



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Investigación cualitativa sobre diagnósticos y planes de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Una visión global de la Red Española

Informe ejecutivo

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gov.es/catalogo-de-publicaciones/>

Autoría científica (1):

Vicente Rodríguez-Rodríguez

Fermina Rojo-Pérez

Gloria Fernández-Mayoralas

Carmen Pérez de Arenaza Escribano

Apoyo técnico:

André Sören Romero Borrego

(1) Grupo de Investigación sobre Envejecimiento (GIE-CSIC)

Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD),

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

EDITA

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Secretaría de Estado de Derechos Sociales

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSerso)

Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. a Ginzo de Limia, 58, 28029 Madrid

☎ 91 703 39 35

publicaciones@imserso.es

<https://www.imserso.es>

Diseño: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

NIPO: 235-24-014-1

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Informe ejecutivo

Investigación cualitativa sobre diagnósticos y planes de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Una visión global de la Red Española

1. Las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en España

1.1. Introducción: contexto y objetivos del estudio

El medioambiente físico y social, en toda su amplia extensión, constituye el escenario de movilidad, de relaciones y, en suma, de satisfacción de las necesidades de las personas mayores en su vida diaria. Por ello, los entornos, es decir los pueblos y ciudades, como espacio exterior o público, y las viviendas familiares, las residencias de cuidados de larga duración u otras opciones residenciales, como espacio interior o privado, han de estar planificados y adecuados a la amplia diversidad de la población mayor. Así, un **medioambiente adaptado** a este colectivo puede promover y aumentar el bienestar y la calidad de vida, como variable de resultado. El **entorno residencial**, junto con otras dimensiones de vida (salud y funcionamiento, relaciones familiares, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, situación económica¹), es uno de los factores explicativos de la calidad de vida en la vejez. Ello está en línea con el hecho de que, si bien no se puede revertir el envejecimiento, se debe actuar sobre los entornos y demás dimensiones de la vida para facilitar precisamente un buen envejecer. Este es el compromiso que subyace en los diversos paradigmas de envejecimiento, desde el envejecimiento activo y las ciudades y comunidades amigables, hasta el más reciente, relativo al envejecimiento saludable. El propósito

¹Rojo-Pérez, F.& Fernández-Mayoralas, G. (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA. <https://www.fbbva.es/publicaciones/calidad-de-vida-y-envejecimiento-la-vision-de-los-mayores-sobre-sus-condiciones-de-vida/>

es que, en general, los entornos se conviertan en lugares donde vivir y envejecer bien, lo que facilitará la promoción de un estilo de vida saludable y de la autonomía personal, así como la inclusión y la contribución de las personas mayores en todas las áreas de la vida comunitaria, y ello para envejecer de forma activa, saludable y con calidad de vida. En todo caso, una ciudad o comunidad amigable beneficia a toda la población, no sólo a las personas mayores.

Es en este contexto donde se inserta el **objetivo prioritario** del presente informe técnico, solicitado y presentado al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Se trata de conocer de forma integral las demandas y necesidades de las personas mayores, así como las mejoras necesarias encaminadas a la satisfacción de las mismas en el ámbito español. Al amparo del **modelo de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores**, se conviene que la mejor forma de discriminar sobre sus demandas y necesidades es, justamente, dando voz a este grupo etario. Junto a ellos han de estar implicados también **otros colectivos o instituciones** relacionados con la mejora de los entornos, como personas cuidadoras, proveedores de servicios y otros actores locales, en un proceso participativo de abajo a arriba y un enfoque multisectorial, y de implicación de todos estos entes en el conocimiento de las necesidades y planificación de políticas para su satisfacción.

Después del diseño del modelo de ciudades y comunidades amigables en 2007, se crea la Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables ([GNAFCC](#), como acrónimo inglés de Global Network for Age-Friendly Cities and Communities), con el cometido de promover la amigabilidad de los entornos y permitir a las ciudades y comunidades en todo el mundo compartir experiencias. En España esta tarea es coordinada por el [Imserso](#) con el asesoramiento de su Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (Ceapat) en materia de accesibilidad universal. Su misión es difundir, impulsar, asesorar y formar a los ayuntamientos para su adhesión a la GNAFCC y para la promoción de la amigabilidad de los entornos.

Bajo este marco, el Imserso está interesado en conocer el estado actual de amigabilidad de los entornos de las localidades españolas adheridas a la red, que hayan facilitado su documentación (diagnóstico, plan y evaluación) a julio de 2023. Ello se afronta bajo el esquema metodológico del [Protocolo de Vancouver](#) y de la [guía de amigabilidad](#), como documentos elaborados por la OMS, que se organizan alrededor de ocho áreas (espacios al aire libre y edificios; transporte; vivienda; participación social; respeto e inclusión social; participación cívica y empleo; comunicación e información; y servicios comunitarios de apoyo y de salud) interconectadas para ofrecer una visión “integral del nivel de amigabilidad con las estructuras, el entorno, los servicios y las políticas” de las ciudades y comunidades² (p. 14).

Los **objetivos específicos** del estudio son conocer las necesidades y demandas de las personas mayores en su ámbito local de residencia a partir de los diagnósticos; examinar las actuaciones que han sido recogidas en un plan de acción municipal; y, complementariamente, analizar la evaluación de las actuaciones propuestas.

²OMS- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

1.2. Documentación: calidad, análisis cuantitativo y contexto sociodemográfico

La **fente de estudio** la constituyeron tres tipos de documentos: diagnósticos, planes y evaluaciones disponibles en la web de [Age-friendlyWorld](#). En síntesis, los **diagnósticos** permiten obtener el conocimiento geo-sociodemográfico, como perspectiva objetiva, así como la valoración subjetiva que sobre los entornos hacen tanto las personas mayores como otros actores locales, para la formulación de propuestas de mejora encaminadas a avanzar en la amigabilidad de los entornos. Los **planes** se nutren de los resultados de los diagnósticos, de manera que las propuestas de mejora son transferidas a actuaciones, mientras que la medida de las actuaciones son la materia de estudio de los documentos tipo **evaluación**.

Una exhaustiva revisión documental permitió establecer **criterios de exclusión** de documentos, a saber: diagnósticos no adaptados a la metodología del Protocolo de Vancouver o la no presentación del análisis de resultados basado en la metodología del protocolo; documentos que no pertenecen a las tipologías de diagnóstico, plan o evaluación; documentos de diagnóstico sólo disponibles en euskera sin versión en español; documentos etiquetados como plan que no responden a ese concepto; planes que presentan propuestas de acción referidas solamente de forma cuantitativa o sin desglosar por áreas de amigabilidad, lo que impide la realización de un análisis de contenido; documentos sintéticos en formato presentación. De los escasos documentos de evaluación fueron desestimados aquellos que no se corresponden con este concepto.

En sentido opuesto fueron **incluidos en el estudio** los documentos de diagnóstico que permitieron obtener información explícita de resultados sobre las demandas y necesidades de la población mayor en las áreas de amigabilidad de los entornos estipuladas en el Protocolo de Vancouver; los planes que generaron una planificación estratégica explicitando objetivos o acciones, actuaciones e indicadores o metas, en relación con las áreas de amigabilidad; las evaluaciones que realmente presentaron medidas de los resultados de las acciones establecidas en los planes. Es preciso mencionar que han sido incluidos los documentos disponibles en cualquier lengua cooficial de España, salvo en euskera, aunque algunos documentos en esta lengua que tenían también su versión en español fueron incluidos.

Hasta la fecha, **no todos los municipios españoles de la GNAFCC han avanzado en la realización de los tres tipos de documentos** siendo, consecuentemente, pocos los casos que han completado un ciclo o período temporal. De esta forma, la situación más común ha sido la redacción de **diagnóstico y plan** (lo que atañe a menos de 6 de cada 10 documentos), seguida de aquellos municipios que han cubierto la **fase de diagnóstico** (algo más de 1 de cada 5 documentos) pero que no han derivado aún en la ejecución del plan. En la actualidad, menos de 2 de cada 10 municipios han completado las tres fases documentales, esto es, tienen **diagnóstico, plan y evaluación**, siendo, en la mayoría de los casos, de primer ciclo. Existen pocos municipios que hayan pasado al ciclo 2 y aún menos al 3.

Por **tamaño de hábitat** de residencia, fueron los municipios urbanos intermedios y grandes los que más documentos aportaron, quizás en línea con la adhesión de esta tipología municipal a la GNAFCC. Si se observa el [mapa de la red de ciudades y comunidades amigables en España](#), todas las CC.AA. tienen municipios adheridos a la GNAFCC, si bien no en todos los casos se ha aportado

documentación, hasta el momento, para poder ser incluidas en el estudio. Cabe mencionar que, desde la adhesión, se dispone de un periodo de tiempo para poder enviar dicha documentación. Por ello, se espera tener la oportunidad de usarla en los futuros estudios. En cualquier caso, la representación geográfica de municipios y la documentación aportada dibujan una distribución septentrional y oriental, así como central, en tanto que son las comunidades de Asturias, Cantabria, País Vasco, Cataluña, Comunidad Valenciana, y Madrid en el centro, las que tienen más municipios integrantes de la red y las que aportaron más documentos.

En este sentido, [la acción del Imserso](#), en la promoción e impulso de la red en el contexto nacional, es de suma importancia para conocer, primero, y actuar y medir, después, acerca del desarrollo de entornos amigables para las personas mayores, en particular, y para toda la población, en general.

Un elemento de interés para determinar la calidad de los documentos es la evaluación del **contexto geo-demográfico y socioeconómico** de los diagnósticos. Aunque esta información pueda no ser considerada primordial para el diagnóstico en sí, aporta datos esenciales para entender el marco geográfico y social en el que se van a desarrollar las medidas que hagan al municipio amigable con las personas mayores. Algunos rasgos surgidos del análisis de este contexto ahondan en la escasa estandarización en el aporte de información desde fuentes secundarias. Quizás quienes han elaborado los documentos de diagnósticos no hayan considerado su utilidad o no los hayan visto necesarios, hasta tal punto que, en bastantes ocasiones, no se llega a conocer la referencia de fecha para los datos de población más referenciados. En contraposición con la tendencia anterior, también se ha observado una cierta estandarización entre documentos de municipios pertenecientes a la misma comunidad autónoma o que han podido ser realizados por la misma institución, lo que se vincula no tanto con la existencia o no de datos, sino con la forma de proceder de las personas, organismos o empresas que han elaborado los documentos.

En relación con las características sociales, étnicas o económicas, tampoco se utiliza información que resulte objetiva para contrastarla con las opiniones obtenidas del procedimiento cualitativo. Es decir, no se ha ahondado en la posibilidad de combinar datos cuantitativos y cualitativos para triangular la información y conseguir así un diagnóstico más consistente. En otras ocasiones, aun dando información, ésta se refiere a entidades de escala superior a la municipal, ya sea provincial, de la comunidad autónoma e incluso estatal. En cualquier caso, la información es diversa en contenido, seguramente en función del acceso a las fuentes secundarias.

Un último rasgo, cuya importancia quizás pasa desapercibida, es el empleo de la ubicación, tamaño y topografía municipales para relacionarla con el crecimiento y estructura urbana que puede mediar en la amigabilidad de la localidad, cuando se tome como un factor que puede limitar la aplicabilidad de ciertas medidas propuestas, especialmente aquellas de carácter más físico, no tanto las de carácter social.

2. Metodología

El [Protocolo de Vancouver, adaptado al ámbito español por el Imsero](#), contiene los elementos esenciales para la elaboración de los documentos de diagnósticos. Sus criterios de aplicación interpelan a los municipios que pretendan acceder a la condición de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores para garantizar que los documentos ofrezcan análisis homogéneos, aunque también se admite cierta diversidad en su aplicación atendiendo al contexto local específico. A la valoración de estos aspectos normativos se dedica el primer apartado metodológico. En general, los documentos de diagnóstico siguen los criterios del Protocolo de Vancouver, aunque algunos municipios hacen dejación de ellos, suprimiendo el tratamiento de alguna de las áreas de amigabilidad, por lo que no han sido considerados para el análisis. El segundo apartado se centra en las decisiones tomadas para el análisis del contenido de los documentos, por medio del programa de análisis cualitativo de datos Atlas.ti, respondiendo a criterios instrumentales y específicos.

2.1. Los criterios metodológicos del Protocolo de Vancouver

Los principios inspiradores de los diagnósticos, según el Protocolo de Vancouver, pueden ser catalogados desde una doble perspectiva, teórica e instrumental. Los de carácter teórico parten de una idea esencial: solo se puede hacer un diagnóstico cuando se da la voz a las personas mayores, cuando se instrumenta su participación desde abajo (bottom-up), para hacer emerger sus problemas, necesidades y demandas. Esta participación se ve completada con otros agentes que también aportan su visión. A partir del diagnóstico (investigación) se pone en marcha el diseño de medidas de política pública que la administración municipal debe desarrollar como herramientas de su competencia (acción).

Desde un punto de vista instrumental, el análisis cualitativo es la metodología más adecuada para obtener la información de las personas mayores y agentes participantes. De esta manera se asegura la riqueza de los datos necesarios para establecer las propuestas que van a estructurar el plan de acción. Y el instrumento más idóneo es el grupo focal del que se deriva, tras la recogida de la información, la generación de ideas y argumentos para su contraste y la evaluación de estrategias. Sin embargo, es relativamente común en los documentos de diagnóstico la elaboración de una estrategia de triangulación más extensa, con cuestionarios cuantitativos, entrevistas semiestructuradas, reuniones de grupos de trabajo o los seminarios y congresos específicos.

El grupo focal está pensado esencialmente para personas mayores participantes. Para su aplicación, el documento de adaptación del Protocolo de Vancouver, del Imsero, delimita los umbrales de participación de acuerdo a la población de los municipios y a los criterios básicos de distribución de sus participantes (edad, sexo, nivel socioeconómico). En una gran mayoría, los municipios tratan de cumplir con ellos, pero no todos lo consiguen, atendiendo a las dificultades del municipio por llevarlos a cabo. El análisis también muestra otros criterios utilizados para la formación de grupos, como el carácter voluntario de la participación, la cercanía de las personas, la disponibilidad de tiempo, el uso de organismos administrativos y sociales para contactar con los participantes, o la facilitación de la participación a través de convocatorias públicas. Pocos



documentos de diagnóstico se refieren al consentimiento informado como requisito de información previa a su participación. Junto a los grupos de personas mayores, otros agentes también han sido convocados, como los prestadores de servicios (empresas, profesionales, organizaciones) y cuidadores de personas mayores discapacitadas, lo que ha sucedido en municipios urbanos, aunque su aplicación no siempre es generalizada, en respuesta a los recursos disponibles en cada caso.

Finalmente, un aspecto muy destacado en los diagnósticos es la heterogeneidad en la presentación de los perfiles de las personas mayores participantes en los grupos focales, quizás por su carácter voluntario, posiblemente por no poder asegurar que las personas participantes sean representativas de la población municipal, o porque las entidades que han redactado los documentos no lo hayan considerado necesario. Por ello, los perfiles no ofrecen una visión comparable de la población consultada en los municipios analizados.

2.2. La metodología de análisis del contenido de los documentos.

Para el análisis de la información textual y su gestión y obtención de resultados se ha utilizado el programa ATLAS.ti, que procura versatilidad y eficiencia para adaptar su uso a los criterios marcados por la metodología derivada del Protocolo de Vancouver, siguiendo una secuencia escalonada

La primera decisión ha sido utilizar las 8 áreas de amigabilidad y tres conceptos transversales, no incluidos en el Protocolo de Vancouver, pero de interés creciente, el género, la soledad no deseada y el edadismo. En los diagnósticos, se ha discriminado entre sus tres elementos distintivos, los aspectos positivos que emanan de su valoración, las barreras que limitan su utilidad, y las mejoras propuestas. Solo se han analizado las mejoras en razón de su valor para el diagnóstico y la acción. En los planes se han utilizado los objetivos, las actuaciones y las metas, pero solo se han analizado las segundas; mientras en las evaluaciones se han revisado las valoraciones de las medidas y los indicadores.

La codificación ha sido la siguiente decisión, para lo que se ha creado un libro de códigos y se han definido de acuerdo al Protocolo de Vancouver (áreas). Para asegurar la eficiencia del proceso, la codificación se ha aplicado a las tablas en las que aparecen organizadas mejoras, actuaciones y evaluaciones. Todo ello ha significado un enorme esfuerzo de síntesis, catalogación y de preparación de contenidos para el análisis.

El tercer gran proceso ha sido el análisis y la generación de resultados. Las herramientas disponibles en ATLAS.ti han permitido: i) generar un corpus de citas asociadas a todos los códigos según tipos de documentos, ii) una valoración de las palabras más frecuentes en los documentos de diagnóstico y planes de acción (nubes de palabras), en general vinculadas a las subáreas de cada área, iii) el diseño de conceptos de valor destacado por su significado, iv) su organización tomando como base el marco conceptual del Protocolo de Vancouver, y v) la construcción de tablas de frecuencias de todos los elementos analizados.

En definitiva, toda la metodología instrumental ha contado con un marco conceptual previo al análisis, pero ha hecho emerger nuevas ideas y conceptos en las áreas de amigabilidad, de las que se hace una descripción sucinta en los siguientes párrafos.



3. Análisis de resultados

3.1. Las áreas de amigabilidad a partir de los diagnósticos y de los planes

El análisis de contenido realizado sobre los documentos de diagnóstico, que aquellos municipios españoles adheridos a la GNAFCC han elaborado, se incardina en el marco de los tres ejes de amigabilidad de los entornos, establecidos en el Protocolo de Vancouver y denominados como:

- eje 1: entorno físico, relativo tanto al espacio construido como al público (engloba las áreas de amigabilidad: 1 - espacios al aire libre y edificios; 2 - transporte; 3 - vivienda), y tiene por objeto facilitar la integración y movilidad libre de barreras;
- eje 2: entornos social, cultural y participativo (áreas: 4 - participación social; 5 - respeto e inclusión social; 6 - participación cívica y el empleo);
- eje 3: entornos sociales y determinantes sociosanitarios (7 - comunicación e información; 8 - servicios de apoyo comunitario y de salud).

Las áreas de amigabilidad se encuentran en la base de los predictores de **calidad de vida** en la vejez y facultan a las personas mayores para envejecer en casa, como estrategia fundamentalmente seguida y deseada, mientras las circunstancias personales y contextuales lo permitan. Por ello es preciso actuar sobre estas dimensiones para conseguir mejorar o, al menos, mantener la **calidad de vida**, como variable de resultado.

Los análisis realizados han permitido observar una elevada **concordancia** entre las **propuestas de mejora**, recogidas en los diagnósticos a partir de las demandas, y las **actuaciones**, plasmadas en los planes de acción, si bien con algunas pocas desviaciones cuantitativas, generalmente a favor de las propuestas, en el contexto de las diferentes áreas de amigabilidad y relacionadas con los tamaños municipales. Algunas propuestas de mejora no han tenido su continuidad en actuaciones concretas, posiblemente por las dificultades en su implementación en determinados municipios, mientras que ciertas actuaciones, no demandadas en los diagnósticos, han sido puestas en acción en municipios con mayor capacidad para ello.

En el primer eje de amigabilidad, **el entorno físico**, esta concordancia se ha traducido en demandas y propuestas que giran alrededor de aspectos esenciales en tres áreas de enorme significado para la vida de las personas mayores. Una visión más profunda de las mejoras y actuaciones propuestas en este eje muestra un catálogo amplio que responde a la singularidad de las respuestas que cada municipio quiere poner de manifiesto como requisitos de amigabilidad para con la población mayor.

Respecto a los espacios al aire libre y la importancia de estos en el envejecimiento activo y saludable, los *diagnósticos* apuntan a que las demandas de las personas mayores principalmente aluden a una mejora en la accesibilidad, en términos de barreras de tipo arquitectónico y de diseño del espacio físico, y al aumento de espacios verdes y ajardinados, dotados de bancos y asientos, que favorezcan la vida y la socialización al aire libre. La amigabilidad de estos espacios exteriores también pasa por mejorar las infraestructuras públicas, facilitando su acceso y disfrute por parte de las personas mayores, así como los edificios residenciales y públicos. También se presta atención a la seguridad como característica fundamental en el uso que se hace de los

espacios al aire libre. En los *planes de acción* elaborados por los ayuntamientos para mejorar estos espacios destacan las siguientes actuaciones: aumento y mejora de la accesibilidad tanto de infraestructuras como servicios públicos; incremento de baños, fuentes y bancos de descanso; dotar suficientemente los equipamientos deportivos públicos; implementar medidas de iluminación eficiente; mantener la limpieza de las calles y espacios públicos del municipio; y aumentar la videovigilancia y la sensibilización respecto de la normativa de tráfico.

El transporte es un aspecto central en la amigabilidad de los municipios con las personas mayores en tanto que permite la movilidad y la autonomía. En los *diagnósticos* se destaca, como elemento fundamental, la mejora de las redes de transporte en relación con el número de líneas, las frecuencias o las combinaciones de medios de transporte. Además, la asequibilidad económica para facilitar el acceso a los distintos tipos de transporte del municipio, la accesibilidad de las infraestructuras y servicios de transporte, y, de nuevo, la seguridad como aspecto esencial en la amigabilidad de los transportes públicos. Como aspectos laterales a este área, pero igualmente interesantes en los diagnósticos, destacan, la importancia de la conservación de todas las vías (para automóviles o para peatones) y el desarrollo de estrategias municipales de estacionamiento que permitan el acceso y disfrute tanto de los entornos urbanos como rurales. Los *planes de acción* relacionados con las vías de transporte tratan de establecer actuaciones que profundicen en una línea de transportes pública mejor y más cercana a las personas mayores. En este sentido algunas de las acciones más destacables son: aumento de líneas y paradas de autobús, ampliación de los horarios y frecuencia de paso; reducción general del coste de los servicios públicos de transporte; supresión de barreras físicas, visuales y auditivas para favorecer la movilidad; construcción de badenes para mejorar la movilidad de los peatones; velar por el cumplimiento de la normativa en relación con la accesibilidad y seguridad en los transportes; mejora y aumento de zonas de estacionamiento para personas con movilidad reducida, incluyendo las personas mayores o sus cuidadores/as; y el correcto mantenimiento de las vías de transporte y calles del municipio para favorecer una movilidad más saludable y segura.

La vivienda es un factor de bienestar de gran importancia para la vida de las personas. El envejecimiento en casa reporta una gran satisfacción, para lo cual se hace imprescindible contar con espacios adaptados a las distintas etapas de la vida. A partir de los *diagnósticos* se identifican problemas asociados a la accesibilidad económica de las viviendas, con pocas ayudas para su adaptación y procesos administrativos para las solicitudes muy complejos. Esto hace que las viviendas sean relativamente antiguas y sin los equipamientos necesarios, como por ejemplo ascensores. La accesibilidad física de la vivienda es otro aspecto identificado como problemático, siendo algo esencial en la prevención de los accidentes en personas mayores. Además, la adaptación o reforma de las viviendas debe ir en paralelo a las necesidades que puedan ir surgiendo a los residentes. Al hilo de esto, la demanda de servicios domiciliarios que favorezcan el envejecimiento digno en los hogares es generalizada, así como la creación de plazas para personas con necesidades específicas en establecimientos residenciales en caso de no poder atender las demandas en las viviendas particulares. Por último, el diagnóstico de las viviendas refuerza la importancia de la comunidad y el vecindario en la construcción de un envejecimiento activo, saludable y amigable.

Sobre las medidas sugeridas en los *planes* de acción relacionadas con la vivienda, destaca: la promoción de subvenciones y ayudas económicas accesibles para la adecuación de las viviendas a las necesidades de cada persona (creación de rampas, instalación de ascensores o barandillas,



etc.); el impulso de la accesibilidad técnica tanto de las viviendas como del entorno exterior para favorecer un envejecimiento activo; la revisión de edificios, de instalaciones de gas y luz o la adecuación de los suelos; el fomento de distintas alternativas residenciales como cohousing, viviendas tuteladas o viviendas compartidas; la sensibilización del entorno comunitario para intensificar las redes de apoyo en los vecindarios; y la consolidación de programas que posibiliten el envejecimiento en casa.

En el segundo eje de amigabilidad, los **entornos social, cultural y participativo**, se encuentran demandas y propuestas también numerosas y diversas en su concepción, aunque no tan numerosas como las presentadas en el primer eje. Generalmente tienen un carácter social, que se dirige a solventar el espacio social y de relaciones entre las personas mayores, tomando como centro el espacio físico. Las mejoras y actuaciones en este eje tienen un notable entrecruzamiento entre sí, lo que muestra, primero, su valor para las personas mayores, y, segundo, su interdependencia, independientemente del área en el que hayan sido planteadas.

Entre los componentes del envejecimiento activo en ciudades amigables con las personas mayores, la participación social adquiere una relevancia fundamental. Los *diagnósticos* apuntan a la importancia de potenciar la oferta de actividades de ocio y tiempo libre de todo tipo (culturales, deportivas, asociativas...). El aumento de plazas y la información accesible a toda la ciudadanía son dos elementos clave para que esta participación social pueda darse. Además, la asequibilidad de los precios, la adecuación de las instalaciones y espacios de las actividades, la promoción del voluntariado y la generación de tejido comunitario como estrategias para paliar la soledad y el aislamiento. Los *planes de acción*, en su intento por incentivar y multiplicar la participación social de las personas mayores en la vida de los municipios, proponen diferentes actuaciones: el refuerzo de la diversidad de actividades en los programas y la creación de actividades intergeneracionales; el desarrollo de vías de información de la programación de actividades accesible a todos los grupos de población; la promoción de actividades formativas; el aumento de la accesibilidad de las instalaciones y los espacios; la adaptación de los programas a personas con movilidad reducida o que no pueden salir de casa; y el fomento de actividades colectivas que favorezcan el encuentro y la socialización vecinal.

Se sugieren muchas *propuestas* para aumentar la conciencia social sobre el envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas mayores con objeto de favorecer la inclusión social. Entre estas propuestas destacan la promoción de actividades intergeneracionales, campañas de sensibilización, actividades al aire libre, promoción de la participación ciudadana, mejora de los servicios de atención y cuidado, y promoción del respeto y la inclusión de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad. También se señala la importancia de combatir los estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores y valorar su contribución a la sociedad. En consecuencia, los *planes de acción* buscan promover la participación e inclusión de las personas mayores, mediante la realización de actividades intergeneracionales donde ellas obtengan protagonismo y reconocimiento; la mejora de la inclusividad de los entornos, construyendo espacios de convivencia, al interior de las familias, en los equipamientos y comercios del barrio y en los medios de comunicación; el fomento del respeto y el buen trato en los servicios, entre trabajadores y profesionales, con el diseño de modelos de atención centrados en la persona; y la sensibilización del conjunto de la sociedad sobre la diversidad de las personas mayores y las necesidades específicas de los colectivos más vulnerables.



El área de participación cívica incluye cuatro dimensiones que demarcan la participación activa de la población mayor: el voluntariado, el empleo, el emprendimiento y la participación cívica. La mayor parte de las propuestas nacidas de los *diagnósticos* tienen que ver con intensificar y reforzar la oferta de actividades de voluntariado, así como actividades de ocio y tiempo libre para incluir a las personas mayores en la oferta. Para ello se insiste en la creación de canales para la participación adaptados y conocidos por el conjunto de la ciudadanía. La participación cívica parece enfocarse en acciones intergeneracionales y la promoción de consejos formados por personas mayores. La participación también se apoya en la imagen que se tenga de las personas mayores y, por ello, se insta a poner en valor su contribución social para favorecer su empoderamiento y presencia pública. Las *actuaciones* planteadas para la promoción de la participación activa de la población mayor incluyen: el impulso de actividades de acompañamiento y cuidados dirigidas a personas mayores, así como actividades de voluntariado con ellas como protagonistas; la integración de los centros residenciales de personas mayores en la vida de la comunidad; la oferta de oportunidades de empleo para adultos y personas mayores en el ámbito municipal, el fomento de la participación de la población mayor en la elaboración de políticas municipales; y el refuerzo y mejora de los canales de difusión de la oferta de actividades.

El tercer eje, los **entornos sociales y determinantes sociosanitarios**, se hace acreedor de múltiples propuestas cuyo objetivo primordial es combatir los factores que desembocan en la vulnerabilidad social, en la soledad y, en definitiva, en el deterioro de la salud y de la capacidad funcional. Un hecho distintivo de este eje es la demanda de recursos vinculados con la satisfacción de necesidades y en ella los vínculos con la administración como responsable de su satisfacción adquiere un significado prominente.

La comunicación e información es un pilar fundamental sobre el que se erige el envejecimiento activo y saludable, y requiere de una atención especial por los municipios para fomentar una buena comunicación e información a la ciudadanía. Los *diagnósticos* apuntan claramente a la necesidad de mejorar la accesibilidad, en dos líneas, mejorar el acceso a la información a través de canales públicos fiables, y facilitar la realización de trámites administrativos por sí mismos/as. En este sentido, la diversidad en las estrategias comunicativas es clave, identificando la necesidad de puntos de información oral, puntos presenciales con atención directa, canales de información escrita impresa y a través de medios electrónicos. Además, de los diagnósticos se extrae la necesidad de adaptar el lenguaje y los soportes a la diversidad de condiciones y circunstancias de las personas, y la importancia de asegurar unos servicios de atención personalizada para aquellas personas que lo necesiten. Entre las *actuaciones propuestas* para mejorar la comunicación e información con las personas mayores destacan: el desarrollo de canales y formatos accesibles, de lectura y comprensión fácil; la formación y capacitación tecnológica para una mejor comprensión de las personas mayores de los medios de comunicación e información electrónicos; el desarrollo de materiales impresos para enviar a los domicilios y dejar en puntos de información públicos, para asegurar que la población mayor puede acceder a la oferta y la programación del municipio a través de distintas vías.

La importancia de los servicios de salud y de apoyo comunitario para el envejecimiento activo y amigable con las personas mayores es incuestionable. Los *diagnósticos*, en este sentido, apuntan a la necesidad de tomar medidas que refuercen las estrategias de prevención, así como a fortalecer los recursos y servicios ya existentes de atención sociosanitaria en el municipio.

Además, como ya se ha mencionado, el envejecimiento en casa es un elemento prioritario en la amigabilidad de los municipios dado que las personas desean, generalmente, envejecer en sus casas siempre en condiciones de autonomía. Precisamente la promoción de esta autonomía a través de recursos y apoyos domiciliarios es otro elemento clave de los diagnósticos. Para ello se subraya la importancia de dotar material y económicamente a toda la red de atención sociosanitaria, fortalecer el marco legal que oriente la prestación de servicios y, por último, incidir en la accesibilidad física y cognitiva de todos los servicios y recursos de la red de atención sociosanitaria. En definitiva, las *actuaciones* dirigidas al refuerzo y mejora de los servicios de apoyo comunitario y de salud se pueden resumir en: la promoción de acciones sociosanitarias de prevención, como el voluntariado; el desarrollo de la accesibilidad que mejore las posibilidades de obtener información y comunicarse con la administración pública; el fortalecimiento y la formación del equipo humano de la red de atención; la mejora en la coordinación de los diferentes servicios y recursos sociosanitarios para personalizarlos; el aumento de ayudas y subvenciones y el desarrollo de actuaciones que faciliten su solicitud.

3.2. Evaluaciones

De acuerdo con el esquema temporal propuesto para el modelo de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, las evaluaciones miden el grado de realización de las propuestas en los planes, a partir de las necesidades y demandas que emergen de los diagnósticos iniciales. Ello significa que los municipios deben completar el ciclo, para lo cual han de tener la voluntad política y los recursos institucionales necesarios. La evaluación está sujeta a una cierta discrecionalidad en la forma en que los municipios han procedido a formalizar las medidas a valorar, dado que no se sigue un instrumento uniforme, lo que genera incertidumbre en el análisis y dificulta la comparación entre municipios.

El análisis de los documentos de evaluación ha posibilitado extraer algunas conclusiones. La primera es que, lógicamente, al haber pocos municipios en España que hayan llegado a completar el proceso y, con ello, elaborar documentos de evaluación, el volumen total de citas de los códigos analizados es bastante inferior al de los planes y diagnósticos. La segunda es que se ha detectado un desequilibrio notable entre áreas de amigabilidad, puesto que la mayoría de éstas se concentran en el área de *espacios al aire libre y edificios*, con un 27,3%, seguida del área de *respeto e inclusión social*, con un 19,7%, en la línea del número de citas obtenidas en diagnósticos y planes en estas mismas áreas.

La tercera es que los municipios con documentos de evaluación tienden a valorar las medidas de forma positiva, casi el 54%, lo que demuestra que el grado de satisfacción es alto en las medidas que se han puesto en marcha en esos municipios. Sin embargo, hay un cierto número de medidas, casi un 30%, que o bien no han sido valoradas o bien no había datos disponibles o suficientes para ello, resultando lo que se ha denominado como valoraciones nulas. Este hecho muestra la dificultad intrínseca de medir de forma rigurosa los hechos sociales, por un lado, y las limitaciones de muchos municipios de disponer de recursos y capacidades para llevar a cabo esta evaluación, por otro.

Un último aspecto a considerar es la posible influencia de la pandemia global por la COVID-19 en la elaboración de los documentos. En este caso, se han detectado algunos problemas

metodológicos ligados a la fecha de publicación de los documentos. Se ha considerado poner el umbral en el año 2020 para identificar los documentos previos o posteriores a la pandemia. Sin embargo, esta fecha no es identificable en algunos casos, no existe constancia de en qué momento del año 2020 haya sido publicado, ni tampoco es posible saber si los documentos publicados en 2021 fueron elaborados antes de la pandemia. Con esta incertidumbre es dificultoso extraer conclusiones definitivas. Sin embargo, se observa que los diagnósticos en años anteriores a la pandemia (casi el 85%) predominan sobre los publicados posteriormente, prueba de que el proceso para formar parte de la red española de ciudades y comunidades amigables alcanzó su cénit en la década anterior y que este proceso puede haberse ralentizado, sin que sea posible afirmar que ello sea una consecuencia directa de la pandemia. Por la misma dificultad de catalogar los documentos pre- y post-pandemia, no es posible afirmar que existan diferencias significativas en la distribución de la mejoras definidas en los diagnósticos en su distribución por áreas de amigabilidad.

3.3. Conceptos transversales

No aparecen originalmente entre las áreas de amigabilidad identificadas en el Protocolo de Vancouver y en su posterior desarrollo y aplicación. Son conceptos que, de una forma u otra, emergen imbricados con algunas mejoras y propuestas, por su carácter transversal. Sus efectos, por ello, se aprecian de forma concurrente en los documentos de diagnósticos y planes de acción, aunque no se expresen de forma explícita. Además, poseen otro rasgo de notable valor: a medida que la sociedad ha ido envejeciendo y sus poblaciones han ido adquiriendo mayor conciencia de su papel, estos conceptos han ido ganando presencia en la sociedad, en los medios de comunicación y en las instituciones. Por estas razones, este trabajo ha buceado en su significado hasta detectar rasgos como los que se sintetizan a continuación.

3.3.1. Género

Las mujeres mayores enfrentan desafíos específicos en relación con el cuidado de personas dependientes, las desigualdades de género en el empleo y la jubilación, incluyendo la brecha en los ingresos, y la desigual participación comunitaria. Existe asimismo preocupación por la soledad y exclusión social de las mujeres mayores. A partir de las demandas surgidas en los diagnósticos, se propone concienciar sobre los roles de género y considerar las necesidades especiales de las mujeres mayores, abordando sus dificultades económicas y educativas, incluyendo apoyo para las personas cuidadoras de las personas mayores, y promoviendo su participación en juntas directivas de asociaciones y otras entidades. En suma, las actuaciones pretenden abordar las necesidades específicas de las mujeres mayores en diferentes áreas, como la conciliación familiar, la participación social, la igualdad de género, la violencia de género, y el bienestar integral. Destaca la importancia de visibilizar las desigualdades de género existentes entre mujeres y hombres mayores, así como promover la inclusión de la perspectiva de género en las intervenciones dirigidas a personas mayores. Igualmente, se mencionan medidas como la formación en perspectiva de género y la mejora de la atención a las mujeres mayores víctimas de violencia de género.



3.3.2. Edadismo

Se identifican problemas relacionados con la falta de contacto entre generaciones y la consecuente (minus)valoración de las personas mayores en la sociedad, y se demanda la promoción de actividades intergeneracionales y una mayor accesibilidad a la información y los servicios. También se busca mejorar la formación y sensibilidad hacia las personas mayores en diferentes ámbitos, como el empleo, la atención al público y, particularmente, los servicios médicos. Y, del mismo modo, adaptar la comunicación y los espacios a las necesidades de las personas mayores, promoviendo el respeto y construyendo entornos más inclusivos. En definitiva, desplegar y compartir una imagen más activa de la vejez y el envejecimiento, de la experiencia y conocimiento de las personas mayores y la heterogeneidad de sus características, de manera que se asegure un trato digno y respetuoso.

3.3.3. Soledad no deseada

Entre las propuestas para combatir la soledad y el aislamiento en personas mayores que viven solas, se incluyen promover la convivencia intergeneracional, crear redes de ayuda mutua, programas de voluntariado y concienciación/sensibilización. Brindar acompañamiento a las personas solas, eliminar barreras arquitectónicas y también otras como los contestadores automáticos en teléfonos. Además, se sugiere la organización de comidas y actividades en centros sociales y de personas mayores, el uso de teleasistencia, la reducción de listas de espera médicas, mejorar la accesibilidad y establecer sistemas de alerta, registro y vigilancia y seguimiento de casos vulnerables. Otras propuestas son fomentar la adopción de mascotas, ofrecer servicios y actividades para personas que no pueden salir de casa y promover la solidaridad en el vecindario. En definitiva, las actuaciones giran en torno a la creación de servicios y programas para combatir la soledad no deseada en las personas mayores que viven solas. Esto incluye la detección de casos y su seguimiento en los diferentes servicios, programas y redes de acompañamiento, actividades intergeneracionales, información, sensibilización y prevención del aislamiento y de la exclusión, formación de profesionales, promoción del trabajo en red con la comunidad para mejorar la detección y la atención individualizada, involucrando a los servicios sociales y otros agentes comunitarios, asociativos, vecinales y sociales.

4. Conclusiones

El análisis de la documentación generada por los municipios que forman parte de la red española de ciudades y comunidades amigables para las personas mayores ha puesto de manifiesto su importancia y significado para poner en valor esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud en España. Se trata de una documentación de extraordinaria importancia que hace posible identificar las necesidades y demandas de las personas mayores de cara a mejorar su calidad de vida. El empleo del Protocolo de Vancouver como guía para la elaboración de diagnósticos hace posible un análisis de la realidad de las ciudades siguiendo parámetros comparables entre sí, las 8 áreas de amigabilidad.



Sin embargo, junto a este esfuerzo de las ciudades por posicionarse dentro de la red española, se aprecian dos hechos consustanciales con este proceso. Uno es la dificultad de conseguir una real homogenización de los contenidos diagnosticados, porque los municipios, al mismo tiempo que disponen de la guía del Protocolo de Vancouver, hacen valer la diversidad de su situación específica, vinculada con el entorno geográfico, social y político en el que tienen que aplicar sus políticas públicas. El segundo, derivado del anterior, es que los requisitos metodológicos son inherentes a la elaboración de los documentos por parte de los municipios, pero su aplicación tampoco favorece la extracción de modelos homogéneos de interpretación de la realidad social de las ciudades y comunidades amigables.

A pesar de ello, el estudio llevado a cabo ha mostrado la conveniencia de ahondar en el mapa de los intereses municipales por áreas de amigabilidad, de seguir haciendo un esfuerzo por mejorar la aplicación del Protocolo de Vancouver a los futuros documentos, teniendo en cuenta los aspectos favorables y las limitaciones que se han detectado en este trabajo. El Imsero ofrece sus capacidades y herramientas adecuadas para que los nuevos esfuerzos municipales por pertenecer a la red española sean más eficientes, contando con los resultados de este estudio. El objetivo final es posicionar a España y a su población mayor en el ámbito de la red mundial como uno de los referentes a tener en cuenta.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



www.imserso.es