

LA PLANIFICACION DE LA ULTIMA ETAPA DE LA VIDA:

# CLAVES PARA AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO Y EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA

Autores: **Manuel Alfaro & Ismael Vallés**





Se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la guía como fuente.

Fundación ONCE no suscribe necesariamente las opiniones expresadas en el presente informe, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

© **Ismael Vallés López**, 2021

© **Manuel Alfaro Faus**, 2021



© Fundación ONCE para la para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, entidad domiciliada en Madrid, calle Sebastián Herrera, número 15.

**Diseño y Maquetación:** Óscar Peinado

**DL:** M-6742-2021

**ISBN:** 978-84-88934-79-6

Impreso en AFANIAS, 2021

LA PLANIFICACION DE  
LA ULTIMA ETAPA DE LA VIDA:

## CLAVES PARA AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO Y EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA

Autores: **Manuel Alfaro & Ismael Vallés**



## INDICE

<b>1. PRESENTACIÓN.....</b>	<b>10</b>
1.1. El tiempo, los momentos vitales y la incertidumbre .....	10
1.1.1. La edad.....	10
1.1.2. La muerte.....	11
1.2. Planificar para vivir con calidad la última etapa de vida .....	11
1.3. Sesgos en la percepción sobre la etapa de final de vida .....	12
1.4. La preparación de la última etapa requiere corresponsabilidad.....	16
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>18</b>
2.1. Alcance del trabajo .....	18
2.2. Metodología.....	19
2.2.1. Análisis de fuentes secundarias .....	19
2.2.2. Entrevistas en profundidad.....	19
2.2.3. Estudio Delphi. Identificación de factores condicionantes sobre la última etapa de vida, elementos para planificar con calidad de vida esta última etapa y estrategias para mejorar la percepción social sobre la muerte .....	19
2.2.4 Encuesta telefónica a ciudadanos para identificar sus actitudes y comportamientos frente a la muerte.....	20
<b>3. PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS Y CONSIDERACIONES SOBRE EL BIENESTAR FUTURO DE LOS CIUDADANOS.....</b>	<b>21</b>
3.1. Una pirámide de población que se invierte a nivel mundial .....	21
3.2. Retos para la economía.....	23
3.3. Retos para la salud y el bienestar.....	25
3.3.1. Percepción sobre la salud y sobre el sistema sanitario .....	25
3.3.2. Percepción sobre el final de vida.....	27

## 4. CUESTIONES RELATIVAS AL ENVEJECIMIENTO ..... 29

4.1. Qué piensan los ciudadanos respecto al envejecimiento y cómo se comportan .....	29
4.1.1. Optimismo respecto al bienestar y calidad de vida futura .....	29
4.1.2. Beneficios que aportan las personas mayores a la sociedad...	30
4.1.3. Beneficios que aportan las personas con discapacidad a la sociedad.....	32
4.1.4. Miedos sobre el hecho de envejecer y morir .....	34
4.1.5. Medidas para mejorar el bienestar de las personas que envejecen .....	36
4.2. Qué piensan los expertos respecto al envejecimiento .....	38
4.2.1. El concepto de vejez .....	38
4.2.2. Actitudes hacia las personas mayores .....	40
4.2.3. Causas del envejecimiento y políticas públicas.....	42
4.2.4. Visión del envejecimiento desde las distintas edades y desde el género .....	44
4.2.5. Miedos a la vejez y como minimizarlos .....	45
4.2.6. La muerte como tabú.....	47
4.2.7. Preparación para la muerte .....	48

## 5. CUESTIONES RELATIVAS AL ÁMBITO DE LA SALUD DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO .....50

5.1. Que piensan los ciudadanos respecto a la salud y cómo se comportan .....	50
5.1.1. El sistema sanitario funciona pero requiere mejoras .....	50
5.2. Que piensan los expertos respecto a la incidencia del envejecimiento en el ámbito de la salud .....	53
5.2.1. Retos del sistema sanitario frente al envejecimiento.....	53
5.2.2. La importancia de cuidar.....	55
5.2.3. Como proteger a las personas mayores y reducir el maltrato..	57
5.2.4. Como mejorar la calidad de vida en la vejez y ante la muerte .	59
5.2.5. La muerte vs. la enfermedad, comunicación médico paciente, tratamientos paliativos y eutanasia .....	62

**6. CUESTIONES RELATIVAS AL ÁMBITO ECONÓMICO-FINANCIERO  
DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO ..... 64**

6.1. Que piensan los ciudadanos respecto al ahorro y cómo se comportan.....	64
6.1.1. Optimismo respecto al bienestar y calidad de vida futura .....	64
6.1.2. Concienciación sobre la importancia de ahorrar para la jubilación.....	66
6.1.3. Motivaciones para ahorrar.....	67
6.1.4. El momento de ahorrar para la jubilación y la cantidad de ahorro .....	69
6.1.5. Percepciones sobre el sistema público de pensiones .....	71
6.1.6. En qué ahorran para la jubilación.....	76
6.2. Que piensan los expertos respecto a la incidencia del envejecimiento en el ámbito económico y financiero.....	78
6.2.1. Nivel de aseguramiento de los españoles.....	78
6.2.2. Redes de solidaridad y pensiones.....	78
6.2.3. Gestión privada/individual del ahorro para minimizar la dependencia en la vejez.....	81
6.2.4. Evolución tecnológica y pensiones .....	85

**7. CUESTIONES RELATIVAS AL ÁMBITO DE LA GESTIÓN PERSONAL  
DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO .....86**

7.1. Que piensan los ciudadanos sobre los instrumentos de protección legal.....	86
7.1.1. Desconocimiento de los instrumentos de protección legal de la persona y su patrimonio .....	86
7.2. Que piensan los ciudadanos respecto a la incidencia del envejecimiento en el ámbito personal .....	89
7.2.1. Conocimiento y utilización de los principales instrumentos de gestión personal.....	89
7.2.2. Disposiciones testamentarias y discapacidad.....	90
7.2.3. El rol de los notarios.....	91

**8. CAMBIO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO ..... 92**

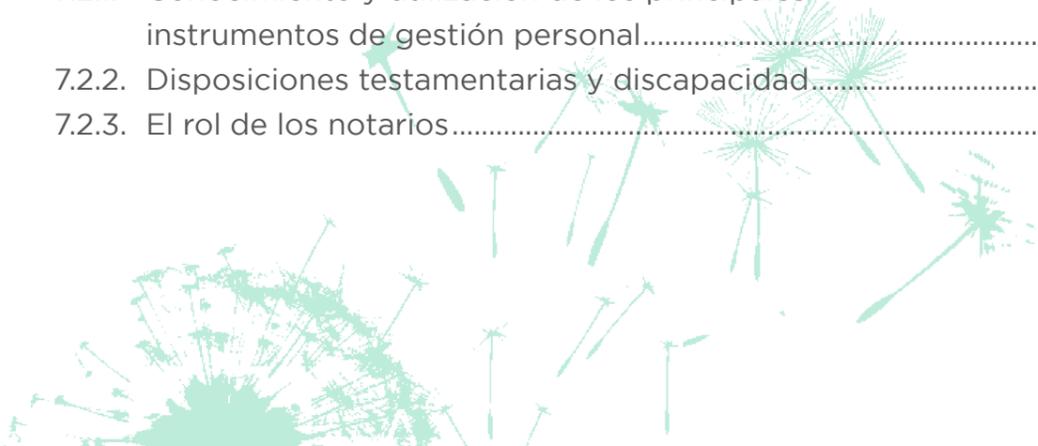
8.1. Modelo y evolución de las etapas de cambio de comportamiento.....	92
8.1.1. Etapas del modelo de cambio de comportamiento en el caso del ahorro .....	93
8.1.2. Planificación del ahorro para la jubilación .....	95
8.1.3. Cuidados de la salud .....	99
8.1.4. Preparación para el final de la vida.....	103
8.2. Las relaciones entre el ahorro a largo plazo, cuidado de la salud y preparación para el final de vida.....	105

**9. CONCLUSIONES ..... 109**

9.1. Resumen del estudio en 10+1=11 conclusiones.....	109
9.2. Una reflexión final de los autores del estudio.....	111

**10. RECOMENDACIONES..... 115**

**11. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA..... 118**



# 1 PRESENTACIÓN

## 1.1. EL TIEMPO, LOS MOMENTOS VITALES Y LA INCERTIDUMBRE

### 1.1.1 LA EDAD

La edad es uno de los principales factores que sirven de referencia para organizar la vida de las personas. Las convenciones culturales y la presión social marcan una edad para hacer cada cosa: una edad para estudiar, una edad para casarse, una edad para tener hijos, una edad para jubilarse.

La edad es una referencia obligada en algunas normativas legales (por ejemplo en la educación obligatoria o en la jubilación), que son determinantes para organizar la vida de las personas en nuestra sociedad. También es cierto que muchas actividades suelen planificarse considerando el momento ideal en el momento de la vida de una persona (hay un momento vital que se considera óptimo para casarse, tener hijos, etc.). Tanto las normas como la planificación basada en convenciones sociales, tienen un fundamento biológico, que explica su evolución en el tiempo consistente con el alargamiento histórico de la vida de las personas, con la generalización de una mayor longevidad, pero fuertemente condicionado por multitud de factores económicos, cul-

turales y sociales que determinan la consideración de distintas etapas en la vida de una persona.

### ¿Y la última etapa de la vida?

La estadística demográfica y la experiencia familiar permiten calcular la esperanza de vida de una generación y de determinados colectivos, pero evidentemente, no estamos en condiciones de llevar este cálculo a cada caso concreto. La incertidumbre sobre el momento de la muerte es una dificultad real para planificar la última etapa de la vida de una persona a la que se suman otras barreras y convencionalismos que determinan la falta de previsión y una planificación deficiente de esta etapa.

La mayoría de las personas (es la hipótesis de este estudio) o no planifican, o planifican deficientemente, la última etapa de su vida porque son incapaces de organizarse en un entorno de incertidumbre y/o porque sufren bloqueos psicológicos o sociales como consecuencia de su educación y entorno. Es por esto que visualizan su vida considerando el trayecto de vida recorrido y menos el potencial de los años que quedan por vivir. La paradoja es que ahora la vejez es una etapa desaprovechada cuando tiene más

potencial y más oportunidades, que nunca tuvo en el pasado.

### 1.1.2 LA MUERTE

Los tabús culturales sobre la muerte son tan potentes, que hacen que sea un tema olvidadizo. No es de buen gusto hablar y recordar la muerte, y cuando se hace suele ser un tema morboso y marginal, se circunscribe a la ficción como ocurre con la novela negra o la marginación en la crónica negra de nuestra sociedad.

La muerte se asocia inevitablemente a la vejez, pero no es exclusiva de la vejez. Millones de personas no tienen la oportunidad de alcanzarla porque fallecen “prematamente” por enfermedad o accidente, en ocasiones de repente, sin previo aviso. La falta de previsión afecta a unos y otros, a aquellos que tienen la oportunidad de transitar por la vejez en una última etapa de vida razonablemente previsible y la de aquellos que la ven truncada mucho antes.

### La gestión de la última etapa de la vida

El espectacular aumento de la esperanza de vida experimentado durante las últimas décadas ha transformado la conceptualización, la elasticidad y el potencial de cada etapa de la vida, y de forma

singular la vejez. En otros estudios se describe el alargamiento de la juventud, la amplitud de la maternidad, etc., en este nos limitaremos a la vejez.

La mayor longevidad significa un alargamiento de la vejez y la vivencia de una vejez en mejores condiciones físicas y mentales. Las personas mayores son más (más personas llegan a la vejez), empiezan a ser viejos más tarde, pero lo son durante más años. Y disfrutaban de mejor salud durante más tiempo.

Pero esta realidad demográfica no ha llegado acompañada de una adecuada preparación para vivir plenamente esta última etapa de la vida ni en una buena preparación de esta etapa como preludio de la muerte.

## 1.2. PLANIFICAR PARA VIVIR CON CALIDAD LA ÚLTIMA ETAPA DE VIDA

La planificación de la última etapa de la vida empieza por preguntas muy simples sobre el estilo de vida, el ahorro en la etapa laboral, la previsión en caso de discapacidad o muerte, etc.. ¿Lo que comemos ahora nos hará vivir más años y en mejores condiciones? ¿El ejercicio físico es saludable a corto plazo o una inversión de futuro? ¿Compensa el ahorro sistemáticamente para la vejez desde

edades tempranas? ¿Cómo garantizar nuestros derechos y voluntad cuando no podemos decidir por nosotros mismos? ¿En que condiciones quedaría la familia si falleciera mañana mismo?

Se trata en definitiva de aceptar la incertidumbre sobre la muerte y las condiciones de la última etapa de la vida para minimizar los riesgos de esa incertidumbre y garantizar –en la medida de lo posible– estabilidad en la calidad de vida actuando desde los comportamientos individuales y sobre las políticas públicas y privadas (por ejemplo en la empresa). Y todo ello centrado en la persona y su entorno familiar y relacional (por ejemplo en el caso de un empleador y sus colaboradores).

#### A modo de ejemplos:

Si se ahorra anticipadamente y de manera recurrente, se dispondrá de un patrimonio que permitirá complementar la pensión y mantener el nivel de vida tras la jubilación. Si se sigue una vida activa, con unos hábitos de alimentación equilibrados y se realiza actividad física, durante años, está demostrado que durante la jubilación estos hábitos se mantienen más fácilmente y la calidad de vida y bienestar físico y mental son superiores a los de otras personas que no se comportan igual. Si se prevé la otorgación de instrumentos de protección legal como el testa-

mento, el documento de voluntades anticipadas, o el documento de poderes preventivos, los ciudadanos se aseguran el destino de su patrimonio y deciden cómo quieren que se les atienda cuando el estado de su salud no les permita decidir por ellos mismos.

Los efectos beneficiosos de una buena planificación de la vejez están ampliamente demostrados y se expresan en lo que venimos denominando como una mejor calidad de vida, que se extiende –lo afirman categóricamente los expertos– a toda la trayectoria vital de los que organizan armónicamente su vida (y de las personas de su entorno) y que es superior, a los que se bloquean ante la incertidumbre y circunstancias de la muerte y pretenden ignorarla. Negación que no comporta, en general, una pretendida felicidad.

Podemos afirmar que la aceptación de la incertidumbre y finitud de la vida, y la materialización de esta aceptación en forma de comportamientos de vida concretos es importante y positiva durante toda la vida, pero especialmente en la vejez.

#### 1.3. SEGOS EN LA PERCEPCIÓN SOBRE LA ETAPA DE FINAL DE VIDA

Sin embargo, aunque la planificación es clave para afrontar la etapa de final de vida con mayor calidad

de vida, muchos ciudadanos no tienen en cuenta la necesidad de hacerlo. Muchos son los factores que influyen en las decisiones de preparación para el final de la vida: culturales, religiosos, educacionales, familiares...pero también hay otros, menos conocidos, vinculados a las actitudes y comportamientos personales de los ciudadanos y que guardan relación con elementos psicológicos, cognitivos y neurológicos de los propios individuos que afectan a dichas decisiones.

En este sentido, la economía del comportamiento determina la existencia de sesgos en la percepción de las personas, que generan una realidad subjetiva que afectan a su comportamiento y a sus decisiones en ámbitos diversos como la economía, la salud y la educación, entre otros.

Entre estos sesgos que afectan a las decisiones de los individuos cabe destacar:

1. Los cognitivos que propician desviaciones de la racionalidad perfecta.
  - Sobreoferta de productos que dificultan una clara elección y puede generar insatisfacción o arrepentimiento tras contratar un producto. Este sesgo se produce en el ámbito fi-

nanciero cuando tenemos que elegir dónde invertimos nuestro ahorro para la jubilación, entre una amplia oferta de soluciones de productos financieros, vivienda, patrimonio... lo cual nos genera dudas a la hora de tomar una decisión sobre la mejor de las opciones. Pero también se reproduce este sesgo cuando tenemos que decidir el tipo de funeral o el tipo de caja mortuoria cuando se ha muerto un familiar. Cuántos de nosotros no se ha encontrado ante el sentimiento de si habrá tomado una buena decisión escogiendo una caja de pino en lugar de una de roble.

- Sobre confianza. Por el mero hecho de tener información, las personas creen que tienen más conocimiento que el que puede tener un experto. Este sesgo se produce en el ámbito de las decisiones financieras, cuando nos creemos que podemos obtener rentabilidades en bolsa superiores a las que pueda obtener un asesor financiero y también en el ámbito de la salud, cuando nos automedicamos, sin consultar

al médico, porque creemos que nadie mejor que nosotros para conocer qué nos pasa y qué nos conviene más.

- Ilusión de control. Cuando creemos que tenemos mayor poder de influencia sobre ciertos acontecimientos, por ejemplo la obtención de mayores rentabilidades que las del mercado, en el caso de las decisiones financieras, aunque también se produce en el ámbito de la salud cuando tenemos alguna enfermedad y creemos que vamos a tener mejor pronóstico que nuestro médico.
- Ley de los pequeños números. Cuando tomamos decisiones basándonos en secuencias temporales cortas, sin valorar el comportamiento a largo plazo de la tendencia histórica. Esta situación se produce en las decisiones de inversión, en las que nos fijamos más en las rentabilidades históricas recientes que en la evolución histórica a largo plazo.

**2.** La influencia del comportamiento del entorno social y cultural en la toma de decisiones.

- El efecto “manada”, que explica que muchas de nuestras decisiones se basan en la elección que realiza el grupo. Este sesgo se producen en el ámbito financiero, concentrándose la contratación en unos pocos productos, pero también en la salud y en el ámbito social y espiritual, por ejemplo cuando se pone de moda una dieta milagrosa, o una nueva modalidad deportiva de fitness, o nos casamos, o nos dan sepultura siguiendo el último rito de moda.

**3.** La tendencia a alargar en el tiempo los comportamientos ya establecidos por parte de los ciudadanos.

- En muchas situaciones, los costes de análisis y de cambio de decisión asociados a temas de inversión y también a temas de salud son elevados. Existe aversión a las pérdidas más que propensión a los beneficios, por ejemplo al cambiar de un producto finan-

ciero a otro, e incluso de cambiar de especialista médico, o de tratamiento de salud. Ante el cambio de decisiones nos enfrentamos a efectos de disonancia y nos surgen dudas sobre si habremos acertado con nuestra decisión de cambiar.

**4.** La forma en la que se presenta o comunica la información sobre los productos financieros puede influenciar decisivamente la toma de decisiones.

- Como ya hemos comentado, las personas en general otorgamos un mayor peso a las pérdidas que a las ganancias potenciales. En este sentido, en el ámbito financiero, los rendimientos en porcentajes, o valores absolutos presentados no se perciben igual, aunque la rentabilidad sea igual.

**5.** La percepción sobre la utilidad en términos de aversión/propensión al riesgo.

- El coste psicológico de perder algo es superior al placer psicológico de lograrlo. En el ámbito financiero, se prefiere más una ganancia segura que una situación de incertidum-

bre que proporcione la misma ganancia esperada. Se prefiere una situación con incertidumbre que proporcione cierta pérdida a sufrir con certeza una pérdida por ese mismo valor. Este sesgo también explica la preferencia por la vida por parte de muchas personas, porque es algo que se conoce, frente al hecho del más allá de la muerte, algo incierto y desconocido, aunque muchas religiones prometan una vida futura mejor, más allá de la terrenal.

**6.** Valoración subjetiva de la variable tiempo y su impacto en los resultados financieros de salud y bienestar.

- En el ámbito financiero se pueden producir problemas de ilusión monetaria al no considerar los efectos de la inflación sobre los ahorros, o por ejemplo la preferencia por disponer de los rendimientos rápidamente y posponer los costes lo máximo posible.

- En el ámbito de la salud y el bienestar también se producen situaciones similares como el hecho de postergar en el tiempo decisiones como dejar de fumar, ir al dentista, hacer ejercicio o cambiar la dieta.

A medida que se acerca la fecha del compromiso de empezar a ahorrar, dejar de fumar, cambiar de dieta... y también de prepararse para el final de vida, el convencimiento de que sea una buena idea hacerlo tan pronto, será menor.

#### 1.4. LA PREPARACIÓN DE LA ÚLTIMA ETAPA REQUIERE CORRESPONSABILIDAD

La planificación de la última etapa de la vida y la gestión de la muerte, en un entorno demográfico caracterizado por el alargamiento de la vida, es un reto que afecta a la sociedad en su conjunto. Desde el ámbito privado al público, desde la gestión individual a la colectiva.

Los avances organizativos y tecnológicos que han permitido un incremento constante en la longevidad deberían incluir con urgencia la gestión de una vejez saludable, de una vivencia plena de la última etapa de la vida, y de una madurez responsable en la aceptación

y previsión de la muerte. Sin duda una asignatura pendiente de nuestra sociedad que ha conseguido “más vida” y que tiene ahora el reto de transformar este “más vida” en “mejor vida”.

Pero la concienciación que precede a una transformación social, en este caso a la necesaria previsión y planificación de la vejez, requerirá un esfuerzo colectivo de toda la sociedad, ya que actualmente no existe una cultura que avale la extensión de comportamientos y decisiones consistentes con ese propósito.

Serán, en primer lugar, los propios ciudadanos los que deberán concienciarse sobre la necesidad de planificar en previsión de una larga etapa de su vida, en la que van a ser más vulnerables y en la que deberán hacer un esfuerzo adicional para ser proactivos. La calidad de vida que podrán tener en esa última etapa dependerá en gran medida de las decisiones que hayan tomado en las precedentes.

En segundo lugar, las administraciones tienen un gran componente de corresponsabilidad, en la medida de que deben seguir garantizando la provisión de servicios públicos como las pensiones y la sanidad de manera sostenible, en un entorno de envejecimiento creciente de la población, de tal forma que los derechos futuros de los ciudadanos estén garantizados.

Pero además, deben fomentar en los ciudadanos actitudes que les empujen hacia comportamientos más alineados con la necesidad de preparar su futuro, con el objetivo de afrontar la última etapa de vida con el mayor bienestar y calidad de vida posible.

En tercer lugar, en una sociedad como la nuestra en la que el tejido asociativo e institucional privado están desarrollados, es importante que estos actores contribuyan con su actividad y difusión hacia una mayor concienciación social a favor de la planificación del futuro por parte de los ciudadanos, ya sean en temas como el ahorro, la prevención y la salud, o la espiritualidad.

Por último, cabe destacar el papel de las empresas y la oportunidad que se les brinda desde el punto de vista de aportar nuevas soluciones en un entorno marcado por el alargamiento de la esperanza de vida. Para ello, será decisivo que

cambien la mirada cortoplacista que tienen hacia al mercado, orientada a la venta de productos y servicios y no centrada tanto en la búsqueda de nuevas soluciones a las necesidades de los ciudadanos para afrontar el envejecimiento y la etapa de final de vida con calidad y bienestar.

En definitiva, la sociedad en su conjunto debe enfrentarse a una realidad incuestionable: el alargamiento de la vida.

El alargamiento de la vida determina cambios estructurales en profundidad que alcanzan transversalmente a muchos capítulos de nuestra organización social y que abren un vacío no cubierto en la gestión de la última etapa de la vida.

La situación creada por la pandemia del covid 19 en muchas residencias de ancianos es un síntoma revelador (hay muchos más) de la ineficacia de nuestra sociedad, de la falta de una estrategia social coherente con la realidad demográfica.

## 2 INTRODUCCIÓN

### 2.1. ALCANCE DEL TRABAJO

Este estudio plantea ofrecer una visión transversal sobre cómo los ciudadanos tienen en consideración el envejecimiento en sus decisiones y también como planifican la última etapa de vida. Esta visión transversal se centra en cuatro ámbitos: el económico, el personal, el socio sanitario y el emocional. La orientación que hemos querido dar a este estudio, se basa en un enfoque interrelacionado, dado que según nuestra opinión, no se puede tener una visión completa de la realidad si se analiza el comportamiento de los ciudadanos ante la última etapa de vida, sólo desde cada uno de esos tres ámbitos, por separado.

Este estudio plantea un primer paso hacia crear una mayor conciencia positiva sobre la importancia de tener en cuenta el envejecimiento y la última etapa de la vida a la hora de planificar nuestras decisiones.

Para ello, hemos analizado:

- Las actitudes y comportamientos de los ciudadanos frente a la planificación de sus momentos vitales, en especial la última etapa de vida.
- La influencia/presencia que tiene la última etapa de la vida en sus principales decisiones.
- Las medidas que se pueden llevar a cabo por parte de empresas, instituciones públicas y organizaciones sociales para mejorar la percepción social sobre este momento vital por parte de los ciudadanos.
- El grado de conocimiento y utilización de los instrumentos jurídicos que existen de protección legal de los ciudadanos en la última etapa de la vida.
- Las interrelaciones e influencias entre los tres ámbitos (el económico y personal, el socio sanitario el emocional y espiritual), en la medida que el final de vida se tiene en cuenta en las decisiones que toman los ciudadanos.

### 2.2. METODOLOGIA

Para abordar este estudio hemos llevado a cabo un proceso de trabajo consistente en las siguientes 4 fases:

#### 2.2.1 ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

Hemos analizado tendencias demográficas a nivel mundial, europeo y de España, a partir de fuentes secundarias de datos, estableciendo algunas comparativas internacionales para dimensionar los datos y mostrar diferencias y similitudes.

En este sentido, hemos prestado especial atención a la evolución de indicadores demográficos, que sin ser exactos, pueden facilitar una evolución temporal y proyección de futuro clara en cuanto al envejecimiento de nuestra población.

#### 2.2.2 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Hemos realizado un total de 14 entrevistas en profundidad a ciudadanos de diversos segmentos de edad con el objetivo de profundizar en el análisis de la información de fuentes secundarias y poner foco a las cuestiones a plantear en la fase de expertos del Delphi.

#### 2.2.3 ESTUDIO DELPHI. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES SOBRE LA ÚLTIMA ETAPA DE VIDA, ELEMENTOS PARA PLANIFICAR CON CALIDAD DE VIDA ESTA ÚLTIMA ETAPA Y ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA MUERTE

En el estudio Delphi han participado 24 expertos de los ámbitos: académico, empresarial, público, social e institucional.

El panel de expertos está formado por perfiles diversos: demógrafos, psicólogos, sociólogos, médicos, notarios, abogados y economistas cuya opinión se ha centrado en los siguientes ámbitos: personal, económico, socio-sanitario y emocional.

**La consulta a los expertos se ha realizado en dos etapas. En la primera se han identificado los factores que afectan a la calidad de vida y aquellos que pueden avanzar o retrasar el momento del final de la vida. En la segunda consulta se ha priorizado la opinión de los expertos en cuanto a las respuestas obtenidas de las primera consulta y se han identificado las alternativas y estrategias en el ámbito personal, privado y público que pueden facilitar la organización, planificación y gestión de las principales decisiones de vida ante la perspectiva de la muerte.**

#### 2.2.4 ENCUESTA TELEFÓNICA A CIUDADANOS PARA IDENTIFICAR SUS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS FRENTE A LA MUERTE

El objetivo de la encuesta telefónica, ha sido conocer el punto de partida de los ciudadanos en cuanto a la planificación de la última etapa de vida: cómo planifican los momentos vitales, cómo y cuándo se tiene en cuenta el momento del final de la vida, cómo preparan el futuro.

El enfoque de la encuesta es el conocimiento de las actitudes y com-

portamientos de las personas ante el final de vida y su opinión respecto a la necesidad de planificar la última etapa de vida.

Esta encuesta ha tenido dos oleadas. La primera de ellas se realizó entre diciembre de 2019 y enero de 2020 a una muestra de 904 ciudadanos, antes de que se produjera la situación causada por el COVID-19 y la siguiente en junio de 2020 durante la pandemia, participaron un total de 412 personas. La realización de ambas encuestas ha permitido comparar resultados sobre las cuestiones clave del estudio.

## 3 PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS Y CONSIDERACIONES SOBRE EL BIENESTAR FUTURO DE LOS CIUDADANOS

La demografía se equivoca poco en sus pronósticos, en el sentido de que se comporta casi como una ciencia exacta. La demografía con sus proyecciones nos sitúa ante un futuro en el que ciudadanos, administraciones, empresas, organizaciones sociales y resto de instituciones conviene que no sólo conozcamos, sino que lo asumamos para planificar nuestras decisiones para asegurar nuestro bienestar en la última etapa de vida.

Por tanto, la demografía hay que considerarla en nuestras decisiones presentes porque afecta a nuestro bienestar futuro.

### 3.1. UNA PIRAMIDE DE POBLACIÓN QUE SE INVIERTE A NIVEL MUNDIAL

Nuestro país, como la mayoría de países occidentales estamos viviendo un tsunami demográfico que va a tener consecuencias sobre cómo vamos afrontar los retos del envejecimiento.

El aumento de la esperanza de vida es un hecho que vemos ejemplificado, por ejemplo, en las personas centenarias. Así, si en 2015 se estimaba que en el mundo había 417 mil personas de más de 100 años (85 mil hombres y 332 mil mujeres), a finales de este siglo se prevé que la cifra supere los 19 millones de personas (6,2 millones de hombres y 12,9 millones de mujeres)<sup>1</sup>. Como referencia, en 2020 en países europeos como España, Italia y Francia, los habitantes centenarios son alrededor del 0,03% de la población. En Japón o Uruguay superan ligeramente la cifra del 0,06%<sup>2</sup>.

Un escenario similar muestra la proyección de la edad media de la población a futuro, esta asciende de los 30,9 años de 2020, a los 36,2 años en 2050 o a los 41,9 años en 2100<sup>3</sup>. Si se hace este análisis por continentes, se observa como en todos ellos, la edad media de la población se situará en torno a los 43 y 49 años, a excepción de África que quedará en 35 años. Llama especial-

<sup>1</sup>Statista (proyección 2010-2100) <https://www.statista.com/statistics/996611/number-centenarians-worldwide-gender/>

<sup>2</sup>Statista y UN (datos 2020) <https://www.statista.com/chart/14931/where-100-is-the-new-80/>

<sup>3</sup>Statista (proyección 1950-2100) <https://www.statista.com/statistics/672669/projected-global-median-age/>

mente la atención el caso de América Latina, donde se pasa de los 20 años de media en 1950 a los 49 en 2100, o el de Asia, de 22 a 47 años. En el caso de Europa y Norte América el aumento es de los 29 a los 48 años y de los 30 a los 46 años, respectivamente<sup>4</sup>.

Si hacemos un análisis de la media de edad por países, en 2050 España ocupará el octavo lugar entre los países con medias más altas, con 53,2 años de media. El ranking está encabezado por países asiáticos: Corea del Sur (56,5 años), Japón (54,7 años) y Taiwan (54,2 años). Por encima de España, se encuentran sólo dos países europeos: Italia, en la cuarta posición (53,6 años) y Portugal (52,2 años)<sup>5</sup>. En detalle, España ha pasado de una edad media de 27,5 años en 1950, a los 44,9 años en 2020 y alcanzará los 53,2 años ya mencionados en 2050<sup>6</sup>.

En consecuencia, a nivel global, se observa como la población de más de 65 años pasa de representar el 13,5% del total en 2020 al 21,4% en 2050 y al 28,4% en 2100. Estos datos van acompañados de una reducción a nivel planetario del peso de los menores de 15 años que pasa del 25,4% al actual, a un 21,1% en 2050

y al 24,4% en 2100. Este escenario planteará una nueva concepción de la vejez y del papel en la sociedad de las personas mayores, con una pirámide de población totalmente invertida<sup>7</sup>.

Si se estudia la situación actual de la vejez en España y la estructura de la población se observan dos datos conocidos, pero no por ello menos significativos. Así, en 2018 las personas mayores de 65 años eran ya casi una quinta parte de la población (19,1%)<sup>8</sup>. Esta situación acompañada de una baja tasa de natalidad, conlleva a que España tenga una situación de pirámide de población invertida: hay más personas mayores, que niños.

La esperanza de vida de los hombres al cumplir los 65 años es de 19,17 años y la de las mujeres de 23,01 años.

Así, en 2020 los mayores de 65 años eran 9,28 millones de personas en España, dos millones más que en 2002. Este incremento, se ha debido al aumento de la esperanza de vida y a que la tasa de defunciones se ha mantenido estable entorno a los 8 o 9 muertes por cada mil habitantes. Esta tasa deberá recalcularse para 2020 y ver el efecto en la morta-

lidad que ha tenido la COVID-19, que ha incidido especialmente en el colectivo de personas mayores<sup>9</sup>.

El envejecimiento en España está feminizado, a partir de los 55 años hay más mujeres que hombres, en una proporción que aumenta progresivamente con los años. Esto conlleva, por ejemplo, que haya cerca del doble de mujeres mayores que de hombres que vivan solas. El envejecimiento también es más rural que no urbano<sup>10</sup>.

En conclusión, estos datos, tanto a nivel global como local, plantean serios retos a futuro que tienen consecuencias en la economía, en los sistemas públicos de salud y de pensiones, y que tienen incidencia en las necesidades de las personas mayores condicionando sus pautas de consumo como de salud. En los próximos apartados anticipamos a partir de las fuentes secundarias analizadas algunos efectos en la economía, en la salud y bienestar y en el final de vida.

### 3.2. RETOS PARA LA ECONOMIA

Los españoles, según una encuesta de Ipsos MORI<sup>11</sup>, se muestran poco positivos respecto a lo que les es-

pera en su vejez. Así, solo un 15% de los encuestados se alegran bastante o mucho de su tercera edad. En comparación, por ejemplo, en otros países del entorno europeo, el optimismo en Polonia alcanza el 62% o el 31% en Alemania. En países cercanos como Francia o Italia, se sitúa en valores parecidos al español: 19% y 16% respectivamente.

Este dato puede deberse a las previsiones de la economía y cómo ésta puede afectar a la pensión de las personas mayores y su futuro. La pensión media en España era en 2019 de 1.284€ para los trabajadores del régimen general de la Seguridad Social y de 761€ para los trabajadores autónomos<sup>12</sup>. Como hemos visto en la introducción de este apartado, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad conllevará a la reducción del número de personas en edad de cotizar en relación con las personas en edad de recibir una pensión. Así, en 2050, por cada 100 personas trabajando, habrá 78,1 de 65 años o más. En 2020 este número es la mitad. Este dato plantea cuestiones sobre el actual sistema solidario de pensiones de nuestro país y su futuro ante un entorno demográfico caracterizado por una mayor longevidad y por una menor tasa de natalidad.

<sup>4</sup>Statista y UN (datos 2020) <https://www.statista.com/chart/18502/median-age-by-region/>

<sup>5</sup>Statista (datos 2019) <https://www.statista.com/statistics/673014/top-ten-countries-with-highest-projected-median-age/>

<sup>6</sup>Statista (proyección 1950-2050) <https://www.statista.com/statistics/275398/median-age-of-the-population-in-spain/>

<sup>7</sup>Statista (proyección 2020-2100) <https://www.statista.com/statistics/672546/projected-world-population-distribution-by-age-group/>

<sup>8</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/temas/3693/el-estado-de-salud-en-la-tercera-edad-en-espana/>

<sup>9</sup>Statista (datos 2020) <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>

<sup>10</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2018) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

<sup>11</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/grafico/17076/personas-que-afirman-alegrarse-de-la-edad-de-la-vejez/>

<sup>12</sup>Statista (datos 2019) <https://es.statista.com/grafico/15601/importe-medio-mensual-de-las-pensiones-por-jubilacion-en-espana/>

Tras la crisis de 2008, la situación económica de las personas mayores era mejor que la del resto de grupos de edad. Así, la proporción de mayores que vivían bajo el umbral de la pobreza en 2015 era de alrededor del 15%, cuando, por ejemplo, el de jóvenes se acercaba al 30% o el del resto de edades era entorno al 20%. A pesar de ello, superada la crisis la situación de pobreza se ha invertido, reduciéndose en el resto de grupos y aumentando en el grupo de personas mayores<sup>13</sup>.

También cabe recordar que las personas mayores presentan necesidades de consumo algo diferentes al resto de la población, que el mercado y el sistema público deberán ir solventando: alimentación saludable, viviendas adaptadas, acceso a la asistencia sanitaria y a los medicamentos<sup>14</sup>. Los principales gastos de los hogares de las personas mayores que no tienen ningún tipo de discapacidad son los de la propia vivienda (agua, luz y otros gastos) seguidos de los de alimentación. Proporcionalmente, son gastos con más peso respecto a otros grupos de edad, y no porque se gaste más en estos

conceptos, sino por sus menores ingresos<sup>15</sup>. Por otro lado, las personas que tienen algún grado de dependencia, el principal gasto está relacionado con la asistencia sanitaria y su salud, partida que tiene un importante peso específico en el presupuesto familiar.

Para concretar este aumento de las necesidades, se puede tomar como ejemplo el de la enfermedad de alzhéimer. Se estima que, en 2040 en España el número de personas enfermas de alzhéimer ascienda a cerca de 2,3 millones<sup>16</sup>, como se ha visto, debido al aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población. Esta cifra va a representar un 4,6% de la población total del país, estimada en 49,5 millones de personas para ese año<sup>17</sup>. Si se traducen estas cifras en coste económico, se prevé que en 2040 el impacto económico de la enfermedad de Alzheimer sea de 68.667 millones de euros, frente a los 37.206 millones que costó en 2012<sup>18</sup>. Dicha enfermedad es la causante, al año de cerca de 15.000 decesos, situando a España en el cuarto país de la OCDE por muertes registradas de Alzheimer<sup>19</sup>.

A nivel macro el gasto público sanitario consolidado en España per cápita se situó en los 1.523€ en 2018<sup>20</sup>. El gasto ha ido aumentando ligeramente desde 2013, cuando se situó en su cifra más baja de la última década: 1.321€.

España ocupa el décimo lugar entre los países con mayor gasto en salud en relación al PIB de la Unión Europea, con un 6,24%<sup>21</sup>, en valores parecidos a los de Italia (6,54%), República Checa (6,21%) o Portugal (6,05%). El ranking está liderado por Alemania (9,48%), Francia (9,32%) y Suecia (9,26%).

En 2018, el gasto público consolidado en sanidad ascendió a 71.154 millones de euros<sup>22</sup>. Si se compara por comunidades autónomas el gasto público consolidado sobre el PIB se observa una importante desigualdad. Así, el gasto se situó en Extremadura en el 8,7% y en la Comunidad de Madrid en el 3,6%<sup>23</sup>.

Ante un escenario de envejecimiento, aumento de longevidad y baja natalidad, que planteará más de dos décadas de cobro de pensiones a los nuevos jubilados, además de realizar los ajustes y mejoras en

el actual sistema para asegurar su sostenibilidad, también es relevante pensar en cómo los ciudadanos han de evolucionar en su comportamiento hacia una mayor cultura a favor de la planificación de su futuro y a favor del ahorro para la jubilación.

### 3.3. RETOS PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

#### 3.3.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA SALUD Y SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

Las personas mayores perciben su buen estado de salud. Así, cerca de un 19,6% de las personas encuestadas entre 65 y 80 años dice sentirse bien o perfectamente y otro 34,4% afirma estar bastante bien. Un 37,9% asegura tener los achaques propios de la edad. Las personas que dicen estar mal de salud son un 7,9% y los que están muy mal, un 0,3%<sup>24</sup>.

A pesar de ello, los signos de envejecimiento en la salud nos recuerdan el especial cuidado que las personas mayores deben tener con su salud y en la necesidad de recursos sanitarios que ello re-

<sup>13</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2017) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

<sup>14</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/temas/3693/el-estado-de-salud-en-la-tercera-edad-en-espana/>

<sup>15</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2016) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

<sup>16</sup>Statista. (proyección 2012-2049) <https://es.statista.com/estadisticas/552214/evolucion-de-la-incidencia-del-alzheimer-en-espana/>

<sup>17</sup>INE (proyección 2018-2068) Población y fenómenos demográficos nacionales: serie 2018-2068. Población residente en España a 1 de enero.

<sup>18</sup>Statista (proyección 2012-2049) <https://es.statista.com/estadisticas/552582/evolucion-del-impacto-economico-de-la-enfermedad-de-alzheimer-en-espana/>

<sup>19</sup>Statista (datos 2016) <https://es.statista.com/estadisticas/589406/numero-de-muertes-por-alzheimer-en-determinados-paises-de-la-ocde/>

<sup>20</sup>Statista (serie 2010-2018) <https://es.statista.com/estadisticas/579235/gasto-publico-consolidado-en-sanidad-per-capita-en-espana/>

<sup>21</sup>Statista (datos 2016) <https://es.statista.com/estadisticas/598106/nivel-de-satisfaccion-de-los-usuarios-con-el-sistema-sanitario-publico-en-espana/>

<sup>22</sup>Statista (serie 2010-2018) <https://es.statista.com/estadisticas/534016/gasto-publico-en-sanidad-con-respecto-al-pib-en-espana/gasto-publico-en-sanidad-con-respecto-al-pib-en-espana/>

<sup>23</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/estadisticas/662335/gasto-sanitario-publico-como-porcentaje-del-pib-por-comunidades-autonomas-en-espana/>

<sup>24</sup>Statista (datos 2014) <https://es.statista.com/estadisticas/615542/percepcion-de-las-personas-mayores-sobre-su-estado-de-salud-en-espana/>

presenta. Así, repasando algunos ejemplos, vemos como, entre las personas de 75 a 80 años, los problemas de agudeza visual alcanzan el 58,5% del colectivo, las dificultades de movimiento el 42,3%, la pérdida de resistencia o fuerza un 30% o la pérdida de oído un 34,1%. O, por ejemplo, el 25,8% de las personas entre 75 y 84 años tiene diabetes, el 36,4% tiene el colesterol alto, el 22,4% tiene varices en las piernas y el 28% tiene problemas para concentrarse. O el 42,4% de aquellos que tienen entre 65 y 74 años parece de artrosis y el 15,8% sufre de cataratas. Un último dato, cerca del 29% de las personas mayores de 85 años tiene incontinencia urinaria<sup>25</sup>.

Como se ha apuntado, este empeoramiento progresivo del estado de salud se traduce en un aumento del consumo de productos y una mayor dependencia de los servicios sanitarios. Así, el 84,5% de las personas entre 65 y 80 años adquirió medicamentos en la farmacia, el 50,9% compró gafas, el 50% acudió al dentista, el 31,9% visitó al podólogo, el 18,5% necesitó de

fisioterapia, el 6,8% requirió de ortopedia y el 5,9% de audífonos<sup>26</sup>.

En el mismo sentido, aproximadamente el 68% de las personas encuestadas de entre 75 y 84 años había acudido al médico a lo largo de las últimas 4 semanas<sup>27</sup>. Es también significativo el porcentaje de mayores que requirieron de hospitalización en los últimos 12 meses: un 12,2% de las personas de 65 a 84 años, un 16,5% de las personas entre 75 y 84 años y un 19,5% de las de más de 85 años<sup>28</sup>. El principal motivo fue la intervención quirúrgica, a excepción de los mayores de 85 años, donde la causa era recibir un tratamiento sin intervención quirúrgica<sup>29</sup>. Cabe mencionar que las estancias hospitalarias de las personas mayores son más largas que las del resto de la población<sup>30</sup>, lo que demuestra que a mayor edad, mayor dependencia y mayor uso intensivo de los servicios sanitarios.

Otro aspecto a tener en cuenta es el aumento en las necesidades de servicios asistenciales a domicilio. Así, el 17,8% de las personas mayores de 85 años requirió de atención a

un enfermo, el 13,3% para las tareas domésticas y atención de mayores y un 9,4% de servicios especiales de transporte a domicilio.

En cuanto a la satisfacción sobre el sistema, la valoración del sistema sanitario en España es globalmente positiva. Así, un 47% de las personas encuestadas afirma que funciona bien, aunque necesita introducir algunas mejoras<sup>31</sup>. En ese sentido, cerca del 50% considera que hacen falta más profesionales sanitarios<sup>32</sup>. A pesar de ello, un 25% otorgó puntuaciones de 5 o menos al sistema de salud, y un 2,4% se declaró muy insatisfecho con él<sup>33</sup>.

Uno de los retos de nuestra sanidad va a ser como evolucionar en los próximos años para dar respuesta al reto del envejecimiento, con un sistema de salud como el actual que no está pensado para atender pacientes crónicos, con una estructura de equipamientos y costes que deberá ser más eficiente para atender las enfermedades asociadas a la edad.

### 3.3.2 PERCEPCIÓN SOBRE EL FINAL DE VIDA

Como ya se ha visto, la esperanza de vida en España se sitúa en 2020 en los 84 años en los hombres y los 88 en las mujeres. A pesar del aumento progresivo del bienestar y calidad de vida, en el punto anterior se ha observado que el empeoramiento de la salud lleva a las personas mayores a una mayor situación de dependencia.

Como veíamos antes, la feminización de la vejez y su mayor esperanza de vida también implican que los años que las mujeres vivirán con buena salud, a partir de los 65 años, son proporcionalmente menos que los hombres. Así los hombres vivirán tras los 65 años, un 53,7% de los años que les queden con buena salud, mientras que las mujeres solo un 44%<sup>34</sup>. Recordemos también que las mujeres tienen mayor riesgo de soledad que los hombres. En España según datos de 2018, más de 2 millones de personas mayores de 65 años viven solas, de las cuales el 72% son mujeres<sup>35</sup>. El problema de la soledad en el colectivo de personas mayores es un aspecto que está impactando negativamente en nuestra sociedad, por el alto coste

<sup>25</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/temas/3693/el-estado-de-salud-en-la-tercera-edad-en-espana/>

<sup>26</sup>Statista (datos consumos entre 2013 y 2014) <https://es.statista.com/estadisticas/631858/consumo-de-productos-y-servicios-de-salud-en-personas-mayores-espana/>

<sup>27</sup>Statista (datos 2017) <https://es.statista.com/estadisticas/635596/porcentaje-de-personas-mayores-que-acudio-a-una-consulta-medica-por-lugar-en-espana/>

<sup>28</sup>Statista (datos 2017) <https://es.statista.com/estadisticas/635599/porcentaje-de-personas-mayores-hospitalizadas-por-edad-en-espana/>

<sup>29</sup>Statista (datos 2017) <https://es.statista.com/estadisticas/635600/motivos-de-la-ultima-estancia-en-el-hospital-en-la-tercera-edad-en-espana/>

<sup>30</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2017) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

<sup>31</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/estadisticas/598084/opinion-de-los-usuarios-sobre-el-sistema-sanitario-en-espana/>

<sup>32</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/estadisticas/910939/principales-problemas-de-los-sistemas-de-salud-espana/>

<sup>33</sup>Statista (datos 2018) <https://es.statista.com/estadisticas/598106/nivel-de-satisfaccion-de-los-usuarios-con-el-sistema-sanitario-publico-en-espana/>

<sup>34</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2015) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

<sup>35</sup>INE 2019

emocional que se traduce también en un coste económico por un mayor uso de los servicios de asistencia ambulatoria y de psiquiatría del sistema de salud pública.

El cuidado de las personas que se encuentran en la etapa de final de vida sigue dependiendo, en gran mayoría de las mujeres. Así, dos tercios de las personas cuidadoras son mujeres, frente a un tercio de los hombres. Como se ha visto, por su mayor longevidad y dependencia, las mujeres mayores de 65 años son el colectivo que requiere más cuidados. En este sentido, mientras los hombres son cuidados, mayoritariamente por sus cónyuges (40,8%) o hijas (26,6%), las mujeres dependen de sus hijas (42,7%), hijos (17,8%) o cónyuges (13,4%)<sup>36</sup>.

En el contexto de envejecimiento del que se ha estado hablando, es de prever un aumento de las necesidades de cuidados en situaciones de dependencia y final de vida, en un momento en que las potenciales cuidadoras habrán envejecido. En este ámbito se revelan como imprescindibles los cuidados paliativos que facilitan una mejor calidad de vida para las personas que tienen enfermedades crónicas. Los cuida-

dos paliativos, a pesar de llevar en funcionamiento en nuestro país más de dos décadas, su implantación no está realizada en todo el territorio y además no se ha llevado a cabo al ritmo de crecimiento de las necesidades de las personas en la última etapa de vida.

El envejecimiento de la población y alargamiento de la esperanza de vida conllevará por tanto un uso más intensivo del sistema de salud. Si bien es probable que se lleven a cabo ajustes y cambios para mejorar la atención y asistencia en la última etapa de vida, también se debería aprovechar para realizar un mayor esfuerzo en promover una mayor cultura a favor de la prevención y la educación para la salud, que permita por un lado mejorar la calidad de vida en la vejez, mejorando los hábitos de salud desde edades previas a la jubilación y además asegurar la sostenibilidad del gasto sanitario. Todo esto, debería ir acompañado con medidas que hagan más soportable la existencia a aquellas personas con necesidades crónicas y que se encuentran en la última etapa de su vida.

## 4 CUESTIONES RELATIVAS AL ENVEJECIMIENTO

### 4.1. QUE PIENSAN LOS CIUDADANOS RESPECTO AL ENVEJECIMIENTO Y COMO SE COMPORTAN

#### 4.1.1 OPTIMISMO RESPECTO AL BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA FUTURA

La edad ya no es una limitación para vivir con salud hasta prácticamente el final, o para vivir con la mayor calidad de vida posible, a pesar de tener ciertas limitaciones. Las personas cada vez viven más y demandan vivir con mayor calidad de vida.

Los ciudadanos son optimistas respecto a cuanto años vivirán. Son conscientes del concepto esperanza de vida y como es tangible porque saben a qué edad han muerto sus familiares y entorno más próximo, estiman fácilmente los años que llegarán a vivir.

En la encuesta realizada de la primera oleada, la esperanza de vida se sitúa en los 84,5 años, edad que no difiere mucho de las estadísticas de nuestro país. A medida que aumenta la edad la estimación de la esperanza de vida aumenta. También los ingresos correlacionan positivamente con una mayor esperanza de vida. Los que están parados, son

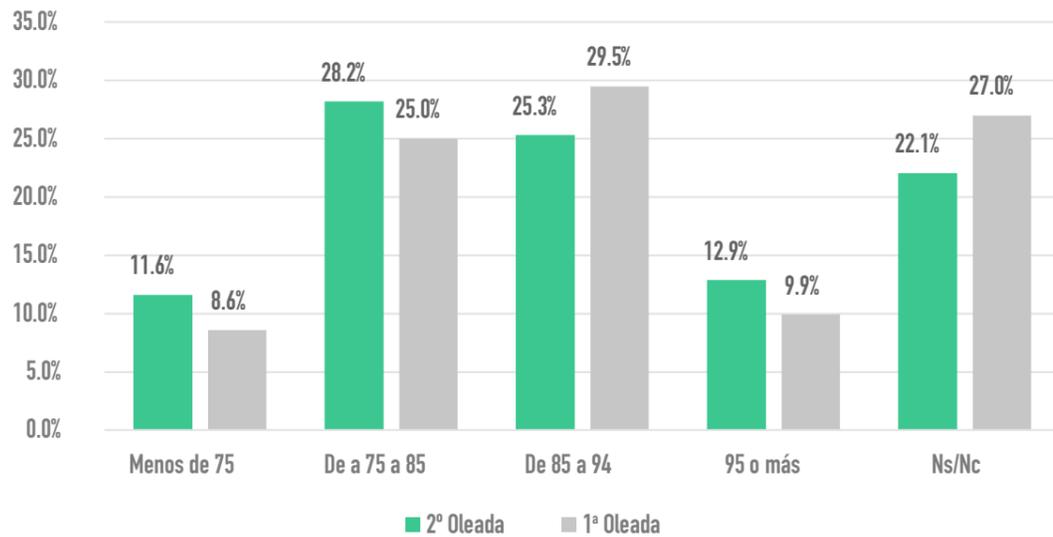
más pesimistas sobre la edad que llegarán a vivir. Por el contrario los que trabajan sólo y los que trabajan y estudian son los más optimistas en cuanto a su longevidad. Por último, las personas más religiosas creen que vivirán por encima de la esperanza de vida actual.

En la segunda oleada, la esperanza media de vida baja un poco alrededor de los 83 años. Los más jóvenes piensan que vivirán más años. Los que no trabajan son los más pesimistas con la edad que vivirán. Los que no tienen hijos son más optimistas y los jubilados desconocen más cuando van a morir.

Comparando ambas oleadas observamos que con el shock del Covid-19, la percepción es que la esperanza de vida disminuye. Esto es reflejo de uno de los sesgos que comentamos en apartado anterior sobre el hecho de que nos fijamos más en las series temporales históricas recientes que en la historia anterior más a largo plazo.

<sup>36</sup>Envejecimiento en Red, CSIC (datos 2014) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

**P. ¿Cuántos años cree que vivirá usted?**



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Sexo .012 / Edad .000 / Estudios .000 / ingresos personales .002 / ingresos fami .000 / ideología política .000 / situación laboral .001 / vives .000 / hijos .001 / religión .002 (?)

Valores de la variable chi-cuadrado segunda oleada encuesta: Edad .000 / Área .000 / Estudios .002 / Situación laboral 0.000 / Hijos .036 /

**4.1.2 BENEFICIOS QUE APORTAN LAS PERSONAS MAYORES A LA SOCIEDAD**

Vivimos en una sociedad con unos valores que premian lo nuevo, lo más novedoso, lo más innovador y que no considera en la misma condición aquello que no lo es tanto.

Las personas mayores, nuestros abuelos y nuestros padres en definitiva son los que han contribuido

a construir la actual sociedad, de la cual disfrutamos.

Cuando preguntamos a los entrevistados por lo que aportan las personas mayores a la sociedad, constatamos que el peso de las valoraciones positivas es mucho mayor al de las negativas. Los datos que a continuación mostramos contrastan con la realidad que se ha producido y que se está produciendo por ejemplo en el mercado de trabajo, donde mu-

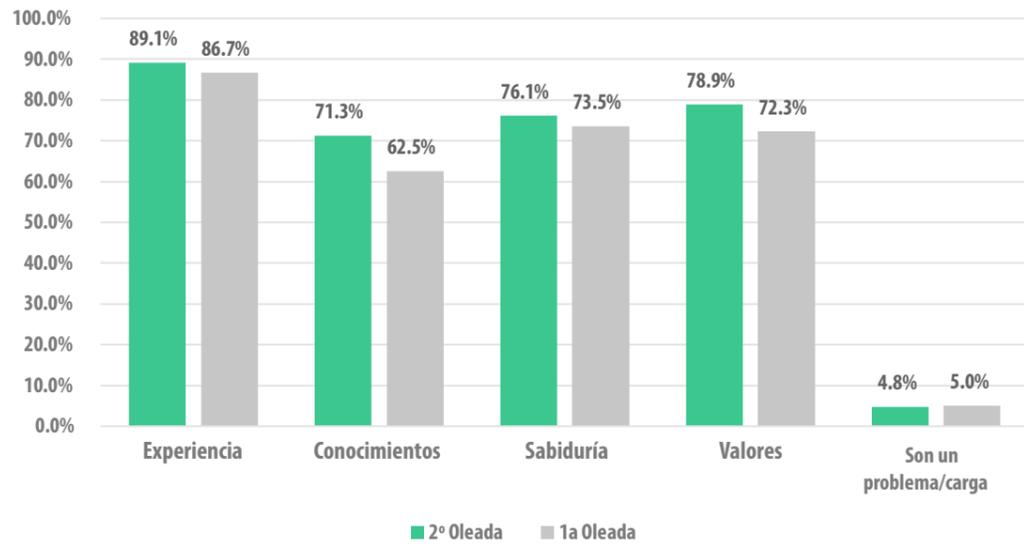
chos trabajadores son expulsados del mismo por razón de la edad, sin tener en cuenta el conocimiento, experiencia y también habilidades que han desarrollado.

De acuerdo con los resultados de la encuesta en la primera oleada, observamos que el principal activo que aportan las personas mayores es la experiencia (86,7%), la sabiduría (73,5%) y valores (72,3%). A continuación y a distancia figura el conocimiento (62,5%). Por el contrario, la percepción de que son una carga sólo alcanza un 5%.

En este sentido, los hombres que han contestado consideran que las personas mayores aportan experiencia y conocimiento y las mujeres aportan sabiduría y valores. Las personas con más estudios son las que menos ven a las personas mayores como una carga. A nivel de ideología los votantes más a la derecha consideran que son una carga y los votantes de izquierda consideran que aportan experiencia, conocimiento, sabiduría y valores. La auto-percepción que tienen los propios mayores de sí mismos es que son una carga. Los que viven solos y los que viven con sus hijos y en pareja también tienen una valoración positiva de las personas de edad avanzada.

En la segunda oleada de la encuesta, aumenta la valoración generalizada sobre las personas mayores, en especial en el aspecto relacionado con el conocimiento que aportan las personas mayores. Este aumento positivo en la valoración, probablemente se deba a la situación de Covid-19 y su incidencia sobre todo en la población mayor y la percepción de soledad y abandono que se haya instalado en la sociedad respecto al colectivo durante estos últimos meses.

**P. ¿Qué aportan las personas mayores a la sociedad?**



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .000 / ingresos personales .000 / ingresos fami .0000 / ideología política .035 / situación laboral .000 / vives .000 / hijos .000 / religión .021

Valores de la variable chi-cuadrado segunda oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .000 / Situación laboral 0.000 / Vive .000

**4.1.3 BENEFICIOS QUE APORTAN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA SOCIEDAD**

El colectivo de personas con discapacidad, de acuerdo con los datos de la encuesta también tiene una valoración positiva respecto a los beneficios que aporta a la sociedad, si bien existe un gran potencial de mejora de cara a su integración laboral y social.

En la primera oleada de la encuesta, en primer lugar destaca la actitud

positiva (73,9%) que demuestran las personas con discapacidad, en segundo lugar los valores que detentan (65,6%) y en tercer lugar, las ganas de trabajar que demuestran (53,3%). Sólo un 5,9% considera que son una carga para la sociedad.

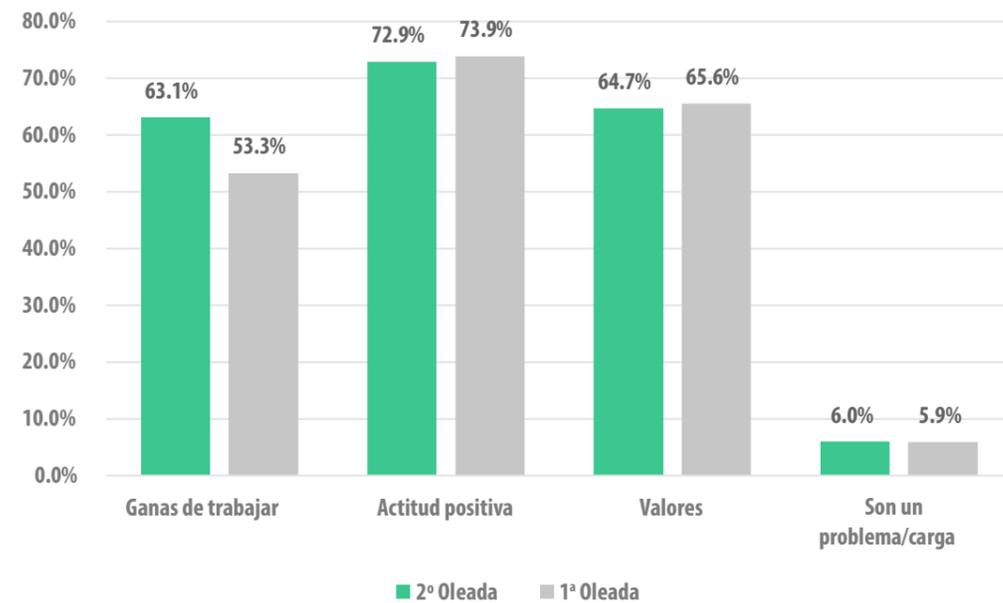
Los aspectos positivos son más valorados por los más jóvenes. Por el contrario, las personas mayores lo perciben más como una carga. Los que tienen más estudios valoran a las personas con discapacidad por

su actitud positiva, los valores que representan y consideran que no son un problema. Los que tienen más ingresos consideran que aportan actitud positiva y valores. Los jubilados consideran a las personas con discapacidad como una carga y los que trabajan y los que no trabajan aprecian los valores que aportan. Los que viven con pareja consideran a las personas con discapacidad

como una carga y los que viven con sus padres consideran positivamente los valores que aportan y la actitud positiva con la que enfrentan los retos.

En la segunda oleada de la encuesta, las valoraciones son muy similares a la primera oleada, si bien lo que aumenta de forma destacada son las ganas de trabajar.

**P. ¿Qué aportan las personas con discapacidad a la sociedad?**



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .000 / ingresos personales .042 / ingresos fami .001 / situación laboral .000 / vives .006

Valores de la variable chi-cuadrado segunda oleada encuesta: Sexo .000 / Edad .000 / Área .000 / Estudios .000 / Situación laboral 0.000 / Vive .000 / Hijos .000 /

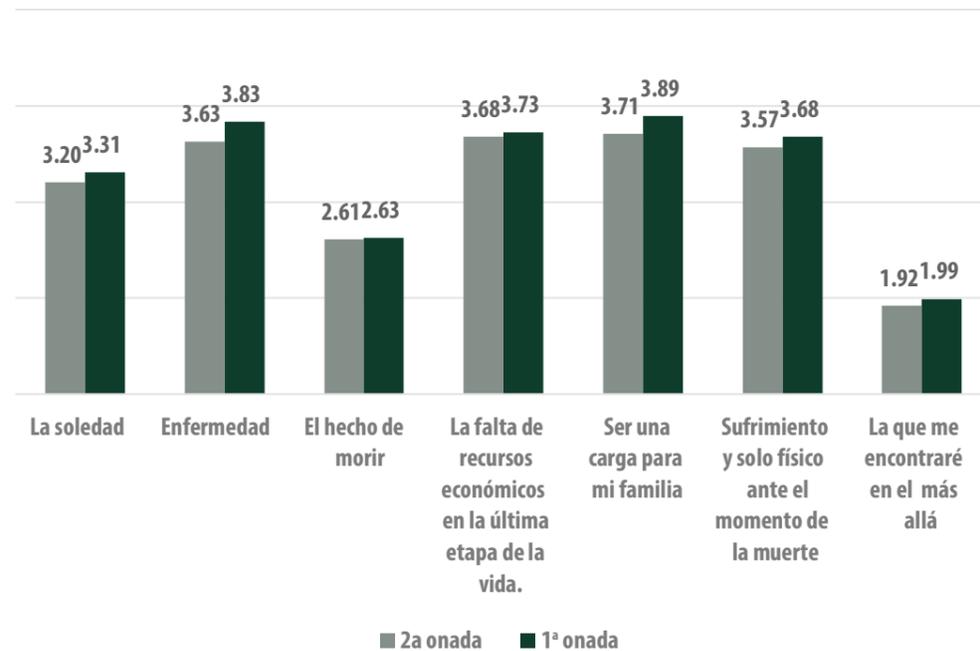
#### 4.1.4 MIEDOS SOBRE EL HECHO DE ENVEJECER Y DE MORIR

Como comentamos en el apartado de los sesgos sobre la percepción de la última etapa de vida, todo aquello que es incierto, como el momento de la muerte, genera re-

chazo, e impide que tomemos decisiones y actuemos previamente de manera planificada.

Fruto de esta incapacidad para preparar nuestro futuro y final de vida, nos surgen frenos, dudas, problemas y también miedos.

#### P. ¿Cuáles son los miedos vinculados al envejecimiento y la muerte?



Valor promedio, 1-5 (1 nada de miedo, 5 mucho miedo)

Valores de la variable chi-cuadrado de la encuesta: Soledad: Sexo .050 // Enfermedad: Estudios .004 / Hijos .006 // Recursos: Sexo .030 / Estudios .013 // Carga: Sexo .007 / Edad .000 / Estudios .002 / Vive .003 / Hijos .001 // Sufrimiento: Sexo .002 / Edad .041 / Hijos .033 // Más allá: Sexo .006 / Edad .025

De acuerdo con la encuesta, el principal miedo que tienen las personas respecto a la última etapa de vida y la muerte es ser una carga para la familia con un 74%. Las mujeres tienen más miedo que los hombres, posiblemente porque son las que cuidan de sus padres y ven la dificultad y el esfuerzo que eso genera. El miedo a ser una carga también es proporcional a la edad. Los que tienen más estudios tienen menos miedo a ser una carga y los que viven con hijos y con pareja tienen mucho miedo a ser una carga.

En segundo lugar cabe destacar el miedo a tener una enfermedad. Casi un 70% les genera bastante o mucho miedo padecer una enfermedad incapacitante. Este hecho es común a otras sociedades donde este miedo aparece en primer lugar, por encima de la propia muerte. En este sentido, las mujeres tienen más miedo que los hombres, así como los que tienen más estudios y los que tienen mayores ingresos económicos.

En tercer lugar figura el sufrimiento físico ante la muerte (64,3%) y la falta de recursos económicos en la última etapa de vida (66,7%). En el caso del sufrimiento físico, las mujeres tienen más miedo que los hombres y los que tienen más estudios tienen menos miedo al dolor físico. Respecto a la falta de recursos económicos, las mujeres tienen más miedo que los hombres, los que

tienen más estudios tienen menos miedo, así como los que tienen más recursos económicos también tienen menos miedo. Los que viven solos no tienen nada de miedo pero a su vez, tienen mucho miedo a no disponer de recursos suficientes.

En cuarto lugar figura la soledad con un 54,4% de personas que mencionan tener bastante o mucho miedo a la soledad. Las mujeres tienen más miedo que los hombres, los que tienen menos ingresos son los que más miedo tienen y los que viven solos no tiene miedo a la soledad, a diferencia de los que viven en pareja, con sus hijos, o con sus padres, que tienen mucho miedo.

El hecho de morir sólo genera bastante o mucho miedo en el 32,1% de los entrevistados. También las mujeres tienen más miedo que los hombres, así como los que tienen menos ingresos.

Por último, el miedo al más allá figura en quinto lugar. Sólo a un 17,2% le genera bastante o mucho miedo. El patrón se repite, las mujeres tienen más miedo que los hombres, los que tienen más estudios tienen menos miedo y los que tienen más ingresos tienen menos miedo. Las personas religiosas tienen más miedo al más allá que las no religiosas.

#### 4.1.5 MEDIDAS PARA MEJORAR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS QUE ENVEJECEN

Como sociedad somos conscientes de la importancia de vivir mucho, pero con calidad de vida. El bienestar no sólo se puede medir de forma monetaria por la pensión que uno recibe, o el patrimonio que uno tiene. El bienestar es físico, psíquico y emocional y se ha de entender desde este triple enfoque.

Como comentábamos en apartados anteriores, las personas mayores son un colectivo vulnerable y que está en nuestra obligación como sociedad responsable procurar su protección, seguridad y bienestar.

En la medida de que seamos visionarios en el enfoque de nuevas soluciones que tengan en cuenta no sólo el objetivo de curar, sino el de cuidar a la persona mayor, lograremos mejorar el bienestar y a la vez seremos más eficientes desde el punto de vista de la asignación de unos recursos que previsiblemente van a crecer en el futuro en vista del aumento de la esperanza de vida de nuestro país.

En la encuesta a ciudadanos hemos querido recoger la opinión sobre qué medidas pueden ser más útiles desde el punto de vista de mejorar la calidad de vida y garantizar el buen trato a las personas mayores. Esta cuestión se ha incluido en la segunda oleada de la encuesta, en plena pandemia del Covid-19. La situación vivida en estos últimos meses ha puesto en evidencia la fragilidad del colectivo y la necesidad de pensar en nuevas estrategias que van más allá de una red de asistencia de calidad.

El primer aspecto destacado por los ciudadanos encuestados es la importancia de prevenir el maltrato. Este ámbito de atención preocupa a la sociedad, tras ser un tema que está en la agenda pública gracias a los medios de comunicación que denuncian situaciones de abuso a las personas mayores.

En segundo lugar se prioriza la reformulación del sistema de salud priorizando la prevención, la inclusión social, las curas paliativas y el apoyo emocional y psicológico para los familiares. Cada vez somos más conscientes de que no sólo basta curar, sino que es importante cuidar y prevenir para poder tener una mejor calidad de vida en el futuro. Una buena educación para la salud puede ser más eficaz y sobretodo puede ahorrar muchos miles de millones de euros al sistema público

dirigidos a tratamientos que se pueden evitar, o bien a problemáticas de salud que se pueden retrasar.

En tercer lugar, figura la importancia que se concede a promover la vida activa tras la jubilación a través de programas que faciliten la autonomía, el crecimiento y el desarrollo de las personas mayores en la última etapa de su vida. Ejemplos de personas mayores que tras la jubilación se han convertido en emprendedores, otros se han formado académicamente, algunos practican deportes de alta competición...son actividades que contribuyen al desarrollo e impacto positivo en nuestra sociedad.

En cuarto lugar, ha aparecido como opción más valorada el derecho a ejercer con libertad el derecho a poner fin a la vida. La ley de la eutanasia en trámite en nuestro parlamento va en esa línea y puede dar respuesta legal a una parte de la población que apuesta por esta vía.

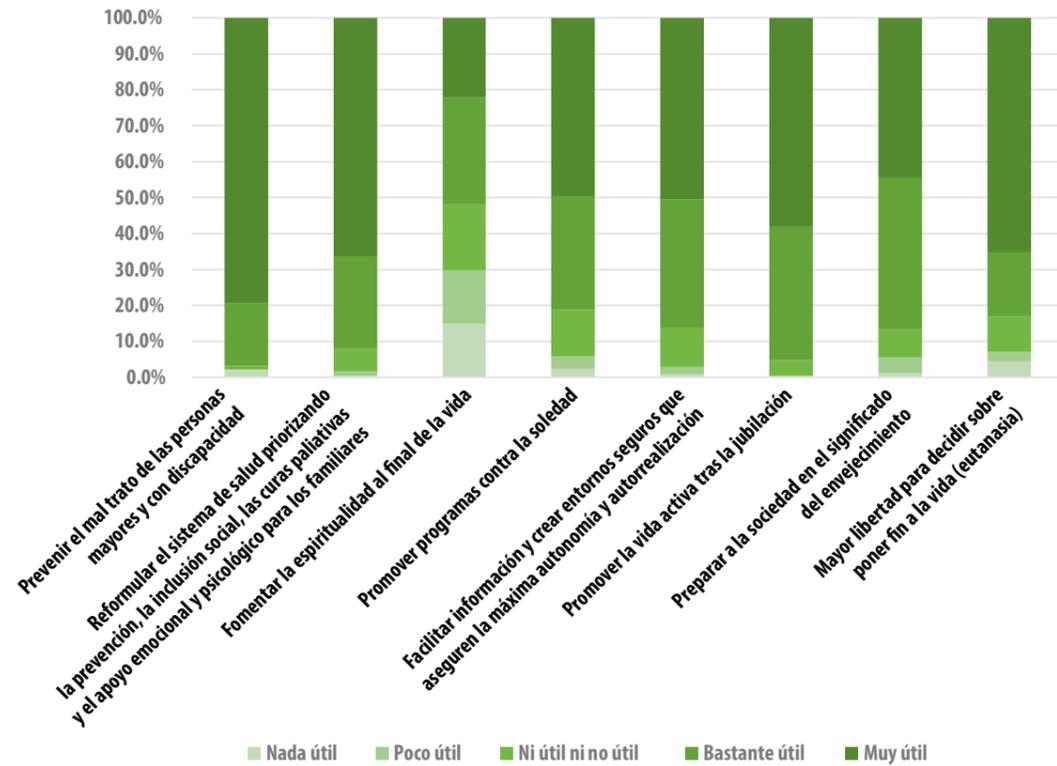
En quinto lugar, los ciudadanos entrevistados se postulan por preparar a la sociedad en el significado del envejecimiento. La sensibilización y preparación de nuestra sociedad desde edades tempranas sobre lo que significa envejecer puede ser un

aspecto a tener en cuenta tanto por la familia, como por la escuela.

En sexto lugar, cabe considerar la importancia de facilitar información y crear entornos seguros que aseguren la máxima autonomía y autorrealización. Esta medida está muy relacionada con la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de educar en el envejecimiento y también en el hecho de garantizar los derechos de las personas mayores.

Por último, figura la importancia de promover programas contra la soledad y fomentar la espiritualidad al final de la vida.

**P. ¿Qué medidas cree más útiles para mejorar el bienestar de las personas que envejecen?**



Valores de la variable chi-cuadrado de la encuesta en la segunda oleada: Soledad: / Hijos .003

**4.2. QUÉ PIENSAN LOS EXPERTOS RESPECTO AL ENVEJECIMIENTO**

**4.2.1 EL CONCEPTO DE VEJEZ**

La reflexión sobre el umbral de la vejez, el momento en el que empieza la vejez y el propio concepto de vejez, (¿qué es una persona vieja?), no es un ejercicio estéril, significativamente y por su relevancia genera debate.

Algunos identifican el inicio de la vejez con la edad, defienden la idea tradicional de que empieza a los 65 años, en coincidencia con la jubilación. Pero la mayoría de los expertos consultados afirman que los avances en alimentación, calidad de vida, higiene y salud (entre otros factores) han propiciado una situación demográfica y social en la que una persona que ha cumplido 65 años esté más cerca de la plenitud de la

madurez que de una vejez discapacitadora. Hoy en día el estado físico y mental, el estilo de vida y las relaciones sociales de una persona de 65 años son muy distintas a las de aquellos que alcanzaban esa edad hace escasamente veinte años.

Tampoco sus expectativas de vida. Los incrementos en la longevidad de las personas han sido espectaculares y lo seguirán siendo en el futuro. Con estas expectativas de longevidad, parece inconsistente mantener el concepto de vejez a partir de los 65 años, cuando a la mayoría de las personas les queda aún un tercio de vida por delante.

Por esto, la mayoría de expertos coinciden en señalar que las discapacidades sobrevenidas que implican la pérdida de autonomía de una persona, son un mejor indicador, aunque no el único, de la vejez. Por eso consideran que la vejez empieza cuando se pierde autonomía personal y en consecuencia, se precisa de ayuda para realizar tareas cotidianas que antes se podían ejecutar sin asistencia.

Una visión pesimista que contrasta con la idea de serenidad y gozo que expresan otros posicionamientos basados en vivencias personales.

Finalmente, algunos expertos consideran útil el concepto de esperanza de vida aplicado a distintas edades (considerando de forma añadida las

diferencias de género). Así la esperanza de vida para las personas que han alcanzado los 70 años estaría en los 15,39 años para los hombres y en 18,67 años para las mujeres. Y abogan por definir el umbral móvil de la vejez en función de esa esperanza de vida en cada momento. Con este criterio, considerando por conveniencia el umbral de vejez en una expectativa de vida 15 años, estaríamos delimitando el colectivo de ancianos varones en aproximadamente 73 años en lugar de los tradicionales 65.

Este debate teórico genera controversia porque influye en la opinión pública y en el margen de maniobra que tienen los políticos para, por ejemplo, fijar la edad de jubilación.

Junto a estas precisiones, merece recordarse que el término anciano (sinónimo de viejo) deriva del latín, de la palabra “antianus” que significa “es de antes”. Un mal augurio para los que se identifican, o son identificados con un término que equivale a señalarlos como de otra época. En un momento histórico en el que se valora rabiosamente lo actual, podríamos deducir que si son de antes (un activo poco valorado) es que no son de ahora (lo que si tiene valor) o lo son en menor medida que los jóvenes.

Si seguimos buscando en el diccionario, encontraremos en el término viejo o vieja, “se dice de una perso-

na que tiene una edad avanzada y está en el último período de la vida, aquel que sigue a la madurez”.

Entonces, ¿qué es un viejo?. Nos quedaremos con el criterio de los expertos consultados: un viejo o anciano es una persona que ha perdido parte de su autonomía como consecuencia de problemas de salud (ya sean físicos o mentales) sobrevenidos con la edad y que, en consecuencia, necesita de asistencia para realizar todas o parte de las tareas cotidianas.

Entre las principales características de esta población, se constatan los problemas de soledad no deseada, los problemas de salud que provocan discapacidades sobrevenidas y el miedo por la proximidad de la muerte.

En términos sociales podríamos afirmar que, en los países desarrollados, se está ganando la batalla de la longevidad, y que está por ganar la batalla de la vejez saludable, el alargamiento de la vida con salud y autonomía personal y respeto.

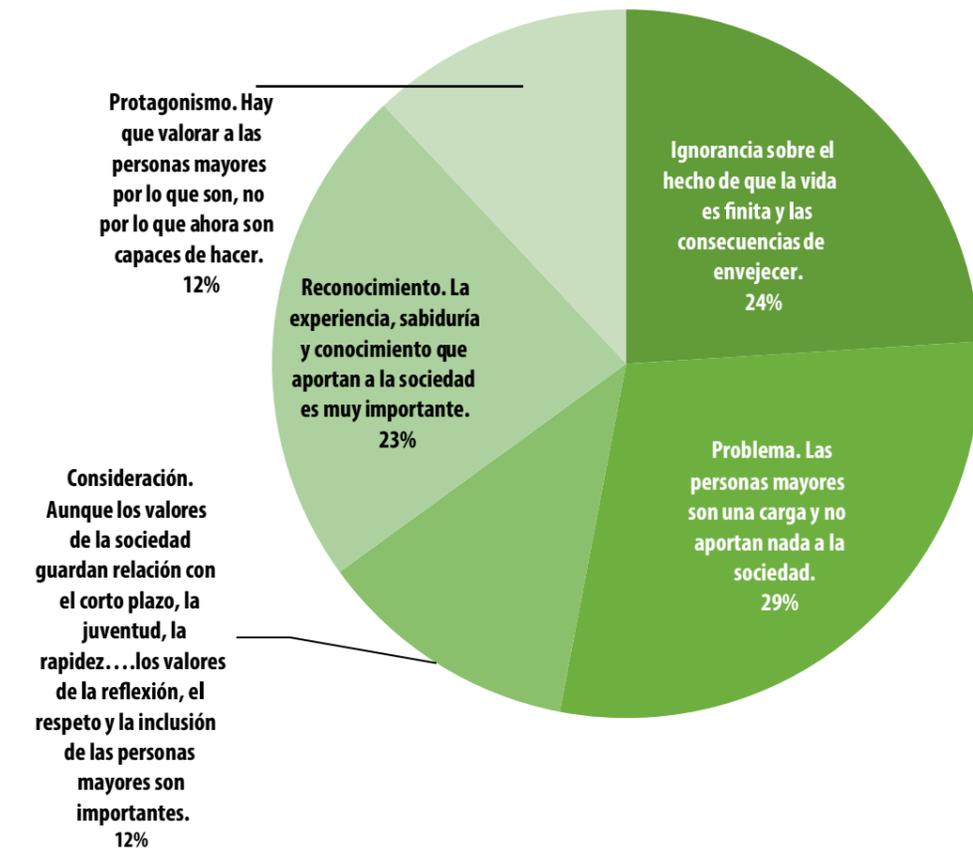
#### 4.2.2 ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Las personas mayores han perdido peso específico en nuestra sociedad. No tienen la consideración ni el respeto de antaño y son vistas como una carga. Nuestra sociedad mira en términos de corto plazo y

amortiza rápidamente a las personas mayores basándose en estereotipos como: no se adaptan a los cambios, son lentas, no aprenden... sin considerar el conocimiento, sabiduría, experiencia y reflexión que pueden aportar. Se asimila la tecnología y la información que son territorios de los jóvenes, con la experiencia y la sabiduría que son territorios de las personas mayores. Mientras las personas mayores mantienen su autonomía, la sociedad las ve integradas en el mercado. Cuando se convierten en dependientes, pasan a ser una carga y consumidoras de recursos.

Por otro lado, se está produciendo un movimiento que ejerce de contrapeso a estas actitudes negativas. El envejecimiento de la población y el aumento de personas de este colectivo que gozan de excelente salud y no padecen ningún tipo de discapacidad están siendo cada vez más protagonistas en nuestra sociedad y su voz es cada vez más escuchada, en el ámbito político, empresarial y público.

Planteamos a continuación de forma resumida 5 actitudes y comportamientos de la población sobre el envejecimiento y las personas mayores. Indicar cómo cree que se distribuye la población española en cada una de estas 5 actitudes. (Indique un porcentaje: la suma de las 5 respuestas ha de sumar 100) N=3



#### Propuestas

- Actuar desde la escuela, a través de la formación a los jóvenes y también en las empresas a través de la formación a empleados.
- Desarrollar programas de integración intergeneracional que permitan la transmisión de conocimientos y experiencia entre jóvenes, adultos y personas mayores.

### 4.2.3 CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

El envejecimiento es un tema relacionado directamente con la esperanza de vida y tiene influencia directa en aspectos clave tanto de la economía y de la sociedad (la financiación pública, el mercado de trabajo, o el sistema sanitario), como de sus ciudadanos (la preparación y planificación de la vida tras la jubilación).

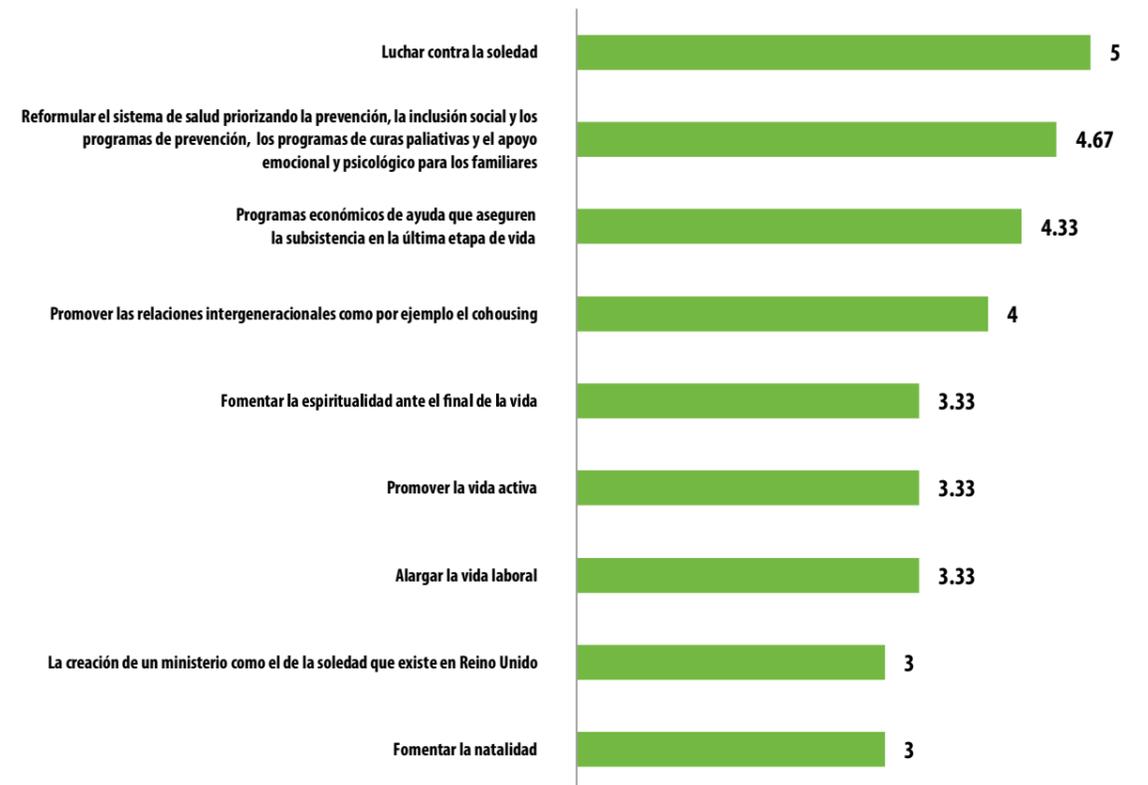
España es uno de los países del mundo que tiene una mayor esperanza de vida, sin embargo si se observa el número de años que las personas mayores viven con calidad de vida en la última etapa de vida, bajamos varios puestos en el ranking de bienestar.

El envejecimiento está produciendo un alargamiento de la edad adulta, aquella que va desde la jubilación hasta aproximadamente 15 años antes de la finalización de la esperanza de vida, lo cual implica que hay que adaptar el envejecimiento a esta nueva realidad socio-demográfica a la que nos enfrentamos.

Con motivo de la inversión de la pirámide de edad hay que mejorar no sólo las condiciones económicas, sino también las sanitarias y sociales de las personas mayores. En este sentido, los temas relacionados con la prevención y la educación para la salud deberían extenderse y promoverse a nivel de todas las edades, con el objetivo de cuidarse bien antes, para tener un envejecimiento con mayor calidad de vida.

También desde el punto de vista de las actitudes el incremento de la longevidad puede ser una dificultad, ya que si sólo somos capaces de poner años a la vida, sin pretender cambiar nada más y cumplir años sólo se considera un privilegio, se puede incurrir en el riesgo de no poder ni saber dar respuestas a la población envejecida.

Valore en una escala de 1 a 5 el impacto que pueden tener las siguientes políticas públicas a la hora de mejorar la vivencia de la vejez tanto de los que ya son ancianos, como de los que lo serán en los próximos años. (1 nada importante y 5 muy importante) N=3



## Propuestas

- Los gestores públicos deberían potenciar políticas que promuevan la relación social e intergeneracional y la inclusión de las personas mayores desde el respeto y la consideración.
- Poner en marcha iniciativas como en otros países se han impulsado como por ejemplo el Ministerio de la Soledad en UK.
- Hay que empoderar a las personas cuanto antes para la toma de decisiones sobre su futuro en el ámbito económico y de la salud, ante situaciones en las que su autonomía se pueda ver limitada, o su libertad de actuación se limite.
- Adaptar el sistema sanitario a la realidad demográfica del país. Una población envejecida necesita un modelo de atención que promueva el autocuidado, la planificación anticipada de decisiones y la prevención.
- Diseñar programas de educación para el envejecimiento, con el fin de ampliar el concepto de vejez y actualizarlo para comprender que se trata de una etapa de culminación de la vida, que está llena de nuevos aprendizajes y que se puede vivir con plenitud.

### 4.2.4 VISION DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LAS DISTINTAS EDADES Y DESDE EL GÉNERO

Los jóvenes se enfrentan al tema del envejecimiento como una etapa lejana en el tiempo y desde el desconocimiento. Las personas mayores son vistas por ellos más como una carga que hay que mantener (sentimiento de compasión) que una fuente de conocimiento, experiencia y sabiduría. En cierta manera, debido a la educación protectora recibida y la cultura social imperan-

te, los jóvenes tienen una actitud de indiferencia y hasta cierto punto negativa hacia los temas relacionados con la muerte, el sufrimiento o la discapacidad y creen que cuando les toque envejecer estarán en mejores condiciones que sus ascendientes familiares.

Respecto a los adultos, tampoco tienen una actitud de empatizar con las personas mayores. Están en la plenitud vital, viven el momento como los jóvenes y no piensan en las consecuencias de envejecer. La

contribución económica de los mayores al sustento de muchas familias durante la crisis, no se ha acabado de traducir en un mayor reconocimiento social de estas personas. No son conscientes de lo que significa envejecer, la visión que tienen de esta etapa de la vida es la disponibilidad de mayor tiempo y de libertad para hacer realidad sus deseos.

Por último los propios jubilados son conscientes del impacto que tiene la jubilación. De ser activos y sentirse valorados, se convierten de un día para otro en personas pasivas, receptoras de una pensión y ser una carga social. Ello tiene una implicación social y emoción alta. Una gran parte del colectivo tiene una vida muy activa, sin embargo otros no encuentran sentido a esta nueva etapa y se enfrentan muchas veces con angustia al miedo de enfermar o padecer alguna discapacidad.

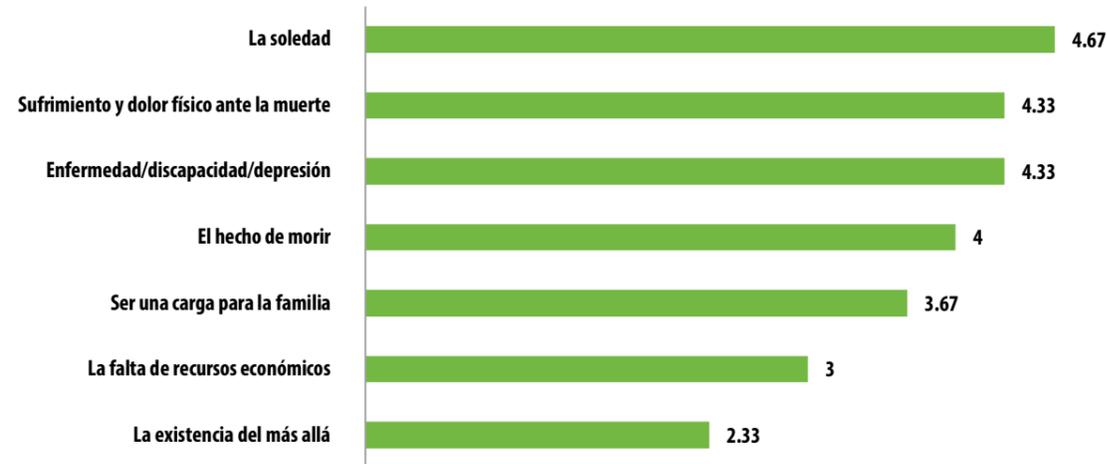
Si bien no parece existir grandes diferencias a nivel de género, cabe comentar que las mujeres afrontan mejor que los hombres el envejecimiento debido al rol que han tenido muchas de ellas, encontrando un sentido en esta última etapa de su vida realizando tareas de apoyo a sus hijos y nietos. En cuanto a la preparación para afrontar el envejecimiento y la muerte, las actividades que se realizan asisten mayoritariamente mujeres.

### 4.2.5 MIEDOS A LA VEJEZ Y COMO MINIMIZARLOS

Los miedos a la enfermedad y a la soledad pueden ser más fuertes que el hecho de enfrentarse a la muerte. La enfermedad comporta la pérdida de autonomía, si es incapacitante y la soledad puede afectar al estado de salud físico, psíquico y emocional de las personas que la padecen.

Estos miedos se deben a múltiples causas: el progreso por ejemplo en la medicina nos ha hecho creer que todo tiene solución y por tanto aleja de nuestro pensamiento el momento final de vida, la educación imperante y el modelo de sociedad basada en el hedonismo nos incapacita para afrontar la adversidad y el sufrimiento ante la enfermedad, la pérdida de autonomía genera incertidumbre e inquietud sobre un futuro de bienestar y calidad de vida. Esto unido al temor de la falta de recursos económicos, la discusión sobre la sostenibilidad de los recursos públicos y de protección social y la fragilidad del entorno familiar como apoyo en caso de ser necesario generan un efecto de retroalimentación.

**El hecho de envejecer y morir, genera miedos en la población. Valorar cada uno de los siguientes aspectos es una escala de 1 a 5. (1 no genera mucho miedo y 5 genera mucho miedo) N=3**



### Propuestas para minimizarlos:

- Promover programas sociales de acompañamiento de las personas mayores para evitar su aislamiento y mantenerlos conectados a la sociedad.
- Desarrollar programas saludables adecuándolos a cada etapa de la vida.
- Potenciar el diálogo intergeneracional a nivel educativo y de las familias.
- Reforzar el marco legal de tal manera que se endurezca ante situaciones de abuso, acoso o desprotección de personas mayores que estén a cargo de sus familiares.
- Llevar a cabo programas de preparación para la última etapa de la vida y afrontar la muerte como parte de la vida y promover la espiritualidad centrada en cuatro ejes: tomarse un tiempo y un espacio para encontrar un sentido a la vida, identificar internamente áreas de dificultad interna que podemos transformar y potenciar, sentir la plenitud por la aportación que realizamos individualmente al mundo y promocionar la voluntad plena de vivir.

### 4.2.6 LA MUERTE COMO TABÚ

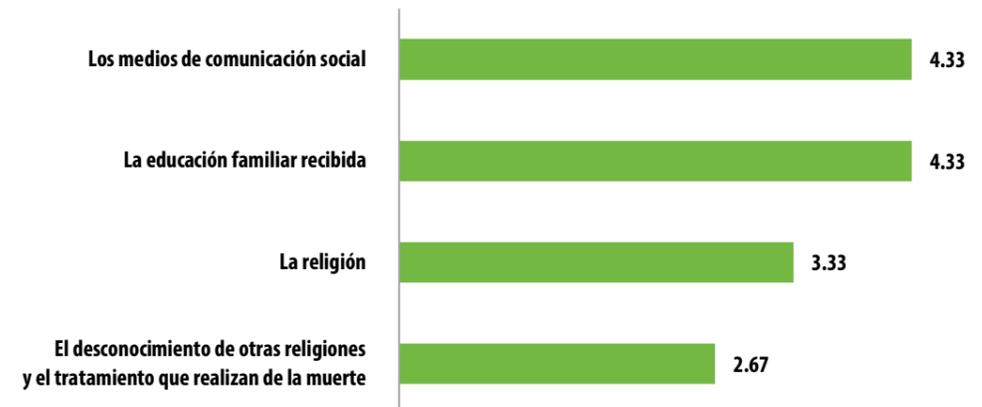
La muerte es posiblemente el último tabú de nuestra sociedad. La actitud de la mayoría de ciudadanos frente a la muerte es de ignorancia y negación.

La sociedad no ha preparado a los ciudadanos para comprender que la muerte es un proceso natural y que forma parte de la vida. Es necesario cambiar esta cultura para que desde la infancia a través de la escuela, la

familia, las entidades, los medios de comunicación y la iglesia se transmita a las nuevas generaciones un relato diferente respecto a la muerte.

Los ciudadanos han de comprender que la muerte es un proceso natural al igual que el hecho de nacer, y que la buena muerte es posible, hablando del tema abiertamente con los que conviven con nosotros y preparando ese momento, sin que suponga un freno para nosotros y una carga para los familiares con los que vivimos.

**Valore en una escala de 1 a 5, el grado de influencia que cada uno de los siguientes aspectos tienen sobre la percepción de los ciudadanos en la consideración de la muerte como un tabú. N=3**



## Propuestas para promover la buena muerte

- La buena muerte no es sólo una cuestión de salud y de relación con el dolor. Es necesario fomentar la “madurez social” para que la muerte se acepte con la naturalidad. Los valores personales, el positivismo respecto a la tarea analizada y la tranquilidad espiritual que comporta el deber cumplido son esenciales para asumir la muerte con tranquilidad de espíritu.
- En el ámbito sanitario, debería mejorarse la formación de los profesionales de la salud para capacitarlos en un tratamiento a los pacientes que, junto a la atención sanitaria, tuviera en cuenta de forma holística sus circunstancias personales y las de su entorno familiar para facilitar un mejor acompañamiento en el morir.

### 4.2.7 PREPARACION PARA LA MUERTE

La sociedad no prepara a las personas para gestionar la última etapa de la vida. El final de vida y la muerte no debería ser un tabú (a excepción de las muertes traumáticas). Mientras no cambie la visión social de la muerte sólo se podrán hacer acciones paliativas para mitigar el dolor ante la pérdida.

Los ritos funerarios sólo han cambiado superficialmente, no han cambiado en cuanto al sentido más filosófico y cultural. La muerte sigue sin considerarse una parte de la vida y se presta poca atención al duelo.

La espiritualidad es un factor clave, aunque en el ámbito sanitario sea visto con escepticismo por parte de los profesionales. Las personas que afrontan el final de vida con espiritualidad, lo hacen con mayor serenidad y con mayor aceptación.

## Propuestas

- Promover una mayor vivencia personal y social de la natural finitud de la vida y aceptación de esta situación, a través de acciones de formación.
- Promover el conocimiento multicultural sobre la muerte y las distintas tradiciones y ritos.
- Potenciar la espiritualidad en las personas como forma de alcanzar un final de vida más confortable.
- Desarrollar formación en el ámbito sanitario que potencie una cultura más favorable de sus profesionales hacia la preparación de la muerte por parte de los pacientes, se sientan más acompañados y encuentren respuestas adecuadas, específicas y transparentes.
- Potenciar los grupos de duelo y ayuda mutua que permiten crear espacios de elaboración del duelo, con resultados beneficiosos para la salud psicológica y emocional de los familiares que han padecido la muerte de un familiar.
- Desarrollar programas de preparación del ritual de despedida con el fin de facilitar herramientas útiles a las familias para enfrentar el momento de la muerte y abordar el duelo de forma óptima.



## 5 CUESTIONES RELATIVAS AL ÁMBITO DE LA SALUD DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO

### 5.1. QUE PIENSAN LOS CIUDADANOS RESPECTO A LA SALUD Y COMO SE COMPORTAN

#### 5.1.1 EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA PERO REQUIERE MEJORAS

Si bien la satisfacción de los ciudadanos sobre el sistema sanitario es alta, este hecho no es contrario a la necesidad de introducir mejoras en el mismo. Uno de los principales caballos de batalla es el gasto sanitario y su posible evolución. Habrá que ver si se cumplen las previsiones del INE de que de aquí a 2052, sobre si la evolución descendente de la población, puede compensar el factor del aumento de la longevidad, teniendo en cuenta la posibilidad de que se puedan producir en el sistema fenómenos exógenos en el futuro como el Covid-19.

Otra de las amenazas para el sistema sanitario, es el aumento de en-

fermedades crónicas que motivan el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 72% del gasto sanitario<sup>37</sup>.

Si tenemos en cuenta que nuestro sistema hospitalario público está orientado a curar patologías de pacientes jóvenes, cuando la mayoría de ingresos es de personas mayores y el 85% de los reingresos son de personas de más de 85 años y con pluri patologías que a menudo son difíciles de curar, se hace necesario reforzar otros servicios de cuidado a largo plazo y sobretodo poner un mayor énfasis en la prevención primaria para prevenir el desarrollo de una enfermedad mediante la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y en la prevención secundaria, actuando sobre la aparición de complicaciones y crisis relacionadas con las enfermedades que ya se han desarrollado.

A pesar de que el 80% de las personas mayores en España padecen alguna enfermedad crónica, siempre se puede actuar para preservar su salud y al mismo tiempo reducir los enormes costes del sistema. Uno de los retos futuros va a ser prevenir la fragilidad de las personas, entendida esta como: el riesgo que presentan las personas de sufrir efectos adversos como la discapacidad, la pérdida de movilidad, la mala calidad de vida, la institucionalización, o la mortalidad por encima de los 65 años.

Diferentes estudios han estimado que el 10% de los pacientes son frágiles y que esta situación de fragilidad supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor para quienes la padecen, un riesgo de discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor<sup>38</sup>. Esta fragilidad se puede prevenir con un mayor enfoque hacia la prevención y la educación para la salud en etapas de la vida anteriores y también durante el de final de vida.

En la encuesta realizada durante la pandemia del Covid-19 en la que preguntábamos sobre cuáles deberían ser los cambios a realizar en el sector sanitario para mejorar la atención a las personas mayores y con discapacidad, los resultados son:

En primer lugar con un 86,5%, los entrevistados mencionan la necesidad de dotar de más recursos al sistema para poder asegurar los costes de la dependencia de las personas mayores y con discapacidad. Ante la situación excepcional que estamos padeciendo con el Covid-19, hemos sido testigos de que a pesar de disponer de uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, es necesario fortalecer el sistema no solo de hospitales, sino también de centros residenciales para atender mejor al colectivo vulnerable de personas mayores y con discapacidad.

Un 79,5% señalan una mayor humanización y coordinación socio-sanitaria centrada en la persona. Esta demanda tiene que ver con la importancia de colocar a la persona mayor y con discapacidad en el centro del sistema socio-sanitario, con una visión no sólo en curar, sino en cuidar y curar al paciente. La construcción de un verdadero espacio socio-sanitario en nuestro país es uno de los retos a afrontar y que va a implicar cambios en la cultura de los profesionales que trabajan en el sistema, reformas estructurales, redefinir políticas comunes, compartir información y flexibilizar la red de servicios.

<sup>37</sup> AFI. El Rol de las Aseguradoras Privadas en el Sistema Sanitario Público. 2014

<sup>38</sup> 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología SEGG. 2013

Un 76,9% demandan un incremento de las ayudas a domicilio y teleasistencia. Las personas mayores y con discapacidad prefieren la opción de vivir en el domicilio, mientras sea una alternativa posible que permita unos estándares de calidad de vida razonables. En este sentido, potenciar este tipo de servicios retrasa la institucionalización, preserva más tiempo la autonomía de la persona y genera un impacto económico menos negativo para el sistema.

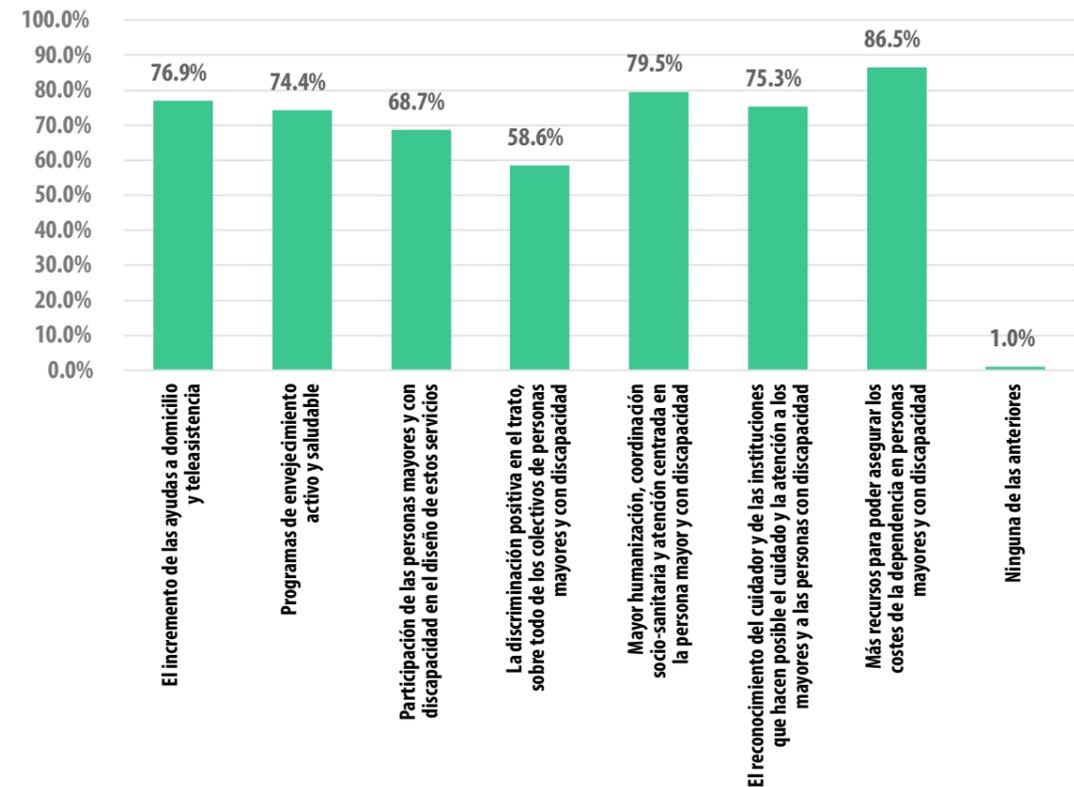
Un 75,3% demandan un mayor reconocimiento del cuidador y de las instituciones que hacen posible el cuidado y la atención a los mayores y a las personas con discapacidad. En la atención a la cronicidad, nos olvidamos muchas veces de una figura clave que es el cuidador familiar o profesional y las instituciones que velan por la calidad de vida y bienestar de la persona atendida. La formación continua de los cuidadores, el reconocimiento de la labor

que llevan a cabo y la innovación en la prestación de servicios por parte de las instituciones son clave.

Un 74,4% demandan más programas de envejecimiento activo y saludable. Si tenemos en cuenta que tras la jubilación queda todavía un tercio de vida por vivir, los programas que fomentan la vida activa son un recurso que facilita el alargamiento de la vida con calidad y bienestar. Enmarcados en una estrategia global de prevención y educación para la salud, este tipo de acciones pueden contribuir a mejorar la calidad de vida y reducir el coste de la atención.

Por último, se menciona una mayor participación de las personas mayores y con discapacidad en el diseño de estos servicios (68,7%) y la discriminación positiva en el trato, sobre todo de los colectivos de personas mayores y con discapacidad (58,6%).

**P. ¿Qué mejoras deberían realizarse en el sector socio sanitario para atender mejor las necesidades de las personas mayores y con discapacidad?**



Valores de la variable chi-cuadrado en la segunda oleada de la encuesta: / Estudios .000. Esta pregunta no se introdujo en la primera oleada.

**5.2. QUE PIENSAN LOS EXPERTOS RESPECTO A LA INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN EL AMBITO DE LA SALUD**

**5.2.1 RETOS DEL SISTEMA SANITARIO FRENTE AL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento de la población española, va a traer con gran seguridad nuevas problemáticas rela-

cionadas con la discapacidad y la cronicidad que van a suponer un incremento del coste económico para la sanidad pública. De los más de 4 millones de personas con discapacidad en España, el 56% tienen más de 65 años. Además existe un nexo entre edad y grado de severidad. El 66% de las personas con discapacidad no pueden realizar ninguna tarea básica de la vida diaria por la severidad de su discapacidad. Se requiere por tanto una respuesta

personalizada y humanizada y por tanto una mayor coordinación de la intervención desde el campo sanitario y social en la provisión de los servicios.

Además, la ley de autonomía personal y atención a la dependencia parece que no se está desarrollando como era de esperar. Varios son los

problemas: aplicación distinta en función de las comunidades autónomas, financiación insuficiente, aplicación tardía y falta de compromiso político.

Este panorama plantea toda una serie de retos para que la sanidad pública siga manteniendo su nivel de calidad y sea sostenible.

**Valore la importancia de los siguientes temas del ámbito sanitario a la hora de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. (1 poco importante y 5 muy importante)**



**5.2.2 LA IMPORTANCIA DE CUIDAR**

En una situación de envejecimiento como la actual, en la que se está logrando aumentar la esperanza de vida, el reto sigue siendo mantener y mejorar la calidad de vida en la última etapa de vida.

En la atención a las personas mayores y con discapacidad, además de realizar diagnósticos tempranos y certeros, es cada vez más importante además de curar, cuidar a las personas de forma integral (funcional, psíquica y social). La prevención evitaría la aparición y proliferación de enfermedades, adelantándose al umbral de vulnerabilidad y dependencia.

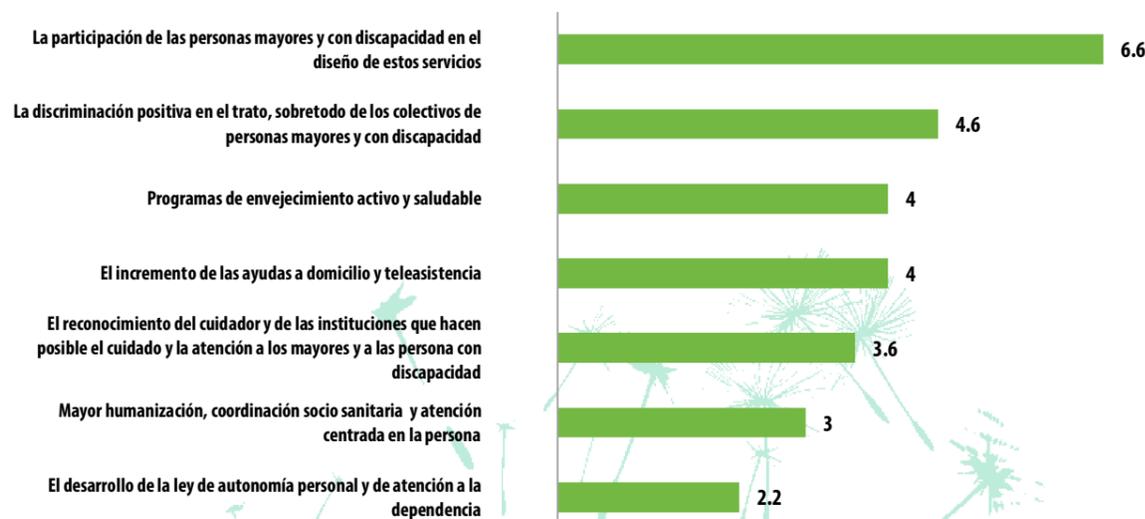
En comparación, nunca antes las personas mayores y con discapacidad habían estado tan bien atendidas como ahora, sin embargo la falta de recursos económicos dificulta que esta atención mejore. Los servicios previstos en la Ley de Dependencia van más dirigidos a cuidar y prevenir que a curar. Asimismo desde las comunidades autónomas y desde los ayuntamientos se están potenciando los programas de vida activa con un enfoque de prevención y educación para la salud.

Para mejorar la eficacia de los servicios y la eficiencia de los recursos de los servicios de atención a las personas mayores y con discapacidad, cada vez más se potencia la participación de dichos usuarios, junto con los profesionales, expertos y organizaciones en su diseño. (p.ej. Plan Nacional de Alzheimer)

## Propuestas:

- Sensibilizar a la sociedad en el conocimiento de lo que es el envejecimiento en todas sus perspectivas: biológica, sociológica y psicológica. Desde la escuela hasta la última etapa de vida, sobre la importancia de cuidarse para tener una vejez con calidad de vida y sobre el envejecimiento activo, respectivamente.
- Potenciar el conocimiento de las personas mayores y con discapacidad sobre los recursos y ayudas existentes.
- Focalizar esfuerzos en el conocimiento de las causas de las enfermedades y discapacidades como forma para adoptar medidas preventivas que puedan ser eficaces.
- Mayor coordinación entre el ámbito sanitario y social, acompañada de recursos suficientes para desplegar las políticas.
- Mayor trato diferenciado para las personas mayores y con discapacidad en la atención socio-sanitaria.
- Mejorar la atención personalizada a las personas con discapacidad como por ejemplo profesionales conocedores del lenguaje de signos, documentación de fácil comprensión y lectura...

Ordene en orden de importancia de 1 a 7 (donde 1 es el menos importante y 7 el más importante) los avances que se han producido en el sector socio sanitario para atender las necesidades de las personas mayores y con discapacidad. N=5



Ordene en orden de importancia de 1 a 6 (donde 1 es el menos importante y 6 el más importante) los obstáculos que se han producido en el sector socio sanitario para atender las necesidades de las personas mayores y con discapacidad. N=5



### 5.2.3 COMO PROTEGER A LAS PERSONAS MAYORES Y REDUCIR EL MALTRATO

A nivel estadístico en esta etapa es donde se constatan los mayores niveles de abuso y malos tratos. Esta ha sido una de las principales razones por las que se ha evidenciado la necesidad de contar con marcos específicos de derechos fundamentales como es la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad. Un estudio de la OMS cifraba que una de cada seis personas con edad avanzada sufre algún tipo de mal-

trato. Se calcula que existen unos 141 millones de afectados en el mundo y medio millón en España. Según la Fundación ONCE, el riesgo de sufrir situaciones vejatorias se multiplica por 10 cuando la persona presenta discapacidad.

Se trata de un fenómeno invisible y de difícil detección, que sobre todo afecta a las mujeres mayores y a las personas con discapacidad. A mayor vulnerabilidad mayor riesgo de sufrir situaciones de violencia, abuso y maltrato.

Existen diversos grados de maltrato. Desde los físicos y/o verbales, pasando por la falta de cuidados y cariño o la negación de libertad para la toma de decisiones.

Hay que distinguir el maltrato a las personas mayores y la violencia de género en mujeres mayores ya que el origen de ambos es distinto y se deberá abordar de manera diferente. En ambos casos faltan datos y conocimiento de la situación que faciliten intervenciones.

### Propuestas:

- La administración debería realizar un estudio de prevalencia sobre el alcance del abuso y el maltrato en España.
- Se debería incidir en la educación a favor de la “igualdad de poder” en todas las etapas de la vida.
- Impulsar acciones de detección de situaciones de abusos y malos tratos, y también de soledad no deseada y de situaciones de vulnerabilidad.
- Además de sensibilización y formación a la sociedad debería mejorarse el marco regulatorio estableciendo medidas correctoras ejemplares.
- Se deberían visibilizar más estas situaciones. Es importante una mayor implicación de los medios de comunicación. El maltrato se asocia a maltrato infantil y a violencia de género. Sólo un 9% lo asocia a maltrato a personas mayores.
- Favorecer las relaciones sociales e intergeneracionales y las redes comunitarias en el entorno más cercano contribuye al bienestar y al buen trato de las personas mayores

### 5.2.4 COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ Y ANTE LA MUERTE

Las actitudes y comportamientos de los ciudadanos son clave para mejorar la calidad de vida en la vejez. En segundo lugar y por este orden: el entorno familiar, los médicos de familia y las estructuras sociales influyen positivamente en la mejora de la calidad de vida de las personas en su última etapa de vida.

Cuanto antes se prevenga y se actúe a favor del cuidado de uno mismo, mejor se estará en la vejez,

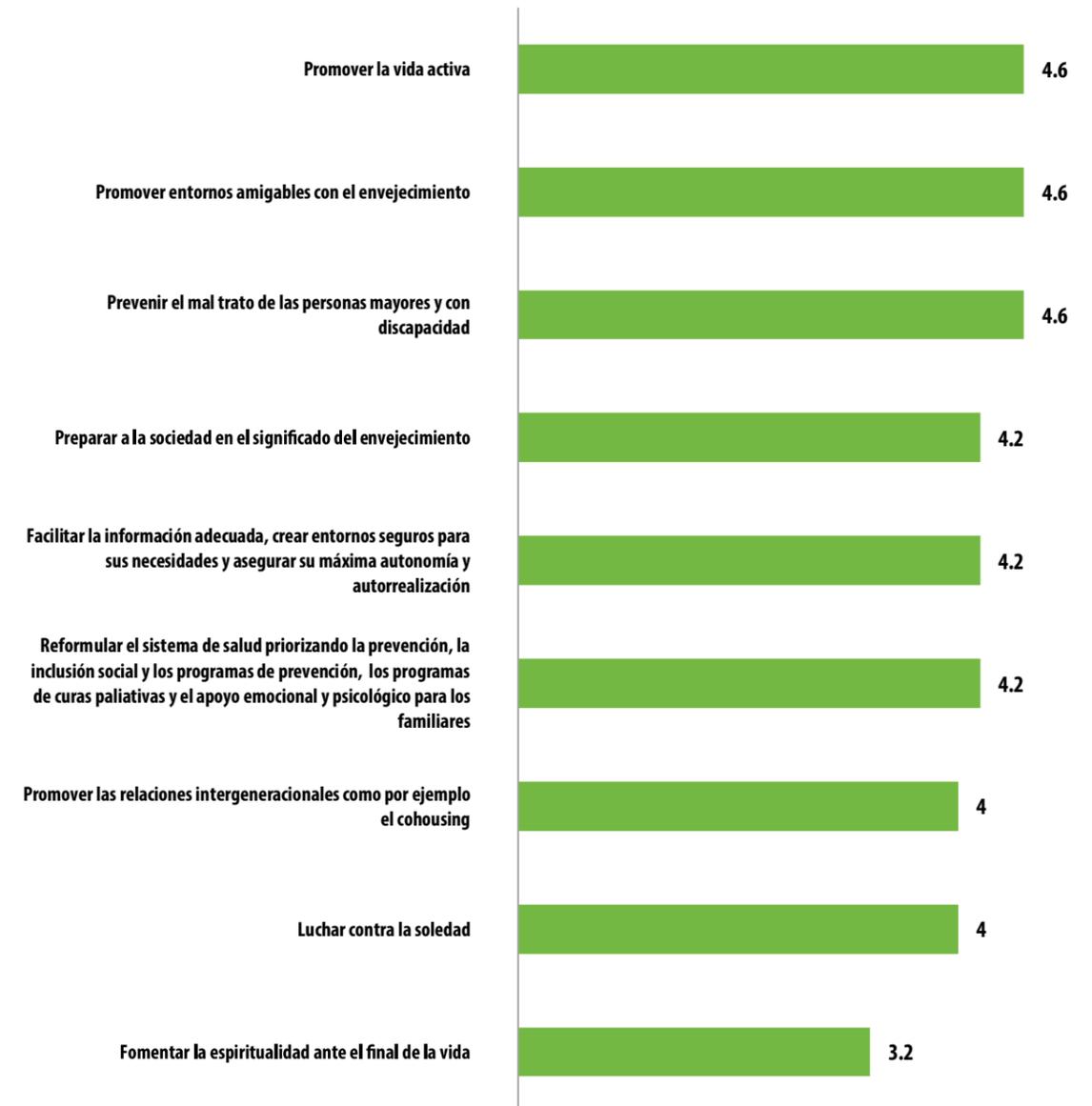
si bien nunca es tarde para actuar. Aunque se llegue a la última etapa de vida, la práctica del ejercicio físico, tener unos buenos hábitos alimentarios y una vida activa puede contribuir a una mejor calidad de vida y bienestar.

Los profesionales tanto del ámbito sanitario como del social deben actuar coordinadamente dado que el envejecimiento implica dar respuestas multidisciplinares (geriatría, nutrición, fisioterapia y rehabilitación, reumatología, neurología, psicología, educación social, trabajo social...).

## Propuestas:

- Mejorar la educación sanitaria, promocionar la salud y fomentar el envejecimiento activo, erradicando el edadismo.
- Fomentar la educación para la salud desde la escuela es fundamental, debido a que las diferencias en el comportamiento a favor de una vida activa cuando se es mayor depende fundamentalmente de la educación.
- Potenciar la comunicación médico/paciente, fomentando los aspectos emocionales y espirituales.
- En cuidados paliativos mejorar la humanización de cara a hacer más fácil esta última etapa.
- En la legislación actual, que es respetuosa con el derecho a la vida, el suicidio no está penado, sí lo está la ayuda al mismo. Existe un hueco normativo respecto a la eutanasia. Sería conveniente debatir con rigor sobre el final de la vida y sobre la eutanasia, en una sociedad con mejor preparación y formación para afrontar estas situaciones, pero es difícil, probablemente prematuro, en la actualidad al persistir el “tabú” cultural sobre la muerte y la falta de transparencia social en todos los temas que la rodean. En cualquier caso son cuestiones complejas en las que hay que huir de las generalidades y buscar la singularización en cada situación concreta.
- Regular y respetar la conciencia de los profesionales para facilitar un mejor morir. La regulación de la eutanasia es necesaria pero no es adecuada para que se puedan contemplar todos los casos.
- La sociedad está preparada para debatir sobre el final de vida y la eutanasia, aunque sería necesario una mejor preparación y formación para afrontar estas situaciones.
- Los cuidados paliativos son necesarios siempre que amortigüen el dolor del paciente, pero no acaben con su vida. Cualquier precipitación de la muerte resulta rechazable. La proporcionalidad debería constituir un criterio a la hora de aplicar tratamientos médicos en situaciones terminales.

Valore en una escala de 1 a 5 el impacto que pueden tener las siguientes acciones a la hora de mejorar el bienestar y el buen trato de las personas que envejecen. (1 nada importante y 5 muy importante)

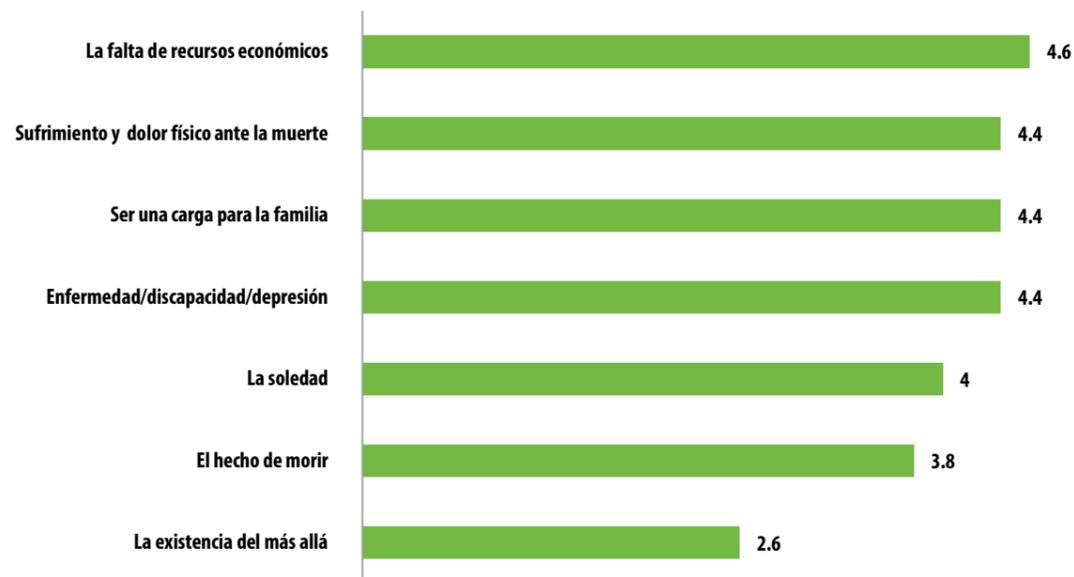


### 5.2.5 LA MUERTE VS. LA ENFERMEDAD, COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE, TRATAMIENTOS PALIATIVOS Y EUTANASIA

En situaciones de sufrimiento, la preparación del final de vida facilita

la gestión del sufrimiento. Puede ser más fácil prepararse para la muerte que sabemos que es un hecho cierto que para una enfermedad o accidente que es sobrevenido, aunque no lo hagamos en ningún caso.

Valore cada uno de los siguientes aspectos relacionados con los miedos en la última etapa de vida es una escala de 1 a 5. (1 no genera mucho miedo y 5 genera mucho miedo)



La actitud de las personas es clave. Una buena actitud basada en la aceptación y la preparación para la muerte hace crecer a las personas que afrontan un accidente o una discapacidad como un reto. Por el contrario, las personas que no son conscientes de la probabilidad de que estas situaciones les pueden afectar, generalmente acaban aisladas y sin capacidad de reacción. Ante los procesos de final de vida,

es clave la comunicación médico-paciente-familia. Esta función no forma parte de los currículos de la mayor parte de facultades de medicina en España. Esta comunicación debe ser transparente, sin ocultar nada al paciente ni a sus familiares. Ante el final de vida, es cuando la persona mayor necesita más cercanía, atención, acompañamiento y asesoramiento de los especialistas.

En cuidados paliativos se ha avanzado, en algunas comunidades autónomas más que en otras, pero todavía hay un amplio margen de mejora.

### Propuestas:

- Disponer de espacios específicos para el diálogo (profesional, enfermo, familia) y formación empática y en valores.
- Universalización de los cuidados paliativos para que sean accesibles a todas las personas que lo necesiten.
- Aumentar los efectivos sanitarios, para potenciar la atención personalizadas y humanizada.
- Si se ha de legislar la eutanasia hay que legislar específicamente acotando muy bien los supuestos.
- Disminuir el encarnizamiento terapéutico. No tiene sentido que el 70% de los que mueren de cáncer, hayan recibido quimioterapia en su último mes de vida.
- Mejorar la actual legislación sobre el final de vida.

### Indique medidas concretas que podrían llevarse a cabo con el fin de preparar a los ciudadanos ante el final de vida.

- Planteamiento de la existencia de "otras vidas" tras el fallecimiento. Preparación para afrontar la inevitabilidad de la muerte, con independencia de creencias religiosas.
- Para preparar al ciudadano ante el final de la vida, son importantes: El acompañamiento por personas cercanas. Espacios de reflexión compartida. Ejercicios de relajación mental dirigidos por profesionales. Rehabilitación física que ayuda a tener estabilidad emocional al tener más tonicidad muscular.

## 6 CUESTIONES RELATIVAS AL AMBITO ECONOMICO-FINANCIERO DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO

### 6.1. QUE PIENSAN LOS CIUDADANOS RESPECTO AL AHORRO Y COMO SE COMPORTAN

#### 6.1.1 OPTIMISMO RESPECTO AL BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA FUTURA

En la encuesta realizada, casi un 67,9% consideran que su situación personal en cuanto a bienestar y calidad de vida mejorará o será igual dentro de 5 años.

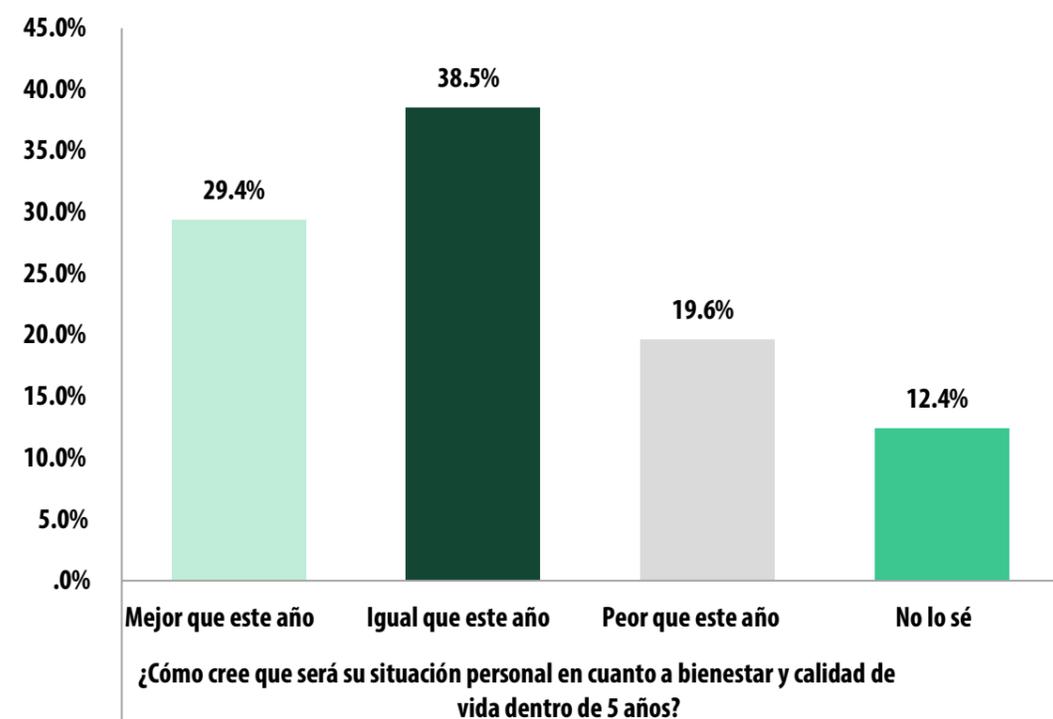
Una posible explicación a esto se deba posiblemente al hecho de que cuando se hizo la encuesta la situación de la crisis del Covid-19 todavía no había estallado en nuestro país. Otra explicación que corroboraría este dato, es que los ciudadanos en general nos fijamos siempre en lo que ha ocurrido en el pasado más inmediato, sin tener en consideración series temporales más largas. En este sentido, como la situación de la economía era estable y el país había salido de la crisis, la percepción que podían tener los

ciudadanos al respecto de su futura situación personal y bienestar era marcadamente positiva.

En cuanto a las diferencias entre grupos cabe destacar que a medida que las personas son más mayores, el pesimismo aumenta respecto a su bienestar y calidad de vida futura. Los jubilados son los más pesimistas. Una interpretación sobre ello, puede ser el hecho de que a medida que se envejece se hace evidente que el bienestar y la calidad de vida empeora. Por el contrario, los más jóvenes y los que tienen hasta 50 años son los más optimistas. Una interpretación de ello, puede ser que la ciencia avanza y puede retrasar el envejecimiento y la medicina contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas. Asimismo, los que tienen más estudios son más optimistas en cuanto a su futuro bienestar y los que cobran menos de 2.000 consideran que su situación mejorará. Esto puede explicarse por el hecho de que las oportunidades de futuro de aquellos mejor preparados, o con mejores ingresos son más optimistas que los que tie-

nen ingresos familiares por debajo de los 1.000 euros, que por el contrario, consideran que su situación empeorará. Ideológicamente, los votantes de derechas son más pesimistas que los de centro e izquierda. Por último los que viven solos o en pareja creen que su situación mejorará.

### P. ¿Cómo cree que será la situación personal en cuanto a bienestar y calidad de vida dentro de 5 años?



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .000 / ingresos personales .000 / ingresos fami. .000 / ideología política .000 / situación laboral 0.000 / vives .000 / hijos .000 /

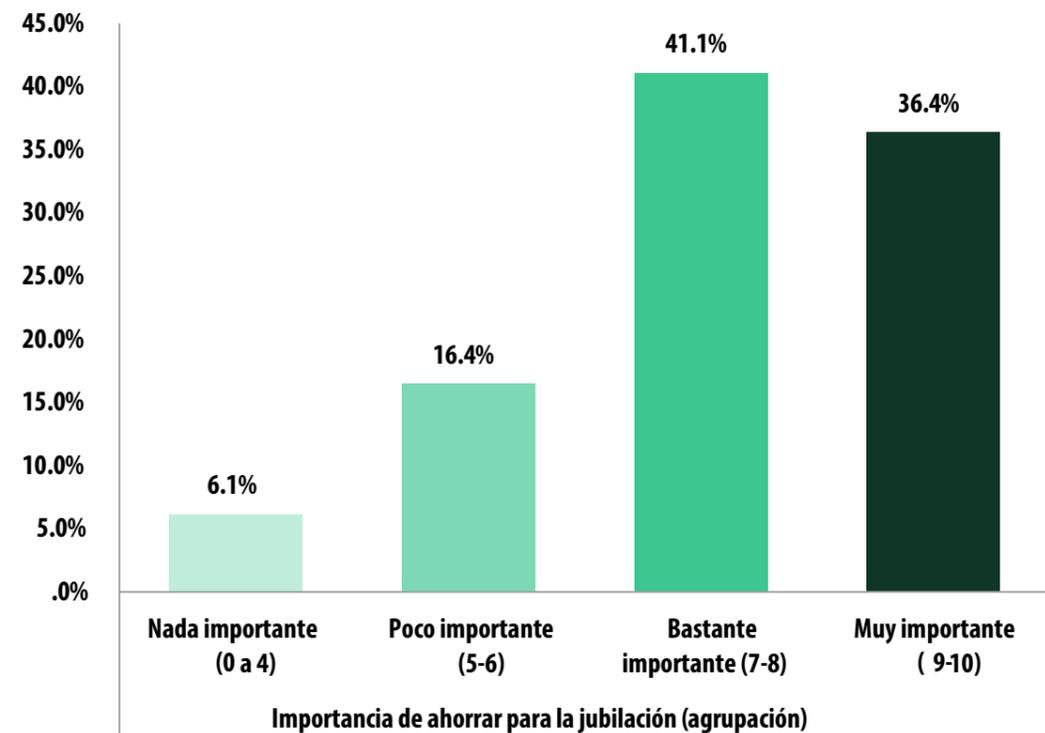
### 6.1.2 CONCIENCIACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE AHORRAR PARA LA JUBILACIÓN

El nivel de conciencia de los ciudadanos respecto a la importancia de ahorrar para la jubilación es alto. De acuerdo con los datos de la encuesta un 77,5% de los ciudadanos consideran que es bastante o muy importante ahorrar para la jubilación.

Respecto a otros estudios<sup>39</sup> el nivel de conciencia sobre la importancia de ahorrar para la jubilación ha aumentado en más de 8 puntos porcentuales. Una explicación de esto puede deberse al debate que se ha instalado en la opinión pública durante la crisis, sobre la necesidad de abordar la reforma del sistema de pensiones público y las informaciones aparecidas al respecto en los medios de comunicación, que pueden haber contribuido a aumentar la conciencia sobre la importancia de ahorrar para mantener el nivel de vida durante la etapa de jubilación.

La valoración media se sitúa en un 7,6 sobre 10 para los que no se han jubilado todavía y un 7,7 sobre 10 para los que se han jubilado, lo que ratifica en aquellos que ya se han jubilado, la importancia de ahorrar. A nivel de grupos de edad no hay diferencias significativas, si bien los jóvenes a pesar de la lejanía de la jubilación, consideran que es importante tomar esta decisión. Los que tienen menos ingresos, pero también los que tienen más ingresos familiares conceden más importancia al ahorro para la jubilación. Asimismo, los votantes de derechas consideran importante ahorrar para la jubilación, así como los que tienen un mayor nivel de estudios.

### P. Indique la importancia de ahorrar para la jubilación



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .006 / Estudios .021 / ingresos fami .007 / ideología política .000/

### 6.1.3 MOTIVACIONES PARA AHORRAR

Al preguntar por las motivaciones para ahorrar aparece en el primer lugar del ranking la necesidad de asegurar un buen nivel de vida en la jubilación. Este hecho está correlacionado con el alto nivel de concienciación existente sobre este tema, que ya mencionamos en el apartado anterior. Sin embargo, que sea la principal motivación, no se traduce en que realmente la gente

ahorre para la jubilación. A continuación, figuran los gastos relacionados con la familia, los que tienen relación con la planificación del futuro y la compra de vivienda. Por último, cabe mencionar el ahorro a corto plazo, como por ejemplo, hacer frente a imprevistos, ir de vacaciones, o la compra de equipamientos.

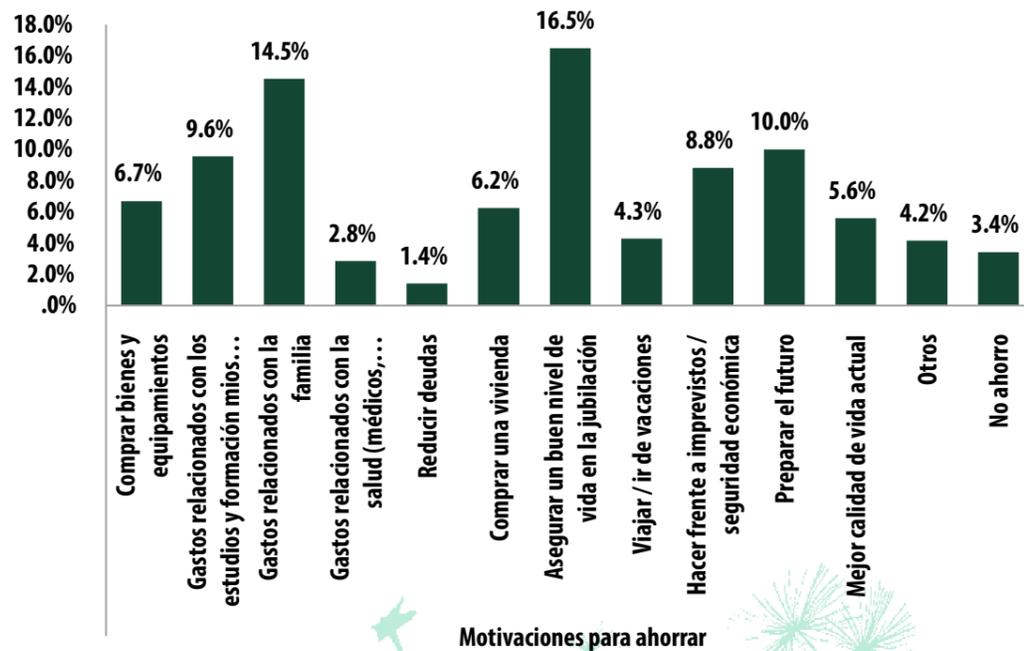
A nivel de género los hombres prefieren ahorrar para comprar bienes y equipamientos y las mujeres para te-

<sup>39</sup> Edad & Vida "El comportamiento ciudadano en la planificación de la jubilación" Noviembre 2014

mas familiares, salud y ocio. Los más jóvenes se centran en el ahorro para consumir a corto plazo y la vivienda. A medida que la edad aumenta, se piensa más en el futuro y el ahorro se lleva a cabo con finalidad de cubrir las necesidades a largo plazo. Los que trabajan son más proclives al ahorro para la jubilación y los que no trabajan priorizan el ahorro para hacer frente a los gastos imprevistos. Las personas que entran en la jubilación piensan en la necesidad de hacer frente a los gastos de dependencia. El ahorro está correlacionado positivamente con los ingresos. Ideológicamente los votantes de centro y derecha priorizan más el ahorro para la jubilación y los de izquierda, la compra de vivienda. Los que viven solos piensan más en la jubilación y el futuro, los que viven con sus padres priorizan el ahorro para la compra de vivienda e independizarse y los que conviven en familia motivan su ahorro para gastos relacionados con los hijos y con sus padres. Respecto a los que tienen valores más religiosos piensan más a largo plazo en el ahorro finalista para la jubilación, que los que no son religiosos que priorizan el ahorro a corto plazo.

gicamente los votantes de centro y derecha priorizan más el ahorro para la jubilación y los de izquierda, la compra de vivienda. Los que viven solos piensan más en la jubilación y el futuro, los que viven con sus padres priorizan el ahorro para la compra de vivienda e independizarse y los que conviven en familia motivan su ahorro para gastos relacionados con los hijos y con sus padres. Respecto a los que tienen valores más religiosos piensan más a largo plazo en el ahorro finalista para la jubilación, que los que no son religiosos que priorizan el ahorro a corto plazo.

**P. Indique las principales motivaciones para ahorrar**



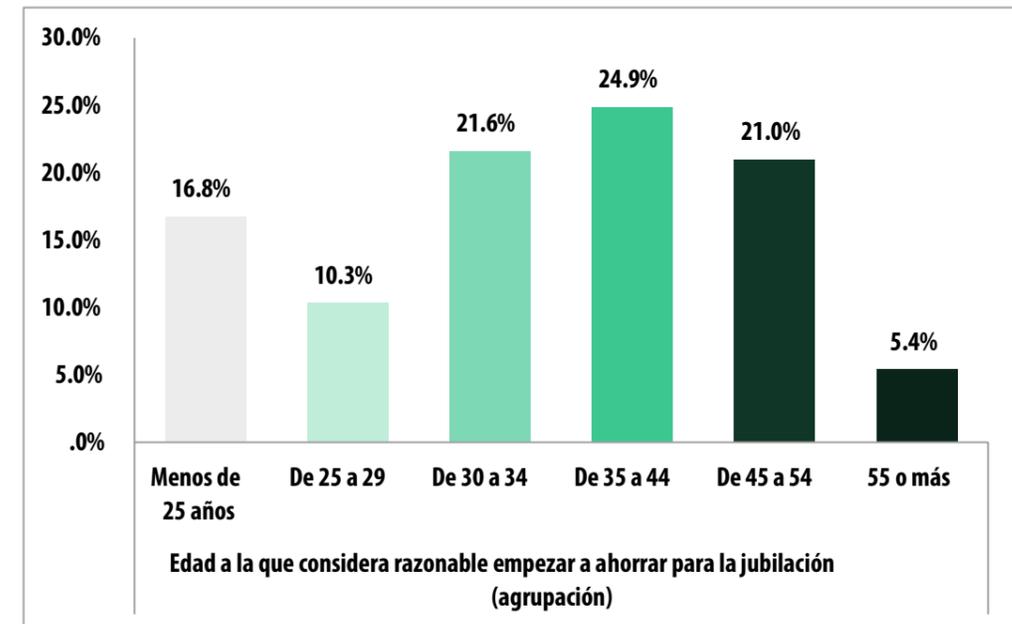
Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Sexo .001 / Edad .000 / Estudios .000 / ingresos fami .008 / ideología política .003 / situación laboral .000 / vives .000 / hijos .000 / religión .000

**6.1.4 EL MOMENTO DE AHORRAR PARA LA JUBILACIÓN Y LA CANTIDAD DE AHORRO**

La edad media en la que los entrevistados consideran que es el momento de empezar a ahorrar es a partir de los 35 años. La edad media ha bajado respecto a otro estudio realizado en 2014 que la situaba en los 40 años<sup>40</sup>. La disminución en la edad de empezar a ahorrar para la jubilación pone de manifiesto que este tipo de ahorro requiere planificación y tiene un alto componente de hábito, por lo que son minoría, aquellos que consiguen introducirlo en edades más avanzadas, sin ha-

berlo hecho antes. Además, como hemos comentado anteriormente, existe una mayor conciencia sobre la necesidad de ahorrar para la jubilación, debido al debate que se ha generalizado sobre las pensiones en los últimos años, lo que ha hecho más conscientes a los ciudadanos sobre esta necesidad. Lo ideal sería que la incorporación al mercado laboral, marcara el momento para empezar a ahorrar, debido a que el ahorro a largo plazo requiere menos esfuerzo si se inicia a edades tempranas, en lugar de hacerlo en los últimos años de la vida laboral, requiriéndose para ello un esfuerzo mucho mayor.

**P. Indique a qué edad es razonable empezar a ahorrar**

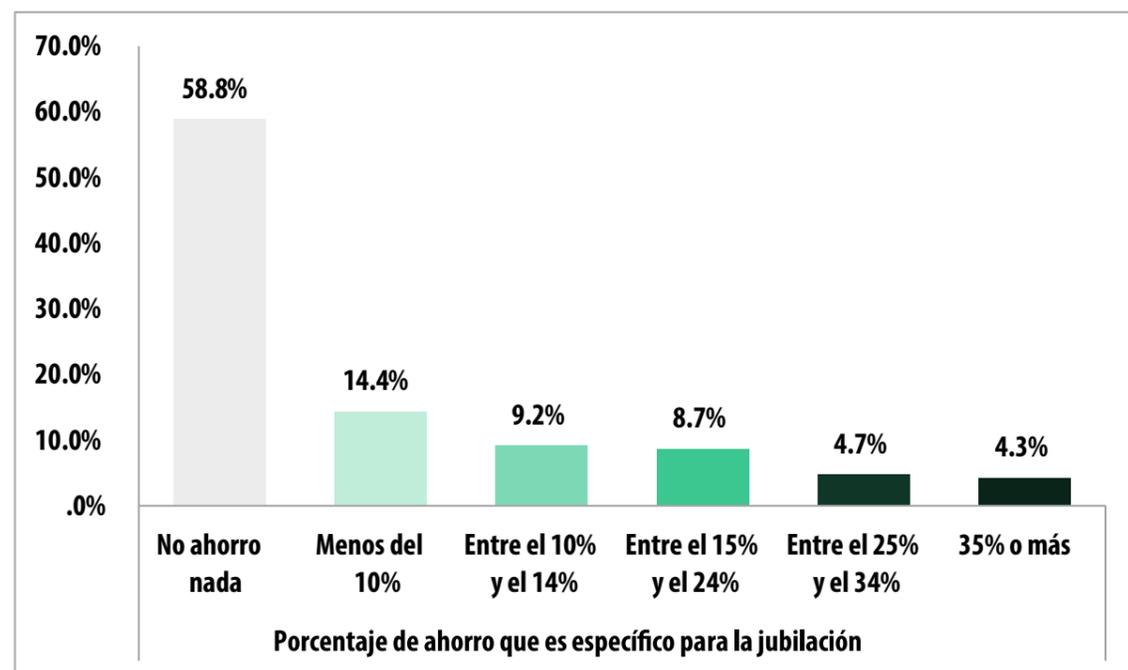


<sup>40</sup> Edad & Vida "El comportamiento ciudadano en la planificación de la jubilación" Noviembre 2014

Las personas que ahorran en general, destinan una media del 16,9% a ahorro para la jubilación. La capacidad de ahorrar para la jubilación depende de la generación de ingresos, pero no sólo de eso. Como veremos más adelante las actitudes de los ciudadanos frente al ahorro también determinan el nivel de ahorro finalista para la jubilación. Si atendemos a

variables socio demográficas, observamos que los que menos ahorran son los más jóvenes y los que tienen cargas familiares. Asimismo, la capacidad de ahorro viene determinada por el nivel de ingresos. Por último la religiosidad también está correlacionada con el hecho de ahorrar para la jubilación.

**P. Indique el porcentaje de ahorro que es específico para la jubilación**



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .006 / ingresos personales .000 / ingresos fami. .000 / situación laboral .005 / vives .002 / religión .035

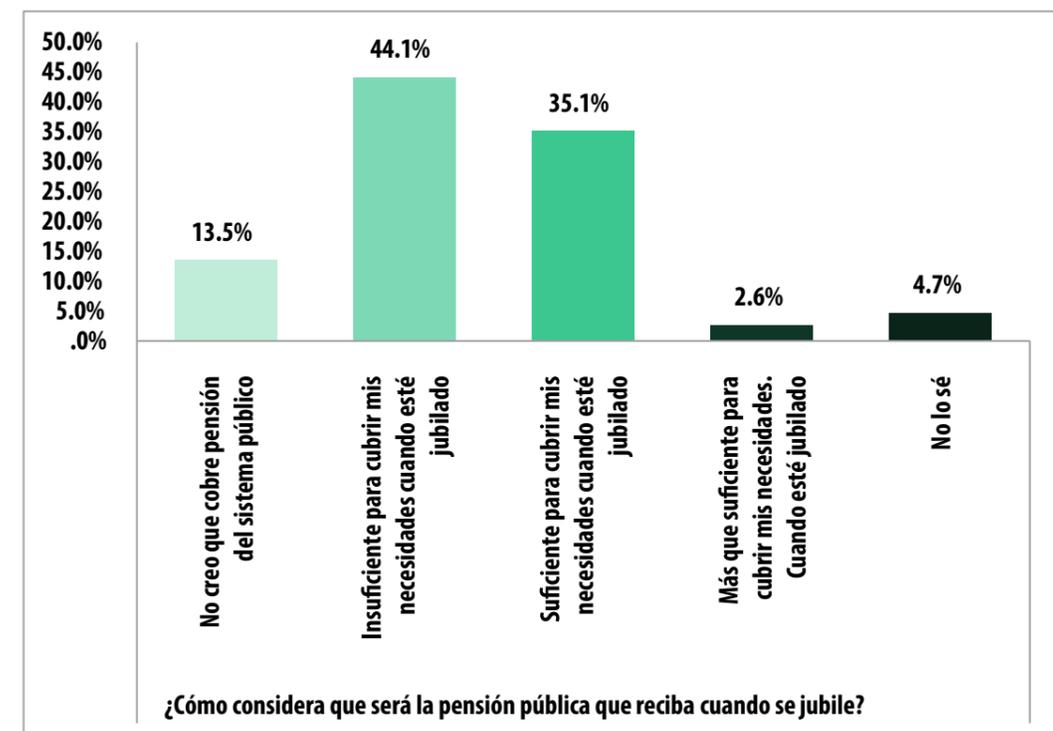


**6.1.5 PERCEPCIONES SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES**

Los ciudadanos son bastante pesimistas respecto a la pensión que recibirán en el futuro cuando se jubilen. Existe desconfianza hacia el sistema público de pensiones dado que el 57,6% de los encuestados consideran que será insuficiente, o bien creen que no percibirán ninguna cantidad cuando se jubilen. Cuanto más lejos está la edad de jubilación mayor es la percepción de que la pensión pública será

insuficiente para mantener el nivel de vida durante la jubilación. Por el contrario, también se manifiesta un nivel alto de autoconfianza en aquellos ciudadanos que tienen ingresos elevados, en el sentido que perciben que la pensión que cobrarán será suficiente para cubrir sus necesidades. Por último, excepto los jubilados y sobre todo los que no trabajan creen que no cobrarán la pensión y los más jóvenes que trabajan, opinan que lo que cobrarán será insuficiente para mantener su nivel de vida tras la jubilación.

**P. ¿Cómo considera que será la pensión pública que reciba cuando se jubile?**

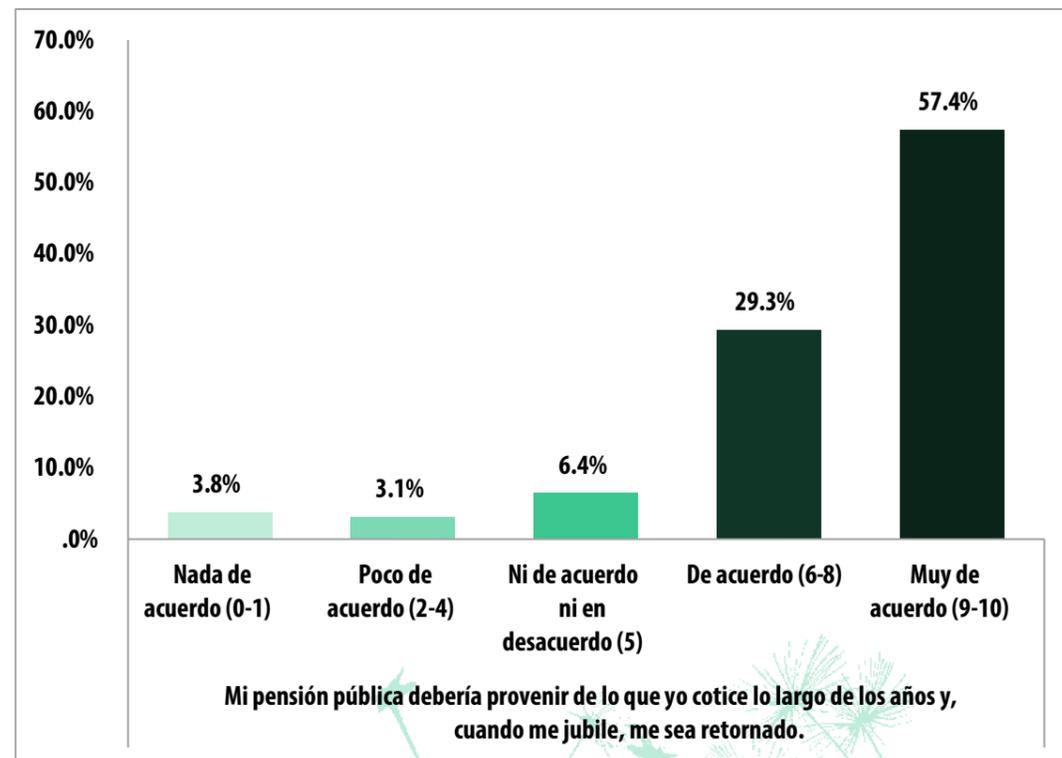


Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .037 / ingresos personales .000 / ingresos fami.000 / ideología política .029 / situación laboral .000

Parece extenderse la idea del modelo “you are on your own” en el que los ciudadanos asumen en cierta manera que cada uno debe procurarse la suficiencia económica cuando se jubile, sin contar con la ayuda del Estado, o de la familia. En este sentido, se ha preguntado sobre diferentes alternativas al modelo actual de pensiones.

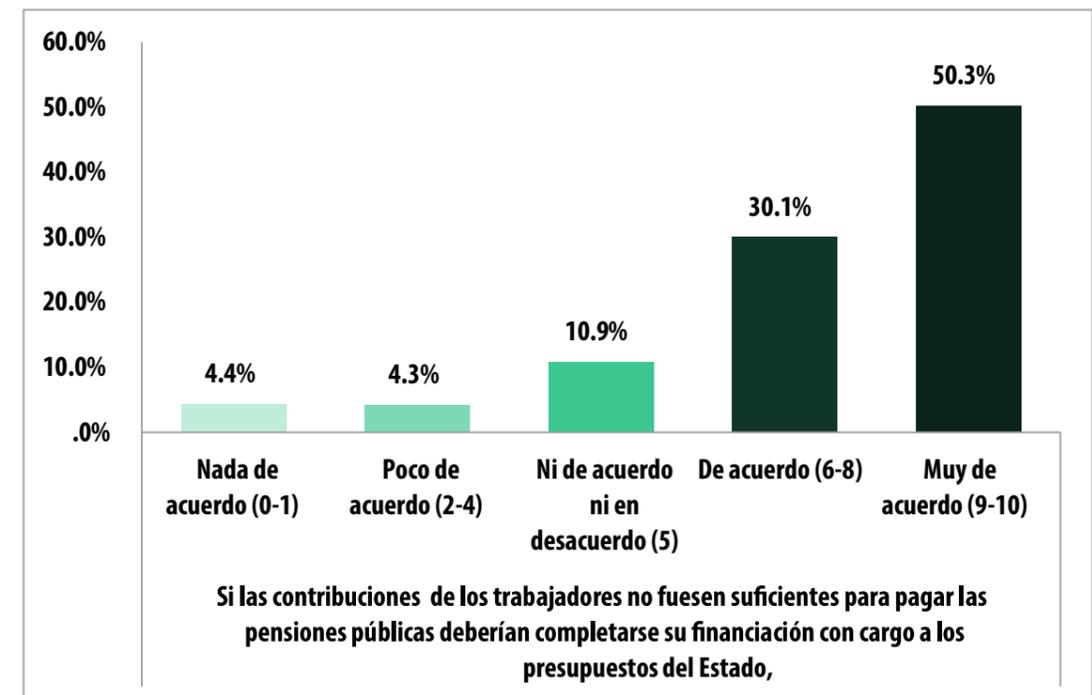
Por orden de preferencia, en primer lugar los entrevistados valoran con un 8,2 de media sobre 10 el hecho de que la pensión debería provenir de lo que cada individuo cotice a lo

largo de los años y reciba cuando se jubile lo que haya aportado. Este modelo refuerza el hecho individualista que supone un modelo de capitalización frente al de reparto, más solidario que rige el sistema actual de pensiones. Esta opción es la más apoyada por los más jóvenes, hecho que pone de manifiesto por un lado la conciencia que tienen sobre el hecho de que están cotizando por las pensiones de los que están jubilados y no por las suyas y por otro la desconfianza en el actual sistema. Asimismo, los votantes de centro y de derechas apoyan el sistema de capitalización.



La segunda preferencia con una valoración de 7,8 sobre 10 menciona la posibilidad de que si las contribuciones de los trabajadores no fuesen suficientes para pagar las pensiones públicas deberían financiarse a través de los presupuestos del Estado.

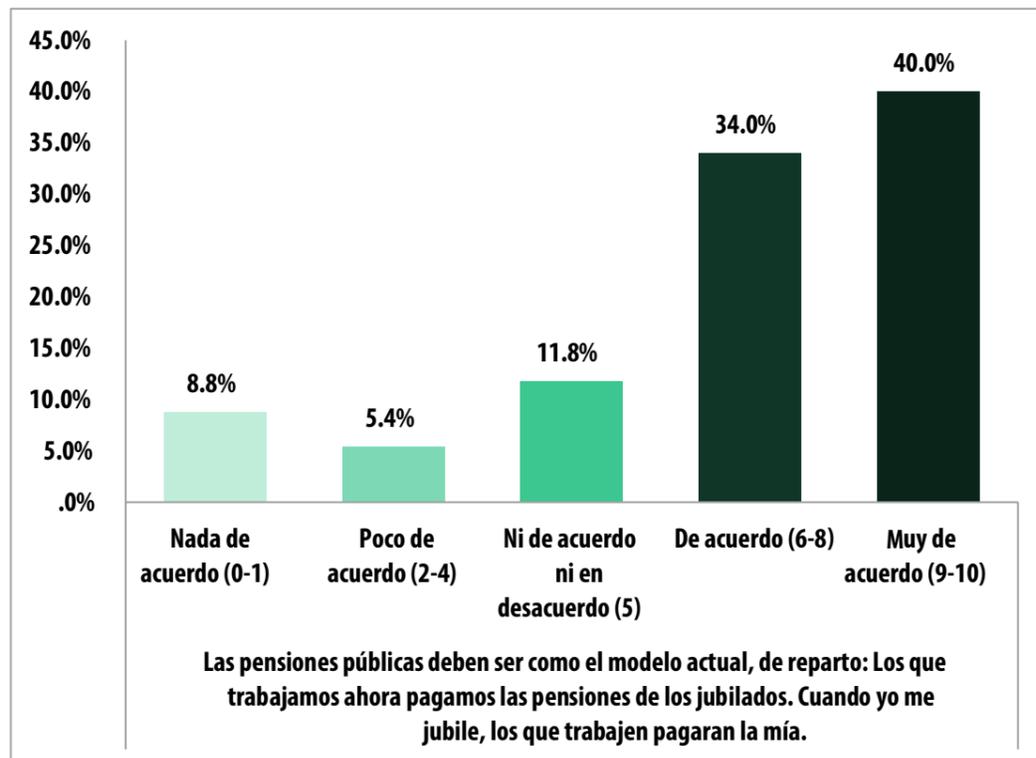
Esta opción es valorada más por los hombres que las mujeres y también por las personas más mayores. Por último los que viven solos son los que menos a favor están con este modelo y por el contrario, los que viven con sus hijos son los que más de acuerdo están.



En tercer lugar con una valoración de 7,2 sobre 10 de media, se sitúa la opción de que las pensiones públicas deberían funcionar igual que hasta la fecha con un modelo de reparto basado en la solidaridad. Bajo este sistema están más a favor

las mujeres que los hombres, por edades todos los grupos están a favor, incluidos los más jóvenes. Por el contrario los que más estudios tienen menos a favor de este sistema están. Por último, los ciudadanos de Cataluña, las dos Castillas, Extre-

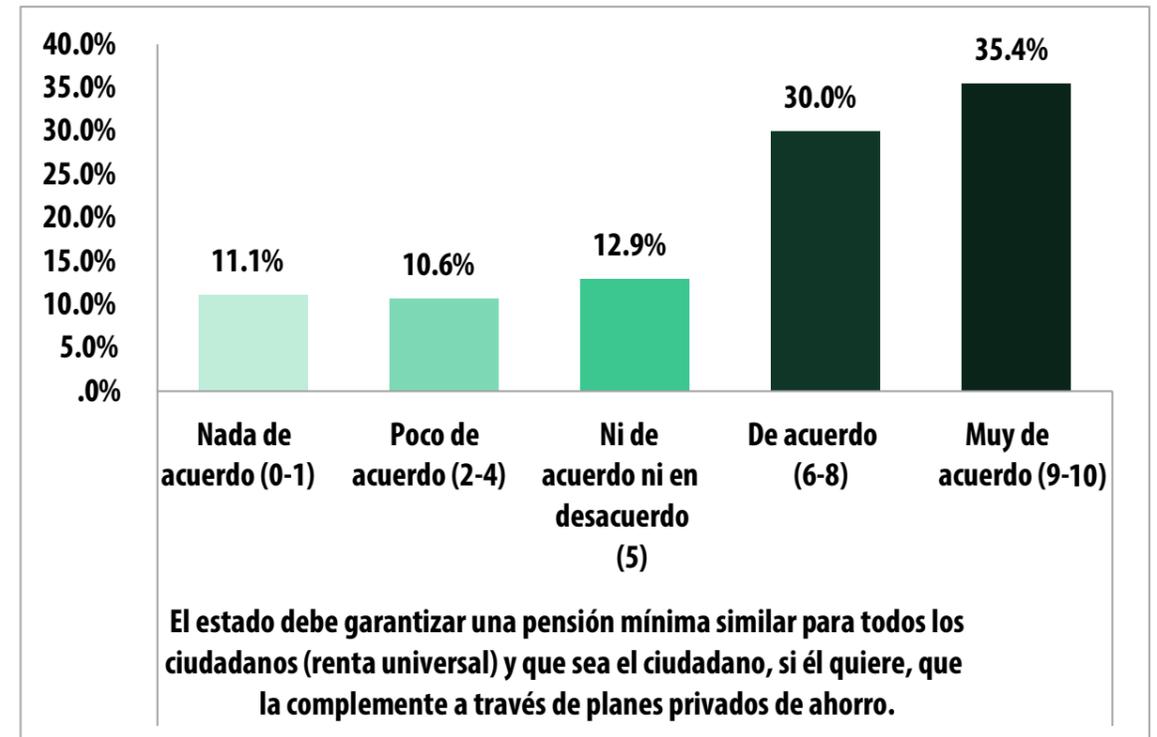
madura, Madrid, Valencia Murcia y Baleares no están de acuerdo con este sistema. Por el contrario, ciudadanos de Cataluña, Madrid, Andalucía y Canarias están muy a favor de este sistema.



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Sexo .000 / Edad .037 / Estudios .007 / ideología política .000 / área .011 /

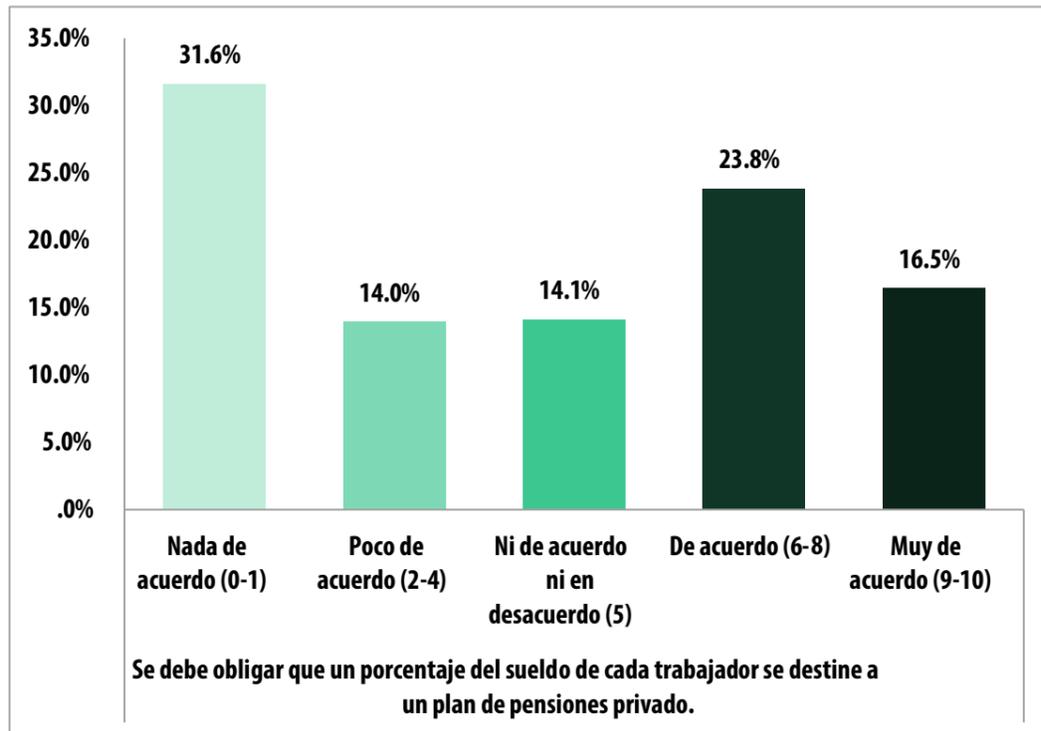
En cuarta posición se sitúa la opción de que el Estado debe garantizar una pensión mínima similar para todos los ciudadanos (renta universal) y que sea el ciudadano, si él quiere, que la complemente a través de planes privados de ahorro. Esta opción con una valoración media de

6,6 sobre 10, es más valorada por los que menos ingresos tienen, por los más jóvenes y los que viven con sus padres. Por el contrario, excepto los jubilados, el resto está de acuerdo o muy de acuerdo en complementar la pensión con planes privados.



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: ingresos personales .000 / situación laboral .001 / vives .001 / hijos .003

Por último la opción de obligar a que un porcentaje del sueldo se destine a un plan de pensiones gestionado privadamente es la menos valorada de todas con un 4,5 sobre 10. Esta opción es más valorada entre los jóvenes, los que menos ingresos tienen, los que no trabajan, los que viven solos y los votantes de derechas. Por el contrario, no están tan a favor de este sistema los ciudadanos que sólo trabajan y los que trabajan y estudian.



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .008 / ingresos personales .002 / ideología política .000 / situación laboral .039 / vives .033 / hijos .037 / religión .017

### 6.1.6 EN QUÉ AHORRAN PARA LA JUBILACIÓN

Los principales métodos de ahorro para la jubilación en los que confían los ciudadanos que ahorran son diversos. Los planes de pensiones son de forma destacada respecto a otros métodos, el principal instrumento de ahorro para la jubilación con un 43,7%. Esta explicación se debe a dos circunstancias. La primera, que es el principal producto comercializado por las entidades

financieras para gestionar el ahorro para la jubilación y los clientes actúan como una “manada” contratando el producto que su gestor les recomienda, muchas veces sin saber la finalidad del mismo<sup>41</sup>. Por otro lado, en las grandes compañías, los planes de jubilación de empresa han tenido un desarrollo destacado como instrumento para fidelizar al empleado.

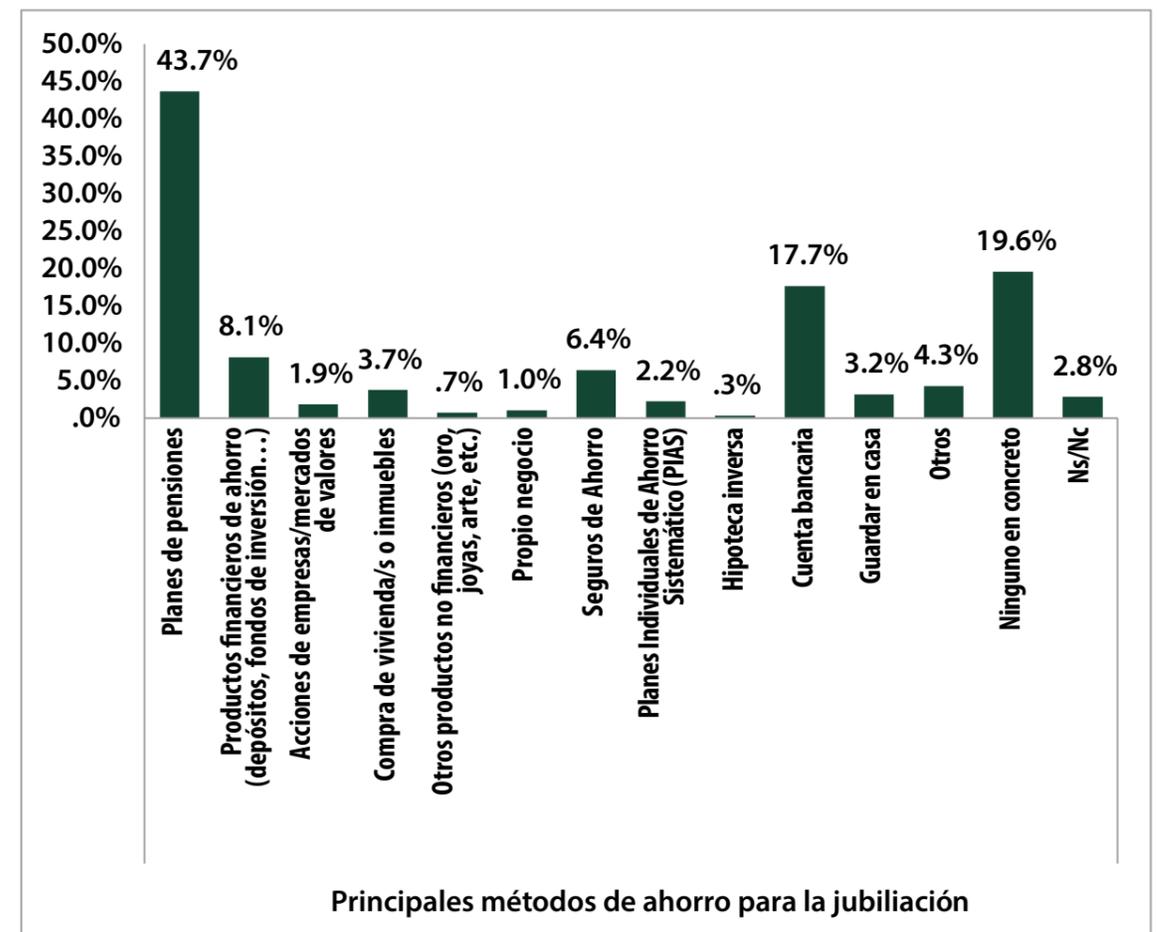
También es destacable, un 19,6% de los ciudadanos que dicen que

<sup>41</sup> Edad & Vida “Desmitificando a los Millennials. Actitudes y Comportamientos de la Generación Y trabajadora frente al Ahorro” Septiembre 2019

ahorran y que no utilizan ningún método en concreto. En tercer lugar figuran por orden la cuenta bancaria (17,7%) y los productos financieros de ahorro (depósitos, fondos de inversión...) (8,1%) y seguros de ahorro (6,4%). La vivienda propia y la inversión en inmuebles figuran en tercer lugar (3,7%). Comparativamente

con otros estudios anteriores<sup>42</sup>, los activos inmobiliarios han perdido peso como instrumentos de ahorro finalista para la jubilación. En último lugar figuran instrumentos existentes, pero poco conocidos entre el público en general como los PIAS, acciones de empresas, o la hipoteca inversa.

### P. ¿Qué principales métodos de ahorro para la jubilación utiliza?



<sup>42</sup> Edad & Vida “El comportamiento ciudadano en la planificación de la jubilación” Noviembre 2014

## 6.2. QUE PIENSAN LOS EXPERTOS RESPECTO A LA INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ÁMBITO ECONÓMICO Y FINANCIERO

### 6.2.1 NIVEL DE ASEGURAMIENTO DE LOS ESPAÑOLES

El actual nivel de aseguramiento y previsión de los ciudadanos españoles para dar respuesta a sus necesidades tras la jubilación es bajo en relación a otros países de nuestro entorno. En la perspectiva de un posible reajuste del sistema público de pensiones, se considera que en el inmediato futuro, el aseguramiento privado deberá incrementarse para complementar las pensiones públicas.

Desde la visión de los ciudadanos existen varias actitudes. En primer lugar, la etapa de la jubilación queda lejos y el ahorro a largo plazo con este fin no se percibe como una prioridad. Además, la tasa de sustitución que en España se sitúa en el 80% (último salario percibido comparado con la primera pensión percibida) es superior a la de otros países europeos que se encuentran en el 60%, lo cual no genera un incentivo suficiente para complementar la pensión pública con ahorro privado. Por otro lado, existe un desconocimiento generalizado sobre la existencia de costes asociados a la dependencia en la última etapa de la vida, lo que genera un problema

de financiación, en el caso de que no haya ahorro privado.

Existen diferencias a nivel de género. El nivel de aseguramiento y previsión de los hombres es mayor que en las mujeres debido a la tardía incorporación de la mujer al mercado de trabajo en las pasadas décadas y también a la brecha salarial. Sin embargo desde el punto de vista de las actitudes las mujeres son más planificadoras, se preocupan más por los temas de futuro, sobre todo cuando mueren sus ascendientes, lo que les hace más conscientes de la necesidad de ahorrar para el futuro, si bien ese momento se produce tarde lo que impide generar un capital de ahorro con menos esfuerzo que si lo hubieran hecho a edades más tempranas. Asimismo, las mujeres sufren más enfermedades crónicas que los hombres, tienen una mayor esperanza de vida, por lo que sus necesidades pueden ser mayores y por tanto requieren de mayores recursos para mantener su calidad de vida y bienestar.

### 6.2.2 REDES DE SOLIDARIDAD Y PENSIONES

El sistema de reparto diseñado en la transición para garantizar las pensiones no garantiza la suficiencia y la equidad. Además, no se adapta a la evolución de la longevidad lo que obligará a realizar reformas que garanticen la sostenibilidad del sistema público y la percepción de unas pensiones dignas.

Uno de los problemas que puede producirse es que si las pensiones públicas no evolucionan, se congelan, o disminuyen, los pensionistas no dispondrán de ahorro privado suficiente para mantener su nivel de vida.

La reforma de 2013 basada en que las pensiones no aumenten al menos conforme al IPC es un principio que difícilmente puede encajar en nuestra

sociedad, que ve la jubilación y la percepción de la pensión pública como un derecho. En un futuro las pensiones públicas no rendirán tanto por euro cotizado como en la actualidad.

Asimismo, la actual red de solidaridad es compleja, redundante y con lagunas. Añadir nuevos elementos a la actual arquitectura del sistema, puede añadir ineficacia e ineficiencia.

**Valore en orden de importancia cada una de las siguientes medidas con el fin de mejorar las sostenibilidad del sistema público de pensiones. (1 es poco importante, 5 muy importante).**



## Propuestas:

- El derecho a la jubilación ha de permitir vivir con decencia, aunque para ello deba retrasarse la edad de jubilación, adaptando la edad de jubilación a la esperanza de vida aumentando así el periodo de cotización y en consecuencia incrementando así la pensión a percibir.
- El actual sistema de pensiones está en déficit y requiere una reforma que asegure su sostenibilidad futura, actuando sobre la restitución del índice de revalorización y el factor de sostenibilidad.
- Sustituir el actual sistema de pensiones por un sistema de cuentas nocionales que permita relacionar las aportaciones con las prestaciones, mantener una parte financiada con impuestos para pagar pensiones mínimas y combinado con un sistema privado de capitalización basado en planes de ahorro de empresas.
- Debería articularse mejor a través de una red única, que preserve nítidamente la frontera entre pensiones contributivas, profesionales, obligatorias y cotizaciones, de cualquier otro elemento redistributivo como las redes de solidaridad al servicio de pensionistas o de cualquier persona con insuficientes ingresos.
- Se podría garantizar un sistema de reparto con pensiones mínimas complementado con un sistema de capitalización semi-obligatorio que complementa la pensión pública
- Se debería imputar el coste de las pensiones públicas a los presupuestos generales en lugar de estar a cargo de la seguridad social, fomentando a la vez la corresponsabilidad entre ciudadanos y administración.
- Se debería estimular la creación de fondos complementarios de pensiones sobre todo entre las nuevas generaciones (x, y, z).
- Ampliar los supuestos en los que se pueda compatibilizar la percepción de una pensión y mantener la actividad profesional.
- Mejorar los incentivos fiscales para potenciar los mecanismos de ahorro particular.
- Promover el ahorro complementario para la jubilación en el ámbito de las empresas.
- Políticas a largo plazo de fomento de la natalidad.

## 6.2.3 GESTION PRIVADA/INDIVIDUAL DEL AHORRO PARA MINIMIZAR LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ

En general el ahorro finalista para la jubilación no es una prioridad para nuestros ciudadanos. El ahorro privado en productos financieros en nuestro país tiene un bajo nivel comparado con otros países de nuestro entorno. Diversos son los factores, desde la falta de cultura a favor de la previsión, la crisis económica vivida, o la pérdida de confianza en el sector bancario y asegurador.

El porcentaje de la población cubierta con planes de pensiones no alcanza el 20% y el patrimonio medio no supera los 12.000 euros y la recuperación de dicho ahorro se realiza en forma de capital, lo cual muestra que el ahorro en productos de ahorro y previsión de los ciudadanos españoles apenas les reporta ingresos que complementen lo percibido a través de la pensión pública

y aseguren de esta forma el mantenimiento del mismo nivel de vida que tenían antes de la jubilación.

Asimismo, en 2018 los planes de pensiones perdieron una media del 4% y a 20 años su rendimiento no supera en muchos casos la subida del IPC (El País 19-2-2109).

A pesar de todo ello, los productos de ahorro deberían formar parte de la cesta de soluciones de ahorro de las familias, debido a que el alargamiento de la esperanza de vida requiere una gestión activa del ahorro para cubrir los riesgos de inflación, longevidad y dependencia.

## Propuestas:

- Para promover la gestión privada del ahorro se debería mejorar la incentivación fiscal por parte del Estado, promover un mayor conocimiento en edades tempranas de los instrumentos existentes como los seguros de dependencia, mejorar el asesoramiento financiero de los clientes porque el ahorro es un tema complejo y de gran implicación y promover un marco jurídico menos cambiante en cuanto al tratamiento fiscal de los productos de ahorro y previsión.
- Si el ahorro finalista se planifica a largo plazo en edades tempranas, por ejemplo cuando se accede al mercado laboral por primera vez, se puede lograr un capital con menos esfuerzo que si se realiza en etapas próximas a la jubilación. Para ello, es importante realizar una gestión activa de las inversiones

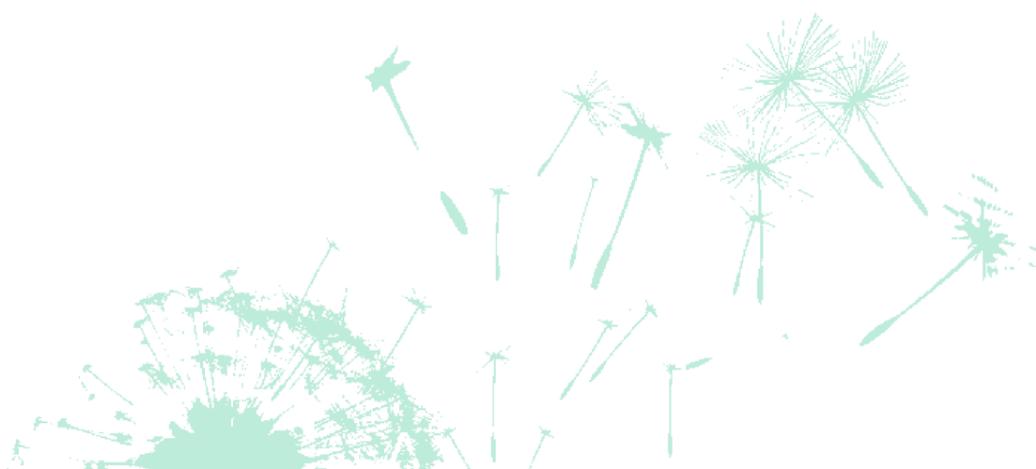
en etapas iniciales, ahorro sistemático en etapas próximas a la jubilación y rentas vitalicias en la última etapa de vida y seguros de ahorro y unit linked para gestionar la herencia.

- En cuanto al riesgo de las inversiones debería reducirse a medida que se acerca la jubilación.
- Innovación en productos híbridos de inversión y aseguramiento que evolucionen a medida que el cliente avanza en las diversas etapas de su vida. Para ello, se necesita apoyo de los poderes públicos, estabilidad regulatoria e incentivos fiscales.
- Mejorar los mecanismos de asesoramiento para planificar el futuro tras la jubilación puede contribuir a restituir la confianza en el sector bancario y asegurador.

- Teniendo en cuenta que gran parte del patrimonio de las familias está invertido en la vivienda, se deberían mejorar las actuales soluciones (que no están exentas de problemas) para licuar el patrimonio inmobiliario en la última etapa de vida, como por ejemplo la vivienda pensión, la vivienda alquiler, o del desarrollo de los servicios de compra-venta de nuda propiedad de inmuebles entre generaciones de mayores y jóvenes.

## Medidas concretas que podrían llevarse a cabo con el fin de preparar mejor a los ciudadanos ante la necesidad de fomentar el ahorro a nivel privado

- Sistemas de ahorro en la empresa por defecto
- Instaurar asignatura obligatoria sobre "Gestión de las Finanzas Personales" en itinerario curricular de enseñanza secundaria en España o temario obligatorio en asignatura de matemáticas; crear consorcio para la promoción de la educación financiera costado por Bancos, Aseguradoras y Sector Público para realizar acciones on-line y off-line; modelos de ahorro para la jubilación en la empresa de adscripción por defecto (tipo el NEST de UK); mejorar la fiscalidad del ahorro tanto en acumulación como en desacumulación; sustituir devolución de IRPF por



aportaciones a planes de pensiones por contribuciones macedadas del Estado cada vez que el partícipe hace aportaciones al Plan

- Incluir en los programas de formación básica explicación sobre nuestro sistema de pensiones; concienciar a la población de que el pago de las pensiones afecta tanto a la población mayor como a la población joven y que la estructura demográfica es fundamental
- Información regular sobre el importe de la pensión posible
- La educación financiera puede ayudar pero no excesivamente. Podría ser más importante informar convenientemente sobre la salud financiera del sistema de pensiones y sobre la pensión que recibirá en el futuro cada uno de los cotizantes. El tratamiento fiscal de productos específicos para el ahorro complementario también puede ser importante, aunque entrañe una dificultad de comprensión para muchos, lo cual podría mejorarse con ma-

yor educación financiera y mejor asesoramiento.

- Fomentar la comprensión de los conceptos financieros y económicos básicos desde el inicio de la formación en los colegios para fomentar la generación de conciencia y responsabilidad de las personas.
- Mejorar la austeridad individual del ciudadano
- Obligación de poner a disposición del ciudadano información más clara por parte de las entidades
- Lo más eficaz para interesar a los ciudadanos es difundir ventajas fiscales
- Incluir estos temas de planificación en los planes de estudio, campañas de sensibilización, actuaciones conjuntas en prensa o campañas de marketing, desarrollar juegos educativos que fomenten esos valores.
- Incremento salario, mejorar rentabilidad planes, informar cuantía pensión pública.

#### 6.2.4 EVOLUCION TECNOLOGICA Y PENSIONES

El actual sistema de pensiones no está adaptado a los cambios que se están produciendo y se van a producir en el mercado laboral.

La evolución tecnológica tiene un efecto positivo sobre la productividad de la cual se apropian las empresas sin que haya una redistribución a favor de las pensiones de los trabajadores. Si las nuevas tecnologías generan una productividad suficiente, el conjunto del sistema deberá ser más sostenible, pero la parte de las pensiones futuras que depende de los salarios actuales puede que sí se resientan de los menores ingresos laborales de algunos o de muchos beneficiarios, en el supuesto de que el progreso tecnológico se vuelva intensivo en capital y no en trabajo.

#### Propuestas:

- Hay que cobrar impuestos sobre hechos imponible que no sean salarios para financiar las pensiones. Pero no necesariamente sobre las máquinas por la dificultad de determinar si sustituyen en su totalidad o en parte el trabajo humano.
- Establecer un sistema que permita la cotización de las empresas en función del número de empleados y máquinas.
- Se podría diseñar un régimen de contribución pública por parte de las empresas en función de los nuevos instrumentos mecánicos de producción utilizados.

## 7 CUESTIONES RELATIVAS AL AMBITO DE LA GESTION PERSONAL DE LOS CIUDADANOS EN UN ENTORNO DE ENVEJECIMIENTO

### 7.1. QUE PIENSAN LOS CIUDADANOS SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE PROTECCION LEGAL

#### 7.1.1 DESCONOCIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS DE PROTECCIÓN LEGAL DE LA PERSONA Y SU PATRIMONIO

El testamento, el documento de voluntades anticipadas y los poderes preventivos, son los principales instrumentos que protegen a los ciudadanos desde el punto de vista legal y patrimonial.

Estos instrumentos nos ayudan a preparar y planificar nuestro futuro, en cualquier momento de nuestra vida y anticipar decisiones futuras que afectan a nuestro ámbito personal en situaciones en las que no estamos facultados para la toma de decisiones.

Estos documentos que generalmente se han asociado por error con la última etapa de vida, deberían integrarse en los procesos de planificación de los ciudadanos con independencia de su momento vital.

La clave es realizar un buen testamento, un buen documento de voluntades anticipadas y unos buenos poderes preventivos, para lo cual es recomendable contar con la ayuda y el asesoramiento de un experto legal. Las ventajas que ofrecen son muy importantes porque además de ser muy económicos protegen a la persona que otorga dichos instrumentos, le garantiza la toma de decisiones que puedan afectar a su salud y a su patrimonio ante situaciones de incapacidad y además descarga de responsabilidad a la familia a la hora de tomar decisiones, muchas veces complejas en el momento de final de vida.

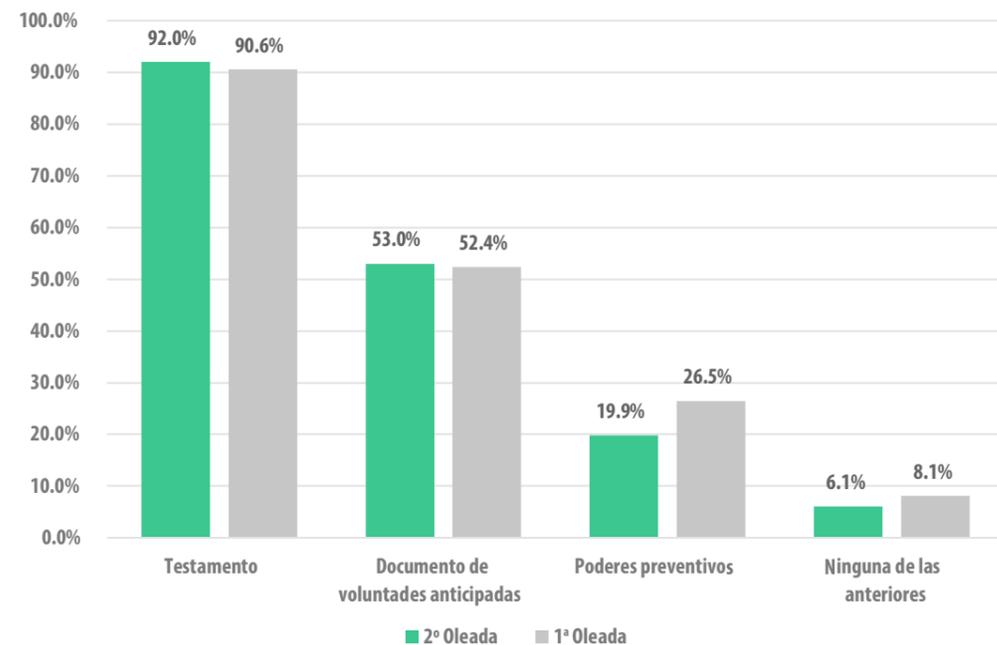
A excepción del testamento, existe un desconocimiento generalizado del resto de los instrumentos para la protección legal de las personas y de su patrimonio. El conocimiento sobre el testamento alcanza un 90,6%. Por el contrario, el documento de voluntades anticipadas y los poderes preventivos, que garantizan los intereses de las personas desde el punto de vista personal como patrimonial se sitúan con un conocimiento del 52,4% y un 26,5% respectivamente.

En la segunda oleada de la encuesta, no apreciamos datos muy diferentes respecto a la primera. Habrá que analizar en el próximo año, si la situación de conmoción causada por el Covid-19 genera una mayor incidencia en la otorgación de estos instrumentos.

La edad está correlacionada con el conocimiento de estos instrumentos. Sobre todo las personas mayores

tienen un mayor conocimiento de la existencia del documento de voluntades anticipadas y de los poderes preventivos, dado que son muy útiles para preservar sus intereses ante situaciones que les incapaciten para la toma de decisiones. También el nivel de ingresos y de estudios está correlacionado con el conocimiento de estos instrumentos, sobre todo del testamento y del documento de voluntades anticipadas.

### P. ¿Qué instrumentos legales conoce para proteger su patrimonio y persona?



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .001 / ingresos personales .000 / ingresos fami .000 / situación laboral .000 / vives .000 / hijos .000

Valores de la variable chi-cuadrado segunda oleada encuesta: Sexo .000 / Edad .000 / ingresos personales .000 / ingresos fami .000 / situación laboral .000 / vives .000 / hijos .000

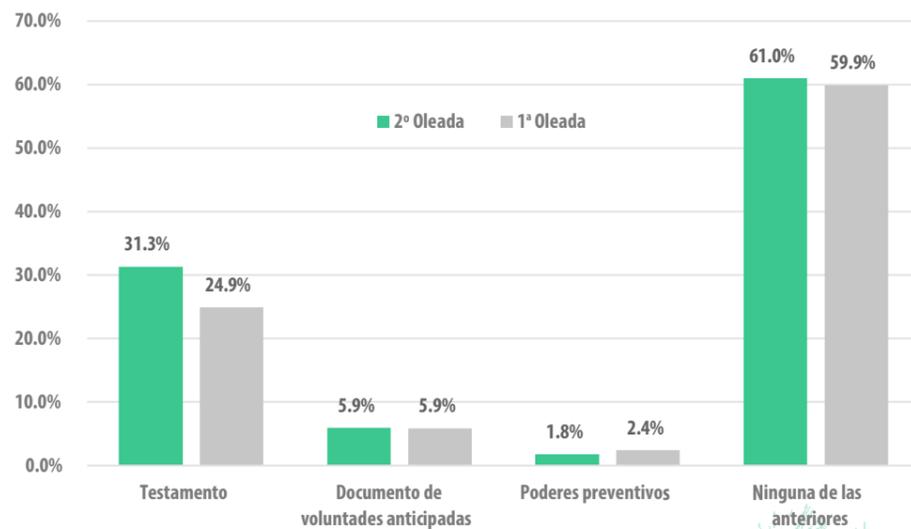
Este desconocimiento se traduce en consecuencia en un nivel bajo de otorgamiento de dichos instrumentos. Según datos de los registros, las otorgaciones de estos instrumentos han ido creciendo durante los últimos años, si bien existe un amplio margen de mejora a la hora de crear una mayor cultura de protección legal y patrimonial de los ciudadanos.

Según los datos de la encuesta telefónica, la mayoría (59,9%) de los entrevistados no han otorgado ninguno de los tres instrumentos. El testamento es el instrumento que más se ha suscrito con un 24,9%, el documento de voluntades anticipadas un 5,9% y los poderes preventivos un 2,4%.

En el cuadro de más abajo observamos que el efecto del Covid-19 prácticamente no ha tenido ningún efecto, a excepción del testamento que ha aumentado 6 puntos porcentuales. Habrá que comprobar el efecto sobre la suscripción de estos instrumentos en los próximos meses.

Las personas mayores son las que más han suscrito estos instrumentos, sobre todo el testamento y el documento de voluntades anticipadas. La edad, el nivel de ingresos y de estudios está correlacionado positivamente con el nivel de otorgamiento. Los votantes de derechas y centro y las personas religiosas son los que más han suscrito estos documentos.

#### P. ¿Qué instrumentos legales ha suscrito para proteger su patrimonio y persona?



Valores de la variable chi-cuadrado primera oleada encuesta: Edad .000 / Estudios .000 / ingresos personales .000 / ingresos fami .010 ideología política .039 / situación laboral .000 / vives .000 / hijos .000 / religión .004

Valores de la variable chi-cuadrado segunda oleada encuesta: Edad .000 / ingresos personales .001 / ingresos fami .010 / situación laboral .002 / vives .000 / hijos .000

## 7.2. QUE PIENSAN LOS CIUDADANOS RESPECTO A LA INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ÁMBITO PERSONAL

### 7.2.1 CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE GESTIÓN PERSONAL

El testamento, el documento de voluntades anticipadas, los poderes preventivos y las autotutelas tienen una importante función de garantizar la autorregulación de los intereses de la persona desde el ámbito personal como patrimonial. Son instrumentos que tienen una alta seguridad y una gran eficacia, dado que ordenan, protegen y planifican las principales decisiones de las personas en cuanto a su patrimonio, salud y autonomía.

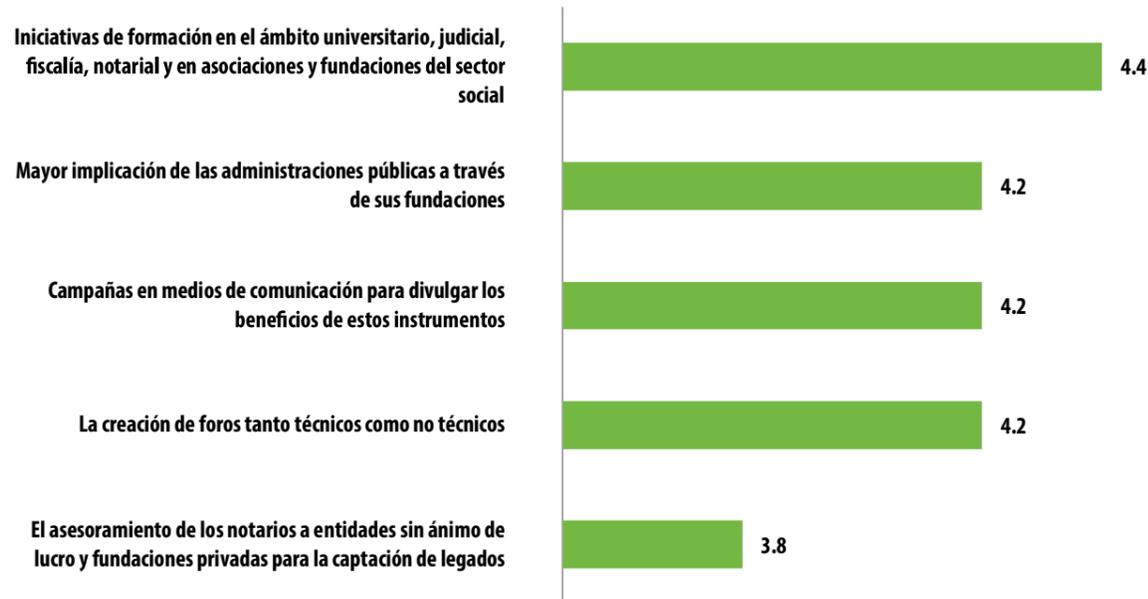
El gran problema u oportunidad según se mire, es el alto grado de desconocimiento de su existencia y utilidad por parte de los ciudadanos y de los operadores jurídicos. A lo largo de los últimos años se ha percibido que el uso de estos instrumentos por parte de los ciudadanos aumenta a medida que se explican sus ventajas a la población.

Respecto al testamento, es el instrumento más conocido y utilizado por la población, el tema clave no es tanto otorgar el testamento, sino otorgar un buen testamento, que no dificulte la aceptación de los herederos.

## Propuestas:

- Promover un mayor conocimiento de estos instrumentos jurídicos a través de la formación tanto en el ámbito jurídico como en el entorno asociativo de las personas mayores.
- Realizar acciones divulgativas que contribuyan a explicar los beneficios que aportan estos instrumentos.
- Incorporar de forma específica estos temas de planificación en los programas universitarios y de formación ejecutiva.
- Crear foros divulgativos en los que debatir sobre estos instrumentos tanto desde el punto de vista técnico como del ámbito no profesional.
- Promover en la población una cultura de disposición para después de la muerte.
- Potenciar la colaboración entre los notarios y las entidades sin ánimo de lucro y las fundaciones privadas para dar a conocer estos instrumentos entre sus miembros.

Valore en orden de importancia (1 poco importante, 5 muy importante), cómo las siguientes medidas pueden contribuir a mejorar el conocimiento y la utilización de estos instrumentos por parte de la población



### 7.2.2 DISPOSICIONES TESTAMENTARIAS Y DISCAPACIDAD

Las administraciones públicas no son suficientemente activas y eficaces en este campo. Carece de sentido que las personas jurídicas que asumen la tutela o la administración de un patrimonio protegido no puedan tener ánimo de lucro y que las personas que ejerzan esta función no puedan percibir una remuneración.

### Propuestas:

- Promover la formación, la divulgación e implementación de ventajas fiscales, como por ejemplo la exención de tributación en las adquisiciones por herencia o donación de hijos con discapacidad, o flexibilizar o simplificar la tributación de figuras como el patrimonio protegido, o flexibilizar la rígida regulación de la legítima en derecho común.
- Promover en los operadores sociales una mayor formación jurídica específica sobre este ámbito y revisar y controlar si efectivamente proponen estas actuaciones a las familias que tienen descendientes con discapacidad.
- Potenciar en el ámbito rural un mayor conocimiento sobre estos instrumentos.

### 7.2.3 EL ROL DE LOS NOTARIOS

El notario se percibe socialmente como una persona de confianza. Su rol no ha cambiado en lo esencial, si bien el principal cambio se ha producido en el ámbito legislativo y social en el que actúa.

El rol del notario en la conformación de estatus jurídico de la persona con discapacidad es esencial y le corresponde una decisiva tarea en la adecuada organización jurídica de la persona y de sus bienes.

## 8 CAMBIO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO

### 8.1. MODELO Y EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

El cambio de comportamiento de los ciudadanos en aspectos relevantes para su envejecimiento como el ahorro, la salud y la aceptación de la muerte es una estrategia que depende únicamente de los propios ciudadanos para lograr el objetivo de mejorar su bienestar en la última etapa de vida.

En la investigación realizada hemos utilizado un modelo para explicar el cambio de comportamiento de los ciudadanos respecto al ahorro para la jubilación, los cuidados para la salud y la preparación para la muerte.

El modelo utilizado es el Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento que fue propuesto y desarrollado por Prochaska y DiClemente<sup>43</sup> y posteriormente evolucionado por Weinstein<sup>44</sup> y Andreasen<sup>45</sup>. Este modelo ha sido utilizado en el campo de la psicología social y, además de dar respuesta a los sesgos

cognitivos que afectan a la toma de decisiones, identifica las palancas sobre las que hay que actuar en función de las actitudes y comportamientos de los ciudadanos frente al tema analizado.

El modelo es temporal, esto quiere decir que contempla que cada individuo transita por cinco etapas a lo largo del tiempo. Identifica los estadios por los que transcurre un individuo antes de lograr mantenerse en el comportamiento alineado.

El modelo es cíclico, es decir, el individuo puede volver a etapas anteriores en el proceso de adopción del cambio, incluso cuando ya lo ha adoptado. Ello implica que el mantenimiento en el comportamiento alineado no debe entenderse como un final, sino que se debe seguir trabajando en su continuidad en esa etapa.

El modelo es cuantificable. Se trata de un modelo de segmentación por actitudes y comportamientos, lo que permite cuantificar cuántos in-

dividuos se encuentran en cada una de las etapas.

El modelo permite construir un mix de soluciones específicas para cada segmento-etapa que integre los siguientes elementos:

- El tipo de asesoramiento.
- Las herramientas de ayuda para promover el ahorro, tener hábitos saludables o preparar la despedida.
- Los incentivos para recompensar el comportamiento por ejemplo ahorrar, comer saludablemente, o planificar la última etapa de la vida.
- Los productos para iniciar el ahorro, acumular ahorro en el corto plazo, acumular ahorro en el largo plazo, etc.

- El rol de la comunicación en cada segmento-etapa. Desde educar a aquellos que no son conscientes de la importancia de ahorrar, o cuidarse a comunicar para fidelizar a aquellos que han empezado a ahorrar, o a realizar una actividad física, o mantener en el comportamiento deseado a aquellos que llevan ahorrando sistemáticamente para la jubilación, o que se cuidan, o han planificado la etapa final de vida.

A continuación, mostramos el modelo, sus etapas y los procesos de cambio:

#### 8.1.1 ETAPAS DEL MODELO DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN EL CASO DEL AHORRO

##### Ejemplo del modelo en el ámbito del ahorro



<sup>43</sup> Prochaska y DiClemente (1985)

<sup>44</sup> Weinstein (1988)

<sup>45</sup> Andreasen (1991)

El modelo describe las **cinco etapas** por las que transita el individuo en el proceso de cambio:

- **Etapa 1. Ignorancia (desconocimiento):** No es consciente de la necesidad para ahorrar y no se plantea modificar su comportamiento.
- **Etapa 2. Precontemplación (reconocimiento):** Existe la consciencia sobre la necesidad de ahorrar, pero tiene dificultades para hacerlo (viajes de ocio, préstamos universitarios, hipoteca, otros gastos...).
- **Etapa 3. Preparación (toma de decisión):** Sabe que tiene que ahorrar, está planteando hacerlo y se compromete con el cambio.
- **Etapa 4. Acción (adopción de cambios):** Ha empezado a ahorrar, aún sin ser consciente del esfuerzo requerido para ser constante, o bien ahorró en el pasado y ha dejado de hacerlo.
- **Etapa 5. Mantenimiento (finalización):** Ahorra y necesita acompañamiento para que el ahorro sea sistemático, manteniéndose así en el cambio deseado.

Como las personas no adoptan un comportamiento de forma instantánea, sino que se someten a una sucesión de etapas hasta conseguir el objetivo deseado, es clave identificar aquellos procesos de cambio y la balanza de decisión.

Hemos analizado 7 procesos de cambio:

1. **Aumento de conciencia:** incrementar el conocimiento sobre el comportamiento deseado, facilitando y aprendiendo nuevos hechos, ideas y trucos que contribuyan a lograrlo.
2. **Alivio dramático:** generar conciencia sobre las consecuencias negativas -un comportamiento no deseado- y positivas -comportamiento deseado- sobre el entorno más próximo y las relaciones interpersonales.
3. **Reevaluación del entorno:** experimentación de reacciones emocionales negativas por la adopción de comportamientos no adecuados.
4. **Auto reevaluación:** generar conciencia de que el cambio de comportamiento es una parte importante de la identidad personal.

5. **Auto-liberación:** convencimiento propio de que se puede cambiar y el compromiso y la reafirmación de actuar en esa creencia.

6. **Relaciones de ayuda:** búsqueda de implicaciones y apoyos de terceros para facilitar la adopción del cambio.

7. **Contracondicionamiento:** generar capacidad para responder ante tentaciones con comportamientos adecuados que sustituyan a comportamientos no adecuados.

**Balanza de Decisión:** concreta los pros y contras que se plantea el individuo ante el cambio. Permite conocer qué argumentos deben reforzarse en el discurso a favor del comportamiento alienado y qué otros deben desarmarse para que abandone el comportamiento desalineado.

A continuación explicamos en el ámbito del ahorro, de los cuidados de la salud y de la preparación para el final de la vida cómo se distribuyen los ciudadanos en las 5 etapas de cambio y cómo funcionan los procesos de cambio y la balanza de decisión.

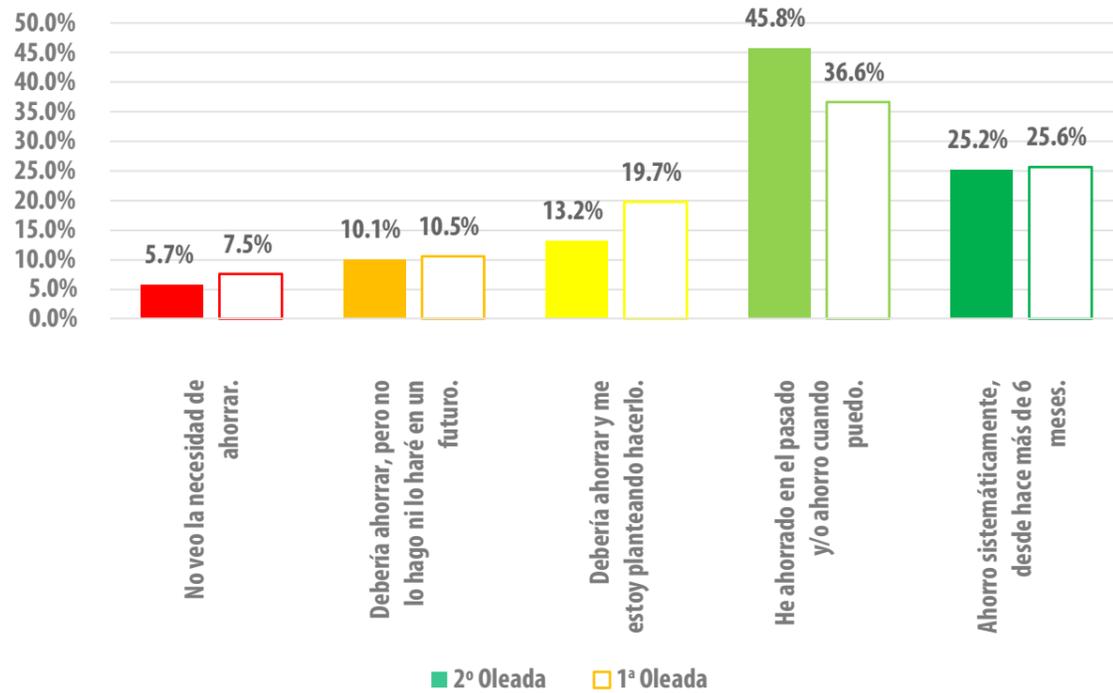
## 8.1.2 PLANIFICACIÓN DEL AHORRO PARA LA JUBILACIÓN

En el ámbito del ahorro observamos que sólo un 25% ahorra de manera sistemática para la jubilación. El porcentaje de los que han ahorrado en el pasado, o lo hacen de manera esporádica, ha bajado durante la pandemia. Entre los que no ahorran cabe destacar el porcentaje de los que se plantean ahorrar.

Si comparamos estos resultados con otros dos estudios similares realizados en 2008 y en 2014 sobre ahorro observamos que si bien las actitudes a favor de ahorrar para la jubilación han aumentado (etapa 1, 2 y 3), esta evolución positiva no se ha traducido en una mejora del comportamiento<sup>46</sup>. El nivel de los que ahorran de forma sistemática sólo ha mejorado 2 puntos porcentuales respecto a 2008, situación previa a la crisis financiera.

En este sentido, creemos que existe una oportunidad para las entidades financieras y aseguradoras de incrementar el nivel de ahorro de los ciudadanos por la vía de influenciar comportamientos que favorezcan una mayor cultura del ahorro para la jubilación.

<sup>46</sup> El Comportamiento Ciudadano en la Planificación de la Jubilación. Edad & Vida 2008 y 2014.



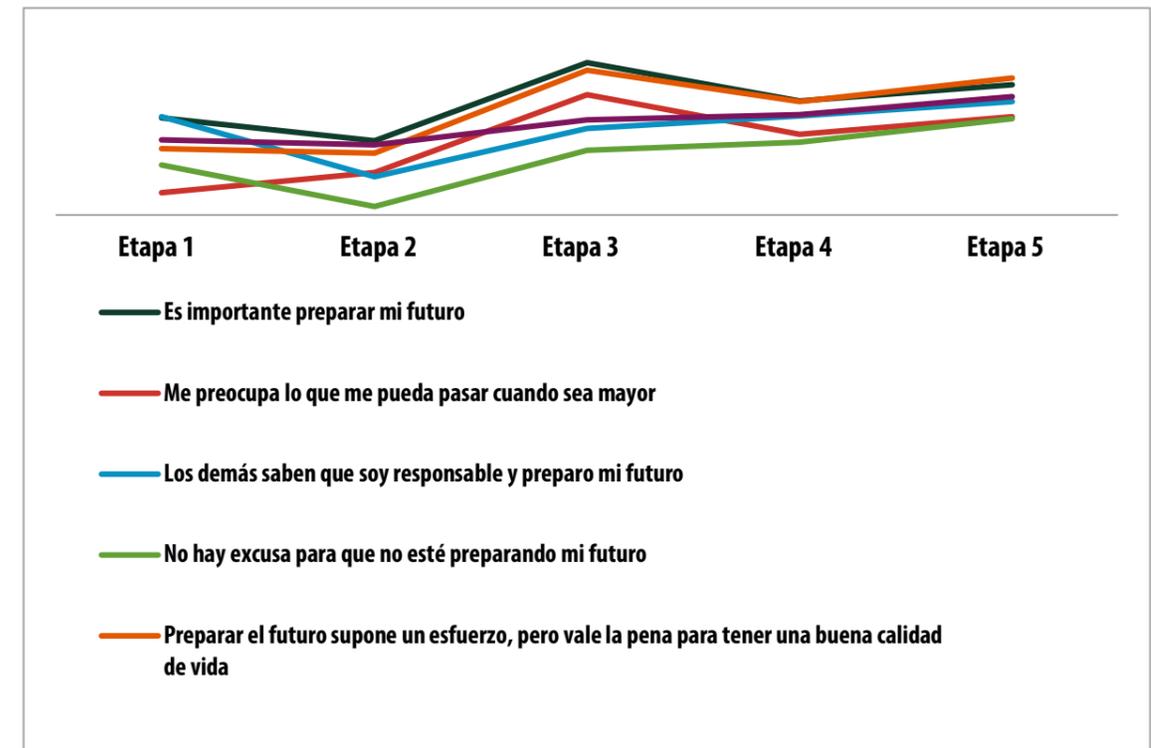
Analizando los resultados, observamos que los jóvenes ven el ahorro para la jubilación como un tema de largo plazo, aunque son conscientes del problema de no ahorrar para el futuro y ahorran más que hace 10 años. Los segmentos de población que más ahorran son los comprendidos entre los 36 y 50 años y los que tienen entre 51 y 65 años. Obviamente esto se debe al mayor nivel de concienciación que hay debido a la percepción sobre posibles problemas de sostenibilidad de las pensiones en el futuro, la sensibilización que se ha generado como resultado

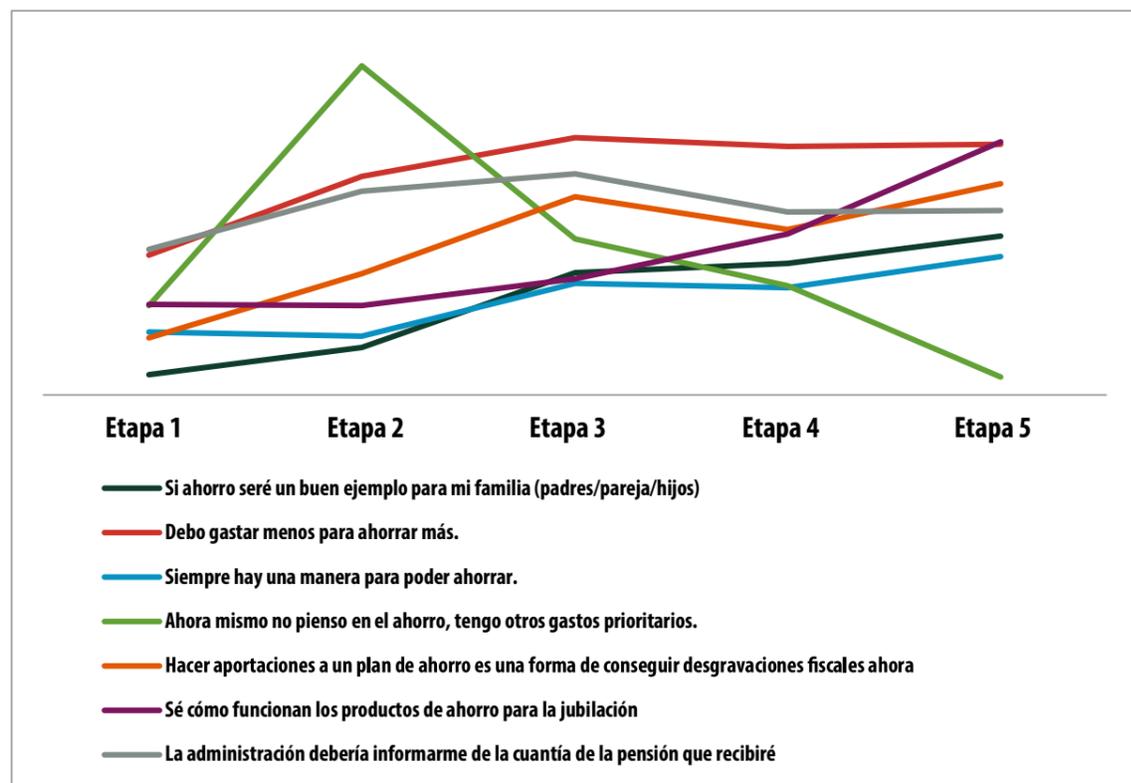
del tratamiento informativo en los medios de comunicación y la proximidad a la edad de jubilación. El ahorro para la jubilación está correlacionado con los ingresos personales y familiares, si bien en los más jóvenes el componente actitudinal tiene un mayor peso que la disponibilidad de ingresos para ahorrar. Asimismo, los que más ahorran son los que viven con su pareja o con hijos. Por último, los que son votantes de centro y derecha y los más religiosos son los que más ahorran o han ahorrado más en el pasado.

Si comparamos los resultados de las dos oleadas, antes y durante del Covid-19, observamos que los ciudadanos están más concienciados sobre la necesidad de ahorrar y además observamos que ha aumentado 9 puntos porcentuales los ciudadanos que han empezado a ahorrar de forma esporádica. Durante la pandemia los ciudadanos han consumido menos y también han visto la crisis económica que se ha gestado, lo

que ha influido en un aumento de su tasa de ahorro.

Ahora vamos a analizar cómo evolucionan los ciudadanos a lo largo de las etapas para lograr el objetivo de ahorrar de manera recurrente para la jubilación. Para ello, hemos realizado un análisis anova a los procesos de cambio y balanza de decisiones y hemos vinculado cada uno de ellos en las 5 etapas de cambio.





**De la etapa 1 a la etapa 2:** Para que los ciudadanos sean conscientes de la importancia de planificar a largo plazo, debe incidirse en argumentos que generen preocupación por la incertidumbre del futuro. El futuro es complejo y seguramente cada vez más incierto, con lo que los ciudadanos han de ser conscientes de que se han de preparar para abordar los posibles retos y problemas que puedan producirse dentro de unos años. En cuanto a los recursos para fomentar la conciencia a

favor del ahorro cabe destacar la importancia de los mensajes sobre la cuantía de las pensiones públicas que percibirán los ciudadanos cuando se jubilen, para que conozcan la realidad de lo que cobrarán y lo que sean conscientes de que necesitarán recursos si tienen una enfermedad crónica y también estableciendo consejos sobre cómo reducir gastos que permitan iniciarse en los hábitos del ahorro. En esta etapa no se puede hablar todavía de soluciones y

productos de ahorro, porque el ciudadano no es consciente del problema de no ahorrar y puede percibir que le quieren colocar un producto financiero para ahorrar.

**De la etapa 2 a la etapa 3:** La importancia del esfuerzo en la toma de decisiones para el futuro, aunque la recompensa no sea a corto plazo, sino a largo plazo y la importancia de ser un buen ejemplo para la familia, los amigos... son aspectos que refuerzan el comportamiento y pueden hacerles evolucionar hacia la necesidad de ahorrar para la jubilación. Es pasar de la conciencia al planteamiento de la toma de decisión. Asimismo, además de facilitar recursos como herramientas tecnológicas que permiten reducir gastos y aumentar el ahorro pueden ayudar al ciudadano a adoptar el hábito de empezar a ahorrar. En este punto, es determinante también dar a conocer las ventajas y los beneficios de ahorrar para el futuro.

**De la etapa 3 a la etapa 4:** Incidir en los aspectos como, ser un buen ejemplo para los que te rodean, evitar las excusas que posponen la decisión de ahorrar y visualizar el futuro con los costes que puede suponer la dependencia en la etapa de jubilación y la necesidad de disponer de ahorros que complementen la pensión pública para hacer frente

a esos gastos y mantener el nivel de vida, son estrategias que pueden facilitar la toma de decisión y empezar a ahorrar de manera recurrente. En esta etapa, en la que los ciudadanos ya están concienciados sobre la importancia de ahorrar para la jubilación, es el momento de dar a conocer las alternativas de soluciones para ahorrar para la jubilación. En este momento ya es recomendable hablar de productos de ahorro.

**De la etapa 4 a la etapa 5:** En la etapa 5 todos los mensajes deben reforzarse para que los ciudadanos se mantengan en esta etapa y no retrocedan a etapas anteriores. El mantenimiento en el comportamiento responsable de ahorrar para la jubilación implica no caer en las tentaciones de volver a consumir, a costas de no ahorrar. En esta etapa es clave, enfatizar en la necesidad de seguir ahorrando y la importancia de hacerlo en productos finalistas para el ahorro como una manera de diversificar el ahorro canalizado en otras alternativas, como el inmobiliario.

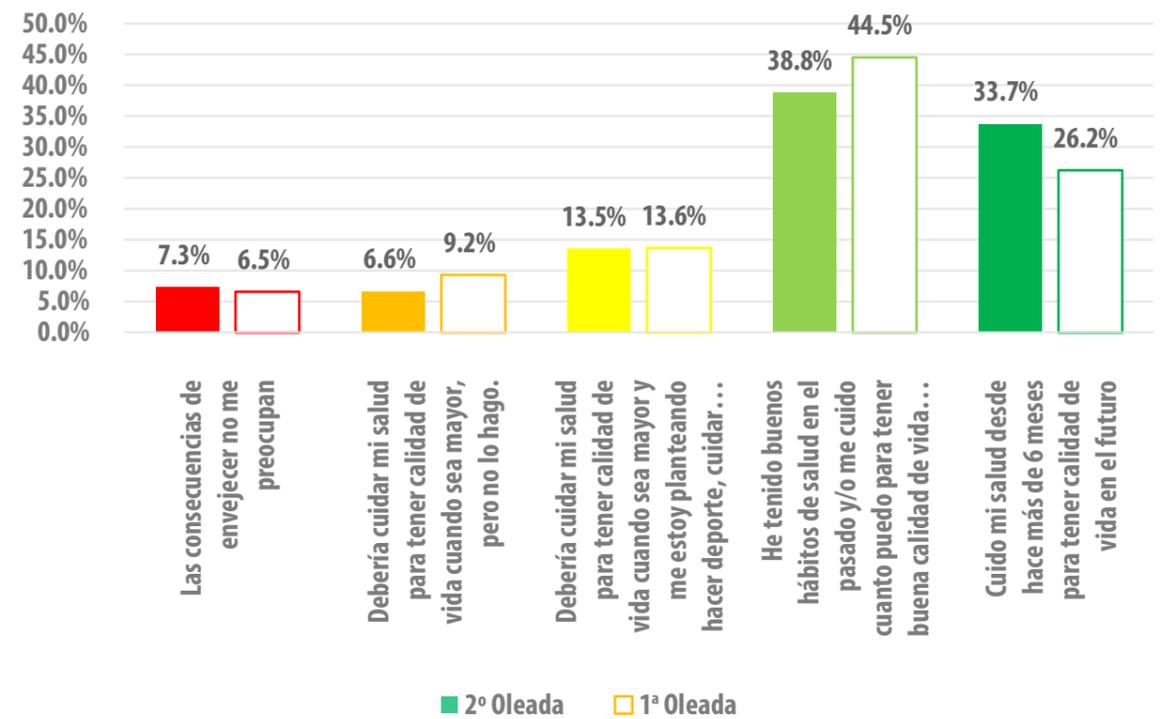
### 8.1.3 CUIDADOS DE LA SALUD

Más de un 70% de los ciudadanos manifiestan que cuidan su salud para tener mayor calidad de vida en el futuro. De estos, una minoría lo hacen de manera recurrente y desde hace tiempo.

Si comparamos los datos de antes de la pandemia con los datos durante la pandemia, observamos que las actitudes se han mantenido. En este sentido, las personas que consideran un problema no cuidarse pero no hacen nada para mejorar su situación, han disminuido casi tres puntos porcentuales (etapa 2). Respecto al comportamiento, sí ha tenido una evolución muy positiva. En este sentido, las personas que cuidan su salud de manera recurrente y desde hace tiempo han aumentado 7 puntos porcentuales durante la pandemia, evolucionando desde la etapa 4 a la etapa 5.

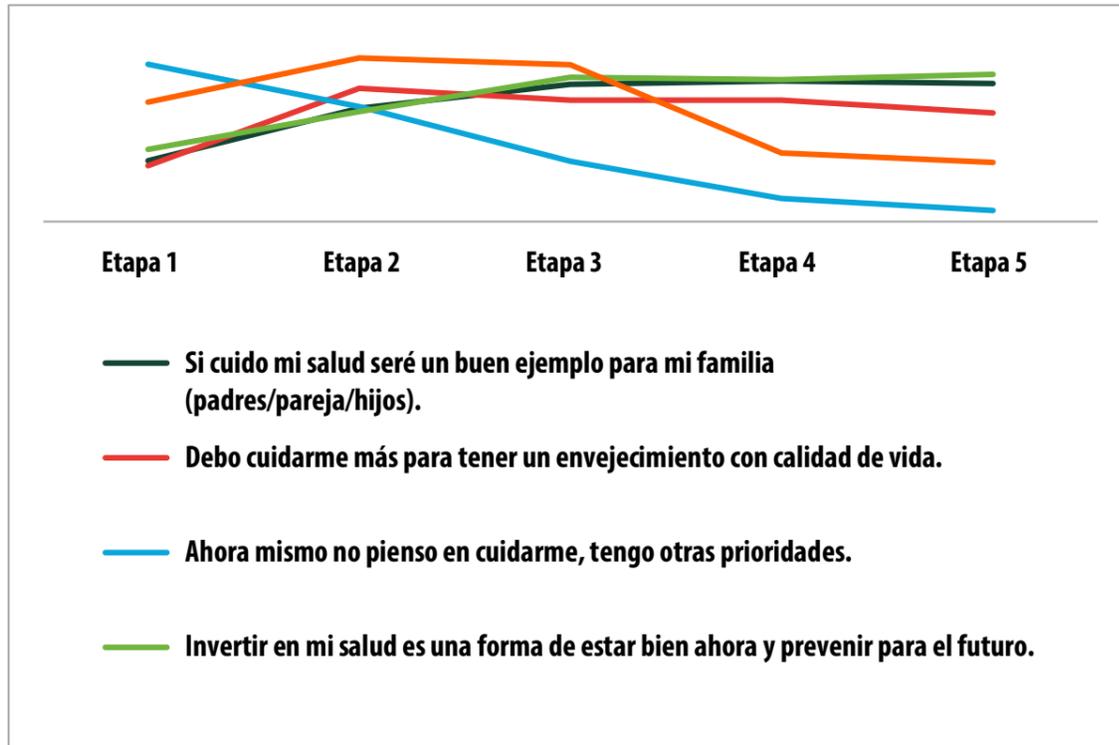
La lectura de estos datos, muestran que durante la pandemia los ciudadanos son más conscientes de la importancia que tiene su salud sobre el envejecimiento. No hay que olvidar la alta incidencia que tiene la pandemia sobre el colectivo de mayor edad. Además durante el confinamiento, los ciudadanos han sido más conscientes de la importancia que tienen los hábitos saludables sobre su bienestar. A pesar de las restricciones, se ha visto como los ciudadanos han tomado las calles para hacer deporte y han gastado más en alimentación básica para consumo en el hogar.

Analizando los resultados observamos que existen diferencias entre sexo. Las mujeres son más conscientes que los hombres acerca del envejecimiento, pero los hombres se cuidan más desde hace tiempo. En cuanto a la edad, es a partir de los 51 años que se percibe la necesidad de cuidarse para tener una buena calidad de vida en el futuro. Los más jóvenes y los que tienen entre 36 y 50 años se plantean cuidarse más para el futuro. Asimismo, los que tienen mayor nivel de estudios están más concienciados y también los que se comportan de forma más responsable para tener buenos hábitos. Los que más ingresos tienen, son los que más se cuidan, lo que pone de manifiesto la relación entre renta personal y bienestar. Por último, las personas con algún tipo de discapacidad se sitúan más en la etapa 1 y en la 2 que en aquellas otras etapas más alineadas con comportamientos saludables. Esto es debido a que comentan que tienen otras prioridades.



Ahora vamos a analizar cómo lograr evolucionar a los ciudadanos a lo largo de las etapas para lograr el objetivo de cuidarse para mejorar su bienestar cuando envejeczan.

Para ello, hemos realizado un análisis anova a los procesos de cambio y balanza de decisiones y hemos vinculado cada uno de ellos en las 5 etapas de cambio.



### De la etapa 1 a la etapa 2.

El mensaje de que para lograr el bienestar futuro, se empieza cuidándose ahora, es clave. Muchos ciudadanos no son conscientes de la importancia que tiene el impacto futuro de los hábitos saludables desde edades tempranas. Cuidarse en edades tempranas debe ser una prioridad. A lo largo de la pandemia, los ciudadanos han tomado conciencia de la importancia de dedicar recursos para el cuidado de uno mismo. Las pautas de consumo de productos han cambiado y los hábitos de realizar ejercicio también.

### De la etapa 2 a la etapa 3, a la etapa 4 y a la etapa 5.

En estas etapas son importantes los mensajes permanentes que refuerzan el comportamiento deseado de cuidarse. En este sentido, el papel de ser un referente para la familia, e invertir en la salud con el objetivo de tener un buen envejecimiento en el futuro puede contribuir a que los ciudadanos evolucionen de etapa. Cabe comentar, como a medida que los ciudadanos van evolucionando a través de las etapas son más conscientes de la importancia de cuidarse y cómo la salud empieza a convertirse en una prioridad para ellos.

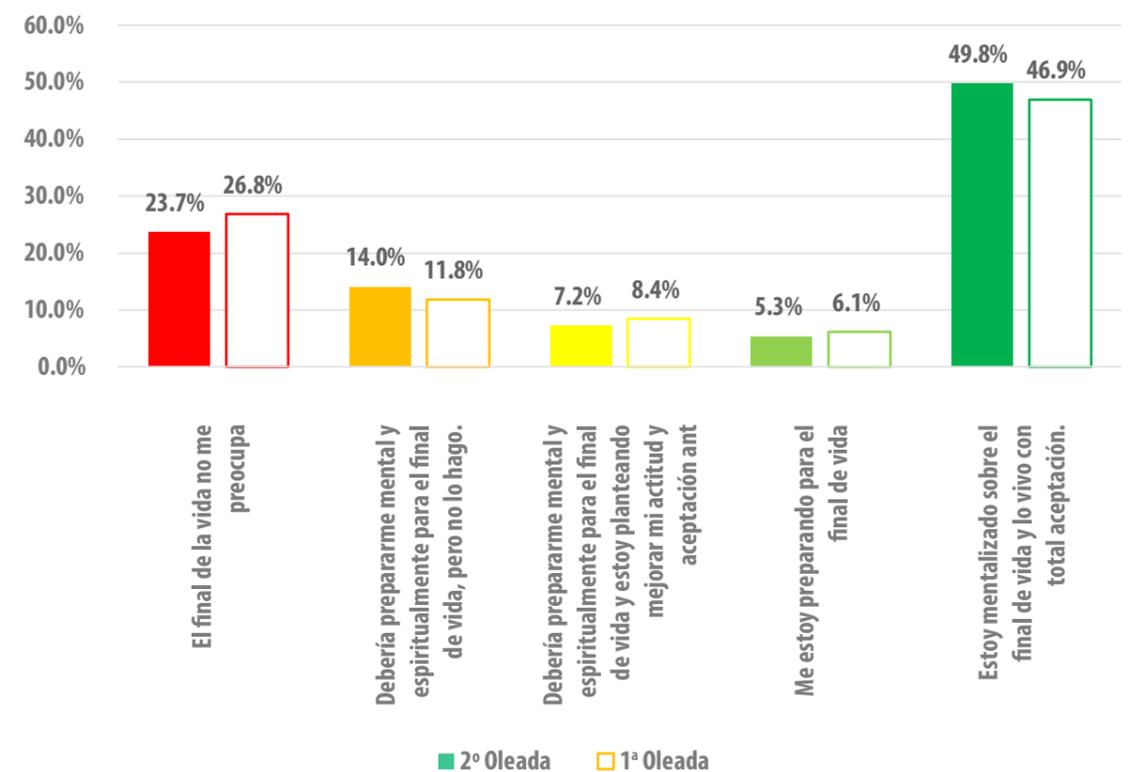
### 8.1.4 PREPARACIÓN PARA EL FINAL DE LA VIDA

Cerca de la mitad de los ciudadanos participantes en la investigación, asumen con aceptación el final de la vida y están mentalizados sobre su finitud. Asimismo, una cuarta parte no están preocupados por esta situación, porque consideran que no es un problema y otra cuarta parte están concienciados sobre la necesidad de prepararse.

Si comparamos los datos de las dos oleadas no apreciamos cambios significativos sobre las actitudes y comportamientos. Podemos afirmar, que la pandemia apenas ha gene-

rado cambios relevantes en la percepción sobre el final de vida en los ciudadanos. Tan sólo se ha producido un aumento de 3 puntos porcentuales en el grupo de personas que piensan que están mentalizados sobre el final de vida y que lo viven con aceptación (etapa 5).

No existen diferencias significativas ni a nivel de edad, ni de género. Los que trabajan consideran encontrarse más preocupados por el final de vida y los jubilados son los que más mentalizados están por esta etapa de la vida. Asimismo, las personas más religiosas y los que tienen ideología de centro y derechas están más mentalizadas sobre el final de vida.



Ahora vamos a analizar cómo lograr evolucionar a los ciudadanos a lo largo de las etapas para conseguir el objetivo de que se preparen mejor para el final de la vida.

Para ello, hemos realizado un análisis anova a los procesos de cambio y balanza de decisiones y hemos vinculado cada uno de ellos en las 5 etapas de cambio.

la última etapa de la vida pero que tenga en cuenta la muerte como parte de la vida.

### De la etapa 2 a la etapa 3.

En este cambio de etapa es importante sentir el apoyo del entorno más próximo. Plantearse el sentido de la última etapa de vida, muchas

veces generan un cambio en nuestra manera de pensar y enfocar el final de vida y la muerte desde la preparación y la planificación.

### De la etapa 3 a la etapa 4

La evolución de la etapa 3 a la 4 requiere enfatizar en los aspectos positivos que el cambio de comportamiento comporta. En este sentido, es importante poner en valor los beneficios de la preparación para esta etapa de la vida. Los ciudadanos realmente tomarán la decisión de prepararse para el final de vida, como por ejemplo otorgar alguno de los instrumentos legales de protección como testamento, poderes preventivos, o testamento vital si realmente ven los beneficios de dichas acciones: no ser una carga para la familia, tener tranquilidad y seguridad hasta el final, tener la libertad de decidir...

### De la etapa 4 a la etapa 5

En esta etapa es importante priorizar la preparación para la última etapa de vida frente a otras prioridades que hasta la fecha hayan actuado como barrera en el paso a la acción de los ciudadanos. En esta etapa es importante que los ciudadanos se protejan en esta última etapa otorgando los instrumentos de protección como testamento, poderes preventivos, o testamento vital, decidan cómo quieren ser cuidados en esta última etapa de la vida y cómo

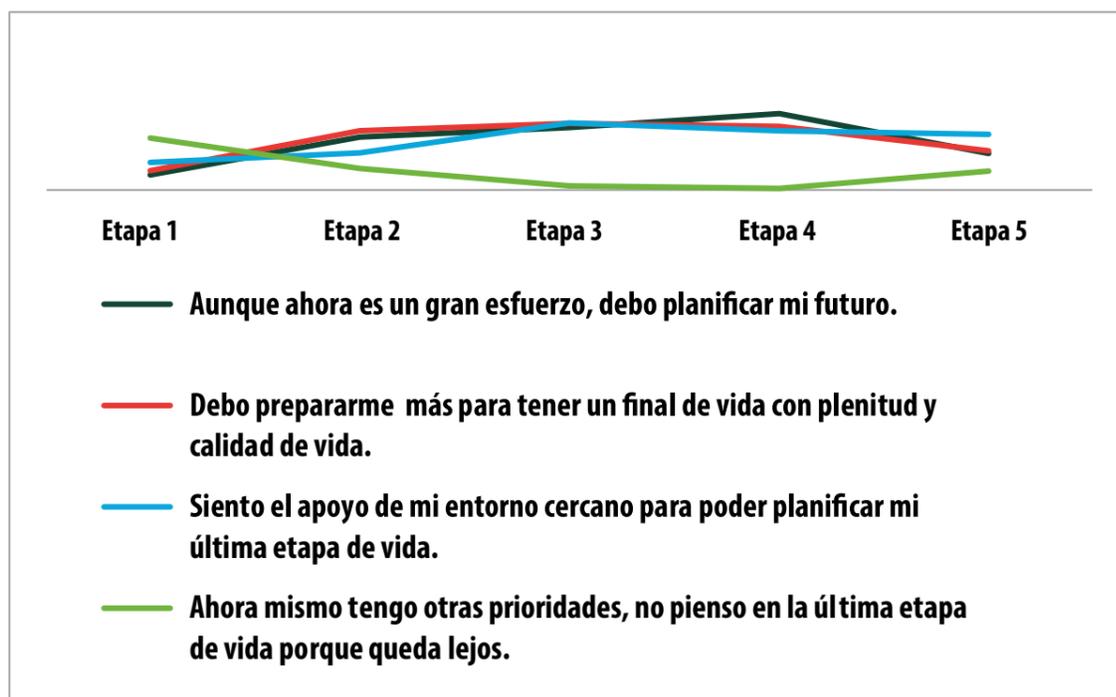
quieren despedirse cuando sea el momento y también se formen para afrontar mentalizados esta etapa de la vida y su finitud.

## 8.2. LAS RELACIONES ENTRE AHORRO A LARGO PLAZO, CUIDADO DE LA SALUD Y PREPARACIÓN PARA EL FINAL DE VIDA

Hemos analizado las correlaciones entre planificación del ahorro, cuidado de la salud y preparación para el final de vida, antes y durante el Covid-19.

En la investigación realizada antes del Covid-19 hemos comprobado la correlación positiva entre:

- La actitud frente al ahorro y el cuidado para la última etapa de la vida. Aquellos que dicen ahorrar también cuidan más su salud y a la inversa, los que no ahorran, tampoco se cuidan.
- El cuidado de la salud para la última etapa de la vida y la preparación para el final de vida. Aquellos que cuidan su salud dicen estar más preparados para el final de vida.



### De la etapa 1 a la etapa 2.

Para evolucionar de la etapa 1 a la etapa 2, se debe reforzar la idea de que a pesar del esfuerzo de prepararse, la planificación servirá para vivir un final de vida con mayor calidad y bienestar. Para ello, es clave la educación para fomentar una cultura a favor de la vida activa en

veces es el resultado de haber vivido la muerte de un familiar o amigo de cerca, también es importante la influencia de nuestros familiares, o amigos que comentan que se han apuntado a cursos de meditación o espiritualidad, o bien que durante un viaje han experimentado cómo otras culturas afrontan el final de vida.... Estos ejemplos cercanos, a

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson Sig. ,000		¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor su actitud sobre la última etapa de la vida?				
		Las consecuencias de envejecer no me preocupan	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor, pero no lo hago	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor y me estoy planteando hacer deporte, cuidar mi dieta	He tenido buenos hábitos de salud en el pasado y/o me cuidó cuanto puedo para tener buena calidad de vida en el futuro	Cuido mi salud desde hace más de 6 meses para tener calidad de vida en el futuro
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actitud hacia el ahorro para la jubilación?	No veo la necesidad de ahorrar	1,9	-1,4	-1,4	-1,7	1,3
	Debería ahorrar, pero no lo hago ni lo haré en un futuro	5,0	3,0	,6	-2,7	-2,3
	Debería ahorrar y me estoy planteando hacerlo	-1,3	,0	2,1	-1,3	-1,7
	He ahorrado en el pasado y/o ahorro cuando puedo	-1,7	,3	-1,3	2,2	-1,5
	Ahoro sistemáticamente, desde hace más de 6 meses	-1,7	-2,3	-1,7	,2	3,6

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson Sig. ,000		¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor su actitud ante el final de la vida?				
		El final de la vida no me preocupa	Debería prepararme mental y espiritualmente para el final de vida, pero no lo hago	Debería prepararme mental y espiritualmente para el final de vida y estoy planteando mejorar mi actitud y aceptación ante	Me estoy preparando para el final de vida	Estoy mentalizado sobre el final de vida y lo vivo con total aceptación.
¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor su actitud sobre la última etapa de la vida?	Las consecuencias de envejecer no me preocupan	5,4	-1,6	-1,9	-1,5	-2,0
	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor, pero no lo hago	,1	,5	-1,6	-1,5	,8
	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor y me estoy planteando hacer deporte, cuidar mi dieta	,6	,9	1,1	,2	-1,7
	He tenido buenos hábitos de salud en el pasado y/o me cuidó cuanto puedo para tener buena calidad de vida en el futuro	-1,8	,0	2,9	-1,2	-1,7
	Cuido mi salud desde hace más de 6 meses para tener calidad de vida en el futuro	-2,6	,0	-2,0	1,2	2,9

En la investigación realizada durante el Covid-19 hemos comprobado:

- La actitud frente al ahorro y su correlación con el cuidado de la salud para la última etapa de la vida. Aquellos que dicen ahorrar, también cuidan más su salud y a la inversa, los que no ahorran, tampoco se cuidan.

- La actitud frente al ahorro, correlaciona negativamente con la preparación para el final de vida. Aquellos que no ahorran son los que viven con mayor aceptación el final de vida, demostrando una actitud de conformismo ante la muerte y aquellos que más ahorran son los que menos preocupados están por el final de vida.

		En este momento ¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor su actitud ante el final de la vida?				
		El final de la vida no me preocupa	Debería prepararme mental y espiritualmente para el final de vida, pero no lo hago.	Debería prepararme mental y espiritualmente para el final de vida y estoy planteando mejorar mi actitud y aceptación ante	Me estoy preparando para el final de vida	Estoy mentalizado sobre el final de vida y lo vivo con total aceptación.
En este momento ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actitud hacia el ahorro para la jubilación?	No veo la necesidad de ahorrar.	0,0	-1,1	-1,2	0,2	1,3
	Debería ahorrar, pero no lo hago ni lo haré en un futuro.	-1,5	-0,3	-1,7	-0,4	2,6
	Debería ahorrar y me estoy planteando hacerlo.	-2,0	0,0	1,2	1,7	0,4
	He ahorrado en el pasado y/o ahorro cuando puedo.	0,1	1,8	-0,2	-1,3	-0,6
	Ahoro sistemáticamente, desde hace más de 6 meses.	2,5	-1,2	1,1	0,3	-2,1

		En este momento ¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor su actitud sobre la última etapa de la vida?				
		Las consecuencias de envejecer no me preocupan	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor, pero no lo hago.	Debería cuidar mi salud para tener calidad de vida cuando sea mayor y me estoy planteando hacer deporte, cuidar mi dieta	He tenido buenos hábitos de salud en el pasado y/o me cuidó cuanto puedo para tener buena calidad de vida en el futuro.	Cuido mi salud desde hace más de 6 meses para tener calidad de vida en el futuro
En este momento ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actitud hacia el ahorro para la jubilación?	No veo la necesidad de ahorrar.	3,3	-0,3	0,3	-1,3	-0,3
	Debería ahorrar, pero no lo hago ni lo haré en un futuro.	2,0	-0,2	1,9	-0,6	-1,7
	Debería ahorrar y me estoy planteando hacerlo.	-0,8	-0,6	0,6	1,5	-1,3
	He ahorrado en el pasado y/o ahorro cuando puedo.	-0,7	0,9	-1,0	1,1	-0,5
	Ahoro sistemáticamente, desde hace más de 6 meses.	-1,8	-0,3	-0,8	-1,3	2,9

De ambos análisis, antes y durante el Covid-19, podemos anticipar la importancia de la planificación y de los aspectos actitudinales en la conformación de comportamientos responsables de los ciudadanos. En este sentido, una planificación adecuada y unas actitudes responsables, conducen a comportamientos responsables y estos a su vez redu-

dan en un mayor bienestar y calidad de vida de las personas, tanto a nivel económico, como a nivel físico y emocional.

En este sentido, es importante tener en cuenta que la vida no es vivir sólo el momento, sino que se trata de tener una perspectiva a largo plazo de la misma. Los individuos

que tienen esta percepción de la vida, están en mejor situación para organizar sus decisiones económicas, personales y familiares. Sin embargo es complejo que se den estas circunstancias, teniendo en cuenta que la mayoría de los ciudadanos tomamos las decisiones mediatizadas por el corto plazo, sin tener una perspectiva de la evolución histórica del pasado y condicionados por los innumerables inputs que recibimos de nuestro entorno, que nos impiden parar, reflexionar y pensar en nuestro futuro. La última etapa de la vida queda muy lejos y nunca tenemos el momento para pensar en ella. Ante el autoengaño de que quedan muchos años para llegar a ella, no nos paramos a pensar lo suficiente en cuestiones clave como: ¿cómo nos gustaría que fuera esa etapa de nuestra vida?, ¿cómo nos gustaría encontrarnos física, psíquica y emocionalmente en esa etapa de la vida? y ¿qué decisiones tenemos que tomar de forma anticipada para que ese escenario deseado se cumpla?

Interpretando los resultados de las dos investigaciones podemos anticipar que las personas que ahorran para la jubilación, cuidan su salud y aceptan mejor el final de la vida, son personas que tienen una visión clara sobre su futuro, marcan objetivos y sobretodo, planifican sus decisiones y actúan en consecuencia para lograrlos.

La planificación de nuestro futuro es una herramienta clave para lograr objetivos de bienestar. Si ahorramos para el futuro, dispondremos de recursos para tener una vida activa, estar mejor cuidados cuando lo necesitemos y probablemente vivir más años con calidad de vida. Si cuidamos nuestra salud a años vista de nuestra jubilación, tendremos con probabilidad un mejor envejecimiento. Cuidarse a partir de los 40 puede tener consecuencias positivas a 30 años vista en nuestra salud y si encima disponemos de recursos económicos para mejorar nuestros cuidados cuando lo necesitemos seguramente tendremos mejor bienestar en la última etapa de vida. Si tenemos solventadas nuestras necesidades económicas para el futuro y nos preocupamos por tener una salud adecuada, dispondremos de mayor claridad para pensar y reflexionar sobre la última etapa de vida y cómo afrontar nuestra muerte, con mayor tranquilidad y sosiego.

Para lograr los objetivos en el futuro, además de planificar bien las decisiones, es determinante tener la actitud adecuada para lograrlos. Actitudes que se traduzcan, por tanto, en comportamientos alineados con dichos objetivos: ahorrar para el futuro, tener un estilo de vida saludable para tener una buena calidad de vida futura, o asumir que la muerte es parte de la vida y aceptar su finitud.

## 9 CONCLUSIONES

### 9.1 RESUMEN DEL ESTUDIO EN 10+1=11 CONCLUSIONES

1. Nuestro país y el resto de países occidentales se enfrentan a un tsunami demográfico. Estamos en un momento de cambio social donde hemos pasado en pocas décadas de una vejez corta, a una vejez prolongada que veremos sus límites dentro de pocos años, gracias a los progresos en el desciframiento de los mecanismos químicos y orgánicos, que permitirán actuar para prevenir nuestro deterioro fisiológico.
2. Mientras estos avances científicos se producen, la OMS ha acabado incluyendo el envejecimiento en la lista oficial de enfermedades. El envejecimiento es la causa troncal de la gran mayoría de enfermedades crónicas, pero sigue sin estar ni en la agenda sanitaria, ni en la agenda económica, ni en la agenda social. Sin un enfoque transversal del envejecimiento, va a ser complejo aprovechar las oportunidades que nos ofrece y dar respuesta a las necesidades que plantea.
3. No nos vamos a librar de la muerte, pero muchas de las enfermedades crónicas, probablemente serán cada vez más raras gracias a la genética, se podrán retrasar si los

ciudadanos somos conscientes de la importancia de adquirir unos buenos hábitos saludables en edades tempranas y su impacto será menor si somos capaces de planificar nuestras decisiones de futuro como individuos en el ámbito económico, social y emocional.

4. Hay que integrar la planificación del futuro a lo largo de toda la vida, no cuando se entra en la última etapa de la vida. Cuanto más vivimos, más rápido morimos y a veces la muerte sucede de manera repentina y sin haber planificado. Planificar el futuro es una estrategia clave para abordar con éxito el envejecimiento.
5. Esta planificación debe hacerse a nivel macro, reasignando los recursos de atención sanitaria de manera eficiente. No podemos esperar a los avances científicos para solucionar los retos que nos plantea el envejecimiento, porque como hemos visto durante la epidemia del Covid-19, disponemos de un sistema de salud público pensado para atender agudos y no personas con problemáticas crónicas. Esta planificación debe hacerse también a nivel micro, de cada ciudadano. En edades tempranas, adoptando hábitos de vida saludable que tendrán

un impacto positivo en la última etapa de vida. En edades avanzadas teniendo una vida activa que permita envejecer con calidad de vida, formando parte de la sociedad y realizando una contribución positiva.

6. Los cambios en el ámbito de la salud son necesarios también en el ámbito económico y financiero de las personas. Conviene mejorar la cultura del ahorro en los ciudadanos para que desde edades tempranas, coincidiendo con la entrada en el mercado laboral, las personas integren el hábito de ahorrar de forma recurrente y así dispongan de los recursos privados que juntamente con la pensión pública, les permitan disfrutar de la última etapa de la vida.

7. La educación para la salud, la educación financiera y la educación emocional sobre cómo envejecer es clave y debería formarse a los ciudadanos sobre ello. Porque tener una buena salud física, económica y emocional en la última etapa de vida es importante para el bienestar de cada individuo, pero sobre todo porque puede ahorrar muchos recursos al sistema de salud público, que se pueden dedicar a otros fines como la financiación de la dependencia.

8. La mejora de los mecanismos de planificación, pasa también por mejorar el conocimiento de los instrumentos de protección legal de la persona y su patrimonio. El conocimiento por parte de la sociedad de estos instrumentos, útiles y fáciles de suscribir y otorgar permite a los ciudadanos planificar sus decisiones libremente, por si es el caso de que en el futuro no pueden actuar con plenas facultades.

9. Si se fomenta la planificación de la etapa de final de vida, se pueden mitigar los principales miedos asociados a la última etapa de la vida y a la muerte: los efectos de la enfermedad y el deterioro físico en la última etapa de la vida., los efectos del aislamiento social y la soledad, la dependencia económica por falta de recursos y el miedo a la muerte o tener una “mala muerte”.

10. La buena muerte, no es solo cuestión de salud y de ausencia de dolor. Es necesario fomentar una mayor madurez social para que la muerte se acepte con naturalidad como parte de la vida y cambiar esa percepción todavía de tabú.

11. La gestión del reto del envejecimiento requiere del impulso y el fomento de estrategias de colaboración público-privada. Estas constituyen una oportu-

nidad para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de la prestación de los servicios de garantía pública. Para ello, es necesario que el sector público realice una asignación adecuada de capacidades, mejore la estabilidad y transparencia de los marcos reguladores actuales y de contratación pública.

## 9.2. UNA REFLEXION FINAL DE LOS AUTORES DEL ESTUDIO

Para evitar el término vejez utilizamos la expresión “última etapa de la vida” con una terminología que no es inocua. Implica que concebimos la vejez como la antesala de la muerte (la última etapa).

También nos referimos a la vejez como la tercera edad. Pero parece que la primera y la segunda edad no existen, o existen únicamente en el imaginario del profesor y escritor J.R.R. Tolkien.

Por otro lado, el término vejez forma parte de una concepción de la vida en la que se identifican distintas etapas: infancia, adolescencia, juventud, madurez... y vejez.

### El incremento de la longevidad afecta a todas las etapas de la vida, no sólo a la vejez

El alargamiento de la vida y la extensión de unas mejores condicio-

nes físicas y mentales a gran parte de la población y durante más años nos obliga a profundizar en la comprensión de las distintas etapas de la vida. No se trata de una cuestión académica, es una necesidad real para reorganizar las condiciones de vida en las múltiples dimensiones del ámbito familiar, laboral, social, y económico. Es un cambio demográfico estructural que consecuentemente exige cambios estructurales en la organización social.

La mayor longevidad no es una problemática que atañe exclusivamente a la vejez, sus efectos abarcan al conjunto de la vida y a cada una de sus etapas afectando riesgos y oportunidades específicas de cada edad.

Cada etapa de la vida (desde la infancia hasta la vejez) tiene vulnerabilidades y potencias específicas. Se entiende que no es lo mismo la vulnerabilidad de la juventud que la de la vejez, por citar situaciones extremas. Tampoco coincide la gestión personal y pública a desarrollar para minimizar las vulnerabilidades en cada grupo de edad y maximizar su aportación y valor social.

Pero el análisis, y las actuaciones consecuentes, tienen que ser de conjunto. La riqueza de una sociedad está en armonizar con criterios de complementariedad el bagaje de capacidades y limitaciones de las distintas generaciones sin estigmatizar ninguna.

No debemos preguntarnos únicamente “qué es la vejez” sin entender las especificidades y diferencias de todas las etapas de la vida. Las preguntas deberían hacerse sobre la vida de las personas como unidad compuesta por distintas etapas que se complementan entre sí. ¿Cuándo empieza cada etapa y cuando termina?. ¿Qué necesidades tienen (y tendrán en el futuro próximo) las personas en cada una de estas etapas y como cubrirlas desde el sector privado y el público?. ¿Qué puede aportar una persona a la sociedad en cada una de estas etapas?. ¿Cómo cambiar nuestro modelo social para que la vejez no sea una etapa pasiva?. ¿Cómo distribuimos nuestros recursos para que los ciudadanos puedan desarrollar su máximo potencial en cada etapa y sortear, en lo posible, sus debilidades?.

Y finalmente, aunque en realidad sea el principio y fundamento de todo lo demás: ¿Cómo transmitir a la sociedad la necesidad de un cambio cultural en la percepción de la edad y sus consecuencias?

### ¿Una sociedad envejecida?

Parece que seguimos definiendo nuestra sociedad con el adjetivo “envejecida” como peyorativo, cuando los incrementos espectaculares en productividad y esperanza de vida deberían orientarlos a calificativos positivos.

No podemos comparar las capacidades de una persona con 65 años en 1900, en el 2020 o en las previsiones de futuro de aquí a pocos años. Dicen los expertos que la esperanza de vida al nacer en la actualidad (datos de España) se sitúa en los 83,59 años, que ha aumentado en más de 40 años en un siglo, pero la barrera de los cien años apunta a un horizonte cercano.

Esta no es una sociedad envejecida; es una sociedad en la que las personas viven más años y viven más años con salud y calidad de vida. En pocas décadas la demografía ha cambiado mucho como consecuencia de los cambios disruptivos en sanidad e higiene entre otros factores de entorno. No se puede definir vejez y envejecimiento con criterios acuñados cuando la esperanza de vida era prácticamente la mitad de la actual. La pregunta es: ¿Nos hemos adaptado con solvencia a este cambio demográfico y a los fenómenos asociados a ese cambio?

A modo de ejemplo. ¿No sería conveniente modificar el actual

sistema de pensiones para que las prestaciones fueran progresivas al aumentar la edad y la probable aparición de discapacidades sobreenvenidas en la vejez?

### Una gestión pública y privada deficiente en dependencia.

Los resultados de nuestra investigación, el testimonio de los expertos consultados, y la lectura de la bibliografía disponible, nos lleva a afirmar que la vejez es una etapa de la vida que, en nuestro entorno y actualidad, tiene una gestión social deficiente. Lo es en primer lugar porque es una problemática que no se encara de frente, tiende a relegarse y no suscita un debate público constructivo. Y un problema que no se plantea, o se plantea mal, no puede resolverse. El diagnóstico compartido de las vulnerabilidades y potencial oculto de las personas mayores está por hacer.

En segundo lugar, cuando se plantea, se hace exclusivamente desde la perspectiva de la vulnerabilidad o dependencia de las personas mayores y de los recursos que deben dedicarse a paliar los efectos de esta vulnerabilidad. En un enfoque que choca con otras problemáticas sociales demandantes de recursos.

Esta competencia entre distintas problemáticas suele generar, y de hecho ha generado, prejuicios, falta de transparencia y equidad en opiniones y actuaciones públicas y privadas.

Queda como ejemplo vergonzoso la deficiente gestión de muchas residencias de ancianos y la escasa respuesta política y social al conocerse públicamente esas deficiencias.

Tampoco se observan procesos orientados a maximizar y canalizar el potencial que tienen las personas mayores. El tópico sobre el valor de la experiencia queda en tópico y no encuentra una implementación que genere riqueza social y económica.

La brecha entre lo que los mayores podrían aportar, y no aportan, se incrementa año tras año “gracias” al alargamiento de la vida. Es un potencial disponible, en crecimiento y desaprovechado.

Una persona mayor no es un centro de coste en sanidad y pensiones. Tampoco un ser pasivo que espera la muerte (“ahora toca descansar y disfrutar”). Aunque sus capacidades físicas y mentales pueden disminuir con la edad, una persona mayor puede aportar valor de la misma forma que personas con determinadas discapacidades lo hacen cotidianamente en nuestra sociedad.

Si antaño la última etapa de la vida podía empezar a los 30 años, pronto tendremos que considerar que se inicia cerca de los 80. Las proyecciones demográficas sobre mortalidad y estado de salud de la población apuntan en esta dirección, pero no es esa la percepción de los gestores públicos ni de la población en su conjunto. La mayoría prefieren ignorarlo o carecen de la motivación necesaria para impulsar un cambio de mentalidad y nuevos comportamientos sociales.

### **A la espera de liderazgos que permitan movilizar recursos**

Las reformas son urgentes. Se requiere activar liderazgos (de los que carecemos) y energías (que dedicamos a otras cuestiones) para consensuar e implementar cambios sociales acordes con el alargamiento de la vida y sus consecuencias. De momento parece que el debate se limita a discutir el alcance del incremento (o no) de las pensiones y poca cosa más. Las reformas en profundidad ni se vislumbran, ni se desean.

## **10 RECOMENDACIONES**

El presente estudio trata de una primera aproximación a la relación transversal existente entre la disponibilidad de recursos, la salud y calidad de vida y la preparación para la última etapa de vida. A través de los resultados de la investigación, pretendemos facilitar la reflexión para impulsar la actuación desde la administración, las empresas, las organizaciones y los ciudadanos para dar respuesta a los retos que nos enfrentamos a nivel individual y a nivel de toda la sociedad, en relación al envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida en nuestro país.

A continuación presentamos, a partir de los resultados del trabajo de campo, de las reflexiones de los expertos y las conclusiones extraídas, una serie de recomendaciones en cada una de las áreas analizadas.

### **En el ámbito del ahorro a largo plazo:**

- Es recomendable iniciar un proceso de debate y reflexión en profundidad que permita a los ciudadanos y a las instituciones tomar conciencia sobre la necesidad de llevar a cabo una reforma estructural del sistema de pensiones que fortalezca su contribución al bienestar de los

ciudadanos, en especial de las personas mayores, mantenga su función solidaria y permita su viabilidad financiera a largo plazo.

- Debe fomentarse el ahorro privado de los ciudadanos a largo plazo con el fin de complementar la pensión pública, en línea como se ha realizado en otros países de nuestro entorno como Reino Unido y Suecia.
- Deben evitarse los mensajes partidistas y contradictorios y mejorarse la información que recibe el ciudadano respecto al sistema de pensiones y las cuantías probables que recibirán los trabajadores en función de las aportaciones realizadas durante su vida laboral.
- Respecto a las entidades financieras y aseguradoras es importante que se impliquen en la labor de educar, concienciar y sobretodo asesorar a sus clientes sobre la importancia de planificar el futuro. Para ello, deben dejar de lado orientaciones basadas en la venta de producto y enfocar las estrategias hacia el asesoramiento a los ciudadanos en función de sus necesidades.



- En el ámbito de los ciudadanos, hay que asumir una mayor responsabilidad individual y un cambio de actitud y comportamiento hacia la planificación futura y el ahorro finalista. Hay que aumentar la formación para elevar el nivel de cultura financiera de tal forma que los ciudadanos comprendan la necesidad de empezar a ahorrar cuanto antes, de forma constante y sistemática.

#### En el ámbito de la salud:

- Hay que actuar más sobre la prevención como estrategia para mejorar la calidad de vida, el bienestar futuro y lograr un envejecimiento activo y saludable. Fomentar hábitos de alimentación y de salud en el conjunto de la población, además del bienestar que genera, impacta positivamente en la reasignación de recursos públicos, porque las personas envejecen mejor y viven más tiempo sin enfermedades.
- Asimismo, debe plantearse la reconversión de la atención sanitaria y social, a través de una reorganización hospitalaria y de la media y larga estancia y de una mejora en la colaboración y el soporte de la atención primaria de la salud, racionalizando de esta forma el uso de los diferen-

tes recursos y niveles asistenciales, lo que además de evitar duplicidades en el sistema, supondrá un ahorro en el gasto público. Se debe pasar a un modelo de prestar en cada momento la atención que precisa la persona en el dispositivo socio-sanitario.

- Desde el ámbito público y privado, juntos en colaboración, hay que potenciar los mecanismos y los recursos de investigación sobre la problemática del envejecimiento.
- Desde el punto de vista de la industria, cabe destacar la necesidad de seguir con la innovación de productos funcionales para cuidar la salud de las personas para el futuro.
- También se recomienda a la industria una mayor focalización en la atención integral al paciente, en detrimento de la enfermedad. La persona es el centro y no la enfermedad. En este sentido, hay que potenciar la atención geriátrica desde una visión general del envejecimiento y no tanto desde cada especialidad sanitaria. Los mecanismos de prevención han de estar más equilibrados con los de atención y cura.
- En cuanto al ciudadano, hay que potenciar una cultura que promueva los hábitos salu-

dables y la vida activa, sobre todo en la última etapa de vida. Asimismo, debe concienciarse para que realice un uso más responsable de los servicios sanitarios

#### En el ámbito de la preparación para el final de vida:

- Se deberían potenciar las políticas que promuevan la relación social e intergeneracional, la vida activa y la inclusión de las personas mayores en la sociedad con respeto y consideración. También hay que empoderar a las personas mayores para la toma de decisiones, sobre todo ante situaciones futuras en las que su autonomía pueda verse limitada, o su libertad de actuación se limite.
- En esta línea, hay que potenciar una mayor cultura a favor de la protección legal de las personas y de su patrimonio a través de promover el conocimiento y uso de los instrumentos existentes: testamento, voluntades anticipadas y poderes preventivos.
- En el ámbito social hay que potenciar programas sociales para mejorar el acompañamiento de las personas mayores que eviten su aislamiento y les mantengan conectados con su entorno y con la sociedad.

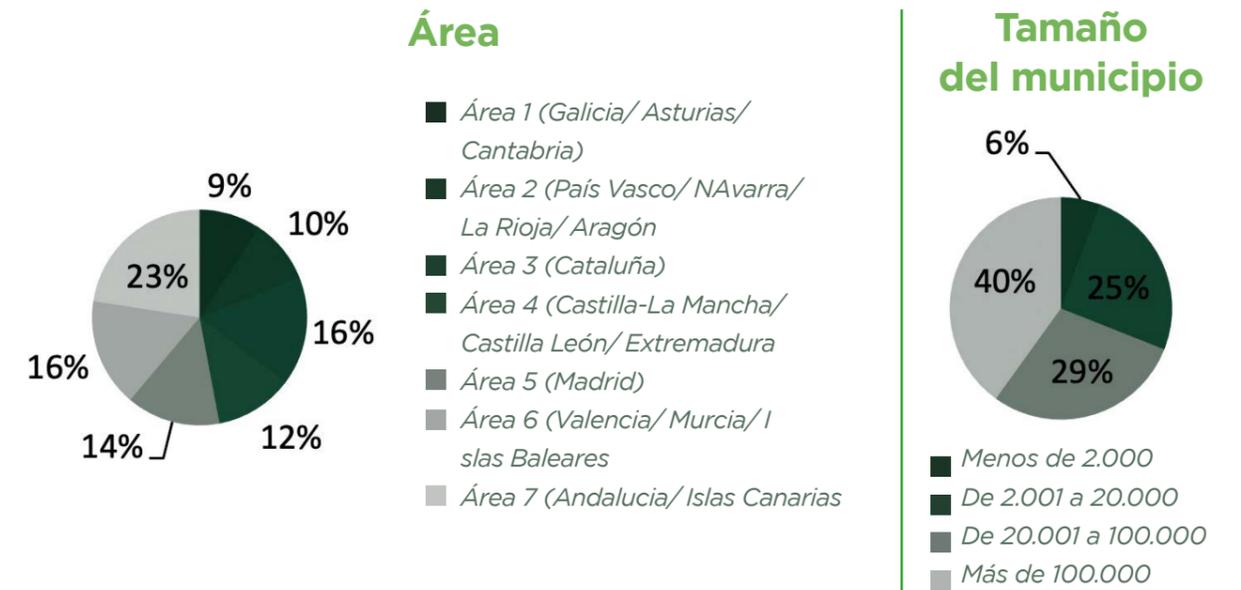
- Hay que potenciar programas que ayuden a las personas a preparar la última etapa de vida y afrontar la muerte como parte de la vida. En este sentido, es recomendable potenciar iniciativas para una mayor espiritualidad de los ciudadanos que potencien la voluntad plena de vivir.
- Hay que mejorar en el ámbito de las propuestas para promover una buena muerte. En este sentido, no sólo es importante elevar el nivel espiritual de nuestra población, sino también mejorar la formación de los profesionales de la salud para capacitarlos en la necesidad de mejorar la comunicación con los pacientes y familiares y también en la comprensión de las circunstancias personales de los pacientes y de su entorno familiar para facilitar un mejor acompañamiento en el momento de morir.
- Por último, hay que potenciar los mecanismos de atención paliativa, dado que el problema de la última etapa de vida, en los casos de personas con enfermedades crónicas de larga duración no sólo se soluciona con una ley como la aprobada recientemente.

## 11 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

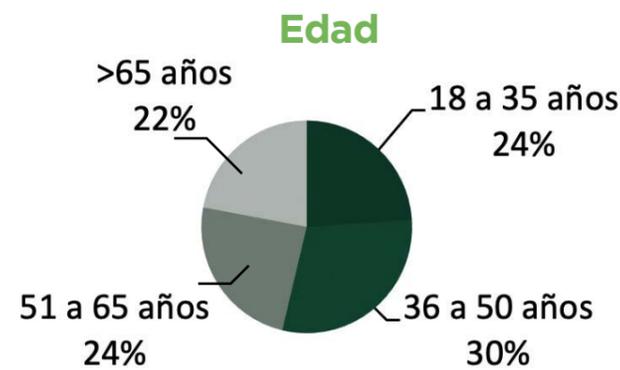
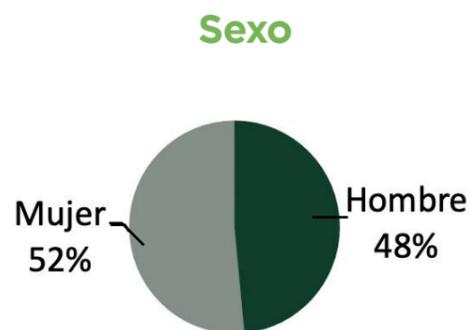
### 1ª Oleada del trabajo de campo.

- **Universo:** Mayores de edad.
- **Muestra:** 904 encuestas telefónicas.

- **Tipo muestra:** Estratificada con cuotas proporcionales de edad y sexo y de área geográfica y tamaño del municipio.
- **Calendario** trabajo de campo: Diciembre 2019 – Enero 2020
- **Ámbito:** España.
- **Error muestral:**  $\pm 3,27$  con un nivel de confianza de 95%

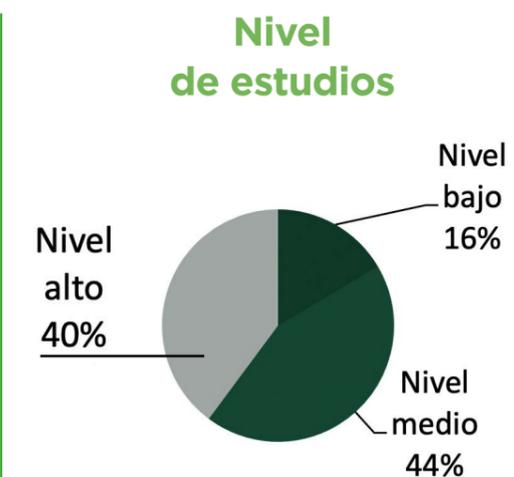
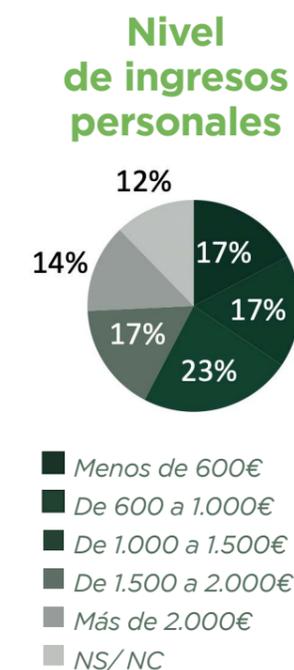


- Área y tamaño del municipio son variables de clasificación.
- Se ha procurado una distribución geográfica por el territorio y en municipios de distinto tamaño.



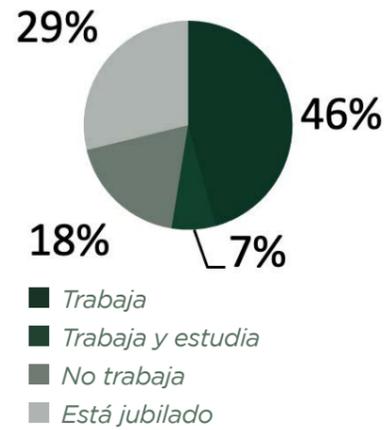
- Sexo y edad son variables de clasificación.

- La muestra se distribuye a partes iguales, aproximadamente, entre sexo y edad de los encuestados.

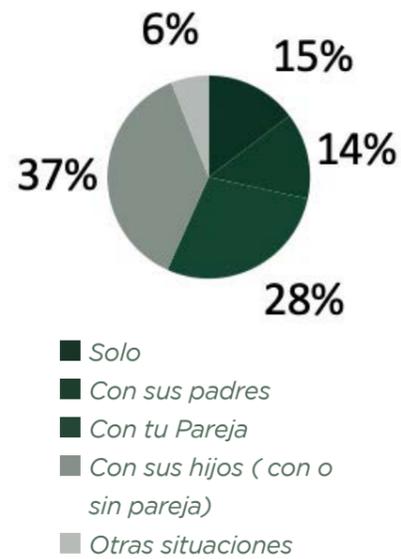


- También existe variabilidad en los ingresos personales y del hogar.
- Encontramos distribución de estudios, siendo los estudios medios y altos los más frecuentes en la muestra.

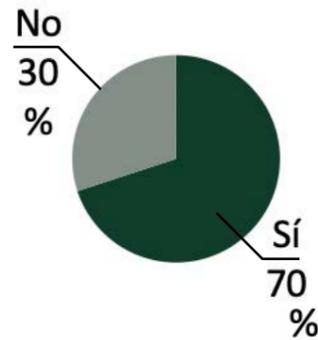
### Situación laboral



### Vive con...

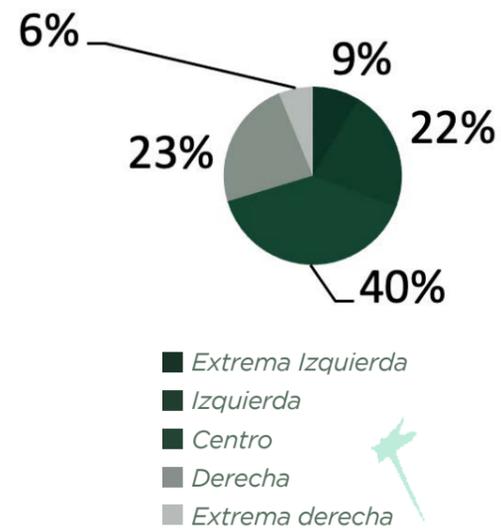


### Hijos

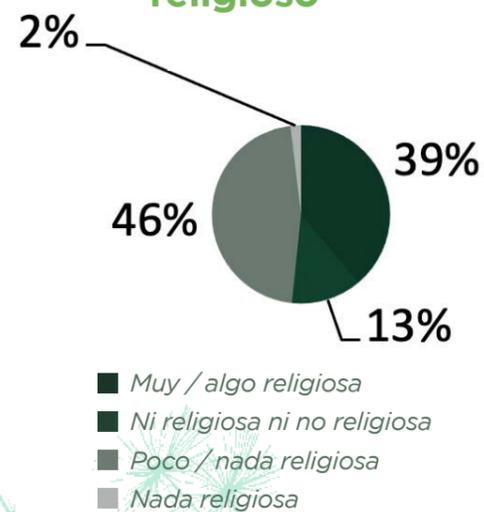


- La mayor parte de los encuestados se encuentra trabajando,
- Viven en familia, y la mayoría tiene hijos.

### Posicionamiento ideológico



### Posicionamiento religioso



- El posicionamiento ideológico está distribuido, habiendo mayor presencia en el centro.
- El posicionamiento religioso está también esta distribuido entre creyentes y no creyentes.

### 2ª Oleada del trabajo de campo.

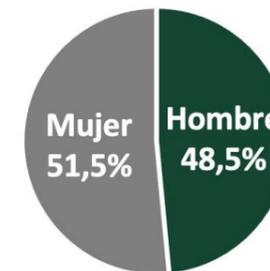
- **Universo:** Mayores de edad.
- **Muestra:** 412 encuestas telefónica.
- **Tipo muestra:** Estratificada con cuotas proporcionales de edad y sexo y de área geográfica y tamaño del municipio.

- **Calendario trabajo de campo:** Junio-Julio 2020.

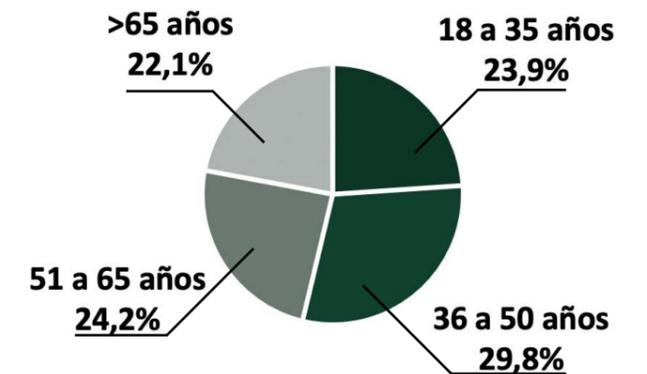
- **Ámbito:** España.

- **Error muestral:** ± 4,83 con un nivel de confianza de 95%

### Sexo

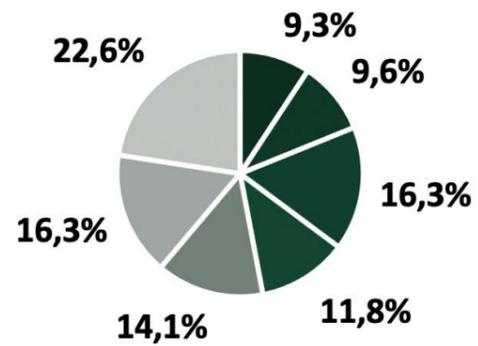


### Edad



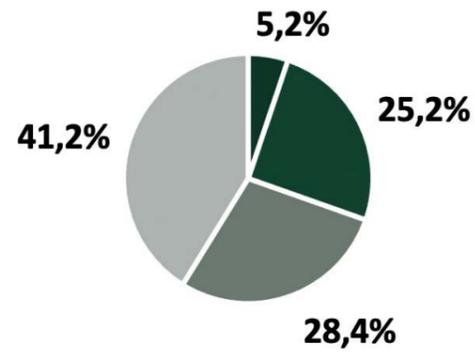
- Sexo y edad son variables de clasificación.
- La muestra se distribuye a partes iguales, aproximadamente, entre sexo y edad de los encuestados de acuerdo población española.

### Área



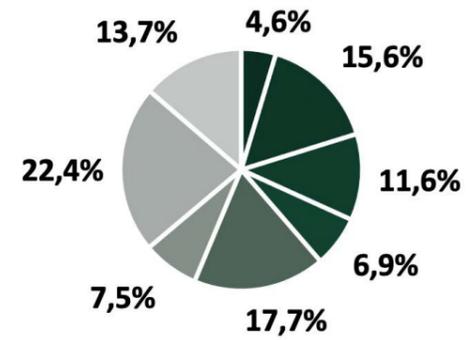
- Área 1 (Galicia/ Asturias/ Cantabria)
- Área 2 (País Vasco/ Navarra/ La Rioja/ Aragón)
- Área 3 (Cataluña)
- Área 4 Castilla-La Mancha/ Castilla León/ Extremadura
- Área 5 (Madrid)
- Área 6 (Valencia/ Murcia/ Islas Baleares)
- Área 7 (Andalucía/ Islas Canarias)

### Tamaño del municipio



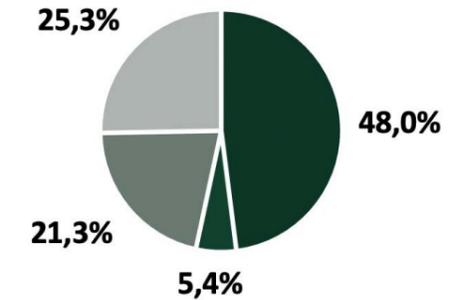
- Menos de 2.000
- De 2.001 a 20.000
- De 20.001 a 100.000
- "Más de 100.000"

### Estudios



- Sin finalizar estudios primarios
- Primaria
- Secundaria
- FP y Ciclo formativo
- Bachillerato
- Titulado grado medio
- Titulado grado superior
- Doctorado

### Situación Laboral

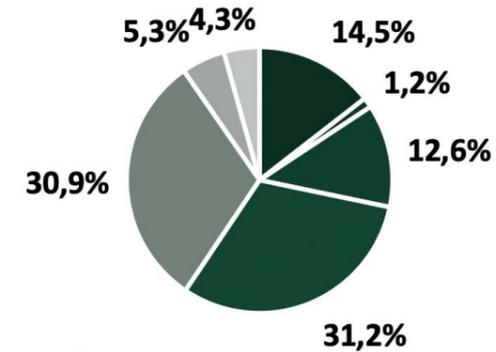


- Trabaja
- Trabaja y estudia
- No trabaja
- Está jubilado

• Se han tenido en cuenta también los estudios y la situación laboral.

- Área y tamaño del municipio son variables de clasificación.
- Se ha procurado una distribución geográfica por el territorio y en municipios de distinto tamaño.

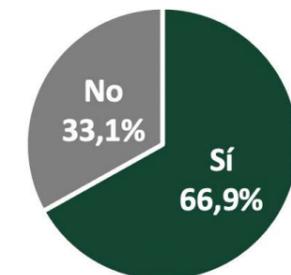
### Convivencia



- Sólo
- Con amigos / piso compartido
- Con sus padres
- Con su pareja
- Con pareja e hijos
- Solo con sus hijos
- Otras situaciones

• Así como la convivencia y si tienen hijos.

### Hijos



LA PLANIFICACION DE LA ULTIMA ETAPA DE LA VIDA:

**CLAVES PARA AFRONTAR  
EL ENVEJECIMIENTO Y EL AUMENTO  
DE LA ESPERANZA DE VIDA**

Autores: **Manuel Alfaro & Ismael Vallés**



