



# REVISTA PRISMA SOCIAL N° 50

## REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES PARA UN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

3ER TRIMESTRE, JULIO 2025 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 3-31

RECIBIDO: 24/4/2025 – ACEPTADO: 28/7/2025

### POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO EN CASTILLA-LA MANCHA: SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS PENDIENTES

### AGING POLICIES IN CASTILLA-LA MANCHA: CURRENT SITUATION AND PENDING CHALLENGES

---

PATRICIA FERNÁNDEZ DE CASTRO / PATRICIA.FERNANDEZ@UCLM.ES

UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA

EDUARDO DÍAZ-HERRAIZ / EDUARDO.DIAZ@UCLM.ES

UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA

ORLANDA DÍAZ-GARCÍA / ORLANDA.DIAZ@UCLM.ES

UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA

ESTE ARTÍCULO PRESENTA RESULTADOS DE UNA INVESTIGACIÓN FINANCIADA A TRAVÉS DEL PROYECTO I+D+I “PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE CASTILLA-LA MANCHA. ESTUDIO CUALITATIVO”, CON UNA FINANCIACIÓN DE 6.413 € DE LA RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL, A TRAVÉS DEL CONVENIO DE INVESTIGACIÓN I+D+I (REF. 200406CONV) DESARROLLADO EN LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA.



prisma  
social  
revista  
de ciencias  
sociales

## RESUMEN

Una de las líneas prioritarias de las políticas de envejecimiento, en el contexto actual, se centra en los programas de envejecimiento activo. Esta investigación explora la percepción sobre la idoneidad de dichas políticas en materia de recursos y programas sociales para personas adultas mayores en Castilla-La Mancha. Desde una metodología de corte cualitativo, se utilizan la técnica de entrevista a informantes clave y el grupo de discusión de personas de 55 a 64 años. Las categorías de análisis diseñadas versan sobre la situación actual y la proyección en 10 años. Las principales conclusiones muestran un perfil heterogéneo de este grupo etario, con necesidades diversas a las que no se está dando respuesta por la idea estereotipadora que se tiene de la vejez. El discurso sobre los recursos y programas dirigidos a personas mayores se fragmenta según el nivel de actividad y el socioeducativo de la población, pero todos coinciden en señalar la estigmatización de los recursos especializados para mayores, las dificultades de acceso según las características del entorno y su demanda de respuestas ante las necesidades reales actuales. Se proponen políticas públicas que compilen la diversidad de perfiles de este grupo poblacional, que permitan decidir libremente su opción de autocuidado.

## PALABRAS CLAVE

*Envejecimiento activo; políticas públicas; vejez; servicios; recursos.*

## ABSTRACT

One of the priority areas of aging policies in the current context focuses on active aging programs. This study examines perceptions of the adequacy of these policies in terms of social resources and programs for older adults in Castilla-La Mancha. Using a qualitative research approach, data were collected through key informant interviews and a focus group with participants aged 55 to 64. The analytical categories were designed to assess both the current situation and the expected developments over the next ten years. The findings reveal a diverse profile within this age group, with a range of unmet needs persisting due to dominant stereotypical views of old age. Discourse on resources and programs for older adults is fragmented based on levels of activity and socio-educational background. However, all participants emphasize the stigmatization of specialized services for older people, environmental barriers to access, and the need for policies that address their real and current needs. This study advocates for public policies that recognize the diversity within this population group and support their autonomy in making decisions about self-care.

## KEYWORDS

*Active aging; public policy; old age; services; resources.*

## 1. INTRODUCCIÓN

El propósito de la investigación, cuyos resultados se exponen en este artículo ha sido a) indagar en la utilización actual de recursos y programas destinados a personas mayores y la proyección futura de uso en Castilla-La Mancha y b) mostrar cuál es la visión experta sobre las actuales políticas de envejecimiento en la región vinculadas a dichos recursos.

Se parte de la premisa que para mejorar la atención al adulto mayor es necesario fortalecer las políticas públicas, invirtiendo en recursos (programas, servicios y profesionales) para la atención de este segmento de población (Díaz-Tendero y Ruano, 2023; Molina y Camino, 2024). Las políticas públicas actuales presentan carencias en el abordaje de las necesidades de las personas mayores al presentar sus problemáticas de forma limitada y presentando deficiencias en cobertura y efectividad. Los debates teóricos actuales destacan la importancia de un enfoque basado en derechos humanos para garantizar que las políticas de envejecimiento respeten los derechos de las personas mayores, alejándolas de la discriminación y promoviendo su participación activa. Los actos de discriminación por razón de edad son considerados violaciones a los derechos humanos que afectan directamente el proceso de envejecimiento (Díaz-Tendero y Cruz-Martínez, 2023; Huenchuan, 2018).

### 1.1. POLÍTICA INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE PERSONAS MAYORES

Desde que en el año 1982 se adoptara el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, Asamblea General, 1982) se sentaron las bases para la formulación de políticas y programas internacionales sobre el envejecimiento. Con el impulso de la OMS en 2002 (Organización Mundial de la Salud, 2002), la estrategia de envejecimiento activo comienza a cobrar importancia priorizando tanto el envejecimiento saludable como la participación social y la formación continua de las personas adultas mayores. En la actualidad, el plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020) se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, Asamblea General, 2015) con el fin de reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores.

En el ámbito nacional, además de la implementación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Gobierno de España, 2006), otros instrumentos como la Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad adoptada en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud 2014-2020, ampliado hasta el actual 2025 (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2025) abordan la detección, prevención y tratamiento de la fragilidad en las personas mayores. Por otra parte, el proyecto de Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021, aprobado por el Consejo Estatal de Personas Mayores en 2017 (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2017) y en cumplimiento de diversas disposiciones de la UE (Unión Europea)<sup>1</sup> sobre

<sup>1</sup> Son los casos de la Declaración del Consejo de la Unión Europea (EPSCO) de 6 de diciembre de 2012 y en la Comunicación de la Comisión Europea de 20 de febrero de 2013, en la que se insta a los Estados miembros a que sigan las Orientaciones que han de guiar el envejecimiento activo y la solidaridad entre las generaciones, elaboradas conjuntamente por los Comités de Empleo y Protección Social de la Unión

envejecimiento activo, marca el rumbo de actuación para cubrir todas las necesidades y demandas de la población mayor en sus aspectos vitales.

## 1.2. POLÍTICAS EN CASTILLA-LA MANCHA: RECURSOS DISPONIBLES

En lo que se refiere al ámbito territorial concreto de Castilla-La Mancha las políticas públicas se enfrentan a desafíos específicos relacionados con la financiación, la adaptación a las necesidades cambiantes y la sostenibilidad a largo plazo. Para un mejor planteamiento en su abordaje cabe presentar la dimensión normativa y programática de este ámbito territorial.

Castilla-La Mancha tiene competencias exclusivas en materia de asistencia social y servicios sociales (art. 31.1.20º del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha). Así la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, en su Título III, desarrolla un catálogo de prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Primaria garantizadas entre las que se incluye la atención a personas con discapacidad y personas mayores (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2010).

El Gobierno de Castilla-La Mancha ha destacado dos líneas prioritarias de actuación con las personas mayores de la región, una relacionada con el desarrollo de recursos para la atención a las personas mayores dependientes en comunidad, otra vinculada al establecimiento de programas envejecimiento activo adaptados a los nuevos perfiles y situaciones sociales de las personas mayores (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2023). Según se presenta, los contenidos de estas dos líneas se encuadran en la adaptación/preparación a la jubilación, la promoción de la autonomía personal y prevención de dependencias, la formación a lo largo del ciclo vital, promoción de hábitos saludables y deportivos y acceso a las nuevas tecnologías.

El Decreto 2/2022, de 18 de enero, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2022) desarrolla la tipología de centros de atención a personas mayores, diferenciando entre recursos de atención comunitaria residenciales (residencias y viviendas y apartamentos) y no residenciales (Centros de Día, Centros de Noche, Centros de Mayores y otros centros de alojamiento, estancia o convivencia).

Por otra parte, dentro del Marco de Actuación del Envejecimiento Activo en Castilla-La Mancha (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2025) se pretende la atención integral de necesidades (psico-físicas y sociales) de nuestros mayores desde un enfoque centrado en la persona e incluso mediante recursos, servicios y actuaciones de promoción del envejecimiento activo, de prevención de la dependencia y de protección de los derechos y de calidad. Se organiza en tres ejes de actuación que son desarrollados a partir de diversos programas. Los ejes son: Envejecimiento Activo y Saludable; Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía; y Protección de los Derechos y Calidad de la Atención.

---

Europea, con motivo del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012.

### 1.3. USO DE LOS RECURSOS ESPECIALIZADOS PARA LA POBLACIÓN MAYOR CASTELLANOMANCHEGA

Con la finalidad de dimensionar el uso que la ciudadanía castellanomanchega hace de los recursos especializados para personas mayores, en las siguientes líneas se muestra la utilización de los servicios de Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Mayores, Centros de Día y servicios de Atención Residencial en la región a partir del análisis de los datos publicados por IMSERSO Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE: BASE Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2020. El índice de cobertura del servicio <sup>2</sup>de Teleasistencia en 2020 fue del 15,4% frente a un 10,2% que recibió esta prestación a nivel nacional en el rango de edad de 65 y más años. Si se desagregan los datos de personas usuarias de 65 a 79 años y de 80 y más años, se puede ver que en Castilla-La Mancha lo utiliza el 22,2% de las personas del primer grupo frente a un 77,8% de usuarios de 80 y más años. En cuanto al sexo, el servicio fue mucho más utilizado en la región por mujeres (70%) que por hombres (30%).

La extensión del servicio de Ayuda a Domicilio para personas de 65 y más años es también mayor en Castilla-La Mancha (6%) que en el ámbito nacional (4,9%). También en este caso la utilización es mucho mayor en la región cuanto mayor es la edad (personas usuarias de 65 a 79 años el 28,1%; personas usuarias de 80 y más años el 71,9%). Según el sexo, son las mujeres de 65 y más años quienes más lo utilizan en el contexto regional (67,5% mujeres y 32,5% hombres).

El uso de los Centros de Mayores por la población castellanomanchega (59,1%) es significativamente mayor que el de la población española en su conjunto (44,1%). Si bien, en este caso, son los hombres quienes hacen más uso de este recurso en el ámbito regional (44,4% mujeres; 55,6% hombres).

Es muy similar el índice de cobertura de los Centros de Día entre el contexto regional (1,2%) y el nacional (1,1%), pero es relevante señalar que la oferta de plazas de financiación pública en Castilla-La Mancha (71,6%) es más alto que la oferta del conjunto de España (60,3%) y que los índices de cobertura de los Centros de Día públicos respecto de los privados se diferencian más en la región (cobertura pública el 0,9% y cobertura privada el 0,4%) que en el contexto nacional (cobertura pública 0,7% y cobertura privada 0,4%). Respecto del sexo, las personas usuarias de Centros de Día, mayores de 65 años, en Castilla-La Mancha, es también mayoritariamente femenino (mujeres 69,4%; hombres 30,6%).

Los Servicios de Atención Residencial también fueron más utilizados por la población castellanomanchega (índice de cobertura en Castilla-La Mancha el 7,4%; en España el 4,3%), siendo mayoritariamente los Centros Residenciales donde se concentra tal cobertura.

La cobertura de los Centros Residenciales es también mayor en Castilla-La Mancha (6,9%) que en España (4,2%). También en este supuesto es mayor la oferta pública de Centros Residenciales en Castilla-La Mancha (73,5%) que en el conjunto del territorio español (62,3%) y la diferencia de cobertura entre centros públicos y privados es igualmente más extensa en el

<sup>2</sup> Índice de cobertura:  $(\text{personas usuarias}/\text{población}>65) \times 100$

caso regional (cobertura pública 5,1%; cobertura privada 1,8%) que en el nacional (cobertura pública 2,6%; cobertura privada 1,6%).

El uso de Viviendas para Mayores es mínimo en Castilla-La Mancha (0,4%) e insignificante en el caso nacional (0,1%). Si bien, la oferta de plazas de financiación pública es del 97,4%, mientras que en el conjunto del territorio español esta oferta se reduce al 48,5%, siendo más importante la oferta privada (51,5%).

Con todos lo expuesto la investigación planteó los objetivos que se exponen a continuación.

### **O. General:**

Explorar la utilización que las personas adultas mayores hacen de los recursos, su previsión de futuro y la percepción que tanto ellas como los expertos tienen sobre la adecuación de las políticas públicas en esta materia.

### **O. Específicos:**

1. Indagar sobre la utilización que las personas usuarias hacen de los recursos y la que proyectan hacer en 10 años
2. Conocer la visión experta sobre las actuales políticas públicas sobre estos recursos.
3. Búsqueda de las propuestas en las estrategias básicas de cambio en las futuras políticas.

## **2. DISEÑO Y MÉTODO**

La tendencia al envejecimiento ha favorecido la proliferación de estudios centrados en descubrir aquellos factores con influencia en el desarrollo de un óptimo envejecimiento de las personas. Las investigaciones sobre envejecimiento activo nos vienen mostrando una actualización del concepto para el que se centran, además de en la salud y la seguridad (más vinculados con el envejecimiento saludable), en la participación social y la formación continua como determinantes del envejecimiento activo de las personas adultas mayores (Boulton-Lewis, Buys y Lovie-Kitchin, 2006; Cambero y Baigorri, 2018; Dench y Regan, 2000; Herranz, Lirio, Portal y Arias, 2013; Walker, 2002). Según esto, las dos cuestiones más relevantes de ese compromiso activo con la vida son las relaciones interpersonales y la actividad productiva, entendida la actividad con un componente social y que es significativa para las personas. Un envejecimiento satisfactorio, pues, guarda relación no solo con el bienestar físico sino también con el subjetivo y con la sensación de estar viviendo una vida satisfactoria (VanderWeele, 2017; Steptoe y Fancourt, 2019). Así, las políticas de envejecimiento, en el contexto actual, plantean dos líneas prioritarias de actuación con las personas adultas mayores, una relacionada con el desarrollo de recursos para la atención a las personas dependientes en comunidad, otra vinculada al establecimiento de programas de envejecimiento activo adaptados a los nuevos perfiles y situaciones sociales de las personas mayores.

Desde esta perspectiva del objeto de estudio, para dar respuesta a los objetivos marcados se ha utilizado una metodología cualitativa a partir del análisis de los discursos obtenidos a través de grupos de discusión y entrevistas en profundidad. Todo ello llevado a cabo entre los meses de octubre de 2021 y enero de 2022.

Se realizaron entrevistas en profundidad a informantes clave de la región. Para los criterios de selección se tuvo en cuenta su trayectoria vinculada a la gestión de políticas específicas para personas mayores en el ámbito de la Administración Pública y en el Tercer Sector y controlando la variable sexo. Teniendo en cuenta la trayectoria profesional de cada uno/a de los/as entrevistados/as, las categorías de análisis se ordenaron en torno a las características de las políticas de envejecimiento actuales y los retos y cambios percibidos como necesarios de cara al futuro. Se realizó un total de siete entrevistas con los siguientes perfiles:

- E1. Mujer, política
- E2. Hombre, política
- E3. Hombre, política
- E4. Hombre, tercer sector
- E5. Mujer, tercer sector
- E6. Mujer, tercer sector
- E7. Hombre, tercer sector

Por otro lado, en los grupos de discusión el discurso se centra en su tránsito a la vejez, esto es, el análisis de su situación actual y proyección futura (en 10 años) sobre estilo de vida vinculado al uso de los recursos públicos destinados a personas mayores. Las categorías de análisis de los grupos de discusión giran en torno a la vida cotidiana, desarrollo personal, relaciones sociales y cuidados. El trabajo de campo recogió la información de tres grupos de discusión formados por población castellanomanchega de edades comprendidas entre los 55 y los 64 años, característica que nos sitúa en la proyección que hacen sobre las políticas de envejecimiento personas próximas al grupo etario objeto de análisis, esto es, las personas adultas mayores. La muestra se obtuvo en función de la saturación de perfiles para el diseño de los grupos en atención a las siguientes variables: sexo, nivel de estudios, núcleo de población y provincia. Los grupos quedan conformados de la siguiente manera:

- Grupo 1: Municipio rural – Estudios primarios/ESO – Grupo mixto por sexo. (Cuenca).
- Grupo 2: Municipio medio – Estudios primarios/ESO – Mujeres (Albacete)
- Grupo 3: Municipio medio – Estudios superiores/BUP/FP/Maestría – Grupo mixto por sexo (Toledo)

La conducción de las discusiones en los grupos se realizó lanzando inicialmente preguntas muy generales, lo que permitió que surgieran las distintas percepciones y proyecciones de futuro, hasta alcanzar la saturación.

Analizados los datos recogidos de entrevistas y grupos de discusión se utiliza la triangulación de datos (Denzin, 1978) con la finalidad de obtener una mayor riqueza y profundidad para los resultados finales de la investigación.

### 3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

Tal y como se avanza en la propuesta metodológica, el discurso sobre las políticas de envejecimiento del grupo experto se obtiene a partir de entrevistas en profundidad con informantes clave que desarrollan su labor en el ámbito político (E1, E2 y E3) y en el tercer sector (E4, E5, E6 y E7). Se estructura en torno a dos dimensiones: percepción sobre las políticas de envejecimiento actuales y propuestas sobre los retos y cambios necesarios.

En lo referido a los grupos de discusión, con un total de 28 participantes, el análisis se realiza con tres grupos de CLM de diferentes características, seleccionados por sexo, nivel de estudios y ámbito territorial, en la franja de edad de 55 a 65 años.

El grupo GREP-Inactivo, es mixto (compuesto por hombres y mujeres), con un nivel de estudios primario y de ámbito rural (población 1.746 habitantes). Las personas integrantes están en situación de inactividad profesional, aunque los motivos son diferentes, jubilación, jubilación anticipada, incapacidad para la profesión habitual y desempleo de larga duración.

El grupo GUES-Activo, es mixto en cuanto al sexo, sus integrantes tienen un nivel de estudios universitario y el tamaño de hábitat es superior a 50.000 habitantes, denominado municipio grande considerando las características de esta comunidad (84.094 habitantes). Sus integrantes se encuentran en activo, excepto uno recién jubilado.

El grupo GMEP- Inactivo, está integrado por mujeres, con estudios primarios, excepto una profesora y el tipo de hábitat es de ámbito medio (35.984 habitantes). La situación de los participantes está mediatizada por su estado de salud, ya que la mayoría presentan dificultades en este sentido.

En cada grupo se ha querido recoger su situación actual y su proyección futura, cómo se ven dentro de unos 10 años.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. PERCEPCIÓN DEL PANEL EXPERTO SOBRE LAS POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO EN CASTILLA-LA MANCHA

Siguiendo las dos dimensiones ya expuestas los resultados sobre la percepción del grupo experto se estructuran en torno a dos grandes bloques temáticos: percepción sobre las políticas de envejecimiento actuales y propuestas sobre los retos y cambios necesarios.

#### 4.1.1. Características de las políticas de envejecimiento en Castilla-La Mancha

El discurso mayoritario muestra preocupación y señala deficiencias en el Sistema de Dependencia actual y en los servicios asistenciales y de cuidado. El primero de los motivos señalados es la falta de financiación del sistema.

*E3. La parte del Sistema de Dependencia, pues, bueno, hay un déficit de financiación evidente del sistema (...) esto lo que requiere es un pacto de Estado y un pacto de Estado en donde, además, yo entiendo que hay que propiciar que la sociedad reaccione*

*para que le de la misma importancia al Sistema de Dependencia como al Sistema de Pensiones.*

*E4: ... no está tan cubierto por el propio desarrollo del sistema de atención a la dependencia otros servicios que necesitan las personas mayores en relación concretamente con la dependencia, como puede ser la Ayuda a domicilio, creo que es insuficiente tanto en cuanto a cobertura como sobre todo en cuanto a contenidos e intensidades...*

Otra cuestión en la que coinciden ambos perfiles es en la falta de coordinación entre el ámbito sanitario y el social, que convierte el término "socio-sanitario" en un modelo por construir. En este sentido, se enfatiza en la diferencia de objetivo del ámbito sanitario y del ámbito social. El ámbito sanitario mantiene como objetivo prioritario "salvar la vida", pero no la "calidad de vida". Esta orientación lleva a seguir manteniendo un modelo anclado en agudos y, por tanto, en recursos hospitalarios, sin prestar atención a las enfermedades crónicas que requieren servicios de media y larga estancia.

*E3: ...socialmente, además, sigue valorándose más el curar que el cuidar, que es uno de los grandes problemas que tenemos como sociedad (...) Entonces, mientras los perfiles profesionales no se mezclen, será, francamente, muy complicado. En ese sentido, veo con pesimismo, te tengo que decir, el reto del cambio del modelo sanitario. Siguen anclados en modelos de agudos, no de crónicos, siguen anclados en modelos de centros hospitalarios abandonando los centros de media y larga estancia...*

*E4: ...es imprescindible, y más después de lo que hemos visto en la pandemia, que, de una vez por todas, se establezcan programas integrados entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, hay unas ineficiencias tremendas en este sentido en la atención a los mayores y a las personas con discapacidad...*

El perfil político muestra la preocupación por la enfermedad mental y el deterioro cognitivo, entendiendo que es un problema de vital trascendencia al que no se están dando respuestas suficientes y adecuadas. Concretamente la demencia se expone como el problema más importante relacionado con la vejez el mundo desarrollado, pero el modelo actual socio-sanitario no está dando una respuesta eficaz, porque ambos sistemas, el sanitario y el social, son deficitarios:

*E2: no hay recursos en este país para atender lo que se nos viene encima. Y son casos muy complejos de enfermedad. Ni hay psiquiatras. Eso se está manifestando y se trasladará a las personas mayores con el deterioro cognitivo y tal, vamos a tener muchos problemas.*

*E3: para afrontar la demencia tengo que determinar cómo complemento la capacidad, realmente, a las personas con demencia. Y no me valen las herramientas del ámbito de la discapacidad (...) La discapacidad representaba el 15-20% de lo que era la dependencia, y lo representa, y del conjunto de servicios sociales. Pero, claro, cuando incorporas la demencia, ese contexto de discapacidad representa el 80%, entre la discapacidad en general más la demencia (...) es un problema de salud mental y la salud mental es un problema sanitario. Y la sanidad es deficitaria. (...) Entonces, claro, pues al final, ¿Quién se lo come? El sistema de dependencia.*

La diferencia en el discurso entre el perfil político y tercer sector aparece respecto de las políticas de envejecimiento activo. Las personas entrevistadas del ámbito político que mencionan la estrategia de envejecimiento activo lo hacen para valorar positivamente su implementación en la región, asentada en el fomento de la prevención y la promoción de la vida activa de las personas mayores desde un enfoque centrado en los servicios de proximidad a la ciudadanía.

*E1: ... lo vemos en los programas del termalismo, del turismo social, de las rutas senderistas, de los programas de capacitación. Vemos como se vuelcan, como a pesar de lo que ha sido este año y medio largo para ellos, y lo vemos como en el momento que los hemos puesto en marcha, en el momento que hemos vuelto a las presencialidades están a pie del cañón y deseosos y de seguir participando y de vivir.*

Los resultados de las entrevistas del tercer sector cuestionan que se esté potenciando todo lo que debiera la estrategia dirigida al envejecimiento activo. Entienden que no se tienen en cuenta las necesidades reales de las personas en el diseño de programas de envejecimiento activo y hay, por tanto, una falta de adaptación a la realidad de la población mayor.

*E4: yo creo que no está suficientemente potenciado el envejecimiento activo, hasta ahora, la Consejería de Bienestar Social ha enfocado esto desde el punto de vista de programas aislados (...) pero no hay una estrategia de envejecimiento activo autonómico que a mí me parece que debería existir.*

*E5: no he visto una evolución de decir, esto es lo que toca, es más de prestación de servicios que prestación de actividades de una dimensión comunitaria, social, que llegue a la población...*

En cuanto a los recursos y servicios disponibles, desde el tercer sector se señala que el modelo de atención centrado en la persona es todavía un ideal. Se pone como ejemplo el servicio de ayuda a domicilio, que, se encuentra lejos de responder a objetivos dirigidos a la calidad de vida de las personas mayores, no se adapta a sus necesidades.

*E4: y, desde luego, no está enfocada, ni mucho menos, a la atención centrada en la persona que todos tenemos en la boca, pero que para poder hacer efectivo eso nos queda mucho todavía...*

En relación con los centros residenciales, tanto desde el ámbito político como desde el tercer sector se explica que hay una tendencia a la desinstitucionalización. Sobre esta problemática, se añade la necesidad de atención residencial vinculada a problemas de salud mental o deterioro cognitivo. Pero el modelo de atención residencial es muy costoso presupuestariamente y cada vez ingresan personas con mayor edad y con algún tipo de deterioro cognitivo.

*E2: hay determinadas situaciones, de Alzheimer, deterioro cognitivo, o tal o de enfermedad mental que van a necesitar recursos residenciales.*

*E3: uno de cada dos usuarios de las residencias, hoy, tienen demencia.*

Sin embargo, desde el tercer sector se percibe que en Castilla-La Mancha es óptima la cobertura de plazas públicas en residencias, pero se cuestiona que la cobertura en otro tipo de servicios relacionados con los cuidados prestados en el ámbito doméstico, como el servicio de Ayuda a Domicilio, estén siendo los adecuados para el tipo de problemática a la que nos enfrentamos.

*E4: ... creo que somos la segunda comunidad autónoma en número de plazas de residencia, y que estamos por encima de la media estatal, además con una participación pública importante (...). No está tan cubierto por el propio desarrollo del sistema de atención a la dependencia otros servicios que necesitan las personas mayores en relación concretamente con la dependencia, como puede ser la Ayuda a domicilio, creo que es insuficiente tanto en cuanto a cobertura como sobre todo en cuanto a contenidos e intensidades (...). No se adapta ni mucho menos al tipo de persona mayor que tenemos en este momento. Realmente la ayuda a domicilio no está sirviendo suficientemente para evitar que las personas se institucionalicen, es más, a veces, la ayuda a domicilio contribuye a que la institucionalización se adelante porque es una ayuda a domicilio excesivamente rígida, excesivamente despachada al peso, se mide el número de horas y no los resultados objetivos sobre la calidad de vida de la persona...*

Los Centros de Mayores están presentes en el discurso de la mayoría de los resultados de las entrevistas. Desde la perspectiva política, se percibe que los Centros de Mayores han sabido adaptarse al actual contexto, ofreciendo servicios a demanda de los/as usuarios/as y con un funcionamiento dinámico y que ha sabido dar respuesta a las exigencias de la estrategia de envejecimiento activo.

*E1: cada día más estos centros de mayores se han dinamizado mucho más pues los usuarios que vienen a registrarse o hacerse usuario vienen un poco con esas demandas o con esas propuestas en muchos casos que también es muy interesante, el decir ya no vengo yo a ver qué me ofreces tú sino que vengo diciéndote qué cosas quiero demandar*

*E2: Los centros de mayores ahora mismo están funcionando, bueno ahora están sufriendo la pandemia, tuvieron que cerrar, estarán reorganizándose, pero yo creo que estamos a tiempo de recuperar los centros de mayores como focos de acción del envejecimiento activo.*

En el caso de quienes pertenecen al tercer sector, estos centros se valoran como necesarios para la población mayor, aunque son percibidos como recursos muy rígidos y necesitados de una mayor conectividad con el entorno y el resto de los recursos comunitarios.

*E4: su objetivo era la relación social, y le hemos dado una relación social prefabricada, le hemos puesto una mesa de billar, mesas para jugar a las cartas, una pequeña cafetería, una sala con periódicos o con libros, una rondalla, yo creo que las nuevas personas mayores no van por ahí ya, yo creo que cada vez menos...*

*E4: los centros de mayores como tal tienen que cambiar su filosofía y convertirse en centros de carta de servicios y centros de referencia, pero no para ir a estar allí, sino para irradiar actividades o concertar actividades con recursos comunitarios para tener la mayor carta posible abierta...*

En el discurso sobre los Centros de Mayores aparecen reflejadas las diferencias territoriales según el tamaño del hábitat, representadas en centros rurales infrautilizados y con una alta desmotivación del personal y centros urbanos masificados que subsisten del sacrificio y la motivación de los profesionales.

*E7: En los municipios pequeños había muchos centros de mayores infrutilizados, con directores muy desmotivados, con pocas ganas de estar ahí, pero atrapados en la situación que estaban porque no tenían alternativa de crecimiento ni de desarrollo profesional ni nada. (...). En cambio, en las zonas urbanas, centros masificados, como pasa en Albacete, que un centro de mayores tiene cuatro mil y pico de socios.*

En este sentido, la preocupación por la despoblación es una constante. Preocupa el envejecimiento y la pérdida de población en determinadas zonas rurales de la región, así como las políticas que puedan llevarse a cabo para tratar de frenarlo. Se señala que la prestación de servicios en zonas rurales despobladas es más costosa. Respecto de esta cuestión, se habla del tema del transporte como una dificultad más que se le añade a la despoblación.

*E2: (Sierra de Cuenca) se construyeron varias residencias con la idea de fijar población, y al final no fijas población, lo que haces es que la gente vive en Cuenca, va a trabajar a echar sus ocho horas a Cañete, y vuelven a Cuenca donde tienen el inglés para el niño, la piscina, el piano...es decir, ahí soy muy escéptico y ojalá me equivoque, con esas zonas que son mayoritariamente tierras, despobladas, pero están fuera de los circuitos.*

*E2: tienen el mismo derecho de recibir los servicios, por lo cual, hay que prestarle los servicios, son más caros, que si los prestas en Madrid, en Parla o en Alcorcón (...). El transporte no es rentable y es muy complicado acercar los servicios a personas (...). Yo creo que la gente, en el ámbito rural, tiende a pasarlo mal.*

Para finalizar, se repite en ambos perfiles la idea de las dificultades del sistema para dar respuesta a las necesidades reales de las personas mayores. Se advierte en el discurso que hay un gran número de personas vulnerables desde un punto de vista económico y social y cuyas necesidades de atención no están cubiertas por el sistema de dependencia.

*E4: está excesivamente centrado en un modelo muy de servicio rígido, prefabricado, sin tener en cuenta la necesidad de estimular a la persona para que se plantee que quiere hacer y cómo quiere emplear sus años a partir de los 65.*

*E3: en definitiva, lo que se está generando es un modelo en donde, el que no tenga patrimonio, es posible que tenga problemas de cuidados en su última etapa vital (...) el sistema de dependencia expulsa a las personas de clase media y alta.*

#### **4.1.2. Retos y cambios en las políticas de envejecimiento en Castilla-La Mancha**

Existe una coincidencia en el discurso de todos/as los entrevistados/as respecto al propio concepto de vejez y el modelo a implementar más adecuado para esa población: la heterogeneidad del grupo y la idea de una vejez diferente a la de las generaciones anteriores a las que deben adaptarse las políticas dirigidas a mayores, hace que sea preciso pensar en la atención de los distintos perfiles de mayores. Eso solo puede hacerse con un modelo de políticas de envejecimiento centrado en la persona, capaz de atender las diferentes demandas y necesidades de la población. Para conseguirlo, habría que atender a la capacidad de elección de servicios y actividades. Así, son numerosas las referencias a promover recursos que hagan efectiva esa capacidad de elección dentro de un amplio abanico de opciones que dé respuesta al perfil

heterogéneo de personas mayores, en forma de servicios “a la carta”. Si bien, esa elección solo puede funcionar con servicios de proximidad, conectados con el entorno inmediato de la persona y las necesidades específicas de las personas mayores en cada comunidad.

*E1: el perfil de los mayores va a cambiar porque vivimos una vejez muy diferente a la de nuestros padres y abuelos, lo que a nivel de política social un reto de cara a cómo podemos atender esos nuevos gustos o preferencias que van a poder tener los mayores y que sí que vamos viendo ya una nueva tendencia de cambio...*

*E6: otro reto es que se vea la heterogeneidad del grupo, porque habrá unas personas que, si quieren, además, pueden seguir trabajando, evitando esa lucha entre generaciones diciendo “porque este trabaja, porque este no trabaja... porque hay sitio para todo, pero teniendo en cuenta también a las personas que están enfermas y tienen que jubilarse antes.*

*E2: Yo creo que lo que había que hacer es, primero, preguntarles a ellos que quieren, en el segmento entre 55 y 65 años, que quieren e ir organizando las actividades de nuestros cincuenta y cinco centros de mayores y ya luego eso trasladarlo a los hogares y a los centros de mayores ...*

*E5: no te tienen que informar, te tienen que pedir, (...) porque yo luego también pienso, si es que yo no necesito que nadie me planifique mi vida, yo necesito que mis necesidades, la sociedad y la administración, que estamos hablando en este caso, den respuestas...*

*E4: ...deberían de ser una especie de carta en la que la persona pueda elegir, y pueda elaborar un proyecto de a qué se quiere dedicar (...). Los centros de mayores como tal tienen que cambiar su filosofía y convertirse en centros de carta de servicios y centros de referencia...*

Las políticas de envejecimiento activo deben atender las necesidades e intereses reales y los nuevos perfiles de las personas mayores. Una estrategia de envejecimiento activo ha de priorizar en acciones relacionadas con la realización de actividades físicas y deportivas, el desarrollo de una vida saludable y las tecnologías de la información y la comunicación.

*E2: El envejecimiento activo es que es fundamental. Todo lo que sea retrasar la llegada a situaciones de dependencia, es un ahorro.*

*E4: yo creo que, sería necesario una estrategia autonómica de envejecimiento activo que tuviera en cuenta los nuevos públicos que tenemos en esa edad.*

El fomento de actividades físicas y deportivas debe ser responsabilidad de la atención sanitaria, y no solo y específicamente de políticas de envejecimiento y Centros de Mayores.

*E2: Yo creo que el deporte lo deberían de prescribir, deberían de hacerse en los centros de salud (...). Es que se debería prescribir por los propios médicos y centros de salud... es que es un ahorro brutal a medio y largo plazo.*

Respecto de las tecnologías de la información y la comunicación, tanto el perfil del tercer sector como el ámbito político lo consideran una pieza clave en las políticas de envejecimiento. El reto principal es trabajar la brecha digital desde la formación en competencias digitales y como

herramienta para evitar el aislamiento. Pero a la hora de abordar estrategias para reducir la brecha digital, es importante atender a las diferentes realidades según el entorno, pues el problema se acentúa en las zonas rurales.

*E7: ... El tema de la brecha digital acabará siendo muy importante (...). Pero tiene que ser mucho más personalizado, mucho más cercano, y con un seguimiento individualizado de largo plazo.*

*E2: yo creo que todo lo que sea cualquier curso de cómo utilizar los móviles, las Tablet, conectarse con los nietos, eso es fundamental, eso no puede faltar.*

*E6: Otro reto, que cada vez me salen más, es la brecha digital. Yo creo que a nivel político no está abordado. Y además hay que mirar otra realidad: rural-urbana. Hay en muchos sitios que ni siquiera llega bien Internet, por un lado. Hay otros sitios, como puede ser aquí, en ciudades, da igual grandes o pequeñas ciudades, de personas que realmente son analfabetas digitales.*

Se perciben las TIC como una oportunidad para optimizar el funcionamiento de los recursos y servicios de atención a personas mayores, sobre todo por parte del ámbito político. Pero desde el tercer sector advierten de la importancia fundamental de mejorar la competencia digital para el acceso y del riesgo que puede suponer dejar fuera a personas en situación de vulnerabilidad económica que no tengan posibilidad ni capacidad de acceder a dispositivos tecnológicos.

*E2: ... yo creo que ahora mismo hay elementos para que se puedan potenciar en los hogares, excepcional, las nuevas tecnologías, se pueden meter sensores en el frigorífico, en la cocina, para el butano, para él no sé qué, teleasistencia, tele-cuidados.*

*E3: (El uso de Internet) permitirá, probablemente, una mayor eficiencia en gestión de algunos recursos, seguramente, permitirá enfocar algunos servicios sociales de manera distinta... creo que la teleasistencia se convertirá en la puerta de entrada de todo el sistema sociosanitario, en un modelo más avanzado.*

*E3: creo que va a haber un grupo de población que se va a sentir mucho más aislada que ahora con la brecha digital.*

*E7: Debería invertirse mucho en mejorar la competencia digital, la capacidad de utilización de las nuevas tecnologías de los mayores porque muchos de los servicios públicos van a acabar dependiendo de eso (...)*

La atención de cuidados y apoyos y, en definitiva, el desarrollo de recursos y servicios asistenciales de calidad para las personas es el reto más importante que tienen por delante las políticas públicas ante el problema, cada vez más presente, del aumento de personas con demencia o deterioro cognitivo o con determinadas dificultades de autonomía. En este sentido, se habla de la importancia de incorporar al sistema sanitario como corresponsable en la atención de cuidados o de situar el sistema sanitario y el de servicios sociales en el mismo nivel de importancia.

Se plantea como eje prioritario la necesidad de revisar servicios como la Ayuda a Domicilio o la Teleasistencia, pero también trabajar en mejorar el servicio de Promoción de la Autonomía Personal para dar entrada no solo a personas con dependencia, sino para trabajar desde la prevención con no dependientes y retrasar el máximo posible las situaciones de dependencia.

*E4: Creemos que hace falta a una revisión profunda de la ayuda a domicilio a nivel estatal, pero bueno, CLM es una más, necesita una revisión en profundidad...*

*E5: ...En el plano de servicios, yo creo que también hay que modificar muchas cosas. Todo, todo...me pongo a pensar... si es que la ayuda a domicilio ya no sirve...vamos, hace su papel, no lo voy a tirar por tierra, pero no, no...se les llena la boca "esta persona tiene que vivir en su entorno"... si no se lo estamos facilitando, los servicios y prestaciones que necesita...*

Los retos de las políticas de envejecimiento pasan también por la revisión de los modelos de vivienda. Aunque auguran un futuro en el que las residencias no tendrán la relevancia que tienen hoy en día, no tienen una idea clara sobre modelos de vivienda alternativos en aquellos casos en que la persona no pueda mantenerse en el domicilio, siendo precisamente éste el modelo al que se debe tender, a partir de la potenciación de servicios asistenciales a la persona mayor en su propio domicilio. Así, desde el perfil político, se habla de la dificultad del modelo en el caso de deterioro cognitivo y, al mismo tiempo, de la falta de preparación para modelos de vivienda de tipo colaborativo.

*E2: es verdad que los centros residenciales van a seguir existiendo. Hay determinadas situaciones, de Alzheimer, deterioro cognitivo, o tal, o de enfermedad mental que van a necesitar recursos residenciales. Pero quizás no hagan falta más residencias, al menos en Castilla-La Mancha, que estamos ya en una ratio... somos la segunda en plazas públicas, en plazas totales del país (...). Yo creo que lo que se construya debe de ir ya al menos a unidades convivenciales.*

*E2: ...Ahora, viviendas colaborativas, pues se seguirán construyendo, pero bueno, creo que hay ahí un problema de sensibilización y de conciencia. En España no tenemos todavía ese modelo. No me parece mal. Pero costará. Yo soy más de apoyos a domicilio.*

Pero si se tiende a un modelo de apoyos, en España el sistema tiene que ser en el domicilio, con una reorientación de los servicios de atención en el domicilio, pero también en los centros de día. Así mismo, se mantiene la idea de que las residencias seguirán existiendo, pero también es necesario hacer cambios importantes en su funcionamiento.

*E3: ...el modelo de futuro tiene que ser un modelo de apoyos. Y un modelo de apoyos tiene que ser en el domicilio (...). Creo que habría que avanzar en una reorientación del centro de día en este nivel, potenciar los servicios de Promoción de la Autonomía Personal y redefinir la figura del asistente personal para que se beneficien las personas mayores, y llevar la asistencia del hogar, precisamente, ahí, a esa figura.*

*E4: ...y no hablemos ya lo que les pasa a los que entran en residencia, no, eso ya todavía más... pero necesitan, a parte de un tratamiento sanitario adecuado, necesitan una orientación hacia la salud desde otro punto de vista, desde la vida sana, desde la sanidad y no desde la curación de la enfermedad. Entonces esto nos va a suponer un problema y serio.*

La prevención de la soledad no deseada es otro reto futuro que se plantea, que en ocasiones se pone en relación con la necesidad de atender a un importante sector de la población mayor que son vulnerables socialmente y, sobre todo, económicamente. Así, la garantía de derechos

básicos para las personas mayores es fundamental, lo que, en determinados casos, pasa por diseñar políticas de renta justa para esas personas vulnerables.

*Eó: Yo veo que hay gente mayor que lo pasa muy mal, gente mayor que está sola y que no tiene dinero (...) Que se tuviera en cuenta también a la población más vulnerable, con una política de rentas que fuera... las pensiones mínimas realmente no dan para vivir en muchos sitios, que haya una política de renta justa, buscar la participación, prevenir la soledad...*

*Eó: serían unos retos de que se buscara la garantía de derechos de las personas mayores (...) que se tuviera en cuenta también a la población más vulnerable.*

En definitiva, el grupo experto entrevistado muestra preocupación por los servicios asistenciales y de cuidado destinados a personas adultas mayores tanto por la falta de financiación del Sistema de Dependencia actual como por la falta de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, cuyo objetivo principal no es la calidad de vida. De este modo, las deficiencias más importantes se observan en el Servicio de Ayuda a Domicilio y, pese a que se indica que Castilla-La Mancha tiene una buena cobertura de plazas públicas en residencias, se reconoce una tendencia actual a la desinstitucionalización que, sin embargo, no tiene como correlato una mejora en servicios de cuidados prestados en el ámbito doméstico.

Las políticas dirigidas al envejecimiento activo se perciben de manera diferente según el perfil. El ámbito político valora positivamente la implementación de programas y recursos dirigidos a la promoción de la vida activa de las personas mayores, mientras que el tercer sector señala deficiencias en su diseño, al ejecutar programas que no están adaptados a la realidad actual de la población mayor y con importantes diferencias según el entorno sea rural o urbano.

Los retos futuros pasan por entender que las políticas de envejecimiento han de responder a una población heterogénea y cambiar la idea estereotipada que actualmente existe sobre la vejez. Así, es necesario diseñar políticas apoyadas en un modelo centrado en la persona, cuyo objetivo sería atender las diferentes demandas y necesidades de la población. En este sentido, las políticas de envejecimiento activo deben atender a las necesidades reales de los nuevos perfiles de personas adultas mayores.

Ante el aumento de personas con demencia o deterioro cognitivo, el reto más importante está relacionado con las políticas de atención de cuidados y apoyos a la población mayor, siendo prioritario el objetivo de coordinación entre el ámbito social y sanitario. Se percibe la necesidad de mejora de los servicios de atención en el domicilio y en los Centros de Día, que han de ponderar de igual modo los cuidados como la prevención, así como la revisión de los modelos de vivienda de tipo colaborativo, que no se adaptan a la prevención y cuidado del deterioro cognitivo.

Finalmente, la prevención de la soledad no deseada y el fomento de la competencia digital para las personas son dos instrumentos considerados especialmente relevantes de cara a implementar políticas de envejecimiento eficaces y ajustadas a las necesidades reales de la población.

## 4.2. GRUPOS DE DISCUSIÓN

Siguiendo lo ya avanzado sobre los grupos de discusión, en cada grupo se ha querido recoger su situación actual y su proyección futura (dentro de unos 10 años). Su análisis ha arrojado los resultados que se exponen a continuación.

### 4.2.1. Situación actual

En este momento todas las personas integrantes de todos los grupos se han centrado en la actualidad, en la situación actual que está viviendo cada una de ellas.

#### 4.2.1.1. Vida cotidiana

Esta dimensión está constituida por el bloque de contenido que analiza los principales discursos sobre la vida cotidiana y los cambios primordiales que proyectan en sus vidas en relación con los recursos y programas para mayores, el entorno, la vivienda, la autonomía, los ingresos (la pensión/trabajo) y las actividades que desarrollan en su vida.

En lo que respecta a los recursos y programas ofertados específicamente para mayores el factor que más fragmenta el discurso es el nivel socioeducativo y la actividad laboral. Los grupos que los utilizan son los inactivos. Para ellos el centro especializado se configura como principal espacio de actividad social, deportiva y de relación.

*M2 GREP-Inactivo: Yo ahora mismo lo estoy haciendo aquí. En el centro.*

*M7 GMEP- Inactivo: Además de casa, yo vengo aquí todos los días.*

*M7 GMEP- Inactivo: ... ahora mismo, por lo menos, yo ando sola, yo en mi casa no tengo una silla de ruedas. De hecho, vengo aquí por las mañanas y cuando me voy al medio día se queda aquí la silla*

Sin embargo, todos los grupos comparten la idea de estigma de los recursos especializados para mayores. En este sentido el grupo activo de estudios universitarios, aunque comparte esta misma visión de los centros de mayores, considera que se ha ido produciendo un cambio, aunque siguen pensando que no representan sus necesidades como próximos jubilados. Se identifican más con recursos menos tradicionales, como la Universidad de Mayores de su localidad, que les resulta menos estigmatizante.

*M1 GUES-Activo: Pero mucha gente piensa, yo no me voy a ir a jugar a las cartas, es que ya no es la actividad mayoritaria de los centros, el jugar a las cartas...*

*M3 GUES-Activo: Yo, por ejemplo, lo sé, cuando sale ese edadismo y a ese miedo...la universidad de mayores, voy a por el ejemplo en Talavera de la Reina, la universidad de mayores*

Referente al entorno, la vivienda y la accesibilidad y autonomía, la diferencia de discurso se encuentra en el entorno rural. El grupo del municipio rural (pequeño) vivencia su entorno limitador por la escasez en la oferta de actividades. Mientras, la accesibilidad y autonomía se vincula, de forma unánime en todos los grupos, al estado de salud, no a la edad.

*M3 GREP-Inactivo: Sí, pero a la hora de actividades pues sabes que estás más limitado, o ¿no?*

*M1 GREP-Inactivo: A la hora de actividades sí*

*M2 GMEP- Inactivo: (...) por circunstancias... me vino un tumor, y me quedé con un daño cerebral. Eh...Tuve que volver a iniciar mi vida, porque yo no podía trabajar...o sea yo, eh, tenía que trabajar en algo... automatizado, quiere decir, algo que sea repetitivo y con to' y con eso, necesitaba siempre una persona a mi lado*

Los ingresos no parecen constituir un elemento problemático, la generalización del sistema de pensiones genera una sensación de cobertura de las necesidades básicas en estos grupos.

*M2 GREP-Inactivo: Yo personalmente creo que aquí en X, la gente, como todos nosotros, que todos hemos trabajado y eso, podemos tener una pensión, más grande, más pequeña, pero eso ha sido igual que en tu puesto de trabajo, siempre unos han tenido sueldos más altos otros más bajitos.*

Respecto a los usos del tiempo y actividades de la vida diaria de manera general aparece una gran disociación entre los grupos de estudios primarios (municipios pequeño y medio e inactivos o prejubilados) y el grupo de municipio grande (en activo y estudios universitarios). En los dos primeros, el uso del tiempo se centra en actividades de cuidado a la familia y tareas domésticas. Estas actividades ocupan buena parte del tiempo disponible, aunque solo en mujeres y consideran que dichas responsabilidades constituyen una auténtica pérdida de autonomía. Los hombres que se perciben con una buena adaptación a la jubilación centran sus tareas en el huerto, el bricolaje y sus aficiones.

*M2 GMEP- Inactivo: A mí me gustaría estar más independiente que ahora*

*M6 GMEP- Inactivo: ... tengo dos hijos/as. Una tiene 44 años, trabaja y tiene dos hijas. Vienen a comer a casa y mi madre prepara para todos. Tengo un hijo, que está soltero e independizado y viene a comer a casa. ... comprar para comer, hacer la compra y recoger a la nieta que tengo una con 15 y otra con 7.*

*H1 GREP-Inactivo: Bueno, yo me he acostumbrado muy bien la verdad...Bueno yo tengo como un huertecillo o hago cosas de bricolaje en casa, cosillas. O sea que...yo no me aburro. Siempre hay algo que hacer.*

Para el grupo en activo, solo aparece el trabajo como actividad principal, su profesión es el eje del discurso. Ven el proyecto de jubilación como deseo de gestionar su propio tiempo, de viajar y de disfrutar.

*H4 GUES-Activo: yo tengo un poquito de ansiedad por jubilarme por eso...por evitarte esta angustia del tiempo, por tener tiempo libre para hacer las cosas ... tengo ganas de llegar pronto a la jubilación para poder hacer toda esa serie de cosas, que creo que nos las merecemos.*

#### 4.2.1.2. Cuidados

En este bloque se incorpora el análisis de los distintos discursos sobre la salud objetiva y subjetiva en la actualidad y a corto plazo, la actividad física y su ideario sobre jubilación.

Centrándose en el estado de salud objetiva, aparece una fuerte diferencia entre los dos grupos ya inactivos respecto al grupo laboralmente activo. Los dos grupos inactivos tienen vinculado el

abandono prematuro del mercado de trabajo a problemas con la salud. Cuestión que aparece de manera constante en el discurso. En el caso del grupo en activo la percepción de salud objetiva es buena, aunque prevén un posible deterioro en un futuro aún lejano. No obstante, afirman que la enfermedad no es exclusiva de la vejez, que afecta a todas las edades y que convendría cambiar el discurso de vejez tan vinculado a enfermedad.

*M2 GMEP- Inactivo: Por circunstancias... me vino un tumor, y me quedé con un daño cerebral.*

*M1 GUES-Activo: Da igual que tengas 70 que tengas 50 años, que, si te encuentras mal de salud, y eres una persona con problemas, aunque tengas 50 o tengas 70...*

En cuanto a la salud subjetiva afloran distintos discursos vinculados a factores de riesgo y protectores. Uno de los factores de riesgo que aparece es la jubilación (en el caso de los grupos inactivos) como desencadenante del tránsito al envejecimiento y la depresión. En el caso del grupo en activo, el factor de riesgo, curiosamente, es el propio trabajo. Se perciben bien, aunque hacen una constante referencia al agobio, estrés y cansancio/agotamiento de vida activa y necesidad de tiempo libre.

*M1 GREP-Inactivo: Tenía unas costumbres, se jubiló, bueno, "es jubilarte y ya te entran todos los males"*

*M2 GUES-Activo: Yo como necesidad. Mira yo cuando empecé a trabajar, no podía comprender como alguien se quería jubilar. Pero ya ha llegado un punto en el que yo también me jubilaba, pero mañana.*

Sin embargo, todos los grupos, activos e inactivos laboralmente, hacen referencia a que el primer factor protector de la salud subjetiva son las relaciones sociales y la actividad. En los grupos inactivos las actividades que realizan principalmente están vinculadas a los recursos y programas específicamente dirigidos a mayores y dependientes, gimnasia, yoga, natación y viajes programados.

*H3 GUES-Activo: Pero, digamos, que el factor común denominador de todas...era el tener muchas y buenas relaciones humanas, de amistad, de pareja, de familia, ... yo creo que es fundamental. Y cuando tengamos más tiempo, cuando nos jubilemos y tal, fundamentales, o sea interaccionar más con otras personas.*

*M1 GUES-Activo: Hace 10 años, no se sabía lo que era el Envejecimiento Activo. Y ahora el envejecimiento activo es en todos los niveles, ...*

*M2 GREP-Inactivo: Gimnasia y yoga...*

*M1 GREP-Inactivo: Cuando vamos a viajes bueno, hay diferentes opciones, se puede ir por la Junta o se puede ir por el centro.*

En lo que respecta al ideario sobre jubilación cabe reseñar que la visión de los grupos inactivos es difícilmente coincidente con el grupo activo, ya que, aquellos ya presentan, en su mayoría, problemas de salud. En estos grupos la idea más recurrente, especialmente en las mujeres, es que no desean que sus hijos, especialmente las hijas, repitan su rol de cuidadoras. Es un temor que verbalizan en distintos momentos y a colación de diferentes temáticas.

*M2 GREP-Inactivo: Yo he estado condicionada por completo con...que lo he hecho muy a gusto, ... pero para mi hija no querría eso.*

El grupo urbano de educación superior expresa que en su generación se ha reducido este planteamiento de vida y afirman que, en la próxima generación, la de sus hijos e hijas, ya no se perpetúa. No quieren ser cuidados por sus descendientes, sino utilizar sus medios económicos para atenderse a sí mismos. Y serán ellas y ellos mismos quienes decidan libremente su opción de autocuidado, dependiendo de los recursos a su alcance.

*M3 GUES-Activo: Pero yo también creo que tenemos el concepto, nuestra generación, de que no queremos que nuestros hijos/as nos cuiden. Lo tenemos claro.*

#### 4.2.1.3. Desarrollo personal

En esta dimensión las categorías de análisis incorporan aquellas cuestiones que desarrollan y amplifican las capacidades sociales de los distintos perfiles. Así se incluyen el ocio y las aficiones, la formación y la cultura.

Respecto al ocio y aficiones, todos los grupos coinciden en compartir su ocio con su grupo de siempre, amigos, vecinos, pareja, etc., y la mayoría de sus aficiones siguen siendo similares a las que han tenido a lo largo de su vida adulta. En lo referido al ocio organizado para mayores, ofertado mayoritariamente por la Administración Pública, se aprecian dos posturas mayoritarias. Por un lado, el grupo activo que presenta su absoluto rechazo a su utilización y los integrantes de los grupos inactivos que aprecian el ocio organizado (principalmente viajes y ejercer de guía en su localidad) pero no se identifican plenamente con las actividades ofertadas en los centros especializados, que las asocian a ese perfil de mayor más dependiente y les produce sensación de decrepitud. Manifiestan utilizar los centros por no encontrar otra forma de acceder a esa oferta lúdica y saludable en su localidad, como hacer ejercicio, por ejemplo. Este perfil de mayores asocia esta forma de acceder al ocio con una generación anterior a ellos, la de sus padres.

*M2 GUES-Activo: Hacer un viaje con tus amigos, en plan privado.*

*M1 GREP-Inactivo: ... Y me fue complicado de relacionarme con gente más mayor que yo, que no eran mis padres, por así decirlo. ... no es igual que decir "mira ya no sirvo nada más que para estar en el centro" ...*

Es importante señalar que, en el grupo inactivo más dependiente (ámbito territorial medio y estudios primarios) al pensar en el ocio y aficiones lo que verbalizan son actividades de cuidados a la familia, porque es en lo que ocupan mayoritariamente su tiempo. Específicamente las mujeres (abuelas), que atienden las necesidades de nietos/as y de hijos/as e hijas, a pesar de que estos/as ya han formado sus propias familias. Algunas dificultades de salud en los grupos inactivos y la marcada distribución de tareas domésticas y de cuidados familiares actúan en detrimento de las mujeres. El grupo urbano se centra en las aficiones que tienen en la actualidad y que proyectan seguir disfrutando cuando se jubilen; se trata de actividades habituales de los adultos de cualquier edad.

*M6 GMEP-Inactivo: ... hacer la compra y recoger a la nieta ... La de 7 años pues llevarla a actividades, y cuando no hay actividades, "¿y no vamos al parque?"...*

*M6 GMEP-Inactivo: Yo tenía a mi madre que también hace siete años murió. También he cuidado a personas, a mi suegro, a una hermana con Síndrome de Down, a una cuñada y mi madre.*

*H2 GUES-Activo: Yendo al gimnasio por la mañana, ... hacer la compra con mi mujer, hacer la comida, porque yo soy cocinillas..., programar la tarde si no la tienes programada, ir a ver a un amigo, dar un paseo, programar cosas para el fin de semana con amigos o viajes, y tal ... visitar a la familia.*

En lo que se refiere a la formación y la cultura la fragmentación encontrada se produce entre los grupos inactivos con menor formación y cualificación y menos alternativas, respecto al grupo activo con estudios superiores. En los grupos inactivos, de ámbitos rural y medio la formación consiste en algunas actividades ofertadas por la Administración Pública para mayores. Es diferente la posición del grupo activo, cualificado y urbano, ya que realizan más formación académica y reglada (como seguir avanzando en el nivel oficial de inglés, por ejemplo) y, sobre todo, elegida de forma personal según sus necesidades particulares.

*M1 GREP-Inactivo: Pues los "x" era un grupo que se formó aquí, ... porque desde aquí se hizo un curso para turismo, para hacer visitas turísticas.*

*H4 GUES-Activo: En la Escuela de Idiomas. Y hasta el C1 de inglés que no está mal... iba a entrar al C2.*

*H4 GUES-Activo: Como dicen muchos amigos profesores allí, lo que hago, como toco la guitarra, hacemos festivalillos ahí y mantengo el contacto.*

#### 4.2.1.4. Relaciones sociales

Este aspecto ofrece unanimidad en todos los grupos, que concuerdan en otorgarle gran importancia a las relaciones sociales con amigos/as y con la familia, y dentro de ésta, especialmente hijos/as y nietos/as. Las mujeres integrantes de los grupos inactivos consideran que el tiempo que dedican a su rol de cuidadoras les impide dedicar todo el que les gustaría a relaciones personales de disfrute.

*M2 GREP-Inactivo: ... a mis padres y a mis tíos también he estado casi hasta el final cuidando de ellos...*

*M1 GREP-Inactivo: Yo sigo cuidando a mis padres.*

Los medios y formas de relación utilizados en todos los grupos son mayoritariamente de tipo presencial, de contacto directo (con familia, amigos/as y vecinos/as). Pero, también en todos los grupos, se utilizan las TIC: teléfono móvil, WhatsApp, Internet, YouTube, videollamadas, redes sociales. Algunos expresan desconfianza y temores por posibles estafas. Aun así, las utilizan, aunque posiblemente con mayor prudencia.

*H1 GREP-Inactivo: Claro, por videollamada.*

*M2 GREP-Inactivo: El WhatsApp*

*M3 GREP-Inactivo: Claro, pues cada uno publica cosas, y las miras y...es que ya hay hasta grupos, que la iglesia tiene su ese...simplemente se muere alguien del pueblo y nos enteramos, miras en el Facebook.*

En cuanto a participación en asociaciones, organizaciones y actividades de voluntariado son los grupos inactivos los que marcan la diferencia en este aspecto. Tanto en el grupo rural como de ámbito medio realizan y han realizado algunas actividades de voluntariado y participación en distintos tipos de organizaciones como AMPA, asociación religiosa, residencia de mayores, asociación de caza, grupo de guías voluntarios, etc.

*M3 GMEP-Inactivo: Estoy...en las Carmelitas, somos cuatrocientas y entonces pues hay grupos de formación, nos dan clases...Y luego también en los actos que tenemos de comunidad.*

*M2 GMEP-Inactivo: Yo soy voluntaria de APAS. Luego también estuve de voluntaria en ELDER.*

#### **4.2.2. Proyección en 10 años**

Cuando todos los grupos se visualizan dentro de algunos años (aproximadamente diez) los discursos se ven marcados principalmente por la actual situación de actividad laboral o no y, además, su estado de salud, recursos a su alcance y perspectiva de género (principalmente focalizada en los cuidados de la familia). Esas diferencias fragmentan a los participantes en dos grupos: por un lado, los inactivos con formación primaria (rural y medio) y por otro los activos con formación superior. Los grupos que, ya en la actualidad, están fuera del mercado laboral, se sitúan en un escenario de mayor dependencia dentro de unos años. Los participantes del grupo activo lo que destacan es el tiempo libre del que dispondrán para realizar actividades lúdicas, recreativas y formativas y para disfrutar de sus relaciones sociales, con amigos, vecinos, hijos/as y nietos/as.

##### *4.2.2.1. Vida cotidiana*

En lo referido a la vida cotidiana en la proyección a futuro aparece un discurso centrado principalmente en los recursos de atención residencial, la autonomía y el uso del tiempo.

Al referirse a los recursos y programas específicos para mayores, el grupo activo insiste en no utilizarlos y en buscar alternativas de recursos privados. Los inactivos consideran que tendrán que seguir utilizando los disponibles actualmente por no tener opción a otra alternativa. Todos los grupos comparten el ideal de estar en su casa el mayor tiempo posible, aunque sea con apoyo. Cuando los integrantes del grupo activo consideran la necesidad de una alternativa convivencial si se ve reducida su autonomía, hablan de una atención residencial de alto coste, con cambio residencia y tipo de vivienda unifamiliar, incluso aparece el formato cohousing. Los grupos inactivos de menor nivel socioeducativo creen que no tendrán otra alternativa que utilizar los recursos residenciales públicos para no resultar una carga para sus hijas y que no se perpetúe su rol cuidador. Inicialmente utilizando los servicios que les permita mantenerse en su propio domicilio (tipo Ayuda a domicilio) y cuando no les quede otra opción una residencia de mayores. Respecto al modelo de residencia actual aparece un discurso crítico en todos los grupos, lo consideran rígido y marcial.

*M2 GUES-Activo: Lo mejor es la casa, coges y tienes contratar gente que te pueda ayudar en tus necesidades y ya está. Eso es lo mejor. Luego lo otro que te comentaba es*

*como un ideal, porque es muy divertido pensar, es algo que ya existe poquito a poco y es una especie, no sé cómo se llama...es algo inglés...*

*M2 GUES-Activo: Yo en mi casa o en chalecitos de esos que se está generando mucho de esos en Europa ... Irte con amigos a una comunidad de esas sería...con todos los servicios.*

*M2 GREP-Inactivo: ... yo, si tuviese mi cabeza bien diría llévame a una residencia, mételos a una persona para que me atienda a mí en casa. Lo que sea. Pero no me gustaría que mi hija tenga que sacrificar su vida de esa forma.*

*M6 GMEP-Inactivo: ... Yo no quiero dar carga a nadie, ... mientras que pueda estar los diez próximos años, si vivo, en mi casa, en mi casa, pero si no, pues a una residencia. Que hay que estar tipo mili, pues a tipo mili.*

#### 4.2.2.2. Cuidados

Desde la perspectiva de los cuidados solo el grupo activo espera que se produzcan cambios dentro de unos años, esperan tener más posibilidades para la realización de actividades artísticas, deportivas y de autocuidados por disponer de mayor tiempo libre al jubilarse.

*H4 GUES-Activo: ... dentro de diez años, se supone, yo estaré jubilado, haciendo deporte, sin agobios, sin prisas, sin tener que buscar horarios especiales para poder acceder gimnasio o ir a pasear simplemente, desarrollar actividades artísticas que me encantan, viajando, y sin tener que buscar fechas especiales.*

#### 4.2.2.3. Desarrollo personal

En cuanto a la proyección respecto a su desarrollo personal, los temas que consideran todas las personas participantes son: ocio y aficiones, creencias e imaginario (ideario). El grupo activo, urbano y con estudios superiores además se proyecta respecto a educación/formación.

Los grupos inactivos asumen la práctica de aficiones y actividades de ocio de menor esfuerzo físico y los que se encuentran con mejor estado de salud proyectan viajar a través de la oferta pública de viajes para mayores. El grupo activo prevé el mismo tipo de ocio que realiza en la actualidad, pero con mayor disponibilidad de tiempo libre y seguir formándose, aunque en áreas diferentes a su actividad laboral. Y en todo momento buscando alternativas diferentes a los recursos dirigidos específicamente a mayores que conocen actualmente.

*M6 GMEP-Inactivo: A mi marido le gusta mucho viajar y yo...yo en mi casa tranquilita muy bien, sin salir... Me gusta viajar, pero yo hace 30 años, tuve un accidente, caí a cinco metros de profundidad, y me rompí los talones.*

*M1 GUES-Activo: Es que después de la jubilación a lo que estamos dispuestos es a renunciar al trabajo, queremos ese tiempo para hacer todo lo demás que queremos hacer ..., porque tengo más tiempo para mi familia, tengo más tiempo para divertirme, ...*

*M2 GUES-Activo: Hacer un viaje con tus amigos, en plan privado.*

Respecto a la educación/formación, solo el grupo activo y más cualificado está proyectando formarse de forma académica y reglada, pensando en opciones completamente alejadas de lo vinculado a su actual cualificación y actividad laboral:

*H2 GUES-Activo: Yo me quería apuntar a la universidad a hacer Historia del Arte, a la Universidad de mayores.*

En lo que atañe a sus creencias e imaginario, se aprecia una clara diferencia del grupo con mayor nivel socioeducativo cuyos integrantes se sienten dueños de sus vidas y la manejarán bajo sus propios criterios. Así mismo consideran que sus hijos/as e hijas se sentirán libres para no tener que responsabilizarse de sus cuidados. Sin embargo, los grupos inactivos de estudios primarios otorgan a sus hijas e hijos un mayor papel de decisión sobre su futuro. Por otra parte, esperan que la oferta de recursos públicos libere a sus hijas del cuidado a sus progenitores y otros familiares dependientes.

*M3 GUES-Activo: Pero yo también creo que tenemos el concepto, nuestra generación, de que no queremos que nuestros hijos/as nos cuiden.*

*H1 GUES-Activo: Pero hombre, pero yo creo que los recursos económicos que tengamos a nuestro alcance lo debemos emplear para cuidar de nosotros mismos.*

*M2 GREP-Inactivo: ... sinceramente, yo, si tuviese mi cabeza bien diría llévame a una residencia ... Pero no me gustaría que mi hija tenga que sacrificar su vida de esa forma.*

#### 4.2.2.4. Relaciones sociales

En lo convenido con las redes de relación, la preocupación de los grupos inactivos se centra en la necesidad reiterada de mayor disponibilidad de recursos de apoyo a los mayores y la no perpetuación de los roles de género. El grupo activo solo prevé más tiempo libre para dedicarlo a las relaciones sociales.

*M2 GREP-Inactivo: Pero no...sí, la familia sí, que te acompaña ..., pero no absorber todo el tiempo de ellos.*

*M2 GREP-Inactivo: ... te juntas un grupete y dices venga vamos a jugar al parchís, ... vamos a hacer esto, lo otro, y es una forma de que estamos relacionadas, de que una dice una cosa, hablamos.*

El grupo rural no descarta participar en alguna organización de voluntariado que oferte actividades asumibles, por el deseo de sentirse activos y útiles.

*M1 GREP-Inactivo: ... pues mañana se forma una asociación que, yo qué sé, como estas de turismo, y la Maribel está ahí.*

Todo lo encontrado en los grupos de discusión lleva a concluir lo que se relata a continuación.

En lo tocante a la vida cotidiana, destaca la crítica a las Residencias por su rigidez y trato gregario y a los Centros de mayores con ofertas anticuadas o dirigidas a muy mayores y dependientes. Y enfatizan la necesidad de recursos para el cuidado personal de los más dependientes, por la queja unánime de las mujeres no activas del desgaste que les produce el rol de cuidadoras que han de desempeñar a pesar de que ellas ya son dependientes.

En cuanto a su desarrollo personal todos coinciden en la necesidad de tener opción a dar continuidad a su estilo de vida habitual y poder disfrutar de actividades similares a las que venían realizando a lo largo de su vida adulta. Los recursos para actividades de ocio saludable los encuentran necesarios y los grupos inactivos y con menor nivel socioeconómico los demandan más actualizados a la forma de envejecer actual. Lo que significa que su demanda es una variedad de recursos ajustada a la heterogeneidad de las personas adultas mayores (unos más jóvenes, más autónomos, otros más mayores y con necesidades de actividad más tranquila, con dinámicas más rurales o urbanas, etc.). Los mejor valorados son los viajes.

Referente a las relaciones sociales, más allá de los tipos y formas de relación habituales de todos los adultos, destaca la necesidad de participar socialmente, especialmente en los grupos no activos laboralmente, cada grupo desde las posibilidades que le brindan sus circunstancias personales y su medio territorial.

Se ha generalizado y asumido la importancia del cuidado y desarrollo personal, necesarios para un envejecimiento saludable. Y desde ahí se realizan y demandan actividades acordes con esa necesidad.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pese a que el diseño y la implementación de las políticas de envejecimiento y salud difiere mucho entre países y territorios (Organización Mundial de la Salud, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022), existe un consenso generalizado en todas las esferas de actuación política, tanto a nivel internacional y nacional (Organización Mundial de la Salud, 2020; Naciones Unidas, Asamblea General, 2015; Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2019; Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2017) como en el contexto regional castellano-manchego (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2023; Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha 2023b) respecto de cuáles han de ser las líneas prioritarias de acción en materia de envejecimiento: el abordaje de la fragilidad de las personas adultas mayores en relación con sus aspectos vitales, de salud y seguridad y el fomento de un envejecimiento activo que propicie la participación social y su formación continua.

Desde tales máximas, las conclusiones del presente estudio indican que las políticas de envejecimiento en Castilla-La Mancha presentan retos importantes a resolver en el futuro. Por un lado, las políticas orientadas a la prevención de situaciones de dependencia y atención del cuidado de personas mayores adolecen de un sistema de financiación que garantice una cobertura integral de sus necesidades básicas y que, al mismo tiempo, tenga capacidad para reducir las desigualdades en materia de salud. La falta de coordinación entre los ámbitos sanitario y social redundaría en la situación de inadecuación de unas políticas centradas en un modelo de agudos orientado en "salvar la vida" pero no de mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Pero si el objetivo a conseguir es realmente el logro de un envejecimiento saludable, las estrategias políticas deben fomentar el desarrollo saludable del individuo a lo largo de su vida, interconectando las diferentes etapas vitales por las que atraviesan las personas (Organización Mundial de la Salud, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022), de manera que invertir en aumentar la cantidad de años de vida saludable revierte directamente en el número de adultos mayores con buena salud. Tal planteamiento exige un cambio cultural

y político hacia el énfasis en la calidad de vida más allá de la duración de la vida (Reville and Foxwell, 2014). Lo que marca coherencia con las teorías del envejecimiento y uno de los propósitos centrales de la gerontología crítica, que defiende la necesidad de cambios prácticos, como las políticas públicas, más que en el avance técnico (Robledo y Orejuela, 2020). Los costes de atención de la salud de sociedades con altas tasas de envejecimiento pueden, así, reducirse con políticas fundamentadas en la perspectiva del ciclo de vida, diseñadas con el objetivo de conseguir el bienestar y la salud de las personas en todo su proceso vital y que garanticen no solo la salud, sino la sostenibilidad económica y la equidad en las sociedades (Organización Mundial de la Salud, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022). En este sentido, el desarrollo y mejora de servicios de atención domiciliaria -deficiente según el discurso de expertos y grupos de discusión aquí analizado- o la inversión en la fuerza laboral de atención socio-sanitaria son estrategias preferentes para ese cambio de perspectiva política.

La tendencia hacia la desinstitucionalización observada por el grupo experto coincide, plenamente, con la necesidad manifestada por los grupos de discusión de seguir viviendo en el propio domicilio el mayor tiempo posible. Esta propensión requeriría de una red de recursos asistenciales y de cuidados personales amplia y de calidad, sin embargo, lo expresado es de importantes carencias en estos servicios. Ejemplo de ello es el Servicio de Ayuda a Domicilio que, aunque está muy extendido, no llega a toda la población que lo necesita. En el caso de las mujeres de los grupos inactivos estas deficiencias están mediatizando toda su vida cotidiana, por haberse tenido que convertir en cuidadoras a pesar de sus problemas de salud. Aunque se haya reducido la utilización de Residencias, siguen facilitando una importante cobertura a las necesidades de alternativa convivencial. La crítica de los grupos de mayores de todos los perfiles es que no se ajustan a sus demandas, que resultan impersonales y con funcionamiento cuasi militar.

Por otra parte, las políticas de envejecimiento activo habrían de repensarse y orientarse hacia modelos con un enfoque centrado en la persona que se alejen de la visión estereotipada del adulto mayor como una población homogénea que no existe. Si bien el sector político es menos crítico respecto de esta idea, tanto el tercer sector como los diferentes perfiles de personas próximas a los 65 años que han sido entrevistadas señalan el reduccionismo y la falta de alternativas de las políticas orientadas al envejecimiento activo. En este sentido, atender a las necesidades reales y diseñar políticas que respondan verdaderamente a sus características nos obliga a una redefinición del envejecimiento y a un nuevo pacto intergeneracional (Cambero y Baigorri, 2019) que asegure la dignidad de la vejez, el aseguramiento de sus necesidades básicas, el estímulo al aprendizaje a lo largo de la vida y el derecho a contribuir como parte activa en la sociedad.

En cuanto a los programas dirigidos al envejecimiento activo que ha sido objeto de evaluación en el presente estudio, se valoran claramente exiguos para las personas usuarias y para las expertas que representan al tercer sector. Únicamente el sector político se muestra más optimista al valorarlos, posiblemente por dos motivos, el temor a la crítica y el menor contacto con la realidad de la población. Las actividades demandadas para transitar a una vejez dinámica, activa y saludable son de tipo similar a las realizadas durante todas las edades de la vida adulta y, además, aquellas otras que pueden introducir por tener más tiempo libre, como programas de voluntariado y participación ciudadana. Los recursos actuales que podrían representar una vida

activa son los Centros de mayores que, sin embargo, dirigen su oferta a un tipo de población de edad muy avanzada y de mayor dependencia, no representativa de la mayoría de este grupo etario.

En general se aprecia una amplia y sólida coincidencia entre la visión que tienen tanto mayores como expertos/as en políticas sobre recursos y programas dirigidos a este grupo de población, aunque con menor crítica por parte de la representación política. Donde se ha encontrado diferencia es en lo referido al uso de las TIC; el grupo experto manifiesta la necesidad de fomento de competencias digitales, cuando las propias personas mayores o cercanas a la jubilación no sienten esa necesidad y, de hecho, utilizan las herramientas que les resultan necesarias (WhatsApp, Facebook, YouTube, buscadores de internet, etc.).

## 6. REFERENCIAS

- Boulton-Lewis, G. M., Buys, L. y Lovie-Kitchin, J. (2006). Learning and Active Aging. *Educational Gerontology*, 32(4), 271-282. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270500494030>
- Camero, S. y Baigorri, A. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 43, 59-87. <https://doi.org/10.5944/empiria.43.2019.24299>
- Dench, S. y Regan, J. (2000). Learning in later life: Motivation and impact. Department for Education and Skills. <https://www.voced.edu.au/content/ngv:3853>
- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.
- Díaz-Tendero A. y Cruz-Martínez G. (2023). Políticas públicas y derechos humanos de las personas mayores. Presentación. *Política y Sociedad*, 60(2), e82293. <https://doi.org/10.5209/poso.82293>
- Díaz-Tendero A. y Ruano J. M. (2023). Los sistemas de salud y de cuidados de largo plazo de personas mayores en España: colaboración público-privada y rendimiento institucional. *Política y Sociedad*, 60(2), e85063. <https://doi.org/10.5209/poso.85063>
- Gobierno de España, 2006. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006, 44142 a 44156. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/dof/spa/pdfç>
- Herranz, I., Lirio, J., Portal, E. y Arias, E. (2013). La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(2), 13-19. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1906>
- Huenchuan, S. (2018): *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2010. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. *Diario Oficial de Castilla-La Mancha* de 31 de diciembre de 2010, AÑO XXIX Núm. 251, 59420 a 59458. [https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2010/12/31/pdf/2010\\_21446.pdfytipo=rutaDocm](https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2010/12/31/pdf/2010_21446.pdfytipo=rutaDocm)
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2022. Decreto 2/2022, de 18 de enero, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha. *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, de 24 de enero de 2022, AÑO XLI Núm. 15, 1956-1989. [https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2022/01/24/pdf/2022\\_451.pdfytipo=rutaDocm](https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2022/01/24/pdf/2022_451.pdfytipo=rutaDocm)
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2025. *Marco de Actuación del Envejecimiento Activo en Castilla-La Mancha*. [https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20170913/web\\_-\\_marco\\_de\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20170913/web_-_marco_de_envejecimiento_activo.pdf)

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2017). Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. Proyecto. [https://cendocps.carm.es/documentacion/2018\\_Estrategia\\_Nacional\\_EnvejecimientoActivo\\_2018-2021.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2018_Estrategia_Nacional_EnvejecimientoActivo_2018-2021.pdf)

Molina, D. S., y Camino, S. A. (2024). La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260–272. <https://doi.org/10.59169/pentacencias.v6i1.992>

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2025). Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. En el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y la Acción Conjunta ADVANTAGE. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad\\_Hoja\\_ruta\\_Abordaje.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf)

Naciones Unidas, Asamblea General (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, Viena. A/CONF.113/31. <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>

Naciones Unidas, Asamblea General (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. OMS. Texto traducido por Dr. Pedro J. regalado. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, vol. 37(2), 74-105. ISSN 0211-139X. [www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694)

Organización Mundial de la Salud (2020). Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. 73ª Asamblea Mundial de la Salud. Decisión WHA73(12). <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

Organización Mundial de la Salud, European Observatory on Health Systems and Policies (2022). The Politics of Healthy Ageing Myths and realities. The economics of healthy and active ageing series. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-politics-of-healthy-ageing-myths-and-realities>

Reville, B. y Foxwell, A.M. (2014). The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 129–138. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.03>

Robledo, C. A., Orejuela, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Rev. Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

Stephoe, A., y Fancourt, D. (2019). Leading a meaningful life at older ages and its relationship with social engagement, prosperity, health, biology, and time use. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(4), 1207-1212. <https://doi.org/10.1073/pnas.1814723116>

VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(31), 8148-8156. <https://doi.org/10.1073/pnas.1702996114>

Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), 121-139. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>