|  |
| --- |
| **TEMAS PROGRAMÁTICOS Y PRIORITARIOS DE LA PLATAFORMA DE MAYORES Y PENSIONISTAS (PMP)** |
|  La PMP nace en 2020 como un proceso de confluencia de las Organizaciones, Federaciones y Confederaciones de Mayores y Pensionistas más importantes del país. |

**INDICE DE CONTENIDOS**

[1.- PENSIONES 4](#_Toc72263239)

[2.- DESARROLLO DE LA LAPAD 8](#_Toc72263240)

[3.- CUIDADOS 11](#_Toc72263241)

[4.-RESIDENCIAS Y CENTROS DE DIA 16](#_Toc72263242)

[5.- SANIDAD. COORDINACION SOCIOSANITARIA 20](#_Toc72263243)

[6.- ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD 29](#_Toc72263244)

[7.- HACIA UNA SOCIEDAD CON PERSONAS MAYORES ACTIVAS Y SALUDABLES 33](#_Toc72263245)

[8.- PROTECCION JURIDICA A LAS PERSONAS MAYORES 46](#_Toc72263246)

[9.- SOLEDAD NO DESEADA 51](#_Toc72263247)

[10.- LA UE Y DETERMINADAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES 56](#_Toc72263248)

En este documento se recogen una serie de temas programáticos que deben ser prioritarios para la Plataforma de Organizaciones de Mayores y Pensionistas y que se deben enmarcar en el contexto de la propia estrategia de la Plataforma.

La Plataforma de Mayores y Pensionistas nace estratégicamente como un proceso de confluencia de las Organizaciones, Federaciones y Confederaciones de Mayores y Pensionistas más importantes de nuestro país.

Consideramos que, en un mar de siglas, es muy necesaria una plataforma de ámbito estatal, a modo de entidad unitaria de acción en defensa de los derechos e intereses del colectivo, con vocación de articular y vertebrar el movimiento asociativo de las personas mayores y de los pensionistas con el fin de facilitar la interlocución y de desarrollar un profundo y necesario diálogo civil con los poderes públicos y las diversas organizaciones sociales.

El Artículo 50 de la Constitución Española proclama el ámbito de estas políticas y actuaciones cuando dice: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.”

La plataforma además de ser genuinamente una plataforma representativa y reivindicativa, pretende actuar como un gran proyecto asociativo estatal con vocación propositiva, de cooperación y corresponsabilidad con los poderes públicos, y especialmente con el gobierno de la nación, y dentro de él, con las áreas de gobierno que conciernan a nuestros fines, además de la imprescindible y continuada relación con los grupos parlamentarios.

Por ello, queremos establecer, en el marco de la acción del gobierno, una vía de contacto permanente, propositiva y fructífera para ambas partes, en base a una leal colaboración y cooperación, que permita que las políticas y las actuaciones dirigidas a las personas mayores, a las personas con discapacidad mayores y a los pensionistas no se planifiquen ni se hagan SIN los mayores y los pensionistas.

Queremos ser la voz de las personas mayores y trasladar a los agentes públicos y privados y al conjunto de la ciudadanía las verdaderas preocupaciones, necesidades e inquietudes del colectivo, no solo en la actualidad sino de las personas mayores del futuro, las generaciones siguientes, buscando una sociedad para todas las edades que garantice los derechos de las personas a lo largo de toda su vida

El campo de trabajo que tenemos por delante es muy amplio. Se citan los temas que han de ser los prioritarios/programáticos de la Plataforma, señalando en cada tema, de una forma breve, solamente algunos aspectos que debemos compartir y enriquecer.

Existirán dos documentos: el presente documento, que será el de referencia, y otro más resumido, que contenga nuestras propuestas expuestas de forma más concreta, ágil e intuitiva, que se utilizará hacia afuera (poderes públicos, agentes sociales, grupos parlamentarios, diversas entidades, medios de comunicación, etc.).

En cuanto a la agenda, se deben precisar bien las prioridades. La agenda no debe, obviamente, depender solo de los contactos iniciales e imprescindibles con el D.G. del IMSERSO y el Secretario de Estado de Derechos Sociales, también de otras áreas del Gobierno, así como de los grupos parlamentarios, de los agentes sociales y de otras Instituciones y Entidades públicas y privadas. Tampoco se puede desconocer la evolución de la pandemia.

Finalmente, se debe dejar claro que la PMP sitúa en toda ocasión y circunstancia a la persona en el centro de todas sus actuaciones y objetivos, persiguiendo la consecución del disfrute pleno de los derechos humanos, el reconocimiento de la dignidad del pensionista y de la persona mayor y el ejercicio pleno de todos sus derechos, siendo titular de un estatus de ciudadanía en igualdad con el resto de las personas, y que las políticas y modelos de atención a las personas mayores y con discapacidad mayores deben tener a éstas como centro nuclear de imputación y referencia.

# 1.- PENSIONES

Se acaban de aprobar, después de 10 años, las nuevas **Recomendaciones del Pacto de Toledo.** Dichas recomendaciones se enviaron al Gobierno que las negocia en la Mesa de Diálogo Social con las organizaciones sindicales y empresariales. Posteriormente, las que se aprueban por el Gobierno, se publican en el BOE. Si alguna de ellas necesita una Ley es necesario obviamente el trámite parlamentario.

**Destacan entre ellas:**

* **La 1** sobre Separación de fuentes de cara a acabar con el déficit de la seguridad social mediante la financiación de los gastos impropios por los PGE.
* **La 2** sobre las subidas con el IPC que supone el mantenimiento del poder adquisitivo.
* **La 4** sobre la cotización de los autónomos pidiendo que se aproxime a sus ingresos reales en beneficio de los mismos y de la sostenibilidad del sistema.
* **La 5** sobre los períodos de cotización.
* **La 11** sobre la contributividad, es decir, que exista una relación equilibrada entre el importe de la prestación reconocida y el esfuerzo de cotización realizado**.**
* **La 12** sobre la edad de jubilación que incluye su petición de revisión de los coeficientes reductores en la jubilación anticipada en su mayoría forzosa y con amplias carreras de cotización.
* **La 15** que defiende el establecimiento de pensiones suficientes y cree necesario establecer alguna referencia adecuada como la “tasa de sustitución”.
* **La 16** apuesta por impulsar la implantación de los planes complementarios de pensiones, en especial los planes de trabajo.

Obviamente es un tema prioritario para la Plataforma conseguir unas relaciones estables con el Ministerio de Seguridad Social y con la Presidencia del Pacto de Toledo de cara al futuro inmediato e ir logrando que se cuente con nosotros, que se nos facilite información y se escuche a los pensionistas y a las personas mayores en los temas que les afectan.

En este sentido, se considera también relevante establecer contacto con las federaciones de mayores y pensionistas de UGT y CCOO, sindicatos que son miembros de derecho de la Mesa de Diálogo Social. Ello les permite tener mucha información sobre pensiones y otras materias. Tienen también una importante legitimidad en amplios sectores de pensionistas y un amplio conocimiento de todos los temas relacionados con pensiones y con otros temas que la plataforma también debe abordar. Deben ser, pues, unos aliados importantes para la Plataforma.

Existe una campaña permanente en los medios de comunicación y en distintos foros que trata de instalar en la ciudadanía la incertidumbre y el temor sobre las pensiones y su sostenibilidad. Desde la Plataforma tenemos que transmitir confianza en el sistema de la Seguridad Social como pilar fundamental de nuestro modelo de sociedad y no solo a los pensionistas actuales sino también a los futuros, abriendo el debate a más miradas sobre las pensiones.

Se citan **dos relevantes:**

**1.**- **No es verdad que el sistema público de pensiones no sea sostenible.** Hay que recordar que, en los comienzos de la crisis económica en 2010, el déficit de la seguridad social era solo de 67 millones de € y había un Fondo de Reserva (la famosa hucha de las pensiones) con cerca de 70.000 millones de €.

El déficit actual (20/21.000 mill. €) se debe básicamente a que con el dinero de las pensiones se pagó y se paga cantidad de cosas que no son pensiones. Todo lo que se denomina “gastos impropios” (subvenciones a las políticas activas de empleo, bonificaciones y subvenciones a las empresas, etc.) y que debería pagarlos el Estado. Todo ello suma más, según el ministerio de Seguridad Social, que el déficit.

Todo el mundo está de acuerdo en la necesidad de equilibrar esta situación financiera de la Seguridad Social. De hecho, el gobierno en los PGE de 2021 ya incluye una transferencia de 14.000 mill. €. El resto se hará en los PGE de 2022.

**2.- Hablar de pensiones es hablar de mercado de trabajo, de empleo.**

- Miles y miles de empleos precarios y con bajas retribuciones, supone una importante pérdida de ingresos en el sistema vía cotizaciones.

- Miles de regulaciones de empleo, de reducciones de plantilla y de jubilaciones anticipadas (muchas de ellas forzosas), suponen igualmente una importante pérdida de ingresos en el sistema.

A este respecto desde la Plataforma vemos con preocupación que ambas situaciones afectan de forma especial a nuestros jóvenes. Sus posibilidades de encontrar un trabajo digno, adaptado a su formación y preparación son de las peores de la UE, así como sus condiciones de estabilidad en el mismo y sus bajas retribuciones. Todo ello no les permite mirar al futuro con confianza al constatar la enorme dificultad de acceder a una vivienda, de formar una familia, de tener hijos…, en definitiva, de tener futuro. Tampoco les permite, como desearían, contribuir adecuadamente a la sostenibilidad de las pensiones de sus padres y abuelos y de las suyas en el futuro. Todo ello les genera desafección y desencanto hacia el modelo político y económico en el que viven.

Ello constituye, sin duda, un problema central de nuestro país que debe ser abordado prioritariamente. Desde la Plataforma vemos ahí una base para un **Pacto Intergeneracional**, basado en la lucha por unos trabajos y salarios dignos, así como en la promoción de un sistema educativo de calidad que posibilite atacar de raíz el abandono escolar e impulsar el “ascensor social”, permitiendo acceder a trabajos de valor añadido. De esta forma se consolidará un pacto de cooperación entre generaciones **dentro de un nuevo contrato social.**

**Finalmente, ¿cómo se garantizan las pensiones?**

* con más y mejores empleos y con adecuadas cotizaciones
* creciendo más y repartiendo mejor el crecimiento, es decir, subiendo el PIB e incrementando el % de PIB dedicado a pensiones, acercándolo, al menos, a la media de la UE (en torno a 12,7%) y posteriormente al de Francia (14,9% e Italia 15,8%). Hay, pues, margen de mejora. No olvidemos que nuestro país es la 4ª economía de la UE y que debería dedicar a pensiones una cantidad superior a la media de la UE.

**Dos apuntes finales:**

1.- El estado de la negociación en la Mesa del Diálogo Social:

UGT y CCOO urgen la derogación de la reforma de las pensiones de 2013 y la formalización de que los PGE se hacen cargo de los gastos impropios y que estas aportaciones cuando sean necesarias se articulen vía transferencias y no mediante créditos.

Que el gobierno formalice los compromisos acordados, es decir, volver a la revalorización automática y eliminar el factor de sostenibilidad.

Que la presidenta del Pacto de Toledo tenga en cuenta, dentro del estudio que la Comisión del Pacto está realizando en referencia a la recomendación 12 de los acuerdos aprobados por el Congreso, que los coeficientes reductores aplicados a determinados jubilados que han cotizado 40 o más años, se supriman en la nueva reforma de pensiones.

El gobierno, por su parte, pretende que un primer bloque esté pactado al final de este semestre. Es el que incluye el mantenimiento del poder adquisitivo, el sistema de jubilación anticipada, los nuevos incentivos de jubilación demorada y la adecuación gradual de las bases de cotización máxima fruto de los cambios en el mercado laboral, es decir, que los que ganen más que la base máxima ya no tendrán un tope y tendrán que cotizar más, tanto ellos como sus empresas. En este caso, para no romper la contributividad del Sistema, se prevé incrementar la pensión máxima.

2.- Hay que poner en valor los Acuerdos logrados en el Pacto de Toledo, luego aprobados por la práctica totalidad de los diputados. Es un excelente instrumento de pacto y lugar de acuerdo. Su papel tiene una gran importancia y traslada a los ciudadanos una gran tranquilidad y confianza. Igualmente, los Acuerdos que se logran en la Mesa de Diálogo Social. Son hechos que dan seguridad y confianza a la ciudadanía.

En este contexto, es necesario un planteamiento de incremento de las pensiones más bajas, que, si bien han experimentado subidas superiores a la media, y al IPC en los últimos años, continúan siendo claramente insuficientes para la cobertura de las necesidades más básicas.

# 2.- DESARROLLO DE LA LAPAD

Viniendo de una larga y lamentable situación financiera del SAAD en la que no se habían revertido los recortes realizados desde 2012, en la que seguía habiendo centenares de miles de personas en la lista de espera y en la que fallecían más de 50.000 personas cada año, **hay que reconocer y felicitarnos** por el hecho de que los PGE de 2021 incrementan de forma muy significativa (un 34,4%) los recursos para la atención a la dependencia y a la autonomía personal. Igualmente, por el compromiso de que los PGE de 2022 y 2023 seguirán esta vía de importante incremento.

El aumento es, sin lugar a dudas, una muy buena noticia. Pero no lancemos las campanas al vuelo. El gasto público en Dependencia (y en promoción de la autonomía personal) resulta muy modesto si se compara con las necesidades de cuidados de la población. A este respecto resulta complejo saber a ciencia cierta el gasto real en atención a la Dependencia (y en promoción de la autonomía personal), por ello, convendría desarrollar un sistema común de información contable del SAAD.

Desde la Plataforma debemos tener claro que la LAPAD es la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Las palabras no son inocuas, y la carga semántica del término de “dependencia” hace que el peso se ponga en el déficit y la discapacidad, en lugar de en la promoción de la autonomía personal.

**Por fin se da aire a un Sistema asfixiado por años de recortes.** La atención a la dependencia no es mero gasto sino una inversión que, además de procurar los servicios debidos a las personas dependientes y a sus familias genera miles de empleos y actividad económica. Sin duda, se inicia un buen camino.

La solución a los problemas en el desarrollo y funcionamiento de la LAPAD requiere tanto medidas estructurales a medio plazo como otras cuya implementación debe hacerse con más urgencia A este tipo de medidas es a lo que se denomina **“Plan de Choque”.** En esta línea, por parte del Ministerio de Derechos Sociales se elaboró un “Plan de choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, con el fin de debatirlas y, en su caso, aprobarlas de forma consensuada en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD. Lo han sido en la reunión celebrada el pasado 15 de enero. También se llegó a un acuerdo con los agentes sociales. El documento es sólido y la metodología para aplicar las medidas es la adecuada, son la mejor prueba de que el tema va en serio.

Con el fin de garantizar el máximo consenso en torno a este fortalecimiento del SAAD, el Gobierno discutirá también este plan de choque en la Mesa de Diálogo Social en Dependencia constituida recientemente, así como con otros actores cuya aportación pueda ser relevante.

**Desde la Plataforma queremos colaborar con el Ministerio de Derechos Sociales en este Plan de Choque** para el impulso del SAAD. Así se lo trasladaremos al D.G. IMSERSO y al Secretario de Estado en las reuniones que celebraremos próximamente.

Asimismo, queremos contribuir a colocar la atención a las situaciones de dependencia y de falta de autonomía personal en la Agenda Política y Social de nuestro país. La dependencia no es un asunto privado que atiende la familia, es un asunto público igual que las pensiones, la salud y la educación. ¿No dicen nuestros representantes que la dependencia es el cuarto pilar del Estado de Bienestar? Lo puede ser con una financiación del 0,8% del PIB? Nuestros países de referencia en la UE dedican en torno al 1,8-2% y los nórdicos en torno al 2,7-3%. Ello les permite tener unos servicios caracterizados por la universalidad, la financiación pública a través de impuestos y los elevados niveles de cobertura y calidad de las prestaciones.

Debemos ser conscientes que el sistema creado en la LAPAD no garantiza actualmente ni la suficiencia de recursos y prestaciones previstos en la Ley ni la calidad de la atención prestada. Tiene una implementación de “bajo coste”. Se ha desarrollado en un contexto de fuerte crisis económica, de excesivos recortes presupuestarios y de baja prioridad política. Todo ello ha configurado un sistema insuficiente para atender adecuadamente la demanda.

**El SAAD necesitaba un empujón de credibilidad**, las personas en situación de dependencia, sus familias y los profesionales del sector necesitaban ver que el Gobierno va en serio y que se pone de acuerdo con las CCAA en el Consejo Territorial en el camino a seguir. Las leyes hay que cumplirlas y el cumplimiento de la LAPAD pasa por una financiación suficiente para poder desarrollar el Sistema.

**Estamos en un momento de “reiniciar” el Sistema** que significa un importante espaldarazo al SAAD. Los importes contenidos en el presupuesto 2021 posibilitarán acelerar el proceso de reducción de listas de espera, cierta recuperación de derechos, incrementar intensidades y favorecer compatibilidades entre servicios. No se resolverá todo el problema, pero el espaldarazo al Sistema tendrá un importante impacto: romper con los recortes e iniciar la vía de incrementar la financiación.

El desarrollo e implantación del SAAD debería constituir una prioridad dentro de las políticas sociales, porque no sólo supone atender las necesidades de miles de familias y de sus cuidadores informales, sino también impulsar el crecimiento de la actividad económica y de una intensa generación de empleo, contribuyendo a la corrección de los principales desequilibrios estructurales de nuestro país.

Los ciudadanos y los poderes públicos tienen que ser muy conscientes de que a partir de la aprobación de la Ley y de la puesta en marcha del proceso de implantación del Sistema se abrió en nuestro país un nuevo escenario jurídico al aprobarse un nuevo derecho a los ciudadanos. Ello supone que hay que abordar un amplio desarrollo de infraestructuras, de servicios y de prestaciones como se hizo en los años ochenta y noventa después de la aprobación de la Ley de Derecho a la Educación y la Ley General de Sanidad. Las leyes hay que cumplirlas. Todas las leyes.

Es ya momento de afrontar, de una vez, y negociar en el Consejo de Política Fiscal y Financiera el establecimiento de un nuevo modelo de financiación estable del SAAD, en el marco de la Ley Orgánica de Financiación de las CCAA y lograr un gran Acuerdo que mantenga el carácter finalista, que tenga en cuenta el coste real de los servicios y de las prestaciones, que garantice un esfuerzo equitativo entre Estado y CCAA y que se acerque gradualmente a la media del gasto social UE y posteriormente a la media de los países de referencia para España en la UE.

A la vista de las consideraciones anteriores es obvio que se necesita urgentemente un reforzamiento integral del SAAD:

Situando a la persona en el centro; acortando sustancialmente los procesos de valoración, reconocimiento del derecho y puesta en marcha de los servicios; posibilitando la complementariedad de los servicios y de los diferentes niveles de intensidad de los mismos; alejándose de modelos meramente asistencialistas; regulando la asistencia personal, como figura alternativa o complementaria a la institucionalización, que facilita la inclusión en la comunidad

Asimismo, se precisa que el SAAD, además de atender la dependencia, promueva la autonomía personal con el convencimiento de que invertir en autonomía, supone ahorrar en dependencia; es necesario que desde el Consejo Territorial se logre un desarrollo normativo más homogéneo entre las diferentes comunidades autónomas y es imprescindible que la financiación del Sistema sea acorde con los derechos que la LAPAD proclama.

La gestión de los servicios sociales de la LAPAD debería resaltar la necesidad de que las adjudicaciones se basen cada vez más en criterios técnicos en lugar de en criterios económicos, de cara a apostar por servicios de calidad frente a los servicios de “bajo coste” que se prestan mayoritariamente en la actualidad. y que para favorecer el empleo (con discapacidad, empresas de inserción, etc.) se apliquen los criterios de las cláusulas sociales, y se profundice en los previstos en la reciente legislación de contratación pública.

En el desarrollo de la LAPAD una línea palanca debe ser la de favorecer la autonomía de la voluntad, la autonomía operativa de las personas mayores y mayores con discapacidad. Hay que reforzar mucho más el principio de la autonomía en la LAPAD y allí donde convenga, y articular mecanismos para garantizar la capacidad jurídica y de actuación de las personas mayores.

# 3.- CUIDADOS

Se contemplan en este capítulo aquellos servicios y dispositivos de carácter domiciliario y comunitario orientados a hacer posible la permanencia de las personas con dependencia en su hogar y en su entorno habitual. En el capítulo siguiente se contemplan las residencias y los centros de día, que también son en esencia dispositivos de cuidado de tipo más institucionalizado. Se opta por darles un capítulo específico dada su importancia, visibilidad y su impacto social a raíz de la pandemia.

La LAPAD es básicamente una ley de cuidados que permitan y faciliten a las personas en situación de dependencia las actividades de la vida diaria tanto en su domicilio como en su entorno y que hagan posible su autonomía personal y su integración en la sociedad.

Se trata básicamente de los servicios de **Ayuda a Domicilio** (es el centro del Sistema, debe ampliarse en gran medida, tener una mayor intensidad horaria de prestación e incorporar unos trabajadores de atención directa con mejor formación y remuneración, también debe de haber presencia de otro tipo de profesionales como trabajador social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) y de **Teleasistencia** (universal en el Sistema y ampliable a las situaciones de Soledad no deseada), **complementados** con los de ayudas técnicas, de adaptaciones del hogar, de nuevas tecnologías, de accesibilidad en el entorno, adaptaciones urbanísticas, etc. Todo ello con el objetivo de que las personas puedan mantenerse durante un mayor tiempo en su domicilio de manera autónoma, logrando al mismo tiempo la incorporación de una diversa tipología de servicios y de puestos de trabajo

La calidad de las prestaciones no puede separarse de la del empleo. Y ésta resulta bastante mejorable, como demuestran la alta temporalidad y rotación, la escasa duración de los contratos, el elevado nivel de empleo parcial involuntario y el porcentaje de personas ocupadas en el sector que están buscando otro trabajo por razones salariales.

El incremento del número de personas con determinados tipos de dependencia y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento, coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que vienen dando respuesta a esas necesidades mediante las mujeres del núcleo familiar.

Crisis motivada por otras dos grandes transformaciones sociales producidas en las últimas décadas del siglo pasado: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral. Fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal sea insostenible a medio plazo. Debe irse hacia una complementariedad de cuidados entre los servicios formales y los familiares (si la familia puede prestarlos), pero siempre con la cooperación y el reparto entre hombres y mujeres y el apoyo de los profesionales.

Es fundamental, teniendo en cuenta la importancia de este tipo de cuidados y su repercusión en las personas que los prestan, insistir en la necesidad de desarrollar estrategias de cara, por un lado, a dotar de los recursos necesarios para que desempeñen su labor cuidadora y, por otro, a capacitarles para hacer frente muchas veces a situaciones para las que no están ni se sienten preparadas. Dichas estrategias deben centrarse en el cuidado de las personas dependientes, pero también en el cuidado y apoyo (información, asesoramiento y servicios de respiro) de las personas cuidadoras.

Es necesario que la sociedad sea consciente de que uno de los mecanismos sobre los que se sustenta nuestro sistema económico y social es la labor gratuita e invisibilizada del trabajo de cuidados de las personas en situación de dependencia que realizan las mujeres en el ámbito familiar. Ellas ante la ausencia de cuidados profesionales a sus familiares, tienen que hacerse cargo de dichos cuidados. Esta situación, unida en muchos casos a la situación de maternidad, se convierte en un foso en el que quedan estancadas sus carreras profesionales, sus salarios y sus pensiones futuras.

Esta difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado retroalimenta el fenómeno del envejecimiento de la población, pues origina el retraso de la maternidad y una brusca reducción de la misma. Por un lado, decisiones tendentes a retrasar los nacimientos, tener un solo hijo o no tenerlo y, por otro, la interrupción o abandono de la actividad laboral.

La extensión y desarrollo de los servicios sociales para atender la necesidad de los cuidados de larga duración en España está muy por detrás de lo que cabría esperar a la vista del desarrollo que nuestro país ha experimentado en otros ámbitos (infraestructuras, sanidad…). No parece razonable que España que es la cuarta economía de la UE por volumen de PIB, ocupe el lugar que ocupa en el ranking de ingresos y de gastos sobre PIB destinados a las políticas de cuidados.

**España crece, pero distribuye la riqueza generada peor que otros países,** lo que provoca un proceso creciente de desigualdad que aparece en todos los estudios e informes y que constituye el más importante desequilibrio estructural de nuestro país.

**Otro desequilibrio estructural de nuestro país, sobre el que impactaría el desarrollo del SAAD** (tanto en el ámbito domiciliario como en el residencial) lo constituye la distribución del empleo total en cada rama de actividad como porcentaje de la población ocupada.

En contra de lo que se suele pensar, las mayores diferencias en las tasas de empleo ocupado por sectores de actividad entre España y la UE no se encuentran en la industria sino en los servicios de carácter comunitario.

Si, dentro de ellos, concretamos en el sector servicios sociales, y sanidad, constataríamos que, si nuestro volumen de prestación de servicios de atención a la dependencia se equiparase a la media de nuestros países de referencia de la UE, estaríamos hablando de entre 850.000 y 1.150.000 empleos para homologarnos con la estructura ocupacional de esos países. (En relación con los países nórdicos la cifra referencial estaría en el entorno de 1.500.000).

Por tanto, España necesitaría crear miles y miles de empleos en este subsector de servicios sociales y sanidad La mayoría de ellos corresponderían al desarrollo e implantación plena del SAAD, el resto, al reforzamiento del sistema de Salud y del sistema de Servicios Sociales que debería incrementar sustancialmente sus estructuras y su red de prestación de servicios para que se pueda desarrollar adecuadamente el propio SAAD.

Se constata, por tanto, como el margen de crecimiento de empleo en el sector de dependencia es altísimo. Más del doble del empleo que tenemos actualmente en el sector. Lo que demuestra que el desarrollo de los servicios ligados a la respuesta de las nuevas demandas sociales, comporta enormes posibilidades en materia de creación de empleo, potenciando un importante aumento de la Tasa de Actividad con los enormes beneficios económicos y sociales que comporta: más ciudadanos con recursos, con capacidad de gasto, más ingresos públicos derivados de esa actividad por sectores que son intensivos en mano de obra no estacional sino permanente y no deslocalizable: dependencia.

Es evidente, de una parte, que la apuesta por desarrollar e implantar el SAAD es también una apuesta por el empleo. **Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión notable de su sistema de bienestar** y, en concreto, del sector de los servicios sociales y de cuidados de larga duración en el que el diferencial en relación con los países más desarrollados es mayor y, de otra, que esta apuesta por el sector de la dependencia que es muy intensivo en mano de obra no estacional sino permanente y no deslocalizable, combate uno de los mayores problemas que tenemos en nuestro país que es un paro estructural muy consolidado.

**Unos apuntes finales:**

* El valor de los cuidados: si los millones de horas de trabajo en cuidados de las mujeres se externalizaran y profesionalizaran, eso tendría un coste a precio de mercado de más de 100.000 mill. € al año, un 8% del PIB de 2019, según Analistas Financieros Internacionales (AFI). Cifras similares se pueden encontrar en el estudio “El valor de los cuidados informales prestados en España a personas en situación de dependencia” apoyado por el Instituto de Estudios Fiscales y realizado por tres universidades españolas. Como no computan parecen invisibles.
* De la conciliación a la corresponsabilidad: la ley contempla muchas medidas de conciliación que pueden usar tanto hombres como mujeres. En la práctica ellas tomaron el 91,5% de las reducciones de jornada en 2019 (según la EPA) y el 87% de excedencias por cuidado familiar (según la Seg. Social). Todo ello las penaliza en sus carreras profesionales y en las pensiones futuras.
* Una actuación clave para hacer frente a esta situación que constituye uno de nuestros desequilibrios estructurales es el desarrollo del SAAD vía cuidados profesionales que permitiría a decenas de miles de mujeres integrarse en pie de igualdad con los hombres en el mercado laboral, incrementando, de una parte, la tasa de población activa y en consecuencia la productividad y contribuyendo, de otra, a una importante corrección de la tasa de desempleo de nuestro país.
* Es urgente avanzar e ir concretando el diseño de una propuesta de atención integral y centrada en las personas, en el domicilio que sea capaz de incorporar y coordinar los distintos papeles que cumplen los agentes implicados en esta atención: familias, el SAD y los servicios sociales en general, atención primaria y especializada de salud, sector de empleo de hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado, servicios de proximidad e iniciativas de participación comunitaria. Todo ello para poder dar respuesta a los deseos y necesidades de las personas y sus familias y evitar soluciones institucionales no deseadas.
* Finalmente, es importante destacar aquí la relevancia del Plan de la UE de Recuperación de la Economía, que guiará la ejecución de los fondos europeos de respuesta a la crisis en los próximos años. Tienen una dotación económica muy importante y son una gran oportunidad para el desarrollo reforzado de la LAPAD. Ofrecemos desde la Plataforma nuestra colaboración en el grupo o grupos de trabajo que se establezcan desde el Ministerio de Derechos Sociales.
* Este plan se ordena en diez políticas, una de las cuales se denomina Nueva Economía de los cuidados y políticas de empleo, que incorpora: Cuidados de larga duración, Refuerzo del SAAD y Políticas activas de empleo. Coinciden con los elementos fundamentales del desarrollo y consolidación de la LAPAD.

# 4.-RESIDENCIAS Y CENTROS DE DIA

Los datos oficiales sobre residencias de mayores se han publicado recientemente por el IMSERSO:[[1]](#footnote-1)

Hay 389.000 plazas en 5.540 centros (1440 públicos y 4110 privados).

El 62% de las plazas (242.200) son de financiación pública y el 38% (146.825) son de financiación privada. La titularidad de las plazas es del 25% públicas y el 75% privadas (un tercio de éstas es del tercer sector).

El índice de cobertura de plazas es del 4,2%, se mantiene por tanto por debajo del criterio de la OMS. Siguen faltando en torno a 70.000 plazas para alcanzar el 5% y el proceso de envejecimiento se acelera incrementando cada año el número de plazas necesarias.

El 80% de las personas que viven en residencias tienen más de 80 años y el 71% son mujeres.

El precio público €/año por usuario es de 20.686 y el de la concertada es de 19.324. La aportación promedio del usuario es del 36% y 40% respectivamente.

A la vista de estos datos, resulta evidente el importante esfuerzo que deben realizar las CCAA (existe una gran disparidad entre ellas) para la construcción y/o la concertación de nuevas plazas y, en especial, para incrementar el número y el coste de las plazas de financiación pública que son las que aseguran el derecho efectivo a tener una plaza cuando se precise.

A este respecto, es necesario que las AAPP y el sector privado sean conscientes de que una de las políticas de los Fondos europeos de Recuperación es la de los planes de inversión de infraestructuras, y las residencias y los centros de día son infraestructuras. Se trata de una oportunidad difícilmente repetible.

Las actuaciones deberían ser tanto públicas como privadas y en dos ámbitos:

1. nueva creación (empleos directos, indirectos e inducidos; actividad económica derivada: construcción, equipamiento nuevos empleos, estables y no deslocalizables,y retornos económicos que se producirían.
2. Rehabilitación/adaptación red existente: optimizar el instalado; más rápida la inversión; más próxima a los usuarios por su ubicación(frecuentemente) en el entramado urbano. Para ello habría que realizar censos locales de edificios infrautilizados o no utilizados.

Por otra parte, es necesario señalar e insistir en la necesidad de incrementar por parte de las CCAA la cuantía de la plaza concertada. Sin ello resultará imposible mejorar las plantillas y afrontar la calidad de determinados servicios. Ello debería llevar aparejada la mejora de la inspección de la calidad de los servicios.

Conocemos bien que las residencias para mayores han sido lugares donde el COVID 19 ha hecho estragos. La edad de quienes las habitan (en su mayoría más de 80 años), la fragilidad de su salud y la convivencia en un mismo entorno, con ausencia de dormitorios individuales, hacen que hayan constituido uno de los escenarios más expuestos a la enfermedad y a su contagio, y que sus consecuencias hayan sido más letales. Es obvio que faltan recursos humanos y económicos para que la atención a los mayores y mayores con discapacidad tenga la calidad necesaria.

Con la pandemia todavía activa conviene revisar lo ocurrido con una vocación constructiva y proponer desde las AAPP y desde el sector una serie de medidas de mejora a corto y medio plazo. Desde la Plataforma nos ofrecemos para estar y participar activamente en ese proceso. Consideramos que nuestra participación sería relevante en cuanto somos representantes de los mayores y en cuanto algunos de nosotros hemos trabajado profesionalmente en el sector durante muchos años.

Este hecho nos lleva a reabrir antiguos debates como:

* **El modelo residencial**, para superar el modelo asistencialista y sobreprotector que todavía impregna estos centros, es necesario ir avanzando hacia modelos centrados en la persona, que ofrezcan entornos más íntimos y personalizados, evitando la masificación y facilitando la autonomía dentro de la convivencia y el desarrollo del proyecto vital de cada persona, desde la perspectiva de que estos centros son lugares para vivir y convivir y sustituyen a los hogares familiares- y no son centros sanitarios.
* **La profesionalización y las ratios de plantillas:** mejor formación y preparación para la labor que realizan las/los gerocultoras/es e incrementar su ratio que permita que, además de tareas de apoyo a las AVD realicen el acompañamiento que precisa la ACP, así como que no falte personal en vacaciones, fin de semana, bajas… y reformular sus funciones y su remuneración. Es, además, necesario ampliar en sus plantillas la presencia de enfermeras/os e incluir algunos perfiles profesionales que apenas existen actualmente en las plantillas como. terapia ocupacional, trabajo social, fisioterapia, psicología…Aquí juega un papel muy importante la negociación colectiva.
* **Modelo Arquitectónico y de urbanismo:** Trabajar sobre nuevos modelos más pequeños, con habitaciones más personalizadas, con espacios comunes para la convivencia, integradas en el medio comunitario, dotadas de espacios específicos para el disfrute. Que en los planes de urbanismo se reserven espacios para que su ubicación sea próxima a un centro de salud y/o a un hospital, a parques, colegios, con aceras adaptadas, con semáforos con tiempo adaptado….
* **Pensamos que se podría abrir la reflexión en torno a las pequeñas residencias que existen ubicadas en la España rural**, y que podrían desarrollarse más, las cuales, además de ayudar a su revitalización, podrían responder a los deseos de determinadas personas mayores de volver a un espacio en el que nacieron y de otras personas que quieran vivir alejadas de las grandes ciudades y estar en contacto con la naturaleza. Consistiría en convertir a la pequeña residencia en el centro de actividades para todo el pueblo. Crear empleo y fijar población en el territorio.
* **Modelo SocioSanitario.** Se habla de ello en el punto siguiente.

Por último, hay que valorar y tener en cuenta la contribución económica del sector de Centros.

Las residencias y los Centros de Día tienen un peso económico muy importante. Generan con su actividad más de 4.500 mill.€ y emplean de una forma directa a más de 155.000 personas, generalmente personas de menor cualificación y que tienen más problemas de empleabilidad. Además, todo ello tiene un efecto arrastre sobre la economía, vía proveedores y empleados.

La actividad económica generada de forma directa e indirecta por el sector revierte a las AAPP en forma de mayor recaudación por IVA, IRPF, Impuesto de Sociedades y Cotizaciones sociales. De acuerdo a cálculos realizados por cada euro pagado en una residencia, las AAPP reciben 0,41€ en tributos y cotizaciones.

**Consideración final**

**El desarrollo del SAAD,** tanto en Servicios (SAD, Teleasistencia ,etc.) como en Centros (Residencias y Centros de Día) y en otros servicios y prestaciones como los de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, prestación económica de asistencia personal, cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y la prestación vinculada al servicio **contribuye muy favorablemente a reordenar** el sistema de ingresos y de gastos para converger con los países más desarrollados de la UE:

* creando mucho empleo (no deslocalizable) y homologando nuestra estructura ocupacional a la de los países más desarrollados de la UE.
* permitiendo a miles y miles de mujeres incorporarse al mercado de trabajo en igualdad de condiciones que los hombres, incrementando la tasa de población activa y la productividad.
* produciendo una mayor eficiencia del gasto vía la coordinación de los sistemas de salud y de servicios sociales.
* generando elevados retornos económicos y fiscales a través del ahorro de prestaciones por desempleo, del incremento de la recaudación a la seguridad social, del ingreso de nuevos recursos por la vía impositiva (IRPF, IVA, Sociedades...).
* haciendo, además, visible que la política económica y la política social son dos caras (crecimiento económico y progreso social) de una misma moneda (el modelo europeo de sociedad).

# 5.- SANIDAD. COORDINACION SOCIOSANITARIA

El Sistema Nacional de Salud es, sin duda, algo central e imprescindible en la vida de las personas mayores y con discapacidad mayores que son los máximos usuarios de sus servicios.

Actualmente está superando el mayor reto de su existencia haciendo frente a la pandemia. La respuesta de los servicios de salud pública y del personal sanitario está siendo ejemplar y abnegada, pero la pandemia ha puesto al descubierto los grandes descosidos y carencias de un sistema muy debilitado por los recortes. Entre 2011 y 2016 (crisis económica pasada) perdió un 10% del presupuesto y según informes del INE, de Funcas y otros, más de 30.000 profesionales.

Tantos años de desinversión repercuten en todo, desde un cansancio inmenso del personal a la obsolescencia del utillaje y, sobre todo, la escasez de plantillas, deficientemente retribuidas y con elevados niveles de temporalidad (en alguna Comunidad hasta el 44,3% del personal sanitario es temporal).

Esta decadencia es percibida por la población que, en repetidos barómetros sanitarios y estudios del CIS, viene identificando como uno de los problemas que más les preocupan el acceso a los servicios sanitarios (atención primaria y hospitalaria) afectados por prolongadas listas de espera y su pérdida de calidad.

La amenaza de unas listas de espera disparadas se cierne sobre el escenario de postpandemia. El punto de partida ya no era bueno y los meses de parón por la crisis sanitaria avivarán el problema. Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad[[2]](#footnote-2) a principios de 2020, cerca de 700.000 personas aguardaban una media de 121 días (el doble que en 2010) para una intervención quirúrgica. Como un efecto dominó, las tensiones hospitalarias se trasladarán a los centros de atención primaria, colapsándolos todavía más.

No hay recetas mágicas para atajar las listas de espera, por ello, coinciden en el sector, que es imprescindible una importante inyección de recursos para poder hacer frente al incremento de personal sanitario y a la mejora de sus condiciones de trabajo. así como para la adquisición y desarrollo de nuevas tecnologías accesibles y de aplicación sanitaria tanto en personas mayores como en aquellas con discapacidad mayores. Queda patente que la sanidad en un país es una inversión imprescindible, no un mero gasto. De ella depende que vivamos o no y con qué calidad de vida lo hagamos.

Así se debiera exigir como habitual la incorporación del hecho de la edad a la hora de hacer ensayos de medicamentos y en el diseño y generación de bases de conocimiento (machine learning) para el diagnóstico basado en Inteligencia Artificial que incorporen la especificidad de ser persona mayor o persona con discapacidad mayor con el fin de evitar diagnósticos erróneos por una infrarrepresentación de estos colectivos.

Otro ámbito necesitado de recursos y que la pandemia ha puesto de actualidad son los cuidados domiciliarios, es decir, su mejora, ampliación, búsqueda de nuevas fórmulas, por ejemplo, aquellas basadas en nuevas tecnologías como es el caso de una telemedicina accesible que tome el relevo y mejore la teleconsulta practicada durante la covid-19.

Es necesario imaginar que hubiera pasado en estos meses de crisis sin un sistema de salud universal que ofrece un acceso directo a toda la población o uno que le hiciera pagar por ese acceso.

El reconocido doctor Rafael Matesanz nos dice que, la según algunos la mejor sanidad del mundo, destina por habitante y año una cantidad que nos sitúa en el puesto 25 del mundo y en el 27 si consideramos el porcentaje del PIB dedicado a sanidad. Ofrece, sin embargo, una asistencia universal y unas prestaciones del nivel de otros países importantes de la UE, pero solo gracias a que los salarios de los profesionales están al nivel de los de la Europa Oriental. Por ejemplo, un médico francés o alemán del sector público gana más del doble que uno español y uno británico cobra tres veces más con un coste de vida no muy diferente.

A esta diferencia salarial, incluso más acusada en la enfermería, se unen unas condiciones laborales que contrastan con la exigencia de una carrera con la nota más alta de corte en la selectividad, seis años de facultad y 4/5 de MIR. A un 30% de interinidad que llega a ser hasta un 90% en colectivos como los médicos de urgencia, se unen contratos de meses o incluso de días.

Ante este panorama, no nos debería extrañar que nuestros médicos y enfermeras jóvenes (y no tan jóvenes) muy bien formados y apreciados en el extranjero, se marchen a determinados países con mucho mejores condiciones laborales. En los últimos 8 años se han solicitado en torno a 23.500 certificados de idoneidad por parte de médicos españoles. La mayoría 23.500 certificados de idoneidad por parte de médicos españoles, la mayoría para. trabajar en el extranjero. Una reciente encuesta de la CSIF señala que casi un 70% de los MIR se plantean trabajar fuera de España, lo cual da una idea de la magnitud del desastre.

No se puede entender cómo España sigue dedicando grandes cantidades de recursos para formar personal sanitario que luego ejerce fuera. Un ejemplo obvio de gestión nefasta. Asimismo, escuchar a los responsables públicos lamentar que no haya grandes bolsas de personal médico y de enfermería esperando un contrato, sobre toda en las comunidades que más les han maltratado, induce indubitablemente, cuando menos, a la melancolía.

No olvidemos que este escenario se produce en presencia de una población cada vez más envejecida y demandante de más recursos cada vez.

Es imprescindible, pues, abordar este problema. Debería ser una de las primeras señales de que, de verdad, se quiere mejorar el SNS.

**Por último,** es relevante, en este contexto de profundo proceso de envejecimiento demográfico que estamos viviendo, plantear como dicho proceso debe afectar al SNS.

En la actualidad el envejecimiento de la población es un hecho incuestionable en nuestro país, según las proyecciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística, España -después de Japón- será uno de los países más envejecido del mundo en los próximos 30 años.

El Sistema Nacional de Salud, cuya gestión es realizada por los Sistemas Regionales de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, debe reaccionar a este envejecimiento de la población y por ello, creemos necesario hacer las siguientes consideraciones:

* En el año 2020 el número de habitantes existentes en España es de 47.329.981, de ellos el 19,6% tenían más de 65 años, 9.280.000 y el 6% de ellos, más de 80. Según las proyecciones para el año 2030, dentro de 9 años, la población española crecerá en 419.025 personas, frente a un crecimiento de los mayores de 65 años de 2.300.000, aumentando del 19,6% de la población > de 65 años al 24,6%. Los mayores de 80 años, según esas mismas proyecciones aumentarán en 311.636 personas.[[3]](#footnote-3)
* El Sistema Nacional de Salud tiene cedida su gestión a las Comunidades Autónomas, ésta es universal y atiende a toda la población, en dos niveles asistenciales:
	+ Atención Primaria, en los Centros de Salud
	+ Atención Especializada, en los Hospitales Generales

Hoy, ante el envejecimiento de la población, 1 de cada 3 pacientes que acuden a los centros de salud son mayores de 65 años y las camas hospitalarias de agudos, según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, asciende a 132.925, alrededor del 50% están ocupadas por mayores de 65 años.

Frente a esta situación, el número de servicios de geriatría con docencia son aproximadamente 20 y sin docencia unos 30. La necesidad de conocimiento específico, por parte de los diferentes profesionales, que se necesita tener para tratar a un enfermo geriátrico, tanto en su patología clínica, como en la puesta en marcha de los diferentes niveles asistenciales, es evidente, ya que se trata de un paciente con pluripatología clínica, funcional, psíquica y social que necesita de una valoración integral y dar prioridad a un desarrollo asistencial donde la valoración geriátrica nos acercará a un diagnóstico integrado y multifuncional donde los síndromes geriátricos jugarán un papel importante en sus cuidados y atención.

Por otro lado, de forma importantísima está la atención primaria que, como se ha citado antes, uno de cada tres enfermos que acuden a consulta son mayores de 65 años. Los médicos deberán tener una formación en geriatría y en el cuidado de estos enfermos para resolver el 90% de los problemas de salud de la persona mayor en su hogar. Esta formación debe extenderse al personal sanitario de los centros de salud de forma que el resultado de su atención sea más eficiente y eficaz.

La geriatría debe formar parte en la formación del médico de familia, cuanto más si sabemos que dentro de 9 años un 25% de la población tendrá más de 65 años. También se podría contar con un consultor geriatra en los centros de salud, en días determinados de la semana, sabemos que hoy en día solo tenemos en España entre 850 y 1000 geriatras. La especialidad fue reconocida en el año 1978.

**COORDINACION SOCIOSANITARIA**

Lo expuesto anteriormente, nos muestra la necesidad de una reordenación de la asistencia sanitaria. Es necesario, ante el importante fenómeno del envejecimiento de la población, la utilización coordinada de los recursos sanitarios y sociales que permita una atención integral. Urge, pues, una implantación eficaz y eficiente de la coordinación sociosanitaria.

Sería necesario contar con la figura del coordinador socio sanitario como integrante de las áreas de salud y servicios sociales poniendo en marcha la figura del gestor del caso que actuará proponiendo la solución en aquellos casos, que la problemática planteada por la persona mayor, así lo requiera.

Los centros de salud serán los encargados de la implantación de la telemedicina en aquellos domicilios que fuese necesario y los trabajadores sociales municipales serán los responsables de la aplicación del recurso social domiciliario adecuado, así como el tipo y la intensidad del mismo, en coordinación con el equipo de atención primaria (trabajadores sociales y enfermeras), con la implicación del gestor del caso, quien propondrá la atención integral, social y sanitaria que requiera la persona mayor.

En el caso de que el recurso social que necesite sea una residencia, ésta debería estar conectada informáticamente con el centro de salud, para que, una vez que la residencia sea su nuevo domicilio, pueda prestarse la atención médica necesaria, perfectamente coordinada y en caso necesario su posible ingreso en el hospital que le corresponda.

Toda esta situación estaría perfectamente gestionada a través del sistema informático que interconectara el centro de salud, el hospital y la residencia y permita la coordinación necesaria para prestar una asistencia integral. En el caso de residencias superiores a las cien camas, sería mucho más eficiente si el médico del centro perteneciera al sistema regional de salud.

Todo lo expuesto, obviamente necesitará de una mayor inversión destinada a la formación en geriatría de los médicos y equipos de atención primaria, servicios de geriatría en todos los hospitales generales, mayor capacitación del personal social y sanitario que trabajan en los recursos sociales, una mayor plantilla de estos profesionales, en mejores condiciones laborales y retribuciones más adecuados al trabajo tan importante que realizan.

Por otra parte, hay que aprovechar, en el ámbito político y regulatorio, la sensibilización social actual con el SNS y con los servicios sociales (situaciones vividas en las residencias y de personas mayores que morían solas en su domicilio). Es importante mirar hacia delante y decidir qué modelo asistencial sanitario y social necesitamos para las próximas décadas.

Nuestro SNS es un buen sistema centrado en la medicina aguda, sin embargo, no es todavía un buen sistema para crónicos, para los que tienen insuficiencia cardíaca, renal, diabetes, hipertensión, insuficiencia respiratoria y muchas más enfermedades y dependencias. Un tercio de los españoles tiene una o más enfermedades crónicas y el 90% de la mortalidad en nuestro país se debe a este tipo de dolencias. Es, pues, necesario que el sistema ponga también en su centro la atención de crónicos.

Esas personas con enfermedades crónicas han sufrido y sufren en esta epidemia. No las tenemos en el radar del sistema de salud. El indicador más sangrante es lo que está pasando en las residencias de mayores, también la situación de las personas mayores que viven totalmente solas. Una estricta coordinación será un elemento clave en el modelo de bienestar futuro.

Asimismo, las personas mayores, particularmente aquellas con discapacidades y pluripatologías crónicas que precisan de polimedicación, realizan habitualmente su seguimiento médico con diferentes especialistas que tratan cada problema de salud de forma independiente con, incluso, varios profesionales vinculados para una misma patología. Estas personas debieran disponer de un profesional concreto de referencia que les facilite su gestión sanitaria y les evite, entre otras cosas, los desplazamientos reiterados a estos especialistas y centros.

La necesidad de acudir con frecuencia a diferentes especialistas provoca un especial perjuicio en las personas mayores con discapacidad que precisan transporte adaptado para desplazarse hasta los centros sanitarios, particularmente aquellas que viven en zonas rurales, así como personas de apoyo, lo cual genera problemas logísticos, gastos económicos, estrés, angustia y, en demasiadas ocasiones desafección con los tratamientos con pérdida de calidad de vida y riesgos de recaídas.

Se hace necesario favorecer empoderamiento haciendo que sea habitual que estas personas participen de manera conjunta con su profesional sanitario de referencia en la elección del mejor tratamiento para tratar su patología, evitando en lo posible que sea el especialista quien determina cuál es la alternativa terapéutica más oportuna.

Resulta preciso potenciar una comunicación profesional sanitario-paciente durante las consultas, tener en cuenta que los especialistas no siempre crean un espacio para hablar sobre los problemas de salud, que además de ser eficaz se realice en un formato accesible, particularmente en el caso de las personas mayores con discapacidad y que abarque la información sobre su enfermedad, resultados de las pruebas, diagnósticos, prescripciones y nuevas pautas de medicación, posibles opciones de tratamiento, etc.

El pacto político deberá ser un pacto socio-sanitario ya que **los servicios de salud y los servicios sociales son vasos comunicantes.** Una buena prueba de esa interrelación ha sido, de una parte, el constatar el importante rechazo social y la intervención de la propia fiscalía ante la discriminación por edad o discapacidad que suponía la actitud de alguna Comunidad Autónoma de prohibir el traslado de determinadas personas mayores que vivían en residencias a los centros hospitalarios y, asistir, de otra, al trasvase normal de personas muy vulnerables desde su propio domicilio hasta el sistema de salud durante esta epidemia.

Es imprescindible y un DERECHO, modificar la legislación y protocolos que eviten de raíz situaciones discriminatorias como las habidas por la exclusión de ingresos en las UCI debido a discapacidad o edad, duramente valoradas por el Defensor del Pueblo, así como por informes de Médicos sin Fronteras y Amnistía Internacional.

Es urgente crear una fuerte red de atención y coordinación entre sanidad y servicios sociales. Para ello, es necesario crear protocolos detallados de coordinación, derivación y actuación, creando la figura de la coordinación de caso sociosanitario que vele porque la persona esté atendida adecuadamente en ambos ámbitos, evitando duplicidades y confusión en las personas.,

Mientras no esté debidamente definida y reglada la coordinación sociosanitaria, habría que integrar la figura del trabajador/a social en los equipos de atención sanitaria para facilitar la identificación de los recursos o intervenciones necesarias en cada caso.

Estos dos sectores no deben seguir siendo planificados separadamente. Cuando lo hacemos, perdemos de vista a los más vulnerables. Si admitimos que las residencias son el hogar que sustituye al propio, si tenían derecho a una atención sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, cuando estaban en su casa, es elemental que ahora en la residencia que es su actual hogar, también la tengan. Para garantizar este Derecho se deben reforzar los centros de atención primaria mediante la contratación de más médicos de familia, geriatras y personal de enfermería.

Es, asimismo, urgente que se garantice el derecho a la atención sanitaria a las residencias desde los centros de salud, para acabar con el sistema “low cost” que existe, en que los proveedores de servicios públicos y privados contratan médicos y enfermeras con bajos salarios y condiciones precarias. Además, repercuten el coste de la atención sanitaria en el copago cuando el derecho a la asistencia sanitaria es universal y gratuita.

A la vista de lo expuesto, es obvio, pero sigue siendo necesario insistir en la urgencia de impulsar la coordinación sociosanitaria, algo de lo que ya se hablaba hace casi 30 años en el Plan Gerontológico Nacional, pero que sigue siendo una asignatura pendiente. No resolver esta cuestión, además de comprometer la calidad y la continuidad de la atención que necesitan las personas mayores es una mala política económica, pues hace que la presión asistencial recaiga sobre el SNS, cuyos costes son mucho más elevados.

**Dos apuntes finales:**

- Desde la Plataforma debemos defender el papel activo del Geriatra en el SNS y en el SAAD. Según estimaciones del Ministerio de Sanidad en España hay menos de 30 geriatras por cada 100.000 personas de 75 y más años, y esa proporción se reduce a la mitad si solo se contabilizan los que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, con enormes diferencias territoriales. Sería razonable pactar con la SEGG las actuaciones a seguir. con el fin de asegurar una dotación óptima de geriatras en los dos sistemas.

- Un tema que debe estar presente en nuestro trabajo es la Salud Bucodental tan relevante para el bienestar de las personas mayores. La insuficiencia de la atención a la salud bucodental en la Cartera de Servicios Comunes del SNS es una importante carencia y un factor de inequidad (las aportaciones de los ciudadanos a la salud bucodental son una parte sustancial del gasto privado en salud). El Ministerio de Sanidad ha anunciado su intención de ampliar la actual cartera de servicios en salud bucodental, y en ello está trabajando la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia. Nuestra Plataforma tiene que velar por que en ese proceso se priorice la atención a las personas mayores.

# 6.- ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD

El Cambio Climático y el Cambio Demográfico son los dos grandes cambios de esta época que nos toca vivir.

Vivimos en un contexto global en el que todo el foco y todos los recursos están dirigidos en buena medida hacia el Cambio Climático. Apenas nadie lo cuestiona. ¡Hay que salvar el planeta! Está, sin duda, en el centro de todas las agendas mundiales y nacionales y, lo más importante, con una enorme cantidad de recursos económicos dispuestos para afrontarlo, haciendo de ello un nuevo campo de desarrollo con gran creación de empleo y calidad de vida.

El Cambio Demográfico, en cuyo centro está el Envejecimiento de la población, está ahí también pero básicamente en el mundo de los estudios, las proyecciones y las diversas consideraciones en función del enfoque. Hay que dar un paso adelante y colocarlo también en el centro de todas las agendas y hacer de ello un nuevo campo de desarrollo económico, de creación de empleo y de calidad de vida.

Se trata de salvar el planeta, pero también a los seres humanos que lo habitan. La Plataforma debe trabajar, junto a múltiples y diversas asociaciones e instituciones nacionales e internacionales que ya lo hacen, para que parte del foco, de las miradas y de los recursos se dirijan también hacia las consecuencias del cambio demográfico.

**Los datos son contundentes:** (INE Sept 2020 y ONU Jun 2019)

**España[[4]](#footnote-4):**

Población 2020 :47.330.000 habitantes:

65 y más-> 19,60%, 80 y más-> 6,1%

Población 2035: 48.250.000 habitantes

 65 y más -> 26,5% 80 y más-> 8,1

Población 2050: 49.900.000 habitantes:

 65 y más-> 31,4%, 80 y más-> 11,6%

Frente a estas cifras, los menores de 15 años suponen, actualmente, sólo el 16% de la población

**Unión Europea[[5]](#footnote-5)**

Actualmente el 20,3% de la población europea son mayores de 65 años. En total, 91 millones de ciudadanos europeos. La cifra indicada seguirá creciendo fuertemente en los próximos años.

En 2050, se espera que el 30% de la población europea sean mayores de 65 años. Además, el porcentaje de personas mayores de 80 años se espera que se duplique en ese tiempo, hasta alcanzar el 13% de la población europea.

**Mundo:[[6]](#footnote-6)**

En 2019 una de cada 11 personas tenía más de 65 años (9% población), para 2050, una de cada 6 personas, tendrá más de 65 años (16% población

El número de personas de más de 80 años se triplicará de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

Finalmente, destacar que Japón, España, Italia y Grecia serán los países más envejecidos en 2050, en el entorno de un 35 % de población con más de 65 años.

Ante estas cifras, es obvio que el envejecimiento, la longevidad de la población es un fenómeno que hay que abordar cuanto antes. El rápido envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad y constituye un triunfo del desarrollo, siendo el aumento de la longevidad uno de los mayores logros de la humanidad.

El aumento del número y de la proporción de personas mayores es ciertamente un logro histórico. Vivimos más y vivimos mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes. Una transformación que no se debe solo a los progresos médicos sino también a otros muchos avances en el plano social, económico y cultural, que se han traducido en mejoras en las condiciones de vida, en la alimentación, en la educación, en el trabajo y en el ocio.

Dos motivos principales subyacen a este envejecimiento poblacional. Por un lado, un incremento considerable de la esperanza de vida, a la que han contribuido los avances médicos y la mejora en las condiciones y hábitos de vida y, por otro, un descenso relevante de la natalidad. En España, la tasa de natalidad se ha reducido a menos de la tercera parte en el último siglo.

Este fenómeno conlleva importantes retos y desafíos sociales. Desde la perspectiva económica, ha sido concebido como una amenaza al suponer un incremento relativo de la población inactiva y poner en peligro la viabilidad de los sistemas públicos de pensiones, sanitarios y de servicios sociales.

Recientemente ha empezado a valorarse el potencial económico de los mayores de edad y su atractivo para generar oportunidades que estimulen la actividad económica. Se trata de una población que atesora patrimonio y otros recursos acumulados a lo largo de su vida laboral. Con una actitud cada vez más activa que ya no se concibe como una fase de retiro sino como una fase de cambio en la que priman los hábitos saludables, el aprovechamiento del tiempo, las actividades de ocio y los viajes, así como la formación y el aprendizaje.

Todo ello les convierte en un grupo de población económicamente diferenciado y proactivo, viéndose beneficiados de este aumento de población algunos sectores económicos, tales como salud y bienestar, seguridad, cultura, entretenimiento y ocio, domótica y nuevas tecnologías, formación, hostelería, turismo…. Los mayores de 60 viajan tanto como las personas de entre 25 y 35 años y gastan más y tienen más tiempo para viajar. Todo ello convierte la longevidad en empleo y actividad económica.

En Europa, las personas entre 55 y 75 años tienen un 12% más de poder adquisitivo que el resto de cohortes de población. Precisamente por ello, la OCDE acuñó el término “silver economy”. Y En EEUU el New York Times lanzaba estas preguntas: ¿Qué hay que hacer para que el envejecimiento y la tecnología para mayores tengan la misma urgencia e inversión que el calentamiento global y la tecnología ecológica? Y ¿Dónde van a encontrar las empresas y los inventores otro grupo demográfico tan grande, con un poder adquisitivo bueno, tan abierto a nuevas posibilidades y tan poco atendido?

Para la Plataforma es importante conocer las investigaciones científicas en torno a las diferentes facetas del envejecimiento para dotarse de bases sólidas. Por tanto, es necesario establecer relaciones y acuerdos con los centros de estudios sobre el envejecimiento (públicos y privados): Universidades, Sociedades Científicas como la SEGG, el portal Envejecimiento en Red del CSIC y otras Entidades y Fundaciones que trabajan en la generación de investigación y en la formación, también muy necesaria.

La fundación general del CSIC desarrolla un ambicioso programa de envejecimiento, dirigido a promover tanto el desarrollo de investigación interdisciplinar como la relación ciencia-sociedad en dicho ámbito.

Los aspectos del envejecimiento sobre los que se centra más la investigación son los relacionados con los procesos biológicos, con el bienestar de los mayores o con los efectos sociales y económicos de las sociedades longevas. Es, evidentemente, una relación que debe potenciar la Plataforma.

Igualmente, la Plataforma debe mantener contactos y colaborar con el Comisionado del Gobierno frente al Reto Demográfico participando, si se le invita, en las reuniones del grupo de trabajo en función de los asuntos que se vayan a abordar.

**Finalmente,** señalar una serie de temas que deben ocupar a la Plataforma:

* Efectos del envejecimiento de la población española en el sistema sanitario y en los cuidados.
* Proyección gasto público asociado al envejecimiento en España y en la UE
* Perfiles y heterogeneidad de las personas mayores y con discapacidad mayores en España. Imagen social.
* Retos y oportunidades del cambio demográfico en España-
* Perspectiva de género en el ámbito de los CLD
* Población inmigrante y cuidados.
* Diferencias de género. Mejorar la situación de las mujeres mayores.
* Envejecimiento y mundo rural.
* Estudiar la viabilidad y la oportunidad de la elaboración de un Libro Blanco sobre el Envejecimiento en España.

# 7.- HACIA UNA SOCIEDAD CON PERSONAS MAYORES ACTIVAS Y SALUDABLES

El envejecimiento activo se ha convertido en uno de los objetivos positivos que las sociedades modernas desean conseguir. Puede considerarse como una meta global y como un concepto político, inspirando políticas nacionales, regionales e internacionales y planes gerontológicos, programas sociales, culturales, educativos y sanitarios. El envejecimiento activo se ha convertido en un mantra en las sociedades más envejecidas.

El envejecimiento activo supone un nuevo paradigma en gerontología, que aborda el envejecimiento desde un punto de vista positivo y holístico.

Desde una perspectiva científica, puede considerarse un paraguas que abarca un espacio semántico en el que el envejecimiento saludable, exitoso o productivo están fuertemente relacionados. Todos ellos se refieren a un modo **positivo** de envejecimiento o de “bien envejecer”.

Existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer que tienen los seres humanos mientras unos lo hacen con múltiples achaques y enfermedades otros se mantienen activos y saludables. Evidentemente, las formas de envejecimiento también se deben a factores biológicos, psicológicos, económicos y socio-ambientales, pero lo importante aquí es enfatizar que las personas pueden hacer ellas mismas mucho para envejecer bien.

La OMS (2002) define el envejecimiento activo como un «proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

Estos tres pilares - salud, seguridad y participación - son determinantes e interdependientes para alcanzar la calidad de vida durante el envejecimiento: vivir con salud, entendida ésta como bienestar físico, mental y social; envejecer con seguridad, mediante sistemas de protección que aseguren frente a los riesgos asociados al envejecimiento (económicos, de salud y de cuidados,); y permanecer incluidos o integrados en la sociedad, participando de acuerdo con sus deseos y capacidades.

El planteamiento del envejecimiento activo y saludable sustituye el planteamiento basado en “necesidades” que contempla a las personas mayores como receptores pasivos, para fundamentarse en la planificación basada en “derechos”, en el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y en los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia, realización del proyecto de vida, y responsabilidad para ejercer sus deberes, contribuyendo activamente al desarrollo de la sociedad.

Se deben asegurar los recursos y oportunidades que permitan que cada persona pueda realizar su potencial y participar en la sociedad, proporcionando apoyos y cuidados adecuados cuando se necesiten. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás miembros de la sociedad, por lo que la interdependencia y las relaciones intergeneracionales deben ser favorecidas.

**El envejecimiento activo y saludable depende de una diversidad de factores** determinantes y de la interacción entre ellos, desde una perspectiva del ciclo vital completo y de la heterogeneidad de situaciones.

*Los determinantes personales* como la adopción de estilos de vida saludables; el autocuidado; la autonomía; la actividad física, mental y social ; el aprendizaje continuo; la resiliencia ; la adaptación a cambios; la gestión de situaciones de soledad; la aceptación e inmersión en el mundo digital; y tantos otros son procesos que exigen por una parte un compromiso personal, pero por otro una clara facilitación de la sociedad para llevarlos a cabo con éxito, según las preferencias y características individuales. Se trata de generar oportunidades para empoderar a la persona en su proceso de envejecimiento activo y saludable, así como para tener recursos personales para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad.

Este empoderamiento debe arrancar desde la educación más temprana y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital, como estrategia para gozar de más autonomía personal física y mental en la etapa final del envejecimiento.

*Los determinantes del entorno físico y digital* influyen directamente en la vida de las personas. La accesibilidad es un derecho reconocido para interactuar con el entorno de manera normalizada y provechosa. Aunque se ha avanzado mucho en las exigencias de accesibilidad desde la legislación, siguen quedando muchos eslabones por completar y cada día surgen nuevas barreras.

Por tanto, se debe consolidar la inclusión y la accesibilidad universal como principales ejes que guíen cualquiera de las líneas de desarrollo: facilitar la inclusión laboral de las personas con discapacidad en las deseadas contrataciones de profesionales para el sector de los Servicios Sociales y de los cuidados, garantizar mejoras de accesibilidad (no sólo física sino también sensorial y cognitiva) a la hora de construir o reformar centros residenciales o cualquier otra instalación similar, mejorar la oferta de turismo, ocio, cultura y deporte inclusivos y accesibles para todos, ampliar la oferta de marcas y productos de alimentación, higiene, limpieza y salud que cuentan con empaquetado y etiquetado accesible (braille, relieves, contraste y tamaño de la información importante, etc.).

***Vivienda accesible y otras modalidades residenciales:***

Un gran número de personas mayores y especialmente aquellas con discapacidad encuentran barreras para entrar y salir de sus viviendas y para moverse con autonomía y seguridad dentro de ellas. En muchos casos tienen que cambiar de vivienda o pasar de vivir en su casa vivir en una residencia, solo porque su vivienda no les ha permitido envejecer en ella, con lo que ello implica de desarraigo y de ruptura de su plan de vida. El diseñar viviendas accesibles para las distintas etapas de la vida y el rehabilitar las ya existentes, supone una necesidad y una inversión que favorece a presentes y futuras generaciones.

En cuanto a la adaptación de viviendas para el bienestar de las personas con discapacidad mayores y de acuerdo a sus necesidades, no hay que olvidar la conveniencia de incorporar adaptaciones enfocadas en las deficiencias sensoriales (electrodomésticos con sonido, teclas y botones que permitan un uso cómodo y sencillo, tecnología y domótica accesibles para todos, etc.).

La necesidad de mejores diseños en los entornos residenciales ha quedado de manifiesto con la pandemia del Covid 19. Se trata de conseguir diseños y realizaciones que faciliten una mejor atención centrada en la persona y en sus necesidades de interactuar y participar de manera segura y digna así como de salvaguardar su intimidad.

También es muy necesario que existan nuevas alternativas residenciales que faciliten distintas elecciones de la forma de vivir y compartir como pueden ser: “cohousing”, viviendas intergeneracionales, compartir vivienda, viviendas con servicios comunes…

Por otra parte, los apoyos, recursos y actividades de participación deben llegar también al medio rural, donde las personas tienen los mismos derechos, pero más dificultades de acceso.

Los programas de apoyo en el domicilio y en entorno deben ser repensados y extendidos para permitir vivir en el propio hogar con dignidad y calidad según los deseos y las necesidades individuales, evitando institucionalizaciones innecesarias o no deseadas. Los programas de ayuda a domicilio, asistencia personal, y modalidades de acompañamiento, apoyo vecinal, voluntariado, son determinantes del envejecimiento activo y saludable.

También el barrio, los comercios de proximidad y el acceso a los servicios sociales y sanitarios, a la cultura, a las relaciones sociales e intergeneracionales y la participación social deben estar pensados para disfrutar de ellos con facilidad y de manera accesible, amigable y asequible. El transporte accesible y las facilidades para desplazamientos también juegan un papel fundamental.

Los avances de tecnologías digitales deben facilitar el poder permanecer en el domicilio sintiéndose seguros y atendidos en las necesidades sanitarias, sociales y de la vida diaria, ayudando a mantener las capacidades para controlar la propia vida y recibiendo los cuidados cuando sea necesario. La vivienda inteligente y los dispositivos digitales deben estar pensados para ser utilizados con facilidad y comodidad por las personas usuarias mayores.

***Ciudad accesible y amigable:***

Vivimos en la ciudad, pero ¿somos parte de ella? Participar no es solo ejercer el derecho al voto sino formar parte de las mesas de trabajo y de los proyectos. En la revisión de Naciones Unidas sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se puso en evidencia el nivel extremadamente bajo de participación de personas mayores y personas mayores con discapacidad en los órganos de adopción de decisiones nacionales, regionales, y locales.

La iniciativa de desarrollar ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud, ha puesto de manifiesto las muchas mejoras que pueden promover las personas mayores junto con los responsables municipales para conseguir entornos en los que envejecer no sea un problema ni una barrera para disfrutar de la ciudad y de todo lo que ella ofrece.

Las ciudades deben ser más abiertas y estar mejor pensadas para la diversidad de personas que las habitan o las visitan. Repensar el urbanismo, el transporte, los edificios, la atención administrativa, la cultura, el ocio, el deporte, los parques y jardines, y la participación ciudadana requiere la implicación de las personas mayores para hacer saber sus necesidades, preferencias y deseos.

Los beneficios de la accesibilidad física y sensorial al entorno y al transporte han sido valorados por la sociedad como buenos para todas las personas y se han desarrollado ampliamente, pero la accesibilidad cognitiva, la accesibilidad digital y la accesibilidad para la participación requieren nuevos e innovadores avances. También la cadena de accesibilidad se rompe en muchas ocasiones, por ejemplo, un museo puede ser accesible pero la venta de entradas por internet puede no ser accesible ni fácilmente usable, por lo que se vulnera el derecho a disfrutar de la cultura.

Diseñar entornos que faciliten la interacción, las relaciones intergeneracionales y eviten la soledad ofreciendo seguridad es algo necesario a lo que dedicar innovadores esfuerzos.

Las personas mayores debemos ejercer una mayor implicación en el desarrollo de nuestra ciudad o nuestro municipio, pero esta participación tiene que ser exigida, facilitada y valorada por los responsables municipales.

Los desarrollos de ciudades inteligentes o de nuevas modalidades urbanísticas no siempre tienen en cuenta el diseño y la accesibilidad universal, siendo luego muy costoso el adaptarlas y poniendo nuevas barreras para disfrutar de derechos reconocidos, con las consiguientes denuncias y quejas que podrían haber sido evitadas. La participación de las personas mayores y del resto de ciudadanos en los grupos de decisión de los municipios es una exigencia democrática que debe ser facilitada.

***Entorno rural:***

La vida en entornos rurales plantea retos y oportunidades que pueden ser muy beneficiosos para evitar la España vaciada. Los avances digitales están permitiendo el trabajo y la participación a distancia sin necesidad de sufrir aglomeraciones y viviendo en un entorno con menos polución y más saludable, con viviendas mejores y más económicas. Pero a la vez se limitan servicios, por no ser suficientemente rentables para sus inversores, o se dificulta la comunicación, la atención social y sanitaria, el acceso a bienes de primera necesidad, o las facilidades digitales por falta de cobertura y de apoyos técnicos y formativos, lo que hace más vulnerables a las personas mayores y particularmente aquellas con discapacidad que viven en estos entornos más alejados de la ciudad. Conseguir que las mujeres y hombres mayores disfruten de las mismas garantías y puedan llevar una vida plena y participativa en su entorno rural exige políticas y apoyos innovadores que resultarían beneficiosos para toda la sociedad.

***Envejecer en la Sociedad digital:***

Vivimos y envejecemos en una sociedad digital. Si bien la pandemia por Covid 19 ha acelerado el cambio drástico de muchas interacciones presenciales a interacciones digitales este cambio ya se estaba produciendo y en muchos casos esta transformación quedará consolidada de manera definitiva.

La mayoría de los estudios sobre la **brecha digital** demuestran que un alto porcentaje de personas mayores no se sienten cómodas intentando interactuar con nuevos dispositivos o programas digitales y son reacios a explorar estas posibilidades.

Conseguir que disfrutemos de las oportunidades que se nos ofrecen en el mundo digital exige esfuerzos legales, técnicos, formativos y de apoyo por parte de las administraciones vía programas de formación dirigidos a las personas mayores para que adquieran competencias digitales. Ello facilitaría, por ejemplo, una adecuada interacción en las gestiones a realizar con las administraciones, las empresas que nos sirven la luz, el agua o el gas, los bancos, etc. consiguiendo unas relaciones más entendibles y seguras.

Los beneficios de la sociedad digital deben ser aprovechados para facilitar un envejecimiento activo y saludable. Avances en telemedicina, telecuidados, teleasistencia, teletrabajo, teleformación, relaciones sociales por vía digital, hogar inteligente, movilidad y ciudades inteligentes, ocio y cultura digitales, relaciones administrativas, y transacciones económicas por vía digital… deben suponer facilidades y no barreras.

Ello implica exigencias de accesibilidad, de usabilidad y de seguridad que van desde el diseño, las compras y licitaciones públicas, las normas legales y técnicas, la comercialización, la formación, la personalización y los apoyos necesarios para facilitar su uso provechoso y satisfactorio. Diseñar pensando en todas las personas además de ser una obligación supone beneficios al ampliar el mercado y considerar a las personas mayores como consumidores relevantes.

Ante la creciente digitalización de gestiones y trámites de todo tipo, tanto en el sector público como en el privado, garantizar la plena accesibilidad de todos estos procesos (gestiones bancarias, uso de cajeros, Apps y webs de utilidad general y pública, gestores de turnos, compra de billetes y uso del transporte público, compras online en supermercados, etc.). En las ocasiones en las que no se pueda garantizar esta accesibilidad, sería necesario ofrecer servicios complementarios o de apoyo que supongan un ajuste razonable y que permitan a las personas mayores y con discapacidad acceder a estos bienes y servicios en igualdad de oportunidades que el resto de ciudadanos (atención y gestión telefónica, atención presencial, apoyo y asistencia personal, voluntariado, etc.).

El Acta Europea de Accesibilidad aprobada en junio 2019 por la Comisión Europea, establece que determinados productos y servicios que se producen y comercializan en el mercado europeo sean accesibles. Entre ellos: ordenadores, teléfonos inteligentes o “smartphones”, televisiones inteligentes, cajeros automáticos y servicios bancarios, terminales de pago, libros electrónicos, sitios web, aplicaciones móviles, máquinas expendedoras de billetes, telecomunicaciones electrónicas y números de emergencia 112 para todos y en toda la Unión Europea.

A esta imprescindible accesibilidad debemos sumarle el acceso a Internet de banda ancha que garantice y posibilite a las personas mayores el uso de las diferentes herramientas y soluciones de comunicación, convirtiéndose así en instrumentos de lucha contra la soledad, potenciadores de la vida social, aunque sea a distancia.

Apoyar todas las medidas necesarias para un envejecimiento activo y saludable en la sociedad digital, es tarea de todos, también de las personas mayores y las asociaciones y entidades que las representan.

**Productos de Apoyo para la autonomía:**

Los productos de apoyo (anteriormente denominados ayudas técnicas) ayudan a realizar una determinada tarea para la que hay una dificultad o una imposibilidad. Los productos de apoyo abarcan un amplio espectro que pueden incluir desde el engrosamiento de un cubierto para poder manejarlo, a una silla de ruedas o un andador que nos permite la movilidad, un audífono que nos facilita la audición o un sistema domótico que nos permite interactuar con nuestra vivienda y sus componentes, como electrodomésticos, calefacción y seguridad.

La comercialización de productos de apoyo se ha diversificado en los últimos años. Además de ortopedias, farmacias y comercios generales, muchas empresas venden por internet. En estos casos hay que tomar una serie de precauciones, por ejemplo, asegurar que existen facilidades, como el periodo de prueba, el mantenimiento, y las garantías existentes en otros productos de consumo. Además, van surgiendo nuevos sistemas para facilitar la adquisición de productos de apoyo, como los servicios de préstamo, alquiler, gestión de productos usados o cesión en prueba.

Los Catálogos de Prestaciones Sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas, incluyen una serie de productos de apoyo que se van actualizando periódicamente, pero se quedan limitados y requieren una ampliación necesaria para abarcar las necesidades de las personas mayores y de las personas con discapacidad que envejecen, independientemente del lugar donde vivan. La complementación de la sanidad con los servicios sociales para la adquisición de productos de apoyo es muy deficitaria, y los trámites para conseguir el producto de apoyo necesario están muy burocratizados y muy poco centrados en la atención integral centrada en la persona. En muchas ocasiones la persona tiene que adelantar el pago que posteriormente va a ser reembolsado no estando exento de burocracia y grandes retrasos. Lo que supone que muchas personas mayores tienen que hacer desembolsos cuantiosos para conseguir los productos que facilitan su autonomía y participación, o directamente prescinden de ellos lo que tiene una repercusión negativa en su vida.

El Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, del IMSERSO, dispone de un Sistema de Información en Productos de Apoyo (Sipac) que da cuenta de la gran variedad de soluciones técnicas existentes a nivel nacional e internacional, para facilitar la vida de las personas y fomentar su autonomía y participación.[[7]](#footnote-7)

El sistema de provisión de productos de apoyo requiere un mayor compromiso socio sanitario, para ser garantista de derechos, unificado, universal, entendible, flexible, actualizado y contando con la participación de las personas que requieren estos apoyos.

***Determinantes de la imagen de las personas mayores.***

La manera como la sociedad proyecta una imagen de las personas mayores influye en nuestra manera de afrontar el envejecimiento.

Por ello se debe favorecer la visibilidad y una imagen real y positiva de la heterogeneidad de personas mayores, evitando edadismos, paternalismos, y todo tipo de estereotipos, insistiendo en que sean las personas mayores las que hablen por ellas mismas.

Para ello, se deben diseñar y realizar campañas de sensibilización que luchen contra los estereotipos y cualquier discriminación negativa que puedan sufrir las personas mayores (edadismo, discapacidad, género, relaciones afectivo-sexuales, participación activa en el ámbito formativo y profesional, uso de las tecnologías, etc.). Estas mismas campañas y acciones deberían fomentar una imagen positiva, activa y saludable de la vejez. Como complemento a esta difusión y sensibilización para la población en general, sería positivo realizar acciones formativas específicas con diferentes profesionales clave (sector sanitario, servicios sociales, ámbito sociocultural y deportivo, etc.). Estas campañas deben reflejar la realidad plural de las personas mayores, difundiendo imágenes en diferentes situaciones mostrando sus “capacidades”, utilizando un lenguaje integrador y lejos del paternalismo o infantilismo predominante.

**Participación**

Es de interés destacar el uso del tiempo que realizan las personas mayores en el ámbito de la cultura y del ocio, así como su participación cívica y el trabajo voluntario.

**1.-** Son numerosas las actividades y cursos que se organizan habitualmente bajo el paraguas del “envejecimiento activo” y que cubre una gran variedad de vertientes: culturales (visita museos, exposiciones y conferencias.), deportivas (senderismo, natación, ciclismo…), viajes (programa del IMSERSO y de otros operadores), de salud (programa de termalismo del IMSERSO), ocio y entretenimiento, etc. También de participación en diversos cursos y actividades formativas que desarrollan diferentes entidades (Universidades, Administraciones Públicas, Organizaciones de mayores, Entidades sociales, etc.). Se trata de actividades que las personas mayores valoran de manera muy positiva.

A este respecto es de destacar el papel que jugó la importante red de Hogares y Clubes del IMSERSO, que, con el transcurso del tiempo, se han ido convirtiendo en centros cívicos, socio- culturales. Salpican toda nuestra geografía, junto a otros centros promovidos por otras administraciones y por iniciativas privadas y desde los que se organizan multitud de actividades de carácter lúdico y cultural. Actualmente funcionan en España más de 4000 con más de 3 millones de socios.

Los jubilados de hoy tienen un nivel de autonomía y un nivel cultural mucho más elevado que los de hace 35 años. Esta circunstancia determina que la demanda de ocio y cultura del sector de personas mayores, no solo sea más variada que antes, sino que está abarcando espacios que los convierten en auténticos centros cívicos que juegan un importante papel y en los que tienen cabida personas de todas las edades. Deberá garantizarse la accesibilidad a estos espacios y a las actividades que en ellos se desarrollan que permita la participación de las personas mayores con discapacidad.

**2.-** Otra buena forma de promover la participación de las personas mayores es a través de las organizaciones sin ánimo de lucro. Es necesario apoyar y fortalecer el movimiento asociativo entre las personas mayores en España, detectando necesidades y comprendiendo los aspectos que motivan a las personas mayores a participar activamente en la sociedad. Valores altruistas, humanitarios, compromiso social, mejora de la autoestima y satisfacción personal son algunas de las principales motivaciones.

El asociacionismo de las personas mayores constituye un canal primordial de participación que se traduce en su presencia en las propias organizaciones de mayores y pensionistas y en el voluntariado que realizan. Desde las organizaciones de mayores se debe apoyar y promover la participación activa y el liderazgo de las personas mayores en la sociedad. Ante la baja representatividad social y política, el colectivo de las personas mayores reclama espacios para tener voz propia y para ser escuchado mediante:

1. un papel activo y efectivo en los Consejos de personas mayores que son claves para la defensa de sus derechos y la atención de sus necesidades.
2. reimpulsando el Consejo Estatal de las Personas Mayores del IMSERSO.
3. manteniendo una sólida y propositiva interlocución directa e intercambio de información con regularidad con los distintos responsables de las políticas y programas que afectan a las personas mayores (Pensiones, desarrollo de la LAPAD, Sanidad, Justicia, Fiscalía, Educación, Consumo…)
4. Ídem con diversas Instituciones públicas como el Defensor del Pueblo, la Fiscalía, la FEMP…
5. impulsando y estableciendo Acuerdos con diversas organizaciones e instituciones sociales (universidades, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones profesionales como la ADyGSS…)
6. promoviendo la presencia de personas mayores en las cámaras de representación de la ciudadanía. Abría menos crispación y más acuerdos. Si se han regulado cuotas por sexo, Por qué no por edad
7. dotando adecuadamente a las organizaciones de mayores y hacerlo con parámetros similares a otras organizaciones que trabajan en la sociedad en beneficio y representación de los ciudadanos.

**3.-** Otro interesante ámbito de participación en el que puede aprovecharse mejor el caudal de conocimientos y experiencias que tienen las personas mayores, es el voluntariado. Su motivación fundamental es ayudar a los demás y, en segundo lugar, sentirse útiles. En cuanto al grado de satisfacción percibido por la realización de este tipo de actividad, son las personas mayores de 65 años las que puntúan más alto.

Dentro de esta modalidad de acción social, hay que destacar el hecho de que algunas organizaciones de personas mayores promueven iniciativas intergeneracionales, lo que debería desarrollarse en mucha mayor medida.

Hay que reconocer en este punto el importante papel que juega en el ámbito de la participación social el movimiento asociativo de personas mayores. Buen ejemplo de ello son las grandes organizaciones promotoras de la Plataforma de Mayores y Pensionistas. Es de destacar el excelente programa de voluntariado de la UDP “Acompañamiento Voluntario”, que actúa en varios ámbitos: domicilios, escuelas, hospitales, residencias de mayores… y el programa ADENTRO de CEOMA, para formar líderes en grupos de Voluntariado y el fomento de éste dentro de sus Organizaciones miembros. Todo ello marca el camino a realizar en el ámbito de la Plataforma.

Otro tipo de voluntariado de personas mayores no restringido a la acción social y que suele comportar gran atractivo entre una parte de ellas es el de tipo cultural, del que contamos en España con varios ejemplos; entre ellos, uno de larga tradición y ya muy consolidado como es el de guías voluntarios en museos que promueve la Confederación Española de Aulas de la Tercera Edad **(CEATE).** Y en el ámbito relacionado con la de transmisión de experiencias a las nuevas generaciones destacamos otro ejemplo señero y también marcado por su pionerismo, como es el promovido por la organización Sénior para la Cooperación Técnica **(SECOT),** cuya actividad consiste básicamente en apoyar el emprendimiento de los jóvenes, microempresas en dificultades, instituciones y entidades sin ánimo de lucro, mediante el asesoramiento de profesionales y empresarios jubilados.

No obstante, estos ejemplos de acciones solidarias de personas mayores, son muchas las que se jubilan y no encuentran ofertas de programas que les resulten atractivos y tampoco existen ofertas para preparar mediante formación la etapa que se abre tras la jubilación, que puede durar más de 25 años. Los estudios muestran que hay un potencial latente de energía y capital social de estas nuevas generaciones de personas jubiladas que habría que aprovechar.

Es necesario, pues, generar cultura. y favorecer vg. la visión, objetivos y prioridades de las personas mayores y personas con discapacidad mayores a través de la literatura y cine (vídeos) para ello contar con SERVIMEDIA.

# 8.- PROTECCION JURIDICA A LAS PERSONAS MAYORES

Actualmente se vive un momento de reformas y de creación de nuevos derechos. A parte de estas nuevas, o reformadas instituciones que interesan al Movimiento Asociativo, aún subyacen otros importantes temas que no pueden ser olvidados.

**1.-Un primer grupo de Instituciones jurídicas** son las creadas para apoyar a las personas carentes de autogobierno, por causa de enfermedad crónica o de su avanzada edad. Lo forman: El proyecto de ley de reforma de la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad y la regulación de los Internamientos en residencias de personas carentes de voluntad o de voluntad debilitada. Es precisamente en el ámbito de los cuidados de larga duración, tanto en centros como en hogares familiares, donde se produce con más facilidad la lesión de los derechos y a la dignidad de las personas mayores y con discapacidad mayores.

**1.1.- El Proyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad** en el ejercicio de su capacidad jurídica (121/000027) va a cambiar el paradigma de protección a las personas faltas de autogobierno. Este Proyecto, que ya ha superado la aprobación del Congreso de los Diputados, es consecuencia de la adaptación de nuestro Ordenamiento Jurídico a la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad.

La nueva Ley, una vez aprobada por el Senado, supondrá un cambio radical en la forma tradicional de enfocar la protección de las personas con problemas de autogobierno. Se abolirá la tutela de adultos (institución, hasta ahora, encargada de la representación legal de las personas mayores cuya capacidad de obrar ha sido modificada por sentencia judicial), y se crearán nuevas instituciones de apoyo: la Guarda de Hecho, la Curatela y el Defensor Judicial.

La nueva Ley tendrá repercusión en temas que van desde el procedimiento judicial, hasta materia hipotecaria, registral, contractual, y otras, Además, la ley contempla medidas de autoprotección de la persona, para caso de una futura pérdida de facultades; en este sentido, dentro de las medidas y mandatos voluntarias que contempla la Ley, adquieren especial importancia los poderes preventivos y la auto curatela.

Esta nueva Ley implica una nueva concepción en la protección del mayor. Para facilitar su conocimiento, será necesario un esfuerzo pedagógico y divulgador tanto de los organismos del Estado, encargados de la Justicia y de los mayores, muy especialmente del IMSERSO, como de los colegios profesionales y, por supuesto, del Movimiento Asociativo, mediante cursos, folletos, etc.

Desde la PMP hay que articular algún mecanismo que permita elaborar propuestas de desarrollo de la actual reforma del Código Civil en desarrollo del artículo 12 de la Convención y elaborar guías o instrumentos orientativos para la aplicación de medidas de apoyo que favorezcan la capacidad jurídica real y efectiva del colectivo.

Apoyar en este sentido la posición del CERMI que indica que hay que dar prioridad a las medidas de apoyo quedando los internamientos como una medida residual en casos muy excepcionales.

**1.2.- Internamientos de las personas carentes de voluntad o voluntad debilitada**

El artículo 4, párrafo segundo apartado h) de la LAPAD dice que las personas en situación de dependencia tienen derecho “Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio” Este procedimiento de internamientos involuntarios es, en muchas ocasiones, la puerta de ingreso para la adopción de medidas judiciales de apoyo a las personas mayores y para una correcta protección jurídica de las mismas. Tendremos que estar vigilantes para que se cumplan estos mandatos legales.

**2.- Derechos que nacen de la autonomía de la voluntad de la persona mayor y con discapacidad mayor**

En las últimas décadas son muchas las instituciones nacidas como consecuencia del respeto a la autonomía de la persona. Así:

a) Los poderes preventivos que nos permite nombrar ante Notario representante legal para caso de una futura pérdida del autogobierno;

b) La anteriormente denominada autoincapacitación, que permite a la persona, cuando le es diagnosticada una enfermedad “incapacitante”, iniciar (por ella misma) el procedimiento sobre la adopción de medidas judiciales de apoyo a las personas con discapacidad;

c) La auto curatela que nos permite señalar al Juez la persona elegida para prestar apoyo en caso de modificación de la capacidad de obrar(curador); evitando se nombre a parientes no deseados.

d) Las Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas por las que la persona, expresa en un documento, de forma anticipada, sobre cuáles son los tratamientos y cuidados sanitarios que se desea recibir, incluida la eutanasia, para cuando se haya perdido la capacidad de expresar la voluntad.

e) La Eutanasia. La nueva Ley Orgánica sobre la Eutanasia contemplará una nueva prestación en el Sistema Nacional de Salud: la prestación de ayuda a morir. La futura Ley establecerá los requisitos para el ejercicio de ese derecho. cuya aprobación está pendiente del debate en el Senado y que entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el BOE.

La Proposición de Ley es controvertida, ya que cuenta con la oposición de entidades como la Asociación Médica Mundial, el Consejo General de Colegios Médicos de España y el Comité de Bioética de España.

**3.- Cuidados Paliativos**

El Consejo de Europa, en la resolución 1418 considera los Cuidados Paliativos como un derecho de todos los enfermos terminales o moribundos en todos los Estados miembros.

El Comité de Bioética de España propone la “efectiva universalización de los cuidados paliativos dentro del Sistema Nacional de Salud.

**4.-Derechos en el ámbito sociosanitario**

 a) confidencialidad

 b) protección de datos de carácter personal

 c) la información, el consentimiento informado y las instrucciones previas.

**5.- No Discriminación de las personas mayores**

La no discriminación por razón de edad y la discriminación positiva derivan de nuestra Constitución. En la actualidad aún se producen situaciones de discriminación por edad y discapacidad: en materia laboral, en materia de salud, en materia de accesibilidad. Hacemos hincapié en la discriminación por edad en el ingreso al sistema de salud que sucedió recientemente. **Es un tema muy relevante y es necesario estar muy alerta desde la Plataforma.** El fallecimiento de miles de personas mayores en las residencias lo coloca encima de la mesa y es necesario abordarlo.

Igual sucede en la **discriminación por edad en salud**. Así en una Comunidad Autónoma apareció un “protocolo de atención y traslado urgente en el ataque cerebral agudo (ictus agudo)” en el que se leía que para activar el código Ictus era condición indispensable que el paciente debería tener menos de 80 años. Los problemas de Ictus son una patología típica de la persona mayor sea cual sea la causa que lo origine. Existen también casos publicados en Cardiología. Hay que estar vigilantes e insistir en que la discriminación por edad existe en nuestra sociedad y es una lacra contra la que hay que luchar.

En muchas ocasiones, la discriminación se traduce en una limitación de la autonomía personal de las personas mayores y con discapacidad mayores. Más frecuentemente de lo que se desearía, se toman decisiones que afectan directamente a las personas mayores sin tener en cuenta su opinión, bien sea porque se considera que no tienen capacidad de decisión o simplemente por motivos egoístas. Esta pérdida de la capacidad de decisión se traduce en aspectos como la pérdida de los propios bienes y recursos (cuentas bancarias, viviendas... que pasan a gestionarse por familiares) o incluso, en el ingreso en residencias sin el consentimiento de la persona, que hasta puede ser llevada engañada. Esta pérdida de la autonomía personal implica que muchas veces se anteponen los deseos de los familiares a los deseos de las propias personas mayores. Por tanto, se ha de concienciar y empoderar a las propias personas mayores sobre sus derechos y deberes, de manera que tomen las riendas de sus vidas, pero también concienciar a las personas cuidadoras y familiares de los derechos de las personas mayores.

Igualmente, es causa de discriminación **la falta de accesibilidad**. Tendremos que exigir a las administraciones públicas contemplen en sus presupuestos y provean subvenciones para hacer accesibles el medio urbano, las edificaciones y las viviendas. Este tema fue desarrollado en el capítulo 7.

A este respecto, hacer mención de un avance en este tema que ha sido la reforma operada por el Real Decreto-ley 7/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes en materia de vivienda y alquiler que ha modificado la Ley de Propiedad Horizontal, para legitimar a los propietarios con discapacidad o mayores de 70 para la instalación de rampas, ascensores u otros dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan la orientación o su comunicación con el exterior, siempre que el importe repercutido anualmente de las mismas, una vez descontadas las subvenciones o ayudas públicas, no exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.

Otro tema objeto de discriminación es el que se refiere a la sexualidad. Una vida plena implica atender a todos los ámbitos que la componen. La sexualidad es uno de ellos, pero suele predominar la idea de qué en las personas mayores, especialmente quienes tienen una discapacidad o se encuentran en una situación de dependencia, no es un aspecto a desarrollar. Familiares y profesionales deben ser formados para evitar los prejuicios hacia la expresión de la sexualidad por parte de las personas mayores y las personas con discapacidad.

En resumen, es imprescindible la **transposición efectiva de la normativa europea contra la discriminación** de las personas mayores y las personas mayores con discapacidad al ordenamiento jurídico nacional garantizando una defensa efectiva de los derechos de las víctimas, promoviendo la mediación, la litigación estratégica y las acciones positivas para la igualdad de trato.

Señalar finalmente, el **Edadismo** y la **Gerontofobia**, así como los **Malos Tratos**. Son una realidad. No son suficientemente visibles, pero están ahí. No sólo malos tratos físicos sino también los psicológicos que son los más numerosos.[[8]](#footnote-8) Tal vez habría que comenzar a hablar del Buen. La eliminación del Edadismo que se ha recrudecido con la OVID-19, presenta una imagen distorsionada de las personas mayores dominada por estereotipos. Al mismo tiempo se han de denunciar los malos tratos, tanto físicos como psicológicos, que sufren muchas personas mayores en entornos comunitarios e institucionales.[[9]](#footnote-9)

**6.- Protección Patrimonial**

Los contratos de hipoteca inversa y/o de rentas vitalicias, así como el de Alimentos pueden ser un buen sistema para complementar a las pensiones, pero habrá que estar atentos que no se produzcan fraudes.

**7.- Derecho de Alimentos**

El derecho de alimentos es un derecho decimonónico que nos permite exigir a nuestros hijos, hermanos o sobrinos la prestación de alimentos, vestido y vivienda. Es un derecho que sólo puede ser reclamado por los titulares del derecho o por los tutores. Urge un debate sobre este derecho y de la conveniencia de legitimar al Ministerio Fiscal para que pueda reclamarlo.

**8.-** Terminar señalando que desde la Plataforma debemos abordar la elaboración de **guías informativas** sobre todos estos temas y realizar **campañas de concienciación** sobre los derechos de las personas mayores.

# 9.- SOLEDAD NO DESEADA

Aunque la mayor parte de las personas mayores viven en pareja y algunas bajo fórmulas de tipo multigeneracional en su casa o en la de sus hijos, un dato a destacar es el importante crecimiento de los hogares unipersonales y, en consecuencia, el porcentaje de personas mayores que viven solas, que es una tendencia general en las sociedades desarrolladas.

Según el CSIC en nuestro país hay cerca de 5 millones de personas que viven solas de las cuales, más de 2,3 millones (un 45%) tienen 65 o más años y 6 de cada 10 reconocen vivir una soledad no deseada.[[10]](#footnote-10)

La proporción de personas mayores que viven solas en España alcanza el 22,5% (en la UE se sitúa en el 31%). La menor soledad relativa respecto a sus homólogos europeos puede estar indicando unas más estrechas redes familiares. Pero también puede estar indicando inadaptación de la vivienda a la vida en soledad o una insuficiencia de recursos comunitarios que favorezcan la autonomía en soledad.

Vivir en solitario le ocurre sobre todo a la población mayor de 80 años: si a principios de la década de los 90 alrededor de un 17% de las personas con 80 o más años vivían solas, actualmente la proporción alcanza a una de cada cuatro. Y si es cierto que vivir solos o solas no implica necesariamente que las personas experimenten sentimientos de soledad ni que estén aisladas, también lo es que la relación entre vida en solitario y soledad tiende a acentuarse con la edad y la discapacidad en situaciones en las que las relaciones sociales se deterioran o desaparecen.

En varios estudios se muestra cómo a medida que se tienen más años la vivencia de la soledad va creciendo, lo que resulta congruente con la mayor morbilidad, ya que cuando se sobrepasan los ochenta años de edad es cuando suelen desarrollarse con más frecuencia situaciones de fragilidad o de dependencia, además de muchas pérdidas de seres queridos.

**La soledad no deseada es unos de los factores que más afecta a la felicidad y al bienestar**. Llega a afectar, según estudios realizados, al bienestar de las personas más que la propia salud física. Contra el dolor hay pastillas, contra el sufrimiento no las hay.

Las organizaciones que componen esta Plataforma han hecho de la lucha contra esta soledad no deseada un objetivo prioritario. Por ello, desde la Plataforma consideramos urgente que el Gobierno de España y los de las Comunidades Autónomas elaboren y pongan en marcha una ESTRATEGIA PARA PREVENIR Y COMBATIR LA SOLEDAD NO DESEADA, no solo de las personas mayores, aunque son las más numerosas, sino de toda la población que sufre soledad no deseada.

Queremos apoyar, ofrecer nuestra colaboración y trabajar estrechamente con el IMSERSO y con las administraciones públicas porque creemos que ellas han de ser las que lideren el proceso implicando en esa tarea a toda la población-

Lo que proponemos no es algo del todo nuevo. Las acciones positivas para el envejecimiento activo en España están ya en 1990 en el Plan Gerontológico, que se consensuó con administraciones, especialistas y asociaciones durante 1991 y que en 1992 dispuso de presupuesto específico. Liderado por el IMSERSO, el Plan Gerontológico se planteó el desarrollo de una serie de servicios Sociales: Personales; Comunitarios; e Institucionales; de Servicios de Ocio, Cultura y Tiempo Libre; Mejoras en Pensiones y Programas de Salud, de Prevención y de Atención especializada.

Desde entonces, se han llevado a cabo, con más o menos ambición y con más o menos recursos, políticas positivas para desarrollar un envejecimiento activo para la ciudadanía longeva de España. Pero, a nuestro juicio, no hemos avanzado lo suficiente.

En este 2021 estamos aún por cumplir los compromisos de la mayoría de los partidos políticos con responsabilidad de gobierno en las diferentes administraciones, empezando por el Gobierno Central, de elaborar un Plan para el Envejecimiento Activo y dentro de él **Una Estrategia Estatal contra la Soledad no deseada.** No se trata de un problema nuevo, pero está ya revistiendo especial gravedad y urgencia, tanto por el envejecimiento creciente de nuestra población como por las tendencias individualistas de nuestra sociedad, derivadas en gran parte de la falta de políticas para garantizar la cohesión social.

**Esta estrategia debería tener las siguientes características:**

**1**. Ha de partir de un mejor conocimiento de la realidad de la soledad no deseada, que es compleja. Nuestros sistemas estadísticos nos dicen cuántos hogares están compuestos por una sola persona. Son casi cinco millones de hogares. Pero esto no basta. Han de introducirse en los estudios, encuestas y sondeos otros campos de observación sobre la soledad. Así lo están haciendo otros países de nuestro entorno, con resultados muy positivos, que luego sirven para orientar las políticas. Quizás sea el momento de que el CIS y, sobre todo el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, investiguen la situación en toda España con el fin de identificar y conocer con más detalle los grupos humanos que están más expuestos a la soledad no deseada.

**2**. El Plan Estratégico ha de implicar acciones positivas que mejoren la situación actual. No es necesario recordar que las acciones positivas en los programas de las Naciones Unidas y en el Derecho Comunitario Europeo son aquellas que implican medidas a favor de los grupos humanos que están en condiciones de desigualdad. Entre estas acciones positivas se han contado aquellas que conducen a promover el envejecimiento activo y erradicar la soledad de las personas mayores.

En nuestro país algunas Comunidades Autónomas, muchos Ayuntamientos y ONGs están llevando a cabo acciones positivas en favor de las personas mayores que están solas sin desearlo. La mayoría consisten en planes de acompañamiento para evitar paliar la soledad.

Consideramos esencial que las acciones positivas que se emprenden, vayan acompañadas de un proceso de evaluación, para saber si funcionan y merece la pena seguirlas apoyando.

**3**. La estrategia debe ser duradera en el tiempo, para irla revisando anualmente. Los países pioneros que han puesto en marcha este tipo de estrategia, como el Reino Unido, presentan informes anuales dando cuenta del cumplimiento del plan. Ahora tenemos una excelente oportunidad para incluir una estrategia sobre el envejecimiento activo y la soledad en la Agenda 2030, como uno de los ejes principales. Sabemos que hay muchos retos para los próximos años en esta Agenda. Pero no podríamos entender que este de atender a la población progresivamente envejecida, que vive en soledad, en una España parcialmente despoblada, no sea uno de estos retos.

**4**. La estrategia debe proponer un trabajo transversal a todas las áreas de gobierno de las administraciones, con medidas específicas para cada una de ellas. Esto supondrá fortalecer una cultura de colaboración entre organismos e instituciones diversas. Nada fácil. No es solo un tema de servicios sociales, también atañe a la educación para la convivencia, a la planificación de los servicios sanitarios, especialmente a la atención primaria, al urbanismo y diseño de los pueblos y ciudades con espacios de convivencia, a la política de vivienda sin barreras que alcance a las personas con escasos recursos, a la seguridad de las personas mayores solas para protegerlas de los abusos y los engaños, a las actividades culturales, a la brecha digital pues las tecnologías de comunicación constituyen un excelente medio para acompañar a quienes se sienten solos y a acceder a los servicios que la comunidad les ofrece.

**5**. El Plan Estratégico contra la Soledad ha de incluir medidas para implicar a toda la población en la solución de los problemas que causa la soledad y el aislamiento social, porque son problemas que nos comprometen a todos y afectan al modelo de vida democrático al que aspiramos. En este sentido consideramos muy importante que implique y tenga en cuenta a:

* apoyar y promover la labor de todas las asociaciones y organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas mayores, las que tienen como objetivo erradicar la soledad, las que se dedican a promover el voluntariado (es relevante poner en valor y reconocer socialmente la labor desinteresada y encomiable, fruto del compromiso social, que realizan tantas y tantas organizaciones de voluntarios), los colegios profesionales, las organizaciones vecinales, los pequeños negocios de los barrios o pueblos Todos ellos ayudan a conocer y abordar las situaciones personales de quienes viven en soledad o aislamiento
* los agentes sociales participando a través de sus fundaciones o programas de responsabilidad corporativa en el fomento del voluntariado y la creación de herramientas tecnológicas para el acompañamiento, la accesibilidad y la ayuda.
* Las universidades son también un campo muy adecuado para promover acciones intergeneracionales que acaben con la soledad de mayores y que investiguen las causas de la misma, su impacto y las mejores soluciones.
* Y sobre todo se ha de apoyar la labor de los Ayuntamientos, y financiar aquellos proyectos locales que funcionan. Los Ayuntamientos son esenciales, porque de ellos dependen muchos de los servicios de proximidad.

**Dos apuntes finales:**

* Habría que apoyar iniciativas como la de la creación de un **Observatorio de la Soledad** por parte de la Asociación contra la Soledad, que intenta, de una parte, dar a conocer una realidad muy desconocida de la que nuestros sistemas estadísticos apenas se ocupan y, de otra, dar a conocer las buenas prácticas que se hacen en algunos pueblos y ciudades.
* Algunos países, conscientes del problema, han creado estructuras administrativas de alto rango para combatir con decisión a uno de los males contemporáneos más silenciosos y uno de los efectos no deseados del envejecimiento de la población.

# 10.- LA UE Y DETERMINADAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

En primer lugar, obviamente, debemos incluir en nuestros temas programáticos, como Plataforma, las tareas y los retos que se recogen en Documentos y Actuaciones tanto de la UE como de algunas Organizaciones Internacionales y que forman parte de nuestros objetivos y preocupaciones.

**1.- Naciones Unidas (NNUU)**

El primer organismo internacional que empezó a tratar y preocuparse específicamente por los Mayores y Pensionistas fue NNUU cuando detectó que este grupo de población crecía más rápido que el resto de segmentos poblacionales, cambiando rápidamente la realidad demográfica y el enfoque del gasto social.

Tras años de debates NNUU celebró la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (AME) en **1982 en Viena** que puso las bases para garantizar los derechos de las personas mayores.

Veinte años más tarde en **2002** se celebró **en Madrid** la II AME,[[11]](#footnote-11) que constató que el cambio demográfico se había extendido a todo el mundo y no solo a los países del hemisferio norte. Se firmó una Declaración que proclamaba la dignidad de los mayores y se comprometió a combatir la discriminación por edad. Se aprobó el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que reconoce el derecho de las personas mayores a disfrutar de una vida digna y participar con su esfuerzo en el desarrollo sociocultural, económico y político del entorno en el que viven.

La próxima AME tendrá lugar en **2022** probablemente en Portugal, aún pendiente de concreción.

La PMP expresa su total apoyo a una Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas Mayores.

Igualmente defiende la garantía y el cumplimiento de los derechos de la CDPD y el despliegue efectivo de sus principios y artículos.

**2.- Organización Mundial de la Salud (OMS).**

Al hilo de la preocupación internacional en este campo, la OMS en respuesta a la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró 2020-2030 la Década del Envejecimiento Saludable. Dicha década debe ser la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades.

**La Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030,[[12]](#footnote-12)** consistirá en diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores serán el eje central del plan, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades. Se trata del segundo plan de acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas y se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Otro documento relevante es: **Estrategia y Plan de Acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020,[[13]](#footnote-13)** que recoge las iniciativas que los diversos actores (OMS, gobiernos de los estados miembros, asociaciones y organizaciones interesadas) deberán desarrollar, primero dentro del plan de acción aprobado (2016-2020.y posteriormente en el decenio del envejecimiento saludable (2020-2030).

En todos ellos se aboga por una profunda transformación de los sistemas de salud y de servicios sociales, adoptándose un enfoque basado en derechos humanos y una atención integrada y centrada en las personas. **En ese cambio de modelo debemos trabajar en nuestra plataforma**

Por último, **señalar dos documentos de 2019**, uno de la OMS: Red mundial de la OMS de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores y otro de la OIT: Datos del Informe Mundial sobre la Protección Social.

**1.3.** **Unión Europea (U.E).**

**1.-** En la UE la preocupación por los mayores y pensionistas no se ha enfocado tradicionalmente de una forma directa, entre otros motivos porque la UE no tiene competencia en las políticas sociales, que están en manos de los estados miembros (EEMM). Sin embargo, si se han producido aproximaciones indirectas a través del mercado de trabajo, gasto en pensiones y en sanidad y otros temas conexos.

Destacar el **Año Europeo del Envejecimiento activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012,** en el que se realizan aportaciones en cuanto a:

1. legislación de la UE en apoyo del envejecimiento activo
2. contribución d Fondos Estructurales al envejecimiento activo
3. investigación e innovación
4. estrategia coordinada con los estados miembros en torno al cambio demográfico, lucha contra la discriminación por motivos de edad, fomento de la accesibilidad, la movilidad, las tic, etc.

También el **Acta Europea de Accesibilidad de 2019.**

Por último, la reciente publicación del **Libro Verde sobre el Envejecimiento (2021)[[14]](#footnote-14)** puede suponer una mayor preocupación por las políticas europeas sobre el envejecimiento. El documento está sometido actualmente a consulta y dará lugar a un amplio debate sobre el envejecimiento y sus implicaciones a nivel europeo y de los Estados Miembros.

Como se expone en el Libro Verde, existen muchas formas de evitar o limitar las consecuencias negativas del envejecimiento en nuestra sociedad como, por ejemplo, fomentar el envejecimiento saludable y activo, mejorar la resiliencia de nuestros sistemas sanitarios y asistenciales, mejorar el funcionamiento del mercado laboral, modernizar la protección social y fomentar la migración legal y la integración como parte de una combinación de políticas, así como buscar una mayor productividad y eficiencia de forma general, teniendo en cuenta la solidaridad intergeneracional.

Este Libro Verde dará paso a una definición de las políticas europeas en esta materia para estimular a los EEMM a tomar decisiones en sus respectivos ámbitos de una forma coordinada. Muy probablemente como en otras áreas políticas (personas con discapacidad) se aprobará una Estrategia decenal que impulsará acciones concretas a llevar a cabo y que se articulará vía Planes Nacionales.

De otro lado, hay que poner de manifiesto que las políticas comunitarias sobre Envejecimiento se han de entroncar con la ejecución del **Pilar Europeo de Derechos Sociales**, que está en fase de puesta en marcha de acuerdo con el plan de trabajo de la Comisión Europea para 2021.

Finalmente, la Plataforma instará al Comité Económico y Social Europeo (CESE) la elaboración de un Dictamen de iniciativa “Hacia un Nuevo Modelo de Atención para los Mayores: Aprendiendo del Covid” para explorar nuevos caminos en esta materia.

**2.-** Igualmente debemos hacer una reflexión como Plataforma, desde la presencia, la actividad y la propia experiencia que tengan las organizaciones promotoras, sobre nuestra participación y grado de la misma en **plataformas o asociaciones de personas mayores o que defienden los intereses de las personas mayores en el ámbito internacional, especialmente en la UE.**

Se citan unos ejemplos:

* AGE Platform Europe
* Federación Europea de Personas Mayores (Eurag)
* Asociación Europea de Atención y Cuidados a Domicilio.
* Alianza Europea por la Salud Pública.

Asimismo, debemos reflexionar sobre el impulso y/o la presencia en estudios de investigación sobre temas que faciliten la calidad de vida de las personas mayores.

Igualmente, hacer seguimiento de la normativa de la UE y de su cumplimiento en aquellas materias que afecten a las personas mayores y/o a los pensionistas y participar en propuestas de normativa o documentos promovidos por la UE.

**3.- Fondos Europeos. Plan de Recuperación**

España tiene por delante una misión complicada. Un reto quizá el más importante de su historia reciente: la UE pone encima de la mesa unos fondos extraordinarios para la Recuperación y pensando en el futuro. Constituye una cantidad de dinero sin precedentes que se suma a los recursos no consumidos del plan plurianual actual 2014-2020 y a los que vendrán con el nuevo marco 2021-27.

España puede duplicar durante los próximos cuatro años su inversión pública. Es una gran oportunidad para el país y, concretamente, podría serlo para un desarrollo sólido del SAAD.

Sería razonable, a la vista de la enorme carencia de recursos de cuidados profesionales de atención en el domicilio, que se formulase una propuesta concreta con cargo a la 8ª política palanca (nueva economía de los cuidados y políticas de empleo), insistiendo en la elevada cantidad de empleos directos e indirectos que se generarían. Unos empleos no deslocalizables y que generan importantes retornos económicos.

Igualmente, a la vista de los recursos residenciales, formular otra propuesta concreta de creación y adaptación de plazas para ir alcanzando la ratio recomendada por la OMS. Insistiendo igualmente en la gran cantidad de empleo directo, indirecto e inducido y los retornos que se generarían. Asimismo, indicando que se tendrían muy en cuenta, la ubicación adecuada de las mismas y un modelo arquitectónico que facilite una atención centrada en la persona.

Podría ser una propuesta/proyecto compartido de colaboración público-privada, que, sin duda, sería bien recibido por las autoridades comunitarias. La iniciativa se acogería a los Fondos Next Generation de la UE dentro del nuevo Marco Financiero Plurianual 2021-27.

Los Estados pueden presentar sus proyectos para absorber los fondos y la Comisión Europea se da dos meses para valorarlos y enviarlos al Consejo Europeo que es el que tiene que dar el visto bueno final.

Previsiblemente se priorizarán los proyectos que generen mucho empleo y tengan un impacto transformacional. Por eso **se necesitan grandes proyectos. Y el del desarrollo de la LAPAD lo cumple.**

Se trata de una oportunidad difícilmente repetible. Desde la **Plataforma ofrecemos nuestra participación en el Consejo** **Consultivo** que se cita en el documento “Propuesta para la gestión y ejecución de las inversiones correspondientes al Plan de Recuperación” de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

18/5/2021.

1. IMSERSO, 2019. [Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf_ssppmmesp2019.pdf) [↑](#footnote-ref-1)
2. Ministerio de Sanidad, Junio 2020. [Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud: Indicadores Resumen](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_jun2020.pdf). [↑](#footnote-ref-2)
3. INE. [Resultados nacionales: serie 2020-2070 Población y fenómenos demográficos.](https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6673&capsel=6677) [↑](#footnote-ref-3)
4. INE. [Resultados nacionales: serie 2020-2070 Población y fenómenos demográficos.](https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6673&capsel=6677) [↑](#footnote-ref-4)
5. Comisión Europea. [Report on the Impact of Demographic Change](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/demography_report_2020_n.pdf). [↑](#footnote-ref-5)
6. ONU. ["Perspectivas de la población mundial 2019"](https://www.un.org/es/global-issues/ageing) [↑](#footnote-ref-6)
7. Catálogo de Productos de Apoyo del IMSERSO: <https://sipaceapat.imserso.es/sipa_01/prod/index.htm> [↑](#footnote-ref-7)
8. Datos y cifras sobre malos tratos a personas mayores en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> [↑](#footnote-ref-8)
9. Datos y cifras de maltrato a las personas mayores en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> [↑](#footnote-ref-9)
10. INE 2020. [Encuesta Continua de Hogares (ECH)](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981) [↑](#footnote-ref-10)
11. ONU. [Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf). [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef> [↑](#footnote-ref-12)
13. OMS. [Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf). [↑](#footnote-ref-13)
14. Comisión Europea, 2021. [Libro Verde sobre el envejecimiento](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/com_2021_50_f1_green_paper_es.pdf). [↑](#footnote-ref-14)