



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



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

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

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

Autoría científica (1):

Vicente Rodríguez-Rodríguez

Fermina Rojo-Pérez

Gloria Fernández-Mayoralas

Carmen Pérez de Arenaza Escribano

Apoyo técnico:

André Sören Romero Borrego

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

Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD),

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

EDITA

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Secretaría de Estado de Derechos Sociales

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

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

☎ 91 703 39 35

publicaciones@imserso.es

<https://www.imserso.es>

Diseño: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

NIPO: 235-24-013-6

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Contenido

1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
2. LA BASE DOCUMENTAL	11
2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	11
2.2. CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS EN EL CONTEXTO DE LA CARACTERIZACIÓN DE AMIGABILIDAD DE LOS ENTORNOS: EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN.....	17
2.2.1. Exclusión de diagnósticos.....	17
2.2.2. Exclusión de Planes	17
2.2.3. Sobre los documentos tipo evaluación	18
2.2.4. Motivos de inclusión	18
3. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	20
3.1. LA TOMA DE INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO: PROCESO Y RASGOS.....	20
3.2. LAS PERSONAS INFORMANTES EN LOS GRUPOS FOCALES.....	22
4. LA SITUACIÓN MUNICIPAL: EL PUNTO DE PARTIDA PARA LOS DIAGNÓSTICOS	24
5. ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN SELECCIONADA A ESTUDIO	28
5.1. LA ESTRATEGIA DE CODIFICACIÓN.....	28
5.2. CODIFICACIÓN DE CONTENIDOS.....	31
5.2.1. Diagnósticos	35
5.2.2. Planes de actuación.....	35
5.2.3. Evaluaciones.....	36
5.2.4. Naturaleza de los documentos en el proceso analítico de carácter cualitativo	40
5.3. EL ANÁLISIS DE CONTENIDO	40
6. LAS ÁREAS DE AMIGABILIDAD: NECESIDADES, MEJORAS Y ACTUACIONES.....	41
6.1. LA RELACIÓN ENTRE LAS PROPUESTAS DE MEJORA EN LOS DIAGNÓSTICOS Y LAS ACTUACIONES DE LOS PLANES: ANÁLISIS CUANTITATIVO	44
6.2. ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS DIAGNÓSTICOS Y LAS ACTUACIONES DE LOS PLANES DIFERENCIANDO POR LAS OCHO ÁREAS DE AMIGABILIDAD	46
6.2.1. Área 1: Espacios al aire libre y edificios.....	46
6.2.2. Área 2: Transporte.....	51
6.2.3. Área 3: Vivienda	55
6.2.4. Área 4: Participación social	59
6.2.5. Área 5: Respeto e inclusión social	62
6.2.6. Área 6: Participación cívica y empleo.....	67
6.2.7. Área 7: Comunicación e información	71
6.2.8. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud.....	74

6.3. LA DETECCIÓN DE OTRAS DIMENSIONES TRANSVERSALES Y EMERGENTES EN DIAGNÓSTICOS Y PLANES: LA SOLEDAD NO DESEADA, EL EDADISMO Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	78
6.3.1. La soledad no deseada	78
6.3.2. El edadismo	82
6.3.3. La perspectiva de género	85
6.4. APROXIMACIÓN ANALÍTICA AL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS DIAGNÓSTICOS Y LOS PLANES	89
6.4.1. Afectación de COVID-19 en los diagnósticos.....	89
6.4.2. Impacto de la COVID-19 en los planes de acción	89
7. EVALUACIONES DE LAS ACTUACIONES PROPUESTAS EN LOS PLANES.....	91
8. RESPUESTA A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	94
8.1. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES DEMANDAS Y PROPUESTAS QUE HACEN LAS PERSONAS MAYORES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SUS MUNICIPIOS?	94
8.2. ¿CUÁL ES LA UTILIDAD QUE TIENEN LOS DIAGNÓSTICOS PARA LA TOMA DE DECISIONES POLÍTICAS QUE SE REFLEJA EN LOS PLANES DE ACCIÓN?	96
8.3. ¿CÓMO SE REFLEJAN EN ESTE PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y DISEÑO DE POLÍTICAS LOCALES DIMENSIONES CRUCIALES DE LA DIVERSIDAD POBLACIONAL COMO EL GÉNERO, LA EDAD O LA RURALIDAD O EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS?	97
8.4. ¿CÓMO APOYA EL PROTOCOLO DE VANCOUVER LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCESO Y CÓMO PUEDE MEJORARSE EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y PLANES?	98
8.5. ¿QUÉ FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS SE IDENTIFICAN EN BASE A LA SITUACIÓN ACTUAL Y LAS PREVISIONES FUTURAS Y QUÉ PLANTEAMIENTOS GENERALES SE PROPONEN?.....	100
8.5.1. Fortalezas (favorecedoras, internas/consustanciales con el proceso de elaboración de los documentos)	100
8.5.2. Debilidades (circunstancias limitantes, internas/consustanciales con el proceso de elaboración de los documentos)	101
8.5.3. Oportunidades (factores externos que favorecen)	102
8.5.4. Amenazas (factores externos que condicionan negativamente)	103
8.6. ¿CUÁL ES EL VALOR AÑADIDO DEL IMSERSO EN ESTE PROCESO Y QUÉ ACCIONES PODRÍAN LLEVARSE A CABO PARA IMPULSAR MEJORES POLÍTICAS LOCALES DESDE LA COORDINACIÓN DE LA RED DE CIUDADES Y COMUNIDADES AMIGABLES?	103

Índice de tablas

Tabla 2.1. Relación de documentos revisados según tipología y ámbito geográfico.	12
Tabla 2.2. Número de documentos revisados por tipología y tamaño municipal	16
Tabla 2.3. Distribución geográfica según tipo de documento seleccionado y excluido (diagnóstico, plan, evaluación)	19
Tabla 4.1. Cumplimiento de la información aportada por las ciudades/municipios del documento de adaptación al contexto español del PV	25
Tabla 4.2. Conceptualización del diagnóstico y perspectivas transversales	28
Tabla 5.1. Códigos analíticos de las áreas de amigabilidad y su frecuencia de uso	29
Tabla 5.2. Contenido de los códigos en las 8 áreas de amigabilidad	32
Tabla 5.3. Contenido de los códigos en los fenómenos sociales no incluidos en las áreas de amigabilidad	34
Tabla 6.1. Áreas de amigabilidad del Protocolo de Vancouver y variantes terminológicas utilizadas en los estudios analizados	43
Tabla 6.2. Comparación de citas entre las propuestas de mejora de los diagnósticos y las actuaciones de los planes, según áreas de amigabilidad	44
Tabla 6.3. Comparación de las diferencias en número de citas entre las propuestas de mejora de los diagnósticos y las actuaciones de los planes, según tamaño municipal	45
Tabla 6.4. Número de citas de propuestas de mejora en los diagnósticos según fecha de publicación pre o post pandemia	90
Tabla 6.5. Número de citas de actuaciones en los planes según fecha de publicación pre o post pandemia	90
Tabla 7.1. Distribución de citas según las áreas de amigabilidad en los documentos de evaluación ..	92
Tabla 7.2. Valoración de las actuaciones de los documentos de evaluación	92

Índice de figuras

Figura 1.1. La red AFCC en España	10
Figura 5.1. Ejemplo de codificación de los diagnósticos	37
Figura 5.2. Ejemplo de codificación de los planes de actuación	38
Figura 5.3. Ejemplo de codificación de las evaluaciones	39
Figura 6.1. Área 1: Espacios al aire libre y edificios: mejoras propuestas en los diagnósticos	46
Figura 6.2. Área 1: Espacios al aire libre y edificios: actuaciones desarrolladas en los planes de acción	49
Figura 6.3. Área 2: Transporte: mejoras propuestas en los diagnósticos	51
Figura 6.4. Área 2: Transporte: actuaciones desarrolladas los planes de acción	54
Figura 6.5. Área 3: Vivienda: mejoras propuestas en los diagnósticos	55
Figura 6.6. Área 3: Vivienda: actuaciones desarrolladas en los planes de acción	58
Figura 6.7. Área 4: Participación social: mejoras propuestas en los diagnósticos	59
Figura 6.8. Área 4: Participación social: actuaciones desarrolladas en los planes de acción	61
Figura 6.9. Área 5: Respeto e inclusión social: mejoras propuestas en los diagnósticos	63
Figura 6.10. Área 5: Respeto e inclusión social: actuaciones desarrolladas en los planes de acción ...	65
Figura 6.11. Área 6: Participación cívica y empleo: mejoras propuestas en los diagnósticos	68
Figura 6.12. Área 6: Participación cívica y empleo: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción ..	70
Figura 6.13. Área 7: Comunicación e Información: mejoras propuestas en el Diagnóstico	72
Figura 6.14. Área 7: Comunicación e Información: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción...	73
Figura 6.15. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud: mejoras propuestas en el Diagnóstico	75
Figura 6.16. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción.....	76
Figura 6.17. Soledad no deseada: debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos	79
Figura 6.18. Soledad no deseada: actuaciones desarrolladas en los planes.....	81
Figura 6.19. Edadismo: debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos	83
Figura 6.20. Edadismo: actuaciones desarrolladas en los planes	84
Figura 6.21. Género. Debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos	86
Figura 6.22. Género: actuaciones desarrolladas en los planes	87
Figura 7.1. Valoraciones alta y nula/no realizada por área de amigabilidad	93

1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Junto con otras dimensiones de la Calidad de Vida, el medioambiente residencial y el social ocupan un lugar relevante durante la vejez, de modo que han sido tenidos en consideración en los sucesivos paradigmas de envejecimiento abordados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en el del Envejecimiento Activo (EA) para mejorar la calidad de vida¹. Los componentes de EA están integrados en el proyecto Global Age-Friendly Cities y bajo la concepción seminal “en una ciudad amigable con las personas mayores, las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas”², y ello basado en un enfoque participativo de las personas mayores en cuanto a la expresión de sus necesidades como base para el diseño y puesta en funcionamiento de políticas públicas.

El año 2010 vio la creación de la Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores (GNAFCC, acrónimo de Global Network for Age-Friendly Cities and Communities), con la misión de implementar localidades amigables con la edad en todo el mundo, tanto urbanas como rurales. Recientemente, la OMS ha orientado su perspectiva hacia el envejecimiento saludable en la declaración de la Década del Envejecimiento Saludable³ (WHO, 2020), paradigma bajo el que el medioambiente tiene un rol fundamental para mantener la habilidad funcional y facilitar la atención sociosanitaria que requieren los mayores.

Desarrollar comunidades amigables es uno de los objetivos estratégicos de WHO’s Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health⁴, por cuanto una comunidad amigable impulsa el envejecimiento saludable mejorando no sólo la vida de las personas mayores sino también de sus familias y comunidades⁵. En este sentido, una de las metas de esta estrategia se centra en avanzar en la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento saludable, incluidas la identificación de los atributos de entornos propicios para las personas mayores y de las intervenciones que funcionan para

¹ Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (Eds.). (2021). *Envejecimiento Activo, Calidad de Vida y Género. Las miradas académica, institucional y social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

— Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). (2021). *Handbook of Active Ageing and Quality of Later Life. From Concepts to Applications*. Cham: Springer, series International Handbooks of Quality of Life.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5>

— WHO- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

— ILC-BR- International Longevity Centre Brazil. (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil. <https://ilcbrazil.org.br/wp-content/uploads/2020/07/FINAL-executive-summary-04-v1.1.pdf>

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

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

³ WHO- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

⁴ WHO- World Health Organization. (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. WHO: Geneva. <http://www.who.int/ageing/global-strategy>

⁵ WHO- World Health Organization. (2023). *National Programmes for Age-friendly Cities and Communities A Guide*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/366634>

crear estos entornos⁶. La metodología para esta medición y monitorización del progreso de las intervenciones se recogen en el Protocolo de Vancouver (en adelante, PV)⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo encargado de impulsar y coordinar la GNAFCC en el mundo. En España esta labor la afronta el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), mediante acuerdo de colaboración con la OMS (firmado en 2011 y renovado en abril de 2022), y con el asesoramiento del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (Ceapat) del Imserso en materia de accesibilidad universal. La tarea del Imserso⁸ es difundir, impulsar, asesorar y formar a los ayuntamientos para su adhesión a la red. Asimismo, facilita el intercambio de conocimiento y aprendizaje.

En este punto, el Imserso está interesado en ahondar en la información generada por los 232 municipios adheridos a la red, y disponible en la web [Age-friendly World](https://www.who.int/agefriendlyworld). El objetivo prioritario es profundizar en el conocimiento de las necesidades y demandas de las personas mayores para desarrollar e implementar procesos de mejora de la amigabilidad de los municipios, progresar en la calidad de vida de los mayores y fomentar un envejecimiento saludable.

A fin de afrontar esta propuesta, el Imserso, a través de la Unidad de Coordinación de Estudios y Apoyo Técnico, convocó un contrato de asistencia técnica para realizar un análisis de los diagnósticos y planes de acción de los municipios adheridos a la red en España.

Este informe responde a la prestación de asistencia técnica solicitada por el Imserso al Grupo de Investigación sobre Envejecimiento (GIE-CSIC), del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, para realizar un estudio de la documentación enviada por los ayuntamientos españoles adheridos a la GNAFCC. El trabajo recoge las necesidades de conocimiento expresadas por el Imserso en el documento términos de referencia.

El informe se organiza alrededor de varios capítulos. El primero sintetiza el contexto y presentación del estudio. Seguidamente, hay un conjunto de capítulos relativos a la base documental (capítulos 2, 3, y 4). Como no se trata de bases de datos primarias ni secundarias, estos capítulos responden a la necesidad de evaluar la calidad de los documentos disponibles (en su tipología de diagnósticos, planes y evaluaciones). Con ello se pretende determinar la utilidad de su contenido para afrontar los objetivos del estudio. Se ha explorado de forma exhaustiva y en profundidad el contenido y la calidad de los documentos (capítulo 2), tarea que ha derivado en la decisión de incluir sólo aquéllos que responden

⁶ Sánchez-González, D., Rojo-Pérez, F., Rodríguez-Rodríguez, V., & Fernández-Mayoralas, G. (2020). *Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8305. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228305>

— OMS- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Revisar el último decenio y mirar con optimismo hacia el siguiente*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278981/WHO-FWC-ALC-18.4-spa.pdf?ua=1>

⁷ WHO- World Health Organization. (2007). *WHO Age-Friendly Cities Project Methodology. Vancouver Protocol*. Geneva: World Health Organization. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-age-friendly-cities-project-methodology-the-vancouver-protocol/>

— IMSERSO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, & Grupo de Expertos del Proyecto Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. (2015). *Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto español*. https://ciudadesamigables.IMSERSO.es/documents/20123/1006342/camig_vancouver2016.pdf

⁸ Mas información en: <https://sede.IMSERSO.gob.es/web/ciudades-amigables/ciudades-amigables/quien-red-ciudades-comunidades-amigables-personas-mayores>

y pueden ser de utilidad en el estudio. El capítulo 3 es de extraordinaria relevancia en el apoyo a la calidad documental, porque ahonda a la vez que sintetiza acerca de la revisión de la metodología seguida por los documentos acuerdo con el PV. Esto sirve también de apoyo en la determinación sobre la inclusión-exclusión de los documentos en el estudio relativo al conocimiento de las necesidades y demandas de las personas mayores respecto de la amigabilidad de su entorno. Este grupo de capítulos concluye con el estudio de la situación geo-sociodemográfica de los municipios, como punto de partida para el abordaje de los diagnósticos (capítulo 4).

Los capítulos restantes responden al desarrollo y afrontamiento de los objetivos del estudio propiamente dichos. Así, el capítulo 5 expresa las estrategias seguidas para el análisis de la documentación en lo concerniente a las necesidades de mejora establecidas en los diagnósticos, a las actuaciones para su afrontamiento estipuladas en los planes de acción y a la evaluación de la implementación de las actuaciones. Es preciso llamar la atención al respecto de que no debe confundirse este capítulo con el relativo al proceso de toma de información seguido por cada ayuntamiento, y que ha sido estudiado en un capítulo precedente (el 3).

El análisis cuantitativo y de contenido de las ocho áreas de amigabilidad de los entornos es presentado en los capítulos 6 y 7. Es preciso resaltar que también han sido estudiadas otras áreas de tipo transversal como son el enfoque de género, el edadismo y la soledad no deseada, áreas de gran relevancia social para afrontar la igualdad y la inclusión de todas las personas mayores. Algunas de estas áreas ya estaban previstas en la guía inicial seminal, como el género, mientras que el edadismo y la soledad fueron consideradas como subdominios de otras áreas troncales⁹.

Una síntesis del estudio se presenta en el capítulo final. Su planteamiento sigue y da respuesta, de forma resumida, a las preguntas de investigación diseñadas por el Imsero en los términos de referencia, y al análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que favorecen, en unos casos, y limitan, en otros, el procedimiento analítico y los resultados para el diseño e implementación de medidas de acción.

Antes de afrontar la expresión del estudio y de sus resultados, es de interés presentar el contexto geográfico de estudio. Así, la **representación cartográfica** de los municipios españoles adheridos a la GNAFCC puede verse en la figura 1.1. En síntesis, esta distribución geográfica puede relacionar con la densidad de la población española, por un lado, y con la localización septentrional y oriental dentro del país, por otro, en tanto que Asturias, Cantabria, País Vasco, Catalunya y Comunidad Valenciana, además de Andalucía, la Comunidad de Madrid y Aragón, tienen un elevado número de municipios que forman parte de la red.

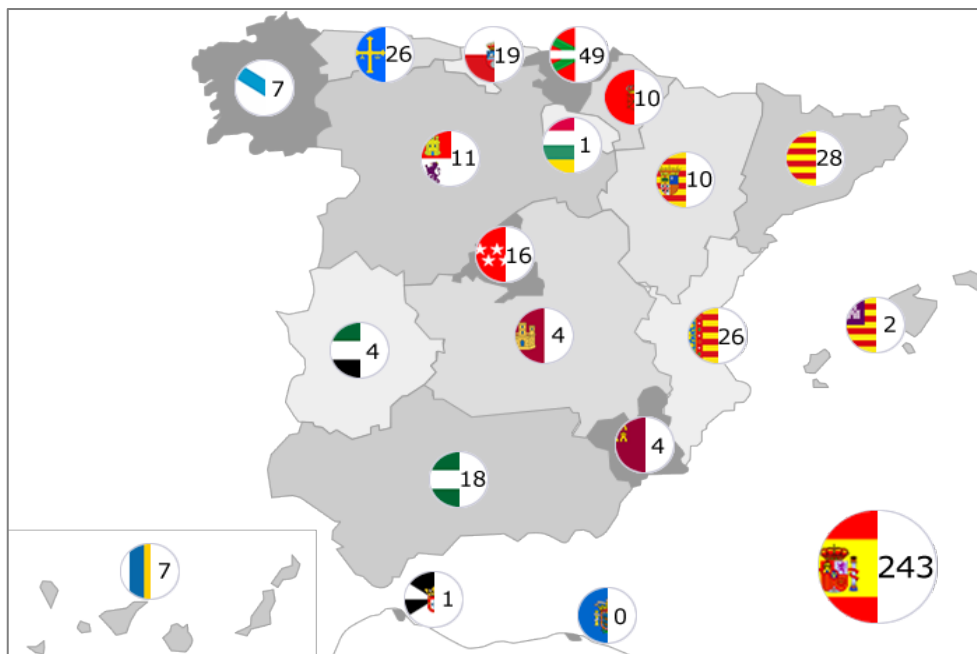
⁹ OMS- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

Figura 1.1. La red AFCC en España



Fuente:

<https://who.maps.arcgis.com/apps/instant/minimalist/index.html?appid=66799d4ec039487e8ef8367f0254a99a>



Fuente:

<https://ciudadesamigables.imsero.es/ayuntamientos-participantes/red-ciudades-comunidades-amigables-espana>

2. LA BASE DOCUMENTAL

2.1. Descripción de los documentos

En este punto se aborda la calidad de los documentos de estudio al objeto de sustentar la propuesta metodológica de análisis. Asimismo, se presenta un análisis cuantitativo de la tipología documental, la distribución geográfica por Comunidades Autónomas (CC.AA.), provincias y tamaño del área de residencia así como los motivos de exclusión e inclusión en el estudio. Con ello se pretende dar respuesta a las cuestiones relativas a los **municipios que han desarrollado diagnósticos y/o planes de acción, número de diagnósticos que han seguido las recomendaciones del PV y aquéllos que no han pasado a la fase de plan de acción.**

El equipo investigador recibió del Imsero un paquete de documentos relativos, básicamente, a diagnósticos y planes, y muy pocos etiquetados como evaluaciones u otros términos. Estos documentos fueron sometidos a una exhaustiva revisión a fin de conocer su contenido y calidad antes de proceder al desarrollo del objeto del estudio. Bajo este proceso se conoció la existencia de ficheros de diverso tipo, a saber: - diagnóstico, - plan, - diagnóstico y plan conjuntamente, así como un reducido conjunto de ficheros etiquetados como: - evaluación, diagnóstico y plan, - evaluación, - memoria, - propuesta de pleno, - programa de actividades de envejecimiento con éxito, - informe justificativo.

Es preciso reseñar que algunos municipios han desarrollado sólo un tipo de documento (referido en este estudio como de ciclo 1 o primer ciclo) y otros más de uno (de ciclo 2 o segundo ciclo, o de ciclo 3 o tercer ciclo). Ante esta diversidad, se optó por hacer una clasificación en varias categorías, a saber:

- 1 - Diagnóstico, ciclo 1
- 2 - Plan, ciclo 1
- 3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
- 4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1
- 5 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico, ciclo 2
- 6 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1; Plan, ciclo 2
- 7 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Plan y Evaluación, ciclo 2
- 8 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico y Plan, ciclo 2
- 9 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Plan, ciclo 2; Plan, ciclo 3
- 10 - Otros documentos no clasificados en los anteriores tipos

De acuerdo con esta base documental, fueron **manejados y revisados todos los documentos**, y su enumeración y clasificación puede verse en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Relación de documentos revisados según tipología y ámbito geográfico

CC.AA.	Provincia	Municipio	Tamaño municipal 1: <2.000 hab. 2: 2.000-10.000 3: 10.000-100.000 4: >100.000	Tipología de documentos (en negro, primer ciclo; en rojo, segundo ciclo; en azul, tercer ciclo; en verde, desestimado)
Andalucía	Almería	Vícar	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
Andalucía	Cádiz	Barbate	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
Andalucía	Cádiz	Jerez de la Frontera	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Andalucía	Cádiz	Rota	3	2 - Plan, ciclo 1
Andalucía	Córdoba	Nueva Carteya	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Andalucía	Córdoba	Pozoblanco	3	4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1
Andalucía	Granada	Granada	4	10 -Otros documentos no clasificados en los anteriores tipos
Andalucía	Jaén	Jaén	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Aragón	Huesca	Jaca	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Aragón	Zaragoza	Artieda	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
Aragón	Zaragoza	Ejea de los Caballeros	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Aragón	Zaragoza	Zaragoza	4	5 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico ciclo 2
Asturias	Asturias	Coaña	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
Asturias	Asturias	Gijón	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Asturias	Asturias	Tineo	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Asturias	Asturias	Villayón	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Arredondo	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Camaleño	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Laredo	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Peñarrubia	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Pesaguero	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Ramales de la Victoria	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Rasines	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Ruesga	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	San Vicente de la Barquera	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Soba	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Val de San Vicente	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Valdáliga	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Cantabria	Cantabria	Vega de Liébana	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Castilla y León	Salamanca	Salamanca	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1

Castilla y León	Soria	Covaleda	1	10 -Otros documentos no clasificados en los anteriores tipos
Castilla y León	Soria	Soria	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Castilla y León	Valladolid	Medina de Rioseco	2	4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1
Castilla y León	Valladolid	Simancas	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
Castilla y León	Valladolid	Valladolid	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Castilla-La Mancha	Guadalajara	Azuqueca de Henares	3	10 -Otros documentos no clasificados en los anteriores tipos
Catalunya	Barcelona	Barcelona	4	6 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1; Plan, ciclo 2
Catalunya	Barcelona	Granollers	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Igualada	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Manresa	3	8 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico y Plan, ciclo 2
Catalunya	Barcelona	Mataró	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Montcada i Reixac	3	2 - Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Rubí	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Sabadell	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	San Vicenç de Castellet	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Catalunya	Barcelona	Terrassa	4	4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1
Catalunya	Lleida	Lleida	4	2 - Plan, ciclo 1
Catalunya	Tarragona	Tarragona	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Ceuta	Ceuta	Ceuta	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Alcalá de Henares	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Alcobendas	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Boadilla del Monte	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Coslada	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Getafe	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Madrid	4	7 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Plan y Evaluación, ciclo 2
Comunidad de Madrid	Madrid	Parla	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad de Madrid	Madrid	Soto del Real	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1

Comunidad de Madrid	Madrid	Tres Cantos	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Alicante	Alcoi	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Alicante	Dénia	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Alicante	Mutxamel	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Castelló	Castelló de la Plana	4	4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Castellón	La Vall d'Uixó	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Castellón	Sagunto/Sagunt	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	Castellón	Vila Real	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Comunidad Valenciana	València	València	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Extremadura	Badajoz	Almendralejo	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Islas Canarias	Santa Cruz de Tenerife	Güímar	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Islas Canarias	Santa Cruz de Tenerife	Los Llanos de Aridane	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Islas Canarias	Santa Cruz de Tenerife	San Cristóbal de la Laguna	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
La Rioja	La Rioja	Logroño	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Murcia	Murcia	Cartagena	4	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Murcia	Murcia	Lorca	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Navarra	Navarra	Arguedas	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
Navarra	Navarra	Arróniz	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
Navarra	Navarra	Etxauri	1	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
Navarra	Navarra	Pamplona/Iruña	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
Navarra	Navarra	Ribaforada	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
Navarra	Navarra	Tudela	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Araba	Campezo/Kanpezu	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Araba	Cuadrilla de Añana (varios municipios)	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Araba	Vitoria-Gasteiz	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Abadiño	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Abanto Zierbena	1	2 - Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Arrigorriaga	2	2 - Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Barakaldo	4	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Basauri	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Bermeo (1)	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Bilbao	4	9 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1;

				Plan, ciclo 2; Plan, ciclo 3
País Vasco	Bizkaia	Durango	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Ea (1)	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Ermua	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Etxebarri	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Lekeitio	2	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Muskiz	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Bizkaia	Santurtzi	3	3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Aretxabaleta	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Azkoitia	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Beasain	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Eibar	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Elgoibar	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Irún	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Irura	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Legazpi	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Ordizia	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Orio	2	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Ormaiztegi (1)	1	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Zarautz	3	1- Diagnóstico, ciclo 1
País Vasco	Gipuzkoa	Zumarraga	2	1- Diagnóstico, ciclo 1

Fuente: elaboración propia. (1) Los diagnósticos de dos municipios de Bizkaia (Bermeo y Ea) y uno de Gipuzkoa (Ormaiztegi) sólo están disponibles en vasco.

La **situación más común** (tabla 2.2) es la existencia de la tipología 3 - diagnóstico y plan de primer ciclo, que englobó el 56,3% de los documentos, seguida por los documentos tipo 1 - diagnóstico de primer ciclo (21,6%), mientras que los tres tipos de documentos (esto es, diagnóstico, plan y evaluación, de cualquier ciclo: tipologías 4, 5, 7, 8 y 9) alcanzaron un 16,2% del conjunto. Las restantes tipologías (2 y 6) son residuales y conjuntamente llegaron sólo al 4,3% de los documentos. Otros documentos revisados no pudieron ser clasificados en las anteriores tipologías porque no respondían al contenido de las mismas (municipios de Covalada, en Soria; Azuqueca de Henares, en Guadalajara; y Granada).

En el conjunto documental, los **municipios más representados** son los de tipo urbano, especialmente aquellos de tamaño intermedio y grande (10.000-100.000 y más de 100.000 habitantes, respectivamente), alcanzando la mayor proporción de documentos (38,7% y 28,5%, respectivamente), mientras que los menos representados fueron los que tienen hasta 2.000 habitantes (14,6%). Esta distribución puede deberse a distintas razones: al tipo de municipios adheridos a la red, aunque esta afirmación no ha sido comprobada en este estudio; a los plazos de tiempo desde la adhesión hasta la presentación, primero, del diagnóstico y, posteriormente, del plan y de la evaluación, en su caso; y, quizás, a una mayor disponibilidad de recursos para implementar un programa de estas características.

Tabla 2.2. Número de documentos revisados por tipología y tamaño municipal

Tipología de documentos	Nº de documentos por tamaño municipal									
	1: < 2.000 habs.		2: 2.000- 10.000		3: 10.000- 100.000		4: > 100.000		Total	
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
1 - Diagnóstico, ciclo 1	7	3,8	10	5,4	13	7,0	10	5,4	40	21,6
2 - Plan, ciclo 1	1	0,5	1	0,5	2	1,1	1	0,5	5	2,7
3 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1	18	9,7	20	10,8	48	25,8	18	9,7	104	56,3
4 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1			3	1,6	3	1,6	6	3,2	12	6,5
5 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico, ciclo 2							4	2,2	4	1,6
6 - Diagnóstico y Plan, ciclo 1; Plan, ciclo 2							3	1,6	3	1,6
7 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Plan y Evaluación, ciclo 2							5	2,7	5	2,7
8 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Diagnóstico y Plan, ciclo 2					5	2,7			5	2,7
9 - Diagnóstico, Plan y Evaluación, ciclo 1; Plan, ciclo 2; Plan, ciclo 3							5	2,7	5	2,7
10 - Otros documentos no clasificados en los anteriores tipos	1	0,5			1	0,5	1	0,5	3	1,6
Total	27	14,5	34	18,3	72	38,7	53	28,5	186	100,0

Fuente: elaboración propia.

T: total. % porcentaje sobre el total de documentos

En esta descripción documental también es preciso hacer mención de **cuántos documentos tipo diagnóstico no han derivado a la fase de plan** (tabla 2.2). En esta situación se encuentra el 21,6% de los documentos de tipología 1 - diagnóstico ciclo 1. Por su lado, algo menos de un 60% de los documentos que tienen diagnóstico y plan (107 documentos, tipologías 3 y 6) no han pasado a evaluación. En general, son los municipios de 10.000-100.000 habitantes, seguidos de las categorías inferior superior a ésta, los que cuentan con mayor número de diagnósticos no continuados en plan o en evaluación.

2.2. Calidad de los documentos en el contexto de la caracterización de amigabilidad de los entornos: exclusión e inclusión

Si bien los documentos manejados parten de considerar, en su gran mayoría, el paradigma de ciudades y comunidades amigables en el marco de la metodología del PV, no todos ellos cuentan con la calidad suficiente para los propósitos de este estudio. Así, hecha la descripción documental previa, cabe mencionar seguidamente cuáles fueron los motivos de exclusión de documentos tipo diagnóstico y plan, y ello ha sido realizado en consonancia con la metodología del PV. De entre los documentos tipo evaluación han sido seleccionados todos

Un primer rasgo global y de relevancia es el hecho de que estos documentos no constituyen fuentes de estudio primarias ni secundarias; de hecho, no deberían ser considerados de esta forma porque carecen de la homogeneización metodológica propia de este tipo de fuentes y, en consecuencia, estudios procedentes de las mismas podrían derivar en cierto sesgo. No obstante ello, los documentos se han estimado apropiados para el objeto de estudio.

2.2.1. Exclusión de diagnósticos

Como evaluación participativa, una exhaustiva revisión de los diagnósticos, en sus secciones relativas a resultados provenientes de las experiencias, opiniones y percepciones tanto de las personas mayores como de los agentes sociales (entes institucionales locales, proveedores de servicios y cuidadores o familiares de mayores) en las áreas del PV, ha permitido tipificar varios motivos de exclusión, a saber:

- 1 - documentos que no se adecúan a la metodología explícita del PV en cuanto a la realización y análisis de resultados de los grupos focales u otras fuentes analíticas, como encuestas ad hoc. Muchas veces estos documentos son extraordinariamente escuetos, que no sintéticos, como para contener todas las secciones que requieren los documentos de acuerdo con el protocolo del PV (contexto, metodología, resultados según las áreas de amigabilidad del PV); incluso se han encontrado documentos de síntesis en formato presentación (tipo power point).
- 2 - documentos publicados en vasco sin versión en español.
- 3 - documentos que sólo presentan el contexto geo-sociodemográfico del municipio, sin expresar metodología y análisis de resultados de las áreas de amigabilidad del PV.
- 4 - documentos no clasificados bajo las tipologías de estudio, esto es, no son diagnósticos, planes o evaluaciones.

Como puede observarse en la tabla 2.1, el mayor número de documentos excluidos se corresponde con aquellas tipologías más numerosas; así, en primer lugar, fueron excluidos 17 documentos de la tipología 1 - *Diagnóstico ciclo 1*, siendo sólo 2 de gran tamaño de hábitat. El segundo tipo de documentos mayormente desestimados se engloba en la tipología 3 - *Diagnóstico y Plan ciclo 1* (sin representación de municipios pequeños), si bien no todos los documentos de cada municipio han sido desestimados, en unos casos lo fueron los diagnósticos, en otros los planes.

2.2.2. Exclusión de Planes

La exploración de la planificación estratégica mediante la revisión de las acciones, las actuaciones y los indicadores a partir de las áreas de amigabilidad ha posibilitado establecer los siguientes motivos de exclusión de los planes de acción en los siguientes:

- 1 - no es un plan para la acción, es una propuesta para hacer un plan.
- 2 - documentos que no se adecúan a la metodología explícita del PV.
- 3 - propuestas de acción referidas exclusivamente de forma cuantitativa, y en ocasiones sin desglosar por áreas de amigabilidad del PV.
- 4 - no es un plan desarrollado, es un documento de síntesis en formato presentación (tipo power point).

Solamente un municipio tiene diagnóstico y plan de primer y segundo ciclos (véase tabla 2.1). Por otro lado, hay una serie de municipios que, si bien sus planes han sido retenidos en el estudio, no aportan indicadores sobre la forma en que se va a medir la ejecución de la acción.

2.2.3. Sobre los documentos tipo evaluación

De los quince documentos etiquetados de diversa forma, fueron seleccionados seis que responden al tipo de documento preciso, esto es, evaluación. Los restantes fueron desestimados por tratarse de otras tipologías, por ejemplo, propuesta de pleno; memoria; informe justificativo; resumen; programa actividades.

2.2.4. Motivos de inclusión

En línea opuesta a los motivos de exclusión, fueron retenidos en el análisis aquellos documentos tipo diagnóstico que permitieron obtener información explícita de resultados sobre las demandas y necesidades de los mayores en las áreas de amigabilidad de los entornos estipuladas en el PV.

Una relación detallada de los diagnósticos, agrupados por provincia y CC.AA., se recoge en la tabla 2.3. Se puede observar que, del **total de diagnósticos**, un 73,8% fueron seleccionados como fuente de estudio, lo que representa una cifra muy relevante si se tiene en cuenta la diversidad documental, esto es, el diferente abordaje de los documentos revisados. Las CC.AA. con mayor número de estudios tipo diagnóstico seleccionados fueron el País Vasco, Cantabria, seguidas por la Comunidad de Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana. Pero algunas de estas comunidades observaron el mayor número de diagnósticos excluidos, como País Vasco y Cataluña, además de Asturias. Cantabria no tiene ningún diagnóstico excluido.

En cuanto a los **planes** (tabla 2.3), fueron retenidos los documentos que generaron una planificación estratégica con explicitación de objetivos o acciones, actuaciones e indicadores o metas, también en relación con las áreas de amigabilidad del PV. De todos los planes disponibles y revisados, más de 8 de cada 10 fueron retenidos en el estudio. De nuevo, las comunidades de Cantabria, País Vasco y Cataluña fueron las que más planes aportaron, seguidas por la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, observando pocos planes desestimados en el conjunto nacional.

Por su lado, del reducido número de **evaluaciones**, destacaron los municipios de Madrid y Barcelona, con dos evaluaciones seleccionadas (tabla 2.3).

Mención especial merece el hecho de que algunas comunidades autónomas no aportaron estudios, como Castilla-La Mancha¹⁰, Galicia, Islas Baleares y la Ciudad Autónoma de Melilla, quizás en línea con un menor número de adhesión de municipios a la GNAFCC, si bien este hecho no ha sido comprobado en este estudio. Asimismo, es preciso mencionar que los documentos en catalán sin versión en español fueron incluidos en el estudio.

¹⁰ Azuqueca de Henares (Guadalajara) fue excluido del estudio porque el documento aportado no fue de la tipología estipulada (diagnóstico, plan, evaluación).

Tabla 2.3. Distribución geográfica según tipo de documento seleccionado y excluido (diagnóstico, plan, evaluación)

CC.AA.	Provincia	Nº municipios (1)	Número de documentos seleccionados				Número de documentos excluidos (2)			
			D	P	E	Total	D	P	E	Total
Andalucía	Almería	1	1			1				
	Cádiz	3		1		1	2	1		3
	Córdoba	2	2	2	1	5				
	Granada (2)	1								
	Jaén	1	1	1		2				
Aragón	Huesca	1					1	1		2
	Zaragoza	3	3	2	1	6	1			1
Asturias	Asturias	4	1	1		2	3	1		4
Cantabria	Cantabria	13	13	13		26				
Castilla y León	Salamanca	1	1	1		2				
	Soria (2)	2	1	1		2				
	Valladolid	3	2	2		4	1		1	2
Castilla-La Mancha	Guadalajara (2)	1								
Catalunya	Barcelona	10	6	9	1	16	4	2	1	7
	Lleida	1						1		1
	Tarragona	1	1			1				
Ceuta	Ceuta	1	1			1				
Comunidad de Madrid	Madrid	9	8	6	1	15	1		1	2
Comunidad Valenciana	Alicante	3	3	2		5				
	Castellón	4	4	3	1	8		1		1
	Valencia	1	1			1				
Extremadura	Badajoz	1		1		1	1			1
Islas Canarias	Santa Cruz de Tenerife	3	2	3		5	1			1
La Rioja	La Rioja	1	1			1				
Murcia	Murcia	2	1	1		2	1	1		2
Navarra	Navarra	6	6	2		8				
País Vasco	Araba	3	1			1	2			2
	Bizkaia	14	9	11	1	21	3	1		4
	Gipuzkoa	13	7			7	6			6
Total		109	76	62	6	144	27	9	3	39

Fuente: elaboración propia.

D: Diagnóstico. P: Plan. E: Evaluación.

(1) Número de municipios con algún tipo de documento (diagnóstico, plan, evaluación). Un mismo municipio puede tener más de un documento.

(2) Un documento no contabilizado porque no es de la tipología estudiada.

3. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

3.1. La toma de información para el diagnóstico: proceso y rasgos

El documento de adaptación al español del PV por el Imserso, al objeto de elaborar la documentación requerida para formar parte de la GNAFCC en España¹¹ abunda en recomendaciones sobre **aspectos metodológicos**, tanto sean de carácter teórico, como formales. En consecuencia, los documentos de diagnóstico analizados ofrecen contenidos amplios en este apartado metodológico, si bien es cierto también que hacen aproximaciones diversas y heterogéneas en su aplicación a contextos diversos. Esta **diversidad** pretende reconocer, primero, la necesidad de tener un marco común de análisis e interpretación de la situación de las personas mayores en las ciudades españolas, y, segundo, la conveniencia de su adaptación al 'contexto español' y, por tanto, la exploración de la riqueza de las diferencias que el Protocolo, por su carácter uniformador, podría no sacar a la luz.

El principal **criterio de exclusión**, independientemente de los ya descritos en el apartado correspondiente a la calidad de los documentos, es que se han desestimado aquellos diagnósticos que no cumplieran los requisitos básicos para hacer una interpretación de cómo se han elaborado desde el punto de vista metodológico. Con esta idea en mente y después de hacer una revisión exhaustiva de los documentos se han utilizado 69 diagnósticos, sin valorar en este caso si son diagnósticos propiamente dichos, o si los son con plan de acción, o si incluyen además la evaluación en el mismo texto.

En el ámbito de los principios definidores de la metodología es esperable, entonces, que los diagnósticos analizados reflejen de alguna manera los contenidos del documento de adaptación del IMSERSO. Uno de ellos es la identificación de los **objetivos** que orientan su redacción, siendo reveladores de su importancia, como la esencial **participación de las personas mayores** en el proceso, la necesidad de aportar su experiencia siguiendo un camino de abajo a arriba (*bottom-up*) para conseguir una mejora en su calidad de vida, y la conveniencia de contar, además, con la participación de otros agentes que contribuyan a definir la amigabilidad de la ciudad. Queda bien definido el hecho de que sus opiniones responden a los problemas que las personas participantes ven en su localidad de residencia, a sus propias necesidades como ciudadanos y a la conveniencia de aportar soluciones.

El principio de **investigación-acción** es otro principio que se manifiesta muy frecuentemente como una guía que los diagnósticos declaran seguir de forma preferente en el desarrollo de su diagnóstico, con mayor o menor concreción. Incluso es habitual la incorporación al texto del esquema temporal que debe guiar la consecución de la amigabilidad en sus cuatro fases. Tal expectativa de mejorar la amigabilidad muchas veces no sobrepasa la fase del diagnóstico porque muchas ciudades no han desarrollado el resto de ellas, a pesar de su buena voluntad manifestada en el diagnóstico, sin que sea posible identificar las causas de ello.

En la elaboración del diagnóstico se declara que el **análisis cualitativo** es el instrumento metodológico que sirve a los objetivos anteriores. Sus características se describen muy frecuentemente y de forma

¹¹ IMSERSO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, & Grupo de Expertos del Proyecto Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. (2015). *Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto español*.

https://ciudadesamigables.IMSERSO.es/documents/20123/1006342/camig_vancouver2016.pdf

detallada, de acuerdo a tres ideas: es la metodología más adecuada para obtener la información de las personas mayores y agentes participantes para un mejor y más completo análisis científico respetando su dignidad como personas, es la que asegura sus resultados cuando se selecciona bien a los informantes, y, sobre todo, es la que ofrece la información más rica y detallada para establecer las propuestas que van a estructurar el plan de acción.

El análisis cualitativo se identifica exclusivamente con el **grupo focal**, del que algunos diagnósticos realizan una descripción detallada de sus ventajas. La secuencia que define la utilidad del grupo focal navega desde la recogida de información hasta el contraste de sus resultados con otros obtenidos de forma cuantitativa, pasando por la generación de ideas y argumentos para su contraste, la evaluación de estrategias, y la elaboración de hipótesis y preguntas. Sin embargo, algunos diagnósticos desarrollan una estrategia de triangulación más extensa, con la incorporación de otras técnicas como los cuestionarios cuantitativos, las entrevistas semiestructuradas, las reuniones de grupos de trabajo o los seminarios y congresos específicos. En su amplísima mayoría, los contenidos analizados en los grupos se estructuraron en torno a las 8 áreas del PV.

Uno de los aspectos en los que se insiste con mayor dedicación en el documento de adaptación del PV elaborado por el IMSERSO es en la **composición de los grupos focales** de personas mayores y los criterios para su selección (esencialmente la edad y el nivel socioeconómico), pero también atendiendo al tamaño de los municipios, a su capacidad operativa y al valor del grupo focal como instrumento de toma de datos en relación con el contexto urbano. Las recomendaciones son claras con respecto a los municipios más pequeños. Los diagnósticos son, también en ese aspecto, dispares: la gran mayoría se detienen en la descripción de los criterios para su composición, pero también en un gran porcentaje no se atienden a los mismos en función de su tamaño. Y son escasos los municipios en que desagregan los grupos focales por barrios o distritos municipales (Bilbao, Terrassa en Barcelona, Zaragoza, y San Cristóbal de la Laguna en Santa Cruz de Tenerife) o núcleos de población (Vícar, en Almería).

El análisis de otros grupos focales (cuidados, profesionales, proveedores de servicios) y otras estructuras utilizadas para construir el diagnóstico se describen más adelante.

Es destacado el desglose que hacen muchos municipios del proceso de **selección de participantes**, cuando se trata de grupos focales de personas mayores. De nuevo las estrategias de captación distan de ser homogéneas, pero es posible reconstruir las más comunes. Sin duda, la edad y el sexo forman parte inherente a la construcción del grupo focal de personas mayores, con distintas soluciones para la edad en función del nivel de envejecimiento (hasta 74 años y 75 y más, pero atendiendo a los mayores de 85 años y a otros umbrales de población, cuando eso conviene para el diagnóstico). El nivel socioeconómico no es tan comúnmente descrito, especialmente en municipios de tamaño intermedio o pequeño, donde la discriminación de personas mayores según este criterio no es ni fácil ni recomendable o donde no es tan fácil disponer de datos adecuados para su correcta discriminación.

Otros criterios de selección aparecen citados para su cumplimiento cuando las circunstancias lo permiten, como a) el carácter voluntario de la participación (común), b) la no cercanía y/o conocimiento entre las personas participantes (evitable), c) la disponibilidad de tiempo para ello a veces), d) el uso de las estructuras administrativas y del tejido asociativo para su reclutamiento (con lo que ello puede significar de sesgo en la selección), e) la distribución de las personas dispersa en el territorio (frecuente en municipios rurales, en Cantabria, por ejemplo), o f) las llamadas a la participación, individuales o grupales, con objeto de hacer una selección posterior. No es de menor importancia la apelación a la saturación de la información cuando no es necesario llegar al número y composición de grupos requeridos, o la adopción de una perspectiva de género para reafirmar su importancia en el análisis de las ocho áreas.

De acuerdo con el PV también es conveniente la concurrencia de otros agentes, cuyas opiniones pueden/deben ayudar al más completo diagnóstico de la amigabilidad de las ciudades. Así, además de la participación de las personas mayores, se recomienda llevar a cabo grupos focales con **cuidadores/as**

para proporcionar sus puntos de vista sobre las necesidades y demandas a las que se enfrentan las personas mayores a las que cuidan. Su empleo en el diagnóstico queda restringido a los municipios de carácter urbano donde es previsible que esta práctica esté más extendida, a través de empresas de servicios y/o de cuidadoras informales, o de servicios municipales de apoyo a la dependencia. Es previsible, entonces, que la selección se haya hecho por conveniencia, sin representatividad.

En el grupo focal de **prestadores de servicios** conviven la perspectiva pública (profesionales de la administración municipal), social (organizaciones no gubernamentales, ONG) y privada (empresarios), por orden de importancia en su empleo en los diagnósticos analizados. Tampoco éstos se seleccionan al azar, sino que proceden de los recursos propios del municipio. Su uso de nuevo está mucho más restringido al ámbito urbano propiamente dicho, aunque con la excepción de los municipios cántabros. Además, no es frecuente su descripción detallada, la extracción profesional de los funcionarios municipales cubre el amplio campo de las áreas de servicio que el ayuntamiento atiende, tanto en el ámbito administrativo, como económico y social. Las ONG participantes proceden esencialmente del voluntariado social con personas mayores, o de carácter general, bien formales (ej. Cáritas), bien sociales (grupos de apoyo), y de nuevo tienen una clara implantación urbana.

La importancia de asegurar el carácter ético en la exploración de las opiniones de las personas participantes está notablemente remarcada en el documento de adaptación del PV¹². Como tal, es previsible que, una vez convocadas las personas participantes en el proceso de constitución de los grupos focales, el requisito de ser informadas y de firmar el **consentimiento** para participar se cumpliera en una amplia mayoría de casos. Sin embargo, solo se ha podido constatar en la quinta parte de los diagnósticos analizados, en que se cita expresamente ese requisito en los documentos analizados, sin mayor expresión de su importancia y significado.

Otras estructuras de apoyo han participado en el asesoramiento de los trabajos realizados y en la búsqueda de participantes: grupo motor, grupo de coordinación, comisión facilitadora, ... grupo intergeneracional.

3.2. Las personas informantes en los grupos focales

Entre la información complementaria que incluye el documento de adaptación del PV, elaborado por el Imserso, se incluye el Anexo 3, una hoja a rellenar por el participante con sus rasgos sociodemográficos básicos. Su objetivo es facilitar el **perfil** de estas personas, su uso solo sirve para el diagnóstico y tiene un carácter anónimo. Contiene 15 cuestiones, a modo de encuesta, algunas de las cuales intervienen en la selección de la persona participante, como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico.

Si se ha utilizado el **cuestionario** en todos los diagnósticos analizados no es un aspecto que se pueda saber con su sola lectura, porque no todos ellos describen el perfil de los/as participantes. Cuando se analiza el documento de diagnóstico se pueden apreciar **tres hechos de valor** para evaluar su calidad. El primero es que la edad y el sexo deberían de estar descritos en todos los diagnósticos, pero solo es así en aproximadamente la mitad de los mismos, mientras en otros documentos solo se cita su participación, sin que se identifique un perfil de distribución claro. Quizás contribuya a ello el hecho de que el carácter 'voluntario' en su aplicación por parte de las personas participantes no lleve directamente a su inclusión en el diagnóstico. El segundo es que no siempre (casi nunca, podría decirse) se pueda asegurar que la selección sea estadísticamente representativa, como para que el perfil pueda ser aplicable al resto de la población de donde se ha extraído la 'muestra'. El tercero es que su utilidad, como instrumento de análisis para el diagnóstico, se restrinja a una presentación simple y descriptiva de los datos. Un cuarto factor es

¹² IMSERSO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, & Grupo de Expertos del Proyecto Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. (2015). *Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto español*. https://ciudadesamigables.IMSERSO.es/documents/20123/1006342/camig_vancouver2016.pdf

que un porcentaje apreciable de documentos ha sido elaborado por empresas consultoras o entidades del tercer sector, focalizadas en determinadas regiones, que no han considerado de relevancia describir el perfil de las personas que fueron seleccionadas. En este caso se aprecian diferencias entre sí consultoras/entidades, pero no entre los documentos elaborados por cada una de ellas.

La **edad** de las personas mayores participantes viene definida en el documento de adaptación del Imsero en dos grupos, menos y más de 75 años, con la pretensión de homogenizar este rasgo en el perfil. Sin embargo, esta distribución no es seguida en muchos diagnósticos: uso de 5 o más grupos de edad, empleo de umbrales decenales o quinquenales, descripción de la edad media (sin ningún otro criterio de identificación), inclusión de personas menores de 60 años. Con esta información no es fácil establecer un perfil, pero, al menos, se muestra un hecho: entre los participantes en grupos focales de personas mayores predomina el grupo de edad de menos de 75 años. Además, pero no de forma nítida, parece haber una cierta predominancia de personas mayores de 75, en los escasos ejemplos de municipios menores de 10.000 habitantes. A veces edad y **sexo** (género, según se denomina en el documento de adaptación del Imsero) son presentados de forma conjunta y, en todo caso, el perfil de sexo es mucho más claro: las mujeres han sido llamadas a participar en los grupos en mayor medida que los hombres, siguiendo una tendencia habitual entre las personas mayores en España cuando de participación en actividades se trata.

Otro elemento distintivo en el perfil es la **capacidad funcional** como factor condicionante de la participación en los grupos. Algo más de un tercio de los municipios con diagnóstico hacen una descripción de este rasgo. Esta información procede de la autopercepción de la persona y ello puede condicionar los resultados. Pero hay dos hechos que destacan: el primero, la gran mayoría de los municipios reportan altos porcentajes de autonomía funcional, es decir no limitación o con limitación leve, entre el 70 y 90%, sin que se aprecie diferencia por tamaño municipal; y segundo, los municipios de tamaño más pequeño tienden a no informar de este dato. A pesar de que el documento de adaptación del Imsero no sigue los patrones habituales (ej. INE) en la medición del **estado de salud percibido** según categorías, su pauta permite valorar que la salud percibida tiende a ser buena y normal, por este orden de importancia porcentual en el caso de los municipios urbanos y, por regla general, normal y buena en los de menor tamaño, con la excepción de los más pequeños en los que no se reporta esta información.

Conocer el **nivel socio-económico** de la población a través de cuestionarios no es una tarea sencilla, sea cual sea la población investigada, por las reticencias a informar de ello. Y los diagnósticos refuerzan esa tendencia, al mostrar una alta tasa de falta de respuesta. Y cuando se informa no es fácil discriminar ni por umbrales de renta (tal y como señala el documento de adaptación), porque no siempre son comparables, ni por tamaños municipales. Quizás el único rasgo a destacar es el nivel económico medio en torno a 1.000 euros comunicado en los diagnósticos, en línea con la pensión media en España. Y ello no sería sino el reflejo de una trayectoria vital condicionada, entre otros factores, por el **nivel educativo**, también limitado de esta población mayor. Con la excepción de los municipios más pequeños (preferentemente cántabros), el resto muestran un perfil conocido, el de la limitada educación recibida: en un buen conjunto de los municipios, la mayor parte de las personas mayores participantes informan de un nivel de estudios primarios, combinado con educación secundaria, generalmente, pero también con estudios primarios no terminados o sin estudios. Haber pasado por la universidad solo es destacable, entre los municipios que lo indican, en Boadilla del Monte, en la Comunidad de Madrid.

Otros rasgos solicitados a las personas mayores participantes en los grupos completan un perfil bastante conocido en España. Por ejemplo, en el caso de la situación en relación con el **empleo**, como era de esperar en los municipios que reportan datos, la situación dominante es la de estar jubilado, con porcentajes superiores al 90%, sin diferencias por municipios. Lo mismo puede decirse de la tenencia de la **vivienda**, en la que predomina la propiedad como régimen propio de personas que han construido su patrimonio a lo largo de su trayectoria vital: el porcentaje de personas con vivienda en propiedad varía entre el 80% y el 95%. Vitoria-Gasteiz se escapa de esta tendencia, con un porcentaje de participantes cercano al 50% en viviendas de alquiler, por ser personas que proceden de pisos

tutelados, sin que quizás sea esa la situación más común en la ciudad, dada la falta de representatividad de la muestra.

Vinculada con la vivienda, la **convivencia** es otro rasgo que puede definir de forma clara el perfil de las personas participantes. Es de esperar que vivir en pareja sea el modo más habitual, aunque pueda verse en retroceso ante quienes viven ya solos a medida que aumenta la edad. En efecto, los valores reportados en muchas ciudades informan que vivir en hogares unifamiliares, con una sola persona o vivir sola/a, es la fórmula más habitualmente referida: así lo hacen alrededor del 30% de las personas mayores participantes, pero con gran oscilación, seguramente debido a la falta de un proceso de selección de participantes con visos de representatividad. Y es que la **participación** de las personas mayores que asistieron a grupos es alta o muy alta, en porcentajes entre el 70% y el 80%, en centro de mayores, ONGs y otras organizaciones sociales, aunque su vinculación con actividades de apoyo a personas o grupos de voluntariado no es muy elevada. Este proceso parece estar implantado específicamente en ciudades de tamaño grande, donde las personas mayores quizás puedan tener más capacidad de organización. Se muestra en los documentos de diagnóstico que estas estructuras sociales son esenciales para la captación y selección de participantes.

4. LA SITUACIÓN MUNICIPAL: EL PUNTO DE PARTIDA PARA LOS DIAGNÓSTICOS

Siguiendo el documento de adaptación del PV, realizado por un grupo de expertos bajo la supervisión del Imserso para el Proyecto Red Española de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores¹³, se ha revisado la información aportada en los perfiles de las comunidades a fin de valorar su cumplimiento en lo que concierne a:

- ubicación, tamaño y topografía
- número y densidad de habitantes
- características sociales, étnicas y económicas
- número y proporción de las personas mayores (de 60 a 74 años y mayores de 75 años)
- tipo de vivienda y régimen de tenencia
- distribución de servicios públicos, comerciales y de voluntariado

Se ha valorado también si los **datos han sido convenientemente desagregados** en barrios o distritos claramente identificados, en el caso de grandes aglomeraciones urbanas o, por el contrario, si en ciudades y municipios pequeños se han utilizado datos relativos a unidades administrativas mayores o al conjunto de la comunidad.

Esta información, que puede obtenerse de **fuentes secundarias, encuestas o registros administrativos**, es importante pues proporciona un contexto geo demográfico y socioeconómico para comprender las características locales y los retos a los que se enfrentan las ciudades para mejorar su amigabilidad. El análisis del cumplimiento de la información aportada se ha sintetizado en la tabla 4.1.

¹³ IMSERSO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, & Grupo de Expertos del Proyecto Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. (s. a.). *Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto español*. https://sede.IMSERSO.gob.es/documents/20123/1006342/camig_vancouver2016.pdf

Lo primero a destacar es que casi en un 7% de los documentos (localidades de Vitoria-Gasteiz, Santurtzi, Ermua, Granollers y Salamanca) no se ha encontrado información de contexto previo a los resultados cualitativos del diagnóstico.

En líneas generales, el mayor cumplimiento se produce en relación con la información relativa al número de habitantes de la localidad y el aporte de algunos datos poco sistematizados de índole social, estos últimos con una gran diversidad entre municipios (por ejemplo, personas viviendo solas, prestaciones a la dependencia...), aunque los más pequeños parecen ser los más cumplidores. Efectivamente, las localidades tienen clara la importancia de los datos demográficos para el diagnóstico y estos son los más aportados, sobre todo en forma de pirámides o tablas de población por sexo, normalmente en cifras absolutas, aunque en ocasiones sea difícil encontrar la fecha de referencia o la fuente de obtención, o las cifras concretas, cuando se trata de representaciones en forma de pirámide. En este sentido, cuando la información se refiere exclusivamente a población mayor, no siempre los grupos etarios responden a los cortes establecidos en el documento de adaptación (60 a 74 años y mayores de 75 años), siendo más extendido el uso de 65 y más años.

En contrapartida, la densidad poblacional o las características étnicas son incluidas en menos del 40% de los documentos, y especialmente si se trata de localidades de pequeño o mediano tamaño. Las características étnicas suelen expresarse en forma de población extranjera y, en menor medida, de población mayor extranjera, por origen o nacionalidad.

Tabla 3.1. Cumplimiento de la información aportada por las ciudades/municipios del documento de adaptación al contexto español del PV

Información	Tamaño municipal									
	1: <2.000 hab.		2: 2.000-10.000		3: 10.000-100.000		4: >100.000		Total	
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
Nº de municipios	10	100,0	15	100,0	28	100,0	20	100,0	73	100,0
Ubicación, tamaño y topografía	9	90,0	12	80,0	20	71,4	14	70,0	55	75,3
Número de habitantes	10	100,0	15	100,0	25	89,3	18	90,0	68	93,2
Densidad habitantes	1	10,0	6	40,0	10	35,7	8	40,0	25	34,2
Número de personas mayores	10	100,0	10	66,7	23	82,1	15	75,0	58	79,5
Proporción de personas mayores	10	100,0	9	60,0	11	39,3	16	80,0	46	63,0
Características sociales	10	100,0	15	100,0	25	89,3	18	90,0	68	93,2
Características étnicas	2	20,0	3	20,0	12	42,9	12	60,0	29	39,7
Características económicas	2	20,0	8	53,3	20	71,4	12	60,0	42	57,5
Tipo de vivienda y régimen de tenencia	0	0,0	3	20,0	9	32,1	6	30,0	18	24,7
Distribución servicios públicos, comerciales	1	10,0	8	53,3	18	64,3	10	50,0	37	50,7
Voluntariado, tejido asociativo	1	10,0	3	20,0	5	17,9	4	20,0	13	17,8
Información desagregada por unidades administrativas de menor tamaño	7	70,0	5	33,3	9	32,1	16	80,0	37	50,7

Fuente: Elaboración propia. T: Total; %: porcentaje sobre total de municipios en cada categoría de tamaño municipal

Tampoco la tipología de la vivienda o información sobre voluntariado o tejido asociativo son datos comúnmente incluidos en la descripción del contexto. Pero cuando se incorporan, suele hacerse una descripción pormenorizada, lo que, en definitiva, puede ser de gran utilidad para la contrastación con las opiniones cualitativas sobre las áreas del PV concernidas.

Por lo que se refiere a la información sobre ubicación, tamaño y topografía (y clima, en muchos casos), aunque se inserta en una buena parte de los documentos, se hace muchas veces desde la descripción casi turística, sin considerar en la mayoría de los casos su influencia en el crecimiento y estructura urbana que puede mediar en la amigabilidad de la localidad.

En relación con las características económicas, casi el 60% de los documentos introducen alguna referencia, sobre todo los núcleos urbanos (más de 10.000 hab.), pero igualmente es muy diversa. En muchos casos se trata de información sobre sectores de actividad, pero también es frecuente encontrar datos sobre pensiones (tipos, perceptores, cuantía, ...) o población en riesgo de pobreza. En localidades de menor tamaño esta información suele referirse al conjunto provincial o de la comunidad autónoma.

En cuanto a la obtención de información desagregada por unidades administrativas de menor tamaño (distritos, barrios, secciones censales) lo más habitual es encontrar datos de población, sobre todo en municipios pequeños o muy grandes; mientras que la distribución de servicios públicos o comerciales es más frecuente hallarla en municipios intermedios o urbanos pequeños.

Como referencia de **calidad de los documentos** en este apartado sobre el contexto geosociodemográfico se ha tenido asimismo en cuenta el marco conceptual que se encuentra detrás de los diagnósticos (tabla 4.2). Lo primero a subrayar es que uno de cada cuatro documentos no aporta una conceptualización desarrollada, más allá de reconocer que se va a realizar un diagnóstico de la localidad en el modelo de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Del resto, todos hacen referencia al paradigma del Envejecimiento Activo (OMS 2002) y el compromiso de adherirse a la red global de Ciudades Amigables utilizando también su marco conceptual, para destacar la necesidad de promover entornos que faciliten un envejecimiento activo y saludable, esto es, disfrutando de buena salud, participando en la sociedad, y viviendo dignamente y con autonomía. Asimismo, una parte sustancial de los documentos, además de utilizar estos dos marcos para conceptualizar el diagnóstico, añaden otras directrices, como normativas a distintas escalas (local, autonómica, nacional, internacional) que tienen que ver con los derechos humanos o los Principios para las personas mayores, planes estratégicos o municipales o programas con el mismo fin (por ejemplo, Euskadi Lagunkoia Sustraietatik, el Plan Savia de Atención y Cuidado al Mayor, el programa ACTIVATE o el Programa per a la Gent Gran) y que sustentan la necesidad de llevar a cabo el diagnóstico y la adhesión a la red.

Al hilo de la conceptualización, se ha valorado también si en el contexto de partida, en su aproximación cuantitativa para el diagnóstico, han sido considerados de forma explícita aspectos transversales, tales como el género, la discriminación por edad (edadismo) y la soledad no deseada. Los dos primeros se relacionan directamente con el marco del Envejecimiento Activo y el proyecto de Red Global de Ciudades Amigables con las Personas Mayores; el género como determinante transversal al resto de los determinantes para envejecer activamente; el (anti)edadismo, en cuanto a objetivo de adhesión a la GNAFCC: "Combatir los estereotipos negativos sobre el envejecimiento, aprovechando la experiencia y el potencial que representan las personas mayores para la comunidad". Indirectamente, también, afrontar la soledad no deseada se encuentra en la base de los objetivos de inclusión y participación social para la amigabilidad. Los resultados del análisis de las referencias explícitas a estos aspectos se muestran en la tabla 4.2, comprobándose que menos de un tercio de los documentos los toman en consideración como parte del punto de partida para el diagnóstico.

Por lo que se refiere al **género**, la mayoría de las referencias explícitas en el contexto de partida se registran en los municipios urbanos. Es relevante que una parte significativa de los documentos, cuando utilizan la figura de los determinantes del envejecimiento activo, obvian el papel del género como determinante transversal (también el papel de la cultura, que podría incluirse en las referencias a las características étnicas de las localidades y cómo se afronta el envejecimiento desde las distintas comunidades nacionales, pues “los valores culturales y las tradiciones determinan la visión que una sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones”). En cualquier caso, es de reconocer que la información cuantitativa se aporta mayoritariamente diferenciando los datos por sexo.

Con respecto al **edadismo**, las referencias son aún más escasas, siendo también significativo que aún se utilice en ocasiones lenguaje edadista (como anciano/a, jubilados/as o tercera edad) o se categoriza a las personas mayores en “dos grandes bloques con necesidades e inquietudes diferentes”, promoviendo unos u otros servicios, “asistenciales o más dinámicos, diversos...”. Se ha obviado que el Marco del Envejecimiento Activo se sustenta en una perspectiva de ciclo de vida (interacción entre generaciones) que tiene en cuenta la diversidad humana, y parte de la idea de que cualquier persona, independientemente de su condición física, tiene el potencial de participar activamente en la sociedad.

Finalmente, las referencias a la **soledad no deseada** en el punto de partida cuantitativo para el diagnóstico sólo afectan a un tercio de los documentos y se relacionan en ocasiones con vivir en hogares unipersonales o con el aislamiento (despoblación), aunque también significativamente se mencionan programas ya en funcionamiento para la prevención de la soledad no deseada.

En definitiva, esta valoración sintética del contexto geo demográfico y socioeconómico de los diagnósticos puede resumirse en:

- Existe poca estandarización en el aporte de datos desde fuentes secundarias. En bastantes ocasiones, no se llega a conocer la referencia de fecha para los datos de población que son los más referenciados.
- En contraposición, también se ha observado una cierta estandarización entre documentos de municipios pertenecientes a la misma comunidad autónoma o que han podido ser realizados por la misma institución
- En relación con las características sociales, étnicas o económicas, tampoco se utiliza información que resulte objetiva de base para contrastar con las opiniones obtenidas del procedimiento cualitativo. En otras ocasiones, aun dando información, ésta se refiere a entidades de escala superior a la municipal, ya sea provincial, de la comunidad autónoma e incluso estatal. En cualquier caso, la información es diversa en contenido, seguramente en función del acceso a las fuentes secundarias.
- La ubicación, tamaño y topografía, cuando se incluye, no siempre se relaciona con el crecimiento y estructura urbana que puede mediar en la amigabilidad de la localidad.

Tabla 4.2. Conceptualización del diagnóstico y perspectivas transversales

Conceptualización	Tamaño municipal									
	1: <2.000 habs.		2: 2.000-10.000		3: 10.000-100.000		4: >100.000		Total	
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
Marco conceptual	2	20,0	10	66,7	25	89,3	18	90,0	55	75,3
Mención explícita al género como determinante	1	10,0	4	26,7	12	42,9	7	35,0	24	32,9
Discriminación por edad (edadismo)	1	10,0	5	33,3	8	28,6	7	35,0	21	28,8
Soledad no deseada	0	0,0	6	40,0	13	46,4	5	25,0	24	32,9
Nº de municipios	10	100,0	15	100,0	28	100,0	20	100,0	73	100,0

Fuente: Elaboración propia. T: Total; %: porcentaje sobre total de municipios en cada categoría de tamaño municipal

5. ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN SELECCIONADA A ESTUDIO

Esta sección recoge la descripción del proceso metodológico aplicado al análisis cualitativo de la documentación manejada, esto es, diagnósticos, planes y evaluaciones, correspondiente a los municipios seleccionados en el estudio, así como del análisis de los contenidos posterior.

5.1. La estrategia de codificación

La codificación es un proceso por el cual se seleccionan fragmentos de los materiales que conforman el corpus de textos y se agrupan bajo códigos que sintetizan y hagan referencia al mismo fenómeno. En el presente estudio se ha seguido un procedimiento deductivo, al provenir estos códigos de la guía del proyecto ciudades y comunidades amigables con los mayores¹⁴ de acuerdo con sus áreas de amigabilidad y el tipo de propuesta para cada una de ellas, según el tipo de documento. En la tabla 5.1, se presenta la lista de los códigos empleados (sin acentos en el programa de ordenador utilizado), ordenados numéricamente para facilitar su identificación y clasificación de manera automática en el proceso de codificación y análisis mediante con el programa ATLAS.ti version 23. Así mismo, se contabiliza el número de citas que han sido codificadas en cada código, de manera que su importancia viene definida por tal valor, no por su significado semántico ni por su intencionalidad a la hora de ser expresada en los documentos:

-- **Diagnóstico:** se codificaron las 8 áreas de amigabilidad por las tres tipologías de fenómeno, a saber: aspectos positivos o fortalezas (codificados como "Positivo"), aspectos negativos o debilidades (codificados como "Barreras") y propuestas de mejora (codificadas como "Mejoras").

¹⁴ OMS- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

Esta sección ocupa los códigos 1.1 a 8.3. El primer bloque numérico (“1” a “8”) responde a las 8 áreas de amigabilidad (a saber: 1. Espacios al aire libre y edificios; 2. Transporte; 3. Vivienda; 4. Participación Social; 5. Respeto e inclusión social; 6. Participación cívica y empleo; 7. Comunicación e información; y 8. Servicios de apoyo comunitario y de salud). El segundo bloque numérico alude a las 3 tipologías del fenómeno, previamente mencionadas, siendo “1” las mejoras propuestas, “2”: las barreras o aspectos negativos identificados por los participantes y “3” los aspectos positivos identificados por éstos.

-- **Plan de acción:** códigos 11.1 a 18.3. De igual manera, el primer bloque numérico (“11” a “18”) refiere a las 8 áreas de amigabilidad, mientras el segundo se corresponde con “1” objetivo/acción, “2” actuación y “3” meta propuesta en el plan.

-- **Evaluación del plan de acción:** el primer bloque numérico (“21” a “28”) se refiere, de nuevo, a las 8 áreas de amigabilidad. El segundo bloque (ver especificación en la sección 5.2.3. sobre evaluaciones) alude a: “5” alta consecución de ese indicador (en este punto es preciso tener en cuenta que, por la propia naturaleza del indicador, en ocasiones algunos han sido llevados a cabo y con eso se evalúa como “alta” o que los propios redactores del documento han evaluado la implementación de la actuación como alta), “4” calificación media, “3” es una evaluación del indicador baja, esto es, se ha realizado pero su calificación es baja al estar, por ejemplo, incompleta en su implementación o tener un grado de consecución inferior al esperado por parte del redactor de las evaluaciones, “2” evaluación nula por diversas causas (por ejemplo, no poder efectuarse la evaluación en algún indicador concreto porque el mismo depende de datos de otras áreas o que hasta la fecha no se ha podido usar por motivos no determinados, como puede ser la inexistencia de datos para ese periodo seleccionado) y, por último, “1” evaluación no realizada”.

-- Además de las 8 áreas de amigabilidad, se ha tenido una especial sensibilidad hacia el estudio de otros tres temas clave en los paradigmas actuales de envejecimiento, a saber, el **edadismo** (código 9), la **soledad** (código 9.9) y las diferencias de **género** identificadas por los participantes de manera explícita (código 9.99). La codificación de estos temas ha respondido a cualquier mención explícita de los mismos en cualquiera de los tipos de documentos, excluyendo, por ejemplo, menciones a una mayor importancia de la integración de personas mayores en dinámicas sociales de jóvenes para fomentar la convivencia.

Tabla 5.1. Códigos analíticos de las áreas de amigabilidad y su frecuencia de uso

Códigos utilizados en los diagnósticos (N: 76)			
Código			Número de citas
1.1 M Espacios al aire libre y edificios	Mejoras		1.686
1.2 B Espacios al aire libre y edificios	Barreras		1.651
1.3 P Espacios al aire libre y edificios	Positivo		751
2.1 M Transporte	Mejoras		835
2.2 B Transporte	Barreras		1.004
2.3 P Transporte	Positivo		483
3.1 M Vivienda	Mejoras		525
3.2 B Vivienda	Barreras		713
3.3 P Vivienda	Positivo		303
4.1 M Participación social	Mejoras		511
4.2 B Participación social	Barreras		435
4.3 P Participación social	Positivo		413

5.1 M Respeto e inclusión social	Mejoras	472
5.2 B Respeto e inclusión social	Barreras	503
5.3 P Respeto e inclusión social	Positivo	339
6.1 M Participación cívica y empleo	Mejoras	509
6.2 B Participación cívica y empleo	Barreras	510
6.3 P Participación cívica y empleo	Positivo	388
7.1 M Comunicación e información	Mejoras	528
7.2 B Comunicación e información	Barreras	487
7.3 P Comunicación e información	Positivo	324
8.1 M Servicios de apoyo comunitario y de salud	Mejoras	693
8.2 B Servicios de apoyo comunitario y de salud	Barreras	814
8.3 P Servicios de apoyo comunitario y de salud	Positivo	545
9 Edadismo		262
9.9 Soledad		407
9.99 Género		305

Códigos utilizados en los planes (N: 62) (Cont.)		
Código		Número de citas
11.1 O Espacios al aire libre y edificios	Objetivo/acción	599
11.2 A Espacios al aire libre y edificios	Actuación	1.109
11.3 I Espacios al aire libre y edificios	Indicador/meta	1.344
12.1 O Transporte - Objetivo/Acción	Objetivo/acción	280
12.2 A Transporte	Actuación	471
12.3 I Transporte	Indicador/meta	591
13.1 O Vivienda - Objetivo/Acción	Objetivo/acción	221
13.2 A Vivienda	Actuación	351
13.3 I Vivienda	Indicador/meta	546
14.1 O Participación social	Objetivo/acción	309
14.2 A Participación social	Actuación	538
14.3 I Participación social	Indicador/meta	621
15.1 O Respeto e inclusión social	Objetivo/acción	290
15.2 A Respeto e inclusión social	Actuación	516
15.3 I Respeto e inclusión social	Indicador/meta	698
16.1 O Participación cívica y empleo	Objetivo/acción	147
16.2 A Participación cívica y empleo	Actuación	292
16.3 I Participación cívica y empleo	Indicador/meta	363
17.1 O Comunicación e información	Objetivo/acción	266
17.2 A Comunicación e información	Actuación	442
17.3 I Comunicación e información	Indicador/meta	521
18.1 O Servicios de apoyo comunitario y de salud	Objetivo/acción	403
18.2 A Servicios de apoyo comunitario y de salud	Actuación	728
18.3 I Servicios de apoyo comunitario y de salud	Indicador/meta	958

Códigos utilizados en las evaluaciones (N: 6) (Cont.)		
Código		Número de citas
21.1 NO Espacios al aire libre y edificios	No realizado	3

21.2 Nulo Espacios al aire libre y edificios	Nulo	9
21.3 Bajo Espacios al aire libre y edificios	Bajo	4
21.4 Medio Espacios al aire libre y edificios	Medio	9
21.5 Alto Espacios al aire libre y edificios	Alto	44
22.1 NO Transporte	No realizado	0
22.2 Nulo Transporte	Nulo	0
22.3 Bajo Transporte	Bajo	0
22.4 Medio Transporte	Medio	1
22.5 Alto Transporte	Alto	5
23.1 NO Vivienda	No realizado	4
23.2 Nulo Vivienda	Nulo	16
23.3 Bajo Vivienda	Bajo	2
23.4 Medio Vivienda	Medio	3
23.5 Alto Vivienda	Alto	20
24.1 NO Participación Social	No realizado	0
24.2 Nulo Participación Social	Nulo	2
24.3 Bajo Participación Social	Bajo	2
24.4 Medio Participación Social	Medio	1
24.5 Alto Participación Social	Alto	22
25.1 NO Respeto e inclusión social	No realizado	3
25.2 Nulo Respeto e inclusión social	Nulo	9
25.3 Bajo Respeto e inclusión social	Bajo	1
25.4 Medio Respeto e inclusión social	Medio	3
25.5 Alto Respeto e inclusión social	Alto	45
26.1 NO Participación cívica y empleo	No realizado	0
26.2 Nulo Participación cívica y empleo	Nulo	6
26.3 Bajo Participación cívica y empleo	Bajo	0
26.4 Medio Participación cívica y empleo	Medio	4
26.5 Alto Participación cívica y empleo	Alto	12
27.1 NO Comunicación e información	No realizado	1
27.2 Nulo Comunicación e información	Nulo	1
27.3 Bajo Comunicación e información	Bajo	1
27.4 Medio Comunicación e información	Medio	6
27.5 Alto Comunicación e información	Alto	18
28.1 NO Servicios de apoyo comunitario y de salud	No realizado	0
28.2 Nulo Servicios de apoyo comunitario y de salud	Nulo	12
28.3 Bajo Servicios de apoyo comunitario y de salud	Bajo	5
28.4 Medio Servicios de apoyo comunitario y de salud	Medio	8
28.5 Alto Servicios de apoyo comunitario y de salud	Alto	27

Fuente: Elaboración propia con base en la guía sobre las áreas de amigabilidad

5.2. Codificación de contenidos

La codificación es el motor que permite pasar de lo descriptivo y concreto a lo analítico y abstracto. Este proceso se sirve de una descripción específica de a qué hace referencia cada uno de los códigos, asegurándose de que las piezas de texto codificadas bajo un mismo código contienen citas que hacen mención al mismo fenómeno de estudio.

En la tabla 5.2 se muestra la descripción de los códigos de cada una de las áreas de amigabilidad, mientras que la tabla 5.3 informa de los fenómenos sociales no incluidos en las áreas, con objeto de tomar decisiones para maximizar la calidad de la codificación o, simplemente, por cuestiones puramente operativas en las que había que decidir cómo proceder, y ello debido a la variabilidad y diversidad en la naturaleza de los documentos.

Si bien el PV organiza en 8 las áreas de amigabilidad y, a su vez, éstas se subdividen en subáreas, es preciso reseñar en este punto que la codificación de los temas emergentes se ha realizado sobre las áreas. Ello tiene una clara ventaja que es la inclusión de un mayor número de documentos a analizar, por cuanto algunos documentos no diferencian por subáreas. Además, afrontar la codificación de todas las subáreas hubiese requerido de una periodización diferente del tiempo de investigación. Por tanto, la estrategia tomada por el equipo de investigación ha consistido en el análisis de la frecuencia de las palabras emergentes en las citas asociadas a cada una de las áreas y, además, en la formación de familias de palabras clave relacionadas con las subáreas, para hacer una exploración de su significado más profunda y diversificada y solventar el problema del propio diseño de algunos documentos.

Tabla 5.2. Contenido de los códigos en las 8 áreas de amigabilidad

Códigos (1)	Contenido de las citas compiladas bajo el código (1)
Espacios al aire libre y edificios	El entorno exterior y los edificios públicos tienen un impacto importante sobre la movilidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores y afectan su capacidad para “envejecer en casa”. En la consulta del proyecto de la OMS, las personas mayores y las que interactúan de manera significativa con ellas, describen una amplia gama de características del paisaje urbano y el entorno edilicio que contribuyen a la amigabilidad con los mayores. Los temas recurrentes suelen ser la calidad de vida, el acceso y la seguridad. Las personas consultadas valoran las mejoras implementadas o en vías de implementación en ciudades de distintas etapas de desarrollo, y también señalan otros cambios que se deberían realizar.
Transporte	El transporte, incluyendo transporte público accesible en términos físicos y económicos, constituye un factor clave para el envejecimiento activo. Este tema está relacionado con muchas de las otras áreas de discusión. En particular, la habilidad de trasladarse por la ciudad determina la participación social y cívica y el acceso a servicios comunitarios y de salud.
Vivienda	La vivienda es esencial para la seguridad y el bienestar. No resulta sorprendente que las personas consultadas por la OMS en todas las regiones hicieran muchos comentarios relacionados a los distintos aspectos del diseño, la ubicación y elección de la vivienda. Existe una relación entre la vivienda adecuada y el acceso a los servicios comunitarios y sociales que influye sobre la independencia y la calidad de vida de las personas mayores. Resulta claro que existe una valoración universal por la vivienda y el apoyo que les permite a las personas mayores envejecer en forma cómoda y segura en el seno de la comunidad a la que pertenecen.
Participación Social	La participación social y el apoyo social están estrechamente vinculados con la buena salud y el bienestar durante todo el ciclo vital. La participación en actividades comunitarias de recreación, sociales, culturales y espirituales, así como en actividades familiares, le permite a las personas mayores seguir ejerciendo su competencia, gozar de respeto y estima, y mantener o establecer relaciones de apoyo y cuidado; fomenta la integración social y es la clave para mantenerse

	<p>informado. Sin embargo, las personas mayores consultadas por la OMS indican claramente que la capacidad para participar en la vida social formal e informal no sólo depende de la oferta de actividades, sino además del acceso adecuado a transporte y a los medios económicos y del acceso a información sobre estas actividades.</p>
<p>Respeto e Inclusión social</p>	<p>Las personas mayores informan que experimentan actitudes y conductas conflictivas hacia ellos. Por un lado, muchas de ellas a menudo se sienten respetadas, reconocidas e incluidas, mientras por el otro lado, experimentan falta de consideración en la comunidad, en los servicios y en el seno de la familia. Este choque se explica en función de una sociedad y normas de conducta cambiantes, falta de contacto entre generaciones, y una ignorancia difundida hacia el envejecimiento y las personas mayores. De la consulta resulta claro que el respeto y la inclusión social hacia las personas mayores requieren más que un cambio social. Factores como cultura, género, estado de salud y status económico juegan un papel importante. El grado de participación de las personas mayores en la vida social, cívica y económica de la ciudad también está estrechamente relacionada con su experiencia de inclusión.</p>
<p>Participación cívica y Empleo</p>	<p>Las personas mayores no dejan de contribuir a sus comunidades después de su retiro de la actividad económica. Muchas de ellas siguen proveyendo trabajo voluntario ad honorem para sus familias y comunidades. En algunas áreas las circunstancias económicas obligan a las personas mayores a mantener un trabajo remunerado mucho después de su edad jubilatoria. Una comunidad amigable con la edad provee opciones para que las personas mayores sigan contribuyendo a sus comunidades, ya sea a través de un empleo remunerado o trabajo voluntario, según su elección, y estén involucradas en el proceso político. Muchas personas mayores desean continuar trabajando y algunas de hecho lo hacen. Adicionalmente, las personas mayores que participaron en el proyecto de la OMS expresaron el deseo y la voluntad de trabajar como voluntarias en sus comunidades. Las personas mayores en la mayoría de las ciudades tienen acceso a oportunidades de empleo y actividades voluntarias, y por lo general se sienten respetadas por su aporte. A las personas mayores les gustaría tener más oportunidades de empleo, y les gustaría que las oportunidades actuales de empleo y trabajo voluntario estén mejor adaptadas a sus necesidades e intereses. También les gustaría ver un esfuerzo mayor para alentar la participación cívica, y sienten que existen barreras para la participación, incluyendo barreras físicas y estigmatización cultural relativa a la participación de personas mayores.</p>
<p>Comunicación e información</p>	<p>Los participantes de los grupos focales convienen fuertemente en que es vital para el envejecimiento activo mantenerse conectados con eventos y personas, y recibir información oportuna y práctica sobre cómo administrar su vida y atender sus necesidades personales. Los participantes suelen sostener que existe información variada para personas mayores proveniente de diversos medios generales y especializados, mientras que en las ciudades de los países en desarrollo, las personas en los grupos focales resaltan unos pocos medios que alcanzan a toda la comunidad, mayormente la televisión, la radio y los periódicos. Sin embargo, casi en todas partes se expresa el temor de perderse alguna información y quedar afuera de la corriente principal. Las tecnologías de la información y comunicación en constante evolución son aceptadas como herramientas útiles y criticadas como instrumentos de exclusión social. Independientemente de la variedad de opciones de comunicación y el volumen de información disponible, la preocupación central manifestada en los grupos focales radica en contar con información relevante</p>

	rápidamente accesible para las personas mayores con diversas capacidades y recursos.
Servicios de apoyo comunitario y de salud	Los servicios de salud y de apoyo son vitales para mantener la salud y la independencia en la comunidad. Muchas de las preocupaciones mencionadas por las personas mayores, los cuidadores y proveedores de servicios en los grupos focales se refieren a la disponibilidad de cuidado suficiente y de buena calidad, apropiado y accesible. Los participantes de la consulta de la OMS informan sobre sus experiencias desde contextos de sistemas muy diferentes con expectativas muy distintas; sin embargo, en todas partes las personas mayores expresan un claro deseo de apoyo básico de salud e ingresos. En todas partes se considera que los costos del cuidado de la salud son muy altos, y se expresa un deseo uniforme de cuidado de costo accesible.

Fuente: Elaboración propia a través de la definición de las áreas propuestas en la guía (1). Todas las citas codificadas en cada área contienen información de las subáreas que la conforman. Incluso si estas citas se encuentran contenidas en ejes transversales que agrupen distintas áreas, las citas son codificadas bajo el área correspondiente de acuerdo con su significado.

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

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

Tabla 5.3. Contenido de los códigos en los fenómenos sociales no incluidos en las áreas de amigabilidad

Códigos	Definición
Edadismo (Cualquier referencia al edadismo o a la discriminación por la edad de los mayores (no de los jóvenes u otros estratos poblacionales))	Del inglés "Ageism", es la discriminación por razón de la edad, en este caso contra la población mayor Tiene 3 dimensiones: ESTEREOTIPO (imagen/imágenes que se atribuyen al grupo de personas mayores); PREJUICIO (opinión previa, motivada por una emoción, generalmente desfavorable, y desconocimiento del grupo de personas mayores); DISCRIMINACIÓN (trato diferente, generalmente desigual y desfavorable, hacia un grupo de personas, en este caso, mayores)
Soledad (Cualquier referencia a la soledad, sea o no deseada)	No es suficiente con que se viva SOLO o SOLA, pero es cierto que suele o puede usarse como indicador para aquellos casos que tienen menos relaciones o compañía que las que desearían Se trata de considerar la SOLEDAD NO DESEADA o SOLEDAD SENTIDA o SENTIRSE SOLO o SENTIRSE SOLA
Género (Cualquier referencia a las diferencias explícitas de género o sexo, al feminismo, a la violencia de género o las víctimas de violencia de género, o a la discriminación de las personas por su sexo)	Dada la confusión sobre la terminología, es conveniente incluir tanto SEXO como GÉNERO

Fuente: Elaboración propia a través de la revisión de la literatura y las consideraciones del Protocolo de Vancouver sobre estos tres temas.

5.2.1. Diagnósticos

-- Se ha dado preferencia a la información sintetizada en tablas resumen, que concentraba el diagnóstico en lo que se refiere a los aspectos positivos (fortalezas), negativos (barreras) y propuestas de mejora.

-- En los documentos que, por su naturaleza, son puramente descriptivos, se abordan los apartados simplemente con citas textuales y carecen de información objeto de análisis (bien en tablas resumen, bien en texto discursivo), se han priorizado las conclusiones (este es el caso de Valencia, en la Comunidad Valenciana).

-- En algunos municipios el diagnóstico se recoge barrio por barrio. En este caso, se han codificado dos barrios (centro, siempre que se identificase como tal, y otro más seleccionado de manera aleatoria). El objetivo ha sido no sobredimensionar municipios que, habiendo realizado un exhaustivo diagnóstico, parece que han aumentado este documento de manera casi artificiosa, esto es, subdividiendo el municipio en barrios, sin tener en cuenta que los diagnósticos por barrio aplicaban a la mayoría de los barrios. Los documentos en los que se ha seguido esta estrategia de codificación son, por ejemplo, San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife) o Vícar (Almería). Como se ha indicado prolijamente en otra sección de este informe¹⁵, se han observado variantes terminológicas en la denominación de las áreas de amigabilidad en la documentación revisada. Este hecho no ha influido en el proceso de codificación, es decir, el contenido (citas) ha sido codificado convenientemente dentro de su temática.

-- Ha prevalecido el criterio de los redactores de los informes sobre diagnósticos de cada municipio en cuanto a la diferencia entre las categorías de “positivo”, “negativo” o “mejora” en las áreas de amigabilidad correspondientes. En el caso en el que estas disyuntivas no fuesen explícitas, ha sido el equipo investigador el encargado de identificar éstas para proceder a la codificación.

Un ejemplo de codificación de los diagnósticos puede verse en la figura 5.1.

5.2.2. Planes de actuación

-- Se ha priorizado la codificación de las secciones que sintetizan y ponen en relación el objetivo/acción, la actuación y el indicador.

-- Se han incluido documentos en lengua catalana, siempre que en los planes de actuación incluyeran información sobre los objetivos/acciones, actuaciones e indicadores, como previamente se acaba de indicar.

-- Algunos municipios han agrupado las áreas de amigabilidad en ejes temáticos. En estos casos, el equipo de investigación ha asumido el sesgo de clasificar de manera transparente los objetivos en el área de amigabilidad correspondiente.

Un ejemplo de codificación de los planes puede verse en la figura 5.2.

¹⁵ Véase el capítulo 6 y tabla 6.1.

5.2.3. Evaluaciones

-- En estos documentos se ha codificado la valoración de las evaluaciones, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los documentos y adaptándola a una escala estandarizada para todos ellos, con el objeto de una mayor comparabilidad entre todos los documentos que ahora usan escalas de medida diferentes.

Esta escala está conformada por cinco códigos que aúnan las distintas propuestas de valoración de las actuaciones recogidas, a saber:

- 5. Alto: Valoración alta o que se ha cumplido con el indicador propuesto de manera satisfactoria, según el propio redactor del documento de evaluación.
- 4. Medio: Valoración media, que está ejecutándose todavía pero no se ha cumplido al 100% con el indicador propuesto para cada una de las actuaciones o que haya sido identificado como grado de consecución medio por parte del municipio que redacta el documento.
- 3. Bajo: Un grado de consecución del indicador propuesto bajo en comparación al objetivo propuesto, pero que se ha iniciado su implementación o que ha sido identificado como grado de consecución bajo por parte del municipio que redacta el documento.
- 2. Nulo: Identificado como tal en el propio documento o que, no haya podido utilizarse algún indicador por la no disponibilidad de los datos requeridos para la verificación de la evaluación.
- 1. No realizado: Identificado como tal en el propio documento o que se detalle que la evaluación de esa actuación no se ha llevada a cabo.

-- De esta forma, el proceso de selección de un fragmento de texto (cita) y su posterior relación con un código (codificación) se ha llevado a cabo teniendo en cuenta todas estas cuestiones, tal como se puede ver en las siguientes imágenes.

Un ejemplo de codificación de los documentos tipo evaluación puede verse en la figura 5.3.

Figura 5.1. Ejemplo de codificación de los diagnósticos

SAN VICENTE DE LA BARQUERA
 TERRITORIO AMIGABLE
 PERSONAS MAYORES


Diagnóstico de Amigabilidad con las Personas Mayores. San Vicente de la Barquera.

PEATONES Y TRÁFICO	<ul style="list-style-type: none"> - Velocidad elevada de los vehículos. - Señales de tráfico. - Iluminación en pasos de cebra de San Vicente. - Visibilidad en pasos de cebra de San Vicente. - Situación de los pasos de cebra de San Vicente. - Regulación de pasos de cebra en San Vicente. - Número de pasos de cebra en San Vicente. - Pasos de cebra muy elevados. - Paso de cebra en La Revilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar badenes o algún mecanismo de control de velocidad en La Acebosa. - Aluminar más los pasos de cebra. - Mover paso de cebra de la entrada del pueblo más hacia el puente de La Barquera. - Poner los pasos de cebra regulados por semáforos. - Quitar algún paso de cebra del centro. - Poner un paso de cebra donde para el autobús para recoger y dejar a los niños y niñas del colegio. 	
SEGURIDAD CIUDADANA	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia ciudadana. - Alumbrado público en pueblo de San Vicente de la Barquera. - Servicio de Policía Local y Guardia Civil. - Robos y hurtos en el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el alumbrado en determinadas zonas de San Vicente. - Más control de policía y guardia civil por zonas de pubs y bares y pueblos en general. - Realizar charlas con más frecuencia para informar a los vecinos y vecinas de los riesgos existentes y prevenir este tipo de situaciones. 	
ACCESIBILIDAD A EDIFICIOS PUBLICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación del ayuntamiento y otros servicios. - Accesibilidad a algunos comercios. - Accesibilidad a local público de La Revilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poner una oficina en el pueblo que sea más accesible para realizar gestiones más frecuentes propias del ayuntamiento. - Mejorar accesibilidad al local de La Revilla con una rampa. 	

Fuente: Elaboración propia a partir de la captura de pantalla del diagnóstico de San Vicente de la Barquera (Cantabria).

Figura 5.2. Ejemplo de codificación de los planes de actuación

PLAN DE ACCIÓN DEL AYUNTAMIENTO DE GIJÓN. PROYECTO "CIUDADES Y COMUNIDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES"

 **Servicios Sociales**

ÁREA II. TRANSPORTE

OBJETIVO

ACCIÓN	ÁREA	INDICADORES			
		2021	2022	2023	2024
OBJETIVO 1.- Mejorar el transporte público: tanto la movilidad en los desplazamientos, como la accesibilidad física, sensorial y cognitiva no solo en la red de autobuses, sino también en paradas y marquesinas.					
Actuación 1.1. Mejorar los elementos sobre accesibilidad en las marquesinas.	PLAN DE EMPLEO/ PROYECTOS DE EMPLEO-FORMACIÓN SERVICIO DE PARQUES Y JARDINES.	Nº de elementos incorporados para mejorar la señalización visual y acústica de las marquesinas. Nº de barreras arquitectónicas suprimidas en el acceso a las marquesinas.			
Actuación 1.2. Promover acciones formativas para el personal de conducción en el trato hacia las personas mayores y en temas relacionados con la accesibilidad (cultura del respeto).	PLAN LOCAL DE FORMACIÓN (EMPLEO), EN COORDINACIÓN CON EMTUSA.	Nº de acciones dirigidas al personal sobre el trato a personas mayores.			
Actuación 1.3. Facilitar el acceso a los autobuses municipales. Flota accesible (rampa, suelo bajo, asientos para personas con movilidad reducida: PMR).	EMTUSA.	Nº de autobuses accesibles. Nº de autobuses híbridos. Nº de plazas para personas con movilidad reducida en los autobuses híbridos.			
Actuación 1.4. Mejorar las líneas, frecuencias horarias y paradas de los autobuses que cubren la zona rural y polígonos industriales, dotando a EMTUSA de los recursos económicos necesarios.	EMTUSA	Nº de líneas que se han adecuado. Nº de frecuencias que se han adecuado. Nº de paradas rehabilitadas/renovadas. Incremento en las partidas presupuestarias (2021-2024).			

39

12.1 O Transp...bjetivo/Acción

12.2 A Transporte - Actuación

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.2 A Transporte - Actuación

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.2 A Transporte - Actuación

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

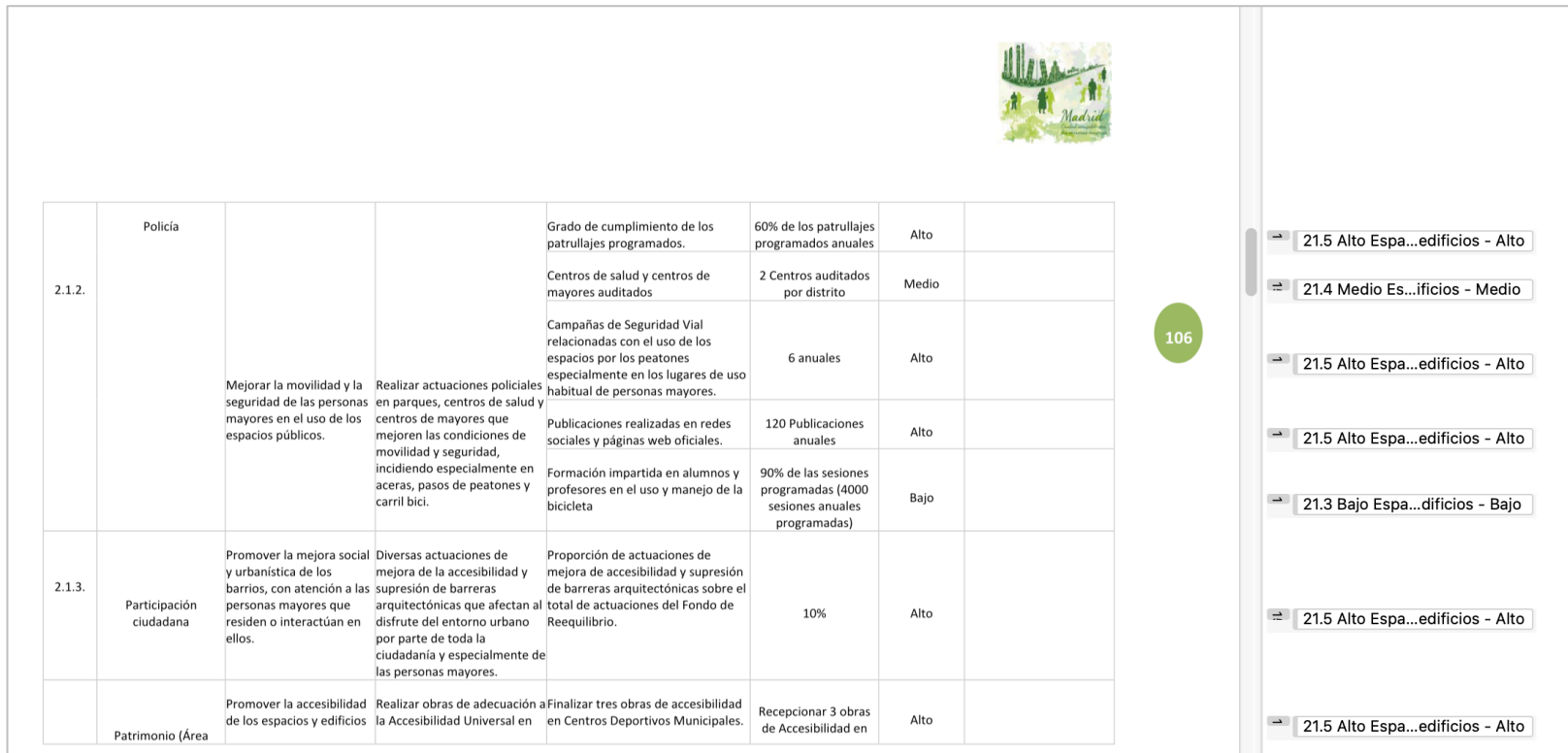
12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

12.3 I Transpo...Indicador/Meta

Fuente: Elaboración propia a partir de la captura de pantalla del plan de actuación de Gijón (Asturias).

Figura 5.3. Ejemplo de codificación de las evaluaciones



2.1.2.	Policía	Mejorar la movilidad y la seguridad de las personas mayores en el uso de los espacios públicos.	Realizar actuaciones policiales en parques, centros de salud y centros de mayores que mejoren las condiciones de movilidad y seguridad, incidiendo especialmente en aceras, pasos de peatones y carril bici.	Grado de cumplimiento de los patrullajes programados.	60% de los patrullajes programados anuales	Alto	
				Centros de salud y centros de mayores auditados	2 Centros auditados por distrito	Medio	
				Campañas de Seguridad Vial relacionadas con el uso de los espacios por los peatones especialmente en los lugares de uso habitual de personas mayores.	6 anuales	Alto	
				Publicaciones realizadas en redes sociales y páginas web oficiales.	120 Publicaciones anuales	Alto	
				Formación impartida en alumnos y profesores en el uso y manejo de la bicicleta	90% de las sesiones programadas (4000 sesiones anuales programadas)	Bajo	
2.1.3.	Participación ciudadana	Promover la mejora social y urbanística de los barrios, con atención a las personas mayores que residen o interactúan en ellos.	Diversas actuaciones de mejora de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas que afectan al disfrute del entorno urbano por parte de toda la ciudadanía y especialmente de las personas mayores.	Proporción de actuaciones de mejora de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas sobre el total de actuaciones del Fondo de Reequilibrio.	10%	Alto	
	Patrimonio (Área)	Promover la accesibilidad de los espacios y edificios	Realizar obras de adecuación a la Accesibilidad Universal en	Finalizar tres obras de accesibilidad en Centros Deportivos Municipales.	Recepcionar 3 obras de Accesibilidad en	Alto	

106

→ 21.5 Alto Espa...edificios - Alto

→ 21.4 Medio Es...ifícios - Medio

→ 21.5 Alto Espa...edificios - Alto

→ 21.5 Alto Espa...edificios - Alto

→ 21.3 Bajo Espa...dificios - Bajo

→ 21.5 Alto Espa...edificios - Alto

→ 21.5 Alto Espa...edificios - Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de la captura de pantalla de la evaluación de Madrid (Comunidad de Madrid).

5.2.4. Naturaleza de los documentos en el proceso analítico de carácter cualitativo

La frecuencia de las citas en los códigos por áreas de amigabilidad muestra una distribución desigual (véase tabla 5.1). En primer lugar, independientemente del tamaño de municipio, todos los documentos suelen tener una frecuencia más elevada en el área de “Espacios al aire libre y edificios” respecto a otras áreas, por ser ésta una cuestión opinable por todos los participantes, con carácter general. Por otro lado, el tamaño del municipio o la implicación de cada ayuntamiento en el proceso de elaboración del diagnóstico han podido influir en la naturaleza diferente de los documentos:

- Si el formato elegido para definir los diagnósticos es **texto en formato párrafo o discursivo**, se identifican menos citas aunque con un mayor grado de profundidad de contenidos.
- Si el **formato es de tipo tabla**, no suele haber una gran profundidad de contenidos, pero ofrecen mayor volumen de información para ser codificada, siendo este el formato predominante y, lo más importante, se ha considerado como estándar para evaluar otros formatos.
- Si el **formato es tipo lista**, existe una tendencia a un menor volumen de citas que si está en formato tabla, pero por encima del texto en formato discursivo o párrafo.

Por tanto, existe también una importante variabilidad en la frecuencia de las citas de los códigos en función del formato de redacción empleado en los documentos analizados.

Esta variabilidad tiene, además, otro efecto. De esta forma, cuando se trata del **formato párrafo** los documentos no diferencian entre los aspectos positivos y las barreras, dejando la interpretación al equipo de investigación en la fase de la codificación. Esto no ocurre cuando el formato es del **tipo tabla**. Un ejemplo de ello serían los municipios en los que la percepción (discurso) tiene mayor peso que el hecho social de manera tangible: si un municipio cuenta, por ejemplo, con infraestructuras deportivas, de salud, etc., pero la población participante en los grupos focales lo percibe en “mal estado” o “descuidadas” esto ha sido codificado como “negativo” (barrera); por el contrario, si se menciona la existencia de estas infraestructuras se codificará como “positivo”. De este modo, en los documentos en formato párrafo se realiza una codificación a la vez de los hechos sociales y de los discursos, sin posibilidad de diferenciarlos.

5.3. El análisis de contenido

Tras la codificación de los documentos, el proceso analítico se ha afrontado en varias fases:

- Un primer análisis está basado en el contenido y ha considerado la frecuencia de las palabras empleadas en las citas codificadas, como objeto de análisis, además de la propia frecuencia de cada uno de los códigos en cada documento, pero sin tener en cuenta su significado ni contexto de uso. El estudio del contenido es útil cuando se trabaja con un corpus de texto cerrado, generado a partir de una base teórica idéntica, el PV, que emplea el mismo lenguaje y comparte un mismo glosario de términos y uso de conceptos. Se fundamenta en un contexto normativo en el que el sentido y significado del lenguaje pretende ser homogéneo.
- Un segundo análisis busca informar sobre el significado de las palabras (“análisis de los conceptos”) y su capacidad de generar acciones de política pública, permitiendo su comparación entre documentos, y ello al objeto de valorar qué ha pasado con un área de amigabilidad desde el diagnóstico hasta su plan de actuación.

-- Un tercer análisis pone el foco en la síntesis de la información recogida en las fases previas (el análisis de contenido y conceptual) y lo pone con relación con el marco teórico y la experiencia del equipo de investigación para extraer aprendizajes basados en la síntesis de los diagnósticos, planes y evaluaciones.

Con respecto al análisis del contenido de cada área de amigabilidad, si bien no se han establecido códigos para las subáreas de amigabilidad, éstas han emergido de manera natural a través del proceso de análisis realizado, esto es, teniendo en cuenta la frecuencia de las palabras. Esto se ha plasmado en la construcción de nubes de palabras a partir de las propuestas de mejora (diagnósticos) y las actuaciones (planes), en las que el tamaño de fuente de cada palabra simboliza la frecuencia de repetición de esa palabra en las áreas de amigabilidad analizadas.

Como consecuencia de la aplicación o seguimiento de este procedimiento analítico, se ha obtenido un producto que, si bien de carácter inductivo, también se ha permitido deducir unas dimensiones en las que encajan las subáreas de amigabilidad presentes en el PV. Es decir, sin explorar las subáreas ex profeso, éstas han emergido de manera puramente natural, desprendiéndose como dimensiones de los documentos analizados.

6. LAS ÁREAS DE AMIGABILIDAD: NECESIDADES, MEJORAS Y ACTUACIONES

Los entornos, bien físicos, bien sociales, juegan un rol relevante en el proceso de envejecimiento para optimizar la capacidad intrínseca o funcional de las personas mayores en su medio habitual de residencia. En este sentido, los entornos han sido posicionados como factores de primer orden en los diferentes paradigmas del envejecimiento (activo, saludable, y saludable en su conexión con los objetivos de desarrollo sostenible).

En relación con las características de una ciudad amigable, los documentos manejados en el estudio utilizaron la guía de ciudades y comunidades amigables y marco del PV en las ocho áreas de amigabilidad establecidas (a excepción de aquellos que fueron excluidos por no adecuarse precisamente a este protocolo, como más arriba ha sido mencionado) a saber:

1 - Espacios al aire libre y edificios; 2 - Transporte; 3 - Vivienda; 4 - Participación social; 5 - Respeto e inclusión social; 6 - Participación cívica y empleo; 7 - Comunicación e información; 8 - Servicios de apoyo comunitario y de salud.

En la guía AFCC¹⁶ estas áreas fueron agrupadas en **tres ejes**, de modo que el primero aglutina tres áreas (espacios al aire libre y edificios; transporte; y vivienda,) cuya relevancia se relaciona con el **entorno físico**, tanto el espacio construido como el espacio público y dotacional para facilitar la integración y movilidad libre de barreras. Por su lado, en el eje relativo a los **entornos social, cultural y participativo** se agrupan las áreas relativas a la participación social, el respeto y la inclusión social y la participación cívica y el empleo. Un tercer eje está constituido por las áreas comunicación e información y los servicios de apoyo social y de salud configurando un eje relativo a los entornos sociales y

¹⁶ OMS- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

determinantes sociosanitarios. Los entornos físico, social y de servicios son áreas consideradas como determinantes bajo el paradigma del envejecimiento activo¹⁷, pero, además, constituyen uno de los tres componentes del más reciente paradigma del envejecimiento saludable con los que interactúan los mayores según su capacidad física y cognitiva¹⁸. Al igual que ocurre con el paradigma del envejecimiento activo, la cultura y el género serían los determinantes transversales del modelo AFCC, a los que se añaden la soledad no deseada y el edadismo.

En la documentación utilizada fueron observadas una serie de variantes terminológicas de las áreas, como puede verse en la tabla 6.1. El área con menos desviaciones de denominación fue la vivienda, seguida de transporte y espacios al aire libre y edificios. Otras veces, se mantuvo la terminología del PV pero se alteró su orden (como por ejemplo: área 4 considerada como área 5). En muy pocos casos dos áreas fueron unidas en una única (ejemplo: área 6 que englobó “Respeto e inclusión” unida a “Comunicación e información”). También en pocas ocasiones alguna otra área nueva fue añadida a las recogidas en el PV. Así, en el diagnóstico de Jaén se incluyó una novena área denominada como “proximidad a los servicios”. Santa Cruz de Tenerife recogió la “seguridad económica”. San Vicente de la Barquera, Val de San Vicente y Valdáliga (tres municipios de Cantabria) agruparon bajo la denominación “otras” algunas necesidades detectadas y que no habían sido englobadas en las otras áreas (ej.: servicios de alimentación a los mayores, digitalización de los servicios, formación para la digitalización, necesidad de personal de acompañamiento para trámites/gestiones administrativas y consultas médicas). También es de interés resaltar que el diagnóstico de ciclo 2 de Zaragoza (del año 2023), inserta la “soledad no deseada”.

Fue necesario revisar estos temas antes de proceder al análisis de contenido propiamente dicho, y ello al objeto de considerar cada área en el paquete de codificación cualitativa preciso. Por tanto, las diferencias terminológicas o de orden de las áreas encontradas no alteraron los procesos de codificación y análisis cualitativo.

El PV estableció la existencia de **aspectos positivos** (o fortalezas o ventajas), **aspectos negativos** (o debilidades o desventajas) y **propuestas de mejora** en cada una de las ocho áreas temáticas que estructuran y sintetizan las percepciones y opiniones de las personas mayores y los agentes sociales para considerar un entorno amigable. Por su parte, los planes de actuación se organizan en **objetivos/acciones, actuaciones e indicadores o metas**.

No es una cuestión baladí hacer un recorrido específico por cada una de las áreas de amigabilidad del modelo AFCC, aunque se ha comprobado que existe una interacción e incluso interdependencia entre ellas en el sistema geo-sociodemográfico y territorial, como bien se señala, además, en el PV.

Seguidamente se presentan los resultados de dos análisis complementarios. En un primer análisis cuantitativo se estudia la relación entre las propuestas de mejora incluidas en los diagnósticos y las actuaciones de los planes. Los resultados del análisis de contenido para cada área temática de los entornos de amigabilidad se presentan en segundo lugar. Este análisis atañe, por un lado, a las **propuestas de mejora**, como reflejo de la necesidad de dar respuesta a las debilidades o aspectos negativos para afrontar la amigabilidad de los entornos, y, por otro, a las **actuaciones de los planes** encaminadas a responder a las propuestas de mejora, poniendo el acento en la posible correspondencia entre ambos, diagnósticos y planes.

¹⁷ WHO- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

¹⁸ WHO- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Tabla 6.1. Áreas de amigabilidad del Protocolo de Vancouver y variantes terminológicas utilizadas en los estudios analizados

Tabla 6.1. Áreas de amigabilidad según la denominación de la Organización Mundial de la Salud y variantes terminológicas encontradas en la revisión de diagnósticos

1- Espacios al aire libre y edificios	2- Transporte	3- Vivienda	4- Participación social	5- Respeto e inclusión social	6- Participación cívica y empleo	7- Comunicación e información	8- Servicios de apoyo comunitario y de salud
Accesibilidad y uso de los espacios públicos y privado.	Lo coma como área 3	Habitatge	Lo india como área 1: Participació social i cívica	Lo indica como área 4	Lo incluye en área 4 como Participación, tejido social y	Lo indica como área 6	Lo indica como Apoyo a la comunidad, servicios sociales y de salud
Accessibilitat i ús dels espais públics i privats	Lo indica como: Transport	Lo indica como área 2: Transporte	Lo indica como área 1: Participación social y cívica	Lo indica como área 6	Lo indica como Actividad cívica y participación ciudadana	Lo indica como 6 Respeto a inclusión + Comunicación e	Lo indica como área 4 Serveis socials i de salut
Edificios y espacios al aire libre	Mobilitat i transport	Lo indica como área 4: Habitatge	Lo indica como área 5	Lo indica como área 4 Respeto e inclusión	Lo indica como área 1 Participació social i cívica	Lo indica como área 6 Comunicació i informació	Lo indica como área 7 Serveis socials i de salut
Espacios al aire libre	Mobilitat i transport	Lo indica como área 4: Vivienda	Lo indica como área 5 Participación social	Lo indica como área 4 Respeto, Redes e inclusión social	Lo indica como área 5	Lo indica como área 6 Comunicación	Lo indica como área 7 Serveis socials i de salut
Espais a l'aire lliure i edificis	Movilidad y transporte		Lo indica como área 5 Participación y tejido social	Lo indica como área 4: Respeto, Participación social	Participación ciudadana y empleo	Lo indica como área 6 Comunicación e Información	Lo indica como área 7 Servicios Sociales y de Salud
Lugares al aire libre y edificios	Transport		Lo indica como área 5: Participación social	Lo indica como área 4: Respeto e inclusión social	Participación social y	Lo indica como área 6 Comunicación e Información	Lo indica como área 7 Servicios sociales y sanitarios
	Transporte público del municipio		Lo indica como área 5: Participación y apoyo social	Lo indica como área 4: Respeto e inclusión social	Lo indica como área 5 Voluntariado, asociacionismo y	Lo indica como área 7 Comunicación e Información	Lo indica como área 8 Comunicació i informació
	Transporte público y privado		Lo indica como área 5: Respeto e inclusión social	Lo indica como área 6: Respeto e inclusión + Comunicación e	Lo indica como área 6 Relaciones de soporte y ayuda mutua	Lo indica como área 8 Cominació i informació	Lo indica como área 3 Servicios sociales y de salud
	Transporte y Comunicación		Lo indica como área 6: Relaciones de support	Lo indica como área 6: Respeto e inclusión	Lo indica como área 6 Trabajo y participación ciudadana	Lo indica como Comunicación e información del municipio	Lo indica como Asistencia comunitaria y sanidad
	Transporte y movilidad		Lo indica como Participación Social y Tejido Social	Lo indica como área 6: Respeto e inclusión social	Lo indica como área 7	Lo indica como Información y Comunicación	Lo indica como Asistencia comunitaria y servicios sanitarios
	Transportes		Lo indica como Participación y Tejido Social	Lo indica como área 7: Respeto, desigualtats in condicions	Lo indica como área 7 Empleo y participación		Lo indica como Salud y servicios sociales
			Lo indica como Participación y tejido social	Lo indica como área 7: Respeto, desigualdades y condiciones de	Lo indica como área 7 Empleo y voluntariado		Lo indica como Serveis socials y salut
			Lo indica como Participación, tejido social y empleo	Lo indica como Respeto e inclusión	Lo indica como área 7 Ocupació i participació cívica		Lo indica como Serveis comunitaris y de salut
			Lo indica como Redes y apoyo social		Lo indica como área 7 Participación ciudadana y empleo		Lo indica como Servicios de apoyo comunitario y de salud
			Lo une en área 4 como Respeto, participación e inclusión social		Lo indica como área 7 Trabajo y participación		Lo indica como Servicios sociales y de salud
					Lo indica como área 7 Trabajo y participación cívica		Lo indica como Servicios sociales y sanitarios
					Lo indica como área 8 Trabajo y participación ciudadana		Lo indica como Servicios sociales y sanitarios del municipio
					Lo indica como Empleo y participación ciudadana		
					Lo indica como Participación ciudadana y empleo		
					Lo indica como Participación cívica y empleo		
					Lo indica como Participación cívica y ocupación		
					Lo indica como Relaciones de soporte i ajuda mútua		
					Lo indica como Trabajo y participación ciudadana		

Fuente: OMS - Organización Mundial De La Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Geneva: Organización Mundial De la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf
 Y elaboración propia.

(1) OMS -Organización Mundial De La Salud. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Geneva: Organización Mundial De la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

6.1. La relación entre las propuestas de mejora en los diagnósticos y las actuaciones de los planes: análisis cuantitativo

En esta sección se lleva a cabo un análisis descriptivo a partir de la frecuencia de cada uno de los códigos de las propuestas de mejora y de las actuaciones. Con un carácter general, el objetivo es valorar el nivel de consolidación de las propuestas de mejora de los diagnósticos sobre las actuaciones de los planes de acción. Para ello se han utilizado dos variables de control, como son el tipo de documentos y el tamaño municipal.

Como primer rasgo, resalta la existencia de una relativa diferencia en número de citas entre las propuestas de mejora (5.560) y las actuaciones (4.552), lo que conlleva un número medio de citas por documento de 73,2 y 73,4, respectivamente (tabla 6.2).

Tabla 6.2. Comparación de citas entre las propuestas de mejora de los diagnósticos y las actuaciones de los planes, según áreas de amigabilidad

Áreas de amigabilidad	Mejoras (Diagnósticos, N: 76)		Actuaciones (Planes, N: 62)		Diferencias (1)	
	Total	%	Total	%	Total	%
1 - Espacios al aire libre y edificios	1.594	28,7	1.126	24,7	468	3,9
2 - Transporte	805	14,5	475	10,4	330	4,0
3 - Vivienda	509	9,2	349	7,7	160	1,5
4 - Participación social	496	8,9	554	12,2	-58	-3,2
5 - Respeto e inclusión social	461	8,3	517	11,4	-56	-3,1
6 - Participación cívica y empleo	502	9,0	319	7,0	183	2,0
7 - Comunicación e información	517	9,3	450	9,9	67	-0,6
8 - Servicios de apoyo comunitario y de salud	676	12,2	762	16,7	-86	-4,6
Total	5.560	100,0	4.552	100,0	1.008	

Fuente: Elaboración propia a partir de la frecuencia de las citas en los códigos.

(1) Diferencias positivas: mayor número de citas en propuestas de mejora; diferencias negativas: mayor número de citas en las actuaciones.

Las áreas de amigabilidad con más citas en los documentos tipo diagnóstico fueron espacios al aire libre y edificios, transporte, servicios de apoyo comunitario y de salud, y comunicación e información, seguidas de vivienda y participación cívica y empleo. Por su lado, en las actuaciones de los planes el mayor número de citas coincidió también con espacios al aire libre y edificios, pero en este caso fue seguido de los servicios de apoyo comunitario y de salud, la participación social y el respeto y la inclusión social.

Si se analizan las diferencias con respecto a la distribución relativa de las distintas áreas de amigabilidad entre las mejoras y las actuaciones (tabla 6.2) se observa una variación porcentual que se encuentra en una horquilla de ± 4 . La disimilitud entre las propuestas de mejora y las actuaciones son notables en el área de espacios al aire libre y edificios, lo que representa el 46,4% del conjunto de las diferencias, seguido del área de transporte, con un 32,7%. Otro hecho reseñable es la diferencia a favor de las

actuaciones de los planes en el área de participación social, respeto e inclusión social y servicios de apoyo comunitario y de salud (con valores negativos).

Teniendo en cuenta aquellos municipios que han presentado documento de diagnóstico y de plan de acción, en total 51, es posible comparar las propuestas de mejora identificadas en los diagnósticos que han tenido su continuidad en los planes de acción. Para ello se ha calculado un indicador que contabiliza el número medio de citas en cada área de amigabilidad por tamaño de municipio para diagnósticos y para planes y se ha obtenido la diferencia entre ambos tipos de documentos (Tabla 6.3). La distribución de citas en las áreas de amigabilidad, anteriormente descrita en la Tabla 6.2, se mantiene: las áreas de participación social y de servicios de apoyo comunitario y de salud, sobre todo, concentran más actuaciones que las que habían sido identificadas en los diagnósticos, mientras que las áreas de transporte, vivienda y participación cívica y empleo, al contrario, muestran un menor número de propuestas de mejora en los diagnósticos. Es posible que algunas propuestas de mejora, emanadas de los grupos de discusión con las personas mayores y las entrevistas con distintos actores municipales, no consigan ver la luz como actuaciones cuando éstas son evaluadas por los gestores municipales del plan y que de ello se derive una reducción o un aumento de las actuaciones en función de las estrategias específicas de cada municipio y de las competencias que tengan para llevarlas a cabo.

Tabla 6.3. Comparación de las diferencias en número de citas entre las propuestas de mejora de los diagnósticos y las actuaciones de los planes, según tamaño municipal

Áreas de amigabilidad	Tamaño municipal				Totales
	1 < 2.000 hab. (N=9)	2 2.000-10.000 (N=10)	3 10.000-100.000 (N=18)	4 > 100.000 (N=14)	
1 - Espacios al aire libre y edificios	-2,4	-0,2	-1,0	1,7	-0,3
2 - Transporte	-0,7	-2,8	2,9	4,2	1,5
3 - Vivienda	1,4	1,4	2,0	-2,0	0,7
4 - Participación social	3,7	-0,7	-2,9	-13,2	-4,1
5 - Respeto e inclusión social	-4,8	1,7	0,9	-3,9	-1,3
6 - Participación cívica y empleo	-2,1	2,0	1,5	0,4	0,7
7 - Comunicación e información	0,5	3,5	-0,7	-5,4	-1,0
8 - Servicios de apoyo comunitario y de salud	-2,8	2,4	-1,0	-9,5	-3,0
Totales	-7,1	7,3	1,8	-27,8	-6,8

Nota. Diferencias positivas: mayor número de citas en propuestas de mejora; diferencias negativas: mayor número de citas en las actuaciones.”

La distribución por tamaños municipales muestra dos hechos destacados: por un lado, el número de municipios es desigual según tamaños, lo que puede generar una cierta heterogeneidad en los documentos elaborados, en función de los recursos disponibles para ello. No sucede así en el caso de los municipios más pequeños, mayoritariamente de Cantabria, que han elaborado sus diagnósticos y planes siguiendo una metodología muy uniforme y con una estrategia de fomento de su participación en la Red Española. Por otro lado, en general, los municipios de mayor tamaño tienden a proponer más actuaciones que las mejoras detectadas en los diagnósticos, especialmente en las áreas más ‘sociales’ (4, 8, 5 y 7, principalmente), quizás en consonancia con una mayor disponibilidad de recursos técnicos y económicos y de competencias administrativas para llevarlas a cabo.

Con respecto a las **mejoras derivadas de los diagnósticos**, los resultados indicaron que la familia temática más frecuentemente mencionada como necesidad de mejora fue la de **accesibilidad**. Bajo este término han sido agrupados los temas relativos a las barreras de tipo físico en las infraestructuras públicas y edificios que pueden dificultar la movilidad, especialmente de los mayores y de las personas más vulnerables. El objetivo es eliminarlas para hacer estos entornos más accesibles. La accesibilidad es un tema objeto de mejora en todas las subáreas de los espacios al aire libre y edificios. En este sentido, se propone progresar en la accesibilidad de los entornos más antiguos, porque las edificaciones e infraestructuras más recientemente construidas no suelen presentar este tipo de obstáculos. Se destaca, además, la necesidad de mejora de la accesibilidad en todas las subáreas de los espacios exteriores e interiores, desde los parques y áreas verdes, los baños/aseos públicos, las calles, las aceras, las plazas, los edificios, etc. En suma, todo es susceptible de mejorar para eliminar las barreras a la movilidad y facilitar la integración social y comunitaria de las personas en su proceso de envejecimiento.

La familia relativa a **zonas verdes-parques-jardines** sigue en orden de importancia de acuerdo con la frecuencia de mención. Así, se requiere de más parques y áreas verdes, que además estén dotados de asientos/bancos (equipamiento que ha sido catalogado en el estudio dentro de la familia “infraestructuras”) u otro mobiliario cómodo, aseos/baños, más arbolado y zonas de sombra, equipamiento para ejercicio físico, incluso más áreas de aparcamiento cercanas a los parques, y todo ello al objeto de que puedan servir como lugares exteriores de paseo o de realización de ejercicio físico, que permitan a los mayores salir de casa, como otro modo de participar en la sociedad y de mantener relaciones intergeneracionales en el entorno vecinal exterior. Se propone la necesidad de aumentar los trabajos de mantenimiento, la frecuencia de limpieza de los parques y el cuidado de plantas y otras dotaciones en estos espacios verdes y en las calles. En este sentido, muchas voces claman por la mejora en la concienciación o educación ciudadana para el respeto al medioambiente y a sus residentes. No sólo se demandan áreas verdes en espacios abiertos, también la posibilidad de instalar una zona cubierta en los parques, especialmente en aquellas zonas con tipo de tiempo caracterizado por abundante lluvia.

En el ámbito de las **infraestructuras públicas** se propone la mejora en diferentes aspectos relacionados con las dotaciones en los espacios públicos/comunitarios, que faciliten su acceso y uso por la población vulnerable. Una buena parte de las propuestas están asociadas con las calles. Así, se recomienda facilitar el buen estado y la pavimentación de las calles y también de las aceras o la anchura suficiente de las mismas (liberando incluso algunas aceras de negocios de hostelería), o el mantenimiento/acondicionamiento de alcantarillado, calles y carreteras, instalación de pasos de cebra dotados de pintura antideslizante, implantación de semáforos regulados, y todo ello permitiría a los peatones mayores caminar con seguridad así como el paso de sillas de ruedas por aceras amplias y la fluidez del tráfico por las calles. Otros aspectos estarían relacionados con la señalización para la circulación y la limitación de velocidad de los vehículos, la iluminación y el asfaltado para minimizar los riesgos de caídas, la señalización de los nombres de las calles para una mejor su acceso. También se sugiere dotar de más fuentes, aseos/baños públicos, revisar y mejorar su accesibilidad, facilitar el uso por personas con diversidad funcional y dotarlos de personal propio para el mantenimiento/limpieza y seguridad; poner más dotaciones de tránsito elevado para evitar algunas calles de mucho tráfico, y aumentar la presencia policial.

En relación con la familia relativa al **atractivo medioambiental**, se sugieren mejoras para la eliminación o reducción de la contaminación, tener un entorno limpio, evitar los excrementos y orines de animales (en este punto los resultados señalaron la conveniencia de sancionar a dueños de perros que no

recogen los excrementos; o incluso habilitar parques o áreas específicas para ser usadas por perros), dotar de contenedores y papeleras para apoyar la recogida de residuos. También es relevante el hecho de adaptar o incluso generar espacios bien iluminados que faciliten salir de casa a aquellas personas que puedan tener comprometida su visión u otras funciones motoras. La dotación y mantenimiento de aseos/baños públicos es otra demanda que requiere de satisfacción. A este conjunto de características del espacio se suma la necesidad de generar edificaciones cubiertas, con características adecuadas para ser usadas en períodos de climatología adversa; al respecto, se señala que ayudaría mucho la revisión de aquellos espacios ya existentes y cerrados que, convenientemente adaptados, podrían constituir otro predictor para la satisfacción de esta demanda. Otro aspecto de mucho interés revelado en el estudio ha sido la propuesta de respetar las horas de sueño/reposo y actuar para disminuir o mitigar el nivel de ruidos que, especialmente en las áreas urbanas, se produce por motivos de tráfico u otras actividades de ocio y tiempo libre realizadas en la calle.

El tema de la **seguridad** se ha observado como recurrente o transversal en las distintas subáreas de amigabilidad de los entornos, al igual que ocurre con la accesibilidad, como previamente se ha comentado. De hecho, la seguridad es uno de los cuatro pilares del envejecimiento activo, destacándose como uno de los más importantes de las necesidades humanas, de modo que su falta puede tener efectos sobre la calidad de vida global y dominio específica. Así y en relación con el modelo AFCC, la seguridad se orienta no sólo a minimizar los riesgos, por ejemplo de caídas, en los espacios al aire libre y en los edificios sino también a facilitar la seguridad personal y la movilidad de los mayores libres de violencia o criminalización en los entornos. Así, se sugiere regular y controlar, o incluso prohibir, el uso de dispositivos móviles tales como monopatines, patinetes eléctricos o bicicletas, y, especialmente, evitar su circulación por las aceras. La seguridad en el uso de estos dispositivos lleva a sugerir la limitación de su velocidad, la mejora de la señalización, la creación de una calzada específica para su uso e incluso la necesidad de construir y/o renovar los aparcamientos, y todo ello al objeto de adecuar su utilización en el espacio urbano. Una mejora de la seguridad vendría también de la mano de desarrollar campañas de concienciación y educación cívica/comunitaria de respeto hacia el uso de los espacios e infraestructuras públicas (ejemplo: comportamiento de limpieza, respeto a los vecinos, difusión de campañas de seguridad en los medios de comunicación). Otros aspectos de seguridad, que confluyen con otras subáreas, es el de mejora de la iluminación y su sostenibilidad, la instalación el mantenimiento de pasos de peatones, la accesibilidad de las calles, como apoyo a la seguridad personal. En la misma línea se propone recuperar la figura de policía de proximidad o patrullas de barrio, más dotaciones de fuerzas de seguridad en los espacios al aire libre y especialmente de vigilancia durante las horas nocturnas. Se vuelve a reiterar el control para evitar excrementos de perros y la necesidad de establecer una normativa ad hoc para multar en caso de incumplimiento. Se incide asimismo en la necesidad de establecer una normativa de seguridad en relación con la accesibilidad en las infraestructuras públicas, tomar medidas para la mejora de la limpieza y para la prevención de robos y delincuencia.

Con respecto a **edificios**, el hecho de que las personas mayores suelen vivir en áreas también envejecidas y, generalmente, con menos dotaciones conlleva la necesidad de propuestas de mejora en los edificios, no sólo aquellos de la residencia habitual de los mayores sino también en los de carácter público. El objetivo es hacerlos más accesibles mediante la eliminación de rampas o barreras, la instalación de ascensores o escaleras mecánicas, urinarios en los edificios públicos, dotación de aparcamiento en los edificios o en los alrededores de los edificios residenciales antiguos, ascensores con avisos sonoros, lumínicos y con botoneras en braille, apertura automática de puertas en edificios y ascensores, señalética adaptada tanto en el interior como en el exterior de los edificios. La limpieza

y seguridad en edificios públicos constituyeron otros temas de interés para su mejora. En suma, se trata de un conjunto de demandas que también confluyen con la accesibilidad.

En referencia a las **actuaciones propuestas en los planes de acción** (figura 6.2), y derivado del análisis de la frecuencia de mención de las palabras que conforman cada familia temática, la tipología de actuaciones en relación con la **accesibilidad** es variada. No obstante, en síntesis, se nombran aquellas actuaciones encaminadas a garantizar la accesibilidad universal, tanto en infraestructuras como en edificios públicos dedicados al uso por mayores, especialmente pero no sólo, o en edificios de carácter privado (como la mejora de accesibilidad a las viviendas). Asimismo, se menciona la revisión del cumplimiento de la normativa aplicable en materia de accesibilidad en proyectos de nueva edificación o de rehabilitación.

Figura 6.2. Área 1: Espacios al aire libre y edificios: actuaciones desarrolladas en los planes de acción



En términos de **parques-áreas verdes** son nombradas actuaciones relativas a la instalación de más baños públicos y fuentes tanto en parques como en calles, bancos para el descanso y equipamiento deportivo orientado a mayores para promover no sólo las relaciones sociales sino también la dinamización de actividades deportivas y al aire libre, o la mejora del mantenimiento de estas dotaciones, suministro de nuevos puntos de alumbrado público, promoción de la intergeneracionalidad en los parques localizando áreas dedicadas a mayores cercanas a aquellas orientadas a población infantil, y la creación de áreas específicas para el senderismo dentro de los parques (por ejemplo, para marcha nórdica). Es citada también la actuación dirigida a hacer los parques más accesibles a personas con discapacidad mediante la eliminación de barreras a la movilidad, en línea con las actuaciones de accesibilidad

universal. Otra de las actuaciones referida ha sido la creación de cubiertas, tanto en parques como en plazas, al objeto de proteger de las inclemencias meteorológicas.

En relación con la familia **infraestructuras**, las actuaciones en distintos puntos estratégicos (parques-jardines-espacios verdes, en las plazas, en calles) consisten en la instalación, o ampliación o mejora en su caso, de aparatos deportivos/de gimnasia adecuados a personas mayores, para promover la actividad física y la socialización, pavimentación de algunas sendas, creación de zonas de sombra y de descanso, instalación/renovación de bancos y la dotación de baños públicos así como su limpieza y mantenimiento. En coocurrencia con otras familias temáticas, otras actuaciones tienen relación con la adecuación de accesibilidad de las infraestructuras, especialmente mejoras en las calles, las aceras y los pases peatonales, la revisión del mobiliario urbano y su adaptación a personas mayores, la delimitación/ubicación/limpieza de las terrazas de hostelería para evitar su invasión del resto del espacio público. El establecimiento de áreas de prioridad peatonal y sendas para bicicletas/patinetes eléctricos, con medidas informativas para facilitar la convivencia y respeto entre peatones y ciclistas.

Las actuaciones con respecto a la familia **atractivo medioambiental** se orientan hacia la dotación de iluminación eficiente y con prioridad en zonas de residencias de mayores, de centros de día, de espacios verdes y jardines, de pasos de peatones, la regulación de la intensidad lumínica así como el apagado selectivo. La iluminación y señalización podotáctil marcaría la accesibilidad para personas con discapacidad. También es prioritario actuar con respecto a la limpieza de los espacios públicos, así como las campañas de concienciación y de sensibilización de la tenencia responsable de perros y de la necesidad de recoger sus excrementos así como las colillas de tabaco y la limpieza y estética de los edificios privados. Un adecuado mantenimiento de las infraestructuras y de los espacios públicos es otra actuación contemplada en los planes de actuación.

En cuanto a la **seguridad y normativa**, las actuaciones se orientan a impulsar el conocimiento y difusión de normativa que regule el tráfico, la velocidad y los lugares de estacionamiento tanto de vehículos como de otros dispositivos (bicicletas y monopatines/patinetes eléctricos), y la instalación de cámaras de vigilancia, o una mayor dotación de vigilancia policial, para controlar el cumplimiento de esta normativa. Estas actuaciones redundarán en evitar conductas y actitudes de riesgo que pongan en peligro a las personas más vulnerables. Otras actuaciones se relacionan con la normativa de señalización, infraestructuras (ancho de calles, de aceras, rampas, bordillos), eliminación de barrera arquitectónicas. Se menciona también la necesidad de dar a conocer y de cumplir con la normativa de accesibilidad/limpieza/estética en los edificios privados así como con la de recogida de excrementos de animales. A estos efectos, se sugiere impulsar jornadas formativas al objeto de dar a conocer la normativa en seguridad relacionada con todos los aspectos relacionados con los espacios públicos.

Las actuaciones con respecto a la familia **edificios** se orientan hacia la accesibilidad (en coocurrencia con otras familias de esta área temática) de tipo sensorial y cognitivo mediante una señalética apropiada tanto en exteriores como en interiores de los edificios. Actuaciones en relación con la conexión de edificios y el acceso a los mismos, la construcción de apartamentos adaptados a personas con movilidad reducida en los edificios públicos son aspectos que orientan la accesibilidad física de los espacios. En algunas localidades se pretende crear grupos de trabajo, o incluso involucrar a la población, para informar al ayuntamiento sobre desperfectos urbanos tanto en las zonas al aire libre como en los edificios.

6.2.2. Área 2: Transporte

Esta área es considerada en el modelo AFCC como un factor relevante en el envejecimiento activo, como paradigma en el que se inscribe dicho modelo. No solamente la capacidad intrínseca de las personas para moverse sino los medios de transporte, tanto en términos dotacionales como económicos, se erigen en factores clave para desplazarse en el espacio físico. En este sentido, en el PV se señalan aspectos relacionados con la infraestructura, el equipamiento y los servicios de transporte. En el estudio realizado, se han agrupado las percepciones y opiniones de los mayores respecto de las áreas de mejora en el transporte en seis subáreas (figura 6.3): asequibilidad, es decir, (accesibilidad en cuanto a costo económico, redes (tipología de transporte, gestión, plazas, frecuencia-horarios rutas-destinos, paradas o estaciones, información, mejora de las redes), accesibilidad (de las infraestructuras, vehículos accesibles, asientos amplios y adaptados, asientos preferenciales, limpieza, información y señalización), seguridad (actitud y aptitud de los conductores, en el acceso a las unidades de servicio, seguridad personal o ciudadana en el uso del transporte, limitación de velocidad,), estado de conservación de las vías (tanto calles como vías de tren-metro; señalética, mantenimiento de las redes y de aceras-bordillos en las paradas) y estacionamiento (número de plazas, accesibilidad, estacionamiento preferente, puntos de acceso).

Figura 6.3. Área 2: Transporte: mejoras propuestas en los diagnósticos



● Asequibilidad	● Seguridad
● Redes de transporte	● Estado de conservación
● Accesibilidad	● Estacionamiento

El ámbito temático más relevante en esta área es relativo a las **redes de transporte**, no en vano alcanza la mayor frecuencia de propuestas de mejora. Así, se propone el aumento de líneas de transporte así como de la frecuencia y horarios en todos los medios (autobús, metro, tren, taxi), especialmente en los autobuses, como el más extendido en todas las localidades de residencia. Al objeto de adaptar el

transporte a personas con diversidad funcional, se sugiere aumentar el número de vehículos adaptados. También es preciso incrementar y mejorar las paradas de transporte mediante la instalación de marquesinas, diseñar y dotar de una señalética adecuada en las paradas con información visual y auditiva, horarios y precios, e incluso publicar folletos con este tipo de información que sea legible y accesible. Se requiere identificar los motivos de demanda de transporte y satisfacer la misma mediante la creación de líneas, estaciones y paradas en servicios muy usados por personas mayores, como pueden ser los de tipo sanitario, servicios sociales y de abastecimiento de bienes y servicios de uso no diario. En cuanto al uso del vehículo privado se recomienda un cambio de hábitos para usar menos este tipo de transporte a favor de los medios públicos, o también fomentar el uso de vehículos compartidos al objeto de contribuir a la sostenibilidad medioambiental.

El coste económico, o **asequibilidad**, de los servicios de transporte es otra área resaltada para su mejora. Así, se propone establecer convenios de bonificación o de tarifas reducidas en el servicio de taxi para personas mayores con dificultades económicas. Se sugiere no prestar atención a la rentabilidad económica al objeto de dotar de servicios de transporte a aquellas localidades con necesidades de movilidad. En general, se solicitan precios de transporte asequible, en línea con los recursos económicos de las personas mayores.

La **accesibilidad de las infraestructuras** es otro aspecto muy resaltado. En esta línea, se mencionan temas de mejora del acceso a los vehículos de los distintos medios mediante rampas o plataformas de acceso o disminución de escalones, dotación de agarraderos, mejorar el acceso a los andenes mediante la instalación de ascensores, a los aparcamientos, optimizar el espacio de los vehículos (tren, autobús) para uso por personas con andadores o con sillas de ruedas. La accesibilidad también se minora cuando los vehículos están mal aparcados o hay coches invadiendo aceras, por lo que se sugiere actuar para el control de este tipo de estacionamiento que limita la accesibilidad. También se demanda estudiar la posibilidad de permitir el acceso de vehículos propios al centro de las ciudades para personas mayores o personas con diversidad funcional o incluso para sus cuidadores.

El aspecto de la **seguridad** también está presente en el área de transporte, orientada a evitar riesgos hacia la salud por una mala práctica en el uso o manejo de los distintos tipos de vehículos de transporte. El PV indica la actitud y aptitud de los conductores, tema que aparece claramente señalado en los resultados del estudio, proponiendo la realización de cursos de formación y sensibilización frente a la vulnerabilidad de las personas mayores, insistiendo en el buen trato y en adecuar los tiempos para reanudar la marcha, después de que los mayores se hayan acomodado, y en conducir de forma suave. De igual modo, se requiere de la concienciación a los pasajeros sobre el respeto de los asientos reservados a personas mayores y con diversidad funcional, e incluso se menciona la posibilidad de crear un cuerpo de inspectores a tal fin; también se sugiere aumentar el número de asientos reservados para mayores, especialmente en la parte delantera de los autobuses. La dotación de rampas de acceso es otro tema transversal del área de transporte que atañe tanto a la accesibilidad como a la seguridad. La limitación y respeto de la velocidad, en todos los medios de transporte terrestre (incluidas las motocicletas, bicicletas, monopatines/patinetes eléctricos), se relaciona con la seguridad al objeto de evitar riesgos no sólo de los viajeros/usuarios sino también de los peatones; en este sentido, se sugiere rebajar la velocidad máxima y velar por su cumplimiento. Mejorar la señalización de los pasos de peatones y concienciar a éstos de su correcto uso es otra mejora que redundará en la seguridad en el transporte. Como otra mejora de la seguridad en el transporte se señala limitar el uso de las calles para la circulación y poner pivotes de separación entre las calles y las aceras al objeto de impedir que los coches invadan el espacio peatonal.

Un adecuado **estado de conservación** no sólo de las vías de transporte sino también del espacio peatonal y de las infraestructuras del transporte redundará en la amigabilidad de los espacios. En este contexto, se requiere de un adecuado mantenimiento de los vehículos, del acceso mediante ascensores/escaleras/rampas a los mismos, mejorar el mantenimiento de los pasos de peatones y de los bordillos en las paradas del autobús o taxi, de los carriles para bicicleta y monopatín, de las marquesinas, y todo repercutirá en la amigabilidad de los entornos.

Está expresado con claridad que se requiere de medidas para mejorar el **estacionamiento**, especialmente en los centros de las ciudades. Para potenciar la amigabilidad de los entornos se han considerado mejoras en relación con el aumento del número de plazas de aparcamiento, bien terrestre, bien subterráneo, para personas mayores y personas con diversidad funcional, así como el incremento del tiempo permitido en estacionamiento limitado en las áreas cercanas a servicios sanitarios, la creación de zonas de aparcamiento en áreas rurales, la construcción de aparcamientos disuasorios para permitir el acceso a la ciudad, la reducción del precio de los aparcamientos, y el reforzamiento del control en el uso correcto de los aparcamientos. En línea con la seguridad, se sugiere controlar y evitar el estacionamiento en las aceras.

En la figura 6.4 se muestran las familias temáticas relativas a **las actuaciones propuestas en el área de amigabilidad del transporte**. En cuanto a **redes**, las actuaciones responden a las demandas de mejora establecidas en los diagnósticos, de forma que se propone actuar sobre el aumento del número de líneas y de paradas de bus, la frecuencia o ampliación de horario de los transportes públicos en función de la demanda de destinos (especialmente relacionados con el uso de servicios de salud y sociales) e incluso la frecuencia intermunicipal, o inter-barrios (intramunicipal), la creación de un servicio de autobuses para conectar distintas localidades, la implementación de servicios de microbús para personas que soliciten servicio puerta a puerta, incrementar el número de taxis (o autobuses, trenes) accesibles y el número de paradas de taxi, la reserva de más espacio para uso de personas en silla de ruedas, la instalación progresiva de paneles o de pantallas electrónicas (o la publicación de folletos de fácil lectura) con información de horarios, la creación de mapas interactivos con las rutas, instalar o mejorar y mantener el buen estado de las marquesinas de las paradas.

Con respecto a **la asequibilidad**, si bien resultó ser una demanda de mejora de frecuencia elevada en los diagnósticos, en los planes de acción esta frecuencia es relativamente baja, y se resume en la conveniencia de actuar para obtener una reducción de coste en los servicios de transportes, especialmente en el taxi, lo que permitiría superar las dificultades económicas de muchas personas mayores con necesidad de uso de este recurso.

En términos de **accesibilidad**, las actuaciones se orientan a suprimir las barreras que dificultan el acceso y el uso de los medios de transporte, con el fin de mejorar la accesibilidad en los espacios públicos para las personas mayores y aquellas con discapacidad física, visual o auditiva. El objetivo prioritario es favorecer la movilidad. Así, las acciones previstas están encaminadas a facilitar la accesibilidad en pasos de peatones mediante la construcción de badenes a la altura de las aceras para facilitar la movilidad de las personas con andadores o sillas de ruedas, en las paradas de autobús o taxi, mejorar de acceso a la zona de aparcamientos, a proveer de información clara y sencilla de comprender sobre líneas o frecuencia de vehículos de transporte público, a instalar medios técnicos de accesibilidad desde el nivel del suelo a las unidades de transporte (rampa elevadora o plataforma de acceso para personas con andadores o sillas de ruedas) o en el interior de los vehículos (fijación para silla de ruedas, apoyos de sujeción) o a permitir la movilidad en el interior de las estaciones de metro mediante escaleras mecánicas o ascensores. También en el contexto de la accesibilidad, y de forma solapada con

bicicletas. También se estudiará la posibilidad de dejar más espacio de protección entre los pasos de peatones y los aparcamientos próximos. En las áreas rurales se insistirá en evitar el aparcamiento que obstaculice el paso en las puertas de las viviendas.

La familia **estado de conservación** tiene una relativa frecuencia de aparición con respecto a las actuaciones propuestas en los planes. Se alude a actuaciones orientadas a mejorar el mantenimiento y garantizar el funcionamiento de los medios técnicos de las unidades de transporte público, el mantenimiento o mejora de los pasos de peatones y la revisión/repación de las marquesinas en las paradas de autobús.

6.2.3. Área 3: Vivienda

La vivienda es uno de los elementos del entorno físico de mayor importancia para la vida. Se puede circunscribir al nivel micro del sistema residencial, esto es, a la esfera privada de sus moradores. La adecuación de la vivienda a sus residentes es lo que facilita poder envejecer en casa y produce una elevada satisfacción residencial como predictor de la calidad de vida en la vejez. En este sentido, los resultados del análisis han derivado en la agrupación de mejoras en la vivienda en una tipología varias familias (asequibilidad, diseño para la integración, estado de conservación, envejecer en casa, estrategias o alternativas residenciales, y vecindario) (véase figura 6.5).

Figura 6.5. Área 3: Vivienda: mejoras propuestas en los diagnósticos



La **asequibilidad** alude a la accesibilidad en términos de costo, asistencia financiera/programas de ayuda/ayudas o subvenciones económicas para la adaptación/mejora del entorno residencial habitual,

informar de la fiscalidad de las ayudas económicas/subvenciones, simplificación de trámites de acceso a las ayudas económicas. La demanda de mejora que resalta sobremanera bajo esta familia alude a las ayudas de tipo económico para adecuar la vivienda, facilitar el acceso a la información sobre subvenciones económicas para tal fin; en este sentido también se solicita crear oficinas municipales para informar y gestionar las ayudas o incluso facilitar los trámites administrativos de acceso a las ayudas e informar de la fiscalidad de las subvenciones. En otros casos la mejora requerida no es sólo convocar subvenciones sino aumentar el número de las mismas y la cuantía tanto para la vivienda (ej.: cambiar bañera por ducha) como para rehabilitar el edificio e instalar ascensor. Las obras de modificación de las viviendas para adaptarlas a los residentes es un aspecto global, que acontece y está estudiado en todos los territorios. Los mayores residen en viviendas antiguas con escaso nivel de equipamiento y construidas cuando la dotación de ascensor no era obligatoria, de modo que ésta es fundamental para facilitar la movilidad y las relaciones y evitar que los mayores no puedan salir de casa.

De acuerdo con las características del PV, el **diseño para la integración** se refiere a las dotaciones o equipamientos adecuados, la accesibilidad de la vivienda (evitar barreras u obstáculos), tenencia de ascensor, rampas de acceso. Junto con el diseño, se requiere de campañas de sensibilización e información para prevenir la accidentalidad en el hogar en aras de mantener la seguridad. En los municipios españoles se demandan mejoras de accesibilidad a las viviendas y los edificios y, de nuevo, surge con fuerza el tema del ascensor como otro medio para la accesibilidad y para la prevención del aislamiento y la exclusión social. También con respecto al ascensor se sugiere propiciar acuerdos entre los vecinos para su instalación. Pensando a futuro, las personas mayores actuales demandan diseñar y aplicar una normativa para que las nuevas viviendas se construyan bajo los criterios de accesibilidad, buena iluminación, puertas anchas, ascensores más grandes, rampas de acceso para evitar escalones en la entrada desde la calle al edificio.

Bajo la familia **estado de conservación** se apunta a conocer si el estado de la vivienda es apropiado para personas mayores o si requiere algún tipo adaptación/modificación de acuerdo con la capacidad intrínseca de los mayores. Con elevada frecuencia se menciona la necesidad de adaptación a la capacidad intrínseca, según la terminología del envejecimiento saludable. Este término de adaptación, también recogido como reforma, es transversal en esta área, por cuanto se requiere de ayuda financiera y de diseño para la adecuación a las necesidades de los residentes.

Envejecer en casa es la estrategia residencial elegida por la mayoría de la población para pasar el tiempo de vejez, y por ello tiene que estar adaptada a las necesidades de los mayores (en cuanto a accesibilidad y diseño, como se ha visto previamente), pero también disponer de los servicios propios de una vivienda, de los servicios comunitarios de atención en domicilio y otras dotaciones que faciliten la permanencia en casa (dispositivos electrónicos de asistencia y control de movimiento, servicios de comedor o de comida a domicilio, lavandería, acceso a centros de día como otro medio para residir en casa). Esta demanda de servicios es un resultado común los diagnósticos de amigabilidad, y, además, se solicitan recursos económicos para apoyo en el uso de los servicios, en línea con la familia asequibilidad.

Bajo la denominación de **estrategias** se alude a alternativas u opciones residenciales para mayores y personas con necesidades específicas (viviendas tuteladas, residencias, viviendas colaborativas, viviendas de alquiler, bolsa de vivienda social, programa de respiro familiar, pisos compartidos, pisos compartidos para convivencia intergeneracional; viviendas con cuidadores). En caso de que las viviendas carezcan del equipamiento adecuado a las personas con necesidades específicas, se solicita la creación de más plazas residenciales, preferentemente de tipo público, y también en centros de día,

de modo que los mayores puedan usar este servicio durante el día y regresar a su domicilio por la noche. De igual modo, se requiere la construcción de pisos tutelados o compartidos o comunidades de personas mayores. Otra alternativa demandada pasa por construir viviendas para ser compartidas por mayores y jóvenes generando convivencia intergeneracional (quizás en línea con la reciente tipología de viviendas colaborativas, si bien este término no es declarado en los estudios manejados). También se menciona la creación de mini-residencias para ser usadas en casos de urgencia. De cualquier forma, se insiste en varios aspectos: el respeto por la independencia residencial, la reducción de plazos para el ingreso en residencias, la construcción de residencias también en las áreas centrales de las ciudades, la posibilidad de habilitar áreas en las residencias en función de la capacidad de los residentes, así como valorar la creación de recursos como respiro familiar

En cuanto a los **vecinos**, como red de relaciones en el entorno residencial y elemento de apoyo/ayuda en caso de necesidad, si bien no es un término caracterizado por una alta frecuencia de mención, se sugiere promover programas de ayuda entre los vecinos.

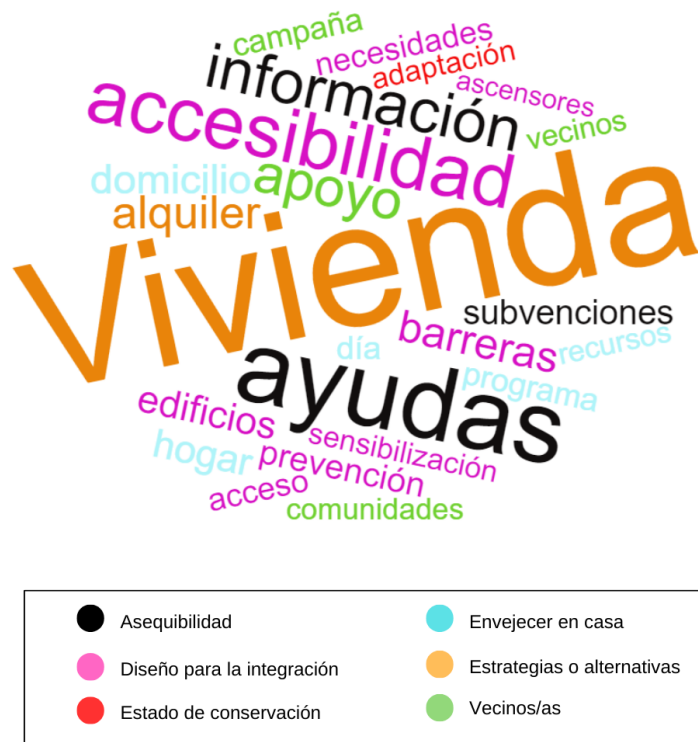
Frente a las mejoras propuestas en los diagnósticos, **¿cuáles son las actuaciones recogidas en los planes de acción?** De la nube de palabras relativas a las actuaciones plasmadas en los planes (figura 6.6), con claridad se observa la aparición de varios términos que han alcanzado una alta frecuencia de aparición. También se ha advertido una alta correspondencia entre las mejoras propuestas en los diagnósticos y las actuaciones de los planes. Con respecto a estas últimas, una de las familias temáticas más sobresalientes es la de la **asequibilidad**. Así, ayudas, información y subvenciones resaltan en línea con las actuaciones encaminadas a promover ayudas económicas o subvenciones para adecuar las viviendas a las necesidades de sus residentes, especialmente eliminar barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda y dotarlas de ayudas técnicas, pero también en el acceso a la misma desde el exterior (instalación de ascensor en el edificio, rampas salva-escalones, barandillas, ampliación de la puerta de acceso al edificio). Esto entra en coocurrencia con otras áreas y familias porque facilitaría la accesibilidad y permitiría evitar el aislamiento de los mayores o de personas con dificultades en la movilidad. Para afrontar actuaciones de este tipo también se requiere de la concienciación y sensibilización a los propietarios o vecinos sobre la necesidad de acometer este tipo de reformas. Otras ayudas mencionadas son las relativas al alquiler, rebajas del Impuesto de Bienes Inmuebles (IBI) y de la tasa de residuos sólidos urbanos o basuras. En línea con la promoción de estas ayudas económicas, se actuará facilitando la información de las convocatorias de las mismas, especialmente desde las instancias públicas pero también en los medios de comunicación y a través de los administradores de la propiedad/de fincas, explicitando los criterios de acceso en la tramitación de las ayudas y asesorando acerca de los trámites para su solicitud.

En la familia agrupada bajo la terminología de **diseño para la integración** destaca, de nuevo y en línea con las anteriores áreas de amigabilidad relativas al eje temático de los entornos físicos, el tema de la accesibilidad, tanto en el espacio interior o privado de la vivienda como en el entorno exterior o público del área residencial (edificio y barrio donde se ubica la vivienda, pero también en el acceso al uso de servicios comunitarios). Todos los temas relativos a accesibilidad tratados en las familias anteriores (espacios al aire libre y edificios, y transporte) vuelven a ser reiterados en esta familia como actuaciones planteadas en los planes de acción que están, en síntesis, orientadas a impulsar la accesibilidad mediante elementos técnicos, arquitectónicos o dotacionales para afrontar las necesidades urbanísticas de la población en su proceso de envejecimiento, eliminar barreras y prevenir, en suma, la exclusión social.

En relación con la familia **estado de conservación**, se ha observado una relativa discrepancia en la frecuencia de mención en esta familia entre las mejoras de los diagnósticos y las actuaciones de los

planes. No obstante ello, las actuaciones propuestas están en línea con el concepto que supone las adaptaciones o modificaciones para adecuar el entorno residencial a las necesidades de sus residentes, especialmente de edad o aquellos con deterioro de su capacidad funcional. Y en este sentido, las menciones están orientadas al mantenimiento y revisión de diversas instalaciones tanto del edificio como de la vivienda (como la mejora de la seguridad, la revisión de la instalación de gas o eléctrica, el alumbrado conmutado, la adecuación del tipo de suelo y la instalación de bandas señalizadoras).

Figura 6.6. Área 3: Vivienda: actuaciones desarrolladas en los planes de acción



El concepto **estrategias/alternativas/opciones residenciales** se conforma básicamente a partir del estudio de alternativas residenciales a la vivienda familiar habitual para facilitar el desarrollo de la vida autónoma del mayor, como pueden ser “viviendas” tuteladas, viviendas compartidas, viviendas colaborativas o cohousing, viviendas intergeneracionales, y viviendas en régimen de alquiler asequible. Esta diversidad de opciones residenciales ha de responder a las necesidades específicas de la población mayor, y también habría de venir apoyada por el asesoramiento en materia de vivienda desde las administraciones públicas.

Las actuaciones en la familia etiquetada como **vecinos**, como red de relaciones y apoyo en el entorno residencial, se orientan hacia la promoción de campañas de sensibilización o concienciación, en las comunidades de vecinos y también entre los vecinos del área o localidad de residencia, para prevenir barreras a la movilidad que faciliten la inclusión social y comunitaria de los mayores, y eviten actos delictivos y fraudes contra mayores.

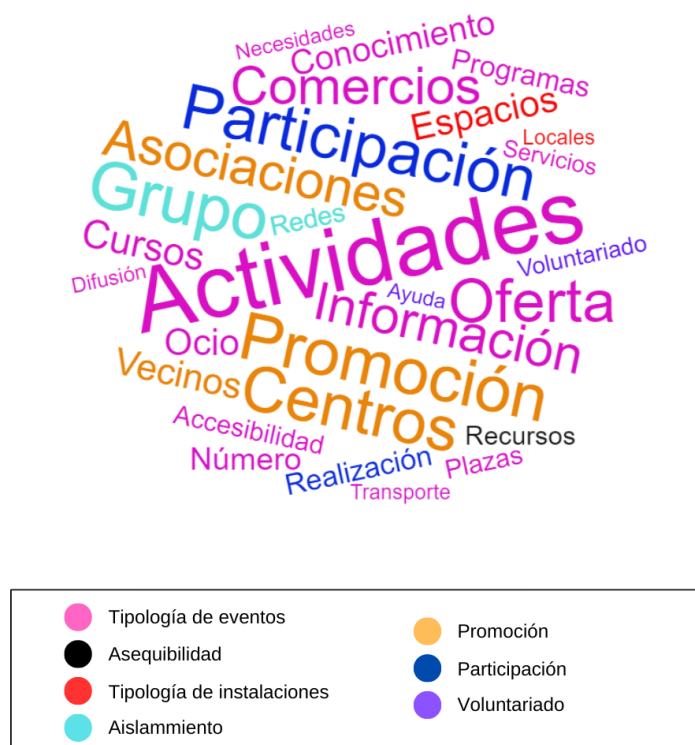
Como estrategia prioritariamente elegida por los mayores, **envejecer en casa** se apoya en las actuaciones previamente comentadas, que facilitan, precisamente, la permanencia en la vivienda y en el entorno habitual de residencia. Por tanto, se aluden a actuaciones encaminadas a diseñar programas

para facilitar los servicios y recursos ad hoc, y ello encaminado a la permanencia en el domicilio habitual pero también a la inclusión social y comunitaria de las personas en su proceso de envejecimiento.

6.2.4. Área 4: Participación social

De nuevo en esta área se observa la estrecha relación de los paradigmas de envejecimiento activo y ciudades y comunidades amigables, como no podría ser de otra forma por cuanto el último sigue las propuestas de diseño e implementación desde el primero. La participación es uno de los pilares del envejecimiento activo, y es entendida en sentido amplio como la participación en actividades tanto de ocio y tiempo libre como familiares y socioculturales que faciliten a los mayores la integración social y comunitaria. Ahora bien, la participación también está en interdependencia con otras subáreas temáticas del modelo AFCC, y esto es lo que se va a analizar en este punto. Del análisis de los documentos estudiados se ha obtenido la siguiente clasificación: tipología de eventos o actividades, asequibilidad, tipología de instalaciones o espacios de participación, aislamiento, promoción activa en el área de residencia o vecindario, participación o realización de actividades y voluntariado (figura 6.7)

Figura 6.7. Área 4: Participación social: mejoras propuestas en los diagnósticos



Con la denominación de **tipología y eventos o actividades** se hace referencia a la variedad y oferta de actividades, el número de plazas, los horarios, la información y difusión en distintos medios escritos/radio/TV/TIC, el conocimiento de eventos, los programas, la información/difusión de los eventos desde distintas fuentes (asociaciones, centros, ayuntamiento, comercios, etc.), cursos específicos para solventar la brecha digital, como una amplia gama de aspectos conexos con este subtema. En este sentido destaca el término **actividades** para referirse a varios hechos. Uno es la necesidad de una mayor **oferta/diversidad** en función de la demanda, mencionándose actividades de

muy diverso tipo orientadas a ejercitar los aspectos físicos (promover la movilidad, prevención de caídas, o similares), cognitivos y de bienestar emocional, de tipo relacional y de inserción en la comunidad (facilitar las relaciones intergeneracionales y entre personas mayores, y evitar el aislamiento y la soledad no deseada) y actividades formativas y culturales, como las más reseñadas. Junto a la oferta también destaca la demanda de una mayor frecuencia de realización así como la duración. La **ampliación del número de plazas** es otro aspecto sobresaliente, y ello tanto en centros (centros de servicios sociales, asociaciones, etc.) ad hoc como en el propio domicilio de aquellas personas mayores que no puedan desplazarse. Para apoyar la propuesta anterior se requeriría de la creación de programas de **voluntariado y de acompañamiento**. Como **tutores de las actividades**, además de las personas especializadas, se sugiere aprovechar el conocimiento y experiencia de las personas mayores poniendo en valor su contribución a la sociedad. En cuanto a la **accesibilidad**, es reseñable la solicitud de eliminación de barreras para la participación, especialmente orientadas a aquellas personas con diversidad funcional, no solamente en los espacios donde se realizan las actividades sino también dotar de medios de transporte ad hoc para poder desplazarse. Desde la **perspectiva geográfico-administrativa**, se recomienda la necesidad de ofertar actividades-cursos-talleres en otras áreas de la ciudad que no sea sólo el espacio central al objeto de llegar a más población. En relación con la **información**, se sugiere mejorar los canales de difusión de actividades y cursos a través de centros de mayores y asociaciones, también desde los comercios, insistiendo en hacerlo tanto por medios impresos como a través de TIC y facilitar las inscripciones a través de internet, solicitando, además, que la información sea clara y sencilla de comprender. Desde la perspectiva de **género**, se insiste en aumentar la participación de hombres y ofrecerles actividades atractivas a sus demandas y necesidades.

La accesibilidad relativa a costo (precios asequibles de los tickets/entradas/matriculación/registro) ha sido denominada en este estudio como **asequibilidad**. En el contexto de la participación se solicitan más recursos económicos para afrontar la oferta de actividades, pero, especialmente se sugiere que el acceso a las mismas tenga un precio asequible, especialmente para aquellas personas mayores con menos nivel socioeconómico.

La diversidad de espacios para la realización de actividades ha sido englobada en la familia **tipología de instalaciones** o espacios/locales/centros/espacios de encuentro y accesibilidad en relación con la ubicación y el transporte. En este sentido, se sugiere buscar nuevos espacios y locales para generar tejido social, espacios abiertos para realizar actividades o para encuentros sociales e incluso intergeneracionales. Además de ello, se requiere del acondicionamiento de los espacios orientados a la participación social y comunitaria. Y se demanda que esos espacios no estén sólo en asociaciones, también en centros sociales e incluso en grandes urbanizaciones para permitir la interacción vecinal.

La participación activa y social contribuye a evitar o mitigar el **aislamiento** y potenciar las redes sociales. En esta línea, se solicita prestar atención a personas en situaciones de soledad no deseada para ser integradas en la comunidad. Ello podría hacerse desde distintas vías complementarias. Por un lado, mediante la creación de un servicio de atención telefónica. También sería de gran ayuda la generación de grupos de voluntariado y redes informales, grupos de en redes sociales (whatsapp), grupos de terapeutas especializados para acompañar y mitigar las situaciones de soledad entre personas mayores, fortalecer las redes vecinales de apoyo a personas mayores en situación de soledad. Asimismo, habría que diseñar e implementar programas para potenciar las redes sociales en línea a la integración social de las personas mayores, como otra vía para evitar el aislamiento y la soledad.

La **promoción de actividades** en el entorno residencial está orientada a la integración comunitaria, a concienciar de los beneficios por la práctica de actividades, a facilitar la creación de

asociaciones/centros para la participación, promover la interculturalidad/intergeneracionalidad/relaciones vecinales con interés para ambos géneros en la participación de actividades. La participación social ha de venir de la mano de la oferta de actividades y eventos, la accesibilidad, la asequibilidad y otras iniciativas para fomentar la participación. La promoción ha de realizarse desde las asociaciones, los centros de mayores, las redes sociales, la administración local o instituciones públicas con responsabilidad en temas de personas mayores, y también desde las asociaciones de vecinos. Resalta asimismo el rol del voluntariado en la promoción de la participación social. Para ello, se requiere y se demandan recursos a las administraciones especialmente de carácter local. Los medios para la difusión estarían en línea con los previstos en la familia tipología de eventos o actividades, esto es tanto medios impresos como en línea.

Es un tema recurrente en este área, y también en otras, la necesidad de fomentar el **voluntariado** para la promoción de la participación social, para la difusión de información y la organización de eventos, destacando los programas de acompañamiento para la participación de personas mayores solas o en riesgo de soledad no deseada y de personas con diversidad funcional, o incluso se sugiere la opción del voluntariado como ayuda a la realización de actividades en domicilio de aquellas personas mayores que no puedan desplazarse.

En general, no se observan cambios significativos cuando se comparan las mejoras propuestas en los diagnósticos y las actuaciones definidas en los planes de acción. **Los planes de actuación del área de participación social** hacen especial hincapié primero en la tipología de eventos y después en su promoción (figura 6.8).

Figura 6.8. Área 4: Participación social: actuaciones desarrolladas en los planes de acción



● Tipología de eventos	● Promoción
● Tipología de instalaciones	● Participación
● Aislamiento	● Voluntariado

La alta frecuencia de la palabra **actividades** implica que las actuaciones previstas incluyen una gran heterogeneidad de iniciativas, pero que, en coherencia con los diagnósticos, la vía para la participación social de las personas mayores es impulsar actividades en las que se vean incluidos/as. La **oferta**, en general, incluye actividades culturales, en grupo, algunas específicamente a la población mayor, de ocio y tiempo libre, actividades físicas, etc. Sin duda, una de las cuestiones que aparecen de manera recurrentemente es la importancia de generar **programas** de actividades intergeneracionales, donde se construyan espacios de intercambio y participación de los vecinos del municipio, independientemente de la edad. La **información** sobre los programas de actividades es imprescindible, y ello aparece recogido en los planes de acción, al prever canales de difusión e información, conocidos y accesibles, para que las personas mayores puedan recibir la programación.

Las actividades **formativas** tienen que ver con talleres y actividades útiles para las personas mayores, entre los que se incluyen talleres sobre envejecimiento activo y saludable, cursos de digitalización o formaciones sobre el uso y disponibilidad de los equipamientos deportivos del municipio. De este modo, los planes de acción contemplan la importancia de la formación en materia de envejecimiento activo y amigabilidad para comercios, profesionales y servicios públicos con la finalidad de sensibilizar en este tema. Un aspecto destacado es que las acciones propuestas tienen que ver, lógicamente, con el impulso de actividades de **voluntariado** para las personas mayores, incrementando su inclusión en la comunidad y generando espacios de participación útiles para la comunidad.

La **accesibilidad**, además de hacer referencia a la importancia de que las actividades se desarrollen en espacios que aseguren el acceso a todo el mundo, implica que se faciliten vías de transporte público para las actividades, o que los materiales de difusión e información de las actividades estén en lenguaje fácil para que pueda ser entendido por todas las personas.

La promoción, como es lógico, es un elemento imprescindible para la participación social y comunitaria de la población. En este sentido, las **asociaciones** y otras entidades del municipio juegan un papel central para la promoción y difusión, tanto de sus actividades como de las del resto de organizaciones. De este modo, se genera una red de asociaciones, entidades y **centros** para la promoción de la participación social de las personas mayores en su territorio. La integración en entidades políticas, culturales, deportivas y asimiladas de las personas mayores supone una mayor representación de éstas y, por tanto, un acercamiento de las actividades realizadas.

Las actuaciones previstas en los planes no ponen el foco en la **asequibilidad** como elemento clave en la participación social, tema que había sido destacado en las mejoras descritas en los diagnósticos. La dimensión económica de las actividades parece no tener cabida en las actuaciones de los municipios en materia de integración e inclusión social de las personas mayores. Algo similar se puede argumentar de los **grupos**, que incluye actuaciones relacionadas con la creación de espacios colectivos en los que las personas mayores participen, funcionando, además, como mecanismo de prevención de la soledad y el aislamiento.

6.2.5. Área 5: Respeto e inclusión social

Esta área de actuación quizás sea la más claramente centrada en la lucha contra el edadismo y la promoción de la inclusión social para la amigabilidad de las ciudades para con las personas mayores. Se trata de un área con 6 subáreas que hacen referencia al desarrollo de **servicios respetuosos e incluyentes**, a la promoción de una **imagen positiva y no estereotipada**, a la necesidad de **entornos y actividades intergeneracionales**, también de una **educación pública** con participación de las personas mayores que incluya la transferencia de conocimiento y el aprendizaje de lo que significa el

envejecimiento y la vejez, la **inclusión de las personas mayores en la toma de decisiones en la comunidad** y su reconocimiento como informantes, asesores, actores y beneficiarios clave y, finalmente, la **inclusión económica** de aquellas personas mayores con una posición desfavorable para que puedan acceder a servicios y eventos públicos, privados y voluntarios.

La nube de palabras sobre las **propuestas de mejora obtenidas de los diagnósticos** analizados (figura 6.9) incide, precisa y especialmente, en la utilidad de organizar actividades en las que se promuevan **relaciones intergeneracionales** entre personas mayores y jóvenes. En estas actividades, se plantea que las personas mayores sean protagonistas, y para ello se propone incluirlas en la comisión de fiestas para que puedan programarse actividades y eventos de su interés y actualizar las actividades a las personas mayores de hoy en día; también, favorecer actividades intergeneracionales buscando la colaboración vecinal, incluir representación de personas mayores inmigrantes, establecer criterios de gratuidad de las actividades en función de la pensión o facilitar el acceso a las actividades a las personas con movilidad reducida.

Figura 6.9. Área 5: Respeto e inclusión social: mejoras propuestas en los diagnósticos



Una segunda familia de propuestas tiene que ver con la creación de **entornos inclusivos** donde ambos grupos, mayores y jóvenes, puedan compartir sus experiencias y que se aprovechen los espacios y recursos del propio municipio. Se propone, por ejemplo, la reconversión de los centros de mayores en lugares de encuentro abiertos a todas las edades, pero que también las instalaciones de colegios y centros educativos se abran a actividades para las personas mayores y se conviertan en canales para reducir la brecha generacional y, en definitiva, sean espacios para la concienciación del valor y la importancia que las personas mayores tienen para la sociedad.

Otra familia importante de propuestas es la que reivindica unos **servicios respetuosos**, que les atiendan teniendo en cuenta a las personas mayores en cuanto al trato que han de dispensarles. Para ello, se proponen, de nuevo, actividades con adolescentes y niños para modificar las creencias, los estereotipos, que devalúan a las personas mayores, talleres de educación cívica para mejorar la concienciación social y el respeto hacia todas las edades o incluir información sobre el ciclo de vida y el envejecimiento activo en el currículo escolar para favorecer el respeto y la convivencia. Pero, además, se propone mejorar el acceso a los servicios, priorizando la atención a las personas mayores y facilitando las gestiones presenciales, agilizar el servicio de atención al ciudadano (de cualquier edad), crear servicios adaptados a las necesidades, y apoyar el rol, cada vez más frecuente, de la persona mayor cuidadora, mediante servicios de descanso al cuidador, apoyo psicológico y ayuda a domicilio.

Una cuarta familia de propuestas tiene que ver con la **imagen** de la vejez y el envejecimiento que muchas veces se asocia con la **soledad**. En este ámbito, destacan propuestas, por una parte, dedicadas a combatir la soledad no deseada, destinando más recursos públicos y voluntariado, creando mecanismos de detección de casos vulnerables, fomentando redes de ayuda mutua para evitar el aislamiento, desarrollando actividades a domicilio para personas que viven solas, promoviendo los programas de acompañamiento o habilitando servicios de apoyo psicológico en los centros de mayores.

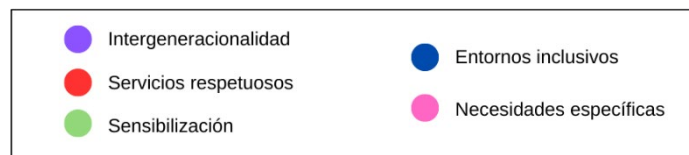
Esta familia de propuestas sobre la imagen se incardina con una quinta familia en relación con la **sensibilización** mediante información, comunicación, educación, campañas y programas para revalorizar el papel de las personas mayores y romper con los estereotipos y prejuicios actuales. En este ámbito se propone, entre otras, la creación de una figura (¿un observatorio, un defensor del mayor?) que vele por la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación, la realización de campañas para fomentar una imagen positiva y evitar la discriminación por razón de edad y promover el buen trato a las personas mayores o el desarrollo de programas de convivencia en centros educativos y actividades intergeneracionales que favorezcan la educación sobre el significado del buen envejecer.

¿Cómo se trasladan estas propuestas de mejora a las **actuaciones formuladas en los planes de acción?** (figura 6.10)

El análisis de la nube de palabras que expresa la frecuencia de su mención destaca, en primer lugar, una familia formada por actuaciones en torno a la **realización de actividades que promuevan las relaciones intergeneracionales**, de jóvenes y mayores, así como la **participación, activa o protagonista**, de las personas mayores, y su **accesibilidad** para participar. En esta familia aparecen actuaciones que ponen de relieve que la planificación y organización de las actividades y eventos sea llevada a cabo por las propias personas mayores a través, por ejemplo, de la delegación del mayor, comisiones específicas u otro órgano de participación, el voluntariado o la realización de actividades conjuntas con las diferentes asociaciones de personas mayores. Se trata de promover actividades intergeneracionales, de intercambio de experiencias y conocimiento (incluyendo mentorización), y el uso de espacios que puedan ser compartidos por toda la ciudadanía (centros de juventud, colegios e institutos, aulas universitarias, escuelas deportivas, centros de mayores, etc.), así como la colaboración vecinal, para fomentar el diálogo; actividades y eventos de interés ajustados a los gustos y deseos de las personas mayores (talleres lúdicos, de oficios tradicionales, plantas y cultivos, instrumentos musicales, bailes regionales, uso de nuevas tecnologías, etc.) que favorezcan su participación en todos los ámbitos de la vida (social, cultural, deportivo, etc.); actividades accesibles tanto en términos informativos, como de transporte para acudir y participar, o en cuanto a su gratuidad. Actividades, en fin, que destaquen los logros y contribuciones de las personas mayores y promuevan su conciencia de utilidad y autoestima y

proyecten una imagen positiva hacia la sociedad, al tiempo que mejoran su envejecimiento activo y calidad de vida.

Figura 6.10. Área 5: Respeto e inclusión social: actuaciones desarrolladas en los planes de acción



Una segunda familia tiene que ver con la creación de **entornos inclusivos** para todas las edades, aprovechando **espacios y recursos del municipio**, creando una **oficina del mayor, grupo motor** o similar con funciones de coordinación, prevención, información y dinamización, y realizando el papel de las **asociaciones y centros de personas mayores** para canalizar la mejora de la percepción social del envejecimiento. En este sentido, algunas actuaciones se enfocan en la apertura de los centros de mayores, centros educativos, centros de juventud, etc., a grupos de edad heterogéneos potenciando construir **espacios de convivencia** entre los diferentes colectivos. Entre los entornos físicos y sociales inclusivos, aparecen con especial interés los comercios, las familias y los medios de comunicación. Las actuaciones se concretan en la creación de una red de **comercios amigables** (incluyendo farmacias, bancos, etc., que recibirían una acreditación y etiqueta de amigabilidad con las personas mayores), comprometidos en ayudarlas mediante la mejora en la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, en los horarios de atención al público, entregas a domicilio, disponibilidad de asientos y aseos, precios y etiquetado bien visibles y legibles, atención preferente y presencial, uso de lenguaje y comunicación sencilla, etc., así como actuar como agentes en la detección de posibles situaciones de riesgo que puedan sufrir. Las **familias** se constituyen en otras actuaciones también en receptores de la información sobre los programas y actividades de ocio y participación dirigidos a las personas mayores, así como de las campañas de sensibilización para que promuevan la intergeneracionalidad y el buen trato en los propios hogares. Del mismo modo, se pretende que los **medios de comunicación** sean aliados de la comunidad al difundir eventos o actos públicos que pongan en valor las aportaciones de

las personas mayores y utilizando lenguaje respetuoso e inclusivo; en particular, se citan actuaciones de impulso a la creación de grupos de trabajo para la reflexión sobre la imagen de las personas mayores en los medios, la necesidad de sensibilizar a los profesionales que en ellos trabajan, de crear estrategias de promoción del envejecimiento activo e incluir “secciones amigables”, así como el impulso de la presencia y visibilidad de las personas mayores en los medios de comunicación locales, mostrando perfiles diversos y utilizando una perspectiva de género.

La tercera familia de palabras recoge actuaciones en materia de **servicios respetuosos y trato** dispensado, con especial referencia a los **profesionales** que prestan el servicio, y la **atención** y el **apoyo** recibidos. Básicamente, se pone el acento en **trabajadores y profesionales de los servicios** destinados a personas mayores, estableciendo canales de coordinación y trabajo conjunto, estrategias de formación que superen el enfoque edadista que a menudo puede detectarse entre técnicos, monitores, rehabilitadores y otros profesionales, prestando interés a la formación de trabajadores municipales de atención al público y sensibilización de personas cuidadoras profesionales y personal de centros de atención diurna y residencial; también formar a los profesionales de los medios de comunicación sobre los conceptos de amigabilidad y envejecimiento activo; y a los profesionales de la educación, directivos y profesorado, sobre la importancia de incluir encuentros intergeneracionales entre las actividades curriculares. Entre los **servicios respetuosos** e inclusivos, destacan aquellos de **atención** psicosocial destinados a la creación, fortalecimiento y mantenimiento de las redes de **apoyo** social en la vejez, en particular, para la ayuda a las personas mayores cuidadoras; así como definir e implantar **modelos de atención centrados en la persona**, incluyendo planes de vida dentro de las residencias de personas mayores; o servicios de información y atención específica para personas mayores extranjeras (atención en varios idiomas), personas con problemas de soledad carentes de apoyo familiar y social, servicios adaptados a las necesidades de las mujeres con 60 y más años (evitando limitar su papel al cuidado y apoyo de sus familiares e impulsando otras áreas de compromiso más allá de los cuidados), y a la diversidad sexual y personas mayores LGTBI. Se pueden destacar algunas actuaciones destinadas a la detección de **situaciones de riesgo de mal trato** y sensibilización sobre edadismo, buen trato, malos tratos, discriminación o violencia de género: “espacio con trato” (dirigida a centros, equipamientos o comercios), “situaciones con trato” (difusión y distribución de imágenes y mensajes de alto impacto), “relatos con trato”, “profesionales con trato”, “aulas con trato” (actividades dirigidas a centros educativos).

Precisamente, una cuarta familia de actuaciones tiene que ver con las propuestas de mejora en el ámbito de la **imagen** de la vejez y el envejecimiento y las **necesidades específicas**, tales como la **soledad** no deseada, la **edad** y el **edadismo**, las **mujeres** y el **género**. En estos ámbitos, destacan programas de actividades acordes con las necesidades de las personas mayores y adecuadas a sus posibilidades, incluyendo en el diseño el criterio de interseccionalidad (edad, género, extranjería, cultura, religión, vulnerabilidad social...), destinados a la participación e integración de todas las edades, de mujeres mayores, de las personas mayores LGTBI, extranjeras, con escasos recursos, etc. Particularmente, pueden citarse las actuaciones dedicadas a **combatir la soledad no deseada**, con la creación de servicios para atender a las personas en esta situación y, en concreto, equipos de visitas domiciliarias para el abordaje individual de la soledad; identificando agentes detectores que también se impliquen en la difusión de la información en materia de participación social (comercios, farmacias, peluquerías, centros de salud, asociaciones vecinales, centros de mayores, etc.); diseñando programas de acompañamiento (que pongan en contacto personas jóvenes y mayores) y grupos de voluntariado; o animando la convivencia con mascotas. Otras actuaciones a destacar tienen que ver con las **necesidades específicas de las mujeres mayores**, fomentando su participación en todos los ámbitos sociales, visibilizando el tejido asociativo femenino, promoviendo concursos y premios que den a

conocer y reconozcan su papel en la vida cultural y artística, poniendo en valor su contribución social, y, de forma más concreta, actuaciones dirigidas a las mujeres mayores en situación de vulnerabilidad social, que han sufrido o sufren violencia machista, atendidas en el programa de maltrato y utilizando el protocolo de violencia de género.

La última familia de actuaciones hace referencia a la **sensibilización** social sobre el valor y la imagen de las personas mayores, la vejez y el envejecimiento, a través de programas, campañas, formación, comunicación e información y otras acciones. Elaboración de guías con listado de **acciones** para el buen trato a las personas mayores, de **formación** dirigidas a empleados públicos en el ámbito de la accesibilidad y la inclusión, también a los comerciantes; acciones para la igualdad de género, para la visibilidad y socialización de las personas mayores LGTBI o en favor de la diversidad étnica; acciones para modificar los estereotipos y prejuicios mediante el reconocimiento de las personas mayores, por ejemplo, con la celebración el 1 de octubre del Día Internacional de las Personas de Edad. **Campañas de sensibilización** sobre edadismo, de promoción del respeto y el cuidado a las personas mayores, sobre sus derechos y necesidades, especialmente de quienes sufren dependencia, dirigidas específicamente a centros educativos y profesionales de la educación; campañas municipales de visibilización de una imagen positiva y diversa de las personas mayores en los **medios de comunicación**; campañas de amigabilidad entre el comercio, banca y otros establecimientos, incluyendo criterios de trato adecuado y respetuoso, no infantilizante. **Programas** conjuntos de familias y agentes sociales para poner en valor la imagen de las personas mayores; programas de voluntariado, incidiendo en los procesos de **información, captación, formación y apoyo**.

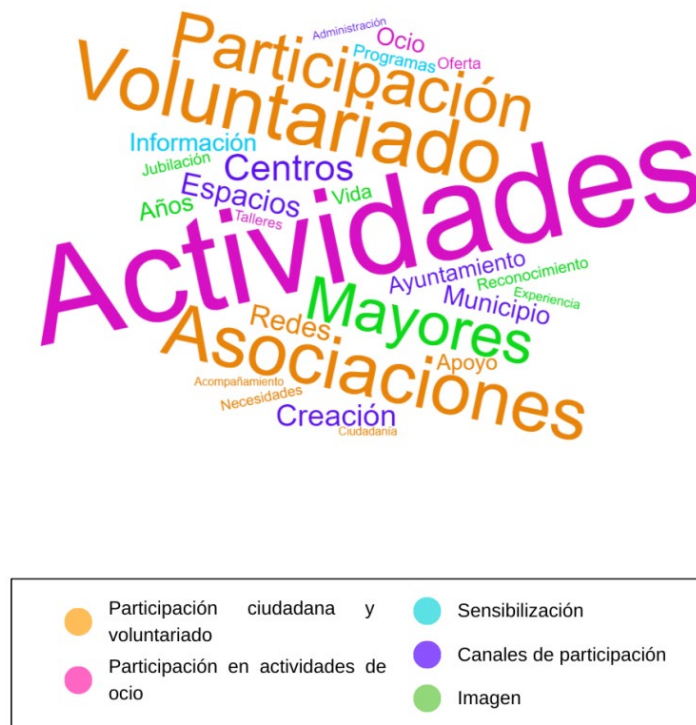
6.2.6. Área 6: Participación cívica y empleo

Esta área de actuación presenta 8 subáreas que hacen referencia a las cuatro dimensiones de la participación activa: el **voluntariado**, contando con el adecuado desarrollo de las organizaciones, en infraestructura y programas de capacitación; el **empleo**, refiriendo la necesidad de oportunidades para las personas mayores, la flexibilidad, el empleo temporal o estacional, etc.; el **emprendimiento** y la necesidad de apoyo para emprendedores de mayor edad e información para el desarrollo de pequeñas empresas; y la **participación cívica** instando a consejos asesores y directorios de organizaciones, etc. a incluir personas mayores, facilitando la participación a quienes tienen algún tipo de discapacidad. El resto de las subáreas hacen referencia a la **capacitación post jubilación**, incluyendo las organizaciones de voluntariado; la **accesibilidad** a las oportunidades de trabajo, tanto remunerado como voluntario, en términos de adaptación, transporte, y también en apoyo a las organizaciones para contratar capacitar o retener trabajadores mayores; la **valoración**, mediante el respeto y el reconocimiento de las **contribuciones** y beneficios de emplear personas mayores; y, finalmente, la **remuneración** justa por su trabajo, también en el caso de voluntarios a los que su participación no les tiene que hacer incurrir en costes (Figura 6.11).

La nube de palabras obtenida de los diagnósticos, sobre las propuestas de mejora en esta área, da más protagonismo a los ámbitos de la/s **actividad/es** y del **voluntariado**, y menos a las otras subáreas. En la mayoría de las propuestas en las que se habla sobre **actividades** se hace referencia a las que son realizadas por las personas mayores en los centros, de manera que las mejoras tienen que ver con renovar y diversificar la oferta, adecuándola a las nuevas situaciones de las personas mayores, potenciando actividades educacionales y culturales, también las intergeneracionales, incluyendo actividades de autocuidado, de preparación a la jubilación y prejubilación, y que promuevan el envejecimiento activo y saludable. Además, se reconoce la necesidad de incrementar la participación de los hombres con actividades de interés y atractivas para ellos, y, en todo caso, que las personas

mayores participen en el diseño y elección de la oferta de actividades. Asimismo, se demanda mejorar la accesibilidad para los más mayores y quienes tienen alguna discapacidad, proporcionando transporte para acudir y participar y adaptar los centros, y el acceso para las personas sin recursos. También dentro de esta subárea de accesibilidad, se reclama la creación de medidas de conciliación, para que las personas mayores puedan participar en actividades, sin detrimento de los cuidados que llevan a cabo de personas de su entorno, ya sean nietos/as o personas con demencia. Otro aspecto reseñable es la solicitud de un profesorado más cualificado y profesional.

Figura 6.11. Área 6: Participación cívica y empleo: mejoras propuestas en los diagnósticos



Por lo que se refiere al **voluntariado**, también se destacan las actividades que se realizan a través de las asociaciones. En este sentido, se subraya el interés de dar a conocer la labor de las asociaciones y las opciones de voluntariado, quizás mediante ferias o jornadas de voluntariado, y se demandan redes de colaboración y coordinación entre éstas y con otras instituciones. En esta línea, se propone fomentar la creación de asociaciones de personas mayores, desde las propias administraciones públicas, incentivando a los vecinos, aumentando las partidas presupuestarias y ofreciendo subvenciones, programas de formación y apoyo técnico a los voluntarios. Se reconoce el mérito social de las personas mayores que participan como voluntarias y la necesidad de poner en valor sus aportaciones mediante el reconocimiento público de su contribución a la sociedad.

Una tercera familia tiene que ver con los **canales para la promoción de la participación**. No sólo los centros de mayores son los espacios habilitados para la participación en actividades, también se

propone integrar otros centros, como los escolares, los socioculturales, los centros de salud o las parroquias, y una renovación de los mismos, promoviendo que todas las edades compartan espacios de participación. Asimismo, son muchas las propuestas que establecen en la Administración Pública (en este caso, representada por el Ayuntamiento) el liderazgo y la centralización de la oferta y demanda del voluntariado, también la promoción de la participación vecinal, y la potenciación del asociacionismo. Se demanda del Ayuntamiento que ofrezca espacios adecuados para el intercambio de opiniones, compartir información, y crear lazos para la participación ciudadana. Asimismo, que el Ayuntamiento favorezca la inclusión de personas mayores en los grupos de toma de decisión sobre la vida municipal y social (comisiones municipales, consejo sectorial de las personas mayores, etc.). Pero también se enfoca en el Ayuntamiento la promoción de oportunidades de trabajo reglado para las personas mayores o la creación de una bolsa de trabajo en los centros municipales con empleo para mayores.

Pero la promoción de la participación ciudadana también requiere de propuestas de **sensibilización** con información y programas que motiven a ello. Propuestas sobre la necesidad de mejorar la información, hacerla más accesible y clara, mediante puntos de información específicos y especializados o también a través de las redes del Ayuntamiento (centro de mayores, casa de la cultura, etc.). Información sobre los espacios de participación, sobre las actividades y acciones que se llevan a cabo desde las asociaciones, sobre entidades para hacer voluntariado o recibir ayuda de voluntarios, información sobre empleo y asesoramiento para personas mayores emprendedoras. Sin olvidar los programas de promoción a la participación, ya sean programas de formación, para la promoción del empleo o para voluntariado, o programas específicos para movilizar a la ciudadanía en la mejora del municipio, como canguros para la conciliación familiar o en la ayuda a las personas en situación de soledad no deseada.

La última familia de propuestas tiene que ver con la **imagen** de las personas mayores, en el ámbito de la participación cívica tras el tránsito a la jubilación, con la valorización de la experiencia de vida, de los años, y su reconocimiento. En esta línea, se propone la creación de grupos de expertos que pongan a disposición su conocimiento en charlas, en centros educativos, como asesores en red para promover el empleo reglado entre personas mayores, a través del intercambio de experiencias entre generaciones o mediante su participación en los consejos locales. La participación cívica mejora la autoimagen y la imagen social de las personas mayores, pero es preciso, igualmente, promover su reconocimiento social mediante acciones públicas.

En resumen, las propuestas en el área de participación ciudadana y empleo van en la dirección de mejorar la difusión de las actividades y programas dirigidos a las personas mayores, facilitando la coordinación y apoyando la incorporación de las personas mayores en la oferta de ocio, incluyendo actividades para la transición a la jubilación y formación actualizada para su **capacitación post-jubilación**. Asimismo, también se orienta hacia la mejora de la **accesibilidad** de los centros, ofreciendo apoyo a los cuidadores, medidas de conciliación para facilitar el cuidado de personas dependientes y guarderías públicas para aliviar la carga de los mayores. En el ámbito del **voluntariado** parece esencial actuar en tres líneas para potenciar la participación social y cívica de las personas mayores: crear un catálogo de opciones, incrementar la inversión económica estas asociaciones y promover una red de voluntarios para ayudar a las personas mayores. En el ámbito de la **participación cívica** destaca la propuesta de establecer (o fortalecer) los consejos de personas mayores y promover encuentros entre la ciudadanía de cualquier edad, para intercambio intergeneracional y conocimiento de las necesidades diversas. Por su parte, la promoción del **empleo** y el **emprendimiento** entre las personas mayores parece que se pone en manos de las administraciones y, en particular, de los ayuntamientos.

Finalmente, en el ámbito de la imagen positiva, se encuentran propuestas que buscan aprovechar su experiencia para el empoderamiento de las personas mayores, mediante el reconocimiento y la puesta en valor de su **contribución** a la sociedad y el merecimiento de una **retribución** justa.

En referencia a las **actuaciones planteadas en los planes de acción**, y como resultado del análisis de la frecuencia de palabras relacionadas con estos documentos en este ámbito concreto, se ha obtenido una nube de palabras (figura 6.12) conformada por las 5 familias también contempladas en documentos de diagnóstico. La familia de actuaciones vinculadas con las actividades de ocio pasa a un segundo plano dejando su lugar a la participación ciudadana y especialmente el **voluntariado**, que debe ser interpretada siguiendo una doble vertiente. Por un lado estarían acciones encaminadas a promover servicios de voluntariado con personas mayores, para, por ejemplo, prevenir la soledad o acompañar en la realización de gestiones. Por otro lado, se plantean acciones encaminadas a fomentar la participación de las personas mayores en actividades de voluntariado en el municipio. En este sentido, los voluntariados intergeneracionales son actividades bastante extendidas en los planes de acción, insistiendo en actuaciones que faciliten el acceso de éstos a través de puntos de información a las actividades de voluntariado disponibles. Además de contar con la información, también se plantea establecer registros municipales de voluntariado o incrementar el presupuesto destinado a apoyar las acciones de voluntariado.

Figura 6.12. Área 6: Participación cívica y empleo: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción



En relación con la **participación**, se proponen acciones muy heterogéneas, desde la promoción de la participación de los/as mayores en las políticas municipales, hasta su inclusión en programas de voluntariado, tal y como ya se ha señalado, pasando por la integración de los centros de mayores en la vida de la comunidad, para promover así su integración efectiva.

Con respecto a la cuestión de **género**, se contemplan actuaciones dirigidas a utilizar la mirada de género de forma transversal y la especificidad de la **mujer** mayor en las estructuras y órganos decisores en los distintos territorios. Los planes de acción incluyen actuaciones dirigidas a activar y dinamizar programas de participación de las mujeres mayores así como campañas de sensibilización de la violencia de género y su manifestación entre mujeres mayores.

El **acompañamiento** es un tipo de servicio muy recurrente en el análisis de los planes de acción e incluyen actuaciones en las que las personas mayores se sientan acompañadas en distintas situaciones, como las gestiones administrativas, los servicios públicos de atención, actividades culturales, paseos o visitas a los propios domicilios para paliar los posibles sentimientos de soledad. Al igual que las acciones de voluntariado, el acompañamiento en muchas ocasiones viene enmarcado dentro de las actuaciones intergeneracionales planteadas por los municipios.

En relación con las **asociaciones**, se plantean acciones dirigidas a la mejora de las vías de comunicación entre las asociaciones dirigidas a personas mayores y las propias personas interesadas. Otra de las actuaciones vinculadas a las asociaciones de los municipios es la implementación de canales de **difusión** de las asociaciones y sus actividades así como generar una mejor y más frecuente relación entre las personas mayores y el conjunto de las asociaciones del municipio.

6.2.7. Área 7: Comunicación e información

Un aspecto muy relevante es todo lo relativo a la comunicación y las vías de información desde la perspectiva de las personas mayores. Esta área aborda, en sus diagnósticos, todas las mejoras que deben darse para que las personas mayores puedan estar informadas siempre que lo deseen y puedan mantener una comunicación óptima con el entorno. Como se puede ver, las seis familias que conforman la nube se adecuan bien a la guía de aplicación del PV: accesibilidad, información oral, información impresa, información en puntos de contacto, información TIC y comunicación inclusiva (Figura 6.13).

Las mejoras identificadas en los diagnósticos con respecto a la **accesibilidad** se pueden agrupar en torno a dos cuestiones, la facilidad o no para lograr informarse sobre actividades, eventos y talleres impulsados por los ayuntamientos, y la sencillez con la que pueden desenvolverse a la hora de gestionar trámites administrativos en los distintos organismos habilitados para ello. Por lo tanto, las propuestas se decantan por favorecer las infraestructuras y los servicios para que las personas mayores puedan recibir correctamente información sobre el programa de actividades y para que su relación con la administración sea fluida y comprensible. En este sentido, una de las cuestiones más frecuentemente propuestas es la correcta formación de los/as profesionales para que sean capaces de personalizar la información adaptándola a las necesidades de cada individuo. Otro aspecto a mejorar sería la accesibilidad de la información, que sea expuesta de manera comprensible y pueda ser leída e interpretada con facilidad por las personas mayores.

Algunas de los aspectos a mejorar identificados tienen que ver con generar espacios físicos de información (no solamente virtuales) concentrados principalmente en **puntos de información oral**. En este sentido, éstos deben contar con equipos profesionales que empleen un lenguaje sencillo y cercano que mejore cualitativamente la atención a la población mayor. Las mejoras en este punto, además de

ir en la línea del uso de un lenguaje adecuado, apuntan a que la atención, dentro de lo posible, sea hecha por personas y no por máquinas, como ya se ha apuntado anteriormente. La creación y mantenimiento de puntos informativos presenciales es un **servicio** que colabora directamente con una mejor comunicación desde el punto de vista del acceso de las personas mayores. Esta información presencial y humana se vería complementada con **información impresa**, tanto en los puntos de contacto y espacios institucionales como en los propios domicilios (por ejemplo, buzoneo con boletines informativos) haciendo a su vez que mejore la calidad de la información, lo que facilitará la comunicación entre la institución y las personas mayores. Es importante tener en cuenta la adaptación del lenguaje y el tamaño de letra en aquellos materiales impresos que se difundan.

Figura 6.13. Área 7: Comunicación e Información: mejoras propuestas en el Diagnóstico



Sobre las mejoras en relación con la información mediante **soportes informáticos (TIC)**, se incide especialmente en la importancia de realizar actividades formativas en nuevas tecnologías dirigidas a personas mayores, para que puedan aproximarse a este tipo de formatos, provistos por profesionales especializados y siguiendo itinerarios marcados. La formación orientada a capacitar a las personas mayores puede favorecer mucho su manejo de internet y su desempeño a la hora de realizar trámites a través de la web. Esta capacitación tecnológica no sólo tiene por qué ir encaminada a mejorar su relación con la burocracia administrativa, sino que también debe orientarse a obtener competencias que le permitan manejar herramientas como Whatsapp y otras redes sociales a través de las cuales informarse y comunicarse con los otros.

En definitiva, para una mejor y más inclusiva comunicación con las personas mayores, por un lado, se deben implementar medidas en el ámbito del lenguaje empleado, para que éste sea respetuoso, inclusivo y adaptado, y, por otro, es preciso crear canales de comunicación e información accesibles y

diversos para que cada persona pueda elegir el soporte de información que necesite, sea información impresa, oral o tecnológica. Ahora bien, para que esto pueda darse, desde los ayuntamientos hay que impulsar procesos de formación que permitan a las personas desenvolverse en los distintos formatos comunicativos. Una cuestión que parece transversal a esta área es la de contar con **equipos profesionales** capacitados para llevar a cabo una atención de calidad con la población mayor, sin caer en discriminaciones, omisiones o generalizaciones que hagan que este grupo poblacional acabe por no recibir la información necesaria.

En referencia a las **actuaciones propuestas en los planes de acción** (figura 6.14), y habiendo realizado un análisis de la frecuencia de palabras en dichos documentos, se ha obtenido como resultado una nube de palabras que aglutina las actuaciones previstas con relación a la comunicación e información. El primer aspecto a destacar es la desaparición de la familia de palabras referida a la **información oral**, que parece no contemplarse entre las posibles actuaciones.

Figura 6.14. Área 7: Comunicación e Información: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción



En general, la información y comunicación adaptada en los distintos **servicios públicos** parece adquirir un gran peso a la hora de plantear las futuras actuaciones. En definitiva, en torno a la **accesibilidad** de los servicios parecen aglutinarse todas aquellas acciones orientadas a transformar y adaptar el modo en el que los ayuntamientos se comunican e informan a su población mayor. Esto supone una gran heterogeneidad de acciones, entre las que destacan, principalmente, las asociadas a la familia de **información TIC**. Pese a que en los diagnósticos ya se identificaban los formatos electrónicos, en las actuaciones adquieren una mayor presencia. Esto, unido a la desaparición de la información oral, parece indicar que las actuaciones ensalzan la importancia de las nuevas tecnologías de información y

comunicación, soslayando en cierto modo la presencialidad, la oralidad y la dimensión física de la información. En este sentido, las actuaciones parecen no terminar de recoger la importancia de la información oral e impresa, que se identificaba en los diagnósticos. Sin embargo, la necesidad de formación en nuevas tecnologías es un continuo que se identifica en los diagnósticos y se termina por plantear en las actuaciones.

Las acciones orientadas a la **información impresa** apuntan a la importancia de generar recursos informativos (folletos, cartelería etc.) de lectura fácil para las personas mayores, algo que es coherente con lo que se diagnosticó anteriormente.

La **comunicación inclusiva** implica acciones encaminadas no sólo a favorecer vías comunicativas más amigables con las personas mayores sino también a mejorar las infraestructuras y redes de información de los municipios. Una de las actuaciones más señaladas de la comunicación inclusiva es la de crear desde las administraciones una estrategia de comunicación inclusiva que permita establecer, a largo plazo, las actuaciones que deben sucederse para mejorar la accesibilidad y la amigabilidad de la comunicación e información de los municipios con la población mayor.

6.2.8. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud

Esta área, según el PV, busca profundizar en el amplio mundo de los servicios de salud y sociosanitarios ('de comunidad'), como un referente esencial para dotar a la ciudad de un sello de amigabilidad que favorezca el envejecimiento activo y, por ende, la calidad de vida de las personas mayores. Detrás de este epígrafe subyace, entonces, una tensión en la opinión y experiencia de las personas mayores participantes entre el dominio público (los servicios de salud propiamente dichos, en su extensa **tipología**) y el privado, en el que emergen diversas iniciativas de **apoyo y atención**. Con ello se vincula la conveniencia de fomentar la autonomía de las personas en la gestión de su propia salud, como **estrategia preventiva**, y la necesidad de contar con los **recursos y capacidades** de la administración a través de los servicios de salud y sociales para atender a las personas, todo ello dentro de un **marco legal** que vele por el derecho a la salud y a la atención social de estas personas (Figura 6.15).

Es un hecho conocido en España que la población mayor desea vivir en su **domicilio**, en condiciones de autonomía personal. Cuando ésta deriva en algún tipo de dependencia, las demandas de **apoyo** para seguir viviendo en su propia casa aumentan para cubrir **necesidades** básicas (comida, cuidados personales, atención especializada) y ello requiere implicación de la administración municipal, de la coordinación público-privada, o del apoyo de organizaciones sociales. Se reclama el derecho a ser atendido por servicios sociosanitarios a escala local, lo que implica, a su vez, una mayor dotación de **recursos**, económicos y de personal, pero también administrativos, aunque algunos de estos escapen muchas veces a la competencia municipal. Asimismo es exigible una facilitación de la atención (servicios hospitalarios, atención primaria, atención hospitalaria -geriátrica- en el domicilio, coordinación sanitaria y social), así como la creación de plazas de personal sanitario suficiente y su capacitación, como requisitos esenciales para asegurar la calidad del servicio.

El otro ámbito de preocupación en las propuestas de mejora en los diagnósticos es el de los establecimientos colectivos, bien sean **centros de día**, bien residencias. En el primer caso, se reclama la creación de nuevos centros, la ampliación del número de plazas, especialmente para personas con dependencia y con condiciones de proximidad y accesibilidad suficientes, habitualmente exigidas a los ayuntamientos. En este punto existe una cierta concordancia en los diagnósticos para reclamarles más presupuestos, más ayudas, más refuerzo en los programas existentes, más facilidad en los trámites. Semejantes demandas se piden para las **residencias**, añadiendo otros requerimientos, como el

aumento de ayudas económicas para asegurar su asequibilidad económica, la creación de plazas temporales de respiro, el apoyo entre residentes y familias para la mejor gestión residencial, la elaboración de programas de apoyo diferenciados según el grado de dependencia, o evitar el maltrato personal, entre otros. En el horizonte ya se apunta por la modificación del modelo residencial, con nuevas formas de residencia colectiva.

Figura 6.15. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud: mejoras propuestas en el Diagnóstico



En gran medida, las propuestas profundizan en la **accesibilidad** a los servicios como garantía de consecución de una ciudad más amigable. Pero, ¿cómo se explicita esta idea? Varias son las opciones, como las puramente físicas (eliminación de barreras, transporte) o las económicas (ayudas) o de **información** (trámites administrativos, acceso digital). Pero también hay una cierta tendencia, en casi el 50% de los diagnósticos analizados, en reclamar una mejora en la información que las personas mayores reciben para conocer primero y aprovechar después los servicios disponibles, independientemente del tamaño del municipio.

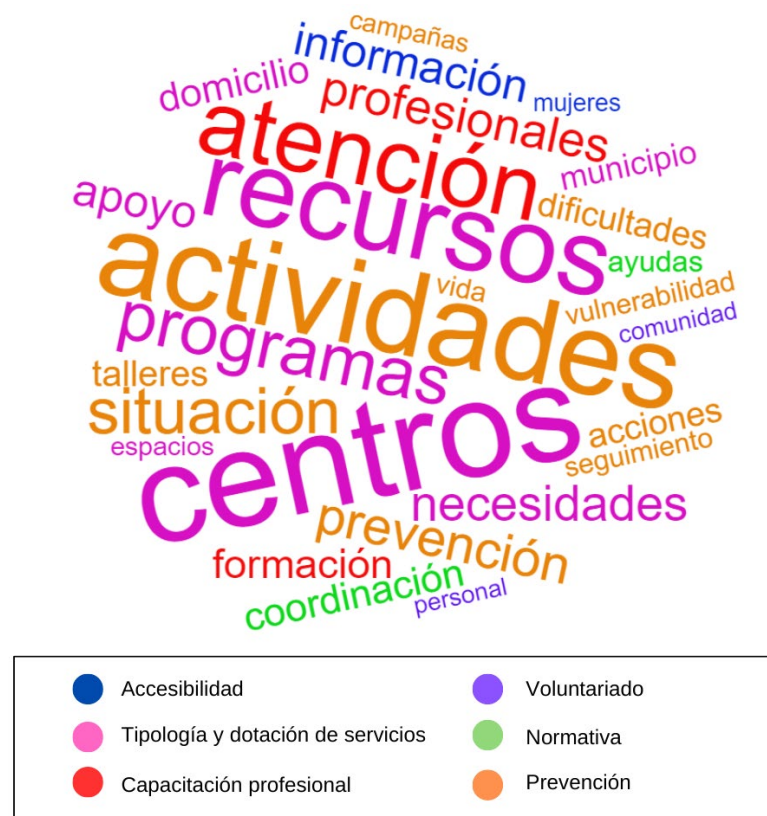
Existe otra faceta en los diagnósticos que interpela en este ámbito a distintos niveles administrativos, especialmente a los ayuntamientos, y al **marco legal y normativo** que rige la prestación de servicios en el espacio urbano. La coordinación es exigida cuando en los procesos de atención sanitaria y social intervienen agentes públicos, privados (empresas) y sociales (ONGs), o cuando los servicios son diversos (salud, apoyo social). Una demanda particularmente valiosa apuesta por la facilitación, la reducción y/o la mejora de los trámites para acceder al derecho de uso del servicio social. Esto es

habitual en el caso de la información, trámites requeridos y proceso de reconocimiento del derecho de atención según la Ley de Dependencia¹⁹.

Finalmente, los diagnósticos abren un campo de interés, que no tiene que ver con estructuras y servicios sociosanitarios, sino que cae dentro de la esfera de la responsabilidad individual y social. Muchas veces la pérdida de autonomía está ligada a la ausencia de **prevención** en los hábitos saludables (enfermedades) y de comportamiento social (aislamiento, soledad). Ciertamente es que la administración debe procurar la creación de programas orientados a su prevención, pero también lo es que la sociedad esté capacitada para proveer de redes de apoyo, servicios de acompañamiento a personas mayores, u otras tareas de voluntariado social.

Las **propuestas recogidas en los planes de acción** muestran todas aquellas actuaciones pensadas para mejorar los servicios de salud y comunitarios para un envejecimiento activo. En la comparación entre las mejoras expresadas en los diagnósticos (figura 6.16) y las actuaciones de los planes (figura 1.16), se observa un claro protagonismo de las acciones orientadas a la **prevención**. Pero también se muestra que la **accesibilidad** queda relegada a frecuencias muy bajas, y está concentrada principalmente en acciones encaminadas a favorecer el acceso a información, tratando además de incorporar una perspectiva de género que posibilite vías de información igualitarias para hombres y mujeres.

Figura 6.16. Área 8: Servicios de apoyo comunitario y de salud: actuaciones desarrolladas en el Plan de Acción



¹⁹ Jefatura Del Estado. (15-12-2006). *LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado* (299), 44142-44156.

Es especialmente relevante que la identificación de mejoras en los diagnósticos, a favor de un envejecimiento activo, ha supuesto priorizar en los planes de acción todo el **enfoque preventivo**. Éste se ha basado en talleres, formaciones y campañas, en la línea de promover actividades que refuercen la conciencia de que su realización facilita un mejor estado de salud y ayuda a construir redes de apoyo y atención (**voluntariado**) frente a una posible entrada en dependencia a lo largo de la trayectoria vital de las personas mayores. La soledad no deseada, las caídas, los ejercicios cognitivos o la actividad física son algunas de las actuaciones que se recogen en los planes de acción para un envejecimiento activo promovido desde los ayuntamientos. Y parece también claro que las actuaciones son más eficientes cuando consideran el domicilio como el espacio más adecuado para atender a sus necesidades. En definitiva, el enfoque trata de adelantar la posible **vulnerabilidad** de la población mayor, para lo cual se hace imprescindible disponer de **personal** cualificado que ponga en marcha los talleres y las actividades formativas para las personas mayores.

La familia que hace referencia a la **normativa** está especialmente centrada en las ayudas municipales y la forma de gestionarlas para que éstas lleguen a las personas mayores y puedan solicitar aquellos servicios y apoyos que los ayuntamientos ponen a su disposición. **Informar** en la web del ayuntamiento sobre las ayudas disponibles y los mecanismos para su solicitud, establecimiento de estrategias que traten de cubrir las necesidades específicas de las personas mayores en el municipio o aumento presupuestario de las ayudas y prestaciones disponibles son las acciones más frecuentemente tratadas en este ámbito. La **coordinación** tiene que ver con cómo los diferentes equipos, tanto públicos como privados, gestionan conjuntamente la disponibilidad de servicios y recursos. En este sentido, deben existir mecanismos habilitados para ello.

Un aspecto relevante en el análisis de las actuaciones en comparación con las mejoras es el paso de la noción de “residencia” al genérico “centro”, dentro de la familia de **tipología y dotación de servicios**. Esto supone ya en sí mismo un cambio sustancial en la forma de referirse a las posibles actuaciones al incorporar otra tipología de recursos más allá de las residencias para personas mayores, refiriéndose de forma genérica en los planes de acción a **centros**. Con relación a las actuaciones en la dotación y servicios relativos a los centros (de día, residenciales, de atención sociosanitaria, etc.) con un enfoque claro en la población envejecida, se propone, entre otras cosas, aumentar el número de plazas, establecer un diagnóstico claro que sirva para registrar las necesidades residenciales del municipio, generar una coordinación entre equipos y servicios municipales o mejorar las instalaciones y dotaciones de aquellos recursos que estén funcionando para favorecer la participación de toda la comunidad. En relación con esto, otra de las propuestas de actuación que aparece en los planes de acción tiene que ver precisamente con la interacción de la comunidad con los centros y recursos residenciales destinados a las personas mayores, permitiendo que aquélla se vea incluida en la vida de los centros, favoreciendo que las personas mayores puedan estar en contacto con su entorno.

6.3. La detección de otras dimensiones transversales y emergentes en diagnósticos y planes: la soledad no deseada, el edadismo y la perspectiva de género

Una vez analizadas las demandas y necesidades, así como las actuaciones distinguiendo las ocho dimensiones del proyecto de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores, seguidamente se presentan los resultados del análisis de contenido de los diagnósticos y planes, relativo a las debilidades, barreras o aspectos negativos y propuestas de mejora, de un lado, y, de otro, las actuaciones dirigidas a responder a la preocupación creciente sobre el impacto de tres aspectos de corte transversal a las áreas establecidas en el PV.

En primer lugar, se prestará atención a lo que se viene denominando soledad no deseada, si se aprecia una preocupación creciente por este problema y la existencia de propuestas innovadoras para su abordaje. En segundo lugar, se examinará si se detecta en los diagnósticos una imagen estereotipada del envejecimiento o, por el contrario, si existe una demanda por superar la discriminación por edad o edadismo, y si las mejoras y actuaciones benefician a toda la comunidad o son específicas para las personas mayores. Finalmente, pero no menos importante, se analizará el papel del género/sexo en el proceso de participación y diseño de políticas locales, como elemento crucial, junto con la edad, de la diversidad poblacional, así como, si los diagnósticos y planes han considerado e incluido de forma explícita la perspectiva de género, si es sólo una mención o si hay acciones, medidas o mecanismos específicos para su aplicación efectiva.

6.3.1. La soledad no deseada

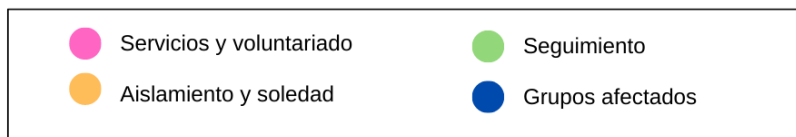
Como ya se ha comentado, afrontar la soledad no deseada se encuentra en la base de los objetivos de inclusión y participación social para la amigabilidad, del proyecto Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores; sin embargo, como punto de partida, son pocos los diagnósticos que lo toman en cuenta, y casi siempre en relación con la forma de vivir en hogares unipersonales o con el aislamiento que puede suponer la despoblación o la tipología del desarrollo urbanístico, aunque también se mencionan programas ya en funcionamiento para la prevención de la soledad no deseada.

El análisis de las **barreras y propuestas de mejora**, mediante la nube de palabras y las citas relacionadas (figura 6.17), muestra, en cambio, un gran protagonismo y preocupación por este aspecto, mayor que el que se observa para el género o el edadismo, como se verá después.

Lo primero a destacar es que no se han encontrado referencias a la soledad no deseada en las áreas 1 (Espacios al aire libre y edificios) y 2 (Transporte), ni como barrera ni como lo que sería su paralelo en forma de propuestas de mejoras en estas áreas. Por el contrario, el área 5 (Respeto e inclusión social) es la que presenta mayor número de referencias, tanto de aspectos valorados positivamente en los programas en marcha, como en forma de barreras o de mejoras.

Entre las **barreras o aspectos negativos**, se señala que hay **muchos casos de soledad no deseada y aislamiento** que ni siquiera se conocen, en general por falta de sistemas de detección y **seguimiento**, o que no quedan suficientemente cubiertos. Se reconoce que hay más casos de soledad entre las **mujeres** y que, en ocasiones, ésta se relaciona con la situación que pueden vivir las personas que desarrollan **actividades** de cuidado, fundamentalmente mujeres; en este sentido, resulta interesante que, a veces, se perciba mayor vulnerabilidad entre los hombres cuidadores destacando que “tienen más dificultades (...) porque se ven desempeñando un papel que no han jugado a lo largo de su vida”.

Figura 6.17. Soledad no deseada: debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos



Precisamente, serían las **mujeres** quienes, de un lado, son mayoría entre quienes participan en **actividades** comunitarias, pero, de otro, una vez se jubilan asumen su rol de cuidadoras y las tareas del hogar, limitando su participación cívica (área 6) y, por tanto, **excluyéndose** del ámbito público. Asimismo, desde el área 4 (Participación social) se alerta de que el aislamiento y las situaciones de soledad no deseada limitan la participación y el acceso a los lugares donde se imparten las **actividades**, lo que deriva en **exclusión**.

También desde el área 3 (Vivienda) se llama la atención sobre lo que significa estar solo en **casa**, sin ninguna actividad que desarrollar durante el día, ni personas con las que socializar o compartir experiencias, en situaciones de aislamiento por problemas de accesibilidad de las viviendas. Se refieren como causas las barreras arquitectónicas al interior de los edificios, así como el desarrollo urbano en forma de urbanizaciones, con entornos aislados o sin servicios. A lo que se suma la **ayuda a domicilio** limitada, sobre todo cuando la persona vive sola, y la escasez de sistemas de alerta en caso de necesidad, lo que puede derivar en fallecimientos en soledad.

En este sentido, desde el área 8 (Servicios de apoyo comunitario y de salud) se recuerda que si la persona mayor vive sola y es dependiente son insuficientes las horas que se destinan a la **ayuda a domicilio**. Y preocupa especialmente la situación de las **mujeres** mayores, que no tienen familiares cerca, y que no quieren salir de **casa** ni cambiar de vivienda, aunque ello suponga vivir más próximas a sus hijos/as. Se refiere la necesidad de que las administraciones detecten estos casos y que los vecinos se impliquen en comunicarlo.

Un colectivo que preocupa particularmente es el de las personas mayores que han perdido el interés o la capacidad para mantenerse conectadas al mundo social, que sufren **soledad y depresión** y se aíslan; es en estos casos, cuando se referencia que es particularmente difícil hacerles llegar la **información** (área 7. Comunicación e información).

Las *propuestas de mejora* no siempre discurren paralelas a las demandas o valoraciones negativas, pero aparecen principalmente en las áreas 5 (Respeto e inclusión), 4 (Participación social) y 8 (Servicios de apoyo comunitario y de salud), coincidiendo en dos líneas principales: i) la creación de un sistema de detección y registro de **casos** de alto riesgo de **soledad y/o aislamiento**, además de un protocolo de **seguimiento** y canales de **información** sobre los procedimientos y concienciación, para las personas afectadas, familiares y vecinos, que, entre otros objetivos, buscaría también disminuir las defunciones en soledad (área 3. Vivienda); ii) el desarrollo (o mantenimiento, cuando existe) de algún programa de **acompañamiento**, la realización de **actividades** al interior de la **casa/domicilio**, cuando existen problemas de movilidad, o mediante estrategias para combatir su **exclusión** social.

Básicamente, se propone la organización de **grupos de voluntariado**, ya sea como parte de un sistema municipal o desde iniciativas como Cruz Roja, Cáritas, etc., incluyendo la participación de personas mayores en forma de redes de **ayuda** mutua o con la puesta en marcha de un banco de tiempo de cuidados y compañía; aunque también se propone fomentar el acceso a recursos y **servicios** para la **atención**, por ejemplo, mediante un número de atención telefónica o comidas a **domicilio**, contratando personal o implicando a los médicos de atención primaria o las farmacias, o también la creación en los centros de mayores de una figura ad hoc, como un coordinador psicólogo al que se pueda acceder fácilmente en caso de vulnerabilidad (en términos de soledad u otras necesidades: depresión, tristeza, abuso, maltrato...). Entre las **actividades** que se proponen para combatir la soledad no deseada se encuentran, además del **acompañamiento** personalizado basado en la confianza (área 7. Comunicación e información), actividades en el propio **domicilio**, por ejemplo, Musicoterapia, el fomento de las mascotas o el desarrollo de un canal de vídeo (con actividades culturales, educativas, nuevas tecnologías, videollamadas, ...) o al exterior del domicilio, con la organización de “comidas o meriendas” o “paseos y socialización” (p.e. en colaboración con las protectoras de animales municipales).

Aunque, como se ha visto, se hace referencia a que las mujeres mayores suponen el colectivo mayoritariamente afectado por la soledad no deseada y el aislamiento, son **escasas las propuestas específicas que consideren una perspectiva de género** en relación con este problema, y apenas se cita la necesidad de priorizar ayudas a mujeres mayores y considerar sus necesidades especiales.

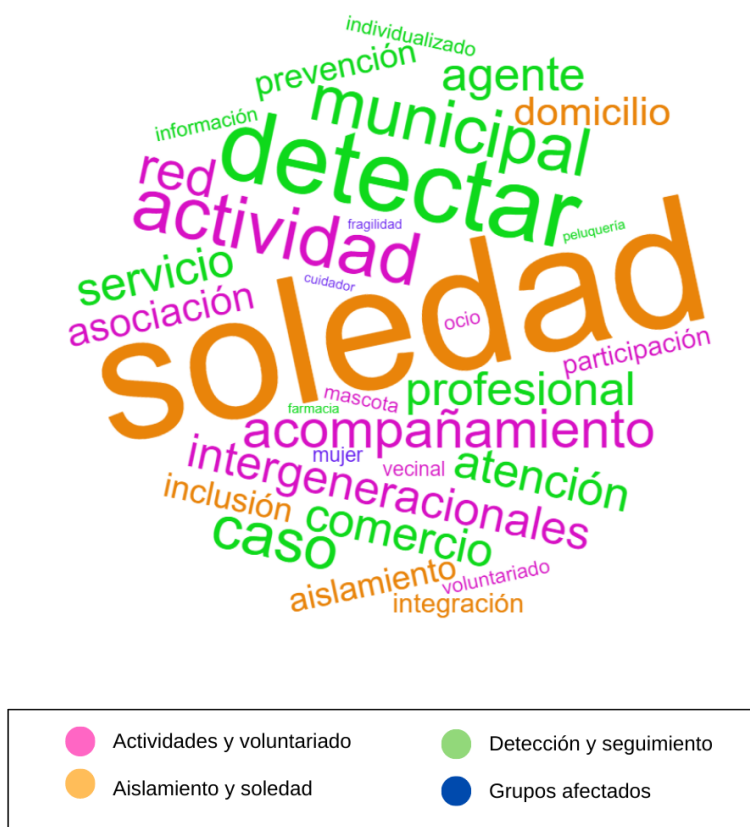
Siempre que se han llevado a cabo **campañas** contra la soledad no deseada, o allí donde existen grupos de voluntarios para el acompañamiento o servicios que facilitan la vida autónoma de las personas mayores (teleasistencia, atención domiciliaria, ...), se expresan valoraciones positivas hacia estos recursos porque generan seguridad entre las personas mayores y, en particular, cuando éstas viven solas.

¿Qué actuaciones se formulan en los planes para afrontar la soledad no deseada? ¿Resultan innovadoras?

De nuevo, lo primero a destacar es que no se han encontrado actuaciones para afrontar la soledad no deseada en las áreas 1 (Espacios al aire libre y edificios) y 2 (Transporte), pero, como en el caso de las propuestas de mejora, las áreas con mayor referencia a este aspecto son la 5 (Respeto e inclusión), la 8 (Servicios de apoyo comunitario y de salud) y la 4 (Participación social) (figura 6.18).

Las actuaciones corren parejas a las propuestas de mejora, en dos líneas principales: la **detección**, registro y seguimiento de casos, y el desarrollo de programas de **acompañamiento** y realización de **actividades** al interior del domicilio. En la primera línea, se trata de actuaciones dirigidas a protocolizar la detección de soledad no deseada por los **servicios municipales** para personas mayores, tales como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, etc., y otros recursos (centros de día, centros de mayores, servicios sociales de base, servicios de emergencia, etc.) y sus **profesionales** (sanitarios, trabajadores sociales, educadores sociales, etc.), así como recursos sociales (comunidades de vecinos, asociaciones de personas mayores, comercios) que puedan actuar como “antenas” para **detectar y prevenir** situaciones de **soledad y aislamiento**. En esta misma línea, se encuentran otras actuaciones dirigidas a la creación de redes de **comercios** (de cercanía) amigables, incluyendo **farmacias, peluquerías**, etc. que funcionarían no sólo como **agentes detectores** sino también como transmisores de **información** en materia de participación social.

Figura 6.18. Soledad no deseada: actuaciones desarrolladas en los planes



La segunda línea recoge actuaciones basadas en programas de **voluntariado** y actividades **intergeneracionales**, tales como el impulso de **actividades** para la relación social y la colaboración con ONGs en el fortalecimiento de la **red de acompañamiento** en el **domicilio**, pero también en actividades al exterior (ocio y tiempo libre, citas médicas y acompañamiento hospitalario, gestiones administrativas...), la creación de **redes de ayuda mutua** en **asociaciones** de personas mayores, el fomento de las **redes vecinales amigables** y la potenciación del uso y la convivencia con **mascotas** como compañía.

Otra línea tiene que ver con propuestas para promover la **inclusión e integración** social de las personas en situación de aislamiento o soledad o con dificultades y barreras para salir de su **domicilio**, mediante la creación de equipos multidisciplinares de visitas domiciliarias para la atención y abordaje **individualizado**. O mediante la puesta en marcha de actividades específicas fuera del domicilio a las que puedan acudir con **acompañamiento**.

Entre los grupos más afectados por el aislamiento o la soledad no deseada, se encuentran las **mujeres** mayores, lo que suele coincidir tanto con la condición de persona **cuidadora** como persona cuidada, y también quienes sufren de depresión como factor asociado a la soledad. Aunque se reconoce así, son puntuales las actuaciones que se dirigen de forma específica a estos colectivos: protocolos para atender a personas en situación de **fragilidad** que viven solas, a parejas de personas muy mayores, a personas carentes de apoyo familiar y social, mujeres mayores solas cuidadoras, mujeres mayores maltratadas que se encuentran aisladas, o detección de casos en situación de soledad y vulnerables al suicidio.

6.3.2. El edadismo

El edadismo o, mejor dicho, el anti-edadismo, se relaciona conceptualmente con el proyecto de red de Ciudades Amigables con las personas mayores, encontrándose en la base como objetivo de adhesión a la red: “Combatir los estereotipos negativos sobre el envejecimiento, aprovechando la experiencia y el potencial que representan las personas mayores para la comunidad”. Además, el Marco del Envejecimiento Activo de la OMS se sustenta en una perspectiva de ciclo de vida (interacción entre generaciones) que tiene en cuenta la diversidad humana, y parte de la idea de que cualquier persona, independientemente de su condición física, tiene el potencial de participar activamente en la sociedad. Teniendo esto en cuenta, se analizan los aspectos positivos, las barreras y las propuestas de mejora de los diagnósticos, mediante las nubes de palabras y las citas relacionadas.

Como ocurría con la soledad no deseada, las referencias al edadismo (figura 6.19) se encuentran mayoritariamente en el área 5 (Respeto e inclusión social); sin embargo, en el resto de las áreas es casi testimonial. Las *ideas principales de demanda* tienen que ver con el **respeto**, o mejor la falta del mismo, y el **trato** que se les dedica a las personas mayores, las más de las veces sesgado hacia el proteccionismo más que hacia el reconocimiento de su **experiencia** y aportación de **conocimiento**. Las faltas de respeto no sólo se observan entre los **jóvenes**, sino desde la **sociedad** en su conjunto: se percibe una pérdida de valor social, y una clara estereotipación de la **imagen** de las personas mayores, lo que conlleva prejuicios y una falta de integración en la comunidad, destacándose que la administración no es demasiado amigable con la **atención** a este colectivo, que las instituciones no se esfuerzan en modificar esa imagen social negativa y que existe una tendencia general y peligrosa a que se les trate desde la infantilización, como **niños**, inútiles o tontos. En este sentido, se destaca la habitual tutorización de las personas mayores y la falta de consideración que se tiene respecto de sus decisiones. Además, se identifica la carencia de **espacios** intergeneracionales, **convivenciales** o para el desarrollo de **actividades**, y se cuestiona el modelo de equipamiento exclusivo para un determinado colectivo, como los **centros** para personas mayores, pues no ayudan a la integración, la inclusión y la mejora de su **imagen**.

No obstante, hay discursos que limitan los casos de incivismo y mala educación a **experiencias** individuales, que pueden encontrarse entre las personas **jóvenes**, pero también entre las propias **mayores**. En el mismo sentido, otros destacan más la discriminación en cuanto a autonomía y la existencia de personas que no quieren asistir al centro de día y aceptar esa diferencia. Y también se encuentran opiniones que, aunque reconocen la heterogeneidad del colectivo, siguen poniendo en la **edad** la **característica** que puede diferenciar a una persona de 60 años de otra de 90, y destacan el

respeto hacia las personas mayores de 70 frente al trato menos respetuoso que reciben los menores de esa edad.

Desde otras áreas también se destaca la discriminación por **edad** en el ámbito laboral y la necesidad de que haya más oportunidades para las personas con 60 y más **años** (área 6. Participación cívica y empleo), el **trato** y la **atención** inadecuados que pueden sufrir las personas mayores desde la profesión médica y otros profesionales o la escasez de **información** sobre servicios específicos (área 8. Servicios de apoyo comunitario y de salud), y la falta de acceso informático a los **centros** socioculturales para obtener **información** e inscribirse a las **actividades** (área 4. Participación social). En este sentido, también se subraya que la sociedad piensa que las personas mayores no quieren actualizarse, modernizarse, pero la dificultad radica, en realidad, en la falta de medios y oportunidades para ello.

Figura 6.19. Edadismo: debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos



Las *propuestas de mejora* aparecen, igualmente de forma mayoritaria, desde el área 5 (Respeto e inclusión social) y se articulan básicamente en tres líneas: la sensibilización y formación, la intergeneracionalidad y los entornos inclusivos. Se insiste en la necesidad de: i) incluir **información** sobre el ciclo de vida y el envejecimiento activo en los **programas** educativos a distintos niveles, para favorecer el **respeto**, la tolerancia y la **convivencia**; ii) fomentar la educación cívica y el **respeto** hacia las personas de **todas las edades**, incidiendo en la formación de todos/as los/as profesionales en la atención y el trato respetuoso al público en general (área 8. Servicios de apoyo comunitario y de salud);

Las actuaciones corren paralelas a las propuestas de mejora alrededor de cuatro ejes: el respeto y el trato, sensibilización y formación, la inclusividad de los entornos y servicios, y la imagen, todos ellos interrelacionados bajo actuaciones centradas en la **detección y eliminación** de formas de expresión discriminatorias, incluyendo el **lenguaje** edadista de corte **paternalista**, mediante programas de **formación** en el respeto y buen **trato**, así como sobre **edadismo** y envejecimiento, dirigidos a **trabajadores y profesionales** de los servicios para personas mayores, y **campañas** publicitarias para **comunicar** una **imagen diversa**, positiva y libre de **estereotipos** edadistas. Particularmente, algunas actuaciones, desde un enfoque interseccional, hacen referencia también a **protocolos** para la **detección, formación y sensibilización** sobre **malos tratos y violencia de género**.

Aunque el edadismo es un concepto definido y descrito desde hace décadas, y la filosofía que subyace en el proyecto de Ciudades y Comunidades Amigables está próxima a superar esta discriminación por motivo de edad, parece aún necesario implementar de forma explícita este enfoque en los planes de acción que promuevan la amigabilidad.

6.3.3. La perspectiva de género

En el marco de actuación de la OMS para el envejecimiento activo, el género ocupa un lugar destacado como determinante transversal al resto de los determinantes y a los pilares para envejecer activamente, y se recomienda una perspectiva de género, a través de la cual considerar la idoneidad de las diversas opciones políticas y cómo su implementación afectaría el bienestar tanto de hombres como de mujeres. Siguiendo esta premisa, la información cuantitativa para el contexto de los diagnósticos ha sido aportada diferenciando los datos por sexo e, igualmente, se ha garantizado la participación equilibrada de hombres y mujeres en el proceso de conformación de los grupos focales para obtener la información cualitativa. Sin embargo, no parece que el género haya suscitado tanta atención, en forma de barreras o propuestas de mejora, como la observada en términos de edadismo o soledad. Dos hipótesis tendrían que ver con ello: que las barreras y mejoras que se proponen no afecten específica y diferencialmente por sexo/género o que la toma de información, esto es, la forma de cuestionar sobre las distintas áreas, no haya considerado este aspecto de forma específica. Esto último se ha observado en los guiones de los grupos focales.

Las áreas donde se encuentran más referencias (figura 6.21) a las *barreras* que puede imponer el género a la amigabilidad de las ciudades/comunidades son la 6 (Participación cívica y empleo), la 5 (Respeto en inclusión social) y la 4 (Participación social), que giran en torno a los roles diferenciales, la vulnerabilidad y necesidades por razón de sexo, y la participación desigual. Se reconoce que las **mujeres** mayores, antes y tras la **jubilación**, asumen las **tareas** del hogar y el rol de **cuidadoras**, dentro y fuera de la **casa**, tanto de su pareja como de **hijos/as**, nietos/as y otras personas dependientes o enfermas.

Como consecuencia, las mujeres mayores sufren más situaciones de **vulnerabilidad**: obtienen menores ingresos, ya sea porque sus cotizaciones fueron inferiores, porque nunca trabajaron fuera del hogar o porque lo hicieron de forma parcial o intermitente, o porque las pensiones de viudedad son también menores que las derivadas del trabajo; además, el nivel de estudios de las mujeres mayores suele ser inferior al de los hombres de la misma edad, lo que puede limitar sus oportunidades laborales a cualquier edad. En algunos casos, todo esto obliga a las mujeres mayores a intentar trabajar, pero, sin oportunidades laborales, pueden tender a hacerlo en la economía sumergida. Otra situación de vulnerabilidad viene dada por la soledad, en tanto que la **mayoría** de las personas que viven solas son **mujeres y viudas**. La precariedad económica de las viudas les dificulta cubrir sus **necesidades** y el acceso a bienes y servicios básicos.

En cuanto a la **participación**, las mujeres mayores parecen ser más participativas que los hombres en **actividades** sociales, culturales o de voluntariado a través de asociaciones, pero apenas ocupan cargos de responsabilidad en las **juntas** de gobierno, que suelen ser detentadas por los **hombres**, ellos con más tradición en la participación política, clubes deportivos, etc. Como aspecto positivo, se refiere que las mujeres mayores suelen mantener más que los hombres sus vínculos familiares, mientras los hombres suelen mantener más sus vínculos de amistad que las mujeres. También se destaca la **vulnerabilidad** que pueden llegar a sufrir los hombres cuando han de realizar tareas de cuidado de la pareja y del hogar, pues nunca antes habían desempeñado ese rol. Otras **diferencias** entre hombres y mujeres vienen dadas por el uso desigual del espacio y las infraestructuras de transporte; por ejemplo, se destaca que las mujeres mayores utilizan más el transporte público, mientras los hombres hacen más uso del transporte privado, el automóvil (área 2. Transporte) y, en relación con el área 1 (Espacios al aire libre y edificios), que las mujeres se sienten más inseguras, puesto que la vulnerabilidad puede aumentar con la edad, tanto en hombres como en mujeres, pero este aspecto les afecta más a las mujeres. Puntualmente, se menciona la violencia doméstica y la falta de presupuesto para atajarla.

Figura 6.21. Género. Debilidades y propuestas de mejora en los diagnósticos



¿Qué mejoras se proponen para paliar estas barreras? Por un lado, promover la paridad de género en los órganos de dirección de las **asociaciones** y estimular la **incorporación** de las mujeres a las **juntas** directivas de asociaciones y centros de personas mayores. Asimismo, que la administración pública ofrezca apoyo a los/as **cuidadores/as** para poder desarrollar plenamente su vida social. De forma específica, se proponen iniciativas de alfabetización de la población mayor, especialmente dirigidas a

las **mujeres** mayores, y fomentar la participación de los **hombres** en actividades atractivas para ellos. Y, puntualmente, se menciona la necesidad de no presuponer la heterosexualidad de las personas mayores.

¿Qué actuaciones se formulan en los planes para abordar estas demandas? ¿Siguen explícitamente una perspectiva de género?

La mayor parte de las actuaciones que toman en cuenta las necesidades específicas que puedan derivarse del sexo/género aparecen referenciadas principalmente en el área 5. Respeto e inclusión social, pero también, aunque con menor presencia relativa, en las áreas 8 (Servicios de apoyo comunitario y de salud), 4 (Participación social) y 6 (Participación cívica y empleo). De forma ya testimonial, se han encontrado actuaciones con esta preocupación explícita en las áreas 1 (Espacios al aire libre y edificios) y 7 (Comunicación e información).

La nube de palabras (figura 6.22) muestra las mismas cuatro familias/categorías que emergieron con las demandas y propuestas de mejoras, a las que se ha añadido otra emergente también relativa a los servicios inclusivos. En lo que respecta a los **roles** de género, se plantean actuaciones destinadas a favorecer la corresponsabilidad **familiar** en los **cuidados** y en el ámbito doméstico, mediante campañas de sensibilización y visibilización de la sobrecarga de las **mujeres** mayores **cuidadoras** y programas de respiro para facilitar su participación en **actividades** de ocio, **cultura** o autocuidado; acciones también de visibilización (mediante reconocimientos y premios) de las mujeres mayores y sus **roles** en la vida social, **cultural**, económica, deportiva, etc., y el tejido asociativo femenino; programas de “patrimonialización” mediante la puesta en valor de las **actividades** relacionadas con los roles desempeñados por las **mujeres**, recuperando su papel en la sociedad, y el acercamiento a la memoria colectiva de los saberes y conocimientos adquiridos por ellas.

Figura 6.22. Género: actuaciones desarrolladas en los planes



● Roles	● Vulnerabilidad
● Participación	● Servicios inclusivos
● Género	

Una segunda familia de actuaciones tiene que ver con la promoción de la **participación** de las **mujeres** en todos los ámbitos sociales y tipo de entidades, mediante su **incorporación** a las juntas directivas, de **asociaciones** y clubes municipales, incentivando la paridad en los procesos electorales, así como acciones formativas en las **asociaciones** locales, fomentando la integración de la perspectiva de género en las dinámicas de funcionamiento de las propias organizaciones; otros programas y acciones se dirigen a incrementar la **participación** de las mujeres en actividades físicas; y también actuaciones para potenciar el crecimiento personal y el bienestar integral de las **mujeres** de todas las edades.

Una tercera familia comprendería actuaciones diferenciadas por **género**, dirigidas específicamente a uno u otro sexo, tales como talleres no mixtos para hombres sobre el cambio de paradigma en las relaciones, las masculinidades tradicionales y las no normativas; también actuaciones destinadas a incluir la **perspectiva de género** en el análisis de la demanda, necesidades e intereses de las actividades que se ofertan; en la visibilidad de las personas mayores en los medios de comunicación; y acciones de promoción de la participación equitativa desde una perspectiva de **género** o talleres sobre **desigualdades de género** detectadas en las mujeres mayores que acuden a “Espacios de Igualdad”. En esta familia también pueden considerarse las actuaciones de **empoderamiento** en el ámbito de la **salud de las mujeres**, teniendo en cuenta la incidencia de factores de género, la organización de actividades considerando los diferentes ciclos de vida de la mujer, y acciones que impliquen actividad física, cognitiva, sensorial y motora, y la educación afectivo sexual, como herramientas de prevención y mejora de la salud.

La cuarta familia de actuaciones tiene que ver con acciones **específicas** destinadas a cubrir **necesidades** de colectivos **diversos** y especialmente **vulnerables**, considerando factores de interseccionalidad (**edad – edadismo** -, sexo, género, personas mayores migradas, **víctimas de violencia**, etc.): programas de lucha contra la violencia de género; talleres sobre malestar y somatización en mujeres mayores y su vinculación con la vivencia mantenida de relaciones de sumisión-dominación; acciones para visibilizar la diversidad cultural de las personas mayores migrantes. En el área 1. Espacios al aire libre y edificios se relacionan actuaciones dirigidas a las mujeres mayores **víctimas de violencia** de género mediante ayudas y subvenciones para acceder a una vivienda.

La quinta familia recoge actuaciones sobre servicios municipales y profesionales, en particular, para mujeres mayores víctimas de violencia de género: acogida, **asesoramiento** jurídico y laboral, **atención** psicológica y a la diversidad sexual, inserción y orientación para la igualdad; campañas de prevención y protocolos de detección y seguimiento de mujeres mayores víctimas de maltrato; desarrollo de **servicios de atención** específica para el tratamiento y recuperación de las víctimas; alojamientos protegidos semiautónomos; información a la sociedad sobre igualdad de género y diversidad sexual; acciones de **asesoramiento** técnico para la incorporación de la perspectiva de género en los planes de las unidades de igualdad; información y **atención** psicológica a personas mayores LGTBI; cursos de formación para los trabajadores en la **atención** al público y acciones de sensibilización sobre violencia de género y personas mayores dirigidas al personal del servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros municipales de mayores y centros de día. En el área 1, se relacionan actuaciones para reducir el consumo y la contaminación lumínica sin menoscabar las necesidades según la perspectiva de edad y género.

6.4. Aproximación analítica al impacto de la pandemia en los diagnósticos y los planes

En relación con la pandemia global por la COVID-19, ha sido analizado el impacto en los diagnósticos y planes considerando la fecha de los documentos. Es preciso señalar en este punto que la fecha no siempre ha sido posible obtenerla. Hay casos en los que aparece claramente indicada; en otros ha sido preciso estimarla a partir de la lectura del documento; , finalmente, unos pocos documentos (alrededor de 20) no la indican ni es posible estimarla. Por tanto, y para la consideración y selección de documentos que puedan haber sido elaborados en los momentos anteriores o posteriores a la pandemia por COVID-19, solo se ha contado con esa información, bien disponible, bien estimada, sobre la fecha de publicación. Sobre esta base, se ha tomado la decisión de suponer que los documentos publicados en 2020 o anteriormente pertenecen al periodo prepandemia, sin tener referencia del mes de su publicación ni disponer de información sobre cuando se desarrollaron los grupos de discusión, que sirvieron para elaborar las propuestas de mejora. Tampoco se tiene certeza de que los documentos con fecha de publicación de 2021 en realidad hayan sido preparados antes o en en mismo año. Ante estas incertidumbres, el análisis prepandemia (documentos publicados en 2020 o fechas anteriores) y pospandemia (2021 o años posteriores) de diagnósticos y planes debe ser tomado con precaución.

Del análisis relativo al impacto de la pandemia en los diagnósticos y los planes, se pueden señalar algunas cuestiones.

6.4.1. Afectación de COVID-19 en los diagnósticos

Considerando un total de 4.695 citas referidas a las mejoras en los diagnósticos con fecha identificada, pueden observarse variaciones en su proporción si se tiene en cuenta que el documento haya sido publicado en periodo pre o post pandemia (tabla 6.4). Así, lo primero a destacar es que el 84,1% de los diagnósticos se realizaron en periodo pre-pandemia frente al 15,9% que datan de 2021 o fecha posterior. Un análisis comparativo en términos relativos muestra diferencias en función del área de amigabilidad (tabla 6.4) con aumentos de citas post-pandemia en las áreas 3 - Vivienda (8,8% pre y 11,5% post) y 8 - Servicios de apoyo comunitario y de salud (12,0% pre y 14,6% post), mientras que las áreas 4 - Participación social y 6 - Participación cívica y empleo muestran una reducción de citas desde 8,7% a 6,8% y 9,5 a 6,1%, respectivamente.

6.4.2. Impacto de la COVID-19 en los planes de acción

Por lo que se refiere a las actuaciones recogidas en los planes, se han contabilizado 3.204 citas (tabla 6.5), con un 56% más en periodo postpandemia. Esta diferencia entre citas pre y postpandemia es más equilibrada que lo visto previamente en relación con los diagnósticos (84,1% en periodo prepandemia). ¿Podría esto significar que las actuaciones de los planes recogen el impacto de la pandemia en las medidas que se proponen llevar a cabo, como consecuencia de los cambios en los comportamientos de las personas mayores y de la sociedad, en general, en los entornos físico y social?

También pueden observarse diferencias relativas en función del área de amigabilidad. De este modo, las áreas 1, 2, 3 (las tres áreas del eje del entorno físico) y 6 incrementaron la proporción de citas entre los dos periodos considerados, mientras que las áreas 4, 5, 7 y 8 observaron una disminución (básicamente áreas de los ejes 2 y 3 de amigabilidad).

Tabla 6.4. Número de citas de propuestas de mejora en los diagnósticos según fecha de publicación pre o post pandemia

Áreas de amigabilidad	Número total de citas			Prepandemia (≤ 2020) (% sobre total citas pre)	Postpandemia (≥ 2021) (% sobre total citas post)
	Prepandemia (≤ 2020)	Postpandemia (≥ 2021)	Total		
1- Espacios al aire libre y edificios	1.159	224	1.383	29,4	29,9
2 - Transporte	572	107	679	14,5	14,3
3 - Vivienda	348	86	434	8,8	11,5
4 -Participación social	343	51	394	8,7	6,8
5 -Respeto e inclusión social	312	53	365	7,9	7,1
6 -Participación cívica y empleo	376	46	422	9,5	6,1
7 -Comunicación e información	364	72	436	9,2	9,6
8 -Servicios de apoyo comunitario y de salud	473	109	582	12,0	14,6
Total	3.947	748	4.695	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6.5. Número de citas de actuaciones en los planes según fecha de publicación pre o post pandemia

Áreas de amigabilidad	Número total de citas			Prepandemia (≤ 2020) (% sobre total citas pre)	Postpandemia (≥ 2021) (% sobre total citas post)
	Prepandemia (≤ 2020)	Postpandemia (≥ 2021)	Total		
1- Espacios al aire libre y edificios	319	474	793	22,6	26,4
2 - Transporte	134	222	356	9,5	12,4
3 - Vivienda	99	137	236	7,0	7,6
4 -Participación social	184	192	376	13,0	10,7
5 -Respeto e inclusión social	188	195	383	13,3	10,9
6 -Participación cívica y empleo	75	151	226	5,3	8,4
7 -Comunicación e información	133	164	297	9,4	9,1
8 -Servicios de apoyo comunitario y de salud	278	259	537	19,7	14,4
Total	1.410	1.794	3.204	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia.

7. EVALUACIONES DE LAS ACTUACIONES PROPUESTAS EN LOS PLANES

El análisis de los documentos de evaluación de las actuaciones expresadas en los planes de acción se ha centrado en los municipios que disponen de documento de evaluación seleccionado en el estudio: Pozoblanco (Córdoba), Zaragoza (Zaragoza), Terrassa (Barcelona), Madrid (Comunidad de Madrid), Castelló de la Plana (Castellón) y Bilbao (Bizkaia).

Comparado con el volumen de citas en los diagnósticos y los planes de acción (véase tabla 6.1. en el capítulo anterior), el número contabilizado en la evaluación de las actuaciones es reducido, lo que podría deberse a dos razones vinculadas, principalmente, con el también reducido número de municipios con dichos documentos. La primera es que la evaluación requiere haber realizado las dos fases anteriores, esto es, diagnóstico y ejecución del plan de acción; la segunda tiene que ver con la disponibilidad de recursos suficientes, casi en un proceso circular de planteamiento (diagnóstico, plan, evaluación, revisión del plan, reevaluación) para afrontar una mejora continua de los municipios en relación con las características de amigabilidad de los entornos.

Desde un punto de vista metodológico, hay que tener en cuenta otros dos aspectos relevantes. El primero es el proceso de elaboración de la evaluación, en el que se explicita éste y se sintetizan las decisiones tomadas por el equipo municipal encargado de la implementación de las actuaciones; y este proceso no es igual en todas las ciudades, lo que genera incertidumbre en el análisis. El segundo, en conexión con el anterior, es la propia evaluación llevada a cabo con libertad a la hora de aplicar distintas **escalas de medición de las evaluaciones**, a saber:

- escala ordinal de 1 a 5, donde 1 sería “ha empeorado mucho” y 5 sería “ha mejorado mucho”.
- valoración cualitativa del grado de cumplimiento de la actuación propuesta. Así, ante una propuesta concreta se valora, a nivel general y en primer lugar, cómo se ha ejecutado el proyecto y, en segundo término, el cumplimiento de esa propuesta pero sin hacer referencia a los indicadores propuestos.
- valoración general del grado de consecución de las actuaciones propuestas agrupadas en las 8 áreas de amigabilidad, en un rango de 0 – 100 (escala directa).
- una escala categórica que va desde un “grado de consecución nulo” (indica la imposibilidad para realizar la evaluación) a un “grado de consecución alto” (o evaluación realizada).
- escala categórica de valoración, con categorías de “no iniciado/pendiente” a “terminada”, teniendo en cuenta sólo su ejecución y no tanto la valoración de ésta.

Los resultados del análisis de las evaluaciones contabilizan 366 citas, lo que hace una media de 61 citas por documento, con una diferencia sustancial en el volumen de citas por documento observado. Tomando en consideración las áreas de amigabilidad (tabla 7.1), la mayor proporción de citas corresponde al área espacios al aire libre y edificios (27,3%), seguida de respeto e inclusión social (19,7%), servicios de apoyo comunitario y de salud (14,2%) y, finalmente la vivienda (12,3%). Estos resultados están en la línea de los obtenidos en los diagnósticos y los planes en relación con la distribución por áreas de amigabilidad.

Tabla 7.1. Distribución de citas según las áreas de amigabilidad en los documentos de evaluación

Áreas de amigabilidad	Nº de citas	%
Espacios al aire libre y edificios	100	27,3
Transporte	11	3,0
Vivienda	45	12,3
Participación Social	33	9,0
Respeto e Inclusión social	72	19,7
Participación cívica y Empleo	23	6,3
Comunicación e información	30	8,2
Servicios de apoyo comunitario y de salud	52	14,2
Total	366	100,0

Fuente: Elaboración propia

A pesar de los escasos documentos de evaluación disponibles en el estudio, se ha observado una clara tendencia a valorar positivamente las actuaciones (tabla 7.2), por lo que podría pensarse que sólo se llevan a evaluación cuando se ha implementado de manera positiva un volumen significativo de actuaciones, de acuerdo con las escalas de medida anteriormente mencionadas. Así, de los municipios que han elaborado evaluación o valoración de las actuaciones, el 53,6% ha conseguido ejecutar de manera satisfactoria esa actuación y solo 4,4% no han sido realizadas. Pero también se ha descubierto un volumen importante de evaluaciones “nulas” (26,5%), esto es, aquellas que no han podido ser efectuadas por carecer de datos en algún indicador o por la inexistencia de datos para el período considerado.

Tabla 7.2. Valoración de las actuaciones de los documentos de evaluación

Categorías de valoración (N: 366 citas)	(%)
Alta	53,6
Media	11,2
Baja	4,4
Nula	26,5
No realizada	4,4
Total	100,0

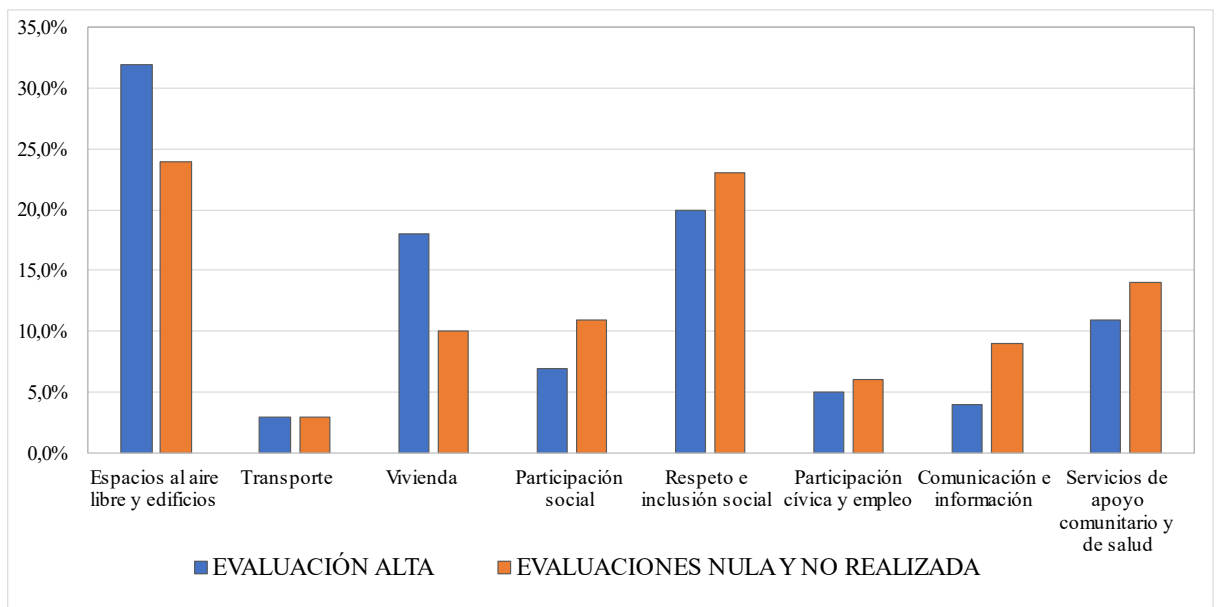
Fuente: Elaboración propia

Estos resultados implicarían una oportunidad de mejora en tanto que pueden ofrecerse directrices de cómo medir adecuadamente, en relación con los recursos disponibles, las actuaciones que se planteen. Aunque esta oportunidad tendría la problemática de constreñir las actuaciones a medidas que pudiesen llevarse a cabo con los medios disponibles a escala municipal, y circunscritas a un periodo temporal concreto, es necesario reducir el número de valoraciones entendidas como nulas y tener en cuenta cómo serán medidas las actuaciones para evitar este tipo de estimaciones, ya que los indicadores propuestos en los planes no parecen ajustarse a la realidad de los medios disponibles, a tenor de los pocos documentos de evaluación disponible.

Cuando se reduce el análisis a las valoraciones más altas, de un lado, y a las nulas más las no realizadas, de otro, como extremos de una escala adecuada a una aproximación cualitativa, el número de citas se reduce hasta 309, una vez desestimadas las valoraciones media y baja, con un valor promedio por documento algo superior a 50 (figura 7.1). No obstante, la distribución de citas de las valoraciones para

cada una de las áreas de amigabilidad muestra un esquema semejante al de las valoraciones en general, con las mismas áreas en posición prominente (compárese con la tabla 7.1): espacios al aire libre y edificios, respeto e inclusión social, servicios de apoyo comunitario y de salud y vivienda. Sin embargo, las valoraciones altas alcanzan un valor más elevado en el caso de espacios al aire libre y edificios (32%) y vivienda (18%), mientras las valoraciones nulas o no realizadas son más destacadas, comparativamente, en el ámbito del respeto e inclusión (23,5%). Precisamente, en el eje temático de carácter social, cultural y participativo (áreas de amigabilidad 5 a 7) y de entornos sociales y determinantes sociosanitarios (área 8) las valoraciones nulas predominan sobre las altas. En definitiva, parece que las medidas de las áreas del ‘entorno físico’ gozan de valoraciones más altas que las ‘sociales’, sin que sea fácil buscar una interpretación más profunda a esta distribución.

Figura 7.1. Valoraciones alta y nula/no realizada por área de amigabilidad



Fuente: Elaboración propia.

8. RESPUESTA A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

8.1. ¿Cuáles son las principales demandas y propuestas que hacen las personas mayores para mejorar la calidad de vida en sus municipios?

La respuesta a esta cuestión, orientada a sintetizar los resultados que han **emergido del análisis de contenido** realizado sobre los documentos de diagnóstico que aquellos municipios españoles adheridos a la GNAFCC han elaborado, se incardina en el marco de los **tres ejes de amigabilidad** de los entornos, establecidos en el Protocolo de Vancouver (PV) y denominados como:

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

Las áreas de amigabilidad hunden sus raíces en los diferentes pilares y determinantes de los paradigmas del envejecimiento activo y del envejecimiento saludable. Asimismo, se encuentran en la base de los predictores de **calidad de vida** en la vejez y facultan a las personas mayores para envejecer en casa, como estrategia fundamentalmente seguida y deseada, mientras las circunstancias personales y contextuales lo permitan. Es por ello que es preciso actuar sobre estas dimensiones para conseguir mejorar o, al menos, mantener la **calidad de vida**, como variable de resultado. Esto está en línea con la idea de que no es posible revertir el envejecimiento pero se puede actuar sobre el resto de los entornos para facilitar precisamente el proceso de envejecer bien.

Los análisis realizados han permitido observar una elevada **concordancia** entre las propuestas de **mejora**, plasmadas en los diagnósticos, y las **actuaciones**, en los planes de acción, si bien con algunas pocas desviaciones tanto a favor de unas como de otras en el contexto de las diferentes áreas de amigabilidad.

En el primer eje de amigabilidad, **el entorno físico**, esta concordancia se ha traducido en varias demandas y propuestas que giran alrededor de i) la accesibilidad (espacios e infraestructuras libres de obstáculos / obstrucciones / barreras) en el entorno interior de la vivienda y los edificios, en las infraestructuras exteriores y en el transporte público; ii) la dotación, la adaptación, el mantenimiento o estado de conservación en los servicios y en todos los elementos del espacio público y privado (áreas verdes-parques-jardines, infraestructuras, transporte, edificios, vivienda); iii) la seguridad que, al igual que la accesibilidad, es otro tema que atraviesa varias de las áreas de amigabilidad para garantizar el cumplimiento de la normativa frente a los derechos personales y comunitarios; iv) también la accesibilidad en

cuanto a costo económico, o asequibilidad, ha sido otro tema emergente en este eje de amigabilidad.

En el segundo eje de amigabilidad, los **entornos social, cultural y participativo**, se encuentran demandas y propuestas en relación con: i) la promoción de la participación en diversos tipos de actividades, a través de diferentes mecanismos (asociacionismo, participación ciudadana y vecinal, programas, ...), poniendo el foco en las actividades intergeneracionales, facilitadas mediante el acceso físico y económico, dando protagonismo a la propia persona mayor y alentando el voluntariado; ii) creación de entornos inclusivos, abriendo los centros de mayores, educativos, y otros recursos municipales al uso compartido para reducir la brecha generacional, y convertirlos en espacios de convivencia para la concienciación sobre el valor y la importancia de las personas mayores para la sociedad; iii) servicios respetuosos y adaptados a las necesidades, mejorando el acceso y la información sobre espacios de participación, empleo y asesoramiento, priorizando la atención, facilitando las gestiones presenciales y apoyando el rol de la persona mayor cuidadora mediante servicios de descanso; iv) dedicación de más recursos públicos para la detección de casos vulnerables a la soledad no deseada, actividades a domicilio, programas de acompañamiento y servicios de apoyo psicológico, y desarrollo de grupos de voluntariado y redes de ayuda mutua; v) revalorizar la imagen de las personas mayores y romper estereotipos y prejuicios, mediante la participación cívica y el voluntariado, y la creación de una figura que vele por la imagen de las personas mayores en todos los ámbitos sociales y en particular en los medios de comunicación.

Otras actuaciones se centran en i) la promoción de actividades de formación para la mejor capacitación de las personas mayores en su entorno, ii) la disponibilidad de centros para las personas mayores que faciliten la participación, aseguren su accesibilidad, no solo física, sino también de información, y promuevan su representatividad en las estructuras asociativas, iii) el acercamiento a las tecnologías de la información (TIC) como vehículos de capacitación para su accesibilidad a los servicios públicos y a los trámites necesarios con la administración pública, como canales de interacción entre personas mayores en su entorno social, y finalmente, en relación con lo anterior, iv) la comunicación inclusiva y amigable con las personas mayores, vinculada a la mejora de las infraestructuras y redes de información de los municipios, aprovechando las estrategias de comunicación de los ayuntamientos para con su población mayor.

El tercer eje, **entornos sociales y determinantes sociosanitarios**, se hace visible a través de estrategias relacionadas con la prevención del deterioro de la salud mediante la promoción de actividades favorecedoras del envejecimiento activo y saludable y el fomento de redes de apoyo de carácter social. Su objetivo primordial es combatir los factores que desembocan en la vulnerabilidad social, en la soledad y, en definitiva, en el deterioro de la salud y el funcionamiento. En este sentido, no es menor el interés de los municipios por actuar sobre los recursos físicos que protegen la salud, a través de las actividades y los cuidados, como los centros de mayores y/o las residencias: sus equipamientos, la detección de las necesidades, el modelo de atención o el sistema de relación entre la persona mayor y las instituciones son elementos destacados de actuación. Y ello lleva aparejado otro aspecto importante, el de la relación con la administración, el sistema normativo que rige la prestación de servicios y la coordinación entre administraciones para su implementación más eficiente. Son todo ellos, en definitiva, factores que redundan en la protección de la salud de las personas mayores.

8.2. ¿Cuál es la utilidad que tienen los diagnósticos para la toma de decisiones políticas que se refleja en los planes de acción?

Los diagnósticos son documentos imprescindibles para obtener el conocimiento necesario para la formulación de actuaciones que puedan avanzar en la consecución de la amigabilidad de los entornos. La secuencia del proceso sirve para decantar propuestas de mejoras que han emergido de las opiniones de las personas participantes, en general mayores de edad, que posteriormente son estructuradas por los servicios municipales en forma de actuaciones y medidas de política pública, para después ser evaluadas para constatar la eficiencia en su aplicación. La culminación de estas fases desencadena la revisión establecida en los documentos de segundo ciclo.

Los documentos analizados, entonces, han posibilitado medir el seguimiento de propuestas de mejora, actuaciones y evaluaciones a lo largo del tiempo para aquellos municipios, escasos en número, que han logrado cumplir el primer ciclo por distintas razones. Los resultados muestran varios hechos: a) las **propuestas de mejora** son transferidas a los planes como actuaciones en una alta proporción. Es decir, muy pocas de las primeras no consiguen ser estructuradas como actuaciones; b) la relativa concordancia de propuestas y **actuaciones** según áreas de amigabilidad, entre las que destacan por su importancia numérica los espacios al aire libre, los transportes o los servicios de apoyo comunitario y de salud, c) la reducción de actuaciones, en relación con las mejoras propuestas, se produce en las dos primeras (espacios al aire libre edificios y transportes), mientras que en la tercera (servicios de apoyo comunitario y de salud) aumenta el número de actuaciones en comparación con el de las mejoras, y d) la reducción de propuestas de mejora se muestra en las áreas del eje del entorno físico (espacios al aire libre y edificios, transportes, vivienda) cuando los municipios son de tamaño medio y alto; por el contrario, los municipios rurales plantean un relativo mayor número de actuaciones no señaladas previamente en los diagnósticos.

Finalmente, el análisis de los pocos municipios que han llegado a la fase de medición de las actuaciones planteadas a través de **evaluaciones** no permite establecer un modelo general. La realidad es que cada municipio aplica sus propios criterios y escalas para valorar las medidas puestas en marcha. A pesar de ello, la valoración tiende a ser, en general, alta, aunque destaca también otro hecho, el que haya un cierto volumen de evaluaciones no realizadas por las dificultades de encontrar datos o indicadores adecuados para ello. En todo caso, las evaluaciones se distribuyen por áreas de amigabilidad de forma aproximada a las mejores propuestas en los diagnósticos y a las actuaciones definidas en los planes, destacando espacios al aire libre, respeto e inclusión social y servicios de apoyo comunitario y de salud.

8.3. ¿Cómo se reflejan en este proceso de participación y diseño de políticas locales dimensiones cruciales de la diversidad poblacional como el género, la edad o la ruralidad o el tamaño de los municipios?

Hay tres dimensiones geo-sociodemográficas que afectan de forma transversal los objetivos del proyecto de red Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores (GNAFCC): la edad, el género y la soledad.

La **edad**, o mejor, la discriminación por razón de la edad o edadismo, se relaciona directamente con el proyecto, encontrándose en la base como objetivo de adhesión a la red: “Combatir los estereotipos negativos sobre el envejecimiento, aprovechando la experiencia y el potencial que representan las personas mayores para la comunidad”. Las referencias al edadismo se encuentran sobre todo en el “Área 5. Respeto e inclusión social” y de forma más limitada en el resto de las áreas que componen el eje 2 de amigabilidad, destacando la necesidad de promover el respeto y buen trato hacia las personas mayores, valorizar su experiencia y conocimiento, crear y compartir espacios intergeneracionales, fomentar la participación cívica y el voluntariado, y favorecer las oportunidades laborales.

El **género** ocupa un lugar destacado en el marco de actuación para el envejecimiento activo de la OMS, como determinante transversal al resto de los determinantes y pilares para envejecer activamente, y se recomienda una perspectiva de género en el diseño de las políticas. El sexo ha sido considerado en la información cuantitativa provista por los diagnósticos e, igualmente, se ha garantizado la participación equilibrada de hombres y mujeres en el proceso de conformación de los grupos focales para obtener la información cualitativa. Sin embargo, no parece que el género haya suscitado demasiada atención en las demandas y propuestas de mejora; dos hipótesis podrían tener que ver con ello: que las barreras no afecten específicamente y diferencialmente por sexo/género o que la toma de información, la forma de indagar sobre las distintas áreas, no haya considerado este aspecto de forma explícita. Esto último es lo que parece haber ocurrido en los guiones de los grupos focales. En cualquier caso, la mayor parte de las demandas con perspectiva de género se encuentran en las áreas del eje 2, relativas a participación y respeto e inclusión social, aunque también en relación con los espacios al aire libre y el transporte. Puede destacarse el obstáculo que la tarea de cuidado supone para las mujeres mayores, para su participación a cualquier nivel, su integración comunitaria y asociativa, y su vulnerabilidad social y económica. Asimismo, el uso desigual del espacio público y las infraestructuras afecta más directamente a las mujeres en materia de seguridad.

Afrontar la **soledad no deseada** se encuentra también en la base de los objetivos de inclusión y participación social para la amigabilidad con las personas mayores de las Ciudades y Comunidades. Sin embargo, como punto de partida, son pocos los diagnósticos que lo toman en cuenta, y casi siempre en relación con la forma de vivir en hogares unipersonales o con el aislamiento que puede suponer la despoblación. No obstante, es un aspecto que muestra gran protagonismo entre las demandas y propuestas de mejora, de nuevo, en las áreas del eje 2

relativas a participación social, cívica y, sobre todo, respeto e inclusión social. Las demandas se centran en la necesidad de mecanismos de detección y seguimiento de los casos, que se reconoce con mayor incidencia entre las personas más mayores y las mujeres; incrementar la ayuda a domicilio para los colectivos más vulnerables; diseñar programas de acompañamiento y actividades en el interior de la casa; organizar grupos de voluntariado y redes de ayuda mutua; promover la convivencia intergeneracional; eliminar barreras arquitectónicas.

El **tamaño del municipio** es, quizás, la dimensión más importante en el proceso de búsqueda de las condiciones de amigabilidad, cuando la Guía y el Protocolo de Vancouver la introducen en el propio paradigma al valorar su significado a la hora de poner en marcha el proceso. En definitiva, no es adecuado utilizar los mismos criterios para conformar los grupos focales cuando los municipios son pequeños (equiparados a rurales) que cuando lo son de mayor tamaño, ciudades en general. Los requerimientos para los grupos son similares en cuanto a edad, sexo y capacidad funcional, pero el número de grupos necesitados para el diagnóstico aumenta cuando lo hace el tamaño del municipio. Y eso es apreciable en España cuando se analiza la distribución de municipios implicados en el proceso de amigabilidad según su tamaño, menos numerosos cuando son pequeños que cuando tienen más población. Y también es apreciable el efecto destacado del tamaño municipal cuando se estudian otros aspectos, como los datos sobre el contexto socio-demográfico de los municipios, la elaboración heterogénea y desigual de los documentos, las diferencias en las propuestas de mejora y de actuaciones por áreas de amigabilidad, así como en los hechos sociales no incluidos en estas (género, soledad, edadismo). En definitiva, el tamaño municipal es un criterio de enorme importancia para la elaboración de los documentos, para la presentación de propuestas y actuaciones y para su evaluación.

8.4. ¿Cómo apoya el Protocolo de Vancouver la realización de este proceso y cómo puede mejorarse el proceso de elaboración de diagnósticos y planes?

El Protocolo de Vancouver es un instrumento básico para el reconocimiento de un municipio o comunidad como entorno amigable con las personas mayores, al servir de guía para elaborar la documentación. Las recomendaciones metodológicas, tanto sean de carácter teórico, como formales, forman el corpus que siguen los ayuntamientos solicitantes.

En consecuencia, los documentos de diagnóstico analizados ofrecen contenidos amplios en este apartado metodológico, si bien es cierto también que hacen aproximaciones diversas y heterogéneas en su aplicación a los contextos. Esta **diversidad** pretende reconocer, primero, la necesidad de tener un marco común de análisis e interpretación de la situación de las personas mayores en las ciudades españolas, y, segundo, la conveniencia de su adaptación al 'contexto español' y, por tanto, la exploración de la riqueza de las diferencias que el Protocolo, por su objetivo de estandarizar la metodología, podría no sacar a la luz.

El principal **criterio de exclusión**, independientemente de los ya descritos en el apartado correspondiente a la calidad de los documentos, es que se han desestimado aquellos

diagnósticos que no cumplían los requisitos básicos para hacer una interpretación de cómo se han elaborado desde el punto de vista metodológico. Con esta idea en mente, y después de hacer una revisión exhaustiva de los documentos, se han utilizado **75 diagnósticos**, sin valorar en este caso si son municipios con diagnóstico propiamente dicho, o si lo son con plan de acción, o si incluyen además la evaluación.

En el ámbito de los principios definidores de la metodología es esperable, entonces, que los diagnósticos analizados reflejen de alguna manera los contenidos del documento de adaptación del IMSSERSO. Uno de ellos es la identificación de los **objetivos** que orientan su redacción, siendo algunos conceptos expresivos de su importancia, como a) la esencial **participación de las personas mayores** en el proceso, b) la necesidad de **aportar su experiencia** siguiendo un camino de abajo a arriba (*bottom-up*) para conseguir una mejora en su calidad de vida, y c) la conveniencia de contar, además, con la **participación de otros agentes** que contribuyan a definir la amigabilidad de la ciudad. Queda bien definido el hecho de que sus opiniones responden a los problemas que perciben y expresan en su localidad de residencia, a sus propias necesidades como ciudadanos y ciudadanas y a la conveniencia de aportar soluciones. El principio de **investigación-acción** guía la elaboración de los diagnósticos. Tal expectativa de mejorar la amigabilidad muchas veces no sobrepasa la fase del diagnóstico, porque muchos municipios no han desarrollado el resto de ellas, a pesar de su buena voluntad manifestada en el propio diagnóstico, sin que sea posible identificar las causas de ello. El **análisis cualitativo** es ampliamente señalado como la metodología más adecuada para obtener la información de las personas participantes por ofrecer la información más rica y detallada. Y el **grupo focal** es su instrumento idóneo para ello, pero, en algunos casos, se complementa con cuestionarios cuantitativos, entrevistas semiestructuradas, reuniones de grupos de trabajo o seminarios y congresos específicos.

La aplicación de estos principios generales no siempre es ajustada a la teoría, sino que se ve sometida a factores limitantes, que, inevitablemente, reclaman mejoras en su aplicación. A grandes rasgos, los principales aspectos a mejorar tienen relación con i) su **composición**, atendiendo al tamaño de los municipios y a su capacidad operativa, ii) el proceso de **selección de participantes**, siguiendo los criterios de edad, que no siempre son homogéneos. En menor medida, el nivel socioeconómico no es tan comúnmente descrito, especialmente en municipios de tamaño intermedio o pequeño, iii) el seguimiento de los criterios que aseguren las condiciones de participación de las personas, iv) la consolidación de la participación de otros agentes sociales (cuidadores/as, prestadores de servicios, administración pública en cualquiera de sus servicios), especialmente en los municipios con capacidad de allegar recursos para el diagnóstico, y v) la necesidad de cumplir con los requerimientos éticos de información previa y firma de consentimiento. El papel de los municipios es claro en el cumplimiento de los criterios definidos en el Protocolo de Vancouver, utilizando para ello la capacidad formativa del IMSSERSO para facilitar la elaboración de los documentos en la búsqueda de una mayor homogeneidad en los diagnósticos. Precisamente, la necesidad de dar respuesta a retos sociales, como la perspectiva de género, la intervención en situaciones de soledad no deseada en personas mayores o la necesidad de combatir las situaciones de discriminación en razón de edad (edadismo), es un reto que el Imsserso debe tener en cuenta en las solicitudes de incorporación a la red española en el futuro.

8.5. ¿Qué fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas se identifican en base a la situación actual y las previsiones futuras y qué planteamientos generales se proponen?

8.5.1. Fortalezas (favorecedoras, internas/consustanciales con el proceso de elaboración de los documentos)

- Utilización de la **Guía Global de Ciudades Amigables con la Personas Mayores**, como marco teórico y del **Protocolo de Vancouver**, como instrumento metodológico, para definir la estrategia de análisis de la situación de amigabilidad las ciudades y comunidades para con las personas mayores (diagnósticos), para identificar las medidas políticas a aplicar (plan de acción) y para medir el grado de desarrollo y cumplimiento (evaluación).
- Fortalecer el **papel de las personas mayores** en la generación de conocimiento sobre sus necesidades (investigación) y la identificación de medidas y acciones para la mejora de su calidad de vida: proceso participativo de abajo a arriba (bottom-up) para la acción.
- Reconocimiento de la función que cumplen **diversos actores** para canalizar las demandas y propuestas de acción, como la sociedad organizada, los proveedores de servicios, tanto de carácter formal (profesionales), como informal (cuidadores/as), o las instituciones competentes, ya sean de carácter local, regional o nacional.
- Valoración de la **investigación cualitativa**, especialmente a través de grupos focales, como herramienta esencial, por la riqueza de contenidos que ofrece, para hacer emerger las necesidades y demandas de las personas mayores que viven en ciudades y comunidades que aspiran a ser entornos amigables.
- Posibilidades de **triangulación en la toma** de información con la aportación de encuestas cuantitativas, entrevistas en profundidad, reuniones de grupos, seminarios y/o congresos.
- La revisión exhaustiva de la documentación ha permitido retener documentos con **contenido consistente y relativamente homogéneo**, por ser adecuados a la metodología explícita del Protocolo de Vancouver en todas sus secciones (contexto geosociodemográfico, metodología de estudio, análisis y resultados relativos a las áreas de amigabilidad), por estar escritos en español u otra lengua cooficial (han sido incluidos varios documentos en catalán sin versión en español), salvo en vasco (3 documentos en esta lengua sin versión en español), y por seguir una tipología explícita (diagnósticos, planes, evaluaciones) para realizar una revisión sistematizada y responder a los propósitos del estudio.
- Conveniencia de utilizar las **8 áreas y las subáreas** de amigabilidad establecidas en el Protocolo de Vancouver, que ofrece una pauta esencial para obtener una valoración más homogénea de las necesidades y demandas planteadas por la población mayor. Teniendo esta idea en cuenta, se comprueba que el contexto social y cultural de cada municipio ofrece matices de enorme valor para la aplicación de políticas específicas.

- De esta manera, es posible detectar necesidades y demandas que no encajan de forma excluyente en áreas específicas, sino que tienen un **carácter transversal**, que no es sino una muestra de la riqueza de las opiniones de las personas mayores. La accesibilidad y la asequibilidad a varios elementos físicos de la ciudad, a los transportes, a los servicios, a la información, las actividades que las personas realizan tomando el entorno físico y social como marco de referencia, las relaciones con la administración como provisor de servicios y de mecanismos de apoyo a las personas (trámites, gestiones), la vinculación entre necesidades de las personas y los recursos disponibles para su atención, la seguridad personal y ciudadana, por citar algunos, son ejemplos de esa transversalidad.

8.5.2. Debilidades (circunstancias limitantes, internas/consustanciales con el proceso de elaboración de los documentos)

- Disponibilidad de **documentos muy diversos** (no son fuentes primarias ni secundarias) en cuanto a su tipología (diagnósticos, planes, evaluaciones), pero también en cuanto a su abordaje, sus contenidos en general y a su sistematización, que no facilitan la obtención de ideas y esquemas generales de interpretación por falta de calidad suficiente para realizar una revisión sistematizada.
- La **falta de homogeneidad** hace emerger diversos criterios de exclusión, para no seleccionar documentos que lastrarían la búsqueda de rasgos comunes en la detección de necesidades, en la presentación de demandas y en el diseño de medidas de política pública en la búsqueda de entornos amigables.
- **Desigualdad en el seguimiento** de la Guía y Protocolo de Vancouver en las regiones españolas y en municipios según su tamaño, lo que también dificulta la obtención de una imagen general de su implantación, prevaleciendo los municipios de algunas regiones (País Vasco, Cantabria, Cataluña, Madrid, ...) y los de carácter urbano pequeño y grande que disponen de más estructuras y recursos para su aplicación.
- **Dificultades para completar** el ciclo diagnóstico-plan-evaluación (y pasar a un segundo ciclo) en un grupo apreciable de municipios, especialmente en los de menor tamaño de población, lo que puede significar, quizás no tanto un agotamiento del proceso, como una falta de tiempo para su desarrollo, una limitación en la capacidad institucional para ello, o estar vinculado a otros factores relacionados con la idiosincrasia de cada ayuntamiento.
- El **perfil de la comunidad**, evaluado a través del contexto geodemográfico y económico, esencial para enmarcar la situación del municipio, no está estandarizado en los documentos, con excepción de datos demográficos y sociales muy generales. Lo mismo ocurre en la presentación del **marco conceptual**, que guía la búsqueda de amigabilidad en el entorno urbano para las personas mayores. Algunas regiones han logrado mayor homogeneidad en estos apartados, al seguir esquemas semejantes en la elaboración de sus documentos.
- El género, la discriminación por edad (edadismo) y la soledad no deseada, como **aspectos transversales**, no gozan de un desarrollo suficiente para su valoración como aspectos esenciales para la calidad de vida de las personas mayores. Sólo en un caso de segundo ciclo, la soledad no deseada ha sido expresada como una novena área de

amigabilidad (Zaragoza, en Aragón). Los futuros diagnósticos podrían verse favorecidos si se consideraran e insertaran estos conceptos en los grupos focales.

- Dificultades para seguir las pautas en la composición de los grupos focales según tamaños municipales, lo que hace emerger un **sesgo de selección**, que redundaría en una posible menos adecuada participación de personas mayores. Esencialmente participaron personas mayores activas que asisten a centros municipales y son miembros de asociaciones, así como agentes sociales e institucionales. Todo ello incide en la representación sesgada para la generación de contenidos, necesidades y demandas.
- Limitación en la **búsqueda y selección de participantes** mayores de edad y agentes sociales de acuerdo al tamaño del municipio, en favor de los de mayor tamaño, con más recursos y estructuras (organizaciones, empresas, asociaciones).
- La disponibilidad de datos de las personas participantes en grupos focales está limitada por el carácter voluntario del cuestionario que permitiría obtener un **perfil socio-demográfico**, lo que sucede en no pocos municipios. Eso conlleva que no sea posible generalizar qué rasgos tenían dichas personas. Ni siquiera ello es posible con datos tan esenciales como la edad (agrupada en categorías diversas, no semejantes). El estado de salud, la capacidad funcional, el nivel educativo o socioeconómico son otros datos heterogéneamente presentados. Todo ello repercute en la representatividad de la población del municipio, resultando cuestionable.
- Las **limitaciones** en las que se encuentran los ayuntamientos por ley, en la que no tienen competencias o recursos suficientes para dar solución a temas que implican un alto desembolso o que sus competencias pertenecen a otro organismo y que restringen el hecho de solventar problemas, por ejemplo de transporte, que atañen a CC.AA., o aquellos relativos a la vivienda privada y su adaptabilidad o el realojo en una que pueda satisfacer las necesidades presentes de la población objeto de estudio.

8.5.3. Oportunidades (factores externos que favorecen)

- Vincular el **marco teórico** de las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores con la Década del Envejecimiento Saludable²⁰: aprovechamiento de sus sinergias para generar una conciencia social sobre el papel de las personas mayores en el mundo actual y futuro.
- Utilizar el Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (Imsero) como organismo que facilita la **coordinación** con ayuntamientos en la elaboración de diagnósticos y planes de actuación, la vertebración de las iniciativas españolas con otras redes internacionales y la interlocución con la Organización Mundial de la Salud.
- Aprovechar las capacidades de **información, formación y asesoramiento técnico** por parte del Imsero para elaborar documentos de diagnósticos, planes y evaluación más consistentes con su función, para facilitar la consecución de entornos amigables con las personas mayores, tomando en consideración la peculiaridad de los municipios.

²⁰ WHO- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

- Utilizar los **recursos** informativos y de encuentro/debate que ofrece la Red Española de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores para orientar su proceso de participación en la misma, y acompañamiento en las fases de desarrollo.

8.5.4. Amenazas (factores externos que condicionan negativamente)

- Es previsible que algunos ayuntamientos según su tamaño tengan **limitadas capacidades y recursos disponibles** interesados en conseguir la categoría de ciudad amigable con las personas mayores, a pesar de haber iniciado los trámites para ello. El resultado de esta situación puede ser la falta de continuidad en el proceso, que en muchos casos no trasciende más allá del diagnóstico de la situación.
- La consecución de la condición de ciudad amigable con las personas mayores requiere el desarrollo de un **proceso de 4 fases**, que exige un tiempo largo, que no es fácil de adecuar a los cambios sociopolíticos de los municipios vinculados a los ciclos electorales, más cortos y más sujetos a cambios en los intereses políticos.
- El reducido número de ayuntamiento, en relación con su número total en España, puede ser un hecho ilustrativo de un **cierto desinterés** por poner en marcha esta iniciativa, motivado por una valoración de las dificultades inherentes, a priori, al mismo y por la falta de voluntad política de afrontar el reto de dotar al municipio de la condición de ciudad amigable con las personas mayores. Esta situación puede ser más evidente cuanto menor sea el tamaño del municipio.
- Con carácter general se ha detectado también un mecanismo contrario, el de la puesta en marcha de diagnósticos municipales al amparo de **empresas de consultoría, centros semipúblicos de investigación u organismos de la administración supramunicipal**, que aplican criterios de análisis de la realidad municipal idénticos o muy semejantes en un determinado número de ayuntamientos. Esta situación introduce posiblemente un sesgo que no favorece la elaboración de documentos *ad hoc*. Es posible que determinados ayuntamientos no tengan otra alternativa especialmente cuando son pequeños y sus capacidades de gestión sean limitadas.

8.6. ¿Cuál es el valor añadido del Imsero en este proceso y qué acciones podrían llevarse a cabo para impulsar mejores políticas locales desde la coordinación de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables?

A la luz del estudio realizado, y sin otros criterios de valoración, el IMSERSO tiene una posición muy definida en la coordinación de la red española de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores y, por lo tanto, su valor radicaría en el refuerzo de sus funciones para conseguir una mayor coordinación de actuaciones que vele por una más efectiva homogeneidad de los documentos requeridos por el Protocolo de Vancouver, dejando, por otro lado, bien establecida la autonomía municipal. Y, en esta línea, no sería menor su papel en la incentivación

de la elaboración de documentos en regiones y/o municipios que a día de hoy apenas los han aportado, con objeto de que el mapa de distribución geográfica de amigabilidad de los entornos sea más homogéneo. Esta función estaría vinculada con el reforzamiento de sus capacidades y recursos disponibles para el fomento inicial, el desarrollo e implementación de medidas, y para alentar el cumplimiento de las fases.

Por otro lado, el IMSERSO podría insertar, quizás y de forma exploratoria y explícita, los conceptos transversales (género, edadismo y soledad) como aspectos emergentes. La sociedad necesita disponer de la opinión de las personas mayores que pueden verse afectadas por la acentuación de comportamientos sociales que favorezcan la aparición de desigualdad de género, de discriminación o de consolidación de estados de aislamiento social y de soledad. Si ello no pudiera ser así, convendría realzarlos en las áreas de amigabilidad en las que mejor encaje encuentren.

