciana	666.753	14.430	2,16
Extremadura	198.551	9.659	4,86
Galicia	543.783	7.350	1,35
Madrid	754.588	14.240	1,89
Murcia	162.580	2.667	1,64
Navarra	97.171	2.938	3,02
País Vasco	353.681	10.096	2,85
La Rioja	51.319	1.458	2,84
Ceuta	7.764	137	1,76
Melilla	6.382	194	3,04
TOTAL ESPAÑA	6.739.559	139.384	2,07

Fuente: INE. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón 1999. Consejerías de Sanidad y Servicio Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas.

En los últimos años se ha venido desarrollando la teleasistencia, consistente en un sistema de ayuda a domicilio destinada a cubrir las necesidades de las personas que por su situación personal, edad o estado físico, pueden necesitar asistencia rápida en casos de emergencia durante las 24 horas. Este mecanismo de ayuda está dirigido principalmente a las personas mayores que viven solas, y que pueden tener accidentes domésticos, enfermedades físicas o necesidades médico-psicológicas.

La teleasistencia consiste en posibilitar la atención del usuario en situaciones de emergencia a través de la instalación en el domicilio de aparatos telefónicos conectados a una central encargada de recibir avisos y demandas de auxilio, siendo esta central la que se encarga de movilizar los recursos necesarios para dar rápida respuesta a la necesidad planteada.

Entre las ventajas de la teleasistencia, están las de proporcionar tranquilidad y protección a los usuarios, disminuyendo considerablemente la angustia ante la posibilidad de sufrir algún accidente, y también facilitar la permanencia de las personas en su propio domicilio, evitando de este modo el ingreso en residencias, o el traslado a domicilios de hijos y familiares.

Respecto a este servicio en España, Canarias presenta el índice de cobertura más bajo (0,22), muy lejos de Navarra, con un índice de cobertura del 3,55 sobre el total de su población de 65 años y más.

TABLA 6.82. ÍNDICE DE COBERTURA DE TELEASISTENCIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	Población > 65 años	Número de usuarios	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	16.135	1,55
Aragón	253.807	4.234	1,67
Asturias	229.061	2.036	0,89
Baleares	123.450	884	0,72
CANARIAS	194.256	429	0,22
Cantabria	99.416	505	0,26
Castilla-León	545.374	8.763	1,61
Castilla-La Mancha	341.181	6.297	1,85
Cataluña	1.070.370	6.105	0,57
Comunidad Valenciana	666.753	13.251	1,99
Extremadura	198.551	1.315	0,66
Galicia	543.783	1.550	0,29
Madrid	754.588	4.604	0,61
Murcia	162.580	1.890	1,16
Navarra	97.171	3.451	3,55
País Vasco	353.681	4.104	1,16
La Rioja	51.319	423	0,82
Ceuta	7.764	111	1,43
Melilla	6.382	130	2,04
TOTAL ESPAÑA	6.739.559	75.978	0,94

Fuente: INE. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón 1999. Consejerías de Sanidad y Servicio Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas.

Entre los servicios de atención diurna se incluyen los hogares y clubes, entendidos “como centros sociales de convivencia que ofrecen una gama amplia de servicios (cafetería, comidas, peluquería, podología, actividades lúdicas y de formación, actividades físicas, etc.), y los centros de día para personas dependientes, concebidos como servicios sociosanitarios y de apoyo familiar”²¹.

El informe “*Las personas mayores en España. Indicadores básicos*” (2004) señala que el 37% de la población española de 65 años y más frecuenta los hogares y clubes, siendo en su mayoría mujeres. Respecto a los centros de día públicos (propios y concertados) su finalidad es prestar atención socio-sanitaria a los mayores en régimen diurno, a la vez que apoyar a las familias disminuyendo la carga del cuidado de los mayores. La cobertura a nivel nacional no llega al 1%. La Comunidad con mayor índice de cobertura es Extremadura (0,32). Canarias se sitúa en quinto lugar con una cobertura de 0,22. En la cola se encuentran Andalucía y Galicia, con una cobertura de 0,02 para cada una de ellas. No hay duda de que “a pesar de ser un servicio de implantación bastante reciente en España, su eficacia como recurso de respiro familiar y de mantenimiento en el entorno habitual de las personas dependientes, es hoy incuestionable”²².

Los servicios de atención residencial son los que cuentan con mayor cobertura dentro del sistema de atención a las personas mayores. Un 3,19% de los mayores de 65 años son usuarios de residencias.

²¹ ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España. Indicadores básicos**, IMSERSO, Madrid, 2002, p. 26.

²² ABELLÁN GARCÍA, A.; PÉREZ ORTIZ, L.; SANCHO CASTIELLO, T.: **Las personas mayores en España. Indicadores básicos**, IMSERSO, Madrid, 2002, pp. 26-27.

TABLA 6.83. ÍNDICE DE COBERTURA EN CENTROS DE DÍA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	Población > 65 años	Nº de centros propios y concertados	Nº de plazas propias y concertadas	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	4	174	0,02
Aragón	253.807	12	240	0,09
Asturias	229.061	13	275	0,12
Baleares	123.450	5	90	0,07
CANARIAS	194.256	28	419	0,22
Cantabria	99.416	14	224	0,23
Castilla-León	545.374	50	931	0,17
Castilla-La Mancha	341.181	15	365	0,11
Cataluña	1.070.370	164	2.571	0,24
Comunidad Valenciana	666.753	19	287	0,04
Extremadura	198.551	35	644	0,32
Galicia	543.783	4	92	0,02
Madrid	754.588	40	1.070	0,14
Murcia	162.580	13	265	0,16
Navarra	97.171	5	115	0,12
País Vasco	353.681	42	1.001	0,28
La Rioja	51.319	3	80	0,16
Ceuta	7.764	---	---	---
Melilla	6.382	---	---	---
TOTAL ESPAÑA	6.739.559	466	8.843	0,13

Fuente: INE. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón 1999. Consejerías de Sanidad y Servicio Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas.

TABLA 6.84. ÍNDICE DE COBERTURA EN ATENCIÓN RESIDENCIAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	Población > 65 años	Nº de centros	Nº de plazas	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	647	26.515	2,55
Aragón	253.807	211	10.412	4,10
Asturias	229.061	191	7.766	3,39
Baleares	123.450	27	2.197	1,78
CANARIAS	194.256	111	4.635	2,39
Cantabria	99.416	45	3.883	3,91
Castilla-León	545.374	539	28.473	5,22
Castilla-La Mancha	341.181	205	13.640	4,00
Cataluña	1.070.370	1.051	41.954	3,92
Comunidad Valenciana	666.753	237	14.297	2,14
Extremadura	198.551	79	5.830	2,94
Galicia	543.783	114	10.511	1,93
Madrid	754.588	320	22.142	2,93
Murcia	162.580	40	2.943	1,81
Navarra	97.171	68	4.712	4,85
País Vasco	353.681	241	12.195	3,45
La Rioja	51.319	27	2.717	5,29
Ceuta	7.764	3	104	1,34
Melilla	6.382	2	230	3,60
TOTAL ESPAÑA	6.739.559	4.158	215.156	3,19

Fuente: INE. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón 1999. Consejerías de Sanidad y Servicio Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas.

La Comunidad Autónoma con mayor índice de cobertura es La Rioja con 5,29, y la menos la ciudad de Ceuta (1,34) y Baleares (1,78). El índice de cobertura en Canarias es de 2,39, cifra aún insuficiente.

Se constatan así las diferencias existentes respecto a los índices de cobertura de los distintos servicios.

Las Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura son: Castilla-La Mancha (14,09), Navarra (13,95), Madrid (13,20), Extremadura (12,87), Castilla y León (12,13) y Aragón (10,54). Canarias (6,43) continúa estando bastante por debajo de la media española, aunque con mejor índice que la Comunidad Valenciana (6,31), Murcia (5,79) y Galicia (4,84), así como de la ciudad autónoma de Ceuta (5,84).

TABLA 6.85. ÍNDICE DE COBERTURA TOTAL EN 2005 EN LAS COMUNIDADES Y LAS CIUDADES AUTÓNOMAS

CCAA	Residencias	Atención Domicilio	Teleasistencia	Centros de Día	Total
Castilla y León	6,12	3,12	2,54	0,35	12,13
Navarra	5,32	3,56	4,68	0,38	13,95
Castilla-La Mancha	5,06	4,87	3,93	0,24	14,09
La Rioja	4,71	3,41	1,25	0,48	9,86
Comunidad de Madrid	4,56	3,37	4,57	0,70	13,20
Aragón	4,46	3,07	2,66	0,34	10,54
Cataluña	4,37	3,87	0,79	0,95	9,98
Asturias	4,06	3,26	1,76	0,37	9,44
Cantabria	4,01	1,92	0,48	0,35	6,77
País Vasco	3,90	1,77	2,26	0,55	8,48
Extremadura	3,68	7,41	1,34	0,44	12,87
CANARIAS	2,89	2,69	0,62	0,23	6,43
Andalucía	2,84	3,48	1,79	0,33	8,45
Baleares	2,84	2,09	1,89	0,24	7,06
Melilla	2,72	3,15	2,97	0,34	9,18
Comunidad Valenciana	2,52	1,67	1,87	0,25	6,31
Murcia	2,25	1,76	1,35	0,42	5,79
Galicia	2,08	1,91	0,67	0,18	4,84
Ceuta	1,67	3,44	0,43	0,30	5,84
ESPAÑA	3,78	3,14	2,05	0,46	9,43

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005)

6.4.5. Los gastos sobre cuidados intensivos

La estimación de los costes individuales esperados de cuidados de larga duración (en adelante, CDL) puede ayudar a diseñar políticas sociales de dependencia que ofrezcan un margen de cobertura suficiente y que económicamente sea eficiente. También sirve para el diseño de iniciativas privadas que complementen la cobertura social existente. Para calcular dichos costes se consideran dos factores:

- 1) el número de años que se espera que el individuo viva en cada grado de dependencia (moderado, grave y total) y
- 2) los cuidados correspondientes a cada uno de esos niveles. Para calcular el coste se supone una modalidad de cuidados mixta, que combina los cuidados en el domicilio, los cuidados en centros de día y en centros residenciales. Desde esta perspectiva, se supone que las personas con discapacidad moderada precisan de

atención domiciliaria tres horas al día; las personas con discapacidad grave asisten a un centro de día y reciben atención en casa una hora diaria, y las personas con discapacidad total son atendidas en centros residenciales.

El cuadro que sigue resume los costes individuales derivados (en euros anuales) de estos CDL.

TABLA 6.86. GASTOS INDIVIDUALES SEGÚN GRADOS DE DEPENDENCIA

GRADO DE DEPENDENCIA	SERVICIOS	COSTE INDIVIDUAL
Moderada	3h/día a domicilio	9132,30
Severa o Grave	Centro de Día - 1h/día a domicilio	8554,59
Total o Gran Dependencia	Residencia	12870,34
Coste medio		10495,24

Fuente: Fundación BBVA. *Longevidad y dependencia en España* (2006).

Según el estudio elaborado por la Fundación BBVA sobre longevidad y dependencia, para los varones el coste medio esperado de los cuidados desde los 65 años hasta su fallecimiento está un poco por encima de los 57.000 euros, y para las mujeres se encuentra en torno a los 85.000 euros. Esto se debe no sólo a que sean más las mujeres sino también a que presentan mayor índice de dependencia.

El cuadro que sigue muestra una estimación del coste individual esperado de CDL, efectuando una proyección al año 2010 de las duraciones esperadas para cada grado de dependencia, teniendo en cuenta proyecciones de mortalidad, suponiendo tasas de prevalencia decrecientes y sin incluir factores de evolución de precios.

TABLA 6.87. COSTE INDIVIDUAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN POR SEXOS Y EDADES

EDADES	VARONES	MUJERES
65	57.438	85.315
70	51.091	78.848
75	44.205	71.922
80	38.249	65.289
85	32.565	57.598
90	26.318	48.468
95	20.806	35.461

Fuente: Fundación BBVA. *Longevidad y dependencia en España* (2006).

Para los varones, hasta los 70 años, cabe esperar que el individuo asuma todos los gastos la mayoría de los costes de cuidados (dependencia moderada). Los costes, sin embargo, son bastante elevados (la esperanza de vida residual es muy alta, más de 16 años) y la cobertura pública sólo se produce cuando existe gran dependencia o grave (en todo caso no alcanza el 30%). Entre los 70 y los 80 años interviene en mayor medida la cobertura pública (dependencia grave). En este tramo de edad los productos y servicios privados pueden ser competitivos, ya que no tienen que cubrir cantidades muy altas de costes. A partir de los 80 años, la cobertura pública es total (dependencia total). En el caso de las mujeres, la distinción entre los diversos tramos de edad no es tan nítida, puesto que el coste esperado de cofinanciación va descendiendo con los años, aunque la disminución es más lenta a partir de los 80.

Según las previsiones de la Ley de Dependencia, el objetivo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) será priorizar la cobertura de las situaciones de gran dependencia o total dependencia, e ir

aumentando la dotación para financiar el resto de grados. Si el SAAD cubre, en el futuro, el apoyo a la dependencia más grave y, al menos, el 30% de los costes de atención en el resto de niveles (moderado y grave), las personas en situación de dependencia o sus familiares deberán afrontar el resto (70%).

En el cuadro siguiente se muestra el coste para la financiación de ese 70% de los costes de los grados de dependencia moderado y severo, los que supuestamente han de afrontar dichas personas y sus familias. Hay que tener en cuenta que, para dicho cálculo, se parte del supuesto de un crecimiento acumulativo constante de los costes de CLD del 5,3% (que fue el crecimiento medio anual ponderado por el grado de severidad para el período 1999-2003) y un aumento del PIB estimado en un 2% anual para el período 2000-2050.

TABLA 6.88. COSTE DE LOS GRADOS DE DEPENDENCIA MODERADO Y SEVERO, POR SEXOS Y EDADES

EDADES	VARONES	MUJERES
65	11.237	18.328
70	7.375	13.896
75	6.379	9.357
80	4.991	6.301
85	3.294	4.396
90	1.796	3.075
95	539	1.624

Fuente: Fundación BBVA. *Longevidad y dependencia en España* (2006).

Puesto que el sistema público va a promover la atención a la dependencia otorgando prioridad a los casos más graves y desfavorecidos, podría hablarse de cierta fragilidad de aquellos individuos que sufran una discapacidad moderada, sobre todo quienes soportan su situación en soledad. La viudedad y/o la ausencia de familiares en el hogar constituyen, indudablemente, un factor que agrava la precariedad de aquellas personas que empiezan a sufrir discapacidades asociadas a la longevidad. A la soledad derivada de la viudedad hay que añadir que la pérdida de miembros del hogar provoca un decrecimiento de ingresos y una disminución, por tanto, del volumen de recursos económicos para sufragar los gastos de un servicio mínimo de asistencia personal para la realización de algunas actividades cotidianas básicas y/o instrumentales.

6.4.6. Repercusiones en Canarias de la Ley de Atención a la Dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, fue publicada en el Boletín Oficial del Estado (en adelante, BOE), con fecha 15 de diciembre de 2006. Dicha Ley regula las condiciones de promoción de la autonomía personal y atención de aquellas personas en situación de dependencia, a través de la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que deben colaborar todas la Administraciones Públicas que tengan competencia en la materia.

En el artículo 2.1. de dicha Ley se considera como **autonomía**, “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Se define la **dependencia**, como el estado de

carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (artículo 2.2.). Se consideran “Actividades Básicas de la vida diaria”, aquéllas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (artículo 2.3.).

A raíz de la puesta en marcha de esta Ley debe crearse el denominado Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Este Consejo surge como un instrumento de cooperación para la articulación del Sistema y en el que participan la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, tal y como se especifica en los artículos del 9 al 13 de la Ley.

Esta Ley puede resultar de gran utilidad para las personas que estén interesadas en solicitar tanto el reconocimiento como la valoración de las situaciones de dependencia, como el derecho a las distintas prestaciones o servicios contemplados por este Sistema.

Como prestaciones de atención a la dependencia el artículo 14 de la Ley menciona tanto prestaciones económicas como servicios, aunque estos últimos deben tener un carácter prioritario y se ofertarán a través de la Red pública de Servicios Sociales de las diferentes Comunidades Autónomas.

De este modo, el Catálogo de Servicios del Sistema, tal y como recoge el artículo 15, es el siguiente:

- Servicios de prevención y promoción de la autonomía personal.
- Servicios de Teleasistencia.
- Servicios de Ayuda a Domicilio.
- Servicios de Centros de Día y de Noche.
- Servicios de Atención Residencial.

En lo que respecta a prestaciones económicas, la Ley de Dependencia contempla tres nuevas:

- * Prestación económica vinculada al Servicio. Según el artículo 17 esta prestación económica se caracteriza por:
 - a) Ser personal y periódica.
 - b) Estar sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.
 - c) Estar destinada a la cobertura de los gastos del servicio previstos en el Programa, siempre y cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado de atención y cuidado.
 - d) El servicio debe ser prestado por una Entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.
 - e) El Consejo territorial del SAAD acordará las condiciones y la cuantía de la prestación.
- * Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. El artículo 18 recoge que sus características son las siguientes:
 - a) Carácter excepcional.

- b) Su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio.
- c) Está sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.
- d) El cuidador será dado de alta en la Seguridad Social y se incorporará a programas de formación, información y descanso.
- e) El Consejo Territorial del SAAD acordará las condiciones y cuantía de la prestación.

* Prestación económica de asistencia personal. El artículo 19 de la Ley especifica como características de esta prestación:

- a) Facilitar la promoción de la autonomía de la persona con gran dependencia.
- b) Contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al ámbito laboral.
- c) El Consejo Territorial del SAAD, acordará las condiciones y cuantía de la prestación.

Aparte de lo manifestado, la disposición adicional tercera de esta Ley recoge que las Administraciones Públicas fomentarán acuerdos para la concesión de ayudas económicas que faciliten la autonomía personal. Así y bajo la forma de subvención, estas ayudas están dirigidas a:

- Apoyar a las personas con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el adecuado desenvolvimiento en su vida.
- Facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a la mejora de su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Por su parte, la disposición adicional decimotercera de la Ley 39/2006 menciona una serie de modalidades de intervención para los menores de 3 años, en los que sea acreditada una situación de dependencia:

- * Ayuda a domicilio (artículo 23).
- * Prestación económica vinculada al servicio (artículo 17).
- * Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18).

Igualmente la Ley menciona la necesidad de elaborar un Plan Integral de Atención por parte de las Administraciones Públicas para los niños menores de 3 años en situación de dependencia, que contemple la atención temprana y la rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

La disposición adicional novena de la Ley de Atención a la Dependencia estipula que quienes tengan reconocida la Pensión de Gran Invalidez o la necesidad de asistencia por parte de terceras personas, según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia.

Atendiendo a lo manifestado, podemos destacar que los principios fundamentales que inspiran la Ley son:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las Administraciones Públicas.

Para poder ser titular de los derechos establecidos en la Ley 39/2006, el artículo 5 detalla los siguientes requisitos básicos:

- * Ser español.

- * Tener cualquier edad, aunque se establecen peculiaridades para los menores de 3 años.
- * Encontrarse en situación de dependencia, en función de los grados establecidos en la Ley que estamos analizando.
- * Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. En el caso que el beneficiario sea menor de cinco años, el período de residencia mencionado será exigido a aquella persona que ejerza su guarda y custodia.

La Ley de Atención a la Dependencia reconoce tres grados de dependencia:

- Grado I de dependencia moderada: La persona precisa ayuda para el desarrollo de varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II de dependencia severa: La persona necesita ayudas para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o posee necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III de gran dependencia: La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial precisa del apoyo indispensable y continuo de otras personas o cuenta con necesidades de apoyo generalizado para su completa autonomía personal.

Cada uno de estos grados a su vez se clasifica en dos niveles.

El artículo 27 de la Ley establece la presencia de un único baremo para todo el territorio español, aprobado mediante Real Decreto por el Gobierno, con la finalidad de valorar la capacidad de las personas para realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad por parte de éstas de apoyo y supervisión.

Las Comunidades Autónomas designarán aquellos órganos que serán los encargados de valorar la situación de dependencia, emitiendo un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, especificando cuáles serán aquellos cuidados que la persona va a precisar. Estos órganos deben tener en cuenta los informes sobre la salud y el entorno en el que va a vivir el solicitante, al igual que las ayudas técnicas que le han sido prescritas.

El procedimiento para reconocer una situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema, se iniciará ante el Órgano Gestor correspondiente de la Comunidad Autónoma donde el individuo resida o la Dirección Territorial del IMSERSO de Ceuta y Melilla cuando proceda. Realizada la correspondiente valoración será emitida una Resolución en la que serán especificados los servicios y prestaciones que corresponden al solicitante en base al grado y nivel de dependencia que presenta. Dicha Resolución contará con validez en todo el territorio nacional, tal y como recoge el artículo 28 de la Ley.

El grado o nivel de dependencia puede ser revisado por mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia, o por error en el diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.

Realizado el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia del solicitante, tal y como hemos especificado, se establecerán las modalidades de intervención más acordes a las necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos para su grado y nivel. Según expone el artículo 29, el solicitante o, en su defecto, su familia o entidad tutelar que le represente, deberá elegir entre las diferentes modalidades de intervención más adecuadas a su situación.

El artículo 30 refleja que las prestaciones de atención a la dependencia pueden ser variadas o extinguidas por:

- Variación de la situación personal del beneficiario.
- Variación de los requisitos establecidos para su concesión.
- Incumplimiento de las obligaciones de la Ley.

Esta Ley entró en vigor en todo el territorio español con fecha 1 de enero de 2007. No obstante, la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia se plantea que sea ejecutado de manera progresiva y gradual. En este sentido ha sido elaborado el siguiente calendario:

- * 2007: Personas valoradas con un Grado III de gran dependencia, en los niveles 2 y 1.
- * 2008 – 2009: Personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 2.
- * 2009 – 2010: Personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 1.
- * 2011 – 2012: Personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 2.
- * 2013 – 2014: Personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 1.

Las Administraciones Públicas implicadas en la gestión del SAAD deben contribuir en su financiación del siguiente modo:

- Administración General del Estado: Financiará el nivel mínimo de protección para cada uno de los beneficiarios, tal y como recoge el artículo 9 de la Ley. También se contempla la creación de Convenios con las Comunidades Autónomas al objeto de incrementar este nivel mínimo (artículo 10). En este sentido durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015 y, con la finalidad de favorecer la implantación progresiva del SAAD, la Administración General del Estado establecerá de forma anual en sus Presupuestos créditos para la celebración de los convenios con las Administraciones Autonómicas, en función de lo establecido en el artículo 10 de la Ley. En Canarias con fecha 14 de febrero de 2007 fue emitida Resolución de la Secretaría General Técnica, por la que se publicó el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Comunidad Autónoma de Canarias con la finalidad de realizar programas y/o proyectos cofinanciados del Plan de Acción a favor de Personas en Situación de Dependencia.
- Comunidades Autónomas: Aportarán de forma anual una cantidad al menos igual a la aportada por la Administración General del Estado en su territorio. Esta idea es recogida en el artículo 32 de la Ley.
- Los beneficiarios: El artículo 33 señala que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia deberán participar en la financiación de las mismas. Dicha participación será atendiendo a la capacidad económica personal de cada uno de ellos. Esta capacidad económica también será tenida en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. Sin embargo, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por carecer de recursos económicos.

6.5. Malos tratos y vejez

6.5.1. Definiciones y tipos

El maltrato a las personas mayores está considerado como un problema universal, pero ha sido en los últimos años, cuando se ha tomado conciencia de su significado y de la importancia de los sistemas de detección y prevención de maltrato en las personas mayores. Así lo han puesto de relieve diferentes instituciones, a través de convenciones, reuniones y declaraciones nacionales e internacionales. No existe una investigación fiable ni sistemática sobre el significado de “*maltrato a la tercera edad*”, “*maltrato a ancianos*” o “*maltrato o desatención a la vejez*”. Estudios pioneros en Canadá y EEUU, realizados en centros oficiales, en la década de los setenta y ochenta, arrojan datos aproximativos en los que la mayoría de los casos no fueron denunciados a las autoridades.

Así como el maltrato infantil ha sido profundamente investigado y los malos tratos a las mujeres y la violencia de género, aunque insuficientemente aún, en los últimos años se ha desarrollado, el estudio del maltrato en la vejez ha encontrado dificultades en la precisión de conceptos, debido a la ausencia de datos fiables y las diferentes perspectivas de abordar las definiciones y tipos de maltrato. La definición más ampliamente aceptada del maltrato a las personas mayores, aceptada incluso por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la que lo describe como “*un acto único o repetido, o la falta de acción adecuada, que ocurre dentro de una relación donde hay expectativas de confianza y que causa daño o malestar a una persona mayor*”²³.

Se trata de una definición general que debe ser explicada y ampliada en base a algunos hechos sociales como:

- a) la mayor tasa de población de mayores en el mundo asociada al aumento de la esperanza de vida.
- b) el cambio de las formas de vida y relaciones familiares de la familia extensa a la nuclear, concentrada en las grandes ciudades.
- c) Las condiciones de vida laboral de la pareja y el cuidado de los hijos con el consiguiente desplazamiento de los ancianos, dependientes o no, en centros e instituciones.
- d) Como consecuencia crece la probabilidad de que exista maltrato, estructural, familiar e institucional.

A grandes rasgos podemos distinguir los siguientes tipos de maltrato en las personas mayores:

- Maltrato físico.
- Maltrato psíquico.
- Maltrato material.
- Maltrato médico.
- Maltrato financiero y económico.
- Negligencia física.
- Negligencia psicológica.
- Abandono.
- Malversación de dinero y propiedades.

²³ Action on Elder Abuse, de WHO/ INPEA, 2002.

- Administración inadecuada de fármacos.
- Negación de cuidados físicos.
- Desatención sistemática.
- Agresión sexual.
- Negación de ayuda en el cuidado diario.

El maltrato físico consiste en causar daño corporal mediante diferentes tipos de agresión que supone lesiones en el anciano. El maltrato o abuso psicológico consiste en infligir a la persona mayor un daño moral, referido a cualquier tipo de conducta por parte del agresor, que le produzca miedo, terror, angustia o menosprecio, mediante conductas verbales o no verbales. El maltrato material es un tipo de abuso perpetrado contra el anciano y que se refiere a: 1) negación por parte de los familiares a prestarle ayuda en las tareas de la economía doméstica (pago de facturas, etcétera); 2) usurpación, sin su consentimiento de sus cuentas bancarias; 3) muestras de especial interés por parte de sus familiares, a veces acompañado de engaño o chantaje por el activo o pasivo del anciano. El maltrato económico o patrimonial viene referido al uso o explotación de dinero o de las posesiones del anciano, así como el bloqueo de acceso a este de dichos bienes, que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos, destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores. La agresión a abuso sexual se define como cualquier tipo de relación sexual (vejación, incesto, acoso no consentido por el anciano o anciana). La negligencia activa se describe como el incumplimiento sistemático de las obligaciones de ayuda en los cuidados básicos que incluyen el intento intencionado y convincente de infligir malestar emocional o físico al anciano. Incluye diferentes tipos de maltrato, como: 1) omisión de atención médica; 2) negativa de ayuda o descuido en la atención a las actividades de la vida diaria; 3) robo de pertenencias, objetos o recursos personales. La negligencia pasiva se define como el incumplimiento o abandono por desidia u olvido, no intencionado, ni con deseos manifiestos de hacer daño, en la atención y cuidado de sus necesidades básicas y vida diaria. El abandono consiste en la no administración de los cuidados o supervisión necesarios, respecto a la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados.

Según el **contexto social** donde se produce el maltrato puede ser: 1) **familiar**. Se refiere al número de casos encontrados en una población dada dentro del ámbito doméstico. Son muchas las dificultades con las que se pueden encontrar el investigador, entre otras, el ocultamiento de información, la incapacidad o limitaciones de los propios ancianos y a que la mayoría de los informes proceda del cuidador o profesionales de la salud a los que se les oculta información por parte de los familiares o a que ellos mismos no están dispuestos a dar información y mucho menos a denunciar. Una de las características del ambiente familiar violento es el aislamiento. Tanto los agresores como las víctimas suelen tener unas relaciones sociales pobres o restringidas; 2) **institucional**.

El maltrato institucional se puede definir como el resultado de las características de los miembros del personal y de los pacientes que están influidos por determinados aspectos del ambiente imperante en la residencia y por ciertos factores exógenos que se dan en la institución en cuestión. Tampoco está exento de dificultades el

conocimiento de este tipo de maltrato (por ejemplo, existencia de encubrimiento, desinterés o miedo a la denuncia por parte de los propios cuidadores asistentes²⁴).

Según el **tipo de víctimas y agresores** hay estudios que señalan a los mayores de edad más avanzada y los que padecen enfermedades degenerativas, tipo demencia o Parkinson, como los más expuestos a sufrir maltrato, que además son los que tienen mayores dificultades de comunicación. También lo sufren las mujeres mayores de 80 años con trastornos cerebro vascular, deficiencias sensoriales o inmovilidad.

Clark y Pierson apuntaron en 1999 tres factores de riesgo en las víctimas de maltrato: discapacidad, ser dependiente y ser mujer. El ser mujer fue el primero que apareció como víctima y de hecho así fue identificado por revistas británicas con la denominación de "grammy bashing" (abuelitas maltratadas) en una clara alusión al maltrato de género. Esta tríada se ve ampliamente contrastada y documentada por otros estudios que además señalan: haber sufrido cambios físicos o mentales en tiempo recientes, ser dependientes de su cuidador, tener bajos ingresos económicos o tener más de 75 años.

En cuanto al perfil del maltratador se hace muy difícil hacer estimaciones precisas dado las dificultades que entraña su investigación tanto en el ámbito familiar como institucional. Las causas principales de maltrato en el entorno familiar son:

- a) Presencia de algún tipo de psicopatología en el agresor.
- b) Violencia intergeneracional.
- c) Interacción y relaciones de dependencia entre agresores y víctimas.
- d) Estrés ambiental.
- e) Aislamiento social.

Otras características que se han señalado son: ser adictos al alcohol o las drogas, tener alguna discapacidad física o mental, presencia de estresores personales, carecer de conocimientos o habilidades personales para desempeñar el rol de cuidador o tener dependencia económica del anciano, (Hirst y Miller, 1986; Fulmer, 2000; Butler, 1999; entre otros). Otros estudios de los mismos autores añaden como factor de perpetrador de maltrato una historia familiar de maltrato o la presencia de indicadores de violencia como el maltrato infantil o de pareja.

En general, parece ser que los varones tienden a maltratar con mayor frecuencia que las mujeres que suelen aparecer más como víctimas. Los hombres suelen usar más la violencia física mientras que las mujeres cometen más negligencias en el cuidado de los ancianos.

6.5.2. Factores de riesgo asociados al maltrato a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia

Una parte importante de la literatura existente sobre el maltrato a mayores se ha centrado en describir y/o analizar los factores de riesgo asociados al maltrato. "Riesgo es un concepto epidemiológico empleado para especificar la probabilidad de que una cosa ocurra sobre otra en algún momento del futuro. Desde una perspectiva teórica los

²⁴ Estas definiciones de los distintos tipos de maltratos a Personas Mayores las podemos encontrar en PÉREZ MONTESDEOCA, Francisco; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente**, Editorial Anroart, Las Palmas de Gran Canaria, 2005, pp. 36-43.

factores de riesgo preceden al fenómeno en cuestión. La identificación de los factores de riesgo sirve a dos objetivos. Nos informa del mejor modo de: 1) evitar que vuelva a ocurrir algo que ya ha sucedido (prevención secundaria) y 2) estructurar las políticas, los programas u otro tipo de intervenciones para evitar que la situación tenga lugar (prevención primaria).

Karl Pillemer, en su ponencia “Factores de riesgo en el maltrato de personas mayores: ¿Qué nos dice la literatura?”, se pregunta acerca de los factores que colocan a un anciano en situación de riesgo. Obtener conocimientos sobre estos factores de riesgo es de suma importancia a la hora de diseñar y desarrollar estrategias de prevención y detección del maltrato.

Mediante una revisión bibliográfica sobre los agresores y sus víctimas, Karl Pillemer clasifica los factores de riesgo del maltrato de ancianos en tres grupos generales:

- 1) Factores de riesgo probables, cuando hay un apoyo unánime o casi unánime en varios estudios.
- 2) Factores de riesgo potenciales, cuando el apoyo, por parte de los estudios, es contradictorio o limitado.
- 3) Factores de riesgo cuestionables, cuando se presuponen que aumentan la probabilidad de que se dé maltrato, pero no se dispone de pruebas empíricas que lo sustente.

Entre los factores de riesgo probables, Pillemer cita los siguientes:

. Las condiciones de convivencia. El compartir la vivienda incrementa las situaciones de contacto y, por tanto, los conflictos y el maltrato.

. El aislamiento social. Este es considerado un factor de riesgo característico de las familias con violencia doméstica. Esto es así por que las prácticas consideradas ilegítimas tienden a ocultarse. Por ello, y en sentido inverso, se considera que el maltrato se da con menor frecuencia en las familias que cuentan con una fuerte red de apoyo social.

. Demencia del mayor dependiente. Aquí el factor de riesgo no es la demencia en sí, sino las conductas derivadas de dicha demencia. Esta situación puede hacer que el mayor dependiente sea más exigente y agresivo, generando en el cuidador determinadas actitudes y estados de ánimo proclives al maltrato.

. Características individuales de los agresores. Desde el punto de vista de las teorías intraindividuales, el maltrato responde a características patológicas del agresor, entre los que se incluyen el consumo de alcohol y drogas y enfermedades mentales. “Este modelo explicativo tiene una larga historia en el estudio etiológico del maltrato infantil y de pareja, en el que se ha debatido el rol que las distintas variables individuales tienen como factores de riesgo en las distintas formas de maltrato. En el caso del maltrato de personas mayores, con sorprendente unanimidad en los diferentes estudios, hay indicios de que este tipo de problemas en los agresores constituyen importantes factores de riesgo”²⁵.

²⁵ PILLEMER, K.: “Factores de riesgo en el maltrato de personas mayores: ¿Qué nos dice la literatura?”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”. Valencia, 18 y 19 de septiembre de 2.003.

Entre los factores que podríamos mencionar como característicos de alto riesgo de los cuidadores están tener problemas con el alcohol y/o las drogas, tener alguna discapacidad física o mental, tener habilidades de comunicación o mecanismos de afrontamiento pobres, tener una vida desordenada (elementos estresores independientemente de la labor de cuidador/a, como problemas matrimoniales o de empleo), carecer de los conocimientos y habilidades necesarios para ser un cuidador/as, dependencia, y en particular, dependencia económica del anciano, y experimentar maltrato a manos del anciano.

. Dependencia del agresor. Algunos estudios identifican la dependencia económica del familiar cuidador como factor de riesgo de este tipo de maltrato.

Entre los factores de riesgo potenciales, Pillemer señala los siguientes:

. Género. El género es un factor de riesgo del maltrato a ancianos. Para ella, el maltrato a mayores se entiende mejor desde una perspectiva de género, del papel subordinado que las mujeres ocupan en la sociedad. El género da estructura a las relaciones a lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la vejez. Las diferencias de género en el envejecimiento reflejan diferencias biológicas, económicas y sociales (...) El género determina el acceso a los recursos y las oportunidades y condiciona las elecciones en cada etapa de la vida. Estas experiencias generizadas tienen un impacto sobre la salud y el bienestar de mujeres y hombres en los últimos años de la vida.

Los datos de las investigaciones realizadas evidencian que la mayoría de las víctimas de este tipo de maltrato son mujeres. Esta conclusión ha llevado a algunas autoras (como la Jill Hightower y Bridget Pénole) a criticar el concepto "maltrato de personas mayores". Para ellas, este concepto enmascara la especificidad genérica de este tipo de maltrato, puesto que difumina el hecho de que las ancianas sufren más maltrato que los ancianos. De hecho, el maltrato a mayores fue identificado y escrito por primera vez en 1975, en revistas científicas británicas, con la denominación de "granny bashing" (es decir, "abuelitas machacadas"), concepto que claramente hace referencia al maltrato del género femenino. Este concepto pasó rápidamente a ser sustituido por el de "elder abuse", es decir, "maltrato de personas mayores". Esta evolución terminológica hacia un concepto neutral ha eliminado el matiz del género.

. Características de las víctimas. Ciertas características o rasgos de la personalidad de las víctimas (agresividad, hostilidad...) pueden aumentar el riesgo de maltrato, si bien es imposible saber si tales características son factores de riesgo, o son consecuencia de los malos tratos sufridos.

Entre los factores de riesgo cuestionables, Pillemer apunta los siguientes:

. Discapacidad física en la persona mayor. El repaso a la bibliografía y los trabajos realizados no permite asegurar que el estado de salud de la persona dependiente, en términos de discapacidad física, pueda ser contemplado como un factor de riesgo.

. Dependencia de la víctima y estrés del cuidador. Las personas mayores se convierten en débiles, difíciles de cuidar y, algunas veces, agotadoras para los demás. Estas características causan estrés en los cuidadores y como resultado del mismo,

pueden incurrir en maltrato o negligencia. Desde este punto de vista, el maltrato de ancianos es considerado, básicamente, como producto del proceso de envejecimiento que lleva a las personas a necesitar cuidados. Muchos de los trabajos preliminares en este ámbito de estudio enfatizaban la dependencia de la persona mayor y el consecuente estrés por parte del cuidador, como la causa más importante y, en ocasiones, única, del maltrato de ancianos. Sin embargo, no existen pruebas contundentes de que la necesidad de cuidado de la víctima y el estrés que esto genera en el cuidador, conduzca a un gran riesgo de sufrir malos tratos.

. La transmisión intergeneracional. Este factor tiene que ver con la teoría del aprendizaje social, que asegura que los individuos que han experimentado malos tratos, o haber sido testigos de comportamientos violentos por parte de los padres u otras instancias durante la infancia, tienen tendencia a comportarse de forma violenta si se sienten provocados en la etapa adulta. Esto significa que la relación víctima-agresor puede estar condicionada por experiencias anteriores de abuso físico o sexual que haya sufrido el cuidador por parte del mayor dependiente. Las dos investigaciones que cita Pillemer que han abordado este tema, no han encontrado una continuidad intergeneracional en el maltrato físico contra familiares ancianos.

Paul Kingston señala que hay una serie de **factores ambientales** directamente relacionados con la calidad de los cuidados en las residencias, tales como el grado de los cuidados dispensados, el tamaño de la residencia, características del personal (cualificados o no cualificados, burn-out (“estar quemado”), los cambios en el personal, el grado de condiciones básicas de privacidad, el grado y variedad de actividades que ofrecen las residencias a sus residentes, la calidad alimentaria, etcétera. Existen pruebas significativas que permiten relacionar los factores del entorno institucional con los comportamientos y regímenes de maltrato, incluyendo el estilo de custodia y los factores estructurales, a menudo vinculados a los estilos de políticas sociales para los cuidados continuados. Existen pocos estudios que hayan sido capaces de encontrar pruebas que apoyen que determinadas características por parte del paciente o del cuidador pueden ser predictivas de maltrato de personas mayores en el entorno institucional.

6.5.3. Situación e incidencia del maltrato a las personas mayores de 65 años dependientes

Sólo de manera reciente se ha empezado a reconocer formalmente la existencia de maltrato a ancianos. En algunos países como el Reino Unido, es a partir de 1.988 cuando se empezó a producir un incremento de la preocupación por el maltrato y la negligencia a personas mayores. Antes, hacia 1970, en Estados Unidos se empezaron a realizar investigaciones orientadas al análisis de las situaciones de maltrato a los mayores.

Según el estudio realizado por el Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, dentro de su programa nacional de epidemiología del maltrato en el ámbito familiar, el maltrato registrado en personas mayores en España es similar a la del maltrato infantil registrado en los Servicios de Protección del Menor. “Y lo bien cierto es que, mientras nadie niega la necesidad de luchar contra el maltrato infantil con todas las fuerzas a fin de erradicarlo de nuestras sociedades, no parece existir la misma sensibilidad y

conciencia respecto del maltrato de personas mayores. Mucho nos tememos que este hecho esté relacionado con el predominio del edadismo en nuestro tiempo y la consideración negativa que ser mayor tiene en todo contexto y momento.”²⁶

Por tanto, de los grupos considerados vulnerables que sufren la violencia y malos tratos de personas cercanas, hasta ahora el que menos atención ha recibido ha sido el de los mayores, en contrapartida por el más que justificado interés que han recibido los malos tratos a menores y a mujeres.

Esto es lo que explica que apenas se conozcan datos sobre incidencia y prevalencia del maltrato a mayores. “El hecho de que no se disponga de suficiente información en la mayor parte de las sociedades no implica pues que no exista ese tipo de violencia, sino sencillamente que se produce en el anonimato social y político más cruel. Es decir, que se produce pero no se reconoce, ni por tanto se ponen las medidas para evitarlo. Este es el caso de España, como también de otros países europeos donde existe poca o ninguna información sobre el problema”²⁷.

Sin duda, el maltrato y negligencia hacia personas mayores representa un área muy sensible que presenta múltiples dificultades a la hora de la investigación. Su propia naturaleza oculta hace difícil detectar las situaciones de maltrato que se desarrollan en el ámbito privado. Las que ocurren en instituciones públicas pueden estar menos ocultas, pero aún así pueden pasar desapercibidas.

Entre las causas que contribuyen a hacer invisibles las situaciones de malos tratos y, por tanto, dificultar la obtención de datos, María Teresa Bazo señala, además de la existencia de prejuicios contra la vejez, el tratarse de un tema de los denominados sensibles, o delicados de investigar, debido a las grandes implicaciones emocionales que conlleva el estudio.

Además, por otro lado, encontramos dificultades para la identificación social del maltrato. Pueden existir determinadas prácticas abusivas (como, por ejemplo, no ayudar a una persona frágil a levantarse de su silla de ruedas, etc.), que no son fáciles de captar en las investigaciones. Hay otros aspectos que también dificultan la detección del problema por parte de los profesionales. “El caso del maltrato y la negligencia físicos pueden ser reconocidos con más facilidad que el maltrato y negligencia psicológicos, aunque no siempre ocurre así. Por ejemplo, las personas ancianas tienen diversos problemas dermatológicos, y por variadas razones, lo que en ocasiones hace difícil distinguir entre señales de maltrato y otras alteraciones. Bennet y Kingston comparan y observan las diferencias entre el reconocimiento del maltrato a los niños y a las personas ancianas. (...) Una diferencia importante entre niños y ancianos es que en la infancia se encuentran bien definidas las fases de desarrollo y los profesionales reconocen los aspectos de salud y patológicos. Además, los niños en general tienen la oportunidad de ser vistos y tratados por todo tipo de personas y

²⁶ SANMARTÍN, J. “El maltrato de personas mayores es un atentado contra los derechos humanos”. Intervención en el Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”. Valencia, 18 y 19 de septiembre de 2.003.

²⁷ BAZO, M^a T. “Incidencia y prevalencia del maltrato de personas mayores”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”. Valencia, 18 y 19 de septiembre. 2.003.

diversos profesionales de la educación y la salud que pueden reconocer síntomas o conductas que indiquen algo anormal”²⁸. Conjuntamente, hay una mayor sensibilidad hacia el maltrato infantil, y al mismo tiempo, existe una amplia bibliografía sobre el tema.

Todos estos factores dificultan que la violencia hacia las personas mayores se vea correctamente reflejada en las estadísticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial sobre la violencia, concluye que el maltrato a los ancianos es uno de los rostros más ocultos de la violencia, que además tiene muchas posibilidades de aumentar, debido a que en muchos países la población está envejeciendo rápidamente.

Para facilitar la detección del maltrato a las personas mayores, el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología están trabajando en el diseño de un instrumento de detección de las situaciones de maltrato. Ya en algunos países se viene trabajando en esta línea, desarrollando protocolos que ayuden a los profesionales a reconocer casos de maltrato a través de distintos indicadores, como la higiene, el análisis de marcas y heridas, pruebas clínicas, alimentación, vida familiar y relaciones sociales, situación económica, medicación, etcétera.

El primer estudio conocido que se ha realizado en España sobre los malos tratos a mayores dependientes es el realizado por María Teresa Bazo en el año 2.000²⁹. En este estudio se entrevistó a auxiliares a domicilio que atendían a 2.351 personas ancianas en cinco municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias. Concretamente, se trata de Vitoria, Sevilla, y los municipios grancanarios de Las Palmas de Gran Canaria, Telde y San Bartolomé de Tirajana. En total se detectaron 111 casos de maltrato, lo que supone un 4,7%. Tomando de manera separada las tres subpoblaciones (Vitoria, Sevilla y Gran Canaria), el porcentaje de malos tratos es de 6% para Gran Canaria, 6,4% para Sevilla y 2% para Vitoria.

La propia autora considera que los resultados obtenidos representan una aproximación al problema real de los malos tratos en el hogar a mayores dependientes, dado que es previsible que el alcance del fenómeno sea mayor. Entre otras razones porque no todo el mundo sabe reconocer las diversas formas de malos tratos. Y en segundo lugar, porque es posible que algunas trabajadoras no hayan querido saber nada del asunto, por miedo a que se pudieran desencadenar posibles problemas para ellas.

Estudios realizados en varios países europeos sitúan el porcentaje de mayores maltratados entre un 3,5% y un 7,3%, si bien en cada uno de ellos se han empleado distinta metodologías.

²⁸ BAZO, M^a T.: Op. Cit.

²⁹ BAZO, M^a T.: “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, en Revista de Geriatria y Gerontología, 36 (1): 8-14.

TABLA 6.89. COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE DISTINTOS ESTUDIOS SOBRE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Autor/es	Pillemer, K. Y D. Finkelhor	Podniecks, E.	Kivela, S.L. et al.	Comijs, H.	Ogg. J.
Publicación	1988. "Prevalence of elder abuse: A random sample survey", Gerontologist, 28, nº 1: 51-57	1992. "National survey on abuse of the elderly in Canada", Journal of Elder abuse&Neglect, 4,nos. 1 y 2:5-58.	1992. "Abuse in old age: epistemological data from Finland," Journal of Elder Abuse & Neglect,4, nº3: 1-18	1999. Elder Mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences	1993. "Researching elder abuse in Britain", Journal of Elder Abuse & Neglect, 5, nº 2: 37-54
Ámbito	Área Metropolitana de Boston	Canadá	Finlandia. Una ciudad semi industrializada	Ámsterdam	Inglaterra
Características del estudio	Entrevistadas 2.000 personas de 65 y más años no institucionalizadas	Muestra nacional representativa. Entrevista telefónica.	Cuestionarios escritos y evaluaciones clínicas	1.797 cuestionarios a mayores de entre 69 y 90 años que viven de manera independiente	Muestra nacional
Abuso físico	2,0%	0,5%	Total de todos los tipos:	1,2%	1,7%
Abuso verbal	1,1%	1,4%		3,2%	5,6%
Negligencia	0,4%	0,4%		0,2%	
Total	3,5%	2,3%	5,4%	4,6%	7,3%

Fuente: BAZO, M^a T.: "Incidencia y prevalencia del maltrato de personas mayores" (2003).

En el caso de España, las percepciones acerca del alcance de distintos tipos de violencia doméstica muestran uno resultados elevados. En el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en marzo de 2001 (barómetro de marzo), sobre una muestra de 2.500 individuos, el 51,6% considera que la violencia doméstica hacia los ancianos está muy o bastante extendida, porcentaje que es inferior cuando la pregunta va referida a las mujeres y niños.

TABLA 6.90. ¿CREE USTED QUE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ESTÁ MUY EXTENDIDA, BASTANTE, POCO O NADA EXTENDIDA EN NUESTRO PAÍS?

	Muy extendida	Bastante extendida	Poco extendida	Nada extendida	No sabe/no contesta
Los hombres	3,8%	13,9%	52,2%	23,5%	,67%
Las mujeres	37,6%	50,2%	9,6%	0,5%	2,1%
Los niños/as	22,1%	48,8%	22,9%	2,3%	3,9%
Los ancianos/as	13,4%	38,2%	35,4%	5,8%	7,3%

Fuente: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS). Estudio nº 2.411. Barómetro de marzo 2.001.

Asimismo, el 43,2% considera que en las familias españolas son muy o bastante frecuentes las agresiones y maltratos a los ancianos, porcentaje que se encuentra por debajo de otras situaciones de agresiones o maltrato propuestas, tales como las agresiones o maltratos físicos a niños o en la pareja.

TABLA 6.91. POR LO QUE USTED SABE O HA OÍDO, ¿EN LAS FAMILIAS ESPAÑOLAS SON MUY FRECUENTES, BASTANTE, POCO O NADA FRECUENTES...?

	Muy frecuentes	Bastante frecuentes	Poco frecuentes	Nada frecuentes	No sabe/no contesta
Las agresiones o maltratos físicos en la pareja	19,8%	54,0%	21,5%	0,6%	4,2%
Las agresiones o maltratos físicos a los niños	14,4%	45,3%	33,4%	2,3%	4,7%
Las agresiones y maltratos a los ancianos	10,0%	33,2%	43,8%	5,4%	7,7%

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio nº 2.411. Barómetro de marzo 2.001.

El 56,8% afirma que son muchos o bastantes los ancianos que se ven afectados por problemas de malos tratos, abandono o falta de atención adecuada, siendo este porcentaje inferior al que se obtiene cuando la pregunta va referida los niños.

TABLA 6.92. ¿PIENSA USTED QUE SON MUCHOS, BASTANTES, POCOS O MUY POCOS LOS NIÑOS QUE SE VEN AFECTADOS POR PROBLEMAS DE MALOS TRATOS, ABANDONO O FALTA DE ATENCIÓN ADECUADA? ¿Y LOS ANCIANOS?

	Muchos	Bastantes	Pocos	Muy pocos	No sabe/no contesta
Niños	25,5%	45,4%	21,6%	2,1%	5,3%
Ancianos	17,6%	39,2%	30,4%	4,3%	8,4%

Fuente: CIS. Estudio nº 2.411. Barómetro de marzo 2.001.

Por último, el estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas plantea a los entrevistados si los malos tratos a mujeres, niños y ancianos en la actualidad, han aumentado, han disminuido o siguen igual que hace cinco años. Para el caso de mujeres y niños, la opinión mayoritaria es que los malos tratos han aumentado, mientras que en el caso de los ancianos, la moda obtenida es que los malos tratos en la actualidad a los ancianos siguen igual que hace cinco años.

TABLA 6.93. ¿DIRÍA USTED QUE EN LA ACTUALIDAD LOS MALOS TRATOS A LAS MUJERES HAN AUMENTADO, HAN DISMINUIDO O SIGUEN IGUAL QUE HACE CINCO AÑOS? ¿Y A LOS NIÑOS? ¿Y A LOS ANCIANOS?

	Han aumentado	Han disminuido	Siguen igual	No sabe/no contesta
Mujeres	49.2%	5.1%	35.5%	10.2%
Niños/as	39.8%	8.7%	37.7%	13.8%
Ancianos/as	33.0%	8.3%	41.2%	17.4%

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio nº 2.411. Barómetro de marzo 2.001.

Todos estos resultados evidencian las siguientes conclusiones: 1) existe una percepción generalizada de que existen muchas situaciones de maltrato y agresiones en España. 2) Los colectivos que se considera que más sufren estas situaciones son, por orden de impacto, las mujeres, niños y ancianos. 3) Y lo que puede llegar a ser más preocupante, la percepción generalizada de que los malos tratos hacia estos tres colectivos no han disminuido en los últimos cinco años, sino que han aumentado, o a lo sumo, han permanecido igual. En relación con los malos tratos a los ancianos, el envejecimiento de la población, el aumento de las situaciones de dependencia y los cambios en la estructura de la familia producirán, probablemente, un incremento del maltrato en los próximos años.

6.5.4. Violencia y maltrato en la población mayor dependiente de la isla de Gran Canaria

Reproducimos a continuación una síntesis del (hasta el momento) único estudio existente sobre malos tratos a personas mayores en Canarias, realizado en la isla de Gran Canaria³⁰.

Los objetivos de la investigación fueron: 1) obtener datos sobre los malos tratos en la vejez, en personas de 65 años y más con problemas de dependencia; 2) detectar la percepción que tienen los mayores dependientes del momento actual de su vida; y 3) conocer la valoración que hacen los cuidadores formales e informales de su trabajo y dedicación al mayor dependiente.

Para el logro de estos objetivos se diseñó y ejecutó una metodología mixta basada, por un lado, en la metodología cuantitativa, y más concretamente en su técnica más representativa, la encuesta, y por otro lado, en la metodología cualitativa, mediante la realización de grupos de discusión y entrevistas individuales.

La técnica de la encuesta estuvo dirigida a personas mayores de Gran Canaria con algún tipo de dependencia. Para ello se diseñó un cuestionario (ver anexo 1), formado por 44 preguntas. Con este cuestionario se encuestó a 184 mayores dependientes, residentes tanto en residencias públicas y privadas como en domicilios. El haber tenido como población a encuestar a los mayores dependientes supone que quedan excluidos de la muestra los mayores incapaces de comunicarse, y los que se encuentran en situación de grave aislamiento social.

El cuestionario diseñado aborda los siguientes temas:

- Datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios).
- Situación social actual (modalidad de residencia, tiempo en estado de dependencia, ayuda necesaria para el desarrollo de determinadas tareas, ingresos económicos, relaciones con las personas con las que convive).
- Estado de salud (enfermedad diagnosticada, ingesta de algún medicamento, síntomas de enfermedad, tratamiento psiquiátrico o psicológico).
- Estancia en residencias (tiempo residiendo en residencia, calidad de los servicios de la residencia, visitas de familiares y amigos).
- Satisfacción con la vida (nivel de satisfacción con su vida actual, sentimientos de que su vida ha sido un fracaso, de que su vida no tiene sentido, etcétera).
- Apoyo social (recibe respeto, consideración, atención compañía agradable, etc.).
- Maltrato (le gritan o le levantan la voz, recibe insultos, amenazas, golpes, etcétera).

En lo que respecta a la metodología cualitativa, y más concretamente a los grupos de discusión, se realizaron tres grupos: uno con profesionales del área de tercera edad

³⁰ PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente**, Ediciones Anroart, Las Palmas de Gran Canaria, 2005, pp. 63-92.

(tanto de servicios sanitarios como sociales), otro con cuidadoras formales de mayores dependientes, y un tercero con voluntarios en el cuidado de los mayores. En estos grupos se abordaron los siguientes temas:

- Análisis de los recursos existentes para la tercera edad.
- Conocimiento de malos tratos a personas mayores dependientes.
- Perfil y características que debe tener el cuidador/a de personas mayores dependientes.
- Valoración que realizan los propios mayores de su situación.
- Como se podría mejorar la asistencia y el trato a los mayores dependientes. Políticas de vejez que deben desarrollarse. Medidas y propuestas de mejora.
- Definición del trabajo de cuidador/a. Características principales. Consecuencias de ser cuidador/a.

Por último, también se realizaron tres entrevistas: las dos primeras a cuidadoras informales que tienen a su cargo a algún familiar mayor en estado de dependencia, y una tercera al personal técnico de una asociación dedicada al trabajo con mayores con determinado tipo de enfermedad. Los temas que se desarrollaron en estas entrevistas fueron los siguientes:

- Perfil del cuidador/a y del mayor dependiente.
- Cuidados que requiere el mayor dependiente.
- Estado anímico del cuidador.
- Sentimientos que experimenta en relación con la situación que está viviendo, y que tiene hacia la persona dependiente.
- Valoración de la situación general.
- Consecuencias sociales, laborales, económicas, relacionales... que ha tenido asumir el cuidado del mayor dependiente.
- Situaciones estresantes en el cuidado del mayor dependiente.
- Apoyo familiar y/o institucional en relación con el mayor dependiente.
- Como se podría mejorar la asistencia y el trato a los mayores dependientes. Políticas de vejez que deben desarrollarse. Medidas y propuestas de mejora.

Destacamos de este estudio los resultados obtenidos respecto a: maltrato, satisfacción con la vida y apoyo social.

6.5.4.1. Maltrato al mayor dependiente en Gran Canaria

El 7,1% (13 personas) de la muestra encuestada afirma que ha sido víctima de algún tipo de maltrato desde que se encuentra en estado de dependencia. De ellos, se observa que el 53,8% son mujeres, y el 46,1% hombres.

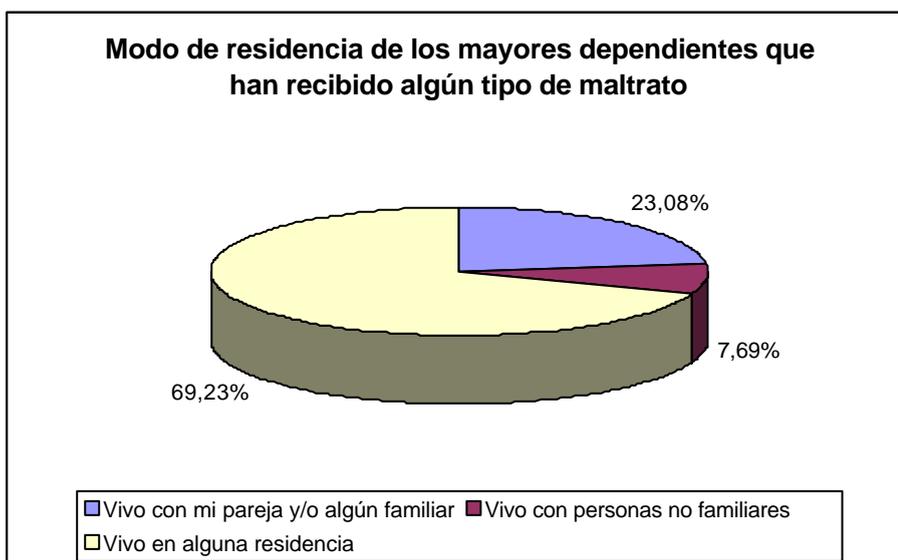
GRÁFICO 6.20. PORCENTAJE DE MAYORES DEPENDIENTES QUE HAN RECIBIDO ALGÚN TIPO DE MALTRATO, POR SEXOS



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

De los 13 casos detectados que han sufrido algún tipo de maltrato, el 69,23% reside en alguna residencia, el 23,08% vive con su pareja y/o algún familiar, y el 7,69% vive con personas no familiares.

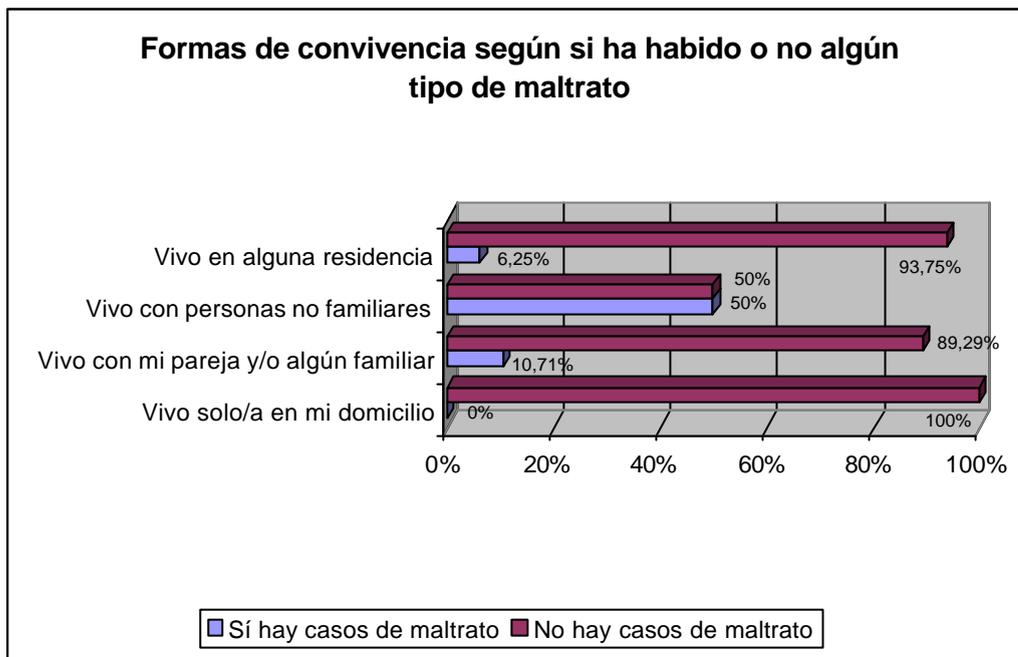
GRÁFICO 6.21. MODO DE RESIDENCIA DE LOS MAYORES DEPENDIENTES QUE HAN RECIBIDO ALGÚN TIPO DE MALTRATO



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

Es en el grupo de los que residen en pareja y/o con algún familiar, donde se da el mayor porcentaje de maltrato (10,71%), seguido de los que residen en alguna residencia (6,25%).

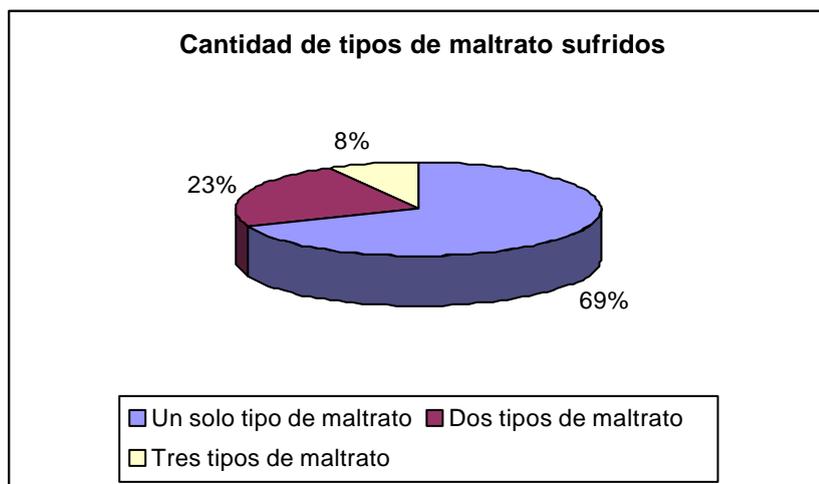
GRÁFICO 6.22. FORMAS DE CONVIVENCIA SEGÚN SI HA HABIDO O NO ALGÚN TIPO DE MALTRATO



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

Tal y como se observa en el gráfico 6.23, el 69% ha recibido un solo tipo de maltrato, el 23% dos tipos de maltrato, y el 8% tres tipos de maltrato.

GRÁFICO 6.23. CANTIDAD DE TIPOS DE MALTRATOS SUFRIDOS



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

En cuanto al tipo de maltrato recibido, la tabla 6.94 refleja la tipología de maltrato y frecuencia, teniendo en cuenta que en algunos casos una misma persona ha recibido más de un tipo de maltrato.

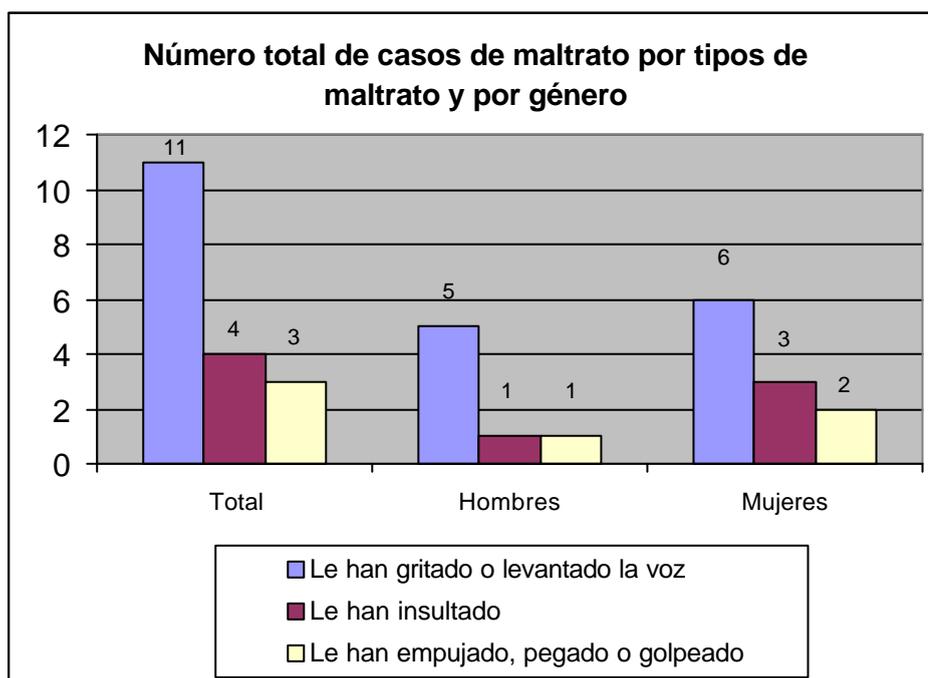
TABLA 6.94. NATURALEZA DEL MALTRATO RECIBIDO

Le han gritado o le han levantado la voz	53,8% (7 personas)
Le han gritado o le han levantado la voz, y le han insultado	15,3% (2 personas)
Le han gritado o le han levantado la voz, le han insultado y le han pegado	7,7% (1 persona)
Le han gritado o le han levantado la voz, y le han pegado	7,7% (1 persona)
Le han insultado	7,7% (1 persona)
Le han pegado	7,7% (1 persona)

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LOPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

En el gráfico 6.24 se pone de manifiesto que tanto en los hombres como en las mujeres el recibir gritos o levantarle la voz es el maltrato con el número más elevado de casos, seguido de los insultos y de los empujones y golpes. Destaca que el número absoluto de mujeres que han recibido insultos, o que han sido empujadas, pegadas o golpeadas, es mayor que entre los hombres.

GRÁFICO 6.24. NÚMERO TOTAL DE CASOS DE MALTRATO POR TIPOS Y SEXOS



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

Por tanto, de los distintos tipos de maltrato, las agresiones verbales son las que más reciben los mayores dependientes. Concretamente, gritar y levantar la voz es el tipo de maltrato que más se sufre. Un 6,2% afirma haber sufrido en alguna ocasión este tipo de trato desde que se encuentra en situación de dependencia. De ellos, el 50% afirma que le han gritado o levantado la voz de 2 a 5 veces, el 12,5% de 6 a 10 veces, y el

37,5% más de 10 veces. En el 66,7% de los casos el mayor dependiente no le ha dicho a nadie la situación sufrida, mientras que un 33,3% si se lo ha dicho a alguien.

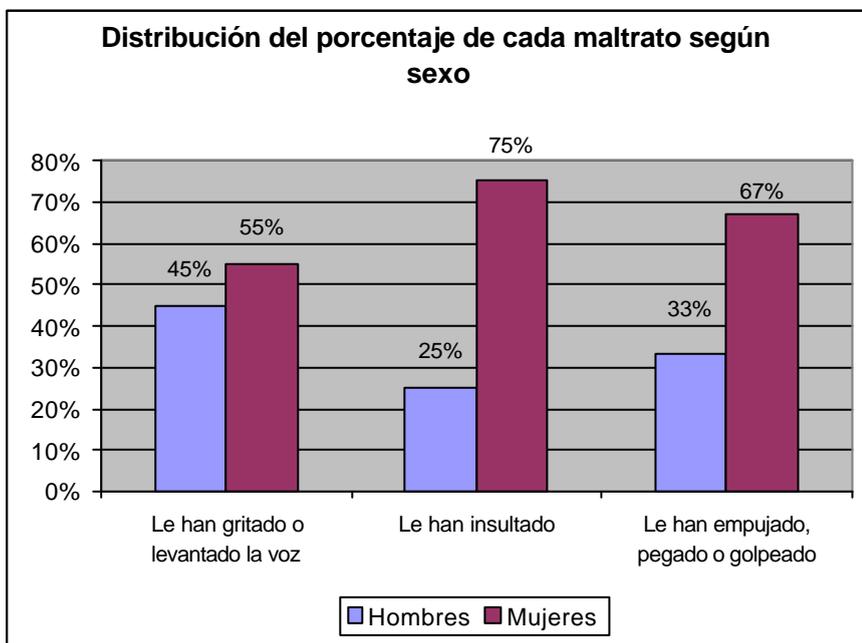
El porcentaje de los que han sufrido este tipo de maltrato es mayor en los hombres (8,6%) que en las mujeres (5,0%). En relación con las formas de convivencia, este tipo de maltrato adquiere un mayor porcentaje en los mayores que viven con personas no familiares, y con su pareja y/o algún familiar.

El insulto es el segundo tipo de maltrato que más sufren los mayores dependientes, con un porcentaje del 2,2%, siendo ligeramente superior en las mujeres (2,5%) que en los hombres (1,7%). Respecto a las formas de convivencia, este tipo de maltrato se concentra en los mayores dependientes que viven en alguna residencia.

En el 100% de los casos, la frecuencia del insulto ha sido de 2 a 5 veces, y también en todos los casos el afectado ha denunciado o comentado con alguien la situación sufrida.

El último de los tipos de maltrato que se dan es el de haber sido empujado, pegado o golpeado. Un 1,7% afirma haber sido víctima de este maltrato, que afecta por igual a ambos sexos, y que al igual que con los insultos, se concentra entre los mayores que viven en residencias. El 66.7% ha sufrido este maltrato una sola vez, y el 33,3% de 2 a 5 ocasiones.

GRÁFICO 6.25. DISTRIBUCIÓN DE CADA TIPO DE MALTRATO POR SEXOS



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: *Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente* (2005).

Todos estos tipos de maltrato detectados tienden a concentrarse en el grupo de edad de 75 a 85 años.

Tal y como muestra la tabla 6.95, en todos los tipos de maltrato es en este grupo donde se dan los mayores porcentajes de incidencia.

TABLA 6.95. PREVALENCIA DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Tipos de maltrato	Total	Menos de 75 años	De 75 a 85 años	Más de 85 años
Le han gritado o levantado la voz	6,2%	2,7%	8,8%	4,1%
Le han insultado	2,3%	--	4,4%	--
Le han empujado, pegado o golpeado	1,7%	--	3,3%	--

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente (2005).

Refiriendo ahora los distintos tipos de maltrato al último mes anterior a la realización de la encuesta, se evidencia que al 5,2% de los mayores dependientes encuestados le han gritado o levantado la voz, al 2,3% le han insultado, y al 1,2% le han empujado, pegado o golpeado. Otras situaciones de abuso o maltrato, como son recibir amenazas o chantajes, o haber sido amenazado con pegarle, no obtienen respuestas positivas, de manera que en ninguno de los casos de la muestra encuestada se han producido este tipo de situaciones.

Del total de la muestra encuestada, el 95,9% considera que el trato y los cuidados que recibe de las personas que le atienden son buenos o muy buenos, por un 4,1% que lo considera regular. Casi un 10% de la muestra afirma que en alguna ocasión ha sentido que no estaba siendo bien atendido por el cuidador. Los motivos para pensar de esta manera son: “trato inadecuado por parte de algunos cuidadores”, “insultos”, “falta de cariño”, “en el baño no me tratan bien”.

6.5.4.2. Satisfacción con la vida

Los últimos años de la vida, máximo cuando se vive en condiciones de salud precaria, son proclives a ser analizados como una fase marcada por la desesperanza, el sentimiento de inutilidad y estorbo, insatisfacción...

“La vejez es justamente esa etapa de la vida caracterizada globalmente por la ausencia de horizonte estratégico vital y donde la suma de factores negativiza la existencia antes que positivizarla. Justamente lo fatal de la etapa de la vejez es que se trata de una circunstancia irreversible, en la que cualquier expectativa de cambio tiene que ver con la propensión a un desenlace, a un final, como definición de lo negativo y no con la expectativa de un bienestar hacia la vida que se transforma”³¹.

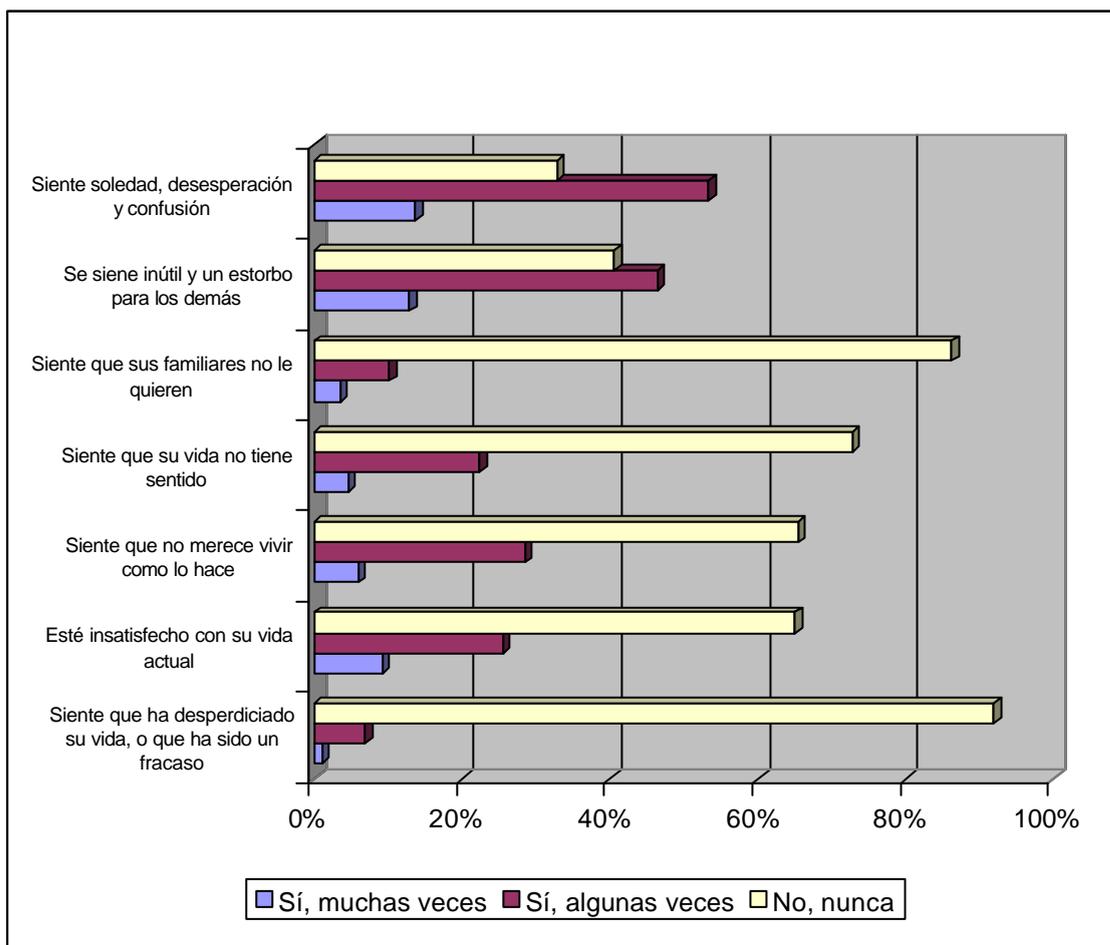
Esta situación también es analizada del mismo modo por los grupos de edad más jóvenes: “desde la adolescencia creen que los sentimientos de las/os ancianas/os son altamente negativos: sentimiento de inutilidad personal, rechazo y rebelión ante la incapacidad para realizar funciones elementales del ser humano, conciencia de ser un estorbo para el resto de las personas de su entorno, incluso de las más queridas y allegadas, tristeza, soledad, etc. En definitiva, las/os interlocutores creen que la

³¹ IMSERSO: “Percepciones sociales sobre las personas mayores”. Observatorio de personas mayores. Madrid, 2002, pp.192-193.

autopercepción y la autocrítica de los mayores sobre su situación, unida a las propias circunstancias reales que padecen, les deparan una vida poco grata³².

Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción con la vida que tienen las personas mayores dependientes, se les preguntó sobre diversos aspectos vitales. En el gráfico 6.26 y en la tabla 6.96 se refleja que la soledad, desesperación y confusión, seguida del hecho de sentirse inútil y un estorbo para los demás, son los sentimientos más experimentados por los mayores dependientes entrevistados. A continuación se sitúan los sentimientos de insatisfacción con su vida actual y de no merecer vivir como lo hace en la actualidad. Que la vida no tiene sentido y que sus familiares no le quieren son sentimientos experimentados, con mayor o menor intensidad, por un 27,2% y un 13,8%, respectivamente. Finalmente, el 8,2% siente, muchas veces o algunas veces, que ha desperdiciado su vida, o que su vida ha sido un fracaso. Por sexos, los datos evidencian que, en líneas generales, las mujeres experimentan estos sentimientos negativos en mayor medida que los varones.

GRÁFICO 6.26. SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON DISTINTOS ASPECTOS DE LA VIDA



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

³² IMSERSO. Op. Cit.

TABLA 6.96. GRADOS DE SATISFACCIÓN CON DISTINTOS ASPECTOS DE LA VIDA, POR SEXOS

ASPECTOS VITALES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Siente que ha desperdiciado su vida, o que su vida ha sido un fracaso			
Sí, muchas veces	1,2%	-	1,7%
Sí, algunas veces	7,0%	5,3%	7,8%
No, nunca	91,9%	94,7%	90,4%
Está insatisfecho con su vida actual			
Sí, muchas veces	9,3%	7,0%	10,4%
Sí, algunas veces	25,6%	22,8%	27,0%
No, nunca	65,1%	70,2%	62,6%
Siente que no merece vivir como lo hace ahora			
Sí, muchas veces	6,0%	-	8,8%
Sí, algunas veces	28,6%	34,5%	25,7%
No, nunca	65,5%	65,5%	65,5%
Siente que su vida no tiene sentido			
Sí, muchas veces	4,7%	-	7,1%
Sí, algunas veces	22,5%	23,2%	22,1%
No, nunca	72,8%	76,8%	70,8%
Siente que sus familiares no le quieren			
Sí, muchas veces	3,6%	-	5,3%
Sí, algunas veces	10,2%	9,3%	10,6%
No, nunca	86,2%	90,7%	84,1%
Se siente inútil y un estorbo para los demás			
Sí, muchas veces	12,9%	14,3%	12,3%
Sí, algunas veces	46,5%	48,2%	45,6%
No, nunca	40,6%	37,5%	42,1%
Siente soledad, desesperación y confusión			
Sí, muchas veces	13,8%	10,2%	15,7%
Sí, algunas veces	53,4%	54,2%	53,0%
No, nunca	32,8%	35,6%	31,3%

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

El 15,5% afirma haber recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico desde que está en situación de dependencia, siendo el porcentaje superior entre las mujeres (16,8%) que entre los hombres (12,9%).

TABLA 6.97. HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO, SEGÚN SEXO

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Sí	15,4%	12,9%	16,8%
No	84,0%	87,1%	82,4%
No sabe, no contesta	0,6%	-	0,8%

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

En cuanto al estado civil, son los solteros y divorciados los que en mayor medida han recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico desde que se encuentran en estado de dependencia.

TABLA 6.98. HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO, SEGÚN ESTADO CIVIL

	Total	Estado civil			
		Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Divorciado/a
Si	15,0%	18,9%	8,3%	15,7%	-
No	84,4%	79,2%	91,7%	84,3%	100%
No sabe, no contesta	0,6%	1,9%	-	-	-

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LOPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

La depresión es la principal causa esgrimida para justificar el por qué se ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico, seguido en segundo lugar de los nervios.

TABLA 6.99. CAUSA DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO

Depresión	43,5%
Nervios	17,4%
Muerte de algún familiar	8,7%
Porque no estaba contenta en la residencia	4,3%
Por muchos problemas	4,3%
Dolores de cabeza	4,3%
Por encontrarme sola	4,3%
Porque tuve un accidente	4,3%
Postoperatorio, después de una operación	4,3%
Me encontraba mal	4,3%
Total	23 (100%)

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LOPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

En el 57,9% de los casos, el tratamiento psiquiátrico o psicológico no superó el año de duración, mientras que en el 15,8% duró de 1 a 2 años, y en el 26,3%, más de 2 años.

GRÁFICO 6.27. TIEMPO QUE HA DURADO EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

En la actualidad, está recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico el 3,8% del total de la muestra encuestada, siendo las causas principales la depresión y los nervios,

seguidos de la soledad (“por encontrarme sola”), y el hecho de haber sufrido un accidente.

Un 11% afirma que desde que se encuentra en estado de dependencia ha pensado alguna vez en quitarse la vida, siendo el porcentaje de mujeres superior al de los hombres en un 4.8% (12,7% frente a 7,9%).

TABLA 6.100. HA PENSADO ALGUNA VEZ EN QUITARSE LA VIDA POR SEXOS

	Total	Hombres	Mujeres
Sí	11,0%	7,9%	12,7%
No	89,0%	92,1%	87,3%

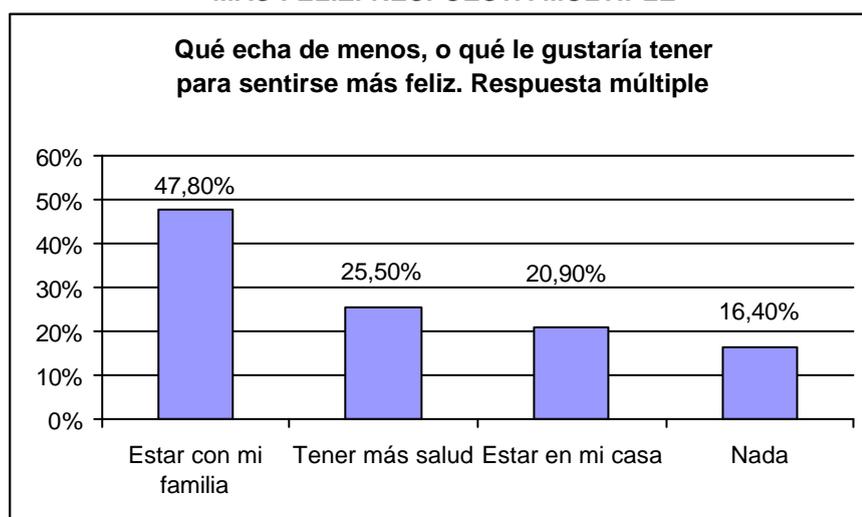
Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

De quienes en alguna ocasión lo han pensado, el 16,7% ha intentado alguna vez quitarse la vida, por el 83,3% que no ha realizado ningún intento al respecto.

Finalmente, respecto a lo que echan de menos o sobre lo que les gustaría tener para ser más felices, las demandas se orientan hacia tres aspectos de manera contundente: por un lado, y de manera destacada, con un porcentaje de respuesta del 47,8%, todo lo referente a demandas de compañía, sobre todo familiares: “tener a mi familia conmigo” (26,9%), “tener a mi marido o esposa” (16,4%), “ver más a mi familia” (1,5%), “no estar tan sola” (3,0%). En segundo lugar, con un 25,5%, toda las demandas relacionadas con salud: “no estar enfermo” (7,5%), “más salud para poder desenvolverme mejor” (6,0%), “no estar viejo, ser más joven” (6,0%), “poder caminar bien” (1,5%), “poder moverme solo” (1,5%), “sentirme válido” (1,5%), “encontrarme mejor de salud” (1,5%). En tercer lugar, un 20,9% señala que para sentirse más feliz, le gustaría estar en su casa.

Conviene destacar que un 16,4% no echa de menos nada para sentirse más feliz.

GRÁFICO 6.28. QUÉ ECHA DE MENOS, O QUÉ LE GUSTARÍA TENER PARA SENTIRSE MÁS FELIZ. RESPUESTA MÚLTIPLE



Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LÓPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

6.5.4.3. Apoyo social

El 90,6% califica como buenas o muy buenas las relaciones con las demás personas que viven en la casa o residencia; un 8,3% las cataloga como regulares, un 0,6% de malas, y un 0,6% afirma que no tiene relaciones con las demás personas que conviven con ella.

En el cuestionario se les planteó a los encuestados distintas atenciones provenientes de cualquier persona, ya sean familiares o no. En la tabla que sigue se exponen las frecuencias obtenidas en cada una de ellas en función de las distintas categorías de respuesta. El respeto y la consideración son las atenciones que en mayor medida reciben los mayores dependientes (81,1% señala que los recibe con mucha frecuencia). En segundo lugar se sitúa recibir información, noticias u orientación de interés.

TABLA 6.101. FRECUENCIA DEL TRATO Y ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS MAYORES DEPENDIENTES SOBRE DISTINTOS ASPECTOS

¿Con qué frecuencia recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?	
Con mucha frecuencia	54,4%
Con poca frecuencia	41,5%
Nunca	4,1%
¿Con qué frecuencia le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad?	
Con mucha frecuencia	73,9%
Con poca frecuencia	21,7%
Nunca	4,3%
¿Con qué frecuencia recibe respeto y consideración?	
Con mucha frecuencia	81,1%
Con poca frecuencia	15,7%
Nunca	3,1%
¿Con qué frecuencia le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interesa?	
Con mucha frecuencia	77,6%
Con poca frecuencia	19,3%
Nunca	3,1%
¿Con qué frecuencia recibe atención o compañía agradable y que le hace sentir bien?	
Con mucha frecuencia	42,5%
Con poca frecuencia	49,4%
Nunca	8,1%

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA, Francisco Javier; GRANADOS LOPEZ, Jaime: **Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente** (2005).

El 96,2% de los encuestados se considera, en líneas generales, bien atendido, mientras que un 3,8% afirma que no se considera bien atendido.

6.5.5. El papel de la persona cuidadora en la prevención de malos tratos

La búsqueda de los factores causales del maltrato de mayores se ha centrado preferentemente en el estrés y las posibles patologías del cuidador. De hecho, el maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico se ha presentado, histórica y tradicionalmente, como un problema entre una maltratadora femenina y unos padres ancianos (y, de manera más concreta, una madre anciana), en el contexto de proporcionar cuidados.

Los cuidadores suponen un elemento central en la red de apoyo a los mayores en situación de dependencia. En los últimos años se ha producido un importante aumento en el número de personas que de manera “formal”, realizan trabajos de atención y cuidado al mayor dependiente. De esta manera, podemos hablar de dos tipos de cuidadores (formales e informales). Los primeros prestan su servicio a cambio de contraprestación económica. La gran mayoría realizan su trabajo en las residencias para la tercera edad, o bien dependen del servicio de ayuda a domicilio que desarrollan los Ayuntamientos, y con el cual se pretende compartir la carga con la familia. Por su parte, los informales son los que se responsabilizan del mayor sin contraprestación económica, siendo en su mayoría mujeres familiares del mayor, o bien voluntarios/as.

El trabajo de cuidador/a puede considerarse como de un desgaste importante, tanto en el aspecto físico (sobreesfuerzo, agotamiento, etc.) como psíquico (momentos de desesperación, etc.). En el caso de mayores con patologías importantes (demencia, etc.), el desgaste en el cuidador es mucho mayor.

Entre los/as cuidadores/as informales, tener en casa un mayor dependiente puede llegar a convertirse en una situación generadora de conflictos. La exigencia del cuidado, saber “a quien le corresponde” estar con el anciano, aportación de dinero, pérdida de tiempo libre, reordenación de prioridades, más obligaciones, necesidad de habilitar un espacio en la casa para el anciano, adaptación a la nueva situación... En este contexto, los mayores pueden ser una víctima propicia de comportamientos inadecuados relacionados con una buena atención, cuidado y protección. Las formas de malos tratos pueden ir desde las muy leves hasta otras de mayor gravedad.

Las cuidadoras informales (mayoritariamente son mujeres) sufren un continuo deterioro de su vida personal (agotamiento físico, y psíquico, situaciones de estrés, crisis vitales) y social (se reduce el contacto con el exterior, se deja de ver a las amistades...) ³³. Hay que tener en cuenta que el estilo de vida que se nos impone dificulta las tareas de cuidado del anciano, factor este que debe ser considerado como elemento precipitante en los malos tratos. El estilo de vida y el tiempo disponible son escasos, y las viviendas a menudo son pequeñas y con dificultades de accesibilidad (barreras arquitectónicas).

En los últimos años se ha venido trabajando en las funciones y papel del cuidador y en la elaboración de programas para la ayuda física y el cuidado en la satisfacción de

³³ Una muy buena exposición del deterioro que sufren las cuidadoras informales lo tenemos en el trabajo realizado por Ana Margarita Rivero Pérez, titulado: “Conductas violentas en cuidadores. Descripción de factores de predisposición y precipitantes que se encuentran presentes en la manifestación de conductas violentas de cuidadores de personas mayores dependientes”. Tesina para la obtención del Título de Licenciada en Criminología. Las Palmas de Gran Canaria. Año 2003.

las necesidades básicas de la vida diaria del anciano o mayor dependiente. Pero esto no es del todo suficiente. La función del cuidador no es sólo “hacerle las cosas” sino procurarle una asistencia digna y de calidad de forma que mantenga y eleve su nivel de autonomía personal. Para ello es necesario implantar el sistema de “ayuda instrumental”, que consiste no tanto en hacerle las tareas sino en instruirle cómo se ejecutan mediante el método de aprendizaje vicario. Pero además la provisión de cuidados y la enseñanza de habilidades significan interacción social y apoyo emocional.

El planteamiento es esencialmente cognitivo y destaca el papel de los cuidadores en el control y evaluación de su propio trabajo.

Una voluntaria perteneciente a una asociación de ayuda a enfermos del mal de Alzheimer expresa, como a indicaciones de su psicólogo, observar como mejoraba una señora enferma mayor dependiente con la atención que le prestaba, consistente en bañarla y masajearla, antes de comer, mejoró su nivel de autoestima y unas relaciones deterioradas en el seno de su propia familia. La percepción de mejoría experimentada en la enferma había retroalimentado su conducta. Las consecuencias se generalizaron y sirvieron de modulación de su comportamiento para con la anciana y formas de conducirse en las relaciones con otras personas de su entorno.

El modelo cognitivo-conductual enfatiza el rol del cuidador como profesional activo que ejerce control sobre su propia conducta y toma sus propias decisiones en interacción continua con su medio. El trabajo del cuidador de ancianos dependientes, como en general de todas las personas que ejercen una función mediadora o educadora, viene determinado por sus creencias y actitudes respecto a la vejez y en particular de las personas mayores enfermas o dependientes, por sus expectativas de éxito (refuerzos internos) y por las condiciones y recursos de las organizaciones e instituciones (refuerzos externos).

El mayor peligro que acecha al cuidador de ancianos es el estrés. En un estudio de Nolan y Grant (1992) se destacaron como principales fuentes estresoras, el no poder tener control sobre la relación con los mayores o enfermos y la percepción de que las personas asistidas eran manipuladoras o poco agradecidas. En otro estudio de Nolan, las respuestas del personal asistencial y cuidadores entrevistados manifestaron como posibles causas de estrés: la frustración por la incomprensión, el desagrado de las personas atendidas, expresiones de desacuerdo con el modo de proceder de los familiares, falta de respeto, disconformidad con el sueldo y la pérdida de autoestima.

“Al buscar aquellos factores que predicen mejor el estrés de los cuidadores, el análisis estadístico destacó la escasa importancia que revisten a ese objeto los factores objetivos y las características de dependencia de las personas cuidadas. De hecho, factores como el grado de asistencia requerido para realizar las actividades principales de la vida cotidiana, la existencia de la incontinencia tanto urinaria como fecal, y el comportamiento confuso de la persona dependiente no contribuían en ninguna medida al estrés de los cuidadores. Los factores que se revelaron significativos tenían que ver con las respuestas del cuidador a la situación asistencial (...) (de sentirse constantemente requerido y de no tener el control de la situación), la naturaleza de la relación entre el cuidador y la persona a su cargo (particularmente tensa cuando el cuidador creía que la persona a su cargo era desagradecida, exigía cosas poco

razonables, no le ayudaba y se comportaba de forma manipuladora), la adecuación percibida del apoyo familiar y la situación económica del cuidador.”³⁴

En ocasiones también ocurre que la persona mayor es provocadora, reclama más atención de la que realmente necesita, realiza peticiones innecesarias..., todo lo cual incrementa el estrés entre las cuidadoras. *“Uno de los factores estresantes más citados, y sin lugar a dudas el más problemático, estaba relacionado con el grado en que los cuidadores se sentían manipulados por la persona a su cargo. Aunque la naturaleza y el grado de manipulación variaban, a menudo era muy perjudicial para la relación cuidador-persona dependiente, especialmente cuando los cuidadores percibían dicho comportamiento como deliberado y premeditado.(...) El comportamiento manipulador venía acompañado por una falta de gratitud o disposición a colaborar por parte de la persona dependiente. Cuando esto ocurría, agudizaba aún más el sentimiento de ira en algunos cuidadores”³⁵.*

Los antecedentes de la relación cuidador-mayor dependiente también suponen un aspecto importante en la intensidad del estrés. *“Los factores que determinan la calidad de la relación anterior entre el cuidador y la persona a su cargo también influían en el grado del estrés percibido. Era probable que una buena relación anterior minimizara el estrés incluso ante unas exigencias de atención manifiestamente gravosas. A la inversa, una relación pobre o frágil era puesta pronto en entredicho incluso por exigencias menores, y por ello era probable que se percibiera el comportamiento como exigente y deliberado, con el resultado de que la provisión de cuidados se percibía tanto o más estresante.”³⁶* A este respecto el propio Michael Nolan, expone el parecer de una cuidadora: *“Pienso que el problema principal radica en que él es mi segundo marido y que nos casamos más para tener compañía que por amor. Cuando sufrió la apoplejía, sólo llevábamos casados un par de años, y de pronto no sólo no era un compañero, sino una carga. Durante quince años cuidé de mi madre discapacitada, al tiempo que educaba a los niños y trabajaba. Ahora, no me cabe duda de que aquella situación fue mucho más exigente, pero no lo vivía sí porque amaba a mi madre, con todo lo que eso supone”³⁷.*

Cada vez hay más indicios de la importancia de la interacción entre cuidador y anciano, referido al autocontrol del comportamiento en su tarea diaria de atención a las personas mayores. Todos los cuidadores o educadores de la tercera edad hablan de las dificultades que entraña su tarea. Pero también del nivel de satisfacción que experimentan por la influencia que tiene su trabajo en la mejora del estado emocional y calidad de vida del anciano.

Hay que tener en cuenta el grado de apoyo social con el que cuentan los cuidadores informales, y las fluctuaciones emocionales, familiares, de desgaste, etc. Aquí también afloran aspectos positivos. *“Aunque, en conjunto, la carga que estos cuidadores llevan es pesada, también es importante mencionar las satisfacciones que obtienen, en su mayoría psicológicas. Estas satisfacciones están relacionadas con el sentimiento de haber cumplido con su deber, haber dado un sentido a su vida, pagar una deuda que*

³⁴ NOLAN, M.: “Las relaciones cuidador-persona dependiente y la prevención del maltrato a los ancianos.”, en DECALMER, Peter; GLENDENNING, Frank (comp.): **El maltrato a las personas mayores** Ed. Paidós. Barcelona, 2000, p. 196.

³⁵ NOLAN, M.: op. cit, pp. 196-197.

³⁶ NOLAN, M.: op. cit, p. 196.

³⁷ NOLAN, M.: op. cit, p. 198.

*tenían con sus padres o que su posición social se ha potenciado y se ve favorecida por el hecho de cuidar a su familiar mayor. Esto podría explicar la perseverancia que en ocasiones muestran algunos cuidadores informales, la gran cantidad de horas que dedican al día o incluso el número de años*³⁸.

La decisión de desempeñar el papel de cuidador se suelen basar “en la culpabilidad, el amor y el sentido de la responsabilidad, en lugar de en la evaluación de todas las opciones y en el reconocimiento de lo que es mejor para la persona mayor, el hijo adulto y la familia. (...) Esto sugeriría que es necesario evaluar cuidadosamente la situación antes de esperar que los cuidadores adopten tal rol”. (...) Por lo tanto, no se debe alimentar la convicción de que la atención en el seno de la comunidad es buena para todo el mundo, ya que puede desbordar al cuidador más allá de lo que puede soportar. Tampoco se debe obligar a cuidadores reacios a desempeñar esta función, especialmente cuando existe una mala relación entre el cuidador y la persona dependiente”³⁹.

Con todo, para que la función asistencial y preventiva se desarrolle de manera responsable y eficaz la capacitación del cuidador debe responder a los siguientes criterios:

- Eliminar todo tipo de prejuicios e ideas preconcebidas hacia las personas mayores y profesionales del área.
- Desechar la idea de que el trabajo con mayores es inútil y rutinario y de que tiene poca influencia real sobre la vida presente y futura del anciano.
- Tener confianza en su propia competencia profesional, sabiendo que se puede influir en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores.
- Estar abiertos y dispuestos a la formación permanente, teniendo en cuenta que la intervención sobre los problemas de las personas mayores es una labor interdisciplinar.
- Capacidad de ser empático. La empatía exige receptividad ante las respuestas emocionales de los demás, capacidad de escucha y comprensión de sus problemas y sentimientos.
- Preparación para el desarrollo de su trabajo de una manera autónoma y responsable. Ser capaz de tomar decisiones acertadas y eficaces en orden al mantenimiento y promoción de la salud y calidad de vida del anciano mayor dependiente.

6.5.6. Líneas generales de actuación: la prevención dentro de las políticas gerontológicas

Las situaciones de maltrato pueden sufrir un incremento en el futuro, debido al envejecimiento de la población, al aumento de la población en estado de dependencia, y los cambios que ya se vienen experimentando en las estructuras familiares. Todo ello convierte en más importante, si cabe, desarrollar mecanismos para detectar las situaciones de maltrato, a la vez que desarrollar propuestas orientadas a sensibilizar a la sociedad.

En la “Declaración de Toronto de noviembre de 2.002 para la prevención global del maltrato de las personas mayores”, se hace un llamamiento dirigido a la prevención

³⁸ O'SHEA, Eamon: op. cit, p. 13.

³⁹ NOLAN, M.: op. cit, pp. 200-201.

del maltrato de las personas mayores, en el que se especifican algunos puntos de especial consideración:

- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere de la participación de diferentes sectores de la sociedad.
- Resalta el papel de los trabajadores de la salud de atención primaria en la detección del maltrato.
- Enfatiza la educación y la información tanto a través de la enseñanza formal e informal como el papel de los medios de comunicación en la creación de una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y el rechazo de cualquier tipo de violencia.

En la “Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato a ancianos” se señaló que “los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, síquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo. Es contra estos antecedentes que se debe considerar el tema del maltrato de ancianos”. Asimismo, se afirma que “el primer paso para prevenir el abuso y el abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados”.

En el informe “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”, de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales del Parlamento Europeo, se afirma, en el apartado 14.r) que “se debe prestar especial atención a la lucha contra los malos tratos, los abusos físicos, psicológicos, sexuales y financieros, así como el abandono a que son sometidas las personas mayores en su propio domicilio, en residencias y hospitales, por parte de familiares, cuidadores o profesionales del ámbito de la asistencia sanitaria o social, tanto mediante campañas de sensibilización dirigidas al gran público y a los usuarios de los servicios de salud y de los servicios sociales, como mediante la creación de servicios específicos destinados a las víctimas de malos tratos y mediante programas de reeducación”.

Muchas de las disfunciones y problemas que se producen en la vejez son productos de malos hábitos, conductas y experiencias de etapas anteriores de la vida. Por ello se debe atender a la mejora de la salud, prestando atención tanto a la cantidad como a la calidad de la vida en general del anciano. Entre las actuaciones y medidas que se deben promover se encuentran:

- Medidas políticas y estructurales tendentes a garantizar una pensión digna.
- Servicios sanitarios accesibles y equitativos, de forma que disminuyan las minusvalías y la necesidad de vivir en residencias.
- Promover una alimentación saludable y adecuada.
- Programas de ejercicios físicos y actividades de aire libre que aportan calidad al tipo de vida y previene todo tipo de enfermedades.
- Las instituciones públicas deben apoyar todo tipo de iniciativas dirigidas a crear y mantener centros de día.
- Además se deben iniciar y desarrollar los protocolos y mandatos de organismos

internacionales tendentes a la prevención del maltrato en la persona mayor dependiente, tales como:

- . Vigilar y atender los posibles casos de maltrato.
- . Promover medidas conjuntas para la detección e intervención en el maltrato.
- . Apoyo institucional a programas e iniciativas tanto públicas como privadas sobre la atención a las personas mayores dependientes.
- . Impulsar la formación permanente del personal asistencial y cuidadores de las residencias y centros de día, centros hospitalarios destinados a las personas mayores en general y en especial los enfermos, discapacitados y dependientes.

Por tanto, son muchas las instancias desde las que se hace un llamamiento a la prevención del maltrato a la tercera edad.

Jordan Kosberg⁴⁰ plantea un modelo de prevención basado en el desarrollo de seis acciones:

1. Concienciación pública. La existencia de una conciencia generalizada del problema es el primer requisito para desarrollar acciones de prevención.
2. Formación de profesionales, de cara a que conozcan las posibilidades de maltrato, los factores que influyen en su génesis, los síntomas conductuales y psicológicos del maltrato, y las medidas a adoptar. Los miembros que se encargan de los cuidados del mayor pueden ser inexpertos, o no estar en condiciones de asumir el papel de cuidador. En estas circunstancias, la incompetencia del cuidador puede llevar al maltrato y la negligencia. Con mayores conocimientos los cuidadores pueden abordar la situación con mayor comprensión y mayores habilidades.
3. Recursos comunitarios que sirvan tanto de alternativas al cuidado familiar para los mayores que no tengan familia, o su familia no esté capacitada para el cuidado, y también para ofrecer servicios de apoyo y de respiro a las familias que asuman el cuidado de sus mayores. Es evidente que los recursos sociales se encuentran por debajo de las necesidades de la población mayor y de sus cuidadores. De hecho, todavía el apoyo informal es, con creces, el recurso más importante.
4. Evaluación de los cuidadores. Elaboración de protocolos de evaluación que valoren las condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas de los cuidadores potenciales. *“La prevención conlleva asegurar que las personas mayores queden bajo el cuidado de personas apropiadas, con una motivación adecuada, con experiencia y no desviadas. Para ello es necesario rechazar la idea de que el cuidado familiar es una tarea humanitaria y efectiva, así como tener presente que ni siquiera las mejores intenciones y motivaciones pueden garantizar que los cuidados sean, efectivamente, de alta calidad. Los cuidadores y otros familiares pueden llegar a sentirse abrumados y sobrecargados por los cuidados que necesita un familiar mayor (independientemente de la devoción que sientan por la persona) (...) El cuidador familiar, o el sistema familiar, puede necesitar la ayuda de recursos formales existentes en la comunidad”⁴¹.*
5. Valores y actitudes sociales hacia las personas mayores. *“Si, como se ha sugerido, las representaciones negativas y estereotipadas de las personas mayores pueden*

⁴⁰ KOSBERG, J. “Prevención del maltrato de personas mayores”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Violencia contra personas mayores”. Valencia, 18 y 19 de septiembre. 2.003.

⁴¹ KOSBERG, J. Op. Cit.

estar presentes en la sociedad y proporcionar un ambiente propicio para el maltrato a los ancianos, entonces es necesario asegurar que se forme una imagen equilibrada y positiva de las personas mayores en los medios de comunicación, la educación pública, los anuncios y las campañas gubernamentales. La prevención primaria del maltrato a ancianos comienza poniendo en tela de juicio el edadismo y debería empezar en las primeras etapas educativas de los niños para extenderse a todos los ámbitos de la sociedad⁴².

6. Además de la formación de profesionales y la educación pública a la que nos hemos referido anteriormente, es necesario establecer un sistema para identificar, evaluar e informar a las personas mayores que podrían ser víctimas de maltrato.

Sobre **los malos tratos a las Personas Mayores**, a modo de conclusión, afirmamos:

1. Si las características de la población son las que deben definir la asignación de recursos y la implementación de programas, es evidente que los destinados a los mayores deben ocupar un lugar privilegiado. Dado que la población mayor de 65 años está aumentando y, especialmente, la de los más mayores, que son también los que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, es a todas luces previsible el crecimiento de las situaciones de dependencia, y del maltrato a las personas mayores.
2. Se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores que desencadenan el maltrato y la negligencia.
3. Es preciso aumentar la conciencia y el conocimiento del problema, puesto que es a partir de estas dos premisas desde donde se pueden diseñar y desarrollar las propuestas adecuadas. Para ello se requiere investigar para dotar de instrumentos de prevención, detección e intervención a los profesionales que trabajan en el área de tercera edad.

“Poco se puede hacer sin la investigación... Las características que comparte o la diferencian de otras formas de violencia familiar, unas definiciones claras y que permitan ser comprobadas, la incidencia y naturaleza del maltrato a ancianos, la relación entre las características del maltratante y los tipos de maltrato, la validez y fiabilidad de la investigación realizada hasta la fecha, el conocimiento público del problema, la educación y formación de los profesionales que atenderán a un creciente número de personas mayores, los indicadores de los diferentes tipos de maltrato, una legislación diseñada especialmente para atajar el maltrato a ancianos, unos análisis de intervenciones y modelos de tratamiento convenientes, unas estrategias de prevención en todos los ámbitos... todos estos temas requieren unas bases sólidas de conocimiento, lo que a su vez no se puede obtener sin investigación”⁴³.

4. El modelo explicativo que limita el problema de los malos tratos a la relación cuidador-persona dependiente debe ser complementado, cuando no superado, por una visión estructural y contextual. Dicho de otra manera, es necesario avanzar en el conocimiento de los contextos sociales en los que se produce y se desarrolla el maltrato, así como en las relaciones de poder y dominación imperantes en nuestra sociedad.

⁴² KOSBERG, J. Op. Cit.

⁴³ DECALMER, Peter; GLENDENNING, Frank (comp.): **El maltrato a las personas mayores** Ed. Paidós. Barcelona, 2000, p. 213.

5. El maltrato de mayores debe ser relacionado con temas más amplios referidos a la discriminación y que requieren acciones en todos los ámbitos de la sociedad. Nos referimos aquí a un maltrato estructural e institucional, donde se incluye, por ejemplo, la ausencia de unas pensiones justas que permitan una calidad de vida razonable. Desde esta perspectiva, *“el modelo de maltrato de mayores parece ser muy poco relevante para afrontar la discriminación estructural subyacente en las políticas públicas económicas y sociales que tendrán cada vez un mayor impacto en la calidad de vida en la vejez. En efecto, si uno se centra en el estrés que padece el cuidador, esto incluso parece justificar, en cierta manera, los actos individuales de maltrato”*. (...) Por tanto, se hace necesario *“abordar el maltrato de mayores en el ámbito social general, incluyendo el maltrato estructural o institucional relacionado con los programas sociales, económicos y sanitarios para la población mayor”*⁴⁴.
6. Sacar a la luz pública el problema. A pesar de que sea necesario investigar más, el reto más importante es hacer visible el maltrato a las personas mayores. Sólo lo que es reconocido puede ser abordado, comprendido y mejorado, y en este caso, suprimido. Son muchas las dificultades. En muchas ocasiones, la víctima se encuentra aislada socialmente y/o incapacitada para denunciar la situación de maltrato que está sufriendo. Es necesario, por tanto, que desde la comunidad científica y desde el mundo profesional se realicen esfuerzos por sacar a la luz pública el problema. Como se afirma en el Plan estratégico económico y social de Gran Canaria. Gran Canaria siglo XXI: *“Para lograr la integración social del mayor y alcanzar una calidad de vida superior es necesario objetivar, mediante la realización de estudios, la realidad en la que vive, e incrementar, en toda la sociedad, el conocimiento del hecho social del envejecimiento y de las características psicofísicas de las personas mayores, así como la sensibilización hacia este grupo de edad”*⁴⁵.
7. Promover una visión positiva de la vejez. La construcción social del envejecimiento también supone un claro proceso estigmatizador. Las connotaciones negativas que tiene el envejecimiento (deterioro, dependencia...), es decir, edadismo, unida a la idea de inferioridad de la mujer respecto al hombre (sexismo) y las diferencias de clase social actúan para crear desequilibrios de poder, lo cual facilita que se den las condiciones para que el maltrato aparezca y se mantenga. Pero la vejez también puede ser vista con importantes potencialidades: experiencia, madurez, portadora de saber, serenidad... De hecho, en ocasiones se *“echa mano”* de ellos: se quedan al cuidado de los nietos, etcétera. Es requisito imprescindible, por tanto, promover una visión positiva de la vejez, a la vez que sensibilizar a la sociedad en su conjunto de los problemas de los mayores, fomentando el reconocimiento público de su saber y dignidad. Es necesario reconstruir una nueva relación basada en la reciprocidad entre las personas mayores y el resto de la sociedad. En palabras de Eamon O’Shea, *“el grado de solidaridad existente en las familias y entre las generaciones es el factor que determinará el grado y la escala de la respuesta en políticas públicas a las necesidades de las personas mayores dependientes”*.
8. Ampliar recursos sociales para los mayores y apoyo más decidido a las familias. El riesgo de ser dependiente está, obviamente, relacionado con la edad, y requiere de una gran variedad de cuidados y atenciones, que en muchas ocasiones se

⁴⁴ Hightower. J.: Op Cit.

⁴⁵ CABILDO INSULAR DE GRAN CANARIA: **Plan estratégico económico y social de Gran Canaria**. Gran Canaria siglo XXI. Volumen 5: Integración y vertebración social, 2001, p.105.

prolongan durante años. Por ello, la prestación para el cuidado de las Personas Mayores debe ser lo suficientemente amplia como para cubrir la gran variedad de necesidades que tienen las personas mayores, ya sean médicas, económicas, psicológicas, sociales, emocionales... Las enfermedades crónicas no representan un grupo homogéneo, sino que, al contrario, los diferentes tipos de enfermedad plantean distintas exigencias, lo cual debe ser evaluado en consonancia. La familia y el Estado constituyen las dos referencias principales cuando hablamos de calidad de vida en los mayores. Respecto a la familia, esta empieza a mostrar un alejamiento de la responsabilidad tradicional. Como señala Narciso Sáez, hablar de familia como apoyo informal a la persona mayor es un eufemismo, dado que es sobre la mujer en quien recae mayoritariamente tal función. Al mismo tiempo, se pregunta el propio autor: ¿Podemos mantener el modelo ideal actual de familia y su apoyo emocional al anciano, terreno en el que la familia no tiene paliativos, sin un apoyo exterior que posibilite su estabilidad y elimine la violencia que la discriminación hacia la mujer implica tal situación?

Si bien en el debate acerca de a quien le corresponde proporcionar los cuidados que requieren los mayores dependientes, la tendencia se ha centrado en otorgar a la familia un papel predominante, considerando que es en ella donde se ofrecen más y mejores cuidados, en la actualidad las respuestas que las familias están dando a las necesidades de ayuda no solo son muy variadas, sino que además comienzan a detectarse algunos signos de cambio en relación con esta tendencia histórica.

“A partir del desarrollo de la familia actual y de las nuevas formas de convivencia, se puede pensar que la familia del futuro será más vulnerable y demandará mayor apoyo institucional, por ser menos extensa en miembros y funciones. De esta forma, el Estado no solo debe reconocer estas nuevas fórmulas convivenciales, sino también garantizar la prestación de aquellos servicios necesarios para un normal desenvolvimiento y desarrollo de los grupos poblacionales carentes de ambiente convivencial y que más lo necesitan, a saber, ancianos, minusválidos, niños y adolescentes”⁴⁶.

Incluso empiezan a surgir evidencias empíricas que nos hablan de un cambio en la tendencia, apuntando a una demanda centrada en los recursos residenciales, y a un cierto temor a llegar a situaciones de dependencia que supongan una irrupción en la vida de sus familias, es decir, el llegar a ser un estorbo y una pesada carga pasa sus allegados.

“Los hallazgos que provienen de diversos estudios de investigación evidencian que la gente mayor busca cada vez más evitar una situación de dependencia de los hijos, en especial si implica la responsabilidad continuada que una enfermedad crónica ocasiona o la necesidad de proporcionar cuidados personales. Estos cambios en las preferencias sobre formas de cuidado se hacen patentes en la investigación sobre los cambios en las pautas de las obligaciones de los parientes. (...) Las relaciones de parentesco no operan sobre las bases de un conjunto definido de reglas morales claramente explícito para los ancianos y sus cuidadores. El sentido de la obligación en particular, que determina el carácter distintivo de las relaciones de parentesco, no sigue un camino coherente y fiable en términos de práctica social. (...) Este argumento es importante porque prescinde de una acusada tendencia habitual en la política de

⁴⁶ CABILDO INSULAR DE GRAN CANARIA. op. cit., p. 13.

*atención comunitaria, a saber, que las familias actúan con la idea de que existen unos guiones morales y culturales a seguir para proporcionar ayuda a sus mayores en tiempos de dependencia o crisis*⁴⁷.

En el estudio “Percepciones sociales sobre las personas mayores”, realizado por el IMSERSO en el año 2.002, también se empieza a vislumbrar un cambio al respecto: “Más allá de las formas específicas de resolución de esta realidad parecen constatarse algunas líneas implícitas en el discurso de los mayores ante la vejez:

- En primer lugar, que la vejez es la antesala de un final.
- En segundo lugar, que las mujeres siguen siendo la principal expectativa de cuidado para el conjunto de varones.
- En tercer lugar, que las mujeres no esperan ser cuidadas por los varones coetáneos ni por los más jóvenes.

Por lo que se mantiene, como no podía ser de otra forma, el desequilibrio en los roles que articula la vida relacional de los géneros en nuestra cultura.

*En los ámbitos metropolitanos es más enfática la conciencia de mujeres y varones sobre la imposibilidad de los hijos de hacerse cargo de sus respectivos estados de vejez, por lo que las residencias, a pesar de las imágenes adversas que circulan sobre ellas, es una expectativa cada vez más sólida para mujeres y varones de las grandes ciudades. (...) En los ámbitos urbanos, aunque en proceso de transformación, en los comunitarios y en los rurales, las expectativas de cuidados durante la etapa de vejez recaen sobre el grupo familiar de pertenencia y la opción por residencias o incluso, figura formales encargadas del cuidado, se dirimen como últimas opciones, incluso más, como opciones de baja moralidad familiar*⁴⁸.

Lo que sí es evidente es que la tendencia se dirige a que el mayor esté el mayor tiempo posible en su entorno, evitando de esta manera la institucionalización. Mantener el contacto con la familia y el entorno es fundamental para el bienestar de los mayores. Es esta estrategia la que ofrece mejores resultados y mayor calidad de vida. Ello requiere un importante despliegue de recursos, en términos de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, residencias municipales y/o comarcales... Intentar mantener al mayor dependiente en su domicilio no está exento de importantes conflictos y de serias dificultades. Las familias pueden verse saturadas y desbordadas merced a los niveles de exigencia y dedicación que requieren los cuidados de un mayor dependiente. Las viviendas de tamaño reducido, las ocupaciones laborales de los cónyuges o pareja, el exceso de atenciones que requiere el mayor, etc., pueden producir tensiones y agotamiento.

Si se desea que el peso recaiga sobre las familias, es imprescindible por tanto articular políticas lo suficientemente extensas y ricas en recursos que faciliten el cuidado familiar. Fábrega Ruiz, apoyándose en la encuesta a personas cuidadores/as realizada por Justel y otros, expone las formas de ayuda institucional consideradas más necesarias:

⁴⁷ PHILLIPSON, Chris: “Los malos tratos a los ancianos: perspectivas sociológicas”, en DECALMER, Peter; GLENDENNING, Frank (comp.): op. cit., pp. 109-110.

⁴⁸ IMSERSO. op. cit.

TABLA 6.102. FORMAS DE AYUDA

Formas de ayuda más demandadas (Respuesta múltiple)	
Apoyo económico del Estado "salario mensual"	80,4%
Servicio de ayuda a domicilio	64,5%
Deducciones fiscales	24,2%
Reducción de jornada laboral	19,9%
Fomentar la atención temporal por voluntarios	18,9%
Orientación y formación para poder afrontar mejor la situación de cuidador	16,6%
Estancias temporales en residencias	16,4%
Asistencia del mayor a centros de estancia diurna	16,3%

Fuente: FABREGA RUIZ, C.: **Protección jurídica de la tercera edad**, Ed. Colex., Madrid, 2.000, p. 27.

Las personas mayores en general han expresado su preferencia a la atención domiciliaria frente a la institucionalización. Este preferencia debería quedar reflejada, a la hora de planificar, en un compromiso económico que apoye y priorice la atención domiciliaria. Esto significa apoyar a los cuidadores familiares en su trabajo, mediante la garantía de unos derechos legislativos y la provisión de una adecuada formación y conocimientos. También se deben dejar fondos disponibles para el desarrollo de infraestructuras sociales necesarias que permitan a las personas mayores dependientes seguir viviendo en sus domicilios. Los hospitales de día, servicios de respiro familiar o la atención diaria son partes importantes de la infraestructura social, al igual que los servicios de visitas como la que realizan los profesionales de la salud o de ayuda a domicilio. Las nuevas tecnologías deberían igualmente desarrollarse en el ámbito de las personas mayores que viven en sus domicilios con el fin de crear un entorno lo más accesible posible. Debería existir un modelo integrado en el desarrollo de servicios para las personas mayores dependientes que viven en sus domicilios, capaz de ofrecer una atención adecuada cuando y donde más se necesite.

Cooperación entre instituciones

Mejorar la cooperación institucional entre servicios de salud, servicios sociales, organizaciones sin ánimo de lucro. Un tema que, no obstante, no está exento de dificultades: "Hay que admitir que el trabajo cooperativo, en el sentido real de la palabra, estará lleno de dificultades. No sólo se plantean problemas debido al intento de aunar las aspiraciones de las diferentes instituciones, que anteriormente eran autónomas e independientes, y en el caso de los servicios sociales, responsables ante la administración local, sino también debido a los problemas prácticos surgidos a raíz de las distintas condiciones laborales y las actitudes profesionales"⁴⁹.

Inspeccionar instituciones y residencias

También es necesario mejorar el sistema de control e inspección de las instituciones encargadas del cuidado de los mayores, así como desarrollar mecanismos que ayuden decididamente a señalar lo que hay que hacer cuando se detectan situaciones de malos tratos. Los factores exógenos, las políticas sociales y sanitarias, y la regulación e inspección son variables muy importantes que ejercen un impacto sobre la posible aparición de maltrato institucional.

⁴⁹ DECALMER, Peter; GLENDENNING, Frank (comp.): **El maltrato a las personas mayores** Ed. Paidós. Barcelona, 2000, p. 209.

6.6. Políticas sociales en torno a las personas mayores

6.6.1. El lugar de la vejez en las políticas sociales: límites y posibilidades

Las medidas y acciones referidas a las personas mayores de 65 años en la Unión Europea (en adelante, UE), España y Canarias se inserta dentro de las políticas sociales. Aunque los servicios sociales y sociosanitarios en los que se integran los planes y programas están descentralizados, otorgando gran importancia a las Comunidades Autónomas, Cabildos Insulares y Municipios, no podemos obviar su dependencia (al menos en lo que respecta a los diseños y a la movilización de recursos) respecto a las políticas públicas en la Unión Europea.

Cualquier análisis de las políticas sociales de la UE ha de tener en cuenta cuatro condicionantes estructurales de dichas políticas y que constituyen el contexto de sus límites y de sus posibilidades:

- 1) el proceso de globalización y de unión monetaria en el que se inserta;
- 2) el déficit político-democrático de la UE, al predominar los aspectos económicos de la Unión;
- 3) la heterogeneidad existente en los diversos Estados nacionales miembros de la UE, ya presente desde los inicios de la Comunidad Europea y agudizada en los diversos procesos de ampliación; y
- 4) las limitaciones de la propia UE de intervenir, al predominar en la ejecución y gestión de los programas y acciones las políticas de cada Estado.

Las políticas sociales de la UE interaccionan, de manera relativamente dependiente, con el proceso de convergencia económica nominal. Ciertamente es que la unión monetaria no excluye la dimensión social comunitaria pero ésta queda relegada a un segundo plano en relación con la esfera productiva, mercantil y financiera. Es por ello que las políticas sociales han desempeñado (y desempeñan) roles residuales en el proceso de integración comunitaria.

El proceso de elaboración de políticas sociales europeas se circunscribe en unas reglas formales que la posibilitan y las restringen. Sus limitaciones se deben fundamentalmente a la existencia de determinados elementos de tensión que no podemos obviar:

- 1) el conflicto entre los componentes *neofederales* y los componentes *intergubernamentales*, observable en la toma de decisiones (por mayoría o por unanimidad). Cuando el régimen de bienestar comunitario se ubica en el marco de las decisiones mayoritarias se abre paso a un cierto federalismo social europeo, mientras que cuando se sitúa en la unanimidad, o sea, cuando el derecho de veto estatal no se altera o prevalece, la política social europea no va más allá del simple acuerdo entre los Estados miembros;
- 2) el conflicto entre los componentes *burocráticos* y los componentes de naturaleza *democrático-representativa* a escala europea. Cuando el régimen de bienestar de la UE se sujeta a procedimientos de consulta o cooperación, el eje Comisión-Consejo (de naturaleza eminentemente técnico-burocrática) resulta del todo predominante en detrimento de las aportaciones y las actuaciones parlamentarias. En cambio, cuando las políticas sociales se someten a codecisiones parlamentarias se abre la puerta a una cierta democratización de la Europa social; y

- 3) el conflicto entre los actores sociales (sindicatos, ONG involucradas en el bienestar social, fuerzas políticas progresistas) que propugnan una relación paritaria entre la convergencia social y la económica, la creación de una esfera supranacional de ciudadanía social (derechos sociales a escala comunitaria) y el fortalecimiento del componente redistributivo y de cohesión como respuesta a las desventajas estructurales de colectivos y territorios desfavorecidos, y los agentes sociales (empresariado, grandes corporaciones, fuerzas políticas conservadoras) que propugnan la prevalencia de los elementos mercantiles de la Unión, apostando por la desregulación del mercado laboral, la privatización de sectores como el sistema de pensiones y de las ayudas, la preponderancia de los Estados nacionales en el diseño y la ejecución de las políticas sociales, etcétera. Con todo, estos conflictos constituyen la dinámica de las políticas sociales en la Unión Europea.

Respecto a la heterogeneidad entre países y su repercusión en la construcción de la Europa social cabe destacar, por un lado, la existencia de diversos modelos de bienestar:

- 1) escandinavo,
- 2) anglosajón,
- 3) continental y
- 4) latino-mediterráneo, y, por otro lado, la expansión temática (con desigual hincapié según intereses) hacia cuestiones como la inmigración, la sostenibilidad, la exclusión social, la igualdad entre géneros, etcétera.

Además, el ritmo de las políticas de bienestar es muy diferente según países y zonas. Sin embargo, podemos señalar a grandes rasgos cuatro etapas del proceso de generalización y expansión del Estado de Bienestar en la UE:

- 1) de 1945 a 1959, fundamentación y diseño de políticas sociales en el ámbito comunitario;
- 2) de 1960 a 1974, conformación de aparatos de regulación (sobre todo laboral) y de protección social;
- 3) de 1975 a 1985, crisis o estancamiento a favor de medidas privatizadoras y de carácter neoliberal⁵⁰; y
- 4) de 1986 a la actualidad, reestructuración permanente, tanto desde el punto de vista cuantitativo (ampliación) como cualitativo (nuevas estructuras, estrategias).

Con todo, la Europa social ha funcionado durante décadas más como discurso de pretensiones legitimadoras que como realidad sustantiva de la Unión. Es verdad que el Tratado de Roma, texto fundacional de la Comunidad, incorporaba una agenda social, pero era de manera muy poco ambiciosa y, además, no llegaba a romper el monopolio regulativo de los países miembros. Otorgaba a las instituciones europeas simples funciones promotoras de la cooperación entre Estados miembros, en torno a un abanico muy reducido de políticas de bienestar (sobre todo, en materia de empleo y desempleo). Además, el desarrollo concreto de iniciativas sociales comunitarias estaba sometida a limitaciones institucionales nada desdeñables:

⁵⁰ En el caso de España, inserta en un proceso de cambios económicos y, sobre todo, políticos, se trata de unos años en los que se establece y consolida el Estado de bienestar, mientras que de 1986 a 2003 se vive el proceso de privatización que caracteriza esos años en el ámbito europeo.

- 1) la preponderancia de los Gobiernos nacionales frente al Parlamento Europeo en el proceso de consulta y, sobre todo, en la ejecución de las acciones y programas; y
- 2) el sistema de votación por unanimidad constituía un recurso de poder y una baza de negociación clave en manos de los distintos Estados. Cierta homogeneidad de las situaciones y de los criterios (modelo continental de bienestar social) de los seis países fundadores de la Comunidad Europea explica estos condicionantes.

Es por ello que, en realidad, desde los orígenes de la UE hasta 1988 se puede hablar de inexistencia o débil presencia de lo social en la convergencia europea (véase la tabla 6.103). Sin embargo, en ese período (1957-1988) aparecen dos instrumentos cuya evolución cuantitativa y cualitativa va a incidir en la emergencia y crecimiento (ciertamente aún limitado) de la Europa Social:

- 1) el Fondo Social Europeo (en adelante, FSE, creado en 1960), que en realidad, dada su escasa dotación financiera, se limitaba a funcionar como mecanismo de apoyo a la movilidad geográfica de los trabajadores, en vez de constituir una herramienta de política activa de empleo y de inclusión laboral y social; y
- 2) el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (en adelante, FEDER, creado en 1971), cuyo objeto principal fue la creación de un espacio de confluencia de acciones social-regionales europeas, constituyéndose, entre otras cosas, en el embrión de lo que a partir del Acta Única Europea (en adelante, AUE, 1988) constituye la estrategia básica de cohesión social comunitaria.

En relación a las políticas sociales se trazan en dicho período cuatro ámbitos de actuación:

- 1) la lucha contra la pobreza y la exclusión social (Pobreza I y Pobreza II);
- 2) la regularización del sistema de protección y de Seguridad Social;
- 3) políticas activas de empleo (salud laboral, desempleo, mercado de trabajo); y
- 4) igualdad entre hombres y mujeres (igualdad de oportunidades, salarios, condiciones de trabajo, seguridad social). En los dos primeros ámbitos de intervención es donde se ubica la política social con las personas mayores de 65 años.

TABLA 6.103.- PERÍODO DE PRESENCIA DÉBIL DE POLÍTICAS SOCIALES EN LA UNIÓN EUROPEA (1957-1988)

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS	INSTRUMENTOS
1957-1972	Mercado Común sin agenda social (6 países)	Fondo Social Europeo (FSE) Fondo Europeo de Garantía Agraria (FEOGA)
1973-1980	Irrupción del régimen de bienestar comunitario (9 países)	Nuevo reglamento del FSE Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) I Programa de Acción contra la Pobreza
1981-1988	Retrocesos y recortes en gastos en protección social (15 países)	II Programa de Acción contra la Pobreza I Plan de Igualdad de Oportunidades Desregularización del mercado laboral (no protección de la contratación no indefinida, por ejemplo) Programa de Acción sobre crecimiento de la ocupación

Fuente: Elaboración propia, a partir de Raquel Gallego; Ricardo Gomá; Joan Subirats: Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas, Editorial Tecnos, Madrid, 2003.

El proceso desencadenado a partir del AUE (1988) implicó una dinámica expansiva de las políticas sociales de ámbito comunitario (véase la tabla 6.104) que, en cierta manera, significa la consolidación del bienestar social en el ámbito comunitario.

TABLA 6.104.- PERÍODO DE RELATIVA EUROPA SOCIAL (1989-2006)

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS	INSTRUMENTOS
1989-1991	Agenda Social en el mercado único (15 países)	Acta Única Europea (AUE) Carta Social Europea Reforma de los Fondos Estructurales Programa de Acción Social (PAS)
1992-1995	Política Social Europea tras el Tratado de Maastricht (15 países)	Acuerdo de Política Social (APS) Programa de Acción Social (PAS, 1995-1997) Libro Blanco sobre Política Social Libro Blanco sobre Crecimiento, Competitividad y Empleo Nuevas iniciativas comunitarias Ampliación de los Fondos Estructurales
1996-2000	Política común de empleo (15 países)	Tratado de Amsterdam Programa de Acción Social (PAS, 1998-2000) Agenda de Política Social 2000-2005 Pacto Europeo por la Ocupación (1999)
2001-2006	Luces y sombras de la Agenda 2000 y la Constitución Europea (21 países)	Agenda de Política Social 2000-2005 Pacto Europeo por la Ocupación (1999) Nuevas iniciativas comunitarias

Fuente: Elaboración propia, a partir de Raquel Gallego; Ricardo Gomá; Joan Subirats: Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas, Editorial Tecnos, Madrid, 2003.

Factores explicativos del aumento por la preocupación por lo social en la UE son:

- 1) la agudización de problemas tradicionales en el escenario europeo (empleo, desempleo, vejez);
- 2) la emergencia de nuevas cuestiones (ampliación de la UE con la entrada de países con cierto retraso económico y tecnológico, inmigración, cambios ambientales, culturales y sociales);
- 3) la conciencia técnica y política de la necesidad de intervenir en esas nuevas realidades;
- 4) la insistencia de grupos políticos y sociales de carácter progresista por avanzar ante los elementos estructurales de desigualdad;
- 5) la reacción institucional ante la presencia de políticas neoliberales en los Estados miembros que han supuesto la inhibición de las administraciones públicas ante problemas sociales y la necesidad de realizar acciones comunitarias...

Ciertamente, el AUE (1988) no introdujo grandes cambios en el ámbito social en lo que respecta al ámbito normativo. Sin embargo, en lo que se refiere al terreno de las estrategias y los programas, sí incide de una manera cualitativa. Se implanta como estrategia comunitaria el desarrollo de la denominada Carta Social Europea, un texto no exento de limitaciones:

- 1) su naturaleza no vinculante;
- 2) la ausencia de Reino Unido en dicha estrategia; y
- 3) su carácter eminentemente laboralista (en realidad es una Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores), dejando a un lado a otros colectivos.

No obstante, la Carta Social va a suponer un referente para ulteriores cambios y estrategias, así como instrumento legitimador para tomar medidas específicas, concretas, aplicadas:

- 1) reformas de los Fondos Estructurales; y
- 2) aparición del Programa de Acción Social (en adelante, PAS) como programa-marco de la Comisión.

El Tratado de Maastricht (en adelante, TUE), a excepción del impulso que le da al proceso de cohesión comunitaria, cierra su articulado con mejoras poco significativas en las dimensiones sociales de la UE. En cierta manera supone incluso un retroceso. Al establecer unos criterios rígidos de convergencia nominal, sobre todo referidos a los gastos sociales, conforma una clara asimetría entre la potente europeización monetaria y la vulnerable europeización social. Tan sólo el Acuerdo de Política Social (en adelante, APS), aprobado como texto anexo al TUE (1992), con la ausencia de Reino Unido, modifica tímidamente dicha asimetría. La articulación del PAS (1989-1994) con el nuevo marco normativo del APS, que rompe de manera puntual el principio de unanimidad e introduce selectivamente la co-decisión parlamentaria, genera unas reglas de juego más favorables para el avance de ciertas áreas de política social e impulsa un proceso de desarrollo real de la agenda europea en, por lo menos, dos escenarios:

- 1) el laboral (mercado de trabajo, relaciones industriales, formación ocupacional, empleo local, etcétera) y
- 2) el social (igualdad de género en el ámbito doméstico, exclusión social, pobreza, inmigración, discapacidades, vejez, etcétera).

El Libro Blanco sobre Política Social Europea (1994) constituye la base de las líneas de acción social (PAS, 1995-97), mientras que el Libro Blanco sobre Crecimiento, Competitividad y Empleo (1993) justifica y recomienda dotar una dimensión comunitaria a las estrategias de generación de empleo (promoción ocupacional). A estas herramientas se suman las diversas iniciativas comunitarias y el refuerzo y ampliación de los Fondos Estructurales.

Durante 1996 y 1997 se reúne la Conferencia Intergubernamental de reforma del Tratado de la Unión, cuyo fruto fue el Nuevo Tratado de Amsterdam (junio de 1997). El nuevo marco constitucional de la UE (actualmente paralizado) supone nuevos aunque desiguales avances en la dimensión social de la Unión. El antiguo APS de 1992 se incorpora al articulado del Tratado. Se incluye un capítulo de empleo, ampliándose además la agenda comunitaria contra la discriminación sexual y extendiendo el mecanismo de co-decisión a nuevas áreas de políticas públicas. Precisamente la actual situación de no aprobación y ratificación de la Constitución Europea supone, entre otras cosas y junto a otras cuestiones, cierta incertidumbre en relación a la dimensión social de la Unión.

Las limitaciones y las posibilidades descritas son aplicables respecto a las políticas europeas dirigidas a la Personas Mayores de 65 años.

6.6.2. Políticas sociales en materia de vejez en la Unión Europea

En los diversos informes de la UE sobre la situación de las personas mayores de 65 años se resaltan los siguientes aspectos:

- 1) Durante los 20 próximos años el número de personas que superarán la edad de la jubilación (es decir, los 65 años) aumentará en 17 millones. Dentro de este grupo, el número de personas octogenarias (de 80 años y más) alcanzará los 5,5 millones. Por tanto, el envejecimiento poblacional irá aumentando, creciendo además el número de pensionistas, al tiempo que disminuirá la población activa, con sus consecuencias respecto a los regímenes de jubilación y el gasto público.
- 2) Se hace necesario hacer hincapié en la cuestión de la edad en la gestión de los recursos humanos, elemento que hasta ahora se ha descuidado. Eso supone también una revisión de las políticas que fomentan la salida precoz del mercado laboral, en lugar de promover la formación permanente y las nuevas salidas.
- 3) El fuerte aumento de las personas octogenarias necesitadas de cuidados ejercerá una presión cada vez mayor sobre los sistemas de asistencia oficiales, que deberán adaptarse a la nueva situación. De manera paralela, deberán formularse políticas encaminadas a limitar el aumento del número de personas de edad dependientes mediante la promoción de un envejecimiento sano, la prevención de los accidentes y la rehabilitación necesaria tras una enfermedad.
- 4) Las diferencias de situación familiar, alojamiento, educación y estado de salud, así como de rentas y patrimonio son un factor determinante para la calidad de la vida de las personas mayores de 65 años. Actualmente, la gran mayoría de ellas vive en buenas condiciones. Sin embargo, ello no debe hacer olvidar el riesgo permanente de exclusión social y pobreza relacionado con la edad. Se hace, por tanto, fundamental aplicar políticas que tengan en cuenta en mayor medida la diversidad de las situaciones sociales de las personas mayores de 65 años de edad, que combatan más eficazmente los riesgos de exclusión social de la vejez.
- 5) El problema de la desigualdad entre los sexos se plantea también de manera especial en el ámbito de la protección social. En la actualidad casi dos tercios de las personas mayores de 65 años son mujeres. La escasa representación que tradicionalmente han tenido las mujeres en el mercado de trabajo, los regímenes de protección social basados en el modelo del hombre como responsable del sustento de la familia y la diferente esperanza de vida de mujeres y hombres han hecho que las pensiones pagadas a muchas mujeres de edad sean en gran medida insuficientes.

El Tratado de Roma sólo abordaba las cuestiones económicas que afectan a los derechos de los trabajadores, extendiendo en 1986 a toda la ciudadanía el propósito de "mejorar las condiciones de vida". Esto permitió a la Unión Europea (en adelante, UE) diseñar políticas dirigidas específicamente a las personas mayores de 65 años de edad. Sin embargo, el margen de maniobra de la UE es bastante limitado a la hora de desarrollar dichas acciones y programas. Sólo los asuntos que necesitan de un enfoque comunitario, como el del establecimiento de una misma edad para la jubilación pueden implicar la intervención europea. Se pueden acordar principios comunes en torno a los sistemas de jubilación y prestaciones, pero los pormenores sobre las cuantías los fija cada Estado.

Con todo, en la actualidad existen cuatro tipos básicos de acción comunitaria:

- 1) la *Provisión de fondos*: desde 1982 se estableció la disponibilidad de fondos para medidas de apoyo a las personas mayores de 65 años (intercambio de información en Europa, investigación y apoyo a proyectos innovadores, tarjeta cultural y transportes para personas mayores de 60 años);
- 2) las *Declaraciones de intención*: los gobiernos, reunidos en el consejo de ministros, hacen declaraciones de intención, no vinculantes, en forma de resoluciones y recomendaciones (por ejemplo, la Recomendación del Consejo (82/857 de 1982 sobre los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación, política comunitaria hacia las personas jubiladas, programas de jubilación flexible);
- 3) la *Legislación*: las leyes europeas revisten la forma de directivas o reglamentaciones y son obligatorias para los gobiernos nacionales. Por ejemplo, la Directiva del Consejo (90/365) sobre el derecho de residencia para empleados y trabajadores autónomos que han cesado en su actividad profesional, y la Reglamentación del Consejo (1408/71) sobre la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores y sus familias. En el campo del envejecimiento, las competencias legislativas recaen casi exclusivamente en los Estados miembros. Sin embargo, la UE puede cumplir una función básica en el apoyo a esas políticas y acciones mediante la estimulación de nuevos conceptos y el intercambio de experiencias; y
- 4) los programas comunitarios, como el dirigido a las personas mayores en riesgo de exclusión social (1991-1996), o de carácter sociosanitario como TIDE (1991-1995) y TELEMATICS (1996-2000).

Son cuatro las instituciones que participan de todas las actividades de la UE:

- 1) *El Consejo de Ministros*: aprueba las leyes, políticas y programas financieros de la UE. La mayor parte de los asuntos que afectan a las personas mayores de 65 años requieren una decisión unánime y el Consejo tiene la palabra final. Los ministros de seguridad social, familia o salud generalmente toman las decisiones que afectan a las personas mayores de 65 años;
- 2) *La Comisión Europea*: es responsable de proponer y redactar todas las leyes, políticas y programas. También administra el gasto diario del presupuesto de la UE. La Comisión considera que su misión fundamental es el de catalizador, facilitador y comunicador en la promoción del intercambio de conocimientos y experiencias en el campo del envejecimiento. La Comisión esencialmente responde y apoya iniciativas de los socios en todos los ámbitos de la UE. Este apoyo puede presentarse como información a través de estudios, contactos en busca de socios en otros estados miembros, y asistencia financiera para actividades concretas. La unidad responsable de las personas mayores de 65 años de edad trabaja dentro del Directorio General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades;
- 3) *El Parlamento Europeo*: considera, y enmienda, proyectos de leyes y políticas antes de que el Consejo de Ministros tome su decisión final. El Comité de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, examina las propuestas de la Comisión que afectan a las personas mayores. También, por su propia iniciativa, ha producido varios informes sobre las personas mayores en la UE desde 1982. En estos informes, el Parlamento realiza recomendaciones específicas para la

acción por parte de la UE. Junto con el Consejo, el Parlamento emite la última decisión sobre el gasto social. El Intergrupo sobre Envejecimiento del Parlamento es un grupo de presión de más de cien eurodiputados de todos los partidos y todas las nacionalidades; y

- 4) *El Tribunal de Justicia*: Ayuda a los tribunales nacionales a interpretar la ley europea.

Las actividades en favor de las personas mayores de 65 años se financian del presupuesto destinado a este fin. Las solicitudes de fondos se realizan a la unidad de personas mayores de la Comisión. Las actividades subvencionadas deben abarcar enlaces entre por lo menos tres países de la UE y, generalmente, se requiere la cofinanciación del país solicitante.

La situación de las personas mayores de 65 años de edad se menciona específicamente en una serie de informes del Parlamento Europeo durante los años 80. El primero de ellos fue publicado el del 18 de febrero de 1982, y se realizó sobre los problemas de las personas mayores de 65 años en la Comunidad Europea.

La Carta de Derechos Fundamentales de los Trabajadores, adoptada por 11 Estados miembros en 1989 se refiere, en sus párrafos 24 y 25, a las personas mayores de 65 años y jubilados.

Además, existe gran cantidad de instrumentos legales y de iniciativas políticas que, aunque no destinadas de manera sustantiva a las personas mayores, atañen a este colectivo. Se incluyen, por ejemplo, iniciativas en los campos de las discapacidades, como el programa HELIOS, los programas contra la pobreza en Europa y de igualdad de trato entre hombres y mujeres.

La Comunicación de la Comisión sobre las Personas Mayores, de 24 de abril de 1990, (COM (90)80 final) reafirma, en el ámbito comunitario, el interés por las personas mayores, a la vez que reconoce la aplicación clara del principio de subsidiariedad en este campo.

Las dos decisiones del Consejo, sobre Acción Comunitaria para las Personas Mayores (91/49/EEC; OJ L 28 de 2.2.91, p. 29), y sobre el Año Europeo 1993 (92/440/EEC; OJ L 245 de 26.8.92, p. 43), respectivamente, confirmaron el papel de la Comunidad como un singular, aunque subsidiario, actor en el proceso de los Estados miembros para afrontar los retos a largo plazo del envejecimiento de la población. La primera de ellas, Decisión del Consejo de 26 de noviembre de 1990, tenía como objetivo contribuir a mejorar la situación de las personas mayores en Europa dando a conocer y completando las acciones emprendidas en distintos ámbitos en los estados miembros. La segunda, Decisión del Consejo de 24 de junio de 1992, establece el objetivo general del Año Europeo que era poner de manifiesto, mediante la reflexión, el debate y la sensibilización, las exigencias que plantea la evolución demográfica y los cambios que serán necesarios a fin de facilitar la participación de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria con un espíritu de realización de la dimensión del mercado único.

Por su decisión de 17 de octubre de 1991 (91/544/EEC; OJ L 286 de 26.10.91, p. 42), la Comisión estableció un Grupo de Enlace para promover el diálogo con las organizaciones representativas de las personas mayores en el ámbito europeo y, de este modo, reforzar la voz de los ciudadanos mayores.

Estas dos decisiones del Consejo también establecieron la solidaridad entre generaciones como un elemento central en el enfoque europeo para enfrentar el reto del envejecimiento de la población. El principio de solidaridad intergeneracional, como una base esencial para el desarrollo de políticas por los estados miembros, se confirmó en la declaración de Principios del Consejo de la Unión Europea y el Ministerio de Asuntos Sociales, en el encuentro del Consejo de 6 de diciembre de 1993 que marcaba el fin del Año Europeo de las Personas Mayores y la Solidaridad entre Generaciones (93/C 343/01; OJ L 343 de 21.12.93, p. 1). En esta declaración de principios se solicita a los estados miembros que aprueben los objetivos, contenidos en la declaración, sobre elaboración de políticas, con incidencia en los ámbitos que revisten particular interés para las personas mayores respecto al nivel de ingresos y de vida; a la vivienda y a la movilidad; a la oferta de cuidados y servicios; a la ocupación de trabajadores mayores y a la preparación a la jubilación; a la participación de las personas mayores.

En 1993, con la conmemoración del Año Europeo de las Personas Mayores y la Solidaridad entre Generaciones, fue, con cientos de actividades tanto en el ámbito europeo como local, un ejercicio de construcción y participación de asociaciones a través de diferentes niveles, culturas, disciplinas y generaciones. Los objetivos fueron:

- 1) subrayar la dimensión social de la UE;
- 2) aumentar la conciencia de las sociedades respecto al envejecimiento;
- 3) promover el debate;
- 4) promover la solidaridad intergeneracional; y
- 5) involucrar a las personas mayores de 65 años en el proceso de la integración comunitaria.

El éxito del evento avaló el esfuerzo realizado y se constató la contribución masiva del sector no gubernamental.

El libro blanco *“Política Social Europea, Un camino hacia la Unión”*, de julio de 1994, anunció que la Comisión propondría *“una Decisión para promover acciones en toda la Unión para ayudar a enfrentar los retos de un envejecimiento de la población recogiendo, en particular, el papel y la contribución de la población activa jubilada”*. Así, se elabora la propuesta de la Comisión para una decisión del consejo sobre el Apoyo Comunitario para Acciones a favor de las Personas Mayores (COM (95) 53 final). En este documento la Comisión proponía apoyar una serie de acciones en relación con las personas mayores durante el período de 1 de septiembre de 1995 al 31 de diciembre de 1999.

Las acciones propuestas tendrían los siguientes objetivos:

- 1) identificar caminos para desarrollar la función y el potencial de la población activa jubilada; y
- 2) promover las mejores prácticas con relación a: la mejora de la situación de las mujeres mayores; la dirección de una fuerza de trabajo envejecida; la transición a la jubilación; el acceso a los servicios de cuidado para las personas mayores dependientes; y reforzar la solidaridad entre generaciones y la integración de las personas mayores en riesgo de exclusión social.

Los sistemas de protección social desempeñan una función sustancial, ya que garantizan la redistribución de las rentas y la cohesión social en Europa. Las actividades de la UE en este ámbito tienen por objeto el establecimiento de un alto nivel de protección social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 y en el artículo 136 del Tratado de la Comunidad Económica Europea, según los cuales la Comisión Europea fomentará la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito social, en particular, en materia de protección.

Los sistemas de protección social de los Estados miembros afrontan retos comunes importantes, como por ejemplo, la necesidad de adaptarse a los cambios del trabajo, a las nuevas estructuras familiares y a los considerables cambios demográficos que se producirán en las próximas décadas. Para responder a estos retos, en los años 90 ha tenido lugar en la UE un proceso de reflexión común al objeto de ayudar a los Estados miembros a intercambiar sus experiencias y a prestarse asistencia para gestionar dichos retos. Fruto de este proceso de reflexión ha sido la elaboración de varios documentos.

El Consejo presentó el 26 de agosto de 1992 una Recomendación (la 92/442/CEE), relativa a la convergencia de los objetivos y políticas de protección social, en la que se estableció una política de convergencia que incluye fundamentalmente la identificación de los objetivos comunes, al tiempo que señala que los estados miembros mantienen su libertad para decidir el modo de financiar y organizar sus sistemas. Desde 1993, la Comisión ha elaborado informes analíticos sobre la protección social en Europa.

Con arreglo a la mencionada Recomendación del Consejo de 1992, la Comisión inició en 1995 un debate sobre el futuro de la protección social y, en 1997, presentó su Comunicación “Modernización y mejora de la protección social en la UE”, mediante la cual se dio lugar a un acuerdo entre los Estados miembros y las instituciones de la UE sobre la necesidad de modernizar los sistemas de protección social. Este acuerdo puso de manifiesto también que la protección social no debía ser considerada como una carga financiera, sino más bien como un factor productivo.

En su Comunicación “Una estrategia concertada para modernizar la protección social”, de 14 de julio de 1999, la Comisión propuso iniciar una nueva fase en este proceso e intensificar la cooperación en el ámbito europeo. Este nuevo documento da a conocer una serie de interdependencias entre la protección social y la Unión Económica y Monetaria, la Estrategia Europea para el Empleo y la ampliación de la UE, etcétera. La Comisión propone que se intensifique el intercambio de informaciones y experiencias a escala europea y que se controlen las evoluciones actuales, con objeto de identificar las mejores prácticas, teniendo en cuenta cuatro objetivos fundamentales:

- 1) conseguir que el trabajo proporcione mayores beneficios e ingresos seguros;
- 2) garantizar jubilaciones seguras y regímenes de jubilación viables;
- 3) fomentar la integración social; y
- 4) garantizar un nivel elevado y duradero de protección de la salud.

En 1990 se creó la red MISSOC con el objetivo de facilitar información rápida, comparable y actualizada periódicamente sobre los sistemas y las políticas de protección y asistencia social de los Estados miembros y, simultáneamente, el análisis de las principales tendencias observadas en cada país y los factores que provocan la

adaptación a los sistemas respectivos de protección social. Quince expertos nacionales trabajan en los ministerios competentes. Su secretaría central está en Alemania (más concretamente, en Colonia) y trabaja en estrecha colaboración con los servicios de la Comisión. La red de expertos nacionales es nombrada conjuntamente por la Comisión y los Estados miembros.

En 1994, el Año de la Familia, se creó la Red Europea de Familia, Trabajo y Solidaridad Intergeneracional. La dimensión de la solidaridad intergeneracional se añadió a la red en 1997. Los objetivos de esta red son identificar, estimular y proporcionar información sobre prácticas innovadoras relativas a la conciliación de la vida familiar, la laboral y otras actividades sociales que puedan incluirse en el ámbito de la solidaridad intergeneracional. La red se compone de expertos nacionales de todos los estados miembros y de un equipo de coordinación que es el responsable de la organización y gestión de la red.

Otras iniciativas comunitarias relevantes sobre el envejecimiento son:

- 1) el programa “hacia el envejecimiento saludable en Europa”;
- 2) la Carta Social Europea;
- 3) el programa “Hacia una Europa para todas las Edades”;
- 4) la estrategia europea del empleo; y 5) las iniciativas comunitarias en materia de protección social, salud, lucha contra la exclusión social, etcétera.

El programa “Envejecimiento Saludable en Europa” es un programa paneuropeo de promoción de la salud para las personas mayores con el fin de prolongar la vida activa e independiente. Este programa engloba una serie de proyectos de promoción de la salud abordando temas clave que afectan a las personas mayores; ofrece educación en salud, e información y apoyo a las comunidades locales.

El artículo 129 del Tratado de constitución de la Comunidad Europea da, por primera vez, a la UE un cierto grado de competencia en el campo de la salud pública. Se alienta a los Estados miembros a que colaboren para mejorar la salud de los ciudadanos europeos.

Los proyectos se están desarrollando en varios países: Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, España y Reino Unido. El programa anima a la participación directa de las personas mayores en los programas y desarrolla las siguientes acciones:

- 1) abordar las necesidades de las comunidades locales: los proyectos se diseñan para responder a las necesidades de la comunidad local. Pueden implicar promoción de la salud en general, o combatir enfermedades específicas de esa comunidad;
- 2) buscar la participación activa de las personas mayores: las personas mayores participan activamente en la planificación e implementación de los proyectos. Muchos proyectos potencian la figura de los “promotores de salud”, que son personas mayores voluntarias que reciben formación para promover estilos de vida saludables y brindar información sobre salud a otros mayores;
- 3) establecer alianzas saludables: los proyectos pueden afectar a ministerios, autoridades locales, responsables de salud y bienestar, sectores dedicados a la promoción de la salud, organizaciones de personas mayores, organizaciones no

- gubernamentales, instituciones dedicadas a la investigación, medios de comunicación y al sector comercial. Los proyectos pueden tener alcance local, nacional e internacional;
- 4) alentar la difusión de buenas prácticas: el intercambio de información y buenas prácticas con alcance europeo asegura que las iniciativas eficaces se emprendan en mayor escala.

El 9 de diciembre de 1989 en la Cumbre de Estrasburgo, los Jefes de Estado o de Gobierno de los once Estados miembros aprobaron, en la forma de declaración, el texto de la Carta Social Europea a la que 9 años más tarde se sumó Reino Unido. La Carta Social establece los grandes principios sobre los que se basa el modelo europeo de derecho laboral y, de forma más general, el lugar que ocupa el empleo en la sociedad. Este texto contiene doce apartados, el apartado once se dedica a las personas de edad avanzada.

Los derechos consagrados en la Carta Social se implantarán, según cada caso, en los Estados miembros o en la Comunidad en el marco de sus competencias. En este contexto, la Comisión presentó un programa de acción con el fin de permitir la adopción de un conjunto de disposiciones mínimas comunes a los estados miembros. El programa *“Hacia una Europa para todas las Edades”* tiene como objetivo *“sensibilizar y fomentar en mayor medida la acción sobre las implicaciones del envejecimiento de la población en todos los niveles. Proponer una estrategia que incluya medidas políticas eficaces, basada en el fortalecimiento de la cooperación entre todos los actores y en la solidaridad y la equidad entre las generaciones”*.

En el marco de la estrategia europea para el empleo, la Unión Europea decidió combatir el desempleo y aumentar de manera importante y duradera la tasa de empleo en Europa. Como se conoce, la escasa tasa de empleo existente entre los trabajadores de edad es un factor importante, por lo que se ha instado a los Estados miembros a:

- 1) prolongar la participación de los trabajadores en el mercado laboral;
- 2) fomentar la formación permanente;
- 3) aumentar la flexibilidad laboral (recurso al trabajo a tiempo parcial);
- 4) modificar los regímenes impositivos y de deducción de las prestaciones sociales; y
- 5) mejorar los incentivos al empleo y a la formación. La estrategia destaca el papel que, al efecto, pueden desempeñar los interlocutores sociales, a quienes la Comisión insta a reflexionar sobre cómo integrar la cuestión del envejecimiento de la población en la gestión de los recursos humanos.

En su programa de trabajo para 1999 la Comisión se comprometió a presentar iniciativas tendentes a modernizar y mejorar la protección social. A tal efecto, la Comisión presentó una comunicación sobre la protección social, en la que se propuso un nuevo proceso de cooperación entre la Comisión y los Estados miembros en este ámbito. Entre las cuestiones que deben tenerse en cuenta, figura la identificación del modo de invertir la tendencia a jubilarse anticipadamente, el planteamiento de la posibilidad de establecer nuevas formas de jubilación gradual y la mejora y el aumento de la flexibilidad de los regímenes de jubilación.

Los aspectos sanitarios del envejecimiento ocupan también un lugar central en los preparativos de nuevos instrumentos comunitarios en el ámbito de la salud pública. En el 5º programa marco de investigación comunitaria, la Comisión propuso presta especial atención a las investigaciones médicas y sociales relacionadas con el envejecimiento. Esta acción incluye un amplio abanico de actividades de investigación fundamental, médica, tecnológica y social, entre otras. Además la Comisión apoyará a los Estados miembros en sus esfuerzos por dar respuestas apropiadas a los problemas que el envejecimiento de la población plantea en materia de salud y de asistencia, y procederá, al efecto, a analizar el funcionamiento de los distintos sistemas nacionales.

En su programa de acción social 1998-2000, la Comisión se comprometió a presentar propuestas basadas en el artículo 13 del Tratado (modificado por el Tratado de Amsterdam), que tengan por objeto la lucha contra la discriminación en el lugar de trabajo, entre otras cosas, por motivo de la edad. En dicho programa, la Comisión expone también su intención de estudiar la posibilidad de elaborar nuevos programas de acción comunitarios basados en los artículos 13, 129 y 137 del Tratado que pudieran permitir proteger a las personas de edad contra las discriminaciones, el desempleo y la exclusión social. También se trata de fomentar la participación activa de las personas mayores de 65 años. El número cada vez mayor de personas jubiladas constituye una riqueza de experiencia y sabiduría nada desdeñable. Dichas personas han dado también lugar a la aparición de nuevas necesidades a las que deben responder las empresas, las autoridades públicas y las Organizaciones No Gubernamentales.

No podemos obviar que en la Unión Europea persisten diversos sistemas de servicios sociales según tradiciones y experiencias. En la tabla 6.105 se sintetizan las características diferenciadoras de los diversos modelos de Estado de Bienestar presentes en la UE.

TABLA 6.105. MODELOS EUROPEOS DE BIENESTAR SOCIAL

	NÓRDICO (socialista)	CONTINENTAL (democristiano)	ANGLOSAJÓN (liberal)	LATINO (mediterráneo)
Referente normativo	Igualdad	Seguridad	Asistencia	Prevención
Gasto social	Alto	Alto	Bajo	Bajo
Papel del mercado	Débil	Medio	Elevado	Medio
Financiación	Impositiva	Contributiva	Impositiva	Impositiva
Cobertura	Universal	Selectiva	Selectiva	Universal
Criterio	Ciudadanía	Inserción laboral	Necesidad	Necesidad
Regulación del mercado de trabajo	Media	Alta	Baja	Media
Estructura	Muy centralizada y coordinada	Descentralizada y sectorizada	Descentralizada y fragmentada	Descentralizada y coordinada
Papel de sindicatos	Muy alta presencia	Media	Alta	Alta
Papel de ONG	Media	Alta	Alta	Muy alta
Tendencia	Igualitaria	Dualización social	Dualización social	Dualización social

Fuente: Elaboración propia, a partir de Raquel Gallego; Ricardo Gomá; Joan Subirats: **Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas**, Editorial Tecnos, Madrid, 2003.

A grandes rasgos, el modelo latino-mediterráneo en el que se inserta España se caracteriza por las siguientes peculiaridades:

- 1) Se trata de un sistema dualista de mantenimiento de rentas en el que las prestaciones más elevadas son asignadas a los colectivos sociales con una fuerte relación con el mercado laboral formal, al mismo tiempo que las prestaciones discrecionales o residuales van al resto de la población.
- 2) Presencia de diversidad de programas para grupos específicos, gestionados por el Estado, las Comunidades Autónomas o Regiones y los municipios. La fragmentación institucional es, por tanto, muy alta, lo que, unido a una cierta descentralización, plantea problemas de coordinación multinivel así como la aparición de la discrecionalidad (clientelismo político, administrativo).
- 3) Ausencia de una red pública de seguridad de ingresos; el rasgo más caracterizado es la inexistencia de programas nacionales de asistencia que proporcionen prestaciones a todas las personas que carecen de los recursos suficientes. A pesar de los amplios compromisos constitucionales al respecto, no se ha llegado a establecer una legislación específica sobre el bienestar social y no existen criterios comunes para delimitar un nivel mínimo de subsistencia.
- 4) La asistencia social tiene escasa proyección dentro de la seguridad social, y las subvenciones asistenciales a las personas mayores de 65 años de edad, a las personas con alguna discapacidad, a personas en situación de desempleo, así como las familias necesitadas, etcétera, son las más bajas de la UE. Asimismo, la oferta de recursos con financiación pública tanto residenciales como centros de día o de atención a domicilio, se sitúa por debajo de la media de la UE. Esto significa que la atención a las personas en situación de riesgo de exclusión social se realiza, sobre todo, en el seno de las familias, recayendo sobre todo en las mujeres las tareas de cuidados, etcétera.
- 5) Se trata de un sistema de provisión gratuita, fundamentado en la comprobación de medios al mismo tiempo estricta e informal, al que se dedican pocos recursos, recayendo en la iniciativa comunitaria y/o privada (confesional o no) la intervención.
- 6) Tiene una estructura de relaciones entre administraciones públicas, sector privado y organizaciones voluntarias basada en la dependencia burocrática (subvenciones), con débil coordinación entre los agentes.
- 7) Existen diferencias regionales muy notables, tanto en el volumen como en la calidad de los recursos y servicios, con una evidente desigualdad entre norte/sur, entre centro/periferia, etcétera.
- 8) Pervivencia de amplios mecanismos clientelares en la distribución pública del bienestar, sobre la base de unos aparatos burocráticos en los que predominan criterios patrimoniales más que racionales.

Otras características específicas del caso español son:

- 1) Poco gasto público en servicios sociales, tasa de cobertura y utilización bajas, en comparación con la UE. España cuenta con un volumen de gasto social respecto al PIB y con una capacidad redistributiva de la Seguridad Social que representan el 63% y el 73% respectivamente de la media de la UE. Asimismo, la población cubierta sólo alcanza el 42,8%, y el esfuerzo para luchar contra la pobreza supone

un 71% de la media comunitaria. Los servicios sociales en España, a pesar de la expansión y modernización de las últimas décadas, no han logrado aún ocupar un lugar respetable en el conjunto del sistema de protección social. Por ejemplo, las tasas de cobertura pública a las personas mayores de 65 años de edad se ubican bastante por debajo de la media de la UE (no llega al 2%, frente a la media comunitaria, que es del 7%).

- 2) Insuficiente definición del derecho de los servicios sociales y de las fuentes de financiación. La propia Constitución Española de 1978 no define con claridad el derecho subjetivo a los servicios sociales, y tampoco lo hace la legislación autonómica de acción social. De ahí que, a pesar de la presencia de cuantiosos textos legales referidos a la responsabilidad pública, la participación, la solidaridad, la universalidad, la integración, la globalidad, la coordinación y la igualdad, hay una posición jurídicamente débil y condicionada por parte de la ciudadanía respecto a cuestiones tan elementales como los criterios para asignar plazas en residencias asistidas o para la ayuda domiciliaria. La acción social constituye una materia de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas. Aunque en todos los Estatutos de Autonomía y Leyes específicas de Servicios Sociales se reconoce el derecho a la existencia de un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, universal, participativo, etcétera, apenas hay mecanismos reales y eficientes que hagan posible los principios de integración, transversalidad, responsabilidad, participación, etcétera, que, según las diversas normativas vigentes y aplicables, constituyen los principios básicos de las políticas sociales y sociosanitarias. Además, la financiación de los servicios sociales se realiza a través de aportaciones del Gobierno Central, la Comunidad Autónoma y las Corporaciones Locales, aunque no hay criterios que establezcan qué partida corresponde a cada nivel o ámbito administrativo. La modalidad predominante es la subvención, lo que significa cierta dependencia de las asociaciones y colectivos sociales respecto a las entidades, convirtiendo un instrumento garante de los derechos sociales en una herramienta de poder por parte de las administraciones. Por otro lado, y en el contexto de las críticas (liberales) a las subvenciones, existe una tendencia a pedir contraprestaciones, por lo que un derecho se convierte, en realidad, en un deber.
- 3) Importante peso de las familias en la atención social de personas y grupos sociales potencial o realmente vulnerables (especialmente, personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, enfermos crónicos, personas mayores de 65 años, personas menores de 18 años de edad).

6.6.3. Políticas sociales con las personas mayores de 65 años en España

En España los servicios sociales constituyen un sistema de protección social de reciente implantación, aunque la asistencia y la acción social tienen una cierta tradición histórica, casi siempre asociada a la idea de caridad, beneficencia y mutuo apoyo. El sistema español de políticas públicas y sociales se inserta en el modelo latino-mediterráneo (junto a Grecia, Portugal e Italia), lo que significa que comparte ciertas características con dichos países. Finalmente, se trata de un modelo descentralizado, ya que la acción social es, según la Constitución Española de 1978, una competencia de las Comunidades Autónomas (en adelante, CC.AA.). En ese contexto se desenvuelven las distintas políticas de envejecimiento en España.

Los servicios sociales se enfrentan en la actualidad a una creciente demanda tanto en cantidad como en la naturaleza de los colectivos sociales en situación de riesgo de exclusión social. En el caso de las personas mayores de 65 años de edad, el proceso de envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades emergidas en dicho grupo social constituyen un claro ejemplo de lo aquí afirmado.

Siguiendo la tendencia europea (y, como ya se ha indicado, mundial), la población española está experimentando un proceso irreversible de envejecimiento. Obviamente, este proceso es diferente por Comunidades Autónomas. De este modo, Andalucía, Madrid y Catalunya (por ser las más pobladas) son las que mayor número de personas mayores de 65 años tienen. Aragón, Asturias, Galicia y Castilla y León son las que mayor peso específico presentan de población mayor de 65 años (más del 20%). Canarias se encuentra entre las CC.AA. con menor peso específico de personas mayores de 65 años de edad.

Los servicios sociales de atención a estas personas han aumentado en los últimos años, pero con matices:

- 1) el número de plazas residenciales ha crecido, pero continúa siendo muy baja respecto a la media de la UE.
- 2) Las ofertas residenciales son mayoritariamente privadas (lo que también difiere bastante con la UE).
- 3) Mientras en la UE la media de plazas en residencias es del 5%, en España apenas alcanza a 3,8%.
- 4) La ayuda a domicilio, la teleasistencia y otros recursos son igualmente deficitarios en comparación con la UE.
- 5) Esta realidad es bien diferente según cada Comunidad Autónoma.

Con respecto a los recursos, comenzamos con las plazas residenciales.

TABLA 6.106. ÍNDICE DE COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN RESIDENCIAS

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	RESIDENCIAS POR CADA 100 PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS
CASTILLA Y LEÓN	6,12
NAVARRA	5,32
CASTILLA-LA MANCHA	5,06
LA RIOJA	4,71
MADRID	4,56
ARAGÓN	4,46
CATALUÑA	4,37
ASTURIAS	4,06
CANTABRIA	4,01
PAIS VASCO	3,90
EXTREMADURA	3,68
CANARIAS	2,89
ANDALUCÍA	2,84
BALEARES	2,84
MELILLA	2,72
COMUNIDAD VALENCIANA	2,52
MURCIA	2,25
GALICIA	2,08
CEUTA	1,67
ESPAÑA	3,78

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Elaboración propia.

Las Comunidades Autónomas que están por encima de la media española en el índice de cobertura de personas mayores de 65 años en residencia son, por orden: Castilla y León, Navarra, Castilla-La Mancha, La Rioja, Madrid, Aragón, Cataluña, Asturias, Cantabria y País Vasco. Por debajo de la media están las restantes siete CCAA, incluida Canarias. Si nos fijamos en la titularidad de las residencias tenemos que sólo en Canarias predominan las de tipo público.

TABLA 6.107. PLAZAS RESIDENCIALES DE TITULARIDAD PÚBLICA Y DE TITULARIDAD PRIVADA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y TOTAL

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	% PÚBLICAS	% PRIVADAS
CANARIAS	61	39
MURCIA	40	60
EXTREMADURA	36	64
MADRID	34	66
CASTILLA Y LEÓN	33	67
COMUNIDAD VALENCIANA	33	67
GALICIA	32	68
ASTURIAS	32	68
BALEARES	28	72
PAÍS VASCO	28	72
ANDALUCÍA	26	74
CASTILLA-LA MANCHA	19	81
LA RIOJA	18	82
ARAGÓN	17	83
CATALUÑA	16	84
CANTABRIA	12	88
NAVARRA	8	92
ESPAÑA	26	74

Fuente: IMSERSO. Informe 2000. Elaboración propia.

Con respecto a las Atenciones a Domicilio, Canarias se ubica por debajo de la media. Sobresalen en el índice de cobertura Extremadura, Castilla-La Mancha, Cataluña y Andalucía.

TABLA 6.108. ÍNDICE DE COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (SAD).

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	S.A.D.
EXTREMADURA	7,41
CASTILLA-LA MANCHA	4,87
CATALUÑA	3,87
NAVARRA	3,56
ANDALUCÍA	3,48
CEUTA	3,44
LA RIOJA	3,41
MADRID	3,37
ASTURIAS	3,26
MELILLA	3,15
CASTILLA Y LEÓN	3,12
ARAGÓN	3,07
CANARIAS	2,69
BALEARES	2,09
CANTABRIA	1,92
GALICIA	1,91
PAÍS VASCO	1,77
MURCIA	1,76
COMUNIDAD VALENCIANA	1,67
ESPAÑA	3,14

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Elaboración propia.

En relación a la Teleasistencia, Canarias no sólo está por debajo de la media sino que es la Comunidad Autónoma con menor cobertura. Destacan al respecto Navarra, Madrid, Castilla-La Mancha, Aragón, Castilla y León y País Vasco.

TABLA 6.109. ÍNDICE DE COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON TELEASISTENCIA

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	TELEASISTENCIA
NAVARRA	4,68
MADRID	4,57
CASTILLA-LA MANCHA	3,93
MELILLA	2,97
ARAGÓN	2,66
CASTILLA Y LEÓN	2,54
PAÍS VASCO	2,26
LA RIOJA	1,25
CATALUNA	0,79
ASTURIAS	1,76
CANTABRIA	0,48
BALEARES	1,89
COMUNIDAD VALENCIANA	1,87
MURCIA	1,35
EXTREMADURA	1,34
ANDALUCÍA	1,79
GALICIA	0,67
CANARIAS	0,62
CEUTA	0,43
ESPAÑA	2,05

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Elaboración propia.

Si nos fijamos en los Centros de Día, Canarias vuelve a ocupar las últimas plazas (sólo sobrepasa a Galicia), destacando por encima de la media: Cataluña, Madrid, País Vasco y La Rioja.

TABLA 6.110. ÍNDICE DE COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN CENTROS DE DÍA

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	CENTROS DE DÍA
CATALUNA	0,95
MADRID	0,70
PAÍS VASCO	0,55
LA RIOJA	0,48
EXTREMADURA	0,44
MURCIA	0,42
NAVARRA	0,38
ASTURIAS	0,37
CANTABRIA	0,35
CASTILLA Y LEÓN	0,35
MELILLA	0,34
ARAGÓN	0,34
ANDALUCÍA	0,33
CEUTA	0,30
COMUNIDAD VALENCIANA	0,25
CASTILLA-LA MANCHA	0,24
BALEARES	0,24
CANARIAS	0,23
GALICIA	0,18
ESPAÑA	0,46

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Elaboración propia.

El resultado es que el índice de cobertura a personas mayores de 65 años es más notable en aquellas Comunidades Autónomas donde el peso específico de las personas mayores de 65 años es importante (o se le otorga importancia). Así, se observa mayor cobertura en: Castilla-La Mancha, Navarra, Madrid, Extremadura, Castilla y León, Aragón, Cataluña, La Rioja y Asturias. Canarias está por debajo de la media pero bastante por encima si nos fijamos en el peso demográfico.

Todo esto demuestra diversidad de realidad, diferentes modelos de intervención y desiguales situaciones, explicadas, sobre todo, por la incidencia demográfica y social de las personas mayores de 65 años en cada Comunidad Autónoma, así como las experiencias y recursos disponibles de manera tradicional, sin obviar el interés político hacia dichas personas.

TABLA 6.111. ÍNDICE DE COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	TOTAL
CASTILLA-LA MANCHA	14,09
NAVARRA	13,95
MADRID	13,20
EXTREMADURA	12,87
CASTILLA Y LEÓN	12,13
ARAGÓN	10,54
CATALUÑA	9,98
LA RIOJA	9,86
ASTURIAS	9,44
MELILLA	9,18
PAÍS VASCO	8,48
ANDALUCÍA	8,45
BALEARES	7,06
CANTABRIA	6,77
CANARIAS	6,43
COMUNIDAD VALENCIANA	6,31
CEUTA	5,84
MURCIA	5,79
GALICIA	4,84
ESPAÑA	9,43

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Elaboración propia.

Según el Informe 2004 de Personas Mayores en España realizado por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales se constatan las siguientes situaciones en las diversas Comunidades Autónomas:

- 1) Los sistemas de información sobre servicios sociales todavía tienen un desarrollo incipiente en bastantes CCAA. Se detectan carencias importantes referentes a la tipología de los servicios, sus contenidos, los perfiles de los usuarios, etcétera.
- 2) La desigualdad interautonómica es notable respecto a cuestiones tales como: el grado de implantación y desarrollo, los costes, el soporte normativo y los contenidos que se recogen a propósito del Servicio de Atención Domiciliaria (en adelante, S.A.D.), etcétera. Dicha diversidad se explica no sólo por la naturaleza de cada gobierno sino por su capacidad autonómica, la presencia de redes asociativas, etcétera.

- 3) Con todo, una característica común es la importancia de la iniciativa privada en el sector residencial. Alrededor de un 60% de las plazas residenciales pertenecen al ámbito estrictamente privado.
- 4) Asimismo, se observa que los recursos destinados a personas con demencia presentan un desarrollo escaso, al menos en el sector público. Si bien conceptualmente, los servicios específicos sólo son indicados en episodios muy concretos de estas enfermedades, es necesario su incremento decidido, ya que su necesidad es indiscutible. Por otra parte, la aplicación de programas de intervención dirigidos a personas con demencia y sus cuidadores, supondría un importante avance en la calidad de la atención que se está ofertando actualmente.
- 5) A pesar de la constatación de la escasez y la desigualdad, como características llamativas de la situación actual de los servicios sociales en el Estado español, es obligado también señalar el *notable avance* experimentado en la década de los noventa en este sector: algunos recursos, como los Centros de Día, la teleasistencia, las estancias temporales o los alojamientos alternativos, eran prácticamente inexistentes a finales de los años ochenta; otros, como las residencias y el S.A.D., han conocido avances muy importantes en cuanto a su profesionalización.

Sin embargo, las diferentes Administraciones Autonómicas están potenciando nuevos programas dirigidos a las personas mayores. A continuación, haremos una descripción de los diferentes planes característicos de cada comunidad y que están relacionados de una u otra manera con el fomento del Envejecimiento Activo.

En Galicia, por ejemplo, se está desarrollando el “Plan Gallego para las personas mayores (2001–2006)” cuyo objetivo es que los mayores lleven una vida independiente en su entorno natural, desempeñando un papel activo en su comunidad, garantizando la calidad de todos los programas y servicios, públicos y privados, dirigidos a ellos.

En la mayoría de las CC.AA. se está potenciando que las personas mayores sigan formándose, aprendiendo. Sobre todo, son muchos los programas dirigidos a las nuevas tecnologías y a que los mayores las conozcan y tengan acceso a ellas (Proyecto Omnia, Ayuntamiento de Barcelona; Aula Azul Informática, Comunidad Valenciana, etcétera). Así mismo, también se imparten clases de inglés, manualidades, gimnasia, Tai Chi, concursos literarios, de pintura, coloquios, etc. En definitiva, programas y cursos que fomentan el envejecimiento activo. A este respecto, destaca el programa “Envejecer con dignidad” que se desarrolla en la Diputación Provincial de Soria (Castilla y León) que organiza diferentes actividades como Talleres de memoria, talleres de habilidades sociales, talleres de psicomotricidad, talleres de destrezas manuales, gimnasia de mantenimiento, senderismo, aulas de cultura para mayores,... También, el programa “*Tú también cuentas*” de la Diputación Provincial de Pontevedra que va dirigido a asociaciones de mayores de la provincia. Consta de un total de 26 cursos englobados en las áreas de desenvolvimiento personal e salud, arte y manualidades, cultura tradicional e informática. Los cursos, que tienen una duración máxima de 30 horas cada uno, se realizan durante dos horas un día a la semana. Los objetivos principales que se pretenden son: por un lado posibilitar el acceso de los mayores a las actividades de cada área y por otro potenciar a autonomía de las personas mayores a través de actividades que mejoren sus capacidades físicas y psíquicas, previniendo situaciones

de aislamiento, soledad o escasa socialización, procurando una mejora en la calidad de vida.

Es de destacar que también son muchas las comunidades, incluida Canarias, desarrollan planes que mejoran, rehabilitan y adaptan las viviendas de los mayores y se les asignan una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial y educativo, doméstico y técnico, para proporcionarles la posibilidad de continuar en su entorno natural, mientras esto sea posible y conveniente. Así tenemos, por ejemplo, en Galicia el programa *“Atención en el Hogar”*, en Castilla La Mancha *“Vivienda de Mayores”* y en Castilla y León *“Ayudas económicas destinadas a la realización de adaptaciones funcionales de la vivienda y ayudas técnicas”*, en la Comunidad Valenciana el Programa *‘Menjar a casa’*, en Madrid (*“Lavandería Domiciliaria”*, *“Mejora de las condiciones de habitabilidad”*,...), etcétera.

También, son muchas las Comunidades que no sólo se preocupan por la salud física de las personas mayores, sino también por su salud psíquica y, por lo tanto, desarrollan diferentes medidas como asesoramiento psicológico. (Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Servicios Sociales presta apoyo sobre cuestiones psicológicas que afectan al equilibrio físico, psíquico y social, resolviendo a las personas mayores sus dudas, respecto de sus relaciones personales y sociales, facilitando información sobre los recursos y servicios de atención que puedan necesitar. Sobre el malestar psicológico ayudarán en temas como: problemas derivados de la jubilación, enfermedad o dependencia propia, pérdidas de memoria, soledad, ansiedad, duelo (pérdida de seres queridos), etcétera.

Otra medida destacable es la publicación, por parte de Generalitat de Catalunya, del *“Libro Blanco de las Personas Mayores Activas”* (*“Llibre Blanc de la Gent gran Acti”*), donde se hace un análisis exhaustivo de aspectos tan relevantes como los siguientes, entre otros: el incremento progresivo de la esperanza de vida y sobre todo de la esperanza de una vida libre de incapacidad; la adopción del concepto de persona mayor activo como una idea que refleje la capacidad para lograr el máximo desarrollo personal y social de las personas mayores y como respuesta a la realidad de una persona mayor mayoritariamente activa y autónoma; la relevancia de las aportaciones que las personas mayores hacen a la sociedad y que no sólo tienen un cariz de producción económica o laboral; la existencia de una serie de actividades preventivas que se han demostrado eficaces en la mejora de la salud de las personas mayores.

Otra acción para potenciar el envejecimiento activo es el fomento del voluntariado de mayores. Comunidades Autónomas como la catalana ya lo están desarrollando, así tenemos el programa *“Persones grans, grans persones”*, que tiene el propósito de incorporar a las personas mayores, interesadas en ofrecer una parte de su tiempo y de su experiencia de vida, a proyectos que se realizan en el seno de una asociación de voluntariado.

El intercambio intergeneracional es otro aspecto a tener en cuenta para fomentar el envejecimiento activo, así ya en la Junta de Castilla y León se está desarrollando el *“Programa de intercambio cultural entre personas mayores y jóvenes universitarios”*, que se trata de una iniciativa conjunta de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y la Universidad de Valladolid que ofrece una respuesta efectiva a algunas de las necesidades de las personas mayores y alumnos universitarios de esta Comunidad, mediante acciones de solidaridad social, de intercambio de experiencias,

de participación social y de enriquecimiento humano a través de las relaciones intergeneracionales. Otra medida a tener en cuenta a este respecto, es el de que los mayores faciliten una habitación en su hogar para jóvenes estudiantes universitarios. La Comunidad Valenciana y la catalana, con su programa “*Vive y Convive*”, en Andalucía, Galicia, País Vasco, etc. mediante los programas “*Alojamiento Universitario con Personas Mayores*”, que desarrollan diferentes ayuntamientos, se posibilita esta acción que fomenta la solidaridad, el conocimiento y la ayuda mutua entre dos generaciones.

También son importantes aquellas medidas que previenen la dependencia. A este respecto, es de destacar lo que se está haciendo el Ayuntamiento de Madrid, “*Madrid acompaña*”, que es un servicio que da conocer y acercar los servicios sociales a las personas mayores que viven solas en el municipio de Madrid. Prevenir riesgos de accidentes, enfermedades o muerte sin asistencia adecuada, de las personas mayores solas en el municipio de Madrid. Proporcionar la atención social más indicada para el mantenimiento de las personas mayores en su medio habitual de convivencia en condiciones de seguridad. En relación con esto, en otras comunidades se están creando las “*Oficinas de Atención al Mayor*”.

En definitiva, a pesar del largo recorrido que todavía queda por hacer, de todo lo que hay que mejorar, las diferentes CC.AA. están desarrollando, de una u otra manera, diferentes medidas y políticas para fomentar el envejecimiento activo.

6.6.4. Políticas sociales gerontológicas en Canarias. Planes y programas. Recursos sociales e institucionales

La acción social es, según la Constitución Española de 1978, una competencia de las Comunidades Autónomas. Canarias asumió la gestión de diversos organismos de la Administración Central en un proceso de transferencias que se produjo, en su mayor parte, entre los años 1982 y 1985 (Real Decreto 251/1982, de 15 de enero; Real Decreto 1947/1984, de 26 de septiembre y Real Decreto 1935/1985, de 23 de enero), al tiempo que creó nuevas estructuras, centros y servicios propios o en colaboración con Cabildos Insulares, Ayuntamientos y entes privados configurando así la actual red pública de Servicios Sociales en Canarias. Además de asumir, de manera exclusiva, conforme a su Estatuto de Autonomía (artículo 30.13), las competencias en materia de Servicios Sociales, atribuye las mismas a la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, en virtud del art. 5.1 del Decreto 329/1995, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del propio departamento.

La Comunidad Autónoma de Canarias asume estas competencias y ejerce tanto la gestión de los centros y servicios transferidos desde la Administración Central del Estado como los de nueva creación. Asimismo, Canarias ha ejercido la potestad legislativa y reglamentaria en el sector, generando un importante marco legislativo y normativo, al que debe adaptarse el desarrollo y la gestión de los servicios sociales.

De este modo, a nivel autonómico, y en el ámbito normativo de políticas sociales gerontológicas, podemos destacar la siguiente relación (de mayor antigüedad a la actualidad):

- Real Decreto 3409/1983 de 21 de diciembre, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de Fundaciones Benéficas y Laborales.
- Real Decreto 1947/1984 de 26 de septiembre, sobre ampliación del traspaso de funciones y servicios y adaptación de los medios transferidos en régimen preautonómico a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de Asistencia y Servicios Sociales.
- Real Decreto 1935/1985 de 23 de enero, sobre Traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de Funciones y Servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de la Seguridad Social.
- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
- Ley 1/1993, de 26 de marzo, de creación y regulación de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.
- Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
- Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones.
- Resolución de 13 de diciembre de 1996, por la que se regula la prestación de material ortoprotésico en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 227/1997, de 18 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
- Decreto 100/1998, de 26 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión Tutelar del Mayor legalmente incapacitado.
- Orden de 5 de octubre de 1998, por la que se regula el otorgamiento y utilización del Símbolo Internacional de Accesibilidad.
- Decreto 230/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan los Pisos Tutelados.
- Decreto 231/1998, de 18 de diciembre, por el que se modifican los artículos 2 y 3 del Decreto 100/1998, de 26 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión Tutelar del Mayor legalmente incapacitado.
- Decreto 5/1999, de 21 de enero, que regula la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Decreto 125/1999, de 17 de junio, por la que se crea la Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer.
- Resolución de 28 de enero de 2000, por la que se da publicidad al Protocolo adicional al Convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se determinan las aportaciones económicas de las partes y se incorporan los proyectos seleccionados para la realización de programas del Plan Gerontológico.
- Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno.

- Decreto 148/2001, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 227/1997, de 16 de septiembre, que aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación.
- Resolución de 27 de diciembre de 2001, por la que se da publicidad al Protocolo adicional al Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se determinan las Aportaciones Económicas de las Partes y se incorporan los Proyectos seleccionados para la realización de programas del Plan Gerontológico.
- Resolución de 12 de febrero de 2003, por la que se da publicidad al Protocolo adicional al Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Consejería de Empleo y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se determinan las Aportaciones Económicas de las Partes y se incorporan los Proyectos Seleccionados para la realización de Programas del Plan Gerontológico.
- Orden de 9 de mayo de 2003, por la que se aprueba el Reglamento del Régimen Interno de los Centros de Día dedicados a la Atención Social de Personas Mayores Dependientes de la Consejería Competente en Materia de Asuntos Sociales.
- Orden de 13 de agosto de 2003, por la que se aprueban las Bases, de Vigencia Indefinida, que han de Regir en la Concesión de Subvenciones Concertadas, de carácter Plurianual, en las Áreas de Personas Mayores, con Discapacidad y Lucha contra la Exclusión Social, y se efectúa la Convocatoria para el 2003.
- Orden de 3 de junio de 2004, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Centros de día de atención social a personas mayores cuya titularidad ostente la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Resolución de 23 de diciembre de 2005, de la Secretaría General Técnica por la que se da publicidad al Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Canarias, para la implementación de acciones a favor de las personas en situación de dependencia, mediante proyectos pilotos de atención y tratamiento socioterapéuticos.
- Resolución de 6 de febrero de 2006, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Protocolo anual adicional al Convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Canarias, para la realización de programas del Plan de Acción para las Personas Mayores.
- Orden de 10 de marzo de 2006, por la que se convocan los Premios de Solidaridad con los Mayores correspondientes al bienio 2004-2005.
- Orden de 4 de abril de 2006, por la que se aprueban las bases, de vigencia indefinida, que han de regir en la concesión de subvenciones en las áreas de personas mayores, con discapacidad, voluntariado y promoción de la inclusión social, y se efectúa la convocatoria para 2006.

- Orden de 14 de junio de 2006, por la que se aprueban las bases que han de regir en la concesión de ayudas destinadas al cuidado de personas mayores dependientes en su propio hogar, y se efectúa la convocatoria para el año 2006.
- Orden de 23 de junio de 2006, por la que se corrige la Orden de 14 de junio de 2006, que aprueba las bases que han de regir en la concesión de ayudas destinadas al cuidado de personas mayores dependientes en su propio hogar y se efectúa la convocatoria para el 2006.
- Resolución de 14 de febrero de 2007, de la Secretaría General Técnica por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Comunidad Autónoma de Canarias para la realización de programas y/o proyectos cofinanciados del Plan de Acción a favor de las Personas en Situación de Dependencia.
- Resolución de 13 de marzo de 2007, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Protocolo Anual Adicional al Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se determinan las aportaciones económicas de las partes y se incorporan los proyectos seleccionados para la realización de programas del Plan de Acción para las Personas Mayores.

En cuanto a los principios inspiradores del sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Autónoma hay que destacar:

- El principio de responsabilidad pública, a través del cual se garantiza a la población canaria la prestación de servicios sociales.
- El principio de universalidad, que garantiza el derecho de todos los ciudadanos, sin ningún tipo de discriminación, a recibir las prestaciones sociales necesarias.
- El principio de normalización, de acuerdo con el cual los beneficiarios y usuarios de los servicios sociales deberán mantener un régimen de vida tan común como sea posible.
- El principio de integración, mediante el cual los servicios sociales deben tender al mantenimiento de los ciudadanos en su entorno social, familiar y cultural, procurando su reinserción y evitando el desarraigo.
- El principio de descentralización, por el cual se produce el desplazamiento de competencias y gestión de los servicios hacia los órganos e instituciones más próximos al ciudadano, de tal forma que sean los cabildos y los ayuntamientos o mancomunidades los principales gestores.
- La idea de la cooperación de las entidades territoriales públicas se amplía por el principio de participación con las entidades privadas sin ánimo de lucro, el voluntariado y los ciudadanos.

En cuanto a los Planes y Programas que a nivel autonómico se están ejecutando podemos destacar los siguientes:

A) Centros residenciales de atención social

Se trata de aquellos espacios destinados a ser el lugar de convivencia, así como servir de alojamiento temporal o permanente para los usuarios que pueden desenvolverse sin asistencia para el desarrollo de las actividades más comunes de la vida diaria. En dichos centros, los beneficiarios contarán con servicios de atención personal y de

promoción e inserción social. Los mismos serán organizados alrededor de unidades de convivencia, permitiendo a los usuarios disponer de las actividades básicas y complementarias de la vida diaria, dentro de la forma de funcionamiento de un Centro, con supervisión por parte del personal especializado del recurso.

La Entidad Responsable de su puesta en práctica es la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.

B) III Plan Canario de Prevención de los Efectos de las Elevadas Temperaturas (Olas de calor)

Se trata de un sistema ejecutado por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que busca evitar el peligro que el calor intenso puede generar en los colectivos más vulnerables de la población, tales como pueden ser los ancianos, los niños y las personas con patologías crónicas.

C) Pisos Tutelados

Desarrollado por la Dirección General de Servicios Sociales perteneciente a la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, es un programa mediante el que se presta alojamiento a personas mayores en pisos con algunos servicios comunes, y donde existe supervisión.

D) Peritia et Doctrina

La Entidad responsable de su puesta en práctica es la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, quien ofrece una alternativa de formación al colectivo de mayores, como forma de protección social, así como una manera de acercar la Universidad a la realidad social. El objetivo que se persigue es la atención social solidaria, al igual que aumentar el nivel cultural de la población mayor de las tres islas donde este Proyecto se lleva a cabo, esto es, Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote.

E) Programa para Mayores – Universidad de La Laguna

De forma semejante al anterior, lo ejecuta la Universidad de La Laguna, quien cada curso académico organiza el Programa para Mayores, como una forma de reducir los efectos que los déficits educativos generan entre la población de los mayores en la sociedad canaria. De igual modo, se busca dar respuesta a las inquietudes culturales e intelectuales de aquellas personas de mayor edad, que en su momento no pudieron acceder a la formación universitaria. El alumnado matriculado en este Programa puede emplear los diferentes recursos y espacios universitarios como otros alumnos de la propia Universidad.

F) Calificación de espacio accesible. Símbolo de accesibilidad

Se realiza a través de los Puntos de información de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Su finalidad es señalar los espacios que cumplen con la Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación, mediante la concesión e instalación de un símbolo de accesibilidad.

Espacios accesibles serían aquéllos cuyas condiciones hacen posible su empleo por parte de cualquier persona de un modo autónomo, con independencia de que ésta tenga limitada alguna capacidad.

G) Centros de estancia diurna

Este programa es llevado a la práctica por la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. En estos Centros se ofrece atención integral durante el día a las personas mayores que padezcan carencias, tanto a nivel psicofísico como social, al objeto de mejorar o mantener su nivel de autonomía mientras la persona pueda permanecer en su entorno y ambiente familiar.

H) Centros de día de atención social

Son aquellos Centros que ofrecen servicios de promoción e inserción social y, en ocasiones, servicios de atención personal. Actúan desde el ámbito de los Servicios Comunitarios impulsados por la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Su objetivo es la puesta en práctica de actividades tendentes al fomento de la participación personal y de grupo, así como de la integración de las personas mayores en el medio social al que pertenecen.

I) Centros de Servicios Sociales – Gobierno de Canarias

El responsable de su puesta en práctica es la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Tienen por objeto ofrecer información, orientación y asesoramiento a los ciudadanos, en base a los derechos y recursos sociales que les amparan. Igualmente se recoge en los mismos información para posteriormente poder desarrollar acciones de planificación; además, de aclarar la procedencia, en su caso, de las prestaciones aplicables en materia de Servicios Sociales. A parte, en estos se Centro se pone en marcha la ayuda a domicilio, cuestiones relativas a alojamiento y convivencia, prevención e inserción social, emergencia social, cooperación y fomento de la solidaridad.

J) Centros de Valoración y Orientación para personas con discapacidad

Son Centros de atención primaria ejecutados por la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Están constituidos por equipos multiprofesionales que valoran y orientan a los usuarios, con la finalidad de que puedan acceder a prestaciones sociales y económicas relacionadas con su discapacidad.

Los usuarios deben cumplir como requisitos el residir legalmente en el territorio español y presentar limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales para la puesta en práctica de las actividades de la vida diaria.

K) Centros residenciales de atención sociosanitaria

Se trata de Centros residenciales donde los usuarios reciben una asistencia sustitutiva a la del hogar, de forma temporal o permanente, buscándose en todo momento la normalización de las propias condiciones de éstos, así como, cuando procede, su promoción e inserción social.

La atención sociosanitaria en estos Centros en Canarias se basa en: asistencia sanitaria de baja complejidad técnica; tratamientos preventivos o rehabilitadores permanentes; control y seguimiento médico periódico; cuidados de enfermería continuados; apoyo y asistencia técnica a las familias de las personas atendidas, cuando sea necesario; y por último, adaptación y dotación de equipamientos especiales en el domicilio.

L) Comisión tutelar del mayor

Pertenece a la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, tiene por finalidad el ejercer la protección y guarda de la persona o bienes de los mayores incapacitados, cuando la Tutela le sea asignada por sentencia judicial firme a la Administración Autónoma.

M) Servicio de ayuda a domicilio – Gobierno de Canarias

Se trata de una competencia de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Tiene como finalidad lograr la autonomía personal del individuo o familia, así como que puedan permanecer en su entorno habitual, evitando situaciones de desarraigo y desintegración social.

N) Pensión No Contributiva (por jubilación)

Consiste en una prestación económica destinada a favorecer a aquellas personas mayores que acrediten insuficiencia de recursos, así como residan en territorio español.

La Entidad responsable de su ejecución es la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.

O) Ayudas para el 2006, destinadas al cuidado de personas mayores dependientes en su propio hogar

Desde la Dirección General de Servicios Sociales se busca fomentar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual, evitando el desarraigo. Podrán ser beneficiarios:

- Las personas mayores dependientes que formen parte de una unidad de convivencia, y/o la persona mayor de edad que sea cuidadora de ésta y forme parte de la misma unidad de convivencia.
- La persona mayor que reside sola o con otras personas que no forman parte de su unidad de convivencia, recibiendo la atención de una persona cuidadora.

P) Plan General de Servicios Sociales. Sección Mayores

Ejecutado por la Viceconsejería de Asuntos Sociales, busca mejorar las condiciones de las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Canarias, fomentando el bienestar social de la vejez, tratando de normalizar y proveer las condiciones necesarias para conservar sus facultades físicas y psíquicas, al igual que su integración social.

Entre los Planes elaborados a nivel nacional en el campo de mayores destacar el Plan Gerontológico que fue elaborado entre los años 1988-1991, con elevada participación técnica y científica, así como consenso social y político. Este Plan constituyó la primera respuesta global e integral de política social dirigida a las personas de avanzada edad. Finalmente el Plan se puso en marcha en el año 1992. El mismo fue estructurado en cinco áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio y Participación. En cada una de estas áreas se establecían varias líneas de actuación, donde cada una de ellas desarrollaba una serie de

objetivos, para cuya consecución, a su vez se mencionaban un conjunto de medidas considerados fundamentales.

La evolución del Plan fue positivo en todo momento, tal y como se desprende del “Informe de Valoración del Plan Gerontológico, 1992-1997”, el cual fue realizado y publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO en el año 1999. Las propuestas reflejadas en las diferentes áreas antes mencionadas tuvieron una importante aceptación social, así como ejecución, aunque también han sido destacados sus notables déficits.

Actualmente está siendo puesto en marcha por parte del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), el Plan de Acción para las Personas Mayores, entre los años 2003 y 2007. Dicho Plan en un inicio buscaba actualizar el Plan Gerontológico que a nivel nacional comenzó a implementarse en el año 1992 y cuyo horizonte estaba en el 2000. A parte de esto, también hacía necesario la aparición de este nuevo Plan, el traspaso que se había producido de competencias desde la Administración General del Estado a la Comunidades Autónomas, en materia como Servicios Sociales, Sanidad y Educación. Igualmente se tuvieron en cuenta las situaciones nuevas que estaba siendo producidas (envejecimiento de la población), los nuevos retos en el sector de las personas mayores y las directrices que emanaron de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en abril del año 2002.

Este Plan fue trabajado por una Comisión de Expertos designada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la cual contó con el asesoramiento de representantes de las Administraciones Públicas, de expertos en Gerontología, de Sociedades Científicas, del Consejo Estatal de Personas Mayores, y de Asociaciones y de Federaciones de Personas Mayores.

El mencionado Plan fue aprobado por el Consejo de Ministros con fecha 29/08/2003.

Las **áreas y los objetivos** que persigue este Plan son:

- Área I: Igualdad de Oportunidades.

- 1) Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del “Envejecimiento activo”.
- 2) Avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia.

- Área II: Cooperación:

- 1) Establecer mecanismos o instrumentos estables y permanentes de cooperación interadministrativa y mejorar los existentes para el logro de objetivos que exigen una actuación conjunta.
- 2) Impulsar mecanismos de cooperación y de participación con la sociedad civil.
- 3) Desarrollar mecanismos eficaces de cooperación internacional a favor de las personas mayores.

- Área III: Formación especializada:

- 1) Impulsar la formación y cualificación de profesionales.

2) Desarrollar Programas de acciones formativas dirigidas a la mejor capacitación de los cuidadores no formales.

- Área IV: Información e investigación:

- 1) Garantizar a los diferentes sectores de la sociedad el acceso a una información adecuada sobre las personas mayores, desde una perspectiva integral.
- 2) Garantizar a las entidades públicas y privadas interesadas, a través del Observatorio de Personas Mayores, una información suficiente, validada y comparable sobre diversos aspectos relacionados con dicho sector de población.
- 3) Impulsar la investigación gerontológica interdisciplinar y el intercambio de experiencias en esta materia, a nivel estatal e internacional.

Cada una de estas líneas generales apuntadas se define en una serie de estrategias, así como medidas, determinándose quienes son las Entidades responsables de su puesta en práctica.

El Plan se define en base a una serie de Principios Básicos: Dignidad, Independencia, Autorrealización, Participación, Cuidados Asistenciales y Cooperación. Los cinco primeros, están relacionados de forma directa con los destinatarios del Plan, esto es, las personas mayores, mientras que el último (Cooperación) está más relacionado con las estrategias del Plan, legitimando la propia razón de ser del mismo. De este modo, se considera que la colaboración, la corresponsabilidad y la coordinación de los diferentes niveles de las Administraciones Públicas serán fundamentales para el logro de los objetivos propuestos. A parte de la iniciativa pública, se debe contar con el apoyo de las asociaciones de personas mayores, al igual que las organizaciones políticas, empresariales, sindicales y ciudadanas.

De cara a la mayor eficacia en la consecución de los objetivos propuestos, el Plan recoge la importancia de la evaluación, con la finalidad de poder valorar la idoneidad del diseño establecido, conocer el grado de cumplimiento y ejecución de éste, llevar a cabo las modificaciones pertinentes a lo largo de la puesta en práctica del Plan y valorar los resultados del mismo (grado de cumplimiento de los objetivos y calidad de las intervenciones llevadas a cabo).

Como otros **recursos sociales e institucionales** podemos destacar algunos Programas específicos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (a partir de ahora IMSERSO). Éstos son:

- Programa de Vacaciones para Mayores: Al mismo tiempo que facilitar la incorporación del colectivo de los mayores a las corrientes turísticas, se busca el mantenimiento del empleo en el sector del turismo, tratando de evitar las consecuencias que el fenómeno de la estacionalidad produce en este sector de la economía española.
- Programa de Termalismo Social: Se dirige a aquellos sectores de mayores a los que por prescripción médica se les ha orientado a tratamientos en Balnearios. Las personas de mayor edad acceden a un precio más reducido.
- Teleasistencia domiciliaria: Se trata de un sistema que mediante la línea telefónica y un servicio de equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite tanto a

personas mayores como con discapacidad, comunicar desde cualquier espacio de su vivienda y durante las 24 horas del día con un Centro, donde es atendido por profesionales cualificados.

- Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (a partir de ahora CEAPAT): Este recurso dependiente del IMSERSO tiene editado un Catálogo de Ayudas Técnicas (base de datos con información sobre ayudas técnicas con distribución en España) y un Catálogo de Ayudas Técnicas elaboradas por usuarios (base de datos con información sobre adaptaciones y ayudas técnicas elaboradas o ideadas por usuarios, donde la propia persona puede introducir sus propuestas, así como comprar o vender). Este Centro busca la mejora de la calidad de vida de la población de mayor edad y de las personas con discapacidad, mediante la accesibilidad universal, el diseño para todos y la tecnología centrada en el apoyo. El CEAPAT forma parte de la Red Europea de Información en Tecnologías de Apoyo. Dicha Red constituye una herramienta de búsqueda de información en los catálogos de ayudas técnicas de varios países europeos.
- Subvenciones sometidas al régimen general de subvenciones del IMSERSO: El Boletín Oficial del Estado de fecha 14 de abril de 2007, publica la Orden TAS/980/2007, de 2 de abril, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones sometidas al régimen general de subvenciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

El objeto de estas subvenciones será la realización de actuaciones sociales dirigidas a favorecer y apoyar el movimiento asociativo y fundacional de las personas mayores, favorecer las actuaciones de protección las personas en situación de discapacidad/dependencia y aquellas otras que en definitiva se dirijan al fortalecimiento del Tercer Sector de acción social.

Las correspondientes convocatorias se realizarán próximamente en régimen de concurrencia competitiva, y de conformidad con lo establecido en el artículo 22.1 de la Ley 38/2003, de 17 de Noviembre, General de Subvenciones y por Resoluciones de la Dirección General del IMSERSO.

6.6.5. Sistema de protección

6.6.5.1. Salud

Se considera que las personas mayores presentan dos tipos de necesidades: de ámbito sanitario y de orden social. Ambos problemas son interdependientes y exigen de una concienzuda coordinación que ya el Plan General de Servicios Sociales de Canarias⁵¹ adelantaba y planteaba como una prioridad fundamental (“(...), sólo con la adecuada integración de todos los recursos sanitarios y sociales, se puede conseguir una asistencia geriátrica eficaz”).

Tal y como valoró el Plan General de Servicios Sociales de Canarias en el año 1998, era el nivel primario de la atención sanitaria quien suponía el grueso de la asistencia a las personas mayores en la comunidad, tanto a nivel de prevención como de asistencia, en colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios. Así, en esa fecha,

⁵¹ Viceconsejería de Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias. 1998.

sólo el 16.6% de los Centros de Salud de Canarias contaban con un Programa Específico de atención a las personas mayores, siendo esa proporción algo más mayor en Gran Canaria y Lanzarote (40% y 20%, respectivamente).

En 1998 sólo el 56% de los Centros de Salud tenían constancia del Censo de la población mayor de 65 años correspondiente a su zona de salud. Esta dificultad, según el Plan, se ve ampliado al no siempre coincidir las zonas de salud con las propias limitaciones municipales.

Según la Organización Mundial de la Salud las personas mayores de alto riesgo son aquellas que se encuentran dentro de alguna de las siguientes situaciones:

- Tener más de 80 años.
- Vivir solo.
- Viudedad reciente.
- Cónyuge mayor o enfermo.
- Alta reciente de Hospital.
- Pensiones más bajas.

Para esta población se hace fundamental el papel desempeñado por la atención primaria, tanto a nivel social como sanitario, y consistente en la detección, valoración e intervención precoz ante estas situaciones de riesgo. Según recoge el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en el año 1998 aproximadamente la mitad de los Centros de Salud de las Islas llevaban a cabo este tipo de tareas a nivel primario, pudiéndose comprobar una buena relación coste-efectividad.

En cuanto a la asistencia especializada, el Plan General distingue entre:

- Una persona mayor de 65 años enferma que no tiene por qué presentar problemas de manejo en Atención Primaria.
- Una persona mayor de 75 años, con pluripatología, cuya evolución tiende a la incapacidad, deterioro mental, así como cuenta con problemas familiares o sociales añadidos. Se trata del denominado *paciente geriátrico* que desborda las posibilidades reales de atención a domicilio.

Estos últimos pacientes cuando son atendidos en unidades específicas de geriatría, suponen una reducción de la mortalidad, menor estancia hospitalaria, mejoría de la situación funcional al alta en seis meses, disminución de los ingresos hospitalarios, menor prescripción de medicamentos y ahorro de costes sanitarios. No obstante, la implementación y el desarrollo de estas unidades específicas de geriatría es muy lenta, tal y como recoge el Plan en el año 1998 y se puede seguir observando en la actualidad. No obstante, se hace necesario seguir luchando por ellas, pues si el objetivo que persigue la geriatría es prevenir, evitar o reducir al mínimo la cronicidad y devolver a la persona mayor cuanto antes a su entorno (objetivo este último que establece como fundamental las Políticas Sociales europeas), disponiendo de unas adecuadas unidades específicas de geriatría, las llamadas "*camas para crónicos*" se reducirían.

Según el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en el año 1998 en la Comunidad Autónoma el número de camas de Geriatría estaba por encima del ratio ideal, establecido en 10 camas por cada 1.000 personas mayores de 65 años. No

obstante, tanto en esa fecha como a nivel actual se puede comprobar que muchas de las camas cuantificadas no tienen estrictamente funciones geriátricas, sino residenciales, al tratarse de casos que no reciben una atención inmediata y ágil, sino que se perpetúan ante la carencia de plazas residenciales en las islas.

En 1998 el 42,9% de las camas hospitalarias son propias de los Cabildos Insulares, mientras que el 33% corresponde al sector privado.

En este período analizado, el Plan General de Servicios Sociales de Canarias también reflejaba la necesidad de que tanto en los Servicios de Atención Residencial, como en los Centros de Día, las personas mayores debían recibir asistencia, en lo que a temas de salud a nivel primario se refiere. En 1998 aproximadamente la mitad de los Centros contaba con este tipo de asistencia, de manera informal, sin contar con un protocolo al respecto.

El Plan General de Servicios Sociales de Canarias refleja como conclusión en lo que se refiere a la asistencia sanitaria de las personas mayores en Canarias, una serie de consignas que pueden seguir siendo aplicadas a fecha actual:

- * En Canarias existen suficientes camas hospitalarias dedicadas a la geriatría y es necesario ordenar su uso.
- * Las necesidades más fuertes se sitúan en el denominado espacio sociosanitario, concretamente en los centros de día geriátricos, ya que de los 35 que debería haber en el Archipiélago, contamos con dos, uno en Gran Canaria y otro en Lanzarote.
- * Existen importantes carencias en cuanto a estructuras rehabilitadores e integradoras y de devolución a la comunidad del paciente, como son las de camas de media estancia y hospitalización de día.
- * Existe un déficit personal de enfermería y de fisioterapia.
- * Debilidad en la coordinación entre atención primaria y Servicios Sociales.
- * Las camas hospitalarias geriátricas existentes, precisan de importantes mejoras tecnológicas; reordenación de plantillas en el sentido de reforzar los servicios de enfermería y fisioterapia, y proporcionar una mejor conexión y coordinación con los Servicios Sociales y con el Sistema de Atención Primaria de Salud.

6.6.5.2. Pensiones Contributivas

Se trata de aquellas prestaciones económicas y de una duración generalmente indefinida, cuya concesión suele venir asociada a una relación anterior con la Seguridad Social, debiendo la persona acreditar un período mínimo de cotización. No obstante, la persona debe cumplir con una serie de demás requisitos.

Como **Pensiones Contributivas** podemos destacar:

- A) Por jubilación: Jubilación ordinaria, jubilación anticipada por tener la condición de mutualista, jubilación anticipada sin tener la condición de mutualista, jubilación anticipada por reducción de la edad mínima debido a la realización de actividades penosas, tóxicas e insalubres, jubilación anticipada de trabajadores discapacitados, jubilación parcial, jubilación flexible y jubilación especial a los 64 años.

B) Por incapacidad permanente: Pudiendo ser total, absoluta y gran invalidez.

C) Por fallecimiento: Viudedad, orfandad y a favor de familiares.

6.6.5.3. Pensiones No Contributivas

Se trata de prestaciones que son concedidas a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situaciones de necesidad, carecen de recursos suficientes como para poder subsistir, no habiendo cotizado a la Seguridad Social nunca o el tiempo requerido para poder alcanzar las Pensiones Contributivas.

La gestión de las Pensiones No Contributivas corresponde a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y a las Direcciones Provinciales del IMSERSO en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Las Pensiones No Contributivas se rigen por la siguiente normativa:

* Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE del 29 de junio).

* Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla en materia de pensiones no contributivas la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas (BOE del 21 de marzo).

* Real Decreto 118/1998, de 30 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, en cuanto a comprobación de los requisitos para el derecho a Pensión No Contributiva del Sistema de la Seguridad Social (BOE del 18 de febrero).

* Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, en el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

En base a lo dispuesto en la disposición adicional decimosexta de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desde el día 1 de enero de 2007, de la cuantía de la pensión íntegra calculada en cómputo anual se reducirán las rentas e ingresos del pensionista que excedan del 25% del total de la Pensión. De igual modo, la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 y el Real Decreto 1578/2006, de 22 de diciembre, sobre revalorización de las Pensiones del Sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones sociales públicas para el ejercicio 2007, establece el alza de las Pensiones de la Seguridad Social tanto en la modalidad contributiva como no contributiva, al igual que otras prestaciones.

Las cuantías de las P.N.C. para el año 2007 se establecen en las siguientes cantidades:

* Íntegra: 4.374,02€ anuales, 312,43€ mensuales.

* Mínima 25%: 1.093,51€ anuales, 78,11€ mensuales.

Cuando en una misma unidad familiar conviva más de un beneficiario de P.N.C., la cuantía máxima anual conjunta sería:

- * Dos beneficiarios: 7435,83€ anuales, 531,14€ mensuales.
- * Tres beneficiarios: 10497,64€ anuales, 749,83€ mensuales.

La cuantía de las pensiones vista se fraccionará en catorce pagas correspondientes a cada uno de los meses del año, así como dos pagas extraordinarias.

El procedimiento para la obtención de la P.N.C. se puede realizar durante todo el año, presentando el modelo oficial debidamente cumplimentado, junto al resto de la documentación solicitada en los siguientes lugares:

- Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cuales sean designados por parte de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
- Registros de cualquier órgano de la Administración Autónoma Canaria o de la Administración del Estado.
- Registro de los Cabildos Insulares.
- Registro de los Ayuntamientos, si se han adherido al Convenio Marco de Intercomunicación Registral.
- Oficinas de Correos.
- Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España.

Al objeto de asegurar un correcto uso de los recursos públicos, aquellas personas que accedan a una P.N.C., están obligadas a:

- * Comunicar al Organismo que gestiona su Pensión todo cambio que se produzca a nivel de convivencia, estado civil, residencia, recursos económicos propios o de la unidad familiar,..., así como todo aquello que pueda incidir en el derecho o la cuantía de la Pensión.
- * Presentar anualmente la Declaración de la Renta o ingresos, al igual que los de los restantes miembros de la unidad familiar.

En base a estos datos y los disponibles por parte de la Administración competente, se regularizan las cantidades percibidas en el año 2006, al igual que se establece la cantidad a recibir en el 2007, si de la revisión se desprendiera la necesidad de efectuar cambios en este importe. En el caso que se comprobara que los importes recibidos se debieran al incumplimiento de las mencionadas obligaciones, el pensionista debe devolver las cantidades percibidas. Por otro lado, las Administraciones Públicas deben articular los mecanismos oportunos para evitar cualquier uso indebido de las Prestaciones percibidas.

Destacar la existencia del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, recurso en el que son inscritas todas las Pensiones Públicas, incluidas las P.N.C. Permite llevar a cabo un seguimiento y control constante del derecho a las prestaciones y sus percepciones.

Dentro de la modalidad de Pensiones No Contributivas podemos encontrar:

- A) Por Jubilación: Su objetivo es asegurar a todos los ciudadanos que habiendo alcanzado la jubilación y requiriendo una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, no puedan debido a que no han cotizado o no lo han hecho durante el tiempo suficiente como para tener derecho a una Pensión Contributiva. La finalidad es que las personas mencionadas puedan subsistir en el territorio español.

Para ser beneficiarios de esta Pensión se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano español o nacional de otro país, con residencia legal en España.
- Carecer de ingresos suficientes: Esto se justifica en aquellos casos en que las rentas o ingresos de los que se dispongan, en cómputo anual para el año 2007, sean inferiores a 4374,02€. No obstante, estas cantidades varían cuando se convive con familiares del siguiente modo:
 - * Convivencia sólo con su cónyuge y/o parientes consanguíneos de segundo grado (dos convivientes: 7435.83€ al año; tres convivientes: 10497,64€ al año; cuatro convivientes: 13559,45€ al año;...).
 - * Convivencia con parientes consanguíneos entre los que se encuentra alguno de los padres o hijos (dos convivientes: 18589.58€ al año; tres convivientes: 26244.10€ al año; cuatro convivientes: 33898.63€ al año;...).
- Tener 65 o más años.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante un período de diez años, debiendo estar situados entre el cumplimiento de los dieciséis años y la fecha de devengo de la Pensión, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

Esta modalidad de Pensión es incompatible con la P.N.C. de Invalidez, con las Pensiones Asistenciales (a partir de ahora P.A.S.) y con los Subsidios de Garantías de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (a partir de ahora LISMI), así como con la condición de causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo con Discapacidad.

El derecho a la P.N.C. de Jubilación concluye cuando se deja de reunir alguno de los requisitos en este texto mencionados.

- B) Por Invalidez: Esta Pensión asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios.

La Ley 8/2005, de 6 de junio, permite compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el desarrollo de empleo remunerado, siempre que las personas ya se encontrasen cobrando tal pensión al inicio de la actividad laboral. No obstante, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, la suma de la cuantía de la Pensión y de los ingresos obtenidos por el desarrollo del empleo no podrán ser superiores en cómputo anual, al importe, en cómputo anual, del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (a partir de este momento,

IPREM) vigente. En caso de que la cuantía sea superior, se reducirá el importe de la Pensión.

Para ser beneficiarios de esta Pensión se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano español o nacional de otro país, con residencia legal en España.
- Carecer de ingresos suficientes: Esto se justifica en aquellos casos en que las rentas o ingresos de los que se dispongan, en cómputo anual para el año 2007, sean inferiores a 4374,02€. No obstante, estas cantidades varían cuando se convive con familiares del siguiente modo:
 - * Convivencia sólo con su cónyuge y/o parientes consanguíneos de segundo grado (dos convivientes: 7435,83€ al año; tres convivientes: 10497,64€ al año; cuatro convivientes: 13559,45€ al año;...).
 - * Convivencia con parientes consanguíneos entre los que se encuentra alguno de los padres o hijos (dos convivientes: 18589,58€ al año; tres convivientes: 26244,10€ al año; cuatro convivientes: 33898,63€ al año;...).
- Tener entre 18 y 65 años.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Tener reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

Esta modalidad de Pensión es incompatible con la P.N.C. de Jubilación, con las Pensiones Asistenciales (a partir de ahora P.A.S.) y con los Subsidios de Garantías de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (a partir de ahora LISMI), así como con la condición de causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo con Discapacidad.

Los Pensionistas de P.N.C. de Invalidez cuyo grado de minusvalía sea igual o superior al 75%, y justifiquen la necesidad de otra persona para realizar los actos esenciales de su vida, podrán percibir además de la Pensión un complemento del 50%.

Según refleja el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, a enero de 1998, el 45% de los beneficiarios de las P.N.C. en sus dos modalidades (por jubilación y por invalidez) en Canarias, eran personas mayores de 65 años (un total de 15411 personas).

6.6.5.4. Pensiones del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI)

El S.O.V.I es un sistema residual que se usa con aquellos trabajadores y sus derechohabientes que, reuniendo los requisitos exigidos en el extinguido régimen, no tienen derecho a pensión en el actual Sistema de la Seguridad Social, con excepción de las Pensiones de Viudedad. En cuanto a este último aspecto, destacar la Ley 9/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las Pensiones del S.O.V.I. con las pensiones de viudedad.

Dentro de la acción protectora del SOVI, se incluyen las pensiones de:

A) Vejez:

Los requisitos que se exigen son:

- Tener cumplidos los 65 años o 60 en el caso de que se sufra de una incapacidad, la cual debe ser total y permanente para el ejercicio de la profesión habitual y no derivada de un accidente de tráfico o enfermedad profesional.
- No tener derecho a ninguna otra Pensión relativa a los Regímenes que integran la Seguridad Social, o a sectores laborales pendiente de formar parte de los mismos, con excepción de la Pensión de Viudedad.
- Haber formado parte del Régimen del Retiro Obrero o tener cubiertos 1800 días de cotización al Régimen del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (S.O.V.I.), antes del día 01/01/1967.

Se trata de una Pensión imprescriptible, vitalicia y de cuantía fija. Si no concurre con otras Pensiones⁵², el importe está constituido por la Pensión Básica (a partir del 01/01/2007 338.84€ mensuales), más las mejoras. En el caso que concorra, el importe está constituido por la Pensión Básica más la mejora del año 1979 (6.85€ mensuales).

No obstante, cuando la suma de todas las Pensiones concurrentes, más la Pensión S.O.V.I., sea inferior a la cuantía fija de ésta calculada en el cómputo anual, la Pensión S.O.V.I. será revalorizada. Si la concurrencia se produce con la Pensión de Viudedad, la suma de las Pensiones no puede ser superior al doble de la Pensión mínima de viudedad correspondiente. De superarse este límite, se reducirá la cantidad de la Pensión S.O.V.I. en el importe necesario.

La Pensión se recibe en catorce mensualidades. Es incompatible con la realización de trabajo remunerado o actividades que supongan la inclusión del pensionista en el Régimen de la Seguridad Social. Igualmente con otras Pensiones S.O.V.I., con Pensiones reconocidas conforme a la normativa del Régimen General o Especiales de la Seguridad Social (excepto la Pensión de Viudedad o la Pensión concedida al amparo de la antigua normativa de accidentes de trabajo), con Pensiones de trabajadores de sectores laborales pendientes de integración en el Régimen General de Seguridad Social. Por último destacar la incompatibilidad de las Pensiones de Clases Pasivas causadas por un mismo sujeto con posterioridad al 02/05/1991, fecha de entrada en vigor del Real Decreto 691/1991, de 12 de abril, que establece el cómputo recíproco de cuotas entre regímenes de Seguridad Social (excepto la Pensión de Viudedad).

La documentación que se precisa para la solicitud de este tipo de Pensiones es Documento Nacional de Identidad del solicitante y del cónyuge y familiares mayores

⁵² No se consideran Pensiones concurrentes las reconocidas al amparo de la Ley 3/2005, de 18 de marzo, a los ciudadanos de origen español desplazados al extranjero, durante su minoría de edad, como consecuencia de la Guerra Civil; ni las recibidas por mutilados útiles o incapacitados de primer grado por causa de la pasada guerra. Tampoco son consideradas como tales las Pensiones extraordinarias derivadas de actos de terrorismo, ni el subsidio de ayuda por terceras personas.

de 14 años, que convivan con el solicitante y a su cargo; Tarjeta de Identificación Fiscal del solicitante; si el solicitante está casado, Libro de Familia o Certificado de matrimonio. Dicha documentación debe ser presentada en cualquiera de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social.

B) Invalidez:

Los requisitos que se exigen para su solicitud son:

- Que la invalidez sea absoluta y permanente para el desarrollo de la profesión habitual y sea la causante del cese del trabajo.
- Que no sea por causa imputable al trabajador o derivada de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que pueda percibir indemnización.
- Acreditar 1800 días de cotización al antiguo Régimen antes del 01/01/1967.
- No tener derecho a ninguna otra Pensión a cargo de los Regímenes que integran el Sistema de la Seguridad Social o a sectores laborales pendientes de integración en el mismo, con excepción de las Pensiones de Viudedad.
- Tener 50 años cumplidos o 30, cuando la invalidez está constituida por la pérdida total de movimientos en las extremidades superiores o inferiores, o pérdida total de visión, o enajenación mental incurable.

Se trata de una Pensión imprescriptible, vitalicia y de cuantía fija. Si no concurre con otras Pensiones, el importe está constituido por la Pensión Básica (a partir del 01/01/2007 338.84€ mensuales), más las mejoras.

Si la concurrencia se produce con la Pensión de Viudedad, la suma de las Pensiones no puede ser superior al doble de la Pensión mínima de viudedad correspondiente. De superarse este límite, se reducirá la cantidad de la Pensión S.O.V.I. en el importe necesario.

La Pensión se recibe en catorce mensualidades. Los efectos económicos surgen una vez se produce el hecho causante y se empieza a hacer efectivo desde el día primero del mes siguiente a aquél en que se produzca la solicitud.

La documentación que se precisa para la solicitud de este tipo de Pensiones es Documento Nacional de Identidad del solicitante y del cónyuge y familiares mayores de 14 años, que convivan con el solicitante y a su cargo; Tarjeta de Identificación Fiscal del solicitante; si el solicitante está casado, Libro de Familia o Certificado de matrimonio. Dicha documentación debe ser presentada en cualquiera de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social.

C) Viudedad:

Las prestaciones por muerte y supervivencia del S.O.V.I. no incluyen la Pensión de Orfandad, la Pensión a favor de familiares, ni el auxilio de defunción.

Los requisitos exigidos son:

- No tener derecho a ninguna otra Pensión a cargo de los Regímenes que integran el Sistema de la Seguridad Social o sectores laborales pendientes de integración en el mismo.

- Cuando el causante pensionista del S.O.V.I. haya fallecido entre el 01/01/1956 y el 01/01/1967:
 - * Tener cumplidos 65 años en la fecha de fallecimiento del causante o estar totalmente incapacitado para el desempeño de todo tipo de empleo. Si el solicitante en ese momento tuviese más de 50 años, conserva el derecho a que se le reconozca la Pensión al cumplimiento de los 65 años.
 - * No tener derecho a una Pensión de Vejez o Invalidez S.O.V.I.
 - * Haber contraído matrimonio con el causante diez años antes, como mínimo del fallecimiento.
- Cuando el causante pensionista del S.O.V.I. haya fallecido con posterioridad al 31/12/1966: En estos casos los requisitos son idénticos a los establecidos para tener derecho a la Pensión de Viudedad del Régimen General de la Seguridad Social.

Se trata de una Pensión imprescriptible, vitalicia y de cuantía fija. El importe está constituido a partir del 01/01/2007 por 338.84€ mensuales (14 pagas).

El derecho a la Pensión se pone en marcha a partir del día siguiente a aquél en que se produzca el hecho causante; no obstante, se hace efectivo a partir del día primero del mes siguiente al del fallecimiento, siempre y cuando la solicitud sea presentada dentro del año inmediatamente siguiente al mismo. Si la presentación se realiza con posterioridad, la retroactividad es de un año a contar desde la fecha en que se realiza la solicitud. Esto varía en aquellos casos en que el causante de la Pensión no fuese beneficiario del S.O.V.I., pues en estos casos, el plazo de retroactividad se reduce a tres meses.

La prestación es imprescriptible cuando el fallecimiento del causante o el cumplimiento de los 65 años por parte del cónyuge, se haya producido a partir del 22/06/1967. En los restantes casos, el plazo de prescripción es de cinco años desde el fallecimiento del causante o a partir del cumplimiento de de los 65 años del cónyuge sobreviviente.

La documentación a presentar en cualquiera de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social es:

- Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- Tarjeta de Identificación Fiscal del solicitante.
- Certificación del Acta de Defunción.
- Libro de Familia actualizado o, en su caso, Certificado de matrimonio.
- Si es separado o divorciado, Sentencia de separación judicial o divorcio.
- Si hubiera más de un beneficiario llamado al disfrute de la Pensión de Viudedad, declaración de convivencia.

6.6.5.5. Universidad para Mayores

Las ofertas educativas dirigidas al colectivo de las personas mayores se pueden agrupar en tres tipos: 1) Agrupaciones de Difusión Cultural, Formación Permanente,...; 2) Aulas, agrupaciones y asociaciones de Extensión Universitaria; y 3) Programas Universitarios.

Las tres opciones no son contradictorias entre sí. Es más, su objetivo es poder ampliar cada una desde su ámbito la oferta solidaria para que las personas mayores puedan elegir aquella que más beneficios les genere en base a su perfil.

Las dos Universidades Canarias cuentan con su Programa Universitario para Mayores. Su acción formativa se ampara en lo que recoge la Ley Orgánica de Universidades (a partir de ahora L.O.U.), en su Título Preliminar, artículo 1, apartado d). En éste se recoge que es misión de la Universidad la difusión del conocimiento y la cultura a través de la Extensión Universitaria y la formación permanente. Por otra parte, el Título VI, artículo 34.3, establece que las Universidades podrán establecer enseñanzas conducentes a la obtención de diplomas y títulos propios, así como enseñanzas de formación a lo largo de toda la vida.

De este modo, podemos destacar:

- * **“Peritia et Doctrina Gran Canaria”**: Este Programa surge del trabajo conjunto desarrollado por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias. Se pone en marcha a partir del curso académico 1999/2000, tratando de alcanzar una mayor implicación social de una Entidad como la propia Universidad; comprometiéndose ésta a dar asistencia educativa y permitir el acceso a la educación superior a sectores de la población distintos a los que tradicionalmente forman parte de estas aulas.

Esta alternativa al colectivo de mayores también trata de acercar la Universidad a la realidad social. De esta manera, la Universidad trata de contribuir a la atención social solidaria, formando y aumentando el nivel y la cultura comunitaria.

La propia Universidad de Las Palmas de Gran Canaria explica que la elección del nombre “Peritia et Doctrina”, surge de la idea de combinar la “peritia”, esto es, la experiencia y el saber que introducen las personas de mayor edad; con la “doctrina”, el conocimiento, que aún éstos pueden adquirir.

Los objetivos que persigue este Programa es ser un servicio a la colectividad, complementar la oferta de formación y participación social de los mayores de 55 años, formar sobre temas específicos relacionados con la edad de los alumnos y sobre temas que permitan una mejor adaptación a los cambios sociales, culturales y tecnológicos. También se pretende integrar a los mayores en la comunidad universitaria

Estos objetivos se sitúan dentro de un modelo de intervención tripartito en el que se entremezcla la enseñanza, la investigación y los servicios a la comunidad.

El Programa tiene una estructura organizativa, administrativa y académica similar a la de las titulaciones comúnmente ofertadas por el ámbito universitario. De esta forma, el alumno debe inscribirse, matricularse, asistir a las clases correspondiente, así como mostrar el nivel de conocimientos alcanzados.

Se estructura en un total de tres cursos académicos, con un total de 600 horas. Los cursos se imparten en dos trimestres. Cada curso académico, por tanto, consta de 200 horas, de las cuales un 70% son clases teóricas, y el 30% restante son actividades de carácter más práctico (ejemplo, visitas guiadas).

Las asignaturas que constituyen el Programa están relacionadas con las grandes disciplinas de la Universidad, como son Humanístico-Lingüísticas, Científicas, Tecnológicas, Salud, Deporte y Derecho,..., entre otras.

La metodología empleada en este Programa se basa en medir el rendimiento de los alumnos de manera continuada, basándose en la participación e implicación activa de éstos en su proceso de aprendizaje. Así, se trata de medir el grado de logro alcanzado por los estudiantes y la consecución o no de los objetivos planteados inicialmente.

Paralelo a este Programa, desde la Universidad se ofrece toda una relación de actividades culturales, deportivas y de extensión universitaria para las personas mayores, las cuales son organizadas por la propia Universidad y la Asociación del Programa de Mayores "Peritia et doctrina", la cual está integrada por antiguos estudiantes del Programa y con el apoyo técnico y jurídico de la Universidad. Esta Asociación persigue principalmente el poder desarrollar una actividad cultural de ocio y tiempo libre como apoyo a la actividad académica estrictamente dicha.

* **"Universidad para Mayores"**: Consiste en el Programa para Mayores que ejecuta la Universidad de La Laguna, desde el curso académico 1999/2000. El objetivo que desde un inicio se perseguía era acercar la Universidad a un colectivo que tradicionalmente había permanecido al margen de esta Entidad. Así, se buscaba que la Universidad integrara en su seno a personas mayores (idea de Universidad Intergeneracional), así como dar respuesta de formación a un amplio colectivo que ha aumentado con el paso de los años y que todo apunta a que continuará en esta línea de crecimiento (envejecimiento de la población).

Actualmente el Plan de Estudios de este Programa consta de tres años, impartándose una oferta total de 750 horas (75 créditos). El alumno debe superar 66 créditos (660 horas de sus tres años de formación para poder obtener el certificado correspondiente).

Los objetivos que persigue la Universidad para Mayores, tal y como difunde la propia Universidad de La Laguna, son:

- Divulgar, ampliar y actualizar el conocimiento de la cultura contemporánea entre las personas mayores.
- Proporcionar al alumnado una formación universitaria que facilite el conocimiento, los procedimientos y la metodología necesarios para el desarrollo de un aprendizaje autónomo.
- Promover un mejor conocimiento del entorno (...).
- Favorecer el desarrollo personal en capacidades y valores de las personas mayores desde la perspectiva del aprendizaje a lo largo de la vida.
- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través del conocimiento de las relaciones que se establecen en el ámbito universitario.
- Potenciar el desarrollo de las relaciones intergeneracionales facilitando la transferencia de saberes y actitudes a través de la experiencia.
- Incentivar la integración social de las personas mayores promoviendo el aprendizaje en comunidad y la ciudadanía activa.

6.6.5.6. Servicios Sociales (Comunitarios y Especializados)

Según la Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales, en su artículo 6, los Servicios Sociales Generales o Comunitarios “1. Constituyen el nivel primario del sistema de servicios sociales que con carácter polivalente tienen por objeto promover y posibilitar el desarrollo de todos los ciudadanos, orientándoles cuando sea necesario, hacia el correspondiente servicio social especializado o demás áreas del Bienestar Social”.

De este modo y basándonos en el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, publicado en el año 1998, podemos decir que los Servicios Sociales Comunitarios constituyen el conjunto de recursos de servicios sociales dirigidos a las personas que conviven en un entorno determinado, con la finalidad de garantizar todas o alguna de las prestaciones básicas del Sistema, bien a través de sus propios medios, como sirviendo de puerta de entrada y pase hacia otros Servicios Sociales u otros Sistemas Públicos.

Una adecuada dotación de los Servicios Sociales Comunitarios es la base para una clara eficacia del resto del Sistema. De este modo, consideramos como “nivel primario” a los Servicios Sociales Comunitarios.

Estos Servicios Comunitarios son gestionados principalmente a través de las Corporaciones Locales, a través de la llamada, Atención Primaria; no obstante, los Ayuntamientos también deben gestionar Servicios Sociales Secundarios o Especializados, siempre y cuando puedan ser proporcionados en el propio ámbito comunitario y permita “(...) la permanencia de los individuos, grupos y comunidades objeto de la acción en su medio habitual” (artículo 6.2. de la Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales).

Los Centros de Servicios Sociales se encargan de poner en práctica las prestaciones básicas de Información, Orientación y Asesoramiento, Ayuda a Domicilio, Alojamiento y Convivencia, Prevención e Inserción Social, Emergencia Social, así como la Cooperación Social y Fomento de la Solidaridad. Estos Centros se constituyen como la “puerta de entrada” al Sistema.

Según el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, emitido en el año 1998, *“El área de Servicios Sociales Municipales debe estar en condiciones de dar la cobertura necesaria a los servicios, centros, atenciones o prestaciones a nivel secundario o especializado, que se ubiquen en el ámbito comunitario”*.

Estos Centros de Servicios Sociales, además tiene la obligación de fomentar el tejido del voluntariado y la cooperación social en el ámbito que les compete, al igual que la promoción de valores solidarios y positivos para la comunidad.

Por otro lado, las Unidades de Trabajo Social (en adelante, UTS), de igual modo constituyen una estructura básica para la puesta en funcionamiento de los Servicios Sociales Comunitarios, tal y como recoge el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, debiendo garantizar la prestación de servicios como información, valoración y orientación. Las U.T.S. son gestionadas por los Ayuntamientos.

En el año 1988 surge en Canarias el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Este Plan constituye un importante impulso para el fomento de los Servicios Sociales Comunitarios que estamos mencionando.

El mencionado Plan es promovido por la Administración General del Estado, poniéndose en práctica mediante la formalización de convenios de colaboración entre ésta y las Administraciones Autonómicas. El objetivo es que estos convenios puedan llegar a materializarse en el ámbito local. Así, el Plan General de Servicios Sociales expone *“Su finalidad es establecer una red pública de gestión local que garantice a todos los ciudadanos un conjunto de servicios y prestaciones consideradas básicas. El Plan se articula en torno a cuatro compromisos: de gestión, información, asistencia técnica y económico o de financiación”*.

Este Plan pretende, por tanto, impulsar y consolidar las bases de los Servicios Sociales Comunitarios, mediante el desarrollo de sus propias actuaciones, programas, servicios y prestaciones. El objetivo es que las Corporaciones Locales complementen las dotaciones a través de recursos de éstas o en colaboración con la iniciativa social o con aquellos recursos que también provienen del Fondo Social Europeo.

TABLA 6.112. GASTO EN EUROS POR HABITANTE Y AÑO PARA CADA UNA DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS, EN EL PLAN CONCERTADO

	AYUDA A DOMICILIO		PREVENCIÓN E INSERCIÓN		EMERGENCIA SOCIAL	
	1991	1995	1991	1995	1991	1995
Lanzarote	3,88	4,34	2	2,19	3,09	2,39
Fuerteventura	1,14	2,67	0,86	1,8	1,74	2,8
Gran Canaria	0,87	2,18	0,58	1,89	0,75	1,55
Tenerife	1,14	2,53	0,76	1,03	0,63	1,08
La Palma	1,47	2,57	1,85	0,75	0,18	0,78
La Gomera	2,78	6,76		1,55	0,58	2,01
El Hierro		9,65		7,33		0,69

Fuente: Plan General de Servicios Sociales de Canarias. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Año 1998.

Esta tabla presenta una gran diversidad a nivel insular; pues no hay más que ver que la cantidad que la isla de El Hierro destinó al Servicio de Ayuda a Domicilio en el año 1995 era más de cuatro veces superior a la destinada en el mismo año y al mismo concepto por parte de Gran Canaria, isla con muchísima más población. Esto último nos hace pensar que más que diversidad en cuanto a situaciones de necesidad entre las islas, existe diversidad en materia de Prestaciones Básicas, pues todo estudio de la estructura social, nos hace pensar que la isla de Gran Canaria con más población requiere de una mayor gasto en cuanto al Servicio de Ayuda a Domicilio que la isla de El Hierro. Atendiendo a lo que recoge el Plan General y a que estas Prestaciones se define *“(…) por su carácter “básico”, estas diferencias deberían ser menos acusadas”*.

Esta diversidad también se pone de manifiesto en las diferentes tendencias que existen en la evolución del gasto analizando las prestaciones e islas, lo que hace ver la carencia de criterios claros y homogéneos a nivel autonómico.

Según destaca el Plan General de Servicios Sociales, dos datos destacan en el anterior cuadro:

- La evolución del gasto han sido creciente en el período comprendido entre 1991 y 1995.
- En seis de las siete islas, la Prestación a la que más dinero se le ha concedido es a la de Ayuda a Domicilio en el año 1995.

El Plan General de Servicios Sociales menciona entre los Servicios Sociales Especializados y/o Sectoriales el relativo a las personas mayores. Para analizar tal sector el mencionado Plan señala que *“El índice de envejecimiento de la población canaria ha pasado de 8,5% en 1960 a 10,5 en 1996, es decir, de cada 100 canarios 10 son mayores de 65 años”*. Para justificar esto, el Plan relata los cambios que se han producido durante este período en la estructura social de las islas Canarias, tales como:

- “La urbanización acelerada.
- La terciarización de la economía, que ha pasado de ser eminentemente agrícola a depender del sector servicios.
- El paso de una economía de subsistencia a la de mercado, dando lugar a cambios en la forma y organización de la familia, de modo que muchas personas mayores carecen de apoyo, (...).
- El aumento de la esperanza de vida con la consiguiente ampliación de los tramos de vida dependiente en personas mayores”.

El Plan considera a la personas mayores como un grupo social de alto riesgo, atendiendo a aspectos como la exclusión social, la marginación y la pobreza (*“El 5% de las personas mayores de 65 años requieren apoyo económico, afectivo y sanitario e incluso instrucción, ya que son un grupo con fuertes dependencias”*).

En este año 1998 se podía apreciar una clara relación entre personas mayores y familias por debajo del umbral de la pobreza. Así, el Plan recoge que *“En poco más de las ¾ partes (78,7%) de los hogares “no pobres” no existe persona alguna mayor de 65 años, sin embargo, en los hogares pobres la inexistencia de personas mayores es sensiblemente menor (58,7%)”*. De este modo, de cada veinticinco familias situadas bajo este “umbral de la pobreza”, existe una persona mayor inserta en las mismas con necesidad de acceder a una Residencia y sin posibilidades para ello.

Por otro lado el Plan General de Servicios Sociales de Canarias en el año 1998 señalaba que *“Los datos disponibles sobre el medio y el nivel de vida de las personas mayores en Canarias ponen de manifiesto que la antigüedad de las viviendas y la carencia de comodidades son características más frecuentes de lo deseable (el 30% de las viviendas donde habitan personas mayores carecen de agua caliente y fuego)”*.

Atendiendo a los objetivos que se persiguen desde las Políticas Sociales europeas, esto es, la permanencia de las personas mayores en su entorno y domicilio, el Plan considera preciso el que sean realizadas *“(…), acciones tendentes a mejorar la vivienda, adaptándola a las necesidades específicas de la persona que viva en ella, como agua caliente, instalaciones adecuadas en el cuarto de baño para evitar caídas, teléfono, etc., (...)”*. Del mismo modo, se busca la eliminación de las barreras arquitectónicas que influyen en este sector de la población. Su eliminación debe ir dirigida tanto a los domicilios de las personas mayores como aquellos entornos donde las mismas desarrollan actividades diarias.

En función de lo manifestado el Plan General de Servicios Sociales recoge el siguiente conjunto de actuaciones a desarrollar en relación al área de Mayores:

- Objetivos centrados en la prevención.
- Promoción e integración social de las personas mayores en la Comunidad.
- Actuaciones centradas en las necesidades de asistencia de la población anciana con pérdida de capacidad y autonomía personal, y sin apoyos familiares o comunitarios.

Estas actuaciones parten de la finalidad estratégica de “Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores en Canarias, potenciando las atenciones orientadas a promover el bienestar social de la vejez, a fin de normalizar y proveer las condiciones necesarias para conservar sus facultades físicas y psíquicas, así como su integración social”. Los objetivos que se mencionan para lograr esta finalidad son:

- “Facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual de convivencia, a través de medidas de apoyo a estas personas y a sus familias.
- Garantizar la atención integral a las personas mayores con necesidad de cuidados continuados y con ausencia de soporte familiar adecuado, proporcionándoles plaza en la red de centros socio-sanitarios de cuidados continuados.
- Contribuir a la preparación de los trabajadores y trabajadoras que se aproximan a la edad de jubilación, para que asuman ésta no como un retiro, sino como un cambio en el modo de participación en la sociedad.
- Contribuir a la mejora del bienestar físico y de la salud de las personas mayores.
- Introducir en la cultura de la sociedad canaria el compromiso por la integración social de las personas mayores y por la mejora de sus condiciones de calidad de vida”.

Las medidas que enumera el Plan General de Servicios Sociales para la consecución de estos objetivos son:

- * “Elaborar y llevar a cabo campañas de comunicación, dirigidas al conjunto de la sociedad de Canarias, para lograr actitudes solidarias y favorables para la integración de las personas mayores en la convivencia y en las dinámicas familiares y comunitarias.
- * Elaboración y ejecución de programas continuados de formación de dirigentes de asociaciones y grupos de personas mayores, que aumente su capacidad de autonomía para la gestión de sus intereses colectivos.
- * Elaborar y ejecutar programas de captación de voluntarios entre las personas mayores, y su incorporación a actividades y proyectos de carácter social y cultural.
- * Extender la cobertura del servicio de Ayuda a Domicilio, al 8% de las personas mayores de 65 años residentes en Canarias en un primer tramo y el 10% en una segunda etapa.
- * Construir y mantener el número de plazas residenciales necesarias para alcanzar el ratio de 3,5 plazas, recomendación del Plan Gerontológico en un primer tramo, para con el siguiente llegar al 5,5%, media Europea por cada 100 personas mayores de 65 años residentes en Canarias, de acuerdo con los objetivos propuestos en el Plan Gerontológico.

- * Instalar el número de aparatos de Teleasistencia necesarios para alcanzar el ratio de una cobertura del 12% de las personas mayores de 65 años residentes en Canarias que viven solos, de acuerdo con los objetivos propuestos en el Plan Gerontológico.
- * Reconversión en centros de día e incrementos de nuevas plazas, con el objeto de habilitar en los actuales hogares y club servicios para mayores con discapacidad severas, como apoyo a la familia, garantizando una atención de calidad a lo largo del día y de la jornada laboral de la familia cuidadora habitual”.

6.6.6. Ayudas a domicilio

El Plan General de Servicios Sociales de Canarias, publicado en el año 1998, define el Servicio de Ayuda a Domicilio “(...) como el conjunto de tareas realizadas por personal cualificado en el domicilio del destinatario y su entorno social, que se instrumentalizan para atender determinadas necesidades de los individuos y/o grupos familiares cuando éstos se encuentran en situaciones en las que no les es posible la realización de sus actividades cotidianas”.

Este servicio tiene como finalidad lograr la autonomía del individuo y/o familia, al objeto de que puedan permanecer en su entorno habitual, evitando posibles situaciones de desarraigo. Los objetivos que se persiguen con la ayuda a domicilio son:

- Ser un servicio polivalente que se adapte a los diferentes déficits familiares.
- Ser un servicio normalizador, basado en los servicios generales para la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Ser un servicio domiciliario.
- Integrador, esto es, que satisface las necesidades de los usuarios de manera global y no parcializada.
- Preventivo, tratando de evitar el pronto deterioro de determinados segmentos de la población, así como la institucionalización de éstos.
- Asistencial y rehabilitador, tratando de mejorar las relaciones, la autoestima, así como las condiciones de vida y convivencia de los usuarios.
- Transitorio, pues su objetivo es mantenerse hasta el logro de la autonomía propuesta.
- Complementario a las redes de apoyo de la persona o familia.
- Educativo, pues deben fomentarse las propias capacidades del usuario, logrando el cambio de éste.
- Técnico, debiendo ser prestado el servicio por personal cualificado.

Las personas que soliciten este servicio deben cumplir con los siguientes requisitos:

- * Las familias o personas con disfunciones que pueden mejorar con una adecuada atención domiciliaria.

- * Las personas mayores con cierto nivel de dependencia que carezcan de apoyos constantes, y que con la mencionada ayuda podrían desenvolverse de forma autónoma.
- * Las personas con minusvalía o incapacitadas.
- * Las personas afectadas por una lesión, enfermedad física o mental.
- * Los menores a los que haya que cuidar o atender por ausencia de los padres o cuando éstos por determinadas circunstancias no pueden ejercer sus funciones parentales, y tal situación no sea catalogada como una Situación de Desamparo o requiera de una Guarda por parte de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia.
- * En general, cuando exista una situación de desatención social o familiar.

La solicitud puede ser presentada con el modelo oficial debidamente cumplimentado en todos sus apartados, durante todo el año. El lugar de presentación son los Registros de los Ayuntamientos, de cualquier órgano de la Administración Autónoma de Canarias y de la Administración del Estado, u Oficinas de Correos.

Es en el año 1988, a raíz de la puesta en práctica del Plan Concertado de Prestaciones Básicas, cuando veintidós municipios iniciaron el Servicio de Ayuda a Domicilio. En 1996 esta ayuda fue instaurada en el 99% de los municipios, yendo la demanda de este servicio cada vez más en alza, a consecuencia de las tendencias demográficas de la estructura poblacional de las islas, destacando el aumento de la población envejecida.

El Plan General de Servicios Sociales de Canarias refleja cuáles han sido los principales problemas de la puesta en práctica de este Servicio en las islas:

- Escaso y tardío desarrollo normativo en cuanto a su desarrollo.
- Fragilidad temporal de sus fuentes de financiación. En muchas ocasiones han sido empleadas como tal fondos de otros sectores de la Administración de la Comunidad Autónoma, tal y como el ICFEM, al objeto de contratar a trabajadores desempleados que pudiera poner en marcha el desarrollo del Servicio.
- Escasa formación del personal que presta el Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Mayor demanda del servicio que oferta.

En cuanto a los organismos encargados de la puesta en práctica de este Servicio, con la cofinanciación del Gobierno de Canarias, destacan:

- * Los Ayuntamientos con el 98% del Servicio.
- * Cabildos.
- * Entidades tales como Cruz Roja, Cáritas u otras ONG.

En el año 1996 el número de personas usuarias de este Servicio estaba muy por debajo de los objetivos propuestos, encontrándose la media de cobertura en toda la Comunidad Autónoma de Canarias en 3,1% (aproximadamente 5400 usuarios). Atendiendo a ello, el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en el año 1998, reflejaba "Siendo un criterio básico de la política social, evitar al máximo la

institucionalización en centros residenciales, los programas normalizados de carácter intermedio como la ayuda a domicilio, adquieren una especial trascendencia, por lo que hay que superar los déficits y disfunciones que se detectan actualmente en este servicio”.

6.6.7. Teleasistencia

Para solicitar el Servicio de Teleasistencia, los interesados deben dirigirse a los Servicios Sociales Municipales correspondientes a su zona; pues el IMSERSO desde el año 1993 tiene suscrito un Convenio Marco, con la finalidad de su implantación, abonando este Instituto el 65% de su coste.

Su gestión tradicionalmente ha sido llevada a cabo por Cruz Roja. Su uso en las islas es poco conocido, situándose en el 1998 el número de usuarios del mismo en torno a 1000.

6.6.8. Centros De Día

En este apartado debemos distinguir entre: 1) Centros de Estancia Diurna y 2) Centros de Atención Social.

6.6.8.1. Centros de Estancia Diurna

Son aquellos recursos que se caracterizan por ofrecer atención integral durante el día a los individuos que padecen carencias tanto a nivel personal como social, con posibilidad de obtener mejoras o al menos, poder mantener su nivel de autonomía personal, mientras permanezcan en su entorno habitual.

Los usuarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener más de 60 años.
- Si no han cumplido los 60 años, que tuviesen la condición de jubilados a consecuencia de la aplicación de los coeficientes reductores previstos legalmente para quienes hayan realizado actividades laborales especialmente penosas.
- Los pensionistas mayores de 50 años aquejados de una incapacidad, que precisen del servicio atendiendo a sus circunstancias personales, sociales o familiares.
- Los cónyuges o parejas de hecho de los usuarios que aún no reuniendo los requisitos para ser considerados usuarios de derecho, acrediten convivencia con aquéllos.

Las personas que cumplan estos requisitos deben presentar la solicitud pertinente, estableciéndose el orden para el ingreso en base a la valoración de las circunstancias personales y familiares de la persona.

Las solicitudes pueden ser presentadas en cualquier momento en los Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier otro de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, los Registros de los Cabildos Insulares, los Registros de cualquier

órgano de la Administración Autónoma de Canarias o Administración General del Estado, Registros de los Ayuntamientos (en el caso que se hayan adherido al Convenio Marco de Intercomunicación Registral), las Oficinas de Correos y las Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el Extranjero.

La documentación a presentar consiste en: A) Fotocopia del D.N.I. de la persona solicitante y de su cónyuge o pareja de hecho, en su caso; B) Informe médico acreditativo de que la persona solicitante tiene autonomía para las actividades de la vida diaria y no padece enfermedades contagiosas o trastorno mental que sean susceptibles de ser causa de alteración de la normal convivencia en el Centro; C) Documento acreditativo de la incapacidad física y/o psíquica y de aquéllos que han accedido a la jubilación mediante los coeficientes reductores previstos reglamentariamente.

La legislación a aplicar consiste en:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.
- * El Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la obtención, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros de mayores y sus normas de régimen interno.
- * Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan el acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación.

6.6.8.2. Centros de Día de atención social

Se trata de aquellos recursos que prestan servicios de promoción e inserción social, al igual que servicios de atención personal. Se ejecutan desde los Servicios Sociales, y están dotados de la estructura funcional y material necesaria para la realización de las acciones tendentes al fomento de la participación personal y de grupo, así como la inserción de las personas mayores en el medio social, facilitando en todo momento su permanencia en el entorno habitual.

Los requisitos que los usuarios o beneficiarios deben cumplir son los siguientes:

- Ser mayores de 60 años.
- Ser pensionistas mayores de 50 años, cuando sus circunstancias familiares o sociales hagan preciso el que puedan acceder a este tipo de recursos.
- Se permite el acceso a aquellos usuarios que aún no habiendo cumplido los 60 años, se encuentren jubilados como consecuencia de la aplicación de los coeficientes previstos legalmente para aquellas personas que han realizado actividades especialmente penosas y peligrosas.
- Tener y acreditar, la condición de cónyuge o pareja de hecho de un usuario del Centro de Día.
- Ser canario emigrante retornado y reunir alguno de los anteriores requisitos.

La solicitud debidamente cumplimentada en todos sus apartados puede ser presentada en cualquier momento del año en los Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier otro de los de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales; Registros de los Cabildos Insulares; Registros de cualquier órgano de la Administración Autónoma o de la Administración del Estado; Registros de los Ayuntamientos, siempre y cuando éstos se encuentren adheridos al Convenio Marco de Intercomunicación Registral; las Oficinas de Correos; las Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España.

La documentación a presentar consiste en: A) Fotocopia del D.N.I. de la persona solicitante y de su cónyuge, en el caso que se considere preciso; B) Informe médico acreditativo de que la persona solicitante tiene autonomía para las actividades de la vida diaria y no padezca enfermedades contagiosas o trastorno mental que sean susceptibles de ser causa de alteración de la normal convivencia en el Centro; C) Documentación acreditativa de la situación en los supuestos de incapacidad y aquellos que accedan a este servicio por la jubilación mediante coeficientes reductores previstos legalmente.

La legislación a aplicar consiste en:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.
- * El Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la obtención, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros de mayores y sus normas de régimen interno.
- * Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan el acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación.
- * Orden de 3 de junio de 2004, por la que se aprueba el Reglamento Interno de los Centros de Día de atención social a personas mayores que ostente la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A nivel general podemos decir que los Centros de Día en Canarias son escasos, habiéndose puesto en marcha a partir del año 1995.

Según recoge el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, publicado en el año 1998, "(...), el 66% pertenecen al sector público (Ayuntamientos 41%, Comunidad Autónoma 26%) y el resto al sector privado.

La financiación de este tipo de recursos es mixta, y proviene tanto de los Ayuntamientos (26,9%) como de la Comunidad Autónoma (26,3%), los Cabildos (14,9%) y el resto de recursos privados.

(...)Estos Centros se encuentran utilizados principalmente como lugares de ocio y esparcimiento, contando con un enorme potencial para otras dinámicas comunitarias: rehabilitación de mantenimiento, terapia ocupacional, programas de promoción de la salud, que les permitiera funcionar como Centros de Día.

El 14% de los Centros disponen de comedor, servido por catering de carácter privado.

Los Centros de Tercera Edad y como están actualmente, están destinados a personas mayores con una buena condición física y mental, se deben implementar proyectos de eliminación de barreras.

6.6.9. Residencias

La legislación de la Comunidad Autónoma de Canarias diferencia entre recursos para las personas mayores los siguientes:

- Centros de Atención Social: Entre éstos podemos distinguir residencias, hogares funcionales y viviendas tuteladas.
- Centros de Atención Sociosanitaria: Son aquéllos donde se presta de forma temporal o permanente, en régimen de internamiento, atención, tal y como dice su nombre, cuidados de tipo social y sanitario.
- Centros Residenciales Mixtos: Están destinados al alojamiento y atención de forma conjunta de personas mayores válidas y aquéllas que precisan de atención sociosanitaria.

Para poder formar parte de estos recursos la normativa autonómica señala que es necesario que las personas cuenten con más de 60 años o menos, siempre y cuando se trate de personas jubiladas, a consecuencia de los coeficientes reductores previstos legalmente para quienes hayan realizado actividades laborales especialmente penosas o peligrosas. También pueden acceder las personas pensionistas mayores de 50 años, afectados de de incapacidad física, psíquica o sensorial, cuando por sus circunstancias personales, familiares o sociales lo requieran.

La baremación empleada para este tipo de acciones, da gran importancia a las circunstancias personales y familiares, así como la necesidad de atención y las posibles situaciones de abandono. De igual modo son valoradas las condiciones físicas, psíquicas y los recursos económicos de los solicitantes.

La normativa por la que se rigen estos recursos residenciales es la siguiente:

- * Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos o privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación.
- * Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno.

En relación a este tipo de servicios, el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, del año 1998, explica *“La política moderna de asistencia a las personas mayores está encaminada a facilitar la permanencia en su domicilio, utilizando para ello todos los recursos sociales y sanitarios, correctamente coordinados, que eviten la institucionalización y el consiguiente desarraigo de estas personas en su medio habitual. No obstante, este objetivo no siempre es posible. En estos casos, el Sistema ofrece como alternativa las residencias, (...).”*

En el año 1997, tal y como recoge el mencionado Plan, en Canarias existía un déficit de aproximadamente 1000 plazas residenciales. Este déficit podía ser considerado mayor en las islas de Gran Canaria y Tenerife. En el punto contrario se situaría El Hierro, quien no tendría déficit en este tipo de plazas.

En cuanto a la oferta de plazas residenciales, en el año mencionado, ésta era de un 49% aproximadamente por parte de la Administración Pública de Canarias, con un total del 43,38 % de las plazas ofertadas.

En este sentido, el Plan General refleja atendiendo al período analizado que *“El número de Residencias públicas asciende a 37, con 1804 plazas. Las Residencias de titularidad privada sin ánimo de lucro son 38, con 2354 plazas, estableciéndose un total de plazas para toda Canarias de 4158 (2,45 %).*

Respecto al número de plazas y tamaño de las residencias, se considera óptima aquella residencia que se sitúa entre 40 y 60 plazas, ya que se unen las ventajas de una asistencia cercana a la persona mayor, con unos costes más ajustados y una gestión menos dificultosa. El 84 % de los Centros Residenciales de Canarias, tienen menos de 100 plazas, lo que indica que, en cuanto a tamaño de Centros, estamos en una situación relativamente aceptable”.

En el año 1998 la media de coste diario de una plaza residencial en Canarias era de 60 € aproximadamente, para personas mayores con movilidad reducida; en cuanto a personas mayores con cierto nivel de autonomía, el precio de las plazas residenciales ascendía a 42 €.

Por último y en este apartado, destacar que del estudio realizado del sector de personas mayores y los Servicios de Atención Residencial para éstos, llevado a cabo para el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en el año 1998, se concluye *“En las Residencias se llevan a cabo como actividades complementarias; principalmente las de ocio, educativas y de animación, en algo más de un tercio de los centros se dispone de terapia ocupacional. Otras actividades son el trabajo individual de casos y actividades deportivas y muy pocas residencias llevan a cabo rehabilitación de mantenimiento.*

Las condiciones arquitectónicas de los Centros Residenciales son claramente mejorables: sólo la mitad de los Centros disponen de puertas con anchura mínima para el paso de sillas de ruedas, pasamanos en los pasillos, suelo antideslizante, alarmas, ascensores, bañera asistida o apertura especial de puertas. La Ley 8/1995, de 6 de abril, “de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación”, ayudará a mejorar esta situación.

Por último, es necesario resaltar la especial situación de antiguos Hospitales y Clínicas pertenecientes a la red sanitaria, dependientes de la iniciativa privada o de la Administración Local, que debido a la fuerte presión de la demanda y la escasa y frágil respuesta institucional en programas y equipamientos sociales, han ido modificando su finalidad clínica/hospitalaria convirtiéndose en la práctica en Centros Mixtos para personas mayores con características sociales, económicas y de salud perfectamente encajables en la red especializada de Servicios Sociales.

6.6.10. Protección social y recursos

Dentro de este apartado debemos mencionar los siguientes recursos y servicios ofertados para la población de personas mayores de 65 años de edad en la Comunidad Autónoma de Canarias: 1) Ayudas para financiar actividades de promoción y atención a las personas mayores de 65 años; 2) autorización de apertura y funcionamiento de los servicios de atención a personas mayores; 3) Centros de Servicios Sociales; 4) Centros residenciales de atención social; 5) Centros residenciales de atención sociosanitaria; 6) Consejo Canario de Mayores; y 7) Comisión Tutelar del mayor legalmente incapacitado.

6.6.10.1. Ayudas para la financiación de actividades de promoción y atención a las Personas Mayores

Este servicio tiene como finalidad el financiar actividades dirigidas a la integración de las personas mayores. Entre las actuaciones previstas podemos destacar:

- * Actuaciones que buscan la normalización de las personas mayores en ámbitos de la vida social, tratando de lograr su inclusión en actividades que se desarrollen en su propio entorno físico y cultural.
- * Acciones que fomenten la vida autónoma de las personas mayores.
- * Actuaciones que buscan la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores, proporcionándole un cuidado preventivo/progresivo.
- * Actuaciones centradas en la implicación social, promoción social y el sentido de la solidaridad intergeneracional.
- * Actuaciones encaminadas a la participación de colectivos del tejido asociativo en el área de las personas mayores.

Los requisitos que deben cumplir los beneficiarios o usuarios son:

- Las Entidades, las Federaciones y Confederaciones sin ánimo de lucro, Organizaciones No Gubernamentales, Colegios Profesionales y Empresas de Economía Social, cuando el objetivo sea contribuir al desarrollo y la prestación de atención a las personas mayores, cualquiera que fuese la forma.

Estos solicitantes deben estar constituidos como Entidades colaboradoras en la prestación de Servicios Sociales en base a lo reglamentariamente previsto. Así, entre los fines de sus estatutos o en la normativa por la que se constituyen, se debe recoger el carácter de prestadoras de atención y servicios a personas mayores.

- No podrán beneficiarse de subvenciones, ayudas u otras atribuciones patrimoniales gratuitas de la misma naturaleza concedidas por instituciones públicas o privadas, salvo excepciones.
- Deben hallarse al corriente de las obligaciones tributarias correspondientes en la Comunidad Autónoma.
- No hallarse inhabilitado para recibir ayudas o subvenciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma.

La solicitud debe ser presentada, mediante el modelo oficial debidamente cumplimentado en todos sus apartados, en un plazo veinte días naturales desde la publicación de la Convocatoria. Los lugares de presentación son: los Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier otro de los de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales; Registros de los Cabildos Insulares; Registros de cualquier órgano de la Administración Autonómica o de la Administración del Estado; Registros de los Ayuntamientos, siempre y cuando éstos se encuentren adheridos al Convenio Marco de Intercomunicación Registral; las Oficinas de Correos; las Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España.

La legislación a aplicar para el correcto desarrollo de estas ayudas es:

- * Decreto 337/1997, de 19 de diciembre, por el que se establece el régimen general de ayudas y subvenciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- * Decreto 103/2000, de 12 de junio, por el que se modifica parcialmente el Decreto 337/1997, de 19 de diciembre, por el que se establece el régimen general de ayudas y subvenciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- * Orden de 16 de abril de 2003, por la que se establecen las bases específicas para la concesión de ayudas y subvenciones en el área de Servicios Sociales, de vigencia indefinida y se efectúa su convocatoria para el año 2003.
- * Orden de 10 de febrero de 2005, por la que se efectúa la convocatoria de concesión de ayudas y subvenciones, en el área de Servicios Sociales.

6.6.10.2. Autorización de apertura y funcionamiento de los servicios de atención a las Personas Mayores

La autorización es la acción mediante la cual la Administración establece que la atención que se está brindando o se va a brindar a las personas mayores cumple con las condiciones estipuladas en la legislación vigente; las cuales son necesarias para garantizar una asistencia adecuada a los beneficiarios.

Las solicitudes de autorización de apertura y funcionamiento de Centros de personas mayores, serán dirigidas al Director General de Servicios Sociales en un impreso normalizado con tal finalidad, el cual se encuentra recogido en el Decreto 63/2000.

En cuanto a la legislación que se aplica con respecto a este recurso, debemos destacar:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.
- * Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros de mayores y sus normas de régimen interno.

6.6.10.3. Centros de Servicios Sociales

Las políticas dirigidas a la protección de las personas mayores y de solidaridad entre generaciones, se caracterizan por presentar un carácter finalista. Están constituidas por prestaciones, servicios y acciones dirigidas al apoyo de las personas mayores y la consecución de unas saludables y buenas relaciones intergeneracionales. Su objetivo, de manera transversal, también consiste en asegurar que todas las políticas y servicios públicos incorporen la protección de los derechos de las personas mayores y contemplen el papel de este colectivo en la estructura social.

De este modo, los Centros de Servicios Sociales tienen como finalidad ofrecer información, orientación y asesoramiento en base a los derechos sociales existentes. Para ello se basan en las necesidades que la población plantee, así como en la recogida de información y posterior planificación en base a ésta. Por último, desde estos Centros se aclara la procedencia, en su caso, de recursos aplicables en materia de de Servicios Sociales.

Los Centros de Servicios Sociales, como equipamientos cuentan con las Unidades de Trabajo Social o Unidades de denominación similar en los que se facilitan las prestaciones básicas que a continuación se detallan, entre otros:

- Servicios de Ayuda a Domicilio.
- Alojamiento y convivencia.
- Prevención e inserción social.
- Emergencia Social.
- Cooperación social y fomento de la solidaridad.

El servicio es prestado durante todo el año, siendo presentadas las solicitudes en estos propios Centros de Servicios Sociales pertenecientes a las Administraciones Locales.

La legislación que se aplica en el desarrollo de este Servicio es la siguiente:

- * Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias.
- * Decreto 287/1997, de 10 de diciembre, por el que se establece la distribución de las dotaciones presupuestarias destinadas a cofinanciar las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales a gestionar por los Ayuntamientos de Canarias.

6.6.10.4. Centros residenciales de atención social

Se trata de aquellos recursos ubicados en uno o varios edificios destinados a la convivencia común y servir de alojamiento temporal o permanente de los beneficiarios que pueden desarrollar actividades de la vida común, así como precisan de asistencia por parte de terceras personas. De este modo, estos Centros garantizan servicios de atención personal e inserción social, y se organizan en torno a unidades que disponen de las condiciones estructurales, que facilitan a los usuarios la ejecución de actividades básicas y complementarias en la vida diaria, dentro del funcionamiento general del recurso, con la supervisión de personal de la propia institución.

Los usuarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener más de 60 años.
- Si no han cumplido los 60 años, que tuviesen la condición de jubilados a consecuencia de la aplicación de los coeficientes reductores previstos legalmente para quienes hayan realizado actividades laborales especialmente penosas.
- Los pensionistas mayores de 50 años aquejados de una incapacidad, que precisen del servicio atendiendo a sus circunstancias personales, sociales o familiares.
- Los cónyuges o parejas de hecho de los usuarios que aún no reuniendo los requisitos para ser considerados usuarios de derecho, acrediten convivencia con aquéllos.

Las personas que cumplan estos requisitos deben presentar la solicitud pertinente, estableciéndose el orden para el ingreso en base a la valoración de las circunstancias personales y familiares de la persona.

Las solicitudes pueden ser presentadas en cualquier momento en los Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier otro de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, los Registros de los Cabildos Insulares, los Registros de cualquier órgano de la Administración Autonómica de Canarias o Administración General del Estado, Registros de los Ayuntamientos (en el caso que se hayan adherido al Convenio Marco de Intercomunicación Registral), las Oficinas de Correos y las Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el Extranjero.

La legislación a aplicar consiste en:

- * El Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la obtención, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros de mayores y sus normas de régimen interno.

6.6.10.5. Centros residenciales de atención sociosanitaria

Son aquellos recursos en los que por su naturaleza asistencial, sustitutivos del hogar, se procura atención en cuanto a las condiciones personales del usuario o, en los casos que proceda, para su promoción social. En estos Centros se prestan los servicios de manera temporal o permanente, en régimen de internamiento, y recibiendo el usuario los cuidados que precisa, tanto desde el ámbito social como sanitario.

La atención sociosanitaria se basa en:

- * Asistencia sanitaria de baja complejidad técnica.
- * Tratamientos preventivos o rehabilitadores permanentes.
- * Control y seguimiento médico periódico.
- * Cuidados de enfermería continuados.
- * Apoyo y asistencia técnica, en su caso, a las familias de las personas atendidas.
- * Adaptación y dotación de equipamientos especiales en el domicilio.

Los usuarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener más de 60 años.
- Si no han cumplido los 60 años, que tuviesen la condición de jubilados a consecuencia de la aplicación de los coeficientes reductores previstos legalmente para quienes hayan realizado actividades laborales especialmente penosas.
- Los pensionistas mayores de 50 años aquejados de una incapacidad, que precisen del servicio atendiendo a sus circunstancias personales, sociales o familiares.
- Los cónyuges o parejas de hecho de los usuarios que aún no reuniendo los requisitos para ser considerados usuarios de derecho, acrediten convivencia con aquéllos.

Las personas que cumplan estos requisitos deben presentar la solicitud pertinente, estableciéndose el orden para el ingreso en base a la valoración de las circunstancias personales y familiares de la persona.

Las solicitudes pueden ser presentadas en cualquier momento en los Registros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier otro de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, los Registros de los Cabildos Insulares, los Registros de cualquier órgano de la Administración Autonómica de Canarias o Administración General del Estado, Registros de los Ayuntamientos (en el caso que se hayan adherido al Convenio Marco de Intercomunicación Registral), las Oficinas de Correos y las Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el Extranjero.

La documentación a presentar consiste en: A) Fotocopia del D.N.I. de la persona solicitante y de su cónyuge o pareja de hecho, en su caso; B) Informe médico acreditativo de que la persona solicitante tiene autonomía para las actividades de la vida diaria y no padece enfermedades contagiosas o trastorno mental que sean susceptibles de ser causa de alteración de la normal convivencia en el Centro; C) Documento acreditativo de la incapacidad física y/o psíquica y de aquéllos que han accedido a la jubilación mediante los coeficientes reductores previstos reglamentariamente.

La documentación a presentar consiste en: A) Fotocopia del D.N.I. de la persona solicitante y de su cónyuge, en el caso que se considere preciso; B) Informe médico; C) Documentación acreditativa de la situación económica de la persona solicitante, entendiéndose por ésta, la constituida por el solicitante y por las personas que convivan con él; D) Fotocopia compulsada de la última Declaración de la Renta del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar o, en su defecto, de estar incluidos en el Censo de Declarantes. En este último caso, se acompañará de Declaración Jurada o comprobante de sus ingresos; E) Certificado catastral de los bienes de los miembros de la unidad familiar.

La legislación a aplicar consiste en:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.
- * Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la obtención, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros de mayores y sus normas de régimen interno.

- * Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regula el acceso y los criterios para el pago del servicio en Centros de alojamiento para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma de Canarias, en su financiación.

6.6.10.6. Consejo Canario de los Mayores

Este recurso busca ser un instrumento de carácter consultivo y permanente, al igual que facilitar la participación activa de la población de personas mayores en la vida común, y la promoción de sus derechos y su calidad de vida.

Se basa en la siguiente normativa:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y solidaridad entre generaciones.
- * Decreto 240/1997, de 30 de septiembre, por el que se regulan las funciones del Consejo Canario de los Mayores.

6.6.10.7. Comisión Tutelar del Mayor legalmente incapacitado

Tiene por objeto ejercer la protección y guarda de la persona y sus bienes, cuando ésta haya sido declarada incapacitada por Sentencia Judicial firme y la Tutela le sea asignada a la Administración Autonómica.

La legislación a aplicar en este recurso es:

- * Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y de solidaridad entre generaciones.
- * Decreto 100/1998, de 26 de junio, por el que se regula el funcionamiento de la Comisión Tutelar del Mayor legalmente incapacitado.
- * Decreto 231/1998, de 18 de diciembre.

Hay más recursos indirectamente relacionados con las atenciones sociales, sociosanitarias, culturales, de ocio, de participación, etcétera, como, por ejemplo, los Consejos autonómicos, insulares e incluso locales de Servicios Sociales, o las Oficinas, Foros y Plataformas de Voluntariado, que no debemos obviar, ya que constituyen, indudablemente, fuentes y referentes en las Ayudas y Aportaciones hacia y desde la Vejez.

6.6.11. Centros para Mayores en Canarias

A modo de ejemplo de los recursos disponibles, y como síntesis de lo aquí expuesto, a continuación mostramos los Centros para Mayores autorizados en las Islas en la actualidad.

A fecha de 1 de marzo de 2007 esta es la relación de Centros residenciales, tipos y plazas existentes en Canarias.

En Gran Canaria hay 12 Centros de Mayores autorizados, repartidos entre 9 municipios. De las casi 800 Personas Mayores (791, para ser exactos), la mayoría de las plazas son de Atención Social (425), seguidas por los de Atención Diurna (232) y de Asistencia Sociosanitaria (134).

TABLA 6.113. CENTROS PARA MAYORES EN GRAN CANARIA, TIPOS Y PLAZAS

MUNICIPIO	CENTROS	TIPOS/PLAZAS
AGÜIMES	1	D 0 SS 0 S 60 T 60
ARTENARA	1	D 0 SS 0 S 11 T 11
GÁLDAR	1	D 10 SS 0 S 48 T 58
INGENIO	2	D 25 SS 28 S 0 T 53
LA ALDEA DE SAN NICOLÁS	1	D 12 SS 0 S 0 T 12
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	2	D 40 SS 90 S 113 T 243
MOYA	1	D 0 SS 16 S 8 T 24
TELDE	2	D 125 SS 0 S 172 T 297
VALLESECO	1	D 20 SS 0 S 13 T 33
TOTAL ISLA DE GRAN CANARIA	12	D 232 SS 134 S 425 T 791

D= Día. SS= Sociosanitario. S= Social. T= Total. **Fuente:** Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias

En la Isla de Tenerife, según los datos que refleja la tabla 6.114, de las 1.759 Personas Mayores atendidas, la inmensa mayoría lo es en Centros de Atención Social (1.294). El segundo grupo numérico, a diferencia de Gran Canaria, lo constituye quienes son acogidos en Centros sociosanitarios (315) y no los de Centro Diurno (150). Seguramente esta diferencia viene explicada por el mayor peso específico de Personas Mayores existente en la provincia occidental.

TABLA 6.114. CENTROS PARA MAYORES EN TENERIFE

MUNICIPIO	CENTROS	TIPOS/PLAZAS
ARAFO	1	D 25 SS 0 S 35 T 60
BUENAVISTA DEL NORTE	1	D 20 SS 0 S 19 T 39
EL SAUZAL	1	D 0 SS 0 S 112 T 112
ICOD DE LOS VINOS	1	D 0 SS 0 S 28 T 28
LA GUANCHA	1	D 0 SS 0 S 30 T 30
LA LAGUNA	3	D 20 SS 0 S 44 T 64
LA OROTAVA	1	D 0 SS 0 S 12 T 12
LA VICTORIA DE ACENTEJO	1	D 25 SS 0 S 0 T 25
PUERTO DE LA CRUZ	3	D 0 SS 0 S 595 T 595
SANTA CRUZ DE TENERIFE	11	D 60 SS 229 S 385 T 674
TACORONTE	1	D 0 SS 86 S 6 T 92
TEGUESTE	1	D 0 SS 0 S 40 T 40
TOTAL ISLA DE TENERIFE	26	D 150 SS 315 S 1294 T 1759

D= Día. SS= Sociosanitario. S= Social. T= Total. **Fuente:** Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias

TABLAS ANEXAS AL CAPÍTULO 6. MONOGRÁFICO 2. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CANARIAS

TABLA 6.4. POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS DE ESPAÑA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2005.

Comunidades Autónomas	De 65 a 79 años		De 80 años y más		Total 65 años y más		Total población
	Población	%	Población	%	Población	%	
Andalucía	880.563	11,22	264.793	3,37	1.145.356	14,59	7.849.799
Aragón	184.781	14,56	75.592	5,96	260.373	20,52	1.269.027
Asturias	170.808	15,86	65.469	6,08	236.277	21,95	1.076.635
Baleares	99.197	10,09	35.499	3,61	134.696	13,70	983.131
Canarias	186.165	9,46	51.721	2,63	237.886	12,09	1.968.280
Cantabria	75.632	13,45	29.580	5,26	105.212	18,71	562.309
Castilla y León	397.453	15,83	169.015	6,73	566.468	22,56	2.510.849
Castilla-La Mancha	258.004	13,62	98.507	5,20	356.511	18,82	1.894.667
Cataluña	842.363	12,04	308.361	4,41	1.150.724	16,45	6.995.206
Comunidad Valenciana	570.502	12,16	181.259	3,86	751.761	16,02	4.692.449
Extremadura	153.801	14,19	53.086	4,90	206.887	19,09	1.083.879
Galicia	424.176	15,36	162.961	5,90	587.137	21,26	2.762.198
Madrid	628.080	10,53	219.170	3,67	847.250	14,21	5.964.143
Murcia	141.617	10,60	42.075	3,15	183.692	13,75	1.335.792
Navarra	73.519	12,39	30.118	5,07	103.637	17,46	593.472
País Vasco	290.459	13,67	96.850	4,56	387.309	18,23	2.124.846
Rioja (La)	39.613	13,16	15.974	5,31	55.587	18,46	301.084
Ceuta	6.704	8,91	1.691	2,25	8.395	11,15	75.276
Melilla	5.611	8,57	1.498	2,29	7.109	10,86	65.488
Total	5.429.048	12,31	1.903.219	4,31	7.332.267	16,62	44.108.530

(1) Porcentajes sobre el total de población de cada Comunidad Autónoma.

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005.

TABLA 6.24. POBLACIÓN MAYOR DE LANZAROTE, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Arrecife	1.368	1.611	2.979	309	562	871	1.677	2.173	3.850	27.724	26.196	53.920
Haría	274	299	573	73	107	180	347	406	753	2.563	2.331	4.894
San Bartolomé	364	410	774	79	132	211	443	542	985	9.042	8.410	17.452
Tequise	559	556	1.115	108	158	266	667	714	1.381	8.088	7.736	15.824
Tías	545	494	1.039	76	137	213	621	631	1.252	8.775	8.075	16.850
Tinajo	174	210	384	38	75	113	212	285	497	2.784	2.474	5.258
Yaiza	283	212	495	41	42	83	324	254	578	4.952	3.889	8.841
TOTAL	3.567	3.792	7.359	724	1.213	1.937	4.291	5.005	9.296	63.928	59.111	123.039

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.25. POBLACIÓN MAYOR DE FUERTEVENTURA, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antigua	195	156	351	38	59	97	233	215	448	4.257	3.321	7.578
Betancuria	40	44	84	18	30	48	58	74	132	372	366	738
Oliva (La)	394	382	776	79	95	174	473	477	950	9.419	7.854	17.273
Pájara	367	319	686	42	69	111	409	388	797	10.211	7.962	18.173
Puerto del Rosario	620	691	1.311	160	264	424	780	955	1.735	15.961	14.402	30.363
Tuineje	376	382	758	84	113	197	460	495	955	6.671	5.846	12.517
TOTAL	1.992	1.974	3.966	421	630	1.051	2.413	2.604	5.017	46.891	39.751	86.642

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.26. POBLACIÓN MAYOR DE GRAN CANARIA, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Agaete	340	369	709	71	138	209	411	507	918	2.858	2.748	5.606
Agüimes	775	889	1.664	133	234	367	908	1.123	2.031	13.165	12.376	25.541
Aldea (La)	486	546	1.032	97	143	240	583	689	1.272	4.260	4.039	8.299
Artenara	131	103	234	19	27	46	150	130	280	728	658	1.386
Arucas	1.647	1.836	3.483	320	509	829	1.967	2.345	4.312	17.226	17.019	34.245
Firgas	401	406	807	73	120	193	474	526	1.000	3.676	3.503	7.179
Gáldar	1.251	1.356	2.607	242	392	634	1.493	1.748	3.241	11.658	11.543	23.201
Ingenio	967	1.143	2.110	170	307	477	1.137	1.450	2.587	13.896	13.412	27.308
Mogán	652	606	1.258	118	128	246	770	734	1.504	8.525	7.428	15.953
Moya	537	569	1.106	118	170	288	655	739	1.394	3.944	3.857	7.801
Palmas de G.C. (Las)	17.504	22.251	39.755	3.709	7.428	11.137	21.213	29.679	50.892	185.494	193.134	378.628
San Bartolomé de Tirajana	1.707	1.553	3.260	289	380	669	1.996	1.933	3.929	24.249	22.179	46.428
Santa Brígida	809	889	1.698	178	262	440	987	1.151	2.138	9.384	9.422	18.806
Santa Lucía de Tirajana	1.471	1.735	3.206	281	421	702	1.752	2.156	3.908	28.714	27.554	56.268
Santa María de Guía	795	948	1.743	219	285	504	1.014	1.233	2.247	7.024	7.062	14.086
Tejeda	187	182	369	56	79	135	243	261	504	1.226	1.115	2.341
Telde	3.439	3.941	7.380	700	1.164	1.864	4.139	5.105	9.244	48.397	48.150	96.547
Teror	710	805	1.515	133	223	356	843	1.028	1.871	6.164	6.025	12.189
Valsequillo	361	361	722	77	111	188	438	472	910	4.429	4.230	8.659
Valleseco	283	319	602	69	87	156	352	406	758	2.135	1.920	4.055
Vega de San Mateo	420	429	849	107	150	257	527	579	1.106	4.016	3.705	7.721
TOTAL	34.873	41.236	76.109	7.179	12.758	19.937	42.052	53.994	96.046	401.168	401.079	802.247

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.27. POBLACIÓN MAYOR DE TENERIFE, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Adeje	986	927	1.913	173	238	411	1.159	1.165	2.324	17.711	16.011	33.722
Arafo	325	391	716	103	154	257	428	545	973	2.558	2.718	5.276
Arico	449	424	873	109	148	257	558	572	1.130	3.705	3.454	7.159
Arona	2.250	2.018	4.268	370	479	849	2.620	2.497	5.117	34.305	31.245	65.550
Buenavista del Norte	325	383	708	101	130	231	426	513	939	2.720	2.580	5.300
Candelaria	878	1.039	1.917	171	243	414	1.049	1.282	2.331	10.283	10.345	20.628
Fasnia	213	240	453	58	100	158	271	340	611	1.364	1.307	2.671
Garachico	363	431	794	93	143	236	456	574	1.030	2.808	2.874	5.682
Granadilla de Abona	1.032	1.114	2.146	216	322	538	1.248	1.436	2.684	17.219	15.988	33.207
Guancha (La)	296	380	676	68	118	186	364	498	862	2.640	2.748	5.388
Guía de Isora	825	822	1.647	154	260	414	979	1.082	2.061	9.497	9.225	18.722
Güimar	921	1.130	2.051	211	373	584	1.132	1.503	2.635	8.148	8.341	16.489
Icod de los Vinos	1.212	1.452	2.664	246	426	672	1.458	1.878	3.336	12.062	12.228	24.290
Laguna (La)	5.959	7.513	13.472	1.279	2.290	3.569	7.238	9.803	17.041	69.858	71.769	141.627
Matanza de Acentejo (La)	390	435	825	90	124	214	480	559	1.039	3.961	3.845	7.806
Orotava (La)	1.862	2.210	4.072	349	704	1.053	2.211	2.914	5.125	19.914	20.441	40.355
Puerto de la Cruz	1.958	2.262	4.220	431	810	1.241	2.389	3.072	5.461	14.832	15.781	30.613
Realejos (Los)	1.727	1.983	3.710	313	574	887	2.040	2.557	4.597	17.998	18.245	36.243
Rosario (El)	571	568	1.139	99	161	260	670	729	1.399	8.387	7.637	16.024
San Juan de la Rambla	266	313	579	58	107	165	324	420	744	2.520	2.561	5.081
San Miguel de Abona	435	413	848	88	126	214	523	539	1.062	6.016	5.721	11.737
Santa Cruz de Tenerife	10.139	13.794	23.933	2.544	5.141	7.685	12.683	18.935	31.618	106.896	114.671	221.567
Santa Úrsula	555	628	1.183	111	164	275	666	792	1.458	6.331	6.301	12.632
Santiago del Teide	1.052	892	1.944	256	252	508	1.308	1.144	2.452	5.663	5.549	11.212
Sauzal (El)	427	477	904	87	152	239	514	629	1.143	4.146	4.171	8.317
Silos (Los)	450	501	951	143	165	308	593	666	1.259	2.749	2.748	5.497
Tacoronte	1.038	1.149	2.187	204	351	555	1.242	1.500	2.742	11.222	11.162	22.384
Tanque (El)	211	222	433	27	75	102	238	297	535	1.550	1.546	3.096
Tegueste	481	536	1.017	96	156	252	577	692	1.269	5.089	5.190	10.279
Victoria de Acentejo (La)	426	522	948	77	134	211	503	656	1.159	4.182	4.211	8.393
Vilaflor	109	121	230	41	67	108	150	188	338	987	943	1.930
TOTAL	38.131	45.290	83.421	8.366	14.687	23.053	46.497	59.977	106.474	417.321	421.556	838.877

Fuente: Inbase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.28. POBLACIÓN MAYOR DE LA GOMERA, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Agulo	113	139	252	26	54	80	139	193	332	589	618	1.207
Alajeró	123	119	242	28	43	71	151	162	313	1.042	912	1.954
Hermigua	157	190	347	55	88	143	212	278	490	1.087	1.055	2.142
San Sebastián	370	456	826	87	154	241	457	610	1.067	4.284	4.161	8.445
Valle Gran Rey	291	305	596	76	121	197	367	426	793	2.464	2.393	4.857
Vallehermoso	312	354	666	104	160	264	416	514	930	1.603	1.538	3.141
TOTAL	1.366	1.563	2.929	376	620	996	1.742	2.183	3.925	11.069	10.677	21.746

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.29. POBLACIÓN MAYOR DE LA PALMA, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Barlovento	221	223	444	60	111	171	281	334	615	1.274	1.233	2.507
Breña Alta	362	416	778	88	136	224	450	552	1.002	3.483	3.556	7.039
Breña Baja	212	254	466	51	90	141	263	344	607	2.184	2.171	4.355
Fuencaliente	122	157	279	54	77	131	176	234	410	980	933	1.913
Garafía	176	196	372	76	91	167	252	287	539	987	937	1.924
Llanos de Aridane (Los)	1.077	1.272	2.349	299	475	774	1.376	1.747	3.123	9.833	10.045	19.878
Paso (El)	463	488	951	144	239	383	607	727	1.334	3.763	3.641	7.404
Puntagorda	118	120	238	46	76	122	164	196	360	907	888	1.795
Puntallana	158	215	373	65	75	140	223	290	513	1.202	1.222	2.424
San Andrés y Sauces	377	423	800	94	189	283	471	612	1.083	2.588	2.498	5.086
Santa Cruz de La Palma	878	1.171	2.049	267	535	802	1.145	1.706	2.851	8.721	9.067	17.788
Tzacorte	364	454	818	125	215	340	489	669	1.158	2.933	2.902	5.835
Tijarafe	199	204	403	51	96	147	250	300	550	1.379	1.334	2.713
Villa de Mazo	310	339	649	123	203	326	433	542	975	2.319	2.272	4.591
TOTAL	5.037	5.932	10.969	1.543	2.608	4.151	6.580	8.540	15.120	42.553	42.669	85.252

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.30. POBLACIÓN MAYOR DE EL HIERRO, POR MUNICIPIOS, GRUPOS DE EDAD Y SEXO. AÑO 2005.

	De 65 a 79 años			De 80 años y más			Total 65 años y más			Total población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Frontera	399	373	772	128	198	326	527	571	1.098	2.810	2.760	5.570
Valverde	299	341	640	114	156	270	413	497	910	2.490	2.417	4.907
TOTAL	698	714	1.412	242	354	596	940	1.068	2.008	5.300	5.177	10.477

Fuente: Inebase. Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2005. Elaboración propia.

TABLA 6.36. DEFUNCIONES DE LA POBLACIÓN MAYOR DE CANARIAS SEGÚN SEXO E ISLA DE RESIDENCIA. AÑOS 2003, 2004 Y 2005.

	Año 2003*			Año 2004*			Año 2005 (p)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lanzarote	353	201	152	325	172	153	379	195	184
Fuerteventura	191	109	82	104	68	36	157	95	62
Gran Canaria	3.903	1.969	1.934	3.987	2.014	1.973	4.099	2.089	2.010
Tenerife	4.093	2.074	2.019	4.152	2.061	2.091	4.280	2.142	2.138
La Gomera	132	63	69	133	70	63	136	68	68
La Palma	541	272	269	569	268	301	554	273	281
El Hierro	77	43	34	77	45	32	69	35	34
Canarias	9.290	4.731	4.559	9.347	4.698	4.649	9.674	4.897	4.777

(*) Falta de información de los Registros Civiles de los municipios de Antigua (2004), Puerto del Rosario (2004), Yaiza (2004) y Arona (2003 y 2004).

(p) Dato provisional.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

TABLA 6.38. NIVEL DE ESTUDIOS DE LA POBLACIÓN DE CANARIAS DE 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ISLA DE RESIDENCIA. AÑO 2001.

	Canarias	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
No sabe leer o escribir	28.850 (14,36%)	1.180 (15,92%)	639 (16,69%)	11.785 (14,02%)	13.334 (15,30%)	703 (21,39%)	1.025 (7,60%)	184 (10,64%)
Menos de 5 años de escolarización	77.193 (38,41%)	2.962 (39,96%)	1.649 (43,07%)	32.800 (39,02%)	31.254 (35,86%)	1.576 (47,95%)	6.023 (44,64%)	929 (53,70%)
Sin completar bachiller elemental ESO o EGB	56.059 (27,90%)	2.021 (27,26%)	998 (26,06%)	23.236 (27,65%)	23.856 (27,37%)	784 (23,85%)	4.669 (34,61%)	495 (28,61%)
Bachiller elemental ESO o EGB completa	21.302 (10,60%)	694 (9,36%)	273 (7,13%)	8.666 (10,31%)	10.391 (11,92%)	122 (3,71%)	1.083 (8,03%)	73 (4,22%)
Bachiller superior BUP/LOGSE COU/PREU	7.664 (3,81%)	234 (3,16%)	126 (3,29%)	3.346 (3,98%)	3.577 (4,10%)	64 (1,95%)	303 (2,25%)	14 (0,81%)
FPI, FP grado medio Oficialía industrial	1.012 (0,50%)	39 (0,53%)	27 (0,71%)	463 (0,55%)	444 (0,51%)	1 (0,03%)	34 (0,25%)	4 (0,23%)
FPII, FP grado superior Maestría industrial	1.290 (0,64%)	60 (0,81%)	24 (0,63%)	635 (0,76%)	510 (0,59%)	4 (0,12%)	49 (0,36%)	8 (0,46%)
Diplomatura Arquitectura Ingeniería Técnica	4.039 (2,01%)	133 (1,79%)	45 (1,18%)	1.780 (2,12%)	1.878 (2,15%)	22 (0,67%)	166 (1,23%)	15 (0,87%)
Licenciatura Arquitectura Ingeniería Superior	3.064 (1,52%)	69 (0,93%)	45 (1,18%)	1.184 (1,41%)	1.624 (1,86%)	10 (0,30%)	128 (0,95%)	4 (0,23%)
Doctorado	481 (0,24%)	21 (0,28%)	3 (0,08%)	155 (0,18%)	286 (0,33%)	1 (0,03%)	11 (0,08%)	4 (0,23%)
Total	200.954 (100%)	7.413 (100%)	3.829 (100%)	84.050 (100%)	87.154 (100%)	3.287 (100%)	13.491 (100%)	1.730 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población y Viviendas 2001.

TABLA 6.39. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS HOMBRES DE 65 AÑOS Y MÁS SEGÚN ISLA DE RESIDENCIA. CANARIAS, AÑO 2001.

	Canarias	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
No sabe leer o escribir	9.387 (10,74%)	432 (12,79%)	248 (13,58%)	3.804 (10,38%)	4.168 (11,10%)	229 (15,89%)	432 (7,53%)	74 (9,41%)
Menos de 5 años de escolarización	32.785 (37,52%)	1.312 (38,85%)	806 (44,14%)	13.940 (38,03%)	13.101 (34,88%)	716 (49,69%)	2.501 (43,57%)	409 (52,04%)
Sin completar bachiller elemental ESO o EGB	24.335 (27,85%)	949 (28,10%)	460 (25,19%)	10.035 (27,38%)	10.390 (27,66%)	366 (25,40%)	1.905 (33,19%)	230 (29,26%)
Bachiller elemental ESO o EGB completa	10.097 (11,56%)	338 (10,01%)	143 (7,83%)	4.077 (11,12%)	4.931 (13,13%)	64 (4,44%)	500 (8,71%)	44 (5,60%)
Bachiller superior BUP/LOGSE COU/PREU	4.290 (4,91%)	130 (3,85%)	79 (4,33%)	1.960 (5,35%)	1.921 (5,11%)	43 (2,98%)	148 (2,58%)	9 (1,15%)
FPI, FP grado medio Oficialía industrial	614 (0,70%)	21 (0,62%)	14 (0,77%)	296 (0,81%)	265 (0,71%)	0 (0,00%)	18 (0,31%)	0 (0,00%)
FPII, FP grado superior Maestría industrial	958 (1,10%)	46 (1,36%)	16 (0,88%)	493 (1,35%)	362 (0,96%)	4 (0,28%)	31 (0,54%)	6 (0,76%)
Diplomatura Arquitectura Ingeniería Técnica	2.160 (2,47%)	74 (2,19%)	23 (1,26%)	978 (2,67%)	975 (2,60%)	12 (0,83%)	91 (1,59%)	7 (0,89%)
Licenciatura Arquitectura Ingeniería Superior	2.339 (2,68%)	59 (1,75%)	34 (1,86%)	931 (2,54%)	1.200 (3,19%)	6 (0,42%)	105 (1,83%)	4 (0,51%)
Doctorado	416 (0,48%)	16 (0,47%)	3 (0,16%)	138 (0,38%)	246 (0,65%)	1 (0,07%)	9 (0,16%)	3 (0,38%)
Total	87.381 (100%)	3.377 (100%)	1.826 (100%)	36.652 (100%)	37.559 (100%)	1.441 (100%)	5.740 (100%)	786 (100%)

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población y Viviendas 2001.

TABLA 6.40. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES DE 65 AÑOS Y MÁS SEGÚN ISLA DE RESIDENCIA. CANARIAS, AÑO 2001.

	Canarias	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
No sabe leer o escribir	19.463 (17,14%)	748 (18,53%)	391 (19,52%)	7.981 (16,84%)	9.166 (18,48%)	474 (25,68%)	593 (7,65%)	110 (11,65%)
Menos de 5 años de escolarización	44.408 (39,10%)	1.650 (40,88%)	843 (42,09%)	18.860 (39,79%)	18.153 (36,60%)	860 (46,59%)	3.522 (45,44%)	520 (55,08%)
Sin completar bachiller elemental ESO o EGB	31.724 (27,93%)	1.072 (26,56%)	538 (26,86%)	13.201 (27,85%)	13.466 (27,15%)	418 (22,64%)	2.764 (35,66%)	265 (28,07%)
Bachiller elemental ESO o EGB completa	11.205 (9,87%)	356 (8,82%)	130 (6,49%)	4.589 (9,68%)	5.460 (11,01%)	58 (3,14%)	583 (7,52%)	29 (3,07%)
Bachiller superior BUP/LOGSE COU/PREU	3.374 (2,97%)	104 (2,58%)	47 (2,35%)	1.386 (2,92%)	1.656 (3,34%)	21 (1,14%)	155 (2,00%)	5 (0,53%)
FPI, FP grado medio Oficialía industrial	398 (0,35%)	18 (0,45%)	13 (0,65%)	167 (0,35%)	179 (0,36%)	1 (0,05%)	16 (0,21%) (0,23%)	4 (0,42%)
FPII, FP grado superior Maestría industrial	332 (0,29%)	14 (0,35%)	8 (0,40%)	142 (0,30%)	148 (0,30%)	0 (0,00%)	18 (0,97%) (0,30%)	2 (0,21%)
Diplomatura Arquitectura Ingeniería Técnica	1.879 (1,65%)	59 (1,46%)	22 (1,10%)	802 (1,69%)	903 (1,82%)	10 (0,54%)	75 (0,97%)	8 (0,85%)
Licenciatura Arquitectura Ingeniería Superior	725 (0,64%)	10 (0,25%)	11 (0,55%)	253 (0,53%)	424 (0,85%)	4 (0,22%)	23 (0,30%)	0 (0,00%)
Doctorado	65 (0,06%)	5 (0,12%)	0 (0,00%)	17 (0,04%)	40 (0,08%)	0 (0,00%)	2 (0,03%)	1 (0,11%)
Total	113.573 (100%)	4.036 (100%)	2.003 (100%)	47.398 (100%)	49.595 (100%)	1.846 (100%)	7.751 (100%)	944

(1) Porcentajes sobre el total de cada columna.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población y Viviendas 2001.