



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

XIV LEGISLATURA

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 3

IV. OTRAS ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS

PONENCIAS DE ESTUDIO CONSTITUIDAS EN EL SENO DE LAS COMISIONES

Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, constituida en el seno de la Comisión de Derechos Sociales.
(543/000003)

INFORME DE LA PONENCIA

A la Excm. Sra. Presidenta de la Comisión de Derechos Sociales.

Excm. Sra.:

La Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España ha aprobado, por unanimidad, en su reunión celebrada en el día de hoy, el Informe que se acompaña como anexo.

Palacio del Senado, 18 de noviembre de 2021.—**Nerea Ahedo Ceza, María del Mar Arnaiz García, Bienvenido de Arriba Sánchez, Ana Belén Edo Gil, Joaquín Vicente Egea Serrano, Adelina Escandell Grases, Pablo Gómez Perpinyà, Ruth Goñi Sarries, María Teresa Rivero Segalàs, Patricia Rodríguez Calleja y Aurelia Sánchez Navarro.**

ANEXO

INFORME DE LA PONENCIA DE ESTUDIO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

I

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes.

La creación, en el seno de la Comisión de Derechos Sociales del Senado, a comienzos de la presente Legislatura, la XIV, de una Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, trae causa de la moción aprobada, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, en la sesión plenaria número 16 de la citada Legislatura, celebrada el día 23 de septiembre de 2020.

El texto de la moción aprobada era del siguiente tenor literal:

«El Pleno del Senado acuerda la creación de una Ponencia de Estudio sobre el proceso de envejecimiento en España, que convocará a administraciones, organizaciones y personal experto en la materia y redactará un estudio completo que dé cabida tanto a la información más actualizada, precisa y objetiva posible, como a las recomendaciones que se realicen para abordar esta nueva realidad sobre el envejecimiento, de manera coordinada con las demás iniciativas que se estén desarrollando en las Cortes Generales.»

En la Exposición de Motivos de dicha iniciativa se hacía mención del gran reto que supone para las sociedades actuales el envejecimiento de la población —puesto recientemente de manifiesto con la crisis sanitaria, económica y social derivada de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2—, así como también de la necesidad de dar a dicho reto una respuesta urgente en línea con la promoción del envejecimiento activo, en un doble sentido: por un lado, por la aportación que supone para la sociedad el conocimiento y la experiencia de las personas mayores, y, por otro, porque los estilos de vida saludables son una inversión en salud que permite prevenir enfermedades y crear entornos amigables.

De ahí que se concluyera que *«como sociedad, debemos promover el empoderamiento de las personas mayores en todos los ámbitos de desarrollo, fomentando su participación en la vida social, económica y política, para garantizar su inclusión y reducir las numerosas desigualdades y vulnerabilidades a las que se enfrentan muchas de estas personas»*.

Ello exige un análisis previo del proceso de envejecimiento, desde una visión constructiva, puesto que el envejecimiento es *«uno de los logros más contundentes de nuestras sociedades»*, para, a partir de dicho análisis, asumir compromisos, realizar cambios y ofrecer oportunidades.

A contribuir al cumplimiento de estos objetivos se orienta la creación de la Ponencia de estudio sobre el proceso de envejecimiento en España.

2. Constitución de la Ponencia.

La designación de la Ponencia tuvo lugar en la sesión de la Comisión de Derechos Sociales celebrada el día 26 de octubre de 2020, quedando constituida por los siguientes senadores, en representación de los distintos grupos parlamentarios:

- D. Fabián China Correa (Grupo Parlamentario Mixto).
- Dña. María Teresa Rivero Segalàs (Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado Junts per Catalunya-Coalición Canaria/Partido Nacionalista Canario).
- D. Vicenç Vidal Matas (Grupo Parlamentario Izquierda Confederal (Adelante Andalucía, Más per Mallorca, Más Madrid, Compromís, Geroa Bai y Catalunya en Comú Podem¹).
- D. Tomás Marcos Arias (Grupo Parlamentario Ciudadanos²).
- Dña. Nerea Ahedo Ceza (Grupo Parlamentario Vasco en el Senado (EAJ-PNV).
- Dña. Adelina Escandell Grases (Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Euskal Herria Bildu).
- D. Bienvenido de Arriba Sánchez (Grupo Parlamentario Popular en el Senado).
- Dña. Patricia Rodríguez Calleja (Grupo Parlamentario Popular en el Senado).
- Dña. María del Mar Arnaiz García (Grupo Parlamentario Socialista).
- Dña. María Jesús Castro Mateos (Grupo Parlamentario Socialista).
- Dña. Ana Belén Edo Gil, Presidenta de la Comisión.

Asimismo, en dicha reunión se acordó que fuera Dña. Ana Belén Edo Gil, en cuanto que Presidenta de la Comisión de Derechos Sociales, la coordinadora de Ponencia, con el fin de facilitar la organización de los trabajos de la misma.

¹ Con fecha 6 de abril de 2021 este Grupo parlamentario pasó a denominarse Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal (Adelante Andalucía, Más per Mallorca, Más Madrid, Compromís, Geroa Bai, Catalunya en Comú Podem y Agrupación Socialista Gomera); con fecha 18 de mayo de 2021 pasó a denominarse Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal (Adelante Andalucía, Más per Mallorca, Más Madrid, Compromís, Geroa Bai y Agrupación Socialista Gomera).

² Con fecha 16 de junio de 2021 este Grupo parlamentario pasó a denominarse Grupo Parlamentario Democrático (Ciudadanos, Agrupación de Electores «Teruel Existe» y Partido Regionalista de Cantabria).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 5

Posteriormente, se produjeron las siguientes variaciones en la composición de la Ponencia:

— D. Fabián Chinaea Correa, miembro de la Ponencia desde el 26 de octubre de 2020 hasta el 26 de marzo de 2021, como Senador del Grupo Parlamentario Mixto; fue sustituido en esta última fecha por Dña. Ruth Goñi Sarries.

— Dña. Nerea Ahedo Ceza, miembro de la Ponencia desde el 26 de octubre de 2020 hasta el 26 de abril de 2021, como Senadora del Grupo Parlamentario Vasco en el Senado (EAJ-PNV), fue sustituida en esta fecha por Dña. María Isabel Vaquero Montero. El 18 de mayo de 2021, la Sra. Ahedo volvió a ser miembro de la Ponencia.

— D. Vicenç Vidal Matas fue miembro de la Ponencia desde el 26 de octubre de 2020 hasta el 27 de abril de 2021; en esa fecha fue sustituido por Dña. Sara Vilà Galán, hasta el 14 de mayo de 2021, fecha en que el Sr. Vidal volvió a ser miembro de la Ponencia. De nuevo fue sustituido el 15 de septiembre de 2021 por D. Pablo Gómez Perpinyà.

— Dña. Carlota Santiago Camacho fue miembro de la Ponencia desde el 27 de abril hasta el 7 de junio de 2021, como Senadora del Grupo Parlamentario Ciudadanos, en sustitución de D. Tomás Marcos Arias.

— Dña. Adelina Escandell Grases perdió su condición como Senadora del Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-EH Bildu el 13 de mayo de 2021, con motivo de la celebración de las elecciones al Parlamento de Cataluña, por lo que dejó de ser miembro de la Ponencia hasta su nueva designación como Senadora.

— D. Tomás Marcos Arias perdió la condición de senador con fecha 7 de junio de 2021 y fue sustituido en la Ponencia el día 8 de junio de 2021 por D. Miguel Sánchez López, como Senador del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

— D. Miguel Sánchez López dejó de ser miembro de la Ponencia el día 16 de junio de 2021, en representación del Grupo Parlamentario Ciudadanos, debido a la disolución de este Grupo parlamentario, siendo sustituido en esa fecha por D. Joaquín Vicente Egea Serrano, en representación del recién constituido Grupo Parlamentario Democrático (Ciudadanos, Agrupación de Electores «Teruel Existe» y Partido Regionalista de Cantabria).

— Dña. María Jesús Castro Mateos fue miembro de la Ponencia desde el 26 de octubre de 2020 hasta el 10 de septiembre de 2021, como Senadora del Grupo Parlamentario Socialista. El 14 de septiembre de 2021 y hasta la finalización de los trabajos de la Ponencia fue sustituida por Dña. Aurelia Sánchez Navarro.

Asimismo, asistieron a la Ponencia, de forma ocasional, los siguientes senadores:

- Dña. Mirella Cortès Gès (Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Euskal Herria Bildu).
- Dña. María Fernández Álvarez (Grupo Parlamentario Socialista).
- D. Javier Garcinuño Rama (Grupo Parlamentario Socialista).
- D. Amaro Huelva Betanzos (Grupo Parlamentario Socialista).
- Dña. Estefanía Martín Palop (Grupo Parlamentario Socialista).
- Dña. Micaela Navarro Garzón (Grupo Parlamentario Socialista).

3. Sesiones celebradas.

La Ponencia se reunió por vez primera el 9 de diciembre de 2020, al objeto de programar el calendario y los trabajos de la misma; en dicha sesión se adoptó, entre otros acuerdos, el de abrir un plazo para que los distintos Grupos parlamentarios pudieran solicitar la comparecencia de los expertos cuyas informaciones considerasen oportunas para el estudio de la Ponencia.

Las sesiones informativas, esto es, con comparecientes —celebradas la mayoría de ellas presenciales, con la adopción de medidas preventivas motivadas por las excepcionales circunstancias de la pandemia del coronavirus, y algunas otras por videoconferencia— se iniciaron una vez transcurrido dicho plazo, según el calendario aprobado por la Ponencia, en las siguientes fechas:

- 20 de enero de 2021, sesión de mañana
- 20 de enero de 2021, sesión de tarde
- 27 de enero de 2021
- 10 de febrero de 2021
- 17 de febrero de 2021
- 25 de febrero de 2021

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 6

3 de marzo de 2021
17 de marzo de 2021
25 de marzo de 2021
7 de abril de 2021
21 de abril de 2021
5 de mayo de 2021

En dichas sesiones, la Ponencia contó con la presencia y explicaciones de los 42 comparecientes que seguidamente se relacionan, todos ellos expertos en la materia que es objeto de estudio de la Ponencia y representantes de distintos sectores (Administraciones públicas, sindicatos, colegios profesionales, universidades, asociaciones, etc.):

— Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), D. José Augusto García Navarro.

— Presidente de la Comisión de Envejecimiento Activo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), D. Álvaro García Bilbao.

— Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña y profesora en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona (UB), Dña. Begoña Román Maestre.

— Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPs), Dña. Cinta Pascual Montañés.

— Presidenta de la Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural (AFAMMER), Dña. Carmen Quintanilla Barba.

— Presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), D. Luis Cayo Pérez Bueno.

— Presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Dña. Emiliana Vicente González.

— Abogada miembro de la Comisión Seniors del Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona y Coordinadora del Grupo de Trabajo de Mujeres Mayores del Instituto Catalán de las Mujeres, Dña. María Montserrat Serrallonga Sivilla.

— Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), D. Luis Alberto Barriga Martín.

— Catedrático Emérito de Geriatría de la Universidad Complutense de Madrid y Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, D. José Manuel Ribera Casado.

— Directora del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid, Dña. María del Carmen Barranco Avilés.

— Presidente de la Asociación Contra la Soledad, D. Lázaro González García.

— Presidenta de la Fundación HelpAge Internacional España, Dña. Isabel María Martínez Lozano.

— Director Científico del Programa de Mayores de la Fundación Bancaria «La Caixa», D. José Javier Yanguas Lezaun.

— Presidenta de la Fundación Pílares, Dña. Pilar Rodríguez Rodríguez.

— Presidenta de la Asociación Mayores del siglo XXI, Dña. Loles Díaz Aledo.

— Profesora de Psicología Social y Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología, Dña. Sacramento Pinazo Hernandis.

— Presidente de la Confederación Plena inclusión España, D. Santiago López Noguera.

— Presidente del Grupo Social Lares, D. Juan Ignacio Vela Caudevilla.

— Secretaria Confederal de la Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores (UGT), Dña. Adela Carrió Ibáñez.

— Catedrática de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y Subdirectora del Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento, Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro.

— Presidenta de la Asociación Unión Profesional, Dña. Victoria Ortega Benito.

— Secretario de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Castilla y León y Jefe de Sección de las Residencias de la Diputación Provincial de Burgos, D. Álvaro Da Silva González.

— Presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, Dña. María Ángeles Carmona Vergara.

— Exvicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), D. Julio Sánchez Fierro.

— Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia (FED), D. Ignacio Fernández-Cid Plañol.

— Director Médico de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, D. Manuel Martín Carrasco.

— Director General de la Fundación Matia, D. Gerardo Amunarriz Pérez.

— Psicóloga Gerontóloga y Miembro del Patronato de la Fundación Matia, Dña. María Teresa Sancho Castiello.

— Presidente del Foro Español de Pacientes, D. Andoni Lorenzo Garmendia.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 7

- Directora del Departamento Sociolaboral de la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME), Dña. Teresa Díaz de Terán López.
- Responsable de las Áreas de Igualdad y Seguridad Social del Departamento de Empleo, Diversidad y Protección Social de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), Dña. Olimpia del Águila Cazorla.
- Secretaria de Asuntos Sociales y Familia de la Generalitat de Catalunya, Dña. Marta Cassany i Virgili.
- Secretario de Políticas Públicas y Protección Social de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO), D. Carlos Bravo Fernández.
- Presidenta de la Fundación Pasqual Maragall, Dña. Cristina Maragall Garrigosa.
- Presidente de la Fundación 26 de Diciembre, D. Federico Armenteros Ávila.
- Director Gerente del Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), D. José Javier Sánchez Lacuesta.
- Director de la Cátedra Macrosad de Estudios Intergeneracionales y Decano de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada, D. Mariano Sánchez Martínez.
- Responsable del Grupo de Investigación en Envejecimiento del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (GIE-CSIC), D. Vicente Rodríguez Rodríguez.
- Presidenta de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP), Dña. Paca Tricio Gómez.
- Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), D. Juan Manuel Martínez Gómez.
- Presidente de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales en España, D. José Manuel Ramírez Navarro.

Finalizadas las sesiones con comparecencias, la Ponencia solicitó al Pleno de la Cámara la ampliación del plazo de seis meses, inicialmente concedido para la realización de sus trabajos y, dentro de dicho plazo de prórroga, elaboró, a la vista de las informaciones recibidas por los expertos, un borrador de Informe, cuyas Conclusiones y Recomendaciones fueron debatidas y consensuadas entre sus miembros, en sesiones de 9, 14, 21 y 29 de septiembre, 14 de octubre y 18 de noviembre de 2021.

Sumando a las reuniones de comparecencias esas seis reuniones finales, así como la inicial para organización de los trabajos, de 9 de diciembre de 2020, la Ponencia celebró un total de diecinueve reuniones, entre los meses de diciembre de 2020 y noviembre de 2021, un lapso de tiempo de doce meses.

El presente Informe, en el que se plasma el resultado de su estudio, fue finalmente aprobado, por unanimidad de los miembros de la Ponencia, en su sesión de 18 de noviembre de 2021.

4. Otros datos de interés.

La Ponencia recibió la invitación de diversas instituciones para visitar centros de mayores, de diferente tipología, si bien, dadas las restricciones para los desplazamientos y de aforo habidas, por razón de la pandemia del COVID-19, durante el tiempo en que la Ponencia ha desarrollado sus trabajos, se estimó prudente dejar dichas visitas para un momento posterior y no llegaron a tener lugar.

II

EXTRACTOS DE LAS COMPARECENCIAS

Se transcribe, seguidamente, un resumen del contenido de cada una de las comparecencias celebradas en el seno de la Ponencia de estudio, agrupadas por sesiones y siguiendo estrictamente el calendario de su celebración; debido a su extensión, dichas comparecencias no pueden transcribirse completas.

1. SESIÓN DE 20 DE ENERO DE 2021 (MAÑANA)

1.1. Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), D. José Augusto García Navarro.

El compareciente comienza su exposición afirmando que el principal motor del cambio de nuestra sociedad no será el cambio climático, ni será la tecnología, ni será la globalización; el principal motor de cambio en los próximos años será el envejecimiento de la población.

En España actualmente hay en torno a nueve millones de personas mayores de 65 años; de estas, más de un millón y medio son mayores de 85 años. Y esta es la tónica en todo el mundo occidental, que está provocando cambios importantes.

En los países de la Unión Europea, el envejecimiento crece de forma muy homogénea, a diferencia de otros países, con población más joven, porque tienen una tasa muy elevada de natalidad.

Otro fenómeno demográfico simultáneo a este del envejecimiento es la venida de inmigración, que, de momento, compensa parcialmente el envejecimiento poblacional y es una parte importante de la fuerza de trabajo, pero se trata de una población que también envejecerá en un futuro.

El envejecimiento no hay que verlo como un problema (incremento del gasto sociosanitario, pago de pensiones durante muchos años, etc.) sino también como un reto. El envejecimiento es una oportunidad para redefinirnos a lo largo de la vida, que ahora se prolonga (la esperanza de vida en España es de 82 años en hombres y 85 en mujeres) y durante mucho tiempo de esta larga vida podemos ser personas activas. Y el envejecimiento es también una oportunidad de incrementar la productividad, para intercambiar experiencias con personas más jóvenes (de bienes materiales e inmateriales, como los valores o la educación), para establecer puentes entre generaciones...

A partir de esta constatación, el compareciente se refiere a los deberes que, respecto del envejecimiento, tenemos como sociedad.

Y, el primero de ellos, es intentar abordar retos de envejecimiento (el pago sostenible de pensiones, la adaptación de los sistemas de servicios sociosanitarios, los costes-beneficios de las políticas sociales, el papel de los Observatorios de Políticas Sociales), fuera del calendario electoral.

Abordar el reto del envejecimiento requiere un marco conceptual distinto del que se ha tenido tradicionalmente, fundamentado en tres pilares:

- El envejecimiento no depende ya de tres factores, como decía hasta el año 2015 la Organización Mundial de la Salud, sino de cinco, puesto que, al ejercicio físico, la dieta y las relaciones sociales, se añaden los factores psicológicos y los socioeconómicos.
- El envejecimiento hay que abordarlo a lo largo de todo el ciclo vital, porque el envejecimiento empieza desde que se es niño, no cuando ya se tiene mucha edad. Hay, pues, que identificar las oportunidades para mejorar la aparición de la dependencia y las enfermedades.
- La edad no es sólo una cifra, sino que también es un nuevo «estado social»: la edad se ha configurado como una circunstancia discriminatoria y, en los próximos años —dice el compareciente— veremos el nacimiento de leyes antidiscriminación por edad, al igual que hemos visto aprobarse leyes de igualdad de género.

A continuación y en relación con los dos factores citados como condicionantes del envejecimiento, los psicológicos y socioeconómicos, pasa el compareciente a referirse a un estudio de 2015, sobre la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo de la mortalidad, según el cual, «la soledad mata».

Según otro estudio de hace tres años, la pobreza también mata.

Por tanto, la soledad y la pobreza son dos elementos determinantes del envejecimiento, que influyen en cómo se llegue a la vejez, y en que aparezcan enfermedades o discapacidades en los mayores. Y también influyen otros factores como la educación. Es decir, que envejecer bien depende de mucho más que de la sanidad.

De ahí que, otros deberes de nuestra sociedad respecto del envejecimiento, dentro del marco conceptual dibujado, sean:

- Identificar y luchar contra la soledad no deseada:
 - Implicación del mundo local y de las redes vecinales.
 - Utilización de nuevas tecnologías.
- Introducir el concepto de pobreza en los identificadores de población de riesgo y priorizar los presupuestos públicos para este sector de población.
- Elaborar leyes antidiscriminación por edad, porque hay personas que a la edad en que se jubilan, los 65 años, pueden seguir aportando mucho a la sociedad. Invertir en políticas de lucha contra la desigualdad es invertir en políticas activas contra el envejecimiento de la población.

Por otro lado, es importante comprender que envejecer es un proceso que empieza en el momento de la gestación y que, por tanto, depende del entorno, de la situación socioeconómica, de las relaciones sociales, del tipo de vida más o menos saludable e, incluso, de los mecanismos de envejecimiento celular que existan. Ya, hoy en día, existen terapias farmacológicas para retrasar el envejecimiento.

De ahí que, siguiendo con los deberes que tenemos como sociedad, haya que:

- Potenciar y priorizar programas de investigación para combatir el envejecimiento a nivel molecular (y distinguir entre falsas y auténticas terapias).
- Participar en el debate de las nuevas terapias antienvjecimiento (y distinguir las auténticas de las falsas).
- Introducir el envejecimiento como prioridad en todas las disciplinas académicas: medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, etc.
- Adoptar estrategias preventivas en adultos jóvenes (para, según la franja de edad, mejorar las reservas funcionales, mantener la función o disminuir la pendiente del declive). Estas estrategias de prevención-promoción de la salud tienen que hacerse en escuelas, lugares de trabajo, de ocio... Lo nuevo en prevención en estos años, son los marcadores biológicos para tratamientos a medida, ayudados por la tecnología.
- Potenciar educación en todas las plataformas (cine, televisión, escuelas...).
- Favorecer que las nuevas tecnologías lleguen a todos, también a los mayores y a los colectivos más vulnerables.
- Dedicar presupuestos y regulación a promover ciudades y entornos con políticas activas de *healthy ageing*.
- Potenciar y dar soporte a las redes vecinales y de voluntariado, porque en la prevención del envejecimiento influyen las políticas transversales.
- Dar soporte a las personas para que adapten su hogar, porque mayoritariamente las personas queremos envejecer en casa, cuidados por la familia (y los cuidadores son, casi siempre, mujeres, con frecuencia también mayores).
- Dedicar presupuestos y formación a los cuidadores no profesionales, así como favorecerlos a través de una mayor protección social y de políticas fiscales).
- Adaptar las residencias de mayores y establecer alternativas a las fórmulas tradicionales.
- Adaptar los hospitales, diversificando la cartera, con especial atención a los servicios domiciliarios y potenciando los servicios geriátricos (de los que hoy todas las Comunidades Autónomas, salvo Andalucía y el País Vasco, disponen).

Todo ello, con total transparencia, promoviendo un modelo de atención de calidad centrada en la persona y sin establecer copagos para las personas con menor nivel de renta. Tecnologías para las personas de más edad.

Se refiere, casi al final de su exposición, el compareciente, a dos cuestiones claves para abordar en un futuro el reto del envejecimiento:

- Por un lado, a las nuevas tecnologías, cuya implantación a todos los niveles hay que favorecer puesto que revolucionarán la provisión de los servicios sociosanitarios (desde el diagnóstico hasta las políticas antienvjecimiento).
- Y, por otro, a la necesidad de proveer de profesionales —hoy insuficientes—, debidamente formados, los servicios sanitarios y sociales.

Porque no hay que perder de vista que las políticas de envejecimiento son políticas para nosotros.

El compareciente finaliza su exposición con unas reflexiones acerca del tremendo impacto del SARS-CoV-2 en las residencias de mayores. De las numerosas causas de la elevada mortalidad que se ha producido entre los mayores de las residencias (relacionadas con el propio virus, con el diseño de las residencias, con los residentes, los trabajadores y la coordinación sanitaria y social), se detiene el Sr. García Navarro en comentar dos: las relacionadas con los propios residentes y con los trabajadores.

Respecto de los primeros, subraya que personas que llegan a las residencias lo hacen con muchas enfermedades (insuficiencia cardíaca, demencia, úlceras por presión). Respecto de los segundos, la escasez de personal (médico, enfermero, gerocultor), que trabaja con ratios temporales muy ajustados, mal pagado y, en ocasiones, poco formado.

Como alternativa al modelo actual, el compareciente sugiere un modelo, que complemente la atención de los mayores en residencias con los cuidados domiciliarios, que propone potenciar con las siguientes diez medidas:

- Establecer la teleasistencia como derecho subjetivo para personas dependientes que no vivan en centros residenciales.
 - Incrementar las horas de atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio.
 - Mejorar las prestaciones económicas, estableciendo cuantías mínimas, incrementando las máximas e introduciendo mejoras en su regulación.
 - Ampliar las compatibilidades entre las prestaciones y servicios.
 - Extender la Escala de Valoración Específica (EVE) desde los 3 hasta los 6 años.
 - Agilizar los procedimientos administrativos y adoptar otras medidas orientadas al incremento de la cobertura del sistema.
 - Incrementar el nivel mínimo de financiación.
 - Recuperar el nivel acordado de financiación y orientarlo a la consecución de determinadas medidas estrategias de refuerzo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
 - Analizar y revisar el actual modelo de copago.
 - Reconocer la aportación de las Entidades Locales y reconsiderar su papel en el SAAD.
- Siempre pensando que los ejes del nuevo modelo habrán de ser los siguientes:

- Promoción de la autonomía.
- Potenciación de la comunidad.
- Servicios domiciliarios.
- Centros de día más terapéuticos e integrados con salud.
- Más viviendas accesibles, saludables y con servicios.
- Residencias solo las imprescindibles y adaptadas al COVID-19.
- Integración de los servicios sociales y sanitarios.

Todo ello —concluye el compareciente— revertirá en la sociedad, es el futuro y la obligación es inmediata, porque —y esta es su reflexión final— lo que se nos viene encima, como consecuencia del coronavirus, va de vacunas y de salud pública... pero, sobre todo, va de valores.

1.2. Comparecencia mediante videoconferencia del Presidente de la Comisión de Envejecimiento Activo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), D. Álvaro García Bilbao.

El compareciente da comienzo a su exposición explicando que la «Comisión de envejecimiento activo» es uno de los grupos de trabajo que, dentro del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), nuclea iniciativas orientadas a dar respuestas a las necesidades del colectivo de las personas con discapacidad mayores.

Tras presentar a la organización que representa, el Sr. García Bilbao pasa a exponer algunos datos, de carácter general, a partir de los «Indicadores de Estructura de la Población» del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2020:

- El 19,58 % del total de los españoles son personas mayores de 65 años.
- El 19,56 % (13,22 % de los hombres y 24,49 % de las mujeres) necesita ayuda para la realización de actividades básicas, como su aseo personal, alimentarse, sentarse y levantarse. Más de la mitad de la población mayor de 65 años no tienen tareas que hagan sin ayuda.
 - La autonomía se va perdiendo con la edad (no es autónoma una de cada diez personas (8,22 %) entre 65-74 años, una de cada cuatro (23,41 %) entre 75-84 años y una de cada dos (51,86 %) entre los de 85 y más años) y se pierde antes para las actividades domésticas que para el aseo personal.
 - La autonomía es mayor en los hombres que en las mujeres, en ambos tipos de actividades (domésticas y de cuidado personal) y en los tres grupos de edad estudiados. Los varones tienen un riesgo de discapacidad más tardío y de menor severidad.

A partir de estos datos, pasa el compareciente a referirse al colectivo de personas con discapacidad mayores, un sector heterogéneo, pero con una serie de características comunes.

Es importante subrayar la diferencia que existe entre las personas con una discapacidad de nacimiento y las que poseen una discapacidad sobrevenida, como consecuencia de hechos posteriores (un accidente o del deterioro natural de sus procesos vitales); personas que, cuando adquieren la discapacidad, no cuentan con el aprendizaje o las herramientas de las primeras.

De ahí el enorme valor de las personas con discapacidad que llegan a más de 65 años, que, a lo largo del tiempo han debido encontrar y dar una respuesta vital al hecho de convivir con la discapacidad, lo cual constituye una experiencia que se puede enseñar a la sociedad y a otros colectivos, como es el de las personas mayores a las que les sobreviene la discapacidad una vez han llegado a los 65 años o más.

Cada persona tiene su forma particular de envejecer a través de un proceso que engloba características personales y sociales diferentes. Sin embargo, determinados factores condicionan este proceso.

- Las discapacidades —es obvio— condicionan el proceso de envejecimiento para determinados grupos. Existe mayor prevalencia de determinadas alteraciones de la salud en síndromes específicos. Así, por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual (como el síndrome de Down o los trastornos del espectro autista) envejecen de forma prematura (en torno a los cuarenta años).
- Como también condiciona el envejecimiento la perspectiva de género. Mujer y discapacidad supone una doble discriminación y, por tanto, una mayor vulnerabilidad, debiendo prestarse especial atención a las mujeres mayores con discapacidad del ámbito rural.
- A ello se añade el contexto sociocultural, que, asimismo, agrava la indefensión de los mayores con discapacidad, sobre todo aquellas en situaciones de exclusión y de emergencia social, en las que llega a aparecer la violencia de género con resultado de muerte.

Ante esta situación, la Administración y la sociedad civil —afirma el compareciente— deben ser capaces de articular políticas con perspectiva de género, que promuevan valores de igualdad y reconozcan el destacado papel de las mujeres mayores en la sociedad, siendo en este sentido fundamental la prevención, la investigación, teniendo debidamente en cuenta los riesgos concretos y los factores de vulnerabilidad, como la incapacitación legal, la institucionalización, la pobreza, la ruralidad, la edad y el tipo de discapacidad.

Se debe garantizar, asimismo, la accesibilidad universal de los centros y servicios de atención, como también la accesibilidad de todas las garantías procesales, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad y a la discapacidad.

A continuación, el compareciente expresa su perplejidad y malestar por los acontecimientos vistos en la reciente pandemia del coronavirus: la aplicación de protocolos sanitarios que excluían del ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos a personas en función de la edad o por el hecho de ser portadoras de discapacidades, en aras a primar la supervivencia de aquellas supuestamente más aptas para sobrevivir y no incluidas en esos grupos.

Sobre estas situaciones, de «medicina de catástrofe», habría que hacer una reflexión moral y política colectiva. Cada caso debe ser valorado individualmente, con criterios éticos, equitativos y transparentes, y exclusivamente clínicos. Y, por supuesto, sin castigar al diferente ni considerarlo de menor valor.

Al margen de esta cuestión y volviendo sobre los recursos para el seguimiento de la vulnerabilidad de discapacitados mayores, el compareciente señala que estamos asistiendo a la aparición de las primeras generaciones de personas con discapacidad que se hacen mayores. Por eso, el conocimiento de este colectivo aún resulta ser exiguo, pero es seguro que va a requerir un apoyo extenso y generalizado; entre otras, la figura del «asistente personal» sería una prestación social favorecedora de la autonomía personal. Como también sería facilitativa la accesibilidad universal a la sanidad, el transporte, la vivienda, etc.

Los sistemas de salud deben organizarse, pues, para atender las necesidades de los mayores, contando con su participación activa y la de sus organizaciones más representativas, así como incrementar el número de profesionales formados para atender a este colectivo.

Por otro lado, un factor determinante en el deterioro de la salud es la soledad, muy distinta cuando es impuesta que cuando se elige, porque deriva en frustración, depresión, miedo, baja autoestima, etc. También está condicionada por la perspectiva de género y la reciente pandemia por coronavirus ha puesto de relieve este problema, más agudo en los discapacitados, y que requiere un abordaje multidisciplinar. La propuesta del compareciente es la de un plan nacional contra la soledad, que tenga en las personas con discapacidad mayores a sus máximos exponentes, permita su prevención, detección y atención tempranas, posibilitando una atención centrada en la persona, un tratamiento integral de la misma.

Finaliza el Sr. García Bilbao su exposición mencionando otras medidas o buenas prácticas que las autoridades podrían incorporar en su política relativa a personas con discapacidad mayores, por cuanto

promueven su autonomía y su participación plena en la comunidad, como son los proyectos sociales tendentes a integrarlas en su entorno social (por ejemplo, el programa «Grandes vecinos» en Madrid, que favorece las relaciones entre personas próximas; o el programa «Activa tu barrio» en Vitoria, programa colaborativo entre personas mayores, comercios, asociaciones); o la potenciación del uso de las nuevas tecnologías (móviles, inteligencia artificial, ingeniería genética, videoconferencia, telemedicina...).

1.3. Comparecencia, mediante videoconferencia, de la Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña y profesora en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona (UB), Dña. Begonia Román Maestre.

La compareciente articula su exposición en torno a cinco puntos; los dos primeros serían cuestiones a evitar, los restantes son más positivos en cuanto que aportan algunas propuestas.

— La primera cuestión a evitar es el «edadismo» (del término inglés *ageism*); es decir, habría que evitar toda discriminación por edad, como también cualquier homogeneización por razón de edad.

Las personas mayores son un colectivo muy variado y que abarca muchas décadas, cuarenta (desde los 60-65 años a los 100-105), lo cual es un despropósito porque las edades y las personas se van sucediendo, son variadas y variantes. Hay, además, una homogeneización, que deriva en una estereotipación y en una estigmatización del concepto de «llegar a viejo», que se ve como algo negativo.

Se trataría, pues, de aceptar que vivimos en una sociedad multicultural, moralmente plural y acelerada, y las condiciones de la vida van cambiando en función de las circunstancias, edades, condiciones de salud... y de la percepción que las personas y la sociedad van teniendo de ellas. No hay que hacer, por tanto, una foto de este colectivo tan variado que son las personas mayores durante casi cuarenta años, sino una película (es dinámica), además de admitir que existe una incertidumbre radical (hasta cuándo viviremos) y otra incertidumbre más o menos solvente (con qué medios sanitarios contaremos para envejecer).

Envejecer bien significa envejecer apropiadamente, es decir, cada «a su manera», una manera que irá cambiando lo largo del tiempo, en función de la edad.

Es importante no confundir dependencia con discapacidad. Cumplir años significa más dependencia, pero no necesariamente discapacidad. Aunque las personas con discapacidad también envejecen y deben envejecer mejor. De ahí la importancia del espíritu de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España en 2008.

— La segunda cuestión a evitar en las políticas públicas en torno a los mayores sería el paternalismo y el infantilismo en el trato. El modelo a seguir para un envejecimiento apropiado (considera la compareciente inexacto el término «envejecimiento activo», porque el envejecimiento celular siempre es activo, si no, estamos muertos), es el de la atención centrada en las personas, cada una con su propia manera de envejecer.

Y, puesto que la persona es siempre relación, es necesario un modelo centrado en las personas y sus relaciones, más o menos extensas (familiares, allegados, barrio, etc.). De ahí que no hay que pensar solo en un modelo de atención *ad intra* (las residencias, por ejemplo), sino también *ad extra*.

— En tercer lugar, habría que esquivar inequidades territoriales. Es inadmisibles que las diferencias entre los sistemas sanitarios y sociales de las Comunidades Autónomas sean decisivas en la calidad del envejecimiento. Los primeros son actualmente más o menos homogéneos entre todos los territorios, pero no así los sociales, en los que las asociaciones, fundaciones, organizaciones, etc. juegan también un papel decisivo. De ahí que sea necesario, más allá de si el sistema es público o privado y con independencia de cuáles sean las estructuras comunitarias y legislativas, buscar un máximo común denominador que llegue a todo el mundo en España; lo que implica la existencia de:

- Plataformas compartidas, sin barreras burocráticas y de protección de datos, que permitan ver cuán intervenida está la vida de las personas en un territorio y cómo es de eficiente esa intervención. De ahí la importancia de la coordinación de todos los servicios de atención a las personas mayores, públicos, privados o consorcios.
- Opcionalidad del canal, sin imponer la digitalización. Hay personas que, por distintas razones (brecha digital, razones culturales, de reconocimiento...), quieren un trato personal, no telemático. Y esta es una circunstancia que ha de tener en cuenta la atención centrada en las personas.
- Accesibilidad del lenguaje (discapacidades visuales, auditivas, etc.), que siempre ha de garantizarse.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 13

— En cuarto lugar, habría que defender la promoción de la autonomía personal, en sus dos manifestaciones:

- Autonomía en la toma de decisiones, según los propios riesgos y escala de valores (y no solo ni en primer lugar los de la familia).
- Autonomía funcional, esto es, la capacidad para llevar a cabo su vida diaria, con más o menos soporte.

Mientras las personas puedan tomar decisiones con un nivel de riesgo adecuado, hay que acompañarlas en ello y, sobre todo, pensando en los procesos de deterioro cognitivo, promover, a nivel sanitario y a nivel social, la planificación de decisiones anticipadas. Se trata de que los mayores compartan con los servicios que les atienden las decisiones que querrían adoptar para intentar reducir las incapacitaciones involuntarias y totales. Va más allá del mero documento de voluntades anticipadas (DVA), por tanto, que está demasiado vinculado a la muerte y a situaciones crónicas complejas.

En Cataluña, por ejemplo, la planificación de voluntades anticipadas se incorpora a la historia clínica y se hace a lo largo del tiempo y puedo o no acabar en un DVA.

Hay tres indicadores fundamentales de la autonomía personal, al margen de las rentas, que tendrían que ser tenidos en cuenta como ejes por las políticas públicas de todas las Comunidades Autónomas para evitar inequidades territoriales; a saber: las capacidades, la participación y los vínculos de la persona (positivos o capacitantes y no patológicos o generadores de dependencia).

- Promoción de la autonomía significa, en primer término, tener en cuenta capacidades y funcionamiento; es decir, lo que la persona es capaz de ser y hacer. Lo importante es crear capacidades y, en el caso de las personas mayores, mantenerlas y reconocerlas en los niveles que las personas todavía tienen en su vida cotidiana.

- La promoción de la autonomía volcada en la capacidad solo se puede hacer garantizando la participación activa (no reactiva) en la vida cotidiana; capacidad de propuesta, por tanto, no solo de respuesta.

- Ello solo es posible si la persona se siente vinculada al entorno. De ahí la importancia de generar y mantener vínculos, que son patológicos si se discapacita a las personas, si creyendo prevenir riesgos se les infantiliza, se les impide tomar decisiones, se les excluye, y son positivos cuando generan y mantienen capacidades, les permiten participar y crean más vínculos.

— Por último, hay que pensar en la vivienda. Los humanos no somos de intemperie, necesitamos un lugar en el que protegernos, cobijarnos y sentirnos acogidos. Ello significa que hay que pensar mejor las viviendas asistidas, hacer polifuncionales las residencias compartidas —adecuadas a las distintas edades— y no únicamente medicalizadas —la salud es más que lo sanitario— ni raciocéntricas —esto es, no solo pensando en la seguridad de las personas que viven en ellas y en las terapias—, bien asistidas por personal especializado y, sobre todo, a nivel de afectos y vínculos.

La conclusión con la que la compareciente cierra su exposición es que necesitamos modelos (en plural) de vejez, que contemplen esperanza, para que sea verdad que todo el mundo quiera llegar a mayor y mantenerse en esa situación, con acceso a buenos diagnósticos y tratamientos, fundamentada en verdad, en justicia, con garantía de unos mínimos en todo el territorio español y con calidad de vida, que permita a los mayores tomar decisiones sobre su vida.

2. SESIÓN DE 20 DE ENERO DE 2021 (TARDE)

2.1. Comparecencia, mediante videoconferencia, de la Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPs), Dña. Cinta Pascual Montañés.

La compareciente comienza su intervención llamando la atención sobre lo devastador que la pandemia del COVID-19 ha sido para las personas mayores, lo que ha puesto de manifiesto las deficiencias de los actuales sistemas sociosanitarios y la necesidad de disponer de nuevos modelos de atención a los mayores, respetuosos con sus derechos, reconocidos en la Constitución y en la Carta Magna de la Dependencia y adecuadamente financiados.

Actualmente, el mundo tiene un reto demográfico sobre la mesa: el envejecimiento. Los países occidentales son países envejecidos y necesitan estructuras de servicios para atender a los mayores, centrados en la persona.

¿Cómo ha de funcionar el modelo de atención a la dependencia?

Para la compareciente, el modelo de atención a la dependencia habrá de ser una estructura de servicios, en la que exista una colaboración público-privada para invertir en estos servicios y hacer que funcionen de forma coherente. Las plazas de estos servicios de atención a los mayores las debe ofrecer la Administración pública, así como determinar en qué condiciones: qué, cómo y cuándo se ofertan las plazas, ya sean públicas, concertadas públicas o privadas.

Para visualizar cómo sería el modelo de dependencia o envejecimiento ideal, la compareciente propone formularse una pregunta: ¿cómo nos vemos nosotros envejeciendo? La generalidad de ciudadanos se ve en casa, con familia, tranquilamente, sin enfermedades, sin dependencia, viendo pasar los años y recordando la vida pasada.

Esto es lo que hay que conseguir. Es, claro, un ideal, porque es difícil envejecer sin dependencia. En los últimos años de la vida siempre aparecen los problemas de salud, se produce una merma de capacidades e incluso se pierde a la pareja. Lo ideal sería que los mayores estuvieran atendidos en casa hasta que se pudiera y, cuando a una persona no se la puede atender en casa, habrá que acudir a servicios profesionales, habrá que gestionar entonces esa dependencia.

El reto del envejecimiento exige, para la compareciente, abordar las siguientes cuestiones:

- Cartera de servicios flexible, fundamentada en la persona y adaptada a las necesidades de cada momento, modernizada y digitalizada.
- Acceso rápido a la dependencia, con trámites rápidos para su valoración.
- Coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, porque todos los españoles —también los mayores dependientes— tienen derecho a la sanidad universal.
- Colaboración público-privada, porque un modelo completamente público tiene un coste inasumible. Actualmente hay muchos servicios sanitarios en manos privadas, con los que hay que contar si se quiere ofrecer a los mayores un servicio de calidad. La diferencia entre unas y otras plazas radica básicamente en la gestión y en las condiciones laborales. Pero unas y otras deben poder ofrecerse a los ciudadanos, en condiciones de igualdad. Asimismo, el modelo de colaboración sería más justo para los profesionales.
- Empoderamiento de las familias y de los mayores.

A continuación, pasa la compareciente a hacer una mención de la realidad de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³, ofreciendo algunas cifras, que ponen de manifiesto que, de los casi 2.000.000 millones de solicitudes de dependencia registradas, más de 200.000 dependientes están aún pendientes de valoración o sin servicio asignado.

Ante esta situación, la compareciente reitera la necesidad de cumplir la ley, para lo que se hace preciso un mayor presupuesto para mejorar la financiación, acelerar la valoración de la dependencia y eliminar las listas de espera de las prestaciones para la dependencia, cruzar las redes sanitarias y las sociales y dar prestaciones sociosanitarias a quien las necesite, con precios públicos adecuados, más altos que los actuales, para que puedan ofrecerse servicios con calidad. Y que estos sean unos mínimos comunes en todo el país, sin que haya diferencias según el territorio en que se viva.

Vale la estructura de servicios que tenemos actualmente, pero hay que dar un gran cambio. Hay que tener una visión de futuro de la dependencia, en la que todos (la propia persona, la familia, el sector, la sociedad, la Administración) estén implicados. Flexibilización, confianza y seguridad es lo que necesita el sistema de atención a la dependencia. Hay que conseguir, en definitiva, que los ciudadanos confíen en que cuando lo necesiten van a tener servicios que les atiendan.

2.2. Comparecencia de la Presidenta de la Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural (AFAMMER), Dña. Carmen Quintanilla Barba.

La Presidenta Nacional de la Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural inicia su comparecencia con una frase del director de cine Ingmar Bergman «envejecer es como escalar una gran montaña; mientras

³ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia será citada en adelante, en el presente informe, como Ley de Dependencia.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 15

se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y la visión mucho más serena».

Así, a juicio de la compareciente, debería entender la sociedad el envejecimiento, como una adquisición de conocimiento que brinda una experiencia para afrontar los desafíos a los que cada día nos enfrenta la realidad social. La vejez es la depositaria de la memoria colectiva y excluir a los mayores supone rechazar nuestro pasado, nuestras raíces, nuestra historia.

La gran realidad del mundo actual es que la población envejece y la sociedad está cambiando a una gran velocidad, sobre lo cual ofrece la compareciente algunos datos:

— Según la Organización Mundial de la Salud, entre los años 2015 y 2050, la proporción de población con más de 60 años pasará de 900 a los 2.000 millones de personas, un aumento de casi un 22 %, exponencialmente mayor en los países desarrollados, donde la esperanza de vida se eleva y también en entornos como el medio rural donde su población joven emigra.

— En España, según Instituto Nacional de Estadística, el número de personas de 65 años o más ascendía a fecha 1 de enero de 2020 a 9,28 millones de personas, una cifra que se prevé llegará en el año 2050 a 16,45 millones (el 37,61 % de la población), lo que significa que más de la tercera parte de los residentes en España superará en 2050 los 65 años.

— La esperanza de vida en España, fecha actual, se sitúa en los 83 años, solo por detrás de Japón, lo que, unido a un desplome de la natalidad, ha generado una pirámide de población invertida, lo que se manifiesta con más fuerza en el medio rural, donde existen más de 1.000 municipios sin ningún niño entre los 0 y los 4 años, 311 sin vecinos menores de 20 años y en 402 sólo viven personas mayores de 65 años. Con estas cifras, resulta imposible hablar de futuro en el mundo rural porque no existe un relevo generacional.

— Uno de cada ocho jubilados, es decir, un 12,7 %, se encuentra en riesgo de pobreza según Eurostat.

A continuación, la compareciente pasa a distinguir la vejez (una etapa más de la vida) de la dependencia y a vincular la primera al envejecimiento activo y a la integración de los mayores en la sociedad, entendido como el derecho de los mayores a participar en los procesos de toma de decisiones, a relacionarse para no quedar aislados, a seguir vinculados al ámbito laboral y social... en definitiva, a seguir aportando mientras se tenga capacidad para hacerlo.

Enlaza esta cuestión la compareciente con el tema del sistema de pensiones, que necesita de la toma de medidas urgentes, en la línea de los acuerdos del Pacto de Toledo, para ser viable en los próximos años: el fondo de reservas creado en el año 1997 para poder pagar jubilaciones públicas cuando las cotizaciones no fuesen suficientes está hoy prácticamente agotado. En esta línea, la Unión Europea, en el Libro Blanco sobre las pensiones, del año 2012, ya propuso el aumento en la edad de jubilación y para ello, adaptar los lugares de trabajo, fomentar el aprendizaje y aplicar beneficios fiscales (España sigue siendo uno de los países donde menos se bonifica el retraso en la edad de jubilación, entre un 2 y un 4 %), como también erradicar en el entorno laboral la discriminación por razón de edad o «edadismo» (alrededor de un 30 % de la población denuncia haber sufrido este tipo de discriminación).

Al problema del difícil pago de las pensiones a los jubilados en un futuro próximo, añade la Sra. Quintanilla otro relacionado con este: la difícil incorporación al mercado laboral de las personas —desempleados— de más de 45 años; más aún si son mujeres y más aún en el medio rural, y ofrece algunos datos de interés al respecto:

— El 40 % de las mujeres que trabajan en el ámbito rural son mayores de 65 años y solo el 4,9 % son menores de 35 años.

— De 945.024 explotaciones registradas, sólo en 285.467 figuran mujeres como titulares de las mismas.

— Tan solo un 3,5 % de los miembros de las cooperativas de primer grado son mujeres y un 2,2 % en cooperativas de segundo grado.

— El 37,3 % de mujeres perciben ayudas directas de la Política Agraria Común (PAC) frente a los 470.397 hombres que reciben esta subvención, y su cuantía es mucho menor (3.483 € frente a los 5.500 € de los hombres).

Ante esta situación de masculinización y envejecimiento del mundo rural, es preciso poner en marcha medidas que permitan seguir manteniendo las constantes vitales en nuestros pueblos, los únicos capaces

de sostener la estabilidad económica y social de las próximas generaciones, como ha puesto de manifiesto la reciente pandemia de coronavirus que se está padeciendo en España.

Lo que lleva a la compareciente a tratar otros problemas, asimismo puestos de manifiesto con especial crudeza durante la crisis sanitaria: los déficits de nuestro sistema sociosanitario (que ha sido incapaz de frenar el fallecimiento de mayores en residencias y ha permitido que los mayores se vieran postergados en los tratamientos médicos) y la soledad de los mayores, también muy acusada en el medio rural.

Alrededor de un 15 % de personas en el medio rural viven solas y superan los 65 años; una soledad que se produce por distintas causas, pero muy especialmente por la emigración de los hijos a las ciudades, por lo que los servicios sociales —que, en el medio rural, son muy escasos y, en ocasiones, inadecuados— deben responder ante este nuevo panorama.

En cuanto a los cuidados, el 86 % de los mayores de 65 años que habitan en nuestros pueblos, afirma que prefiere ser cuidado por familiares antes de que lo haga una persona ajena al núcleo familiar.

El diseño y desarrollo de recursos deben tener en cuenta actuaciones tanto de prevención y promoción de la salud, como del fomento de la participación social, que requieren de políticas flexibles que contemplen la diversidad, la planificación integral que promueva el envejecimiento activo y la generación de programas innovadores que no traten de replicar modelos, que si bien pueden ser muy adecuados en un contexto urbano, resultan inapropiados para el medio rural.

Propone la compareciente algunas actuaciones para mejorar las perspectivas futuras de las personas mayores del medio rural:

- Fomento de la conectividad y uso de las nuevas tecnologías.
- Creación de asociaciones de mayores, consejos locales, u otros dispositivos de participación comunitaria.
- Establecimiento de centros polivalentes para el desarrollo y atención de los mayores.
- Dinamización de centros y asociaciones de mayores.
- Desarrollo de actividades preventivas para favorecer un envejecimiento positivo y saludable (charlas, actividades ocupacionales o talleres dirigidos al mantenimiento psicofísico).
- Recuperación del patrimonio cultural y etnográfico (exposiciones, talleres y museos etnográficos, tertulias sobre cultura popular, talleres y muestras artesanales, etc.).
- Actividades intergeneracionales fuera de los centros (excursiones, senderismo, visita de museos, etc.), donde las personas mayores actúen como guías de las jóvenes generaciones.
- Impulso de la participación de las personas mayores en los recursos comunitarios.
- Promoción del voluntariado como forma de compromiso social.
- Mejoras de los servicios de ayuda y apoyo en el domicilio.
- El reconocimiento de la figura de los cuidadores, que suelen ser mujeres, que abandonan el mercado laboral para encargarse de esta tarea.
- Facilitar el uso de la teleasistencia, sobre todo entre las personas que viven solas o conviven con otras en situación de fragilidad o dependencia.

El despoblamiento del medio rural es un problema para España y también para Europa (más de un 40 % de las regiones europeas están perdiendo población). Frente a ello, parece que la inmigración tendrá un papel preponderante en la configuración de nuestros pueblos. De ahí la importancia de la inmigración controlada, que rejuvenece la España rural.

Para acabar con la soledad de los mayores es necesaria —a juicio de la compareciente— una Estrategia Europea que incluya una política integral de promoción del envejecimiento activo y saludable, así como el desarrollo de plataformas de acompañamiento y redes solidarias intergeneracionales que permitan que los jóvenes puedan aprovecharse de la experiencia de quienes han vivido tanto y tienen tanto que aportar a las nuevas generaciones. Cuanto más se fomente el envejecimiento activo, menores tasas de dependencia habrá entre las personas mayores, porque a través de su participación social, se estará invirtiendo en la salud de este grupo y se les estará ayudando a mantenerse rodeados de otras personas que mejorarán considerablemente su calidad de vida.

Asimismo, la compareciente considera fundamental y necesaria una Estrategia Nacional contra la soledad y los malos tratos, en la que se contemple el apoyo y el acompañamiento de los mayores en situaciones de soledad y especial vulnerabilidad.

Un 7 % de los mayores de 65 años residentes en España sufren cada año algún tipo de abuso, pero solo un 10 % lo denuncia. Por ello, reclama la Sra. Quintanilla la tipificación del delito de maltrato contra las

personas mayores en el Código Penal, pues el artículo 173 del actual, en el que se da cuenta del maltrato dentro del ámbito familiar, no menciona expresamente a las personas de edad.

En cuanto al envejecimiento activo, todavía habría mucho que decir.

Cabría pensar, por ejemplo, en un nuevo modelo profesional, donde las personas mayores pudieran ejercer como colaboradores a tiempo parcial, como socios en determinados proyectos y como competidores en otros tantos; de modo que los mayores no sean secundarios en nuestra sociedad ni queden relegados al papel de cuidadores o acompañantes de sus nietos (la figura del «abuelo canguro»).

Por otro lado, los abuelos también han adquirido un papel fundamental como sustentadores económicos de muchos hogares, desde la crisis económica de 2008, Según el Informe del Barómetro Mayores, el 80 % de los pensionistas colabora en la supervivencia de sus descendientes, lo que, necesariamente, ha repercutido en su calidad de vida —más aún en las mujeres—, con renunciaciones al consumo de energía esencial, a determinados cuidados sanitarios, como los dentistas, o al consumo de alimentos de primera necesidad que encarecen la cesta de la compra.

En conclusión de la compareciente, tenemos que tener altura de miras para afrontar los problemas y desafíos que se desprenden del envejecimiento de la sociedad, debemos dar respuestas concisas, comprometidas y decididas que sirvan para acabar con la soledad y el maltrato de los mayores, con el edadismo, con el problema de las pensiones, con el envejecimiento del medio rural y la falta de servicios en este medio, con el reconocimiento de los mayores en los diversos ámbitos de participación social, así como con tantos otros que lacran y estigmatizan la vejez. Es nuestra misión, pues, generar ese entorno propicio en el que se lleve a cabo una transmisión de conocimientos intergeneracionales que servirán no sólo para una mejor integración sino también para afrontar graves problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad actual, en la que el medio rural y sus personas mayores tienen mucho que aportar. Y no olvidar que sólo comprendiendo nuestro pasado podemos entender nuestro presente e imaginar nuestro futuro.

2.3. Comparecencia del Presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), D. Luis Cayo Pérez Bueno.

Tras agradecer a la Ponencia la convocatoria a la misma de los movimientos sociales de la discapacidad, y definir a la organización cuya presidencia ostenta, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), como la expresión global de la sociedad civil articulada en torno a la discapacidad para la representación de la interacción y la incidencia políticas con arreglo a una visión exigente de derechos humanos, el compareciente pone el acento en lo crucial que el envejecimiento es para dicho movimiento social porque, de los mayores de 65 años, más de dos millones son personas con discapacidad.

Envejecer significa, en muchos casos, convivir con la discapacidad. Y esta convivencia se ha de producir en las mejores condiciones. De ahí que un grupo de atención preferente en la agenda política y social de la discapacidad, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, sea el colectivo de las personas mayores con discapacidad y de las personas con discapacidad mayores. No son lo mismo unas y otras. En las primeras, personas mayores con discapacidad, esta es sobrevenida y aparece en la vejez, mientras que, en las segundas, personas con discapacidad mayores, la discapacidad es desde el nacimiento o se presenta en los primeros estadios de la vida.

Se centra el compareciente en estas últimas, más desconocidas y, sistemáticamente, en una posición más frágil.

Para muchas personas con discapacidad (las que presentan discapacidad intelectual, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, problemas de salud mental, etc.), el envejecimiento es un hecho inédito porque, hasta hace pocos años, estas personas no llegaban a edades avanzadas, debido, bien a que su esperanza de vida era baja por las condiciones asociadas a la discapacidad, o bien porque, por su discapacidad, tienen un envejecimiento prematuro.

Ilustra esta afirmación el compareciente con un ejemplo muy actual: la demanda de una de las organizaciones del CERMI, «Down España», de que se incluya, como grupo prioritario a la hora de la vacunación del COVID-19, a las personas con esta discapacidad de 40 o más años, cuya edad cronológica es igual a la de una persona sin discapacidad de más de 60 años.

Es decir, que el envejecimiento no pasa para las personas con discapacidad con la objetividad cronológica a la que estamos acostumbrados.

En España, 1,5 millones de personas con discapacidad afrontarán el envejecimiento en los próximos años. Unirán, pues, a la realidad previa de la discapacidad el hecho del envejecimiento, que no será igual

para todas, porque circunstancias como el género, el entorno social, la pertenencia a alguna minoría... son condicionantes, para mal, del proceso de envejecimiento; circunstancias que, por tanto, habrán de ser tenidas en cuenta por los poderes públicos para evitar que se produzcan situaciones de multiexclusión y abordarlas desde un enfoque interseccional.

Es importante, pues, apoyar y preparar a las personas con discapacidad para que el envejecimiento no sea para ellas una circunstancia dramática, sino provechosa para sí mismas y para la sociedad.

Esbozada así la realidad de las personas con discapacidad mayores, el CERMI, entidad colaboradora de los poderes públicos para la puesta en marcha de las políticas de discapacidad, incluye en su agenda de propuestas para las personas con discapacidad mayores las siguientes:

- Las personas con discapacidad mayores han de figurar con identidad propia y diferenciada como grupo diana en las políticas públicas sobre el fenómeno del envejecimiento y cómo abordarlo.
- Las personas con discapacidad, las personas mayores y las personas con discapacidad mayores están más expuestas a la lesión y a la vulneración de sus derechos humanos. Discapacidad y edad en concurrencia mutua constituyen causas de multiexclusión, por lo que deben constituir grupos prioritarios contra la discriminación y la segregación.
- Toda la acción pública en relación con el envejecimiento de personas con discapacidad ha de estar orientada a la autonomía personal, a la vida independiente y a la inclusión en la sociedad, proporcionando apoyos sostenidos y sostenibles, libremente elegidos, que las hagan posibles.
- Se ha de garantizar la continuidad y la coherencia del apoyo a las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento. En este aspecto, la creación de un auténtico espacio sociosanitario es esencial.
- Los sistemas de protección y promoción sociales en España para la discapacidad son limitados e insuficientes; el sistema de dependencia ha resultado en parte fallido y requieren profundos replanteamientos para estar a la altura del propósito de su creación.
- Afrontar el envejecimiento con garantías de éxito por parte de las personas con discapacidad requiere importantes intervenciones estructurales previas: entornos universalmente accesibles (el caso de la vivienda es paradigmático) y autonomía económica (lo que se logra con una inclusión laboral plena en empleos dignos y de calidad que generen prestaciones públicas futuras), así como extender las fórmulas de previsión social que doten a estas personas de progresiva suficiencia económica.
- Las personas con discapacidad, también las mayores, han de estar insertas e incluidas en la comunidad, vivir donde elijan, sin verse forzadas a formas de vida y de habitación superadas, segregadas y separadas, distintas de las generales (estrategia de desinstitucionalización y creación de nuevas fórmulas habitacionales inclusivas, como las viviendas cooperativas), generalizando la asistencia personal como prestación social más inclusiva.
- El sistema de Seguridad Social, en la dirección que marcan los acuerdos del Pacto de Toledo, han de redefinir las relaciones entre protección social y activación laboral, que han de alimentarse recíprocamente y sin rigideces, alentando siempre la inclusión de personas con discapacidad mayores.
- La soledad no deseada, un problema social de enorme magnitud, tiene un impacto desmedido en las personas con discapacidad, que se agudiza en las fases de envejecimiento. Se imponen estrategias rigurosas y creativas contra la «miseria relacional».
- España posee, en materia de discapacidad, una sociedad civil pujante, exigente, tramada, cooperativa, que los poderes públicos han de tener como aliada en el despliegue de las políticas públicas de envejecimiento, en particular, en la relacionadas con las personas con discapacidad mayores.

3. SESIÓN DE 27 DE ENERO DE 2021

3.1. Comparecencia de la Presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Dña. Emiliana Vicente González.

Después de unas palabras de homenaje a las personas fallecidas por el COVID-19, así como de reconocimiento a los profesionales sanitarios, trabajadores de los servicios esenciales y a todos aquellos que, sin fin de lucro, han cooperado en la solidaridad social durante la situación de emergencia del coronavirus, que ha golpeado duramente a los mayores, la compareciente pone de manifiesto la necesidad urgente de afrontar los grandes retos que responden a una crisis social acumulada (alto nivel de paro, pobreza generalizada y feminizada, difícil acceso a la vivienda), que ha culminado con el colapso de los servicios sociales durante la pandemia.

Desde la profesión del Trabajo Social, la compareciente presenta cuatro paquetes de medidas, al objeto de colaborar con las Administraciones Públicas para salir de estas crisis lo antes posible y en las mejores condiciones.

Antes de centrarse en exponer dichas medidas, la compareciente hace un par de observaciones:

— Una primera, que la crisis ha sacado a la luz la debilidad de los avances conseguidos en las políticas públicas y, en concreto, en las políticas de coordinación sociosanitaria, donde el modelo dominante biomédico y centrado en el hospital, ha dejado de lado la atención comunitaria de la atención primaria, y también los cuidados básicos de responsabilidad de los servicios sociales.

— La segunda, que las personas mayores han de situarse en el centro de las políticas puestas en marcha por el conjunto de las Administraciones Públicas. Su participación en la definición de estas políticas, el respeto a sus decisiones, el fomento de su autonomía y la promoción de actuaciones de atención centradas en la persona —en sus necesidades y proyectos vitales— han de configurar el marco y el itinerario de trabajo.

A continuación, la compareciente detalla los cuatro paquetes de medidas para abordar el proceso de envejecimiento en España:

• El **primer paquete de medidas** tiene por fin asegurar la autonomía personal, minimizando situaciones de desamparo derivadas de la falta de recursos económicos. Entre estas medidas, se cuentan:

— La alianza por el Estado de Bienestar, entendido como la mejor forma de garantizar el progreso social, económico y político de nuestra sociedad.

— La necesaria articulación de los sistemas públicos del Estado de Bienestar, para hacer efectiva, de modo transversal, la inclusión social, superando todo tipo de discriminaciones y exclusiones.

— El fortalecimiento del diálogo social, con todos los interlocutores sociales (sindicatos, Consejos profesionales, organizaciones feministas, organizaciones familiares, ONG, instituciones sin fin de lucro, etc.).

— Incremento de las pensiones públicas en nuestra Carta Magna a la categoría de derecho fundamental, prohibiendo su privatización y la pérdida de poder adquisitivo, a través de un mandato que comprometa a todos los gobiernos y al conjunto de la Administración.

• El **segundo paquete de medidas** se orienta hacia la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia y a las personas de edad avanzada, lo que exige:

— Un cambio en el modelo de cuidados de larga duración, que deberá ser un modelo integrado de servicios e intervenciones profesionales, que permita y favorezca la presencia de las personas mayores en el hogar y en su entorno de convivencia, con corresponsabilidad en la conciliación personal, familiar y laboral, prestando atención a mitigar las arraigadas estructuras económicas que perpetúan la desigualdad.

— Una transformación del modelo residencial, erradicando los macrocentros, propio del siglo XIX y avanzando hacia un modelo del siglo XXI, con diseños arquitectónicos y fórmulas organizativas y de gestión similares a la permanencia en el hogar (servicios y recursos estratificados, vivienda colaborativa, compartida y solidaria, servicios de proximidad acordes a los diferentes momentos vitales).

— Una apuesta decidida por una estrategia sobre la soledad no deseada, cuya repercusión negativa sobre la calidad de vida y la salud física y emocional de las personas es ya conocida, como también que las propuestas de intervención que obtienen mejores resultados son las que utilizan recursos comunitarios y la participación de las personas mayores, las que les permiten ser más proactivos en la toma de decisiones que afectan a su trayectoria vital.

• El **tercer paquete de medidas** está relacionado con los cuidados, la protección, la coordinación sociosanitaria y el desarrollo del tejido asociativo. Partiendo de lo ya construido —es decir, no desmantelando los sistemas que tenemos (educación, sanidad, servicios sociales), para hacer otro nuevo en paralelo— se hace necesario analizar los déficits que requieren cambios y hacer nuevos desarrollos, tales como:

— La aprobación de una ley integral de derechos de los mayores, que garantice la protección y la defensa de los derechos de los mayores, incorporando la figura de un fiscal específico, que persiga abusos, malos tratos y delitos.

— La aprobación de una ley integral transversal de cuidados y un pacto de Estado por los cuidados, que sirvan para garantizar la universalidad, responsabilidad pública y normalización de los cuidados en el conjunto de todos y cada uno de los sistemas y políticas públicos del Estado de Bienestar. En este punto, señala la compareciente que los cuidados no puedan abordarse creando un nuevo sistema, que pretenda construirse extrayendo competencias y desmantelando el anterior, sino a partir de lo ya existente.

— Establecer una coordinación sociosanitaria estructural, como una parte esencial en el diseño y la implementación de la intervención social.

— La aplicación inmediata de la Ley de Dependencia dotándola de medios y de recursos económicos y personales, eliminando listas de espera, copagos, gestión desigual y falta de un sistema de cuidados de emergencia para paliativos.

• Y el **cuarto y último paquete de medidas** está dirigido a poner en valor el conocimiento, la experiencia, el respeto y el reconocimiento social que merecen las personas mayores, así como a promover su participación en la vida social, política y cultural, evitando una muerte social anticipada a la muerte biológica, mediante el desarrollo de políticas de envejecimiento activo. En este punto, se apuesta por:

— El desarrollo del tejido comunitario, que debe ser eje de trabajo con el cual articular el conjunto de las políticas sectoriales, con recursos suficientes y profesionales especializados. Cuidados y relaciones, es el binomio que genera comunidades funcionales para la vida diaria y con capacidad de autogobierno y autodeterminación.

— El desarrollo de la Administración digital y la accesibilidad, al objeto de que la ciudadanía pueda dirigirse a la Administración de forma telemática, para garantizar la atención, facilitar los trámites, evitar retrasos, acortar procedimientos, tiempos de resolución, priorizar las resoluciones de urgencia.

— Abordar de manera estratégica con políticas públicas lo que se viene denominando la España vaciada, puesto que los desequilibrios demográficos no solo se deben al mayor envejecimiento de la población, sino también al abandono de las zonas rurales. La ley de desarrollo sostenible para el medio rural sería el instrumento para mejorar la calidad de vida en el medio rural e impulsar las posibilidades de desarrollo económico localizado.

— Facilitar y promover la participación en la vida social, política, cultural de nuestros mayores, correlato lógico de su reconocimiento social. Es necesario crear espacios respetuosos y amables durante el proceso de pérdida de facultades, espacios cercanos y de acompañamiento personalizado, de entretenimiento, pero también de crecimiento personal, porque ser mayores no significa no poder pensar, reflexionar, realizar cambios... repensando su propia vida e incluso su propia muerte.

Para finalizar su exposición, la compareciente se refiere al papel clave de los trabajadores sociales, complementario al de los profesionales sanitarios, siempre en primera línea de intervención social, ofreciendo la mejor atención posible; un trabajo necesario para evitar el aumento de la brecha social, que la desigualdad siga afectando a las personas y colectivos más vulnerables y contribuyendo a un país más justo, más igualitario y cohesionado.

3.2. Comparecencia de la abogada miembro de la Comisión Seniors del Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona y Coordinadora del Grupo de Trabajo de Mujeres Mayores del Instituto Catalán de las Mujeres, Dña. María Montserrat Serrallonga Sivilla.

El envejecimiento activo es «el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la cualidad de vida en la vejez». Con esta definición de la Organización Mundial de la Salud, comienza su exposición la compareciente.

El envejecimiento, un proceso evolutivo y dinámico, es un fenómeno relevante en los países desarrollados; gracias a las mejoras en el sistema sanitario y socioeconómico, las personas viven más y en condiciones físicas y psíquicas tales que les permiten gestionar su vida con autonomía, si bien, al cumplir años, se podrán encontrar en situación de dependencia —que se puede prevenir con un estilo de vida saludable y un entorno favorable— y necesitarán ayuda de otras personas para hacer las actividades de su vida diaria.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 21

Tras definir el envejecimiento activo, la Sra. Serrallonga Sivilla pasa a abordar, de forma separada, una serie de temas relacionados con el envejecimiento:

— **La jubilación.** Es un cambio importante, que llega en la etapa de la madurez de una persona y que supone una oportunidad de hacer nuevos aprendizajes.

Teniendo en cuenta que lo que se conoce como «tercera edad» abarca a las personas de entre 65 y 85 años, 3 de cada 4 personas mayores están jubiladas. El 83 % se jubiló entre los 60 y 65 años y solo un 6 % más tarde de esta edad; la edad media de jubilación es de 62,5 años.

Si comparamos las pensiones —uno de los pilares del Estado de Bienestar— que perciben los jubilados en España (la máxima de 2.560 euros, la mínima de 634,50 euros) con las de otros países europeos, nuestro país se sitúa en la media, siendo Luxemburgo donde se percibe la pensión más alta.

En cuanto al porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) que España aplica a este gasto, es del 11,8 %, ligeramente superior a la media de los países de la Unión Europea, que se mueven entre el 7,7 % de Reino Unido y el 16,2 % de Alemania.

Por lo que se refiere al perfil de los jubilados en España, se pueden distinguir dos grupos: los que se sitúan entre los 65 y 80 años y los de más de 80 años, edad que muchas personas actualmente alcanzan por haber aumentado la esperanza de vida.

Los mayores del primer grupo tienen posibilidades de seguir desarrollando una vida bastante activa, gozan de relativa buena salud y forma física, disfrutan de su libertad realizando actividades diversas (lectura, deporte, caminar, escuchar música, cuidado de familiares, formación en nuevas tecnologías, actividades de ocio) y tienen ganas de aprender cosas nuevas, de estar con la familia y de aprovechar el tiempo.

Las personas de más de 85 años, en cambio, en su mayoría, necesitan cuidados más o menos intensos y, en mayor o menor grado, se encuentran en situación de dependencia.

En relación con este punto, menciona la compareciente el sistema de voluntariado, en el que algunas personas atienden a otras personas más necesitadas y del que hay diversos ejemplos en Cataluña. Así, el programa «Radar», en que los voluntarios llaman por teléfono mensualmente a personas mayores, interesándose por sus necesidades y su situación. O el del Colegio de la Abogacía de Barcelona, que atiende a los colegiados y a los familiares de los colegiados que lo solicitan.

Para terminar con el tema de las pensiones, la compareciente se refiere al papel crucial que juega en él la evolución demográfica, dado que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de dependencia demográfica ha crecido en 4,5 puntos porcentuales en España en los últimos veinte años, con lo que el gasto en pensiones podría duplicarse, en términos de PIB, a mediados de siglo, aun cuando en España, desde 2011, la edad ordinaria de jubilación se haya elevado a los 67 años. De ahí que el debate en torno a las pensiones se centre en la sostenibilidad del sistema.

— **La dependencia.** La Ley de dependencia, vino a dar visibilidad a una situación atendida silenciosamente en el entorno familiar.

Dicha ley, que se gestó para paliar los efectos del envejecimiento, da un papel insustituible a la familia en el cuidado de las personas en situación de dependencia, reconociendo así la importancia de su permanencia en el entorno familiar y reservando al Estado un papel subsidiario para complementar la atención de la familia, cuando esta no resulta suficiente.

Entre los apoyos que el Estado puede prestar para mantener la salud y el bienestar de la persona dependiente —y la del cuidador—, previa valoración del entorno, cabría citar la ayuda a domicilio, los centros de día, la formación y asesoramiento a los cuidadores familiares, los planes de descanso para los cuidadores.

Entre el 80 y el 85 % de la ayuda prestada a los mayores se ejercita en la familia y, dentro de ella, son las mujeres las que los atienden, de lo que la compareciente deduce que las familias quieren cuidar a sus miembros en situación de dependencia, pero también que al Estado le resulta más económica esta solución. Si bien hay que mantener el papel de cuidador de las familias, el Estado tiene que proporcionarles más ayuda, siendo sensible a sus necesidades reales.

— **La soledad.** La familia, a pesar de haber evolucionado con el paso del tiempo (de familia patriarcal a nuclear e incluso a hogares unipersonales), sigue teniendo un papel relevante en el cuidado de los mayores. No obstante, existe el riesgo de que, bien por el debilitamiento de los vínculos familiares, bien por las dificultades en conciliar la vida profesional y la familiar, las personas mayores vivan solas. Y la soledad es una de las causas más importantes de dependencia.

Si bien es cierto que la soledad es un estado subjetivo —no es lo mismo estar solo, que sentirse solo, ni es lo mismo la soledad querida que la soledad forzada—, también lo es que la persona en soledad y aislamiento social tiene más problemas de salud y se siente peor.

Las relaciones sociales son siempre necesarias. Las personas mayores tienen que mantener relaciones sociales, evitando el aislamiento, para poder vivir la etapa final de su vida en mejores condiciones.

— **Cuidados paliativos y eutanasia.** Tras ofrecer algunas cifras sobre la situación —mejorable— de los cuidados paliativos en España (con 120.000 pacientes que necesitan cuidados paliativos, España ocupa el lugar 14 en Europa, el 23 en el mundo) y reconocer que hay casos especiales en los que cabría la eutanasia, la compareciente pone de relieve lo incompatible —a su entender— de esta práctica con la ética médica y la deontología.

Una alternativa a la gestión de la muerte del enfermo es la sedación paliativa, que no provoca directamente la muerte, sino que permite que el paciente muera por su enfermedad, evitando el sufrimiento. La línea entre ambas prácticas, eutanasia y sedación paliativa, es muy fina, pero perfectamente nítida.

Afirmar que la eutanasia es una decisión fruto de la libertad, a juicio de la compareciente, olvida que la voluntad del enfermo pueda estar debilitada (discapacitados psíquicos, pacientes en coma...) y, en esta situación, es posible que otros elijan por él.

El proyecto de ley actualmente en tramitación contempla la eutanasia para casos extremos, pero la experiencia de países donde esta práctica se ha legalizado (Benelux, Colombia y Canadá) enseña que es fácil que se generalice a cualesquiera casos y que hay factores (peso familiar o social) que incitan a la muerte; al margen ya de los casos en que es la familia y no el enfermo, quien decide.

Para la compareciente, la legalización de la eutanasia abre la puerta a la inseguridad jurídica y difumina la frontera entre lo legal y lo ilegal; sería más urgente, a su juicio, aprobar una ley que regule los cuidados paliativos, que ayuden a vivir la enfermedad grave sin dolor a los enfermos y a sus familias.

— **Legislación.** Menciona la compareciente las siguientes disposiciones, en el ámbito internacional, europeo e interno que, de alguna forma, tratan el tema de los mayores:

- Resolución del Consejo de la Unión Europea, de 18 de diciembre de 1979; es la primera regulación en el ámbito europeo, referida, de forma muy genérica a la ordenación del tiempo de trabajo.
- Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores, de 9 de diciembre de 1989, primer documento de la Unión Europea donde se considera a los trabajadores de edad avanzada.
- Comunicación de la Comisión de 24 de abril de 1990, sobre las personas de edad avanzada, en la que se hace un análisis de la nueva realidad y las implicaciones del envejecimiento de la población, desaconsejando las jubilaciones anticipadas.
- Comunicación de la Comisión, de 21 de mayo de 1999, titulada «Hacia una Europa para todas las edades, para fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones».
- Comunicación de la Comisión, de 5 de diciembre de 2001, que expone los grandes desafíos en materia de asistencia sanitaria y de asistencia a los mayores.
- La Constitución de la Unión Europea, que reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.
- Convenio del Consejo de Europa de 2011, sobre la prevención y lucha de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.
- Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993, que contiene una declaración de la eliminación de la violencia contra las mujeres.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en Viena, en 1993.
- Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Pekín, en 1995.
- Constitución española, en su artículo 14, reconoce la igualdad y no discriminación por razón de sexo. Varias Leyes Orgánicas han ido modificando el Código Penal en este sentido.
- La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, define la violencia de género en el ámbito estatal, con la pareja o con la expareja.
- La Ley 5/2008, de 24 de abril, de Cataluña, sobre violencia machista contra las mujeres es más extensiva, y no sólo se refiere a la violencia doméstica.

La conclusión de la compareciente a todo lo expuesto es que el envejecimiento es un proceso natural y progresivo, al que llegaremos todos. El acompañamiento a los mayores es un deber social y político, como lo son la sanidad de calidad y las curas paliativas al alcance de todo el mundo. La sociedad española está en deuda con las personas mayores; pensando en ellas, tiene que legislar.

3.3. Comparecencia del Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), D. Luis Alberto Barriga Martín.

Tras presentar el envejecimiento como un asunto actualmente crucial y que seguirá siéndolo en las próximas décadas, el compareciente anuncia que ajustará su exposición al desarrollo sucinto de tres aspectos: la panorámica que enfrentamos en relación con el envejecimiento en el mundo y en España; los desafíos de futuro y sus implicaciones, una cuestión con un calado estratégico de futuro; y la agenda inmediata del IMSERSO y del Ministerio de Derechos Sociales, en la que también el IMSERSO participa, con un horizonte a 2050.

- El fenómeno del envejecimiento y sus claves.

La población mundial envejece a velocidad nunca vista y este no es un fenómeno exclusivamente español, ni europeo siquiera; es un fenómeno mundial. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años pasará del 12 % al 22 %.

Todo el mundo envejece, pero Europa sobrevejece. En Europa, una de cada cinco personas es mayor de 65 años. En 2050, el 30 % de la población será mayor de 65 años.

Los motores del proceso de envejecimiento son fruto del progreso, de los avances en salud y la mejora de los sistemas de protección sanitaria, del incremento de las rentas, de un mundo laboral que permite abandonarlo a una edad razonable, las tecnologías médicas... Es decir, que el envejecimiento deriva de circunstancias todas ellas positivas, que han originado un cambio demográfico y social de primer orden que nos plantea desafíos.

El envejecimiento saludable no solo se define por la ausencia de enfermedades sino también por capacidad de seguir participando y de desarrollar una vida plena y digna. Aunque, cierto es que, a medida que el envejecimiento avanza, hay más necesidad de cuidados de larga duración.

En este contexto, es posible que un sistema de servicios con una oferta de servicios residenciales para personas que no sean autónomas, al ritmo actual de creación de residencias, no sea suficiente para atender a todas estas personas. Esta no es —avanza el Director General del IMSERSO— la solución de futuro.

Es más, el sistema de cuidados residenciales actual para atender los cuidados de personas que los necesitan podría ser altamente inconveniente, como se ha puesto de manifiesto con toda crudeza en la reciente pandemia del COVID-19. De ahí la necesidad de una revisión de este sistema.

Expresivamente dice el compareciente que se trata de poner vida a los años y no años a la vida; es decir, que se trata de combinar la esperanza de vida (hoy en día, en España, se sitúa entre los 80-85 años) con la felicidad de las personas, de vivir más años, pero con un proyecto vital.

Un dato curioso es que España es uno de los países de la Unión Europea con la población más longeva, sin embargo, los índices de felicidad de los treinta últimos años (a partir de los 50-60), se alejan mucho de los de países como Italia, Suecia o Dinamarca.

Los sistemas de protección social a futuro tienen que buscar articulación de formas para que las vidas de las personas sean dignas y quieran ser vividas. Y es que las personas quieren morir por diversas razones (por dolor, por no ser una carga para la familia, por no soportar la soledad, por problemas económicos...) y, entre ellas, por no tener una vida que merezca la pena ser vivida. De modo que el ansia por vivir es lo que da calidad a la vejez. Los años de longevidad deben ser años que queramos vivir.

Es un reto que avanza rápido, un desafío que altera las relaciones intergeneracionales (hoy atiende a sus padres la generación que se sitúa en torno a los 40-50 años, a la vez que atiende también a sus hijos) y que genera problemas a los sistemas sanitario y social, que resultan demasiado «pobres» para atender estas circunstancias en su totalidad.

También existe un sesgo de género en el problema del envejecimiento (las mujeres como cuidadoras forzadas de sus mayores). Y la pregunta que surge de inmediato es: ¿serán las generaciones venideras capaces de cuidar a sus padres, tal y como lo requieran, con cuidados de alta intensidad?

Conceptos importantes en los que incide el compareciente son los de transiciones vitales, jubilación activa, preservar la dignidad, vulnerabilidad, seguridad económica; y advierte: hay que tener cuidado con el lenguaje, porque el lenguaje condiciona y crea comportamientos.

Para finalizar este primer punto de su exposición, se refiere el Director General del IMSERSO al «edadismo», entendido como toda discriminación por razón de la edad, y subraya el cierto paralelismo que presenta con la violencia de género.

Hay «microedadismos», al igual que hay «micromachismos». Son actitudes o comportamientos que tienden a anular a los mayores y su participación en la toma de decisiones, comportamientos tales como la infantilización de la vejez, faltar el respeto en el trato a los mayores, o considerarlos como si no contasen...

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 24

En conclusión, hay que abordar este fenómeno del envejecimiento con urgencia y generar importantes cambios.

- Los desafíos de futuro para nuestro país.

El panorama descrito exige abrir un debate sobre las personas mayores y su papel productivo en la sociedad (no son clases «pasivas»), así como revisar:

— La protección de los derechos de las personas de edad. Hay que luchar a fondo contra la discriminación por razón de edad, incluyendo, si fuera preciso, procedimientos de discriminación positiva, para asegurar sus derechos.

— El modelo de bienestar, que habrá de asegurar la salud, las rentas, la protección social de las personas..., pero, sobre todo, que tenga como fin articularse o desarticulase para que las personas puedan tener proyectos vitales autónomos y dignos.

En cuanto al modelo de cuidados, según un estudio de antes de la pandemia del coronavirus, el 96 % de las personas mayores que viven en residencias no querría vivir allí.

El Principio 18 del Pilar europeo de derechos sociales dice textualmente que «toda persona tiene derecho a servicios asequibles de atención a largo plazo y de buena calidad, en particular, atención domiciliaria y servicios basados en la comunidad». Según esto, el cambio de paradigma es: todos queremos estar atendidos hasta el fin de la vida, incluso habiendo perdido consciencia, en nuestro contexto social. Ganar años no puede ser perder derechos.

En este sentido, la Comisión Europea habla de «desinstitucionalización» y prestación de los cuidados a los mayores en su entorno (lo que tiene un componente importante, además, de fijación de la población en el territorio, especialmente en el medio rural).

- Agenda del IMSERSO, de la Secretaría de Estado de derechos Sociales y del Ministerio.

— Dentro de la agenda directa del IMSERSO, se refiere el Director General a tres proyectos específicos y a una serie de actividades:

· La elaboración de una Estrategia Nacional sobre la soledad no deseada, que no afecta a todos los mayores —ni solo a los mayores— pero sí a un número importante. Hay que mapear las soledades urbanas y rurales y establecer una red de soporte y contacto social para las personas solas en el territorio. Se va a usar para ello la red de referencia del IMSERSO, con dos centros de referencia, en Soria y León, que van a experimentar en servicios sociales de proximidad y dirigirse, respectivamente, a las soledades rurales y urbanas.

· Hay otros dos proyectos piloto experimentales en estas cuestiones: «InCare», en colaboración con un centro de servicios sociales en Viena, dirigido a desarticular los servicios sociales como paso previo a flexibilizar los apoyos necesarios para mantener a los mayores en su entorno; y «Rural Care», liderado por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, para la atención conjunta sociosanitaria en el propio domicilio en el medio rural.

· La activación, a través del centro de referencia estatal de Salamanca, de la Estrategia Nacional de Alzheimer y otras demencias, ya aprobada.

· Las habituales actividades de envejecimiento saludable y activo, vinculadas a la Organización Mundial de la Salud se han visto suspendidas por la pandemia del COVID-19, pero está prevista la reanudación de los proyectos tanto de turismo como de termalismo social.

· La mejora de la gestión y la tramitación de las pensiones no contributivas, con el fin de acelerar los ritmos.

· En fin, la mejora de los sistemas de información, datos y transparencia, con la publicación, en el Sistema de Atención a la Dependencia (SISAD), de informes de impacto (de empleo o de mortalidad, por ejemplo).

— En la agenda del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, hay otros dos grandes acuerdos y un tercero, relativo a los Fondos europeos, en los que participa el IMSERSO:

· Plan de choque de la Dependencia, recientemente acordado, con un alto grado de consenso y responsabilidad, con las Comunidades Autónomas en el Consejo interterritorial. Se pretende reactivar la Ley

de Dependencia, cuya aplicación se está viendo frenada por la infradotación presupuestaria, estableciendo un incremento de financiación, así como un calendario para la puesta en marcha de una serie de medidas tales como la reducción de las listas de espera, la mejora de las condiciones laborales y de formación de los trabajadores del sistema, así como la mejora del sistema de acreditación y calidad de los servicios que se están prestando.

- Incorporación al debate de la Mesa de diálogo social (con representación de patronal, sindicatos y Administración). Se va a firmar un texto sobre lo que hacer en materia de dependencia de forma urgente, con un seguimiento de esas medidas.

- Utilización de Fondos europeos (componente 22 del Plan Red de Recuperación, Transformación y Resiliencia) para realizar reformas estructurales —que no gastos corrientes— del modelo de cuidados (de servicios sociales, en general, y de cuidados de larga duración, en particular). Para invertir estos Fondos europeos, es preciso previamente debatir sobre los modelos y elaborar una hoja de ruta a 2040 para llevar a cabo los cambios estructurales financiados por estos Fondos. El 80 % de los mismos serán gestionados por las Comunidades Autónomas y, al menos, el 15 % de la financiación autonómica lo gestionarán las Entidades Locales, por lo que la coordinación entre unas y otras es crucial.

Afrontemos, pues, como una buena noticia la longevidad; es un reto del país y una cuestión en la que el consenso político y social deberá ser de primer orden.

Esta es la conclusión del compareciente.

4. SESIÓN DE 10 DE FEBRERO DE 2021

4.1. Comparecencia del Catedrático Emérito de Geriatria de la Universidad Complutense de Madrid y Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, D. José Manuel Ribera Casado.

El compareciente dio inicio a su intervención afirmando que el envejecimiento no es un aspecto negativo ni debe ser visto como un problema, sino como una oportunidad individual y de la sociedad en su conjunto.

Se ha teorizado mucho sobre el envejecimiento, sus consecuencias y las maneras de afrontarlo. En el siglo pasado se hablaba de envejecer con éxito, en 2002, en la Asamblea de Envejecimiento que se celebró en Madrid se acuñó el término de envejecimiento activo, y desde 2015 la Organización Mundial de la Salud habla de envejecimiento saludable, cuyo objetivo sería desarrollar y mantener una capacidad funcional que permita una situación de bienestar hasta las edades más avanzadas de la vida.

El compareciente estructura su comparecencia en torno a una serie de ideas en relación con el tema del envejecimiento, que brevemente desarrolla, para pasar después a hacer sus recomendaciones específicas al respecto.

— **Primera idea:** los problemas o parte negativa del envejecimiento. A medida que se cumplen años se van perdiendo las reservas de salud y las personas se vuelven más vulnerables, aumenta el riesgo de fragilidad y dependencia y se llega incluso a necesitar ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Estas limitaciones o pérdidas fisiológicas no se presentan de la misma forma en todas las personas ni en todas las personas tienen la misma cadencia.

Además, aparecen mayor número de enfermedades y con más facilidad, enfermedades que tienden a cronificarse, lo que genera otro problema: la cronicidad.

Estas pérdidas se traducen en problemas a nivel social: la soledad, el aislamiento, la precariedad económica, la falta de contactos sociales con todas sus secuelas, la escasa participación en la vida social, el rechazo del entorno y la pobreza individual de recursos físicos y mentales cuando se trata de acudir al engranaje social en busca de ayuda.

— **Segunda idea:** los aspectos positivos del envejecimiento. El envejecimiento representa, a nivel individual y poblacional, un enorme caudal humano de disponibilidad física y mental, además de la experiencia.

Otro aspecto importante sería que hay muchas posibilidades de modular cómo envejecemos, porque el envejecimiento no solo depende de la carga genética (envejecimiento intrínseco), sino también de otros factores como el estilo de vida, factores ambientales (envejecimiento extrínseco), sobre los que se puede actuar.

Un último aspecto positivo, ajeno a la persona, es que el envejecimiento, con tan elevado número de mayores que tenemos actualmente (un número que va a más) es un nicho enorme potencial de trabajo.

— **Tercera idea:** el edadismo, en cualquiera de sus formas. Los prejuicios contra el envejecimiento y la discriminación por edad son una de las consecuencias sociales del envejecimiento. Esta discriminación por edad ocurre en cualquier esfera (social, política, laboral y sanitaria), es muy extensa y se manifiesta de muchas maneras. Además, es bastante invisible (a diferencia de otras discriminaciones, como las relativas al sexo o a la raza).

— **Cuarta idea:** hay que fomentar la investigación del envejecimiento desde cualquier perspectiva. Es un tema que se ha tratado poco. Hay un déficit importante tanto en investigación social como médica. También hay déficit en docencia. Apenas se estudia la geriatría en la carrera de medicina; o en la de trabajo social, ni en psicología, en educación... por regla general, el fenómeno del envejecimiento se ignora. Y la formación continuada es escasisima.

A partir de este planteamiento, pasa el compareciente a esbozar sus recomendaciones específicas, desde una doble perspectiva, la de la salud y la social.

A. Desde la perspectiva de la salud.

— Establecer programas de educación sanitaria y de promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, así como programas de prevención y detección de las enfermedades más comunes, lo que exige una implicación de las Administraciones públicas.

— Abordar el tema de la cronicidad en profundidad.

— Promocionar las campañas de vacunación entre los mayores.

— Potenciar y extender la atención especializada e incorporar la geriatría en la cartera de servicios de todas las Comunidades Autónomas; establecer servicios o unidades de geriatría en todos los hospitales e incorporar la figura del consultor de geriatría en atención primaria.

— Buscar alternativas a la hospitalización (atención a domicilio, desarrollo de hospitales de día, unidades de recuperación funcional...)

— Evaluar el nivel necesario de las residencias, el nivel de medicalización. El COVID-19 ha puesto de manifiesto que si hay un problema de salud importante, las residencias no tienen medios suficientes para hacerle frente.

— Establecer políticas de acercamiento de las áreas sanitarias y sociales y la integración orgánica entre los servicios sanitarios y sociales.

— Favorecer la colaboración público-privada con dos condiciones: que se garantice el acceso universal y equitativo a todos a los sistemas de salud y que la privada no se convierta en un «parásito» de la pública.

— Luchar contra la discriminación por edad, especialmente en el campo de la salud.

— Priorizar la investigación biosanitaria, especialmente a través de agencias públicas.

B. Desde la perspectiva social.

— Mantener el poder adquisitivo de las pensiones.

— Facilitar el envejecimiento en casa, fomentando para ello equipos de ayuda y soporte social a domicilio, centros de día, de proximidad, actividades culturales y participativas en el entorno más próximo a la persona mayor, etc.

— Profundizar en los cuidados de larga duración (lucha contra la dependencia, programas de atención a domicilio, reorganización del mundo residencial y sanitario).

— Asignar más recursos a la Ley de Dependencia y mejorar la gestión, reducir las trabas administrativas y establecer sistemas de control más ágiles.

— Homogeneizar criterios funcionales en la residencias, con la puesta en marcha de medidas que aseguren una respuesta sanitaria ágil, mejorando los sistemas de inspección y control.

— Fomentar la participación de los mayores en cualquier actividad, para lo que daría mucho margen de acción el campo del voluntariado, en el que los mayores activos pueden aplicar todos sus conocimientos y su experiencia.

— Campañas de formación sanitaria y social para los cuidadores, que son de muy diverso tipo (desde familiares a inmigrantes, pasando por los profesionales).

— Luchar contra el edadismo.

— Promover medidas destinadas a proteger la autonomía de los mayores.

- Detectar y denunciar abusos y malos tratos a los mayores, un fenómeno invisible y bastante extendido.
- Promover la formación tecnológica del mayor (aunque sea elemental), lo que le permitirá ser más proactivo y será una ayuda útil en el campo de la salud.
- Tomar en consideración las publicaciones y recomendaciones de asociaciones y organizaciones que conocen y trabajan en el campo del envejecimiento.

4.2. Comparecencia de la Directora del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid, Dña. María del Carmen Barranco Avilés.

Comienza la compareciente señalando que a la hora de abordar el envejecimiento en España hay que hacerlo desde el enfoque de los derechos humanos, lo que significa tratar dos cuestiones fundamentales: las personas mayores como titulares de derechos humanos y la discriminación de las personas mayores por razón de edad, puesta duramente de manifiesto durante la pandemia.

- En cuanto al primer punto, **las personas mayores como titulares de derechos**, existen dificultades para entender que las desventajas que afectan a las personas mayores no son cuestiones naturales o que tengan que ver directamente con el proceso de desarrollo vital, sino con cómo hemos construido la sociedad, una sociedad que no tiene en cuenta a las personas mayores. Esta perspectiva cultural tiene mucho que ver con cómo se han entendido los derechos humanos desde una perspectiva jurídica, tanto en el plano interno como internacional: los derechos, en la teoría tradicional, se han referido a sujetos autónomos y autosuficientes; si cruzamos esta concepción tradicional con el modo en que nuestra sociedad o mentalidad representa a las personas mayores, como sujetos que no son independientes ni autosuficientes, resulta que no son titulares de derechos. O al menos, no lo son plenamente. Lo que se relaciona con el **edadismo**, que justifica y naturaliza las desventajas sociales de las personas mayores.

Cuándo se considera que una persona es mayor depende del contexto. Se trata de una cuestión cronológica que se vincula a la edad biológica y a la posesión de unas determinadas capacidades. Es decir, que la edad que se fija para que a una persona se le considere mayor tiene que ver mucho con el edadismo. En Europa se ha fijado 65 años.

A la desventaja social de las personas mayores, solo por el hecho de serlo, se une la heterogeneidad del colectivo; es un problema de derechos humanos, pues.

- A partir de un determinado momento, por dos circunstancias, por la revisión de las teorías tradicionales de los derechos y por la movilización de las personas mayores, se empieza a reclamar que esas desventajas no son una cuestión natural, sino vulneraciones de derechos humanos y, en definitiva, discriminaciones.

En el ámbito internacional se ha modificado la idea del titular de derechos, sin que la autonomía sea un presupuesto para la atribución de derechos; la autonomía es el objetivo de la atribución de derechos: se atribuyen derechos a la persona para que sea autónoma.

En relación con esta idea está también el modo en que se ha tratado la vulnerabilidad en las políticas públicas: hay sujetos vulnerables —las personas mayores, entre ellos— que tienen que ser protegidos. Pero dejando al margen los prejuicios, resulta que la vulnerabilidad es una condición humana universal. Pero, además, hay determinadas personas que no se han tenido en cuenta en la organización de las sociedades que están vulnerabilizadas. La vulnerabilidad de las personas mayores no tiene que ver con que sean intrínsecamente débiles o necesitadas de protección, sino con la forma en que se ha construido la sociedad, que se ha olvidado de las personas mayores y las ha colocado, por ello, en una situación de vulnerabilidad.

Esta exclusión se justifica por el edadismo, una ideología, por tanto, que justifica un inequitativo sistema de distribución del poder social y que impide ver que las desventajas de las personas mayores entran, muchas veces, dentro del concepto jurídico de discriminación.

Abordar el envejecimiento desde la perspectiva de los derechos humanos implica, para la compareciente:

- Que las políticas para dotar de garantías a los derechos de las personas mayores sean obligatorias en los planos ético y político (legitimidad) y también jurídicamente, porque a ellos nos obliga el Derecho internacional de los derechos humanos, pese a que no existe una Convención internacional de derechos de las personas mayores.

— Que este enfoque se proyecte sobre los derechos, que son el objetivo de estas políticas (y no el gasto social que las personas mayores suponen); que el medio de construir esa intervención sea la participación de estas personas, las primeras afectadas; y que el resultado de esa intervención sea que las personas mayores sean conscientes de sus derechos y del modo de ejercerlos (empoderamiento).

No siempre las políticas relativas al envejecimiento han adoptado este enfoque basado en derechos. Existen **ámbitos discriminatorios** por edad. Las áreas más sensibles a la discriminación por edad son las siguientes:

- Igualdad y no discriminación; toma de decisiones y vida independiente.
- Garantía del acceso a la justicia.
- Participación en la vida pública.
- Salud, educación y empleo.
- Violencia y abuso.

A continuación, se refiere la compareciente específicamente a dos de las enumeradas: la igualdad y no discriminación y el acceso a la justicia.

• Por lo que se refiere a la **igualdad y no discriminación**, la discriminación es un concepto jurídico perfectamente delimitado en el ámbito internacional, y que no siempre se incorpora expresamente en el Derecho de los Estados en relación con todos sus fundamentos o razones de discriminación; por ejemplo, la Constitución española no incorpora la edad como factor de discriminación en su artículo 14, lo que dificulta sostener la existencia de un caso de discriminación.

Existe una tipología diferenciada de discriminación: discriminación directa, que implica un trato diferenciado basado en un motivo prohibido, y discriminación indirecta, que, sin mencionar expresamente el motivo prohibido, tiene un impacto diferenciado en un colectivo. En estos casos la discriminación por edad, más difícil aún de ver porque el edadismo justifica las desventajas sociales de la edad. A lo que se une que las personas mayores no son entes abstractos, sino que presentan una diversidad de situaciones que hace aún más difícil de ver la discriminación.

En este sentido, en opinión de la compareciente, sería interesante recoger datos desagregados sobre las personas mayores, incluir la edad entre los motivos prohibidos de discriminación, potenciar las organizaciones de mayores y prestar atención a los supuestos de desigualdades complejas.

• En cuanto al acceso a la justicia, es importante porque la justicia es la garantía última de todos los derechos. El acceso a la justicia se encuentra muy afectado para las personas mayores porque los entornos de justicia no son fácilmente accesibles, ni desde el punto de vista físico ni desde el de los contenidos, el lenguaje, los procedimientos...; también por los límites a la capacidad de obrar de los mayores, de derecho y también de hecho; y, además, por la inexistencia de otros derechos garantizados previamente (educación, la garantía de unos recursos mínimos).

Llegada a este punto de la exposición, la compareciente formula tres propuestas:

- Toma de conciencia y educación, sobre todo, a operadores jurídicos.
- Diseño del acceso a la justicia para todas las personas: accesibilidad.
- Garantizar los derechos que afectan al ejercicio del acceso a la justicia (toma de decisiones, vida independiente, educación, empleo y seguridad en los ingresos).

Y finaliza la Sra. Barranco Avilés con una reflexión última: el edadismo, durante la gestión de la crisis sanitaria del COVID-19, ha agudizado las desventajas de las personas mayores. La discriminación de las personas mayores, lamentablemente, ha estado presente, en lo público y en lo personal, desde la primera respuesta a la pandemia, durante la misma y sigue estando ahora presente.

4.3. Comparecencia del Presidente de la Asociación Contra la Soledad, D. Lázaro González García.

Comienza el compareciente su intervención afirmando que el aumento de las expectativas de vida de la población española es un dato muy positivo, que se puede atribuir a muchos esfuerzos colectivos para asegurar un sistema de pensiones basado en la solidaridad intergeneracional, a la atención sanitaria

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 29

universal, al creciente nivel educativo de las generaciones mayores, a la mejora general de las condiciones de vida y a los esfuerzos de una gran parte de la sociedad por crear un sistema de convivencia basado en el establecimiento de vínculos sociales entre las personas.

Es un hecho que la población española envejece a un ritmo acelerado y esto implica responsabilidades tanto de los dirigentes políticos y de las Administraciones, como del conjunto de la población.

También lo es que no todas las personas mayores envejecen igual, por lo que es un grave error no reconocer la pluralidad de las situaciones personales de las personas mayores. La generalización de los clichés sobre las mismas, sin reconocer la diversidad de cada una de ellas, conduce fácilmente al estereotipo y a encasillarlas como un grupo humano que ya no es útil para la sociedad y solo merece una mirada paternalista. Y en algunos casos a la consideración como un estorbo para abrir el paso a la juventud y como una carga para la comunidad. No se debe permitir que nadie considere a las personas mayores una carga económica; con su ejemplo y capacidades personales pueden contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la comunidad.

A partir de estas afirmaciones iniciales, el compareciente pasa a abordar el tema de la soledad no deseada, entendida como una amenaza terrible para unos dos millones de personas mayores en nuestro país, que produce en quienes la viven una angustia permanente, depresión, falta de ganas de vivir, aumento de las enfermedades crónicas y la muerte temprana en abandono. Olvidar a las personas mayores y no acompañarlas —reflexiona el compareciente—, además de ser inhumano, es un despilfarro económico, como han demostrado diversos estudios; así, por ejemplo, en Reino Unido se ha comprobado que olvidar a las personas en soledad no deseada cuesta al país unas 9.500 libras anuales más por persona que si hubieran sido debidamente atendidas y acompañadas.

En circunstancias especiales como la actual pandemia, el número de personas amenazadas de soledad ha aumentado considerablemente.

La Asociación contra la Soledad ha puesto en marcha cuatro tipos de actividades para contribuir a luchar contra la soledad no deseada. Son las siguientes:

- Creación del Observatorio de la Soledad, orientado a descubrir y difundir las buenas prácticas para acompañar a las personas solas.

- Tareas de sensibilización social, porque la vejez tiene una imagen negativa entre la población y la soledad no deseada está estigmatizada. Las personas mayores, que se pasan horas, días y semanas privadas de relaciones sociales aceptables y muchas veces con la única compañía del televisor, no están así porque sean raras o misántropas, sino porque no tienen otra solución, porque encuentran muchas barreras o limitaciones físicas y sociales. Nuestra sociedad tiene la obligación de educar a las personas en la convivencia, lo que implica el respeto a todos en su diversidad y un ofrecimiento de ayuda a quienes la necesiten, acabando con el individualismo que amenaza nuestra vida como seres sociales.

- Apoyo y colaboración con las Administraciones públicas, que han de ser las que lideren el proceso de erradicación de la soledad no deseada, intentando implicar en esta tarea al conjunto de la población, porque resolver el problema de la soledad no deseada es una responsabilidad de todos.

- Promoción de la formación de una Red de Organizaciones sociales que luchan contra la soledad. En este momento, son treinta y tres las organizaciones, grandes y pequeñas, incluidas en esta Red, con la aspiración de ser, en pocos años, centenares.

En cuanto a las propuestas y recomendaciones para atajar este grave problema social, el compareciente se muestra partidario de la elaboración y puesta en marcha urgente por el Gobierno de España y los de las Comunidades Autónomas de Estrategias para prevenir y combatir la soledad no deseada, no solo de las personas mayores —las más numerosas—, sino de toda la población que sufre soledad.

Desde 1990 se han llevado a cabo, con más o menos ambición, diversas políticas positivas para desarrollar un envejecimiento activo en España. Pero, en opinión del compareciente, no se ha avanzado lo suficiente en tres décadas. Y hoy, en 2021, está aún por cumplir el compromiso de elaborar un Plan para el Envejecimiento Activo y dentro de él un Plan Estratégico ante la Soledad no deseada.

Esta Estrategia o Plan estratégico debería tener las siguientes características:

1. Ha de partir de un mejor conocimiento de la realidad de la soledad no deseada, que es compleja. No basta con saber que casi cinco millones de hogares están compuestos por una sola persona. Han de introducirse en los estudios, encuestas y sondeos en otros campos de observación sobre la soledad, empezando por identificar los grupos humanos que están más expuestos a la soledad no deseada (las personas mayores, sobre todo, las mujeres, las cuidadoras no profesionales, las mujeres cabezas de familia

en situación económica precaria, adolescentes, personas con discapacidad, emigrantes y refugiados, la España despoblada).

2. El Plan Estratégico ha de implicar acciones positivas que mejoren la situación actual, esto es, que impliquen medidas a favor de los grupos humanos que están en condiciones de desigualdad. Entre ellas, las destinadas a promover el envejecimiento activo.

En este sentido, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y ONG 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 o paliar la soledad. Sin contar las innumerables acciones de solidaridad que durante esta pandemia se han llevado a cabo en muchas ciudades y pueblos de toda la geografía.

Estas acciones positivas deberían ir acompañadas de un proceso de evaluación.

3. La Estrategia debe ser duradera en el tiempo e irse revisando anualmente. La Agenda 2030 ofrece una excelente oportunidad para incluir dicha Estrategia sobre el envejecimiento activo y la soledad no deseada como uno de sus ejes principales.

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: servicios sociales, educación, servicios sanitarios, transporte, urbanismo, vivienda, seguridad, cultura, servicios tecnológicos...

5. El Plan estratégico contra la soledad ha de incluir medidas para implicar a toda la población, porque es un problema que nos compromete a todos y afecta al modelo de vida democrático al que aspiramos. En este sentido, sería muy importante que se implicase a las empresas, los agentes sociales, las universidades y las ONG, colegios profesionales, organizaciones vecinales... y, sobre todo, a los Ayuntamientos, cuyos proyectos se han de apoyar y financiar.

Además, la Estrategia del Gobierno de España o de cada Comunidad Autónoma debe implicar necesariamente un Foro de la Soledad que haga estudios, elabore dictámenes y reúna las iniciativas y opiniones de las organizaciones más relevantes en el campo de la soledad y el envejecimiento, integrado por representantes de organizaciones sociales que se dedican al tema, por representantes municipales, de agentes sociales, por expertos y otros, y cuya labor consultiva y de seguimiento de buenas prácticas enriquecerá en gran medida los proyectos que lideren las Administraciones públicas.

Termina el señor González García su exposición con unas breves reflexiones:

— Las recomendaciones referidas no solo son factibles, sino también de urgente puesta en práctica, dada la velocidad con que crece el envejecimiento (1 % anual) y la soledad no deseada de la población española.

— Por otra parte, basta con mirar alrededor para ver lo que ya se está haciendo bien en este campo desde hace años en países más pioneros.

— Las Administraciones y los medios de comunicación están obligados a sensibilizar a la ciudadanía sobre el envejecimiento. Las personas mayores pueden aportar mucho al conjunto de la sociedad. Es una riqueza de la que hay que sentirse orgullosos.

— El fin último de una Estrategia para combatir la soledad no solo es resolver problemas y garantizar derechos de personas individuales, sino ayudar a construir una sociedad mejor, menos individualista y más cohesionada, en la que todas las personas cuenten con vínculos sociales que les permitan desarrollarse en comunidad y vivir con dignidad.

4.4. Comparecencia de la Presidenta de la Fundación HelpAge Internacional España, Dña. Isabel María Martínez Lozano.

La intervención de la compareciente gira en torno a las propuestas de su organización, HelpAge, una organización internacional, formada por más de ciento cincuenta organizaciones de todo el mundo, que actúa a través de proyectos de cooperación en más de ochenta y cinco países y que reivindica una Convención de Naciones Unidas de los derechos de las personas mayores.

Antes de entrar a abordar los retos del envejecimiento, se refiere la compareciente al mito de que solo envejecen las personas en los países ricos (dos terceras partes de las personas mayores de 60 años viven en países en desarrollo y tan sólo una de cada cuatro personas mayores tiene acceso a una pensión) y al mayor impacto que la pandemia del COVID-19 ha tenido en las personas mayores (han sido las principales víctimas mortales y las respuestas ofrecidas no han sido apropiadas o no han respetado los derechos de las personas mayores ni su dignidad).

Siete principios, según un informe de HelpAge sobre la respuesta de salud pública ante el COVID-19, han de respetarse para con los mayores: dignidad, no discriminación, igualdad, autonomía, responsabilidad, participación y proporcionalidad.

La pandemia ha dejado, sin embargo, algo positivo: la mayor concienciación social del valor de los mayores en nuestra sociedad. Ya hoy el envejecimiento forma parte de la agenda antidiscriminatoria.

Entrando ya en los **retos del envejecimiento**, la compareciente se refiere a este fenómeno como global; se prevé que, en 2050, el número de mayores de 60 años se duplicará; a mediados de siglo habrá más de 1500 millones de personas mayores en el mundo; esto es, una persona de cada seis (en España, una de cada tres) y los mayores de 65 años tendrán una esperanza media de vida de 19 años más.

Estos datos no deben asustar, porque son el resultado de la ciencia, del progreso, del bienestar; son datos que hay que celebrar, pero que requieren nuevas respuestas, nuevas políticas públicas y nuevos modelos de organización social.

Hay que modificar, en primer lugar, los indicadores que se usan tradicionalmente para medir la evolución de la población (edad cronológica, fijada en 65 años). El nivel de envejecimiento no depende tanto de la edad, como de los patrones de producción y consumo, esto es, del nivel de actividad de la persona en la sociedad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta también que los modelos de financiación del consumo de las personas mayores son distintos en todo el mundo. En España y en muchos países de nuestro entorno, depende en gran medida de las prestaciones del Estado; en cambio, en otros países, Reino Unido, por ejemplo, los principales ingresos de las personas mayores provienen de sus propias rentas y no de transferencias públicas.

En el futuro, el envejecimiento va a ejercer una mayor presión financiera sobre los sistemas de apoyo a las personas mayores, lo que conllevará un aumento en la presión fiscal y mayores apoyos de las propias familias. Se va a requerir más apoyo de la familia, además de las prestaciones públicas.

En cualquier caso, el envejecimiento de la población no es un problema; insiste la compareciente en que hay que eliminar la carga negativa y catastrofista del proceso. El envejecimiento de la población no conduce al declive macroeconómico con políticas bien planificadas dirigidas, sino, por el contrario, una oportunidad de reactivación de otro modelo económico.

Pero para maximizar las ventajas del envejecimiento hay que:

- Apoyar la educación.
- Fomentar el ahorro y los estilos de vida saludable.
- Fomentar el empleo en todas las edades (especialmente, en las mujeres), incluso aumentando gradualmente la edad de jubilación obligatoria.
- Poner en marcha políticas que fomenten la conciliación y la corresponsabilidad en los cuidados, garantizando siempre la igualdad de género.

Para afrontar el reto del envejecimiento, que tendrá en el siglo XXI un importante impacto en el mercado, la familia y la política —como lo tuvo en el siglo XX la incorporación de la mujer al mundo laboral—, las políticas públicas habrán de actuar en estos tres campos:

- Las políticas de empleo son las que urge cambiar cuanto antes, a juicio de la compareciente. Se trataría de un cambio estructural, orientado a dotar de más flexibilidad al mercado laboral, que permita a quien lo desee mantenerse activo a lo largo de toda su vida.
- Pero también cambiarán las políticas educativas, porque la educación ha de ser un derecho de todas las personas en todas las etapas de su vida.
- Igualmente, las políticas de ocio, las políticas culturales, las de salud, etc., para todas las edades, para más colectivos.

Todas las políticas públicas se verán impactadas por el envejecimiento y tendrán que ir adaptándose a las nuevas necesidades.

El envejecimiento ofrece también una serie de **riesgos** a los que hacer frente: desigualdad, pobreza, pérdida de autonomía y soledad no deseada. Los datos demuestran que hay ciertos grupos de personas mayores que se quedan atrás: las que tienen menos recursos, menos educación, viven en zonas rurales... y las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor, tienen una calidad de vida peor y se enfrentan a mayores riesgos (violencia y discriminación).

Hay muchas circunstancias que tienen influencia en la calidad de vida y —afirma la compareciente— vivir no es sobrevivir. Es mucho más que eso, implica una garantía de derechos humanos. Todas las

personas, independientemente de sus circunstancias, tienen que poder vivir dignamente, sin que sus derechos se vean mermados por el simple hecho de cumplir edad.

Por último, la compareciente hace una reflexión sobre el edadismo y la discriminación por razón de edad. La discriminación por edad existe, pero, lamentablemente, está muy invisibilizada. No se menciona en el debate político ni en el social y está tan interiorizada y asimilada que es difícil identificarla para erradicarla.

La ley de igualdad de trato, en proyecto aún, debería ser un instrumento de protección y una garantía para evitar estas discriminaciones.

Para ello, hay que modificar los estereotipos asociados a las personas mayores: son una carga familiar y económica, son incapaces para decidir por sí mismas; es decir, hay que cambiar esa concepción obsoleta de que la vida se divide en tres etapas, donde las últimas dos o tres décadas se identifican con el declive y se cargan de connotaciones peyorativas asociadas a la edad. Por el contrario, hay que incorporar un mensaje de optimismo y éxito al fenómeno del envejecimiento, necesitamos repensar las sociedades que envejecen, con el fin de que todas las personas puedan vivir dignamente en una sociedad intergeneracional.

Las propuestas que, en esta línea, formula HelpAge, a partir del Manifiesto de la Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores, son las siguientes:

- La celebración de una Convención de Naciones Unidas de los derechos de las personas mayores.
- Que las políticas públicas y estrategias se desarrollen desde un enfoque basado en derechos (y que no sean meramente políticas sectoriales asistenciales).
- Que se apruebe la ley de igualdad de trato, fundamental frente al edadismo y la discriminación.
- Un «plan de choque» para reforzar los servicios profesionales (de atención domiciliaria, teleasistencia...) durante la pandemia del COVID-19.
- Reformar en profundidad la Ley de Dependencia, pactada con las Comunidades Autónomas, para contemplar nuevos apoyos, nuevos servicios, diferentes modelos residenciales y de atención...
- Que se apruebe una Ley integral de los derechos de las personas mayores, para la promoción de políticas públicas, en todos los ámbitos, desde un enfoque de derechos.
- Coordinación sociosanitaria, reforzando ambos pilares del Estado de Bienestar y estableciendo sistemas eficaces entre ellos.
- Rediseñar nuevos modelos de cuidados.
- Profesionalizar el sector de los cuidados, con especial atención a la formación de las familias cuidadoras.
- Apostar por el tercer sector de acción social sin fines lucrativos.
- Garantizar la inspección y control de todos los servicios, públicos y concertados, centrados en la atención a las personas mayores.
- Realizar campañas de concienciación sobre los derechos de las personas mayores, incluso dirigidas a ellas mismas.
- Promover estudios e informes y recoger más y mejores datos, que permitan un diagnóstico preciso sobre la realidad que viven las personas mayores, para desarrollar políticas públicas adecuadas.

En fin —concluye la compareciente—, si algo se ha aprendido en esta pandemia del coronavirus que aún sufrimos, es que se necesita que el Estado y las Comunidades Autónomas intervengan para salir de crisis tan esenciales y profundas; que el reto de la longevidad requiere políticas estructurales y que las Administraciones Públicas han de recoger el guante para desarrollar las respuestas a tantas necesidades sobre el envejecimiento que tenemos actualmente y que tendremos durante los años próximos, para que envejecer no sea un problema para vivir dignamente, para que no le demos una solución demasiado tarde.

5. SESIÓN DE 17 DE FEBRERO DE 2021

5.1. Comparecencia del Director Científico del Programa de Mayores de la Fundación Bancaria «la Caixa», D. José Javier Yanguas Lezaun.

El compareciente da inicio a su intervención afirmando que el envejecimiento es uno de los retos principales del mundo en los últimos años y, a partir de esta afirmación, estructura su comparecencia en cinco bloques:

- Cómo es la vejez desde el punto de vista cualitativo.
- La validez o no de los modelos de vejez que existen en la actualidad.

- Hacia dónde tienen que ir los nuevos modelos de vejez.
- La renovación del pacto intergeneracional.
- La transformación del sector de los cuidados.

- **La vejez desde el punto de vista cualitativo.**

El aumento de la esperanza de vida de los últimos años es una suerte, porque se ha democratizado la supervivencia. Pero, aparte de llegar a alargarse la vida, también se está transformando el propio ciclo vital. Aumenta la edad que vivimos las personas, pero además está cambiando la propia vejez. Si comparamos los 60, 70, 80 o 90 años de hoy en día, con la misma edad de hace veinte años, la evidencia empírica constata que, tanto a nivel físico, como cognitivo, como social, poco tienen que ver los 60 años de ahora con los 60 años de hace dos décadas, o los 70 años de ahora con los 70 de hace décadas. A una misma edad, somos más «jóvenes». Y está cambiando también la percepción de las edades: si hace treinta años, una persona con 70 años había perdido hacía mucho tiempo a sus padres, tenía hijos mayores y era abuelo, en la actualidad, hay personas con 70 años que tienen a sus padres vivos e hijos todavía en casa. ¿Cómo se van a sentir mayores si tienen varias generaciones de mayores vivos todavía?

La vejez ya no es una etapa exclusivamente de fragilidad, pérdidas y dependencia; sino una etapa también de desarrollo y crecimiento personal.

De modo que la vejez es hoy complejidad y heterogeneidad, y se necesita asumirlo, porque, de lo contrario, los mayores no se identifican con un discurso que les provoca sentimientos ambivalentes: se les trata como «viejos» y se sienten «como adultos», se les cuenta que están en una etapa de pérdidas y se sienten en una etapa con pérdidas pero también con mejoras. Hay vejezes distintas, distintas formas de envejecer en hombres y mujeres, y no se puede dar una respuesta a toda esta diversidad.

Vivir trae otros retos: a los 60-65 años llega la jubilación y ¿qué sucede entre los 60-65 años y los 90? Hay 25 años de vida todavía y pasan muchas cosas en ese periodo. Hace décadas, la esperanza de vida a esas edades era de cinco años, pero ahora es de veinticinco; luego la jubilación ha pasado de ser el principio del final de la vida, a ser el principio de una nueva vida. Y en esa nueva vida, no basta, como hasta ahora, con hacer actividades de ocio, hace falta tener un proyecto de vida.

Otro problema es que, en 2033, una de cada cuatro personas será mayor de 65 años. Con este panorama —se pregunta el compareciente— ¿se puede prescindir del 25 % de nuestra sociedad? Ahora lo hacemos. Necesitamos definir como sociedad, el papel de los mayores. Sabemos qué queremos de los niños, de los adultos, de los jóvenes..., pero no de los mayores. En el plano de lo personal, necesitamos transitar de modelos basados en el «hacer» actividades, a modelos centrados en el ser, en tener un proyecto de vida con sentido y significado.

Por otro lado, a la vez que vivimos en mejores condiciones, hay también fragilidad y dependencia en el envejecimiento. Vivimos más pero también existen enfermedades crónicas, que nos permiten vivir, pero con una vida distinta. Por eso, la mirada amplia y heterogénea es esencial.

Otras cosas que ocurren en el mundo, en paralelo al proceso de envejecimiento, son una menor fecundidad y más globalización, lo que significa más dificultades para cuidar a los mayores, incluso si los hombres colaborasen y asumiesen las tareas de los cuidados que, hasta la fecha, recaen abrumadoramente sobre las mujeres. Estas dos circunstancias dificultan, pues, la solidaridad intergeneracional, que también cambia de manera y de perspectiva.

Además, las generaciones del *boom* demográfico (los nacidos entre el 57 y el 73) están llegando en estos años a la vejez, con lo que se plantea el reto económico de la sostenibilidad de las pensiones.

Y también cambian los modos de convivencia; cada vez hay más hogares unipersonales y más aislamiento social, lo que correlaciona con la soledad. Esto genera problemas cuando llega la época de la dependencia.

Y va a existir también un reto en las relaciones, porque cada vez habrá más relaciones intergeneracionales —porque las cohortes son más estrechas— pero menos relaciones intrageneracionales, aunque a la vez hay una mayor lejanía entre generaciones.

- **La validez de los modelos de vejez actuales.**

Nos hacen falta nuevos modelos de vejez, porque los que hay no sirven —afirma el compareciente—.

El modelo de vejez que hoy tenemos está basado en el envejecimiento activo; es un modelo creado en los años 90, confirmado en el 2002 y revisado en el 2015, pero sin tocar los fundamentos del modelo.

De este modelo del envejecimiento activo serían criticables, a juicio del compareciente, los siguientes aspectos:

— La falta de transversalidad. Es un modelo que se basa en lo físico y en lo cognitivo, pero poco en lo relacional, en la participación y en el proyecto de vida de las personas. El ser activo es algo más que estar activo, que hacer ejercicio. Con una vejez de 25-30 años hace falta un proyecto de vida. De esto no hay modelos ni caminos. ¿Qué espera la sociedad de los viejos? No sabemos qué se espera de la vejez, hay que definirlo.

— El paradigma del envejecimiento activo ha sido desarrollado por expertos para los mayores, pero sin contar con ellos, con este colectivo heterogéneo y amplio. Se necesita debatir y pensar en nuevos modelos.

— La imagen que se espera de los mayores condiciona la vida de los mayores. Se espera que estén activos, que hagan deporte y se identifica deporte con salud y ausencia de enfermedad. Y se piensa que los que están enfermos, que tienen una «mala» vejez, es como consecuencia de su «mala» vida, que se lo han «ganado». Pero esto realmente no es así. La salud en la vejez no depende solo de lo que hagamos. En este modelo no se acepta la vulnerabilidad y se tiene una idea equivocada de la vejez. Esta concepción hace mucho daño a la vejez. Hay que integrar más y mejor la vulnerabilidad porque en la vejez existen la enfermedad, la fragilidad y la dependencia. El modelo del envejecimiento activo se escora hacia una visión de la vejez como eterna adultez y la dependencia se ve como un fracaso. Esta visión debe ser corregida porque no se corresponde con la realidad.

— Es un modelo de vejez basado en el bienestar hedónico. La vejez se ve por muchos como el momento de descansar de lo que se ha hecho ya en la vida, una combinación de estar satisfecho y tener emociones positivas. Pero existe otra concepción del bienestar, la eudaimónica, que relaciona nuestro bienestar con el de los demás, que asocia bienestar a crecimiento y desarrollo personal, a sentido y propósito. La vejez, con veinticinco años por delante, necesita una mirada más eudaimónica, que combine hedonismo y eudemonismo de una manera más equilibrada.

- **Hacia donde tienen que ir los cambios en el modelo de vejez.**

Los modelos de vejez tienen que ir cambiando hacia proyectos centrados en el ser y en el bien común de los demás, modelos personalizados, participativos, con nuevas relaciones, entendiendo que las generaciones son interdependientes y todas han de colaborar para conseguir el bien común. Lo que lleva al compareciente a hacer una mención específica al reto del pacto intergeneracional.

- **El pacto intergeneracional.**

Aunque no estamos en una situación de guerra intergeneracional, lo cierto es que en este punto se plantea un reto importante, porque —dice el compareciente— el ascensor social se ha parado: hoy hay jóvenes que viven peor que muchos mayores. Esto trae consigo una cierta confrontación social o, al menos, que, desde la perspectiva de determinadas generaciones, las reivindicaciones de otras no estén del todo legitimadas.

Los mayores, según estudios, creen, en general, que es su momento, que lo que tienen se lo han ganado, que han trabajado mucho y han sacado su vida adelante y que ahora, en la vejez, viviendo de la pensión, les viene su merecido descanso. Por lo que se refiere a los jóvenes, en general, viven con precariedad, ganando poco más de mil euros, pagando, en parte las pensiones de los mayores, y sin ver la manera de cambiar sus condiciones de vida.

Es decir, que frente a una visión hedónica de la vejez, nos encontramos con una juventud frustrada; ello trae consigo un distanciamiento intergeneracional afectivo, que pone en peligro la cohesión social.

Hay que volver al pacto intergeneracional, porque hay mucho en juego (la cohesión social). Hay que ser capaces de reciprocarnos.

La vejez hay que mirarla desde la vejez, pero también desde el punto de vista de la juventud, y lograr un equilibrio: los jóvenes han de ser capaces de cuidar a los mayores pero los mayores, y la sociedad en general, tienen la obligación de lograr que los jóvenes tengan un futuro.

- **El sector de los cuidados.**

El drama de las residencias con la pandemia de coronavirus ha puesto de manifiesto la necesidad de que se produzca una revolución en el sector de los cuidados.

Lo cierto es que ahora se enfatiza mucho en la necesidad de que los modelos de atención se centren en personas y se dejan de lado otras cuestiones importantes.

La gente quiere envejecer en casa como en casa y para ello el entorno próximo es fundamental; y en ese entorno próximo hay que ser capaces de conectar servicios (servicios de proximidad, servicios diferenciados y que integren) con la participación y el compromiso de los implicados, servicios participativos, con mayor complejidad de cuidados, con nuevas profesiones, con una gobernanza diferente...

El sector de los cuidados necesita dar un salto adelante y ser, en parte, un motor económico.

El nuevo modelo está en debate. Advierte el compareciente que cuando se habla de la revisión de los cuidados, se enfatiza mucho en el continente (residencias vs. opciones alternativas como hogares compartidos o *cohousing*), pero lo importante es el contenido: las relaciones, la formación de las personas, la misión de los centros que es la de maximizar la vida.

Hay que comprender que cuidar es un fin en sí mismo y, en este punto, existe un cierto conflicto entre las éticas mediterránea (de los cuidados) y anglosajona (de la toma de decisiones). Hemos copiado mucho de estos modelos, pero tenemos que buscar un modelo propio, y saber que no hay un modelo único, sino que hay modelos distintos como hay personas distintas.

5.2. Comparecencia, mediante videoconferencia, de la Presidenta de la Fundación Pilares, Dña. Pilar Rodríguez Rodríguez.

Se refiere, en primer lugar, la compareciente a lo que denomina «revolución de la longevidad», un fenómeno aún no bien comprendido ni asimilado, que está originando una enorme transformación social y que, junto al cambio de rol de las mujeres, es —a juicio de la compareciente— el fenómeno social más importante del siglo.

Vivir tantos años es un logro positivo, pero también representa un desafío y ambos aspectos han de ser afrontados. De acuerdo con ello, la Sra. Rodríguez Rodríguez divide su exposición en dos apartados: el primero de ellos, referido a la etapa vital que se abre con la jubilación; el segundo, dedicado a los cambios en los modelos de atención y cuidados que habría que desarrollar y lo que significan.

- **La nueva etapa vital y las aportaciones positivas de las personas jubiladas.**

Las personas que cumplen hoy 65 años tienen una esperanza de vida de 23,4 años, si son mujeres, y 19,5, si son hombres. La mayor parte de estos años se viven en excelentes condiciones de salud y energía. De modo que puede afirmarse que la jubilación, pues, ya no genera viejos, sino que abre la puerta de una nueva etapa vital, llena de oportunidades tanto para beneficio personal como para enriquecimiento de la sociedad en su conjunto.

Las contribuciones positivas que realizan las personas jubiladas a la sociedad son enormes:

- Cuidan a sus nietos/as, a personas en situación de discapacidad o dependencia y mantienen y ayudan económicamente o acogiéndoles en su casa a hijas/os en paro o sin vivienda.
- Realizan actividades solidarias y altruistas (voluntariado, asociaciones culturales, políticas, sindicatos...).
- Contribuyen a la economía mediante el consumo de ocio, viajes, cultura, alimentación, tecnología...

Sin embargo, la sociedad no ofrece vías para aprovechar esa potencial riqueza. Por eso, hay que promover campañas para hacer llegar a la sociedad datos e información del significado de estas contribuciones y evidenciar la falsedad del estereotipo de que las personas mayores solo gastan y consumen recursos y no producen bienes y servicios.

Existen estudios que demuestran que un número importante de personas recién jubiladas o a punto de hacerlo querría recibir, en esa nueva etapa de su vida, por parte de empresas, entidades sociales y Administraciones Públicas, formación, acompañamiento y orientación, para poder participar, realizar actividades solidarias, etc., pero desconoce cómo hacerlo.

- **Cambios en los modelos de atención y cuidados.**

La transformación de los modelos de cuidados en los que se preserve la dignidad y los derechos de las personas y se cuente con su participación efectiva es fundamental para luchar contra la discriminación de las personas en situación de dependencia.

La crisis del coronavirus ha aflorado y mostrado ante toda la sociedad las situaciones de discriminación que sufren las personas mayores, que se acentúan sobremanera cuando tienen una situación de dependencia.

La vulneración de sus derechos y las afrentas a su dignidad han sido descritas por informes, manifiestos y declaraciones de muy diversas Organizaciones (OMS, Defensor del Pueblo, Médicos sin Fronteras, Amnistía Internacional, SEGG, la Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores y otras Entidades, como la que preside la compareciente). Hay que actuar contundentemente contra ello; no puede admitirse que se nieguen derechos básicos como la atención sanitaria a un grupo de nuestra población por el solo hecho de ser mayor, estar en situación de dependencia, o vivir en una residencia.

Desde la Fundación Pilares se reclama la defensa de los derechos de las personas mayores y que España se adhiera a la petición de una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores.

Por otro lado, es urgente y necesario realizar las reformas pertinentes en el Sistema Nacional de Salud y en el de los servicios sociales para hacer realidad la integración sociosanitaria, lo que redundaría en la eficacia y eficiencia de ambos. La reforma habría de garantizar la atención sanitaria en las residencias desde los centros de Atención Primaria a todos los residentes, evitando la existencia de un sistema paralelo *low cost*, que es el existente en la mayor parte de nuestros centros en la actualidad.

Teniendo en cuenta que el número de personas de 80 y más años es el que más crece y va a seguir creciendo en el futuro, en los próximos cuarenta años ese indicador pasará de significar el 6 % al 13,5 % de la población española, por lo que las situaciones de dependencia, fragilidad, soledad o demencia se van a multiplicar.

Ante esta situación, hay que preguntarse: ¿cómo queremos ser cuidados?, ¿quiénes nos van a cuidar?, ¿en qué lugar?, ¿con qué formación?, ¿podremos elegir dónde y con quién vivir?

Las respuestas a estas cuestiones pasan por la necesidad de cambiar el modelo de atención en el ámbito de los cuidados de larga duración. Ello significa trabajar desde los diferentes ámbitos de los servicios sociales, sanitarios y comunitarios para que la vida de las personas que precisan apoyos y atención por tener una situación de discapacidad, fragilidad o dependencia continúe teniendo valor para ellas y para los demás y puedan seguir adelante con sus proyectos de vida.

Para ello, desde la planificación, la gestión o la intervención profesional hay que cambiar el foco y dejar de centrarse en los servicios para poner en el centro a las personas y adquirir nuevas técnicas y aprendizajes basados en dignidad y derechos, dirigidas a apoyarlas para que puedan seguir desarrollando su vida conforme a sus valores y lo que para ellas sea importante. En definitiva, se trata de poner el conocimiento científico al servicio del bienestar y la felicidad humana.

¿Cómo se concreta este cambio? Al respecto, la Presidenta de la Fundación Pilares formula las siguientes propuestas:

- Para que las personas puedan seguir viviendo en su casa y en su entorno comunitario, si es su deseo, hay que transformar el servicio de atención a la dependencia y convertirlo en un conjunto de servicios integrales personalizados, ajustados a la medida de cada persona y contando con su participación. Desde esta concepción, deben poder combinarse la tecnología, los cuidados personales, el apoyo a las familias, la accesibilidad de la vivienda y entorno, los centros sociales y de día... y ofrecerlos de manera integrada a quienes los precisan. Asimismo, para que la comunidad resulte lo más inclusiva posible y servir de apoyo a las personas vulnerables, y puedan aprovecharse sus recursos, se precisa desarrollar un trabajo comunitario mediante el que establecer sinergias y generar alianzas entre entidades sociales, comercios, organizaciones de voluntariado, etc. La metodología más apropiada para hacer este cambio es la gestión de casos y la utilización de técnicas como la historia de vida y el proyecto de vida.

- Para que las personas en situación de dependencia que no pueden continuar viviendo en su casa puedan recibir atención de calidad, sin renunciar a mantener el control de sus proyectos de vida, hay que transformar las residencias existentes, ajustando los cambios a cada contexto (cambio organizacional, nuevos roles profesionales, profesional de referencia, historia de vida, planes personalizados, cambios ambientales...). La idea es que la residencia se parezca lo más posible a un hogar y que las personas puedan identificarlo como propio. Para ello, hay que ampliar las ratios de las plantillas, evitar rotaciones entre unidades, mejorar los salarios y ofrecer formación en competencias técnicas, éticas y relacionales.

- Para la planificación de nuevos equipamientos, es conveniente diseñar diferentes y variadas modalidades de alojamiento (apartamentos con servicios, intergeneracionales, viviendas comunitarias, viviendas compartidas y diferentes fórmulas de viviendas colaborativas —*cohousing*—...). La idea es que haya una variedad de recursos para que las personas puedan elegir el que mejor les convenga.

La compareciente cierra su intervención reiterando la necesidad de realizar un gran esfuerzo de formación, investigación e innovación, para poder afrontar los muchos retos que significa el fenómeno del envejecimiento y de la longevidad.

5.3. Comparecencia de la Presidenta de la Asociación Mayores del siglo XXI, Dña. Loles Díaz Aledo.

Después de una breve referencia a su trayectoria profesional, dedicada al periodismo radiofónico, a través del que tuvo intenso contacto y conocimiento del mundo de los mayores, la compareciente entra en el tema del envejecimiento comenzando por referirse a la imagen social de las personas mayores; una imagen que tiene que cambiar si se quiere que muchas otras cosas cambien.

A día de hoy, hay en España más de nueve millones de personas de más de 65 años, que constituyen un grupo social tan numeroso como heterogéneo y plural y muy diferente a la imagen que habitualmente se muestra, que es uniforme, tópica, estereotipada y está anclada en el pasado; una imagen caracterizada por lo siguiente:

- La edad cronológica se asocia a enfermedad y a pérdida de capacidades, lo que lleva a la creencia de que las personas mayores no pueden ser autónomas.
- Se considera que, por el simple hecho de cumplir una edad (los 65 años, pese a que numerosos expertos señalan que la línea del envejecimiento ha retrocedido al menos 10 años), las personas mayores se convierten en vulnerables y necesitadas de cuidados.
- Los estereotipos en torno a lo que significa ser mayor, justifican un tratamiento diferenciado en numerosos ámbitos; tratamiento diferenciado que no se entiende como discriminatorio, sino como lo normal.

Esta imagen tradicional, estereotipada, de la vejez lleva a utilizar un lenguaje paternalista («nuestros mayores»), a infantilizarlos («los viejos son como niños») y a ejercer una especie de sobreprotección sobre ellos.

Hay, en efecto, personas mayores frágiles, vulnerables, necesitadas de cuidados incluso de larga duración; y hay que velar porque reciban todo cuanto precisen para que su vida tenga la mayor calidad posible porque este es un derecho subjetivo consagrado como tal por la Ley de Dependencia. Aunque en España la mayor parte de las personas desean vivir hasta el final de la vida en el propio domicilio, hay alrededor de un 4 % que vive en una residencia. De ellas, el 80 % tiene más de 80 años y son, mayoritariamente, mujeres. Aproximadamente otros dos millones de personas mayores viven solas en sus domicilios, muchas de ellas con escasos recursos, que también necesitan «protección y cuidado», en especial en tiempos difíciles. Y no podemos olvidar que muchas personas mayores viven en situación de extrema pobreza.

Pero, junto a esa realidad, hay otras: la mayoría de las personas de más de 65 años vive en su domicilio, gestiona su vida diaria, ayuda a sus familias, muchas llevan a cabo alguna tarea solidaria en una ONG o pertenecen a alguna Asociación.

Según el Informe del Barómetro de Mayores de la Unión Democrática de Pensionistas (UDP), el 42,2 % de las personas mayores ayudan o han ayudado económicamente a sus hijos en los dos últimos años. Mientras que únicamente el 5,6 % de las personas mayores recibe ayuda económica de un familiar o persona amiga.

La realidad plural de las personas mayores de hoy no se corresponde con la tradicional imagen social que insistentemente las muestra como necesitadas de protección y ayuda, incapaces de gestionar su propia vida.

Por todo ello —insiste la compareciente— frente a la estereotipada imagen uniforme, las personas mayores reclaman su derecho a una imagen social pertinente; es decir, adecuada a la realidad. Las personas mayores no son un pozo sin fondo —argumenta— de necesidades que hay que atender, ni únicamente grandes consumidores de recursos, sino que generan beneficios que la sociedad no valora. Solo un cambio de imagen social, que conceda valor a las personas mayores, cambiará la percepción del envejecimiento.

Unido a ello está la necesidad de utilizar un lenguaje no discriminatorio, imprescindible para hacer visibles a las personas mayores con sus singularidades, sus capacidades y su contribución a la sociedad de la que siguen formando parte sea cual sea la edad.

La imagen adecuada de las personas mayores pasa por el reconocimiento real de que son ciudadanos de pleno derecho, condición que no se pierde con la edad, sino que acompaña a toda persona, en cualquier circunstancia y condición, hasta el final de su vida. Ser ciudadano —o ciudadana— es ser sujeto de

derechos y deberes. Y entre ellos el de participar, junto a las personas de otras edades y otras generaciones, compartiendo conocimientos, saberes, experiencias, vivencias.

Como ejemplos de sus afirmaciones sobre el trato discriminatorio a las personas mayores, cita la compareciente, los siguientes:

— En el ámbito de la salud: las personas mayores apenas son tenidas en cuenta en los estudios clínicos que se hacen para probar los medicamentos, cuando, según los expertos, las poblaciones «diana» deberían ser las de más de ochenta años con varias patologías; la invisibilidad que sufre la persona mayor que va a la consulta médica acompañada de una más joven; la atribución de accidentes o dolores a distracciones o achaques de la edad.

— En el mundo laboral: la dificultad de encontrar empleo a partir de los 45 años o la edad como criterio fundamental para la aplicación de los expedientes de regulación de empleo.

— En el acceso a los seguros (de viaje, de salud, de riesgo para voluntarios mayores...), puesto que son más caros o con condiciones más gravosas o menores coberturas.

— En el ámbito político: los mayores son alrededor del 24 % de los electores, pero están muy poco o nada presentes allí donde se toman las decisiones; los mayores de 70 años están excluidos de participar en los procesos electorales, por ejemplo, como miembros de las mesas.

En la posibilidad de poder ejercer los derechos y cumplir los deberes —concluye la compareciente— está la base del envejecimiento activo, que no debe ser entendido únicamente como la posibilidad de prolongar la actividad profesional o la participación social mediante tareas de voluntariado, sino que exige reconocer y dignificar las diferentes contribuciones que las personas mayores pueden aportar y, de hecho, aportan, a la sociedad en general.

Como conclusiones y sugerencias de su exposición, formula la Sra. Díaz Aledo las siguientes:

- Crear con urgencia una nueva cultura del envejecimiento, revisando la mirada hacia la vejez y el lenguaje que estigmatiza e infantiliza a las personas mayores, cambiando la terminología peyorativa, paternalista, infantiloides, por otra adecuada a personas adultas.

- Reconocer en las personas mayores a un grupo social heterogéneo, con realidades de salud, condiciones económicas y familiares, etc., muy diferentes, integrado por personas adultas, ciudadanas de pleno derecho.

- Diseñar nuevos servicios sociales de proximidad que faciliten a las personas mayores poder seguir viviendo en su propio domicilio, en el entorno habitual, hasta el final de la vida, al tiempo que detecten posibles situaciones de pobreza o soledad. Para ellos, junto a los servicios integrados de atención domiciliaria deben estar los servicios sanitarios de atención primaria, la teleasistencia, los centros de día, etc.

- Crear una red de servicios sociosanitarios en el ámbito rural.

- Articular eficazmente la coordinación entre el sistema sanitario y el de atención a la dependencia, tanto si los cuidados se prestan en el domicilio como en centros especializados.

- Ampliar las posibilidades de vivienda en domicilios, favoreciendo otras formas de convivencia posibles, como pisos tutelados, viviendas compartidas, intergeneracionales, *cohousing*, etc.

- Replantear globalmente las residencias, poniendo el foco en las personas, y ajustar a esto la localización, las dimensiones, el tipo de construcción, el número y condiciones de los profesionales, etc.

- Impedir que la edad sea el factor clave, prácticamente el único, para determinar quiénes deben abandonar su puesto de trabajo en la aplicación de un expediente de regulación de empleo.

- Promover el diseño universal y la accesibilidad en viviendas, transportes..., en definitiva, aspirar a que las ciudades sean accesibles para todos.

5.4. Comparecencia de la Profesora de Psicología Social y Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología, Dña. Sacramento Pinazo Hernandis.

Inicia la compareciente su exposición sobre el tema objeto de estudio afirmando que nos encontramos ante un **reto histórico**: el reto del envejecimiento demográfico, derivado de la **extensión de la esperanza de vida** hasta unos límites sin precedentes y del cambio en la estructura de la población; en relación a estos aspectos, ofrece la compareciente una serie de datos:

— La cantidad de personas de más de 60 años alcanzará, en 2030, los 1.400 millones en el mundo, lo que representará casi el 16,5 % de la población mundial, más del 25 % de la población en Europa y América del Norte, el 17 % en Asia y en América Latina y el Caribe, y el 6 % en África.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 39

- En España, en 2030, el 40 % de la población será mayor de 50 años.
- Hacia 2050 las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. Las personas mayores duplicarán la cifra de niños, y la pirámide de población pasará a tener una forma de pilar.
- En España, si en 2019 había 9.183.000 personas mayores de 65 años, en 2030 serán 11.575.000.
- Si la tasa de dependencia (número de personas mayores de 65 años/número de personas de 20-64 años, en edad laboral) en 2019 era de 32,2, se espera que sea en 2030 del 43,2.
- La generación del *baby boom* iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024, la presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando y será muy notable en 2040.

Pero lo que importa aquí no es solo el número creciente de personas mayores, sino también la **naturaleza heterogénea y compleja de los envejecimientos** según la salud, el nivel socioeconómico, el contexto urbano o rural... entre otros. De ahí que se refiera la compareciente a **envejecimientos**, en plural.

Por otro lado, la vejez ha de estudiarse con una **mirada de género**, porque:

- Las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32,0 % (5.068.440) a los hombres (3.839.711), y esto es más acentuado cuanto más avanzada sea la edad.
- Las mujeres de mayor edad tienden a ser más marginadas y desfavorecidas que los hombres mayores, con mayores tasas de pobreza tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.
- La esperanza de vida a los 65 años es de 19,1 años adicionales en los hombres y 23,0 en las mujeres. Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres (23 años adicionales frente a 19), pero su esperanza de vida saludable es menor.
- La incidencia de la demencia —la enfermedad neurodegenerativa más prevalente y la principal causa de dependencia— en las mujeres duplica a la de los hombres (580.758 mujeres frente a 271.984 hombres) (datos de 2018, Informe de la Asociación Alzheimer Europe).
- Además, **las mujeres tienen más probabilidades de vivir en centros residenciales que los hombres** mientras que ellas pasan un 94 % de su tiempo con la enfermedad en residencias, ellos pasan el 60 %. Muchas de las personas que viven en los centros residenciales presentan, además, problemas cognitivos (Alzheimer y otras demencias).

A continuación, pasa la compareciente a hacer una reflexión acerca de la incidencia de la crisis del **COVID-19** en las personas mayores, poniendo de relieve, al margen ya del trato discriminatorio recibido, las consecuencias negativas del doble confinamiento sufrido por las personas en las residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes): deterioro del estado de ánimo y del estado cognitivo, del estado funcional y del estatus de salud. Hablamos de **sindemia**, por la concatenación de problemas a los que se añade el SARS-CoV-2 y que tienen que ver con el aumento de factores de riesgo: sedentarismo, síndrome de inmovilidad, menor estimulación cognitiva, falta de relación social, ansiedad y depresión... (según Estudio RESICOVID realizado por la Universidad de Valencia y Universidad de Santiago de Compostela en tiempos de pandemia).

A partir de estas reflexiones, aborda en su intervención la compareciente los tres **retos** que están sobre la mesa en relación con los envejecimientos: el modelo de cuidados; la invisibilidad de las personas mayores y la discriminación por edad; y la necesidad de una sociedad para todas las edades.

- Con respecto, en primer término, al **modelo de cuidados de larga duración**, se plantean muchas incógnitas: ¿Cómo podemos cuidar mejor? ¿Cómo queremos ser cuidados? ¿Quién nos va a cuidar? ¿Podremos elegir con quién y donde vivir, a la vejez?

Las **personas quieren envejecer en sus casas**, pero para eso es necesario desarrollar un **sistema de recursos de proximidad, cercanos al domicilio, centros de día, centros específicos** (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, personas con discapacidad intelectual que envejecen), centros terapéuticos, más actividades de participación social y cívica en el entorno próximo. La Ley de Dependencia necesita ser revisada y reasignar recursos, mejorar la gestión, reducir los plazos administrativos, revisar y evaluar los recursos a través de sistemas de control. Realmente, debería desarrollarse más su primera parte: la promoción de la autonomía personal.

Pero, además, los domicilios deben estar preparados para envejecer, cosa que no siempre ocurre, situando a estas personas (alrededor de un 20 % en España) en una situación de **vulnerabilidad residencial extrema**. Los entornos deben ser facilitadores de vida, deben adaptarse a las personas y no las personas a los entornos.

Por otro lado, se deben mejorar los cuidados de larga duración a personas con enfermedades crónicas, en situación de dependencia, en los domicilios, en las residencias, mejorando la coordinación sociosanitaria. Los cuidadores familiares precisan de apoyos y formación para poder saber afrontar la enfermedad y los síntomas conductuales asociados a algunas de ellas, por ejemplo, las demencias. Y a los cuidadores profesionales (en residencias y domicilios) hay que reconocerles y remunerarles adecuadamente, además de, por supuesto, facilitarles también formación continuada.

Con respecto a las residencias, necesarias en muchos casos e imprescindibles para prestar cuidados continuados, el panorama es muy heterogéneo. Hacen falta recursos, profesionales cualificados y normativa que proteja sus derechos. Un organismo independiente que haga la evaluación y acreditación de calidad anualmente, como los CqC británicos (Care Quality Commission). Y, además, necesitamos crear nuevos y diferentes recursos para las nuevas personas mayores que vienen (por ejemplo, **centros intergeneracionales**, donde unas generaciones cuiden de las otras y compartan tiempo y espacio).

- En segundo lugar, en cuanto a la **invisibilidad de las personas mayores**, y la **discriminación por edad**, los comportamientos que las ocasionan están tan interiorizados y socialmente aceptados que es difícil luchar contra ellos. Son los microedadismos o los microviejismos.

El edadismo o discriminación por razón de edad relega a las personas mayores al presentarlas como desprovistas de valor para la sociedad, improductivas, frágiles e incapaces y estas creencias erróneas sirven como justificación suficiente para tratamientos diferenciados. Es necesario situar la discriminación por razón de edad y los derechos de las personas mayores en las agendas de los gobiernos y promover desde los poderes públicos un cambio en la percepción de las personas mayores, que son, como las personas en otras edades, poseedoras de derechos y de responsabilidades. Hace tiempo que se está desarrollando una **Convención Internacional de las Personas Mayores**. Es necesario, asimismo, desarrollar las recomendaciones de los organismos internacionales y establecer hojas de ruta: el **Decenio del envejecimiento saludable 2020-2030**, los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**...

Es necesario fomentar la comprensión y compensar las complejas y múltiples formas de discriminación que experimentan las mujeres y los hombres mayores. Y más aun las personas mayores con menor nivel educativo o más excluidos digitalmente. Y las personas con discapacidad que se hacen mayores. Y las personas mayores que pertenecen al colectivo LGTBQ+, de las que nadie habla, que sufren doble discriminación, por género y edad. Hay que promover desde los poderes públicos un cambio en la percepción de las personas mayores como **poseedores de derechos y de responsabilidades**.

Los centros y programas intergeneracionales y la posibilidad de una participación social y cívica real amortiguarían esa discriminación.

Por último, la pandemia ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de una **sociedad para todas las edades**, que las sociedades sean inclusivas para todas las edades y generaciones, no solo por razones de solidaridad, equidad o justicia social, sino también para contar con comunidades más fuertes, más capaces y más vivibles y porque los problemas deben ser resueltos en comunidad.

Las relaciones entre generaciones son necesarias. Las generaciones mayores son testigos directos de la memoria histórica reciente, guardianes de la cultura, depositarios de conocimientos y habilidades que pueden y deben transmitir a otras generaciones. Además, en ausencia de suficientes recursos públicos, las personas mayores realizan muchas tareas de voluntariado (cuidado no remunerado).

En fin, la atención a la soledad es un problema —no individual, sino colectivo— de las sociedades modernas. Necesitamos mejorar la integración e implicación comunitaria de todas las personas y aumentar la cohesión y la solidaridad intergeneracional.

Para terminar, formula la compareciente algunas propuestas:

- **Apoyo a la investigación sobre los envejecimientos**: estudios longitudinales que permitan conocer cómo va cambiando la sociedad, recabando más y mejores datos, para ir adaptándonos a las nuevas necesidades, así como evaluaciones de la calidad de los servicios públicos y privados.

- **Profesionalización del sector de los cuidados**, dando valor a la tarea de cuidar y mejorando la formación y competencias de los profesionales. A corto plazo, sería necesario un plan específico de refuerzo de los servicios profesionales de atención en los domicilios, teleasistencia y más recursos en las residencias, al menos hasta que la pandemia esté controlada. A medio y largo plazo es necesario formar bien a los profesionales de los cuidados y reconocer y dignificar su labor. Además, debe haber una normativa reguladora con unos mínimos comunes en todas las Comunidades Autónomas, una Base de Datos de todos los centros con información disponible para investigadores y ciudadanos, y un **control**,

por parte de entidades independientes, de las Administraciones Públicas, de los servicios públicos, concertados y privados de atención a personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia. En fin, el enfoque basado en derechos debe estar presente en las estrategias.

— Y, por último, **sociedades que se vuelquen en los cuidados intergeneracionales**. Sociedades cuidadoras, cuidados intergeneracionales. Todos hemos sido cuidados, seremos cuidadores y seguramente precisemos cuidados en un futuro.

6. SESIÓN DE 25 DE FEBRERO DE 2021

6.1. Comparecencia del Presidente de la Confederación Plena inclusión España, D. Santiago López Noguera.

Tras expresar sus condolencias a tantas familias golpeadas por el COVID-19, reconocer el trabajo de quienes han luchado contra la pandemia en primera línea, y presentar brevemente a la asociación que representa (una organización nacida en 1964 para luchar por la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y de sus familias), el compareciente pasa a describir brevemente el colectivo al que representa.

Las discapacidades del desarrollo son el conjunto de discapacidades que aparecen antes del nacimiento, en el parto o en el inicio de la vida —antes de los 18 años—. Suponen limitaciones significativas en varias áreas del desarrollo humano y la discapacidad intelectual, la parálisis cerebral, los trastornos del espectro autista y otras realidades.

Afectan a un grupo de la población muy amplio (cerca del millón de personas en España) y heterogéneo que necesita, además de abordajes comunes, otros específicos, que obligan a una personalización que pone el foco en la persona concreta, sus necesidades de apoyo, el contexto en el que viven y su proyecto de vida, por encima de etiquetas, déficits, diagnósticos o prejuicios.

La realidad del envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo no es un tema novedoso. Ya en 1974, FEAPS (actualmente Plena inclusión) comenzó a tratar el tema en el ámbito del movimiento asociativo a nivel de España y europeo; en 1978 se celebró en Madrid un Simposio Internacional sobre Envejecimiento y Deficiencia Mental; y en el año 1990, en el Congreso «El futuro de los deficientes mentales que envejecen», se confirmaba que las personas con deficiencia mental alcanzaban la etapa de la tercera edad.

El envejecimiento de las personas con discapacidades del desarrollo plantea retos en, al menos, tres dimensiones:

— Las personas se enfrentan a unas vivencias y situaciones que hasta ahora la generalidad de este colectivo no había conocido, lo que exige prestar atención a la dimensión psicológica y humana del envejecimiento.

— Este hecho promueve un cambio en la dinámica familiar pues las personas con discapacidad sobreviven a sus padres, lo que provoca ansiedad e incertidumbre para las familias por la situación de soledad y necesidad de cuidados.

— Afecta a la sociedad, que debe prepararse para adaptar los servicios que van a necesitar estas personas.

El punto de partida debe ser el reconocimiento de un déficit de ciudadanía en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, así como la ausencia de políticas de prevención y planificación a largo plazo.

El Libro Blanco de la Dependencia (2005) reconocía la falta de información respecto a centros de atención a personas mayores con discapacidad intelectual, desconociendo su número y localización geográfica, dificultando hacer una adecuada planificación.

En septiembre de 2012, con motivo del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, FEAPS organizó en Madrid la Jornada sobre «El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual», en la que se presentaron enfoques innovadores de intervención, como la Planificación Personal por Adelantado y la metodología ReViSEP, revisión de episodios positivos de vida.

En 2019, el profesor Robert Shalock, con motivo de un Congreso en la Universidad de Salamanca sobre Envejecimiento y Discapacidad Intelectual, reconociendo que existe una mayor esperanza de vida para las personas con discapacidad, afirmaba que el marco de intervención debe seguir siendo el modelo

de calidad de vida y la adecuación del sistema de apoyos centrado en la persona, adaptado a su momento biográfico y en los contextos naturales, para lo que proponía cuatro grandes estrategias: innovación y tecnologías de apoyo; formación y ayuda a las familias; potenciar las redes sociales y la vida en comunidad; intervenciones centradas en la persona y su familia.

De los estudios mencionados y de otras publicaciones, así como de la práctica diaria de las entidades, se desprende una realidad caracterizada por lo siguiente:

— El aumento de la esperanza de vida, que, si bien no alcanza la media de la población sin discapacidad, en algunos tipos de discapacidad ha pasado de 20 a 70 años. Debe ser valorado como un éxito social.

— La frecuencia de aparición de problemas asociados y enfermedades en las personas con discapacidad intelectual es mayor que en la población general (una de cada cuatro personas con discapacidad los presenta).

— Hay una ausencia de reconocimiento del acceso al estatus de vejez, provocado por un fuerte sesgo de infantilismo y sobreprotección, más acusado en las mujeres. No considerar a la persona como persona mayor limita el acceso a servicios, el ejercicio de derechos y un trato adecuado a su edad.

— El proceso de envejecimiento es una realidad personal, familiar y social.

- A nivel personal

El envejecimiento patológico con deterioros muy acelerados en determinados casos (síndrome de Down, parálisis cerebral) exige una respuesta urgente de servicios especializados. Estas personas van a precisar de un soporte y seguimiento muy intenso y específico de cuidados de larga duración para el que no existen actualmente suficientes recursos.

Los procesos de pérdida de red social precisan de un acompañamiento en todos los ámbitos, especialmente de mantenimiento de las relaciones significativas, lucha contra la soledad y apoyo emocional.

La accesibilidad cognitiva y otros ajustes son claves para dar el protagonismo a las propias personas y no hurtarles una etapa vital que les es propia.

- A nivel familiar

El envejecimiento es un proceso que implica a toda la familia y precisa de un enfoque global. Por eso, las familias deben contar con apoyos de formación y acompañamiento, despliegue de ayuda a domicilio y otros sistemas de ayuda, sin esperar a la situación límite (procesos de fatiga, bajada de ingresos, problemas de salud mental...).

Muchas personas con discapacidad intelectual o del desarrollo quedan en situación de desamparo por fallecimiento de los padres o madres (soledad no deseada).

Hay un déficit de planificación del itinerario vital incorporando el proceso de envejecimiento. Además, el copago y el sobrecoste familiar que según los estudios de Plena inclusión están en una horquilla entre 24.000 y 43.000 €/año, deben ser revertidos.

No debe desaparecer la prestación de hijo a cargo, que el compareciente ve amenazada con la actual reordenación del Ingreso Mínimo Vital.

- A nivel social

El 35 % de las personas adultas con discapacidad es mayor de 45 años y en pocos años superará el 45 %.

Teniendo en cuenta que el perfil de necesidades, apoyos y deseos cambia a lo largo de la vida, se hace precisa una nueva planificación de la política social, carteras de servicios más flexibles y de reenfocar el sistema de dependencia para que sea más inclusivo, personalizado, ágil e intenso. Se trata de promover modelos de servicios centrados en la persona.

Los servicios sociales deben ser sensibles también con las personas con discapacidades del desarrollo que envejecen. Para ello, las viviendas en comunidad y permanecer en el entorno social propio es muy importante, así como evitar los procesos de institucionalización (que generan despersonalización, reducen la capacidad de ejercitar derechos y provocan cuadros depresivos), así como promover una vida activa y participativa construida desde la persona y su voluntad y preferencias.

En el caso de procesos de envejecimiento patológico o etapas más avanzadas de deterioro se debe contar con dispositivos de cuidados de larga duración, intensidades de apoyo en la salud, mejora de los sistemas de colaboración y coordinación sociosanitaria y protocolos de cuidados más intensos, así como con programas de prevención de cualquier tipo de abusos o discriminación por causa de discapacidad.

En relación con el proyecto de Ley de Eutanasia, para el compareciente no es admisible ningún mensaje que pueda entenderse como dar menor valor y dignidad de la vida de las personas con discapacidad. Los cuidados de acompañamiento en el final de la vida, con un enfoque paliativo que apoye a la persona y la familia, desde un enfoque centrado en la persona, son, en cambio, una respuesta muy valorada.

En resumen, se trata de generar nuevas competencias y servicios que provoquen sinergias entre los modelos de apoyo de la discapacidad, los avances en la atención a mayores, la innovación tecnológica, la participación social y el «buen trato» basado en una ética aplicada en el apoyo.

En la última parte de su intervención, el compareciente se refiere al Proyecto Buena Vejez, nacido en el año 2012, coincidiendo con el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Este proyecto persigue dotar de un marco, modelos, tecnologías y competencias para abordar con calidad sistemas de apoyo y acompañamiento en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.

Hay que entender el envejecimiento como una fase más del ciclo vital de la persona, una etapa que brinda la oportunidad de continuar activos, cumpliendo metas y sueños personales; sin embargo, el envejecimiento para las personas con discapacidad puede producir una doble discriminación, pues coexisten las limitaciones asociadas a la discapacidad más las sobrevenidas por el propio proceso de envejecimiento, junto a una lectura negativa por parte del entorno de sus expectativas de futuro.

Cuatro son las líneas de trabajo de Buena Vejez de Plena inclusión, con un conjunto de acciones cada una de ellas:

Sensibilización y formación:

- Sensibilización y formación para profesionales, familias y personas sobre envejecimiento activo.
- Campañas de visibilización de las personas mayores con discapacidades del desarrollo.
- Reconocimiento al derecho al descanso de las familias.
- Mejora de competencias profesionales.
- Formación en ética aplicada y buen trato.

Salud:

- Reforzamiento de plantillas y competencias en salud de personas con discapacidades del desarrollo.
- Promoción de protocolos y servicios sanitarios adaptados y accesibles.
- Mejora de los procesos de coordinación sociosanitaria.
- Servicios especializados para procesos de envejecimiento prematuro.
- Formación de personal sanitario en discapacidad.
- Campañas de alimentación saludable y lucha contra la obesidad.

Marco de derechos:

- Denuncia de las derivaciones de las personas con discapacidad a servicios de mayores sin consentimiento de la persona y la familia.
- Visibilizar el actual déficit de respuesta social adecuada.
- Asegurar un nivel mínimo de ingresos. Eliminación del copago. Aumento de la prestación de hijo a cargo.
- Apoyo para la toma de decisiones.
- Revisar el uso de tratamientos farmacológicos de forma abusiva.
- Protección reforzada contra todo tipo de abuso.
- Derecho a la información, participación y denuncia.
- Programas de activación y tránsito del empleo a la jubilación.
- Reforzar las coberturas sociales, empleo a tiempo parcial y refuerzo de ingresos con la compatibilización del Ingreso Mínimo Vital.

Sistemas de apoyos y vida en comunidad:

- Uso de la metodología de planificación por adelantado.
- Uso de metodologías de psicología positiva.
- Proyecto Soledad Cero.
- Impulso de la asistencia personal.
- Aumentar las viviendas en comunidad.
- Promover programas de desinstitucionalización y participación social como el voluntariado.
- Proyecto T Apoyo familiar para luchar contra la Brecha Digital.
- Plan de choque lucha contra el COVID-19.
- Reconocimiento de política de precios adecuados.

6.2. Comparecencia del Presidente del Grupo Social Lares, D. Juan Ignacio Vela Caudevilla.

Comienza el compareciente presentando la Federación LARES, su misión, su visión y sus valores fundamentales.

El Grupo Social Lares (Federación, Asociación y Fundación) es una entidad del Tercer Sector en España, dedicada al servicio de personas mayores en situación de discapacidad, dependencia o en riesgo de exclusión social, formado por 17 asociaciones autonómicas, que, con más de 30.000 trabajadores, atiende a un colectivo de cerca de 60.000 personas en España.

Lares está orientado a los cuidados de las personas, con la mirada puesta en Europa (forma parte de la Red Europea del Envejecimiento) y las residencias solo son el espacio donde se hace el trabajo.

A partir de esta presentación, estructura el compareciente su intervención en cuatro temas fundamentales:

- **El modelo asistencial.** El modelo asistencial vigente en España es, actualmente, un modelo marcado fuertemente por la crisis del COVID-19, durante la cual, los derechos de las personas mayores han sido vulnerados gravemente y se ha trastocado la escala de valores que creíamos intocables (participación, elección, libertad...) y se ha modificado el pacto social.

Si ya el edadismo era un problema, más lo es ahora. Estamos lejos de hacer medidas, legislativas o no legislativas, que reduzcan esta discriminación tan evidente en nuestra sociedad y que afecta a un colectivo importante de la sociedad (el 30 % de la población es actualmente mayor de 60 años). No hay políticas claras para luchar contra él en España.

El edadismo —dice el compareciente— está ocasionado por un problema estructural de la sociedad, cual es la segmentación en edades (niños, adolescentes, jóvenes, personas en edad laboral y mayores). Los mayores se encuentran situados, en esta división, en un bloque en el que no hay una conexión intergeneracional. De ahí que no sepamos qué pasa con los mayores, dónde están situados. Y esto es importante de cara a las circunstancias y condiciones de atención que queremos que tengan nuestros mayores, que habrán de ser óptimas y de calidad.

El modelo de nuestra sociedad va cambiando y ahora ya no hay que pensar en políticas «para» personas mayores sino que todas las políticas deben «integrar a» las personas mayores; el derecho a la educación, el derecho a la vivienda, el derecho a la salud... son también de las personas mayores; se trata de hacer políticas transversales, que impliquen a todos los sectores de la población, y que traten a todos por igual, incluida la salud, que se ha visto tan vulnerada.

- **El sector de los cuidados.** El edadismo conlleva que todo el sector que trabaja con los mayores también esté discriminado. Es un sector esencialmente femenino: el 92 % de las personas que trabajan con mayores son mujeres; hay que dignificar su trabajo y su retribución. Hay que poner en valor el sector de los cuidados y aumentar la formación del personal, que es sumamente baja —basta con una certificación de profesionalidad de un puñado de horas—. Llama el compareciente a reflexionar sobre esto, así como también a trabajar la motivación del sector.

- **Las ciudades.** Hoy por hoy, las ciudades no están pensadas para las personas mayores. Hay infinitas barreras arquitectónicas, los parques están pensados para niños, los mayores son invisibles. Hay que cambiar la concepción de las ciudades y sus servicios, para que puedan ser disfrutadas y aprovechadas por todos sus ciudadanos, también por los mayores, que tienen derecho a participar en su ciudad. Algunas recomendaciones para ello: transporte accesible, servicios sanitarios accesibles, calles y edificios sin riesgos, servicios de asistencia para las tareas domésticas, ayuda para los cuidadores, bancos, tiendas y comercios accesibles, vecindarios solidarios, buena calidad del aire y el agua...

Lares participa en la Mesa Estatal de los Derechos de las Personas Mayores y firmó el Manifiesto aprobado en 2020, apoyando todos sus objetivos, entre ellos, la aprobación de una ley integral para los derechos de los mayores.

- **El sistema de dependencia.** Hay que rediseñar políticas y modelos de ayuda a personas mayores, a la dependencia, que la atención sea más flexible y personalizada, siempre con la persona en el centro. Los niveles de calidad se desvían de la calidad funcional, que es lo que la persona necesita. Ahora —dice el compareciente— se aplica a todos lo mismo, sin tener en cuenta lo que cada persona necesita. Es un cambio muy importante en la concepción de la atención.

En nuestro modelo, las residencias seguirán siendo importantes. Se necesitarán, en los próximos años, más de 500.000 camas residenciales en España. Existen presiones para la «desinstitucionalización», pero la realidad es que, para ello, habrá que disponer de nuevos conceptos de vivienda para mayores con servicios de apoyo.

Por otro lado, es prioritario que el Tercer Sector tenga reconocimiento como colaborador —no competencia— de los servicios públicos. Es necesario para el colectivo de mayores —y para otros colectivos— disponer de recursos eficaces para paliar los déficits que sufre el Tercer Sector, que son consecuencia del abandono en que se ha encontrado por parte de las administraciones durante muchos años.

Un problema grave del sistema de dependencia son las diferencias entre los territorios, algo que no puede admitirse. Son diferencias tremendas para los ciudadanos, en contra del principio de igualdad que debe regir en salud, con independencia de cuál sea su lugar de residencia.

En línea con esto, advierte el compareciente del peligro de ir hacia lo que llama sistema sanitario *low-cost*, esto es, hacia una «sanitarización» del sector. La residencia no debe sustituir nunca a la sanidad porque su especialidad son los cuidados, no la atención sanitaria. Las residencias son hogares, no pueden ser centros pseudosanitarios para los mayores. Porque una cosa es el curado y otra el cuidado.

Termina el compareciente afirmando que hay que dignificar el cuidado de los mayores, así como garantizar y defender sus derechos, por lo que supone del modelo social que queremos.

6.3. Comparecencia de la Secretaria Confederal de la Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores (UGT), Dña. Adela Carrió Ibáñez.

Tras un recuerdo a todas las víctimas, enfermas y fallecidas, de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la compareciente entra en el objeto de la Ponencia afirmando que la reducción de la tasa de natalidad y la mayor longevidad de la población están configurando un escenario de envejecimiento demográfico, que, si bien es compartido por todos los países de nuestro entorno europeo, tiene en España una intensidad mayor. Vivimos más y en mejores condiciones.

Así lo prueban algunos datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2020, con repercusión directa los ámbitos social, económico, laboral, sanitario y de protección social:

- La esperanza de vida al nacer está fijada en 84 años (86 para las mujeres y 81 para los hombres), cuando a comienzos del pasado siglo era de 40 años.
- El número de personas de 65 y más años en España supera los 9 millones (más del 19 % de la población), de las que más del 56 % son mujeres.
- Se prevé que la población de 65 y más años supondrá el 26,5 % del total en 2035.
- En 2050, las personas mayores habrán duplicado las cifras actuales (en torno a 18 millones), con lo que más de la tercera parte de los residentes de nuestro país superará los 65 años y, por primera vez en la historia, habrá más personas mayores de 60 años que niños.
- Los Servicios Sociales en España atienden a más de 6 millones de personas mayores, siendo más de 4 millones usuarias de centros de día.
- En casi 2 millones de hogares unipersonales reside una persona mayor y en 3 de cada 4 de estos hogares, vive una mujer sola.

De dichos datos, extrae la compareciente tres conclusiones, que le sirven para contextualizar su intervención:

- Primera, el elevado incremento de personas mayores y, especialmente, de mayores de 80 años.

- Segunda, la escasez de servicios sociales para atender a los mayores, en contraposición con la minoración de personas jóvenes que puedan contribuir al mantenimiento del Estado de Bienestar.
- Tercera, el incremento de hogares unipersonales y, por tanto, de personas mayores solas.

El paradigma de la vejez tradicional ha cambiado hace ya unas décadas. Gracias a la mejora en la atención sanitaria, se prolonga la vida y aumenta su calidad, con el efecto inmediato de que las personas mayores son más mayores (envejecimiento del envejecimiento). Por otro lado, los jubilados no se «retiran» laboral y socialmente, como hace algunos años, sino que siguen activos y participando en la sociedad.

Todo ello ha conllevado la introducción progresiva de nuevas políticas y programas, principalmente relacionados con el desarrollo de los sistemas de salud, seguridad social, servicios sociales o bienestar, brindando una protección específica a las personas mayores. Pone el énfasis la compareciente en la necesaria transversalidad de las políticas sobre envejecimiento, que deberán, además de garantizar el bienestar de los mayores, integrar ámbitos tan importantes como su protección social, jurídica y económica.

En la legislación vigente no existe una política integral que aborde de forma transversal los derechos de las personas mayores, que les proteja y les asegure su bienestar. Ni tan siquiera la esperada Estrategia de mayores, elaborada durante el 2018.

En esta misma línea, hace unos días, la Comisión Europea presentó el Libro Verde del Envejecimiento, un informe sobre el impacto del cambio demográfico en Europa que incluye los planteamientos para hacer frente al reto del envejecimiento, el refuerzo de los sistemas sanitarios y sociales para atender a una población de más edad, la atención a las personas mayores en mayor vulnerabilidad (minoría étnica, LGTBI, problemas de salud, discapacidad) y la solidaridad intergeneracional.

El envejecimiento activo —y la promoción de la salud para evitar la aparición de enfermedades, discapacidades y dependencias— está ligado a la participación de los mayores en la sociedad y, para que esto sea una realidad, es necesario promover iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores en la vida social, familiar y política, el aprendizaje permanente e intergeneracional, así como su empoderamiento. La participación es un derecho y mantener la autonomía de los mayores debe ser un objetivo primordial.

Para garantizar el bienestar de toda la población es fundamental que se instaure un marco de derechos sociales y prestaciones económicas, a través de servicios públicos, de calidad, universales y un empleo de calidad para los profesionales del sector, especialmente en el sector de la protección a la dependencia. Por ello es fundamental garantizar el poder adquisitivo de las personas mayores y asegurar el futuro del sistema público de pensiones, garantizando su sostenibilidad, así como revisar el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de 1987 e incrementar su financiación. En esta misma línea, habría que reforzar la protección a la dependencia, para lo cual se ha firmado el Plan de Choque y el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que, entre otras medidas, incluye la mejora de la calidad del sistema, de las condiciones laborales y profesionales de las personas trabajadoras, de las prestaciones y servicios, la reducción de las listas de espera, la revisión del acuerdo de acreditación de centros y la regulación de la figura profesional del asistente personal.

En otro orden de cosas, la compareciente hace una reflexión acerca de la discriminación y exclusión de la sociedad que sufren las personas mayores solo por el hecho de su edad, que llega incluso al maltrato. Se estima, a través de diferentes estudios, que el 0,8 % de los mayores de 65 años ha sufrido malos tratos y hasta un 52,6 % de las personas mayores usuarias de servicios sociales o de centros de atención primaria ha sufrido algún tipo de maltrato. Por ello, se hace preciso un estudio para determinar los diferentes tipos de malos tratos de los que son objeto las personas mayores (maltrato físico y psíquico; abandono; abuso económico) y la elaboración de una Estrategia para adoptar diferentes medidas sociales, jurídicas y económicas que ayuden a solucionar esta cuestión.

En cuanto a la soledad de los mayores, entendida como vivir solo o sentirse solo —pues tiene que ver más con un sentimiento que con una situación—, puede tener su origen en cambios vitales como la jubilación o la viudez, en cambios familiares, cambio de residencia que origina una sensación de desarraigo. Es una amenaza para la salud física y psíquica y se está convirtiendo en un problema global, de tal magnitud que algunos sociólogos la catalogan como una de las epidemias del siglo XXI.

Según los últimos datos, se estima que, en Europa, alrededor de 30 millones de adultos (7 %) se sienten solos. En España, casi la mitad de las personas mayores de 80 años (48 %) se sienten solas.

Las personas mayores no deben estar ni sentirse solas ni aisladas, sino relacionadas a otras personas, a los servicios sociales y sanitarios, y especialmente en las relaciones de cuidados con un trato adecuado y digno, y siempre con respeto a su autonomía y su dignidad. La participación es, de nuevo, la clave para

prevenir la soledad no deseada y por este motivo se deben adoptar políticas y medidas que promuevan la estimulación de su actividad en la vida social, familiar, ocio, instituciones, servicios sociales, salud; iniciativas que generen red social y fomenten las relaciones intergeneracionales entre los jóvenes y las personas mayores, y con ello evitar que las personas se queden aisladas o se sientan solas.

En resumen, las personas mayores, deben continuar siendo el eje fundamental al que se deben dirigir las acciones de gobierno. Y por ello, la atención al fenómeno demográfico del envejecimiento debe conllevar políticas que articulen medidas y actuaciones adecuadas, con una financiación transversal en los capítulos del gasto público de presupuestos generales del estado, sean los destinados bien directa o indirectamente a la edad, y que se incrementen progresivamente a medida que aumenta la proporción de personas mayores.

Reclama la compareciente, para terminar, la aprobación de una Ley Integral de Derechos de las Personas Mayores, que garantice una protección específica a los mayores y que contemple los ámbitos de salud, vivienda, protección económica, jurídica, cultura y ocio; bajo los siguientes principios rectores:

- Garantizar la protección y el ejercicio de los derechos de las personas mayores.
- Garantizar la no discriminación por razón de edad, la igualdad de oportunidades y atención a las situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Garantizar la participación activa de los mayores en todos los ámbitos, desde el social al político, del privado al familiar, y bajo una perspectiva intergeneracional.
- Considerar el hecho del envejecimiento como un logro obtenido por la evolución del conocimiento humano y, a la vez, como un reto para conseguir que durante el tiempo en que se prolongue la pervivencia, se garantice la mejor calidad de vida.

Se trata, en definitiva, de lograr y garantizar el reconocimiento social y el bienestar de todas las personas mayores.

6.4. Comparecencia de la Catedrática de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y Subdirectora del Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento, Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro.

La epidemia de la soledad feminizada. Así titula la compareciente su presentación, queriendo con ello poner de manifiesto que el envejecimiento, tanto desde el punto de vista social, como desde el punto de vista de salud demográfico y de la soledad, está feminizado, es decir que la mujer se ha visto discriminada.

Buscamos una sociedad sin edadismo (viejismo), sin marginación para los mayores y sin discriminación económica.

En 1950, los mayores de 65 años eran un 5 %; en el año 2000 eran un 7 %; y se pensaba que en 2050 serían un 16 %, cuando ya hoy, en 2021 se ha alcanzado esa cifra.

En el año 2002, en la reunión de Naciones Unidas en España, «Una sociedad para todas las edades. Retos y oportunidades», se aprobó el Manifiesto de Madrid, en el que figuraban diez compromisos, de distinto carácter: económico, referentes a la calidad de vida, independencia, salud y bienestar de las personas mayores, y a la perspectiva de género, porque la mayoría de las personas mayores son mujeres.

Con el envejecimiento, el ser humano se siente vulnerable ante lo inevitable: la pérdida de la salud, del dinero y de la vida; en definitiva, la pérdida del bienestar. Y precisamente la pérdida del estado de bienestar se produce cuando se es más frágil física y emocionalmente. Ya hablaba de esto el existencialismo de la tragedia griega, el *Dasein* (estar arrojado en el mundo, condenado a emprender la aciaga trayectoria de sobrevivir). Hoy, en el siglo XXI, esto sigue igual que hace 2.500 años.

¿Qué debe hacer la sociedad? La sociedad debe proteger a los mayores, para que tengan autonomía, para dar valor a lo que son y lo que hacen y darles dignidad como personas; y ello exige una perspectiva integral del análisis de la vulnerabilidad de la persona mayor.

Ya en el año 44 a.C. Cicerón, en *De senectute*, mencionaba cuatro causas por las que se agrava la vejez: porque aparta de la gestión de todos los negocios, porque la salud se debilita, porque te priva de casi todos los placeres y porque, al parecer, la muerte ya no está lejos (aquí radica precisamente la diferencia con la soledad de los jóvenes, que tienen todo un horizonte por delante).

Por lo que se refiere al perfil de las personas mayores en España, en el año 1985 las personas mayores, con 60 años, eran «añosas», ancianas. En 2021 distinguimos cuatro niveles de personas mayores: mayores jóvenes (60 a 74 años), mayores viejos (75 a 84 años), mayores longevos (85 a 99 años) y centenarios

(100 años y más, de enorme fragilidad). La edad crítica del envejecimiento son los 72 años, donde también se localiza la espada de Damocles de la pobreza.

Para 2030 habrá en España 9 millones de personas mayores, el 58 % de ellas, 5 millones, mujeres. Y nos enfrentamos al envejecimiento del envejecimiento (los mayores de 80 años), porque ya hay muchas personas longevas, tanto en el medio rural como en el urbano. Influye en ello tanto la cuestión económica como la perspectiva de género. ¿Quién va a envejecer mejor? Las mujeres urbanas con dinero, que no son la mayoría.

La esperanza de vida (al nacer), efectivamente, ha aumentado mucho en los últimos años y es mayor en las mujeres que en los hombres. Pero no interesa tanto esta como la esperanza de vida a los 65 años, que en España es muy elevada, de unos 25 años; lo que lleva a la compareciente a tratar la relación del envejecimiento no ya con la mortalidad, sino con la morbilidad.

Ciertamente, las mujeres viven más, pero no se trata solo de vivir más, sino de cómo se viven esos años de más. Hay que vivir con calidad. Esto lo ejemplifica la compareciente con la imagen de un iceberg. La punta, lo de arriba, lo que se ve, es la mortalidad y la morbilidad conocidas; lo de abajo, lo que no se ve, es la morbilidad desconocida, donde se encuentran los grupos vulnerables, las mujeres ancianas pobres.

El reto hoy no es prolongar la mortalidad, sino la morbilidad. Hace unos años, las enfermedades empezaban a los 50, pero la mortalidad llegaba a los 75 años; hoy las enfermedades empiezan igualmente a los 50 años, pero la mortalidad llega a los 85, diez años más tarde; el reto es, pues, conseguir retrasar el inicio de la morbilidad, es decir, retrasar la llegada de la enfermedad. Para eso hacen falta estudios y educación en salud desde la infancia. Y hay que intentar vivir más siendo independientes y con calidad de vida, no dependientes. Para esto hay que conocer los factores que llevan a la enfermedad y en este punto la feminización es muy importante, porque los estudios que hay sobre estas cuestiones están hechos sobre varones, cuando son las mujeres las que viven más. Ahora mismo, en España, el 32 % de la población tiene más de 80 años (3 millones de personas) y de ese porcentaje, el 65 % (2 millones) son mujeres, la mayor parte pobres (viudas con pensión mínima, que no han cotizado...).

Trata la compareciente también la cuestión de la edad biológica frente a la edad cronológica. No son lo mismo. Hoy, la mejora en las condiciones de vida en los países industrializados y los avances médicos y tecnológicos han alargado la esperanza de vida y han retrasado el deterioro físico. Muchas personas están hoy a los 80 años en mejores condiciones que hace un siglo a los 50 o los 60 años. La vejez empieza «cuando la sombra se adelanta un paso», dice la compareciente. Y explica la metáfora: la sombra se refleja cuando el horizonte está delante y nos viene la luz y nos refleja hacia atrás. Cuando el horizonte se queda detrás, la sombra va delante de nosotros. Y esa sombra son la actitud y las circunstancias; y, entre estas, la pobreza de los ancianos. Envejecen mejor los más favorecidos económicamente. Esto es una realidad. Envejecer no es, por tanto, solo una cuestión de genes. Esto es lo que se llama «sindemia».

La sindemia son los factores socioeconómicos que determinan las enfermedades, el bienestar. Esto, que se describió en los años 70 en el ámbito sociológico, ha entrado ya en el médico. Los factores sindémicos son determinantes para tener una buena calidad de salud, una buena calidad del envejecimiento.

España está dividida en dos partes, la del norte y la del sur. Hay más riesgo de pobreza y exclusión en el sur. Uno de cada 6 ancianos (16 %), se encuentra en riesgo de pobreza y exclusión social, y dos tercios son mujeres.

Otro tema que toca la compareciente es el del edadismo (*ageism*) término acuñado por R. Butler, en 1969, definido como el prejuicio institucional e individual contra las personas mayores, estereotipándolas, mitificándolas, desaprobándolas y evitándolas. Esta discriminación por edad está muy interiorizada, incluso por personas que en otras cuestiones son progresistas y entre los propios viejos. Es inconsciente y está tan metida en nuestros hábitos que ni siquiera sabemos reconocerla.

Recoge la compareciente algunas conductas típicamente edadistas: preguntar sistemáticamente a las viejas por su salud, halagarlas diciendo que aparentan menos años, felicitarlas y sorprenderse cuando hacen algo que en personas de otra edad se considera normal.

Hay —dice la compareciente— que llamar a las cosas por su nombre. El término «viejo» tiene un componente peyorativo en la palabra «viejo»; sin embargo, no es un término humillante, no es un insulto, es una simple descripción fáctica de tener una edad. Y el cuerpo es un campo de batalla para la mujer.

El miedo a la vejez se produce por «el reconocimiento de que uno no está viviendo la vida que desea» (Susan Sontag). Es equivalente a la sensación de estar usando mal el presente. Envejecer es más un juicio social que un acontecer biológico. Hay que saber vivir con una edad, teniendo una vida digna y con medios suficientes para ello. Esto es lo que hay que dar a las personas mayores, porque cada una es única y tiene unas circunstancias diferentes.

Enlazando con esto, se refiere la compareciente a la diferente forma en que afecta el envejecimiento a los hombres y a las mujeres: «la conspiración del silencio»: Ocurre porque el envejecimiento no es solo un hecho biológico, sino también cultural. Y el edadismo es también una forma de sexismo. La mujer sufre la doble discriminación de ser mujer y vieja; a lo que se puede añadir otro tercer elemento, la pobreza, que también tiene un sesgo de género; pero esto cambiará, afirma la compareciente, porque es una cuestión de igualdad que hay que reivindicar.

A continuación, pasa la compareciente a referirse a la cuestión del cuidado. Las cuidadoras universales son las mujeres menores de 65 años, que cuidan a todos, a niños, a adultos y a ancianos. Pero las de mayores de 65 también cuidan, a su pareja, y no al revés. Esto es así porque las mujeres mayores se siguen sintiendo subordinadas, obligadas al cuidado y, si lo dejan, dejan de sentirse útiles y se deprimen. Es terrible, pero muy frecuente. Otra cuestión interesante en este punto es la soledad de la cuidadora (aun en compañía, rodeada de personas).

Simone de Beauvoir escribió en 1970 «La vejez», donde hacía reflexiones muy interesantes que no han perdido vigencia, tales como que «los políticos se equivocan al pensar que nunca llegarán a viejos»; que durante los quince o veinte últimos años de su vida un hombre o una mujer no sea más que un desecho es prueba del fracaso de nuestra civilización; en el futuro que nos aguarda está en juego el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos. «Los ancianos están vivos, pero para el resto del mundo ya no están en este mundo».

En otras épocas, a los varones, en la vejez, se les apartaba de la esfera pública y privada. Ahora, los hombres mayores tienen dinero, poder y respeto. Las mujeres, en cambio, no. Los hombres con edad «maduran», las mujeres «envejecen». Hay una gerontología femenina. Lo femenino como construcción social es vivir en el cuerpo de una mujer vieja, mujer a la que socialmente se la ha visto siempre con una hiperrepresentación de lo corporal y sexual. De ahí que el envejecimiento afecte a las mujeres, psicológica y mentalmente, y también físicamente.

¿Cuáles son los valores de la vejez?: vivimos más años, se han perdido funciones básicas, no se tiene respeto a la experiencia y se pierde el poder social.

En 2001, en San Diego, se creó el *Old woman movement*, para luchar contra el edadismo femenino, deconstruyendo los estereotipos sobre las viejas y contra el «tokenismo» (de *token*, símbolo) femenino, que exhibe como referentes femeninos a quienes son la excepción a la regla para mantener el *statu quo* y ocultar la discriminación.

Hay que promover el envejecimiento saludable en las mujeres, porque hoy hay «jóvenes de edades maduras», muy activas, con un papel relevante en nuestros entornos y que viven la etapa de la vejez de un modo muy fructífero. Y hay que desarrollar la *silver economy* (Helen Kivnick), esto es, que puede ser un nicho económico, porque hay tantos mayores, que hay que hacer productos que los mayores necesitan y consumen (balnearios, aparatos para hacer la vida más saludable, alimentos...).

Nada envejece más que pensar obsesivamente que nos hacemos viejos sentirnos viejos, lo que entronca con la actitud de desánimo ante el paso del tiempo, que hay que cambiar.

Laura Carstensen, fundadora del centro para la longevidad de Standford, habla de la selectividad socioemocional y el positivismo de la vejez, es decir, el bienestar subjetivo que hay que transmitir a todas las personas mayores y, especialmente, a las mujeres; por eso, a los mayores hay que hacerles saber que son sabios, enseñarles a gestionar las emociones y establecer prioridades; porque las personas mayores, si las enseñamos a esto, olvidan lo malo y recuerdan lo bueno, y, salvo que tengan demencia senil, Alzheimer, recuerdan el pasado y acusan menos depresión y ansiedad.

A Rita Levi-Montalcini, premio Nobel de Medicina, le preguntaron cómo se sentía al cumplir los años. Y contestó: «Me siento estupenda. Oigo con audífono y veo poco, pero el cerebro funciona mejor que nunca. Acumulas experiencia y aprendes a descartar lo que no sirve». Este es el secreto de los cerebros de los mayores y lo que puede enseñar a los jóvenes.

Trata también la compareciente el tema de la soledad. La soledad —dice— tiene nombre de mujer, y de mujer vieja.

Para estudiar la soledad hay que analizar distintos aspectos: qué es la soledad, la diferencia entre la soledad deseada y la no deseada, el aumento de la soledad con la edad, las causas, las consecuencias, los distintos tipos de soledades... El problema de la soledad tiene tal envergadura que hay países con un Ministerio de la Soledad (Reino Unido y Japón).

Y explica el gráfico del círculo vicioso de la soledad, en el que se muestra cómo, al principio, hay salida, pero según pasa el tiempo, la soledad va comiendo a la persona.

La soledad puede tener un interés político porque afecta a la salud y al bienestar, aumenta el riesgo de mortalidad, de enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas, de ansiedad, depresión y aumenta el

gasto en salud y sistemas de cuidados. La soledad requiere una respuesta gubernamental coordinada, un pacto entre distintos partidos políticos para ver cuáles son las causas de la soledad —que no es una, sino muchas— en cada sociedad y desarrollar políticas e intervenciones para reducirla.

Para abordar el problema de la soledad es fundamental la detección precoz. Para ello, es preciso realizar mapas de la soledad, determinar quién está en riesgo, qué características tiene y qué acciones se deben activar; las soluciones deben ser «a medida», personalizadas en función de cada uno. Porque cada soledad es única; no hay una sola soledad, sino muchas soledades.

Finaliza su comparecencia la Sra. Herrero Ezquerro con una reflexión: ignorar a los ancianos es una ingratitud y pone de manifiesto la incapacidad de un Estado para garantizar un sistema de impartición de justicia social a los que han levantado este país.

7. SESIÓN DE 3 DE MARZO DE 2021

7.1. Comparecencia de la Presidenta de la Asociación Unión Profesional, Dña. Victoria Ortega Benito.

Tras su reconocimiento expreso a los mayores que han sufrido los efectos de la pandemia, en una sociedad que se supone avanzada, y que se han visto al final de sus días en una situación de soledad, alejados de sus seres queridos, la compareciente pasa a presentar a la Asociación Unión Profesional, una entidad de carácter asociativo, que agrupa a las profesiones colegiadas españolas, constituida en 1980, para la defensa de los intereses comunes de las profesiones y la consecución coordinada de las funciones de interés social. Está integrada por 37 Consejos Generales y Superiores y Colegios Profesionales de ámbito estatal que, juntos, aglutinan cerca de 1.000 colegios profesionales y millón y medio de profesionales liberales en todo el territorio. Unión Profesional es fruto del compromiso de las profesiones con el impulso y defensa de la cultura y los valores profesionales en la sociedad. Representa la garantía institucional del buen hacer profesional.

Entrando en el tema objeto de la compareciente, la Sra. Ortega Benito señala que los registros de **longevidad** de las sociedades desarrolladas son uno de los mayores logros de la humanidad; hoy en día, la esperanza de vida se extiende más allá de lo que se vive. El mito del logro de la inmortalidad se traduce en una realidad cada vez más presente.

Ejemplo de esto es que, en España, según la OCDE en 2050, habrá 77 jubilados por cada 100 españoles en edad de trabajar. Según el INE, el peso de la población mayor de 67 años, en 2050, se duplicará, llegando al 32,8 %. Si a principios del siglo XX el 33 % de la población europea alcanzaba los 65 años, hoy este porcentaje correspondería al de la población mayor de 90 años.

Por eso, las sociedades longevas deben, desde el entendimiento de la realidad psicosocial del anciano, poner en el epicentro de todas las políticas económicas y sociales la búsqueda de una vejez digna, potenciando una visión inclusiva y equitativa. La longevidad es un reto que compromete a todas las áreas del conocimiento, un logro social que hay que apuntalar en todos los ámbitos de la gestión, pública y privada, evitando que afloren los riesgos que pueden materializarse en desigualdades sociales.

La edad legal de jubilación no guarda relación con el envejecimiento personal, del mismo modo que la tercera edad no significa nada en sí misma porque hay una diversidad enorme dentro de este colectivo.

La economía del envejecimiento debe aportar herramientas analíticas adecuadas que permitan la asignación eficiente de los recursos económicos de una sociedad ya envejecida, con buena salud y plenas capacidades, y que se encamina hacia una sociedad centenaria.

El abordaje del envejecimiento como un proceso de fragilidad medible permite entender los efectos de los cambios de estilos de vida y las potencialidades que prometen la medicina antiedad y la tecnología biomédica, que ayudarán a que la vejez sea, en parte, una decisión personal.

Este «rejuvenecimiento» biológico tiene ya consecuencias visibles en la economía (altera la industria del seguro, por ejemplo), pero merece una reflexión ética: por su alto coste, los tratamientos antiedad solo son accesibles a personas con un elevado poder adquisitivo.

A continuación, pasa la compareciente a hablar de los **retos** que plantea la longevidad, comenzando por la necesidad de aprobar una **ley integral de protección del envejecimiento**: la edad de jubilación, los avances de los cuidados, los matices de la economía del envejecimiento, el derecho a la atención digna en esta etapa de la vida... son aspectos que merecen ser específicamente regulados.

La **sostenibilidad del sistema público de pensiones**, que se ve comprometido por la demografía poblacional, es otro gran reto. Cuando se implantó nuestro sistema público de pensiones (con Antonio

Maura), con aportaciones del Estado, de los trabajadores y de la empresa, la pensión diaria en España era de 1 peseta. Para mantener en la actualidad la situación, menciona la compareciente dos instrumentos:

- La Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, una oportunidad para identificar a los mayores como un grupo homogéneo en este marco y no dejarlos atrás.
- Los Planes de recuperación, transformación y resiliencia, en la octava de cuyas diez políticas palancas, tiene cabida la protección de este colectivo con necesidades tan diversas.

En cuanto a las problemáticas detectadas en el proceso de envejecimiento **del profesional**, señala la compareciente las siguientes:

- La connotación negativa de la jubilación y una cierta rebeldía.
- La pérdida de competitividad y salida progresiva de la vida laboral.
- La inadaptación a los cambios tecnológicos.
- La dificultad para definir demandas y acciones.
- La interrupción del proyecto vital que se haya tenido.
- La llegada repentina de cambios que exigirían un tiempo de adaptación.
- La cobertura sanitaria suficiente.
- Los cambios de estatus social.
- La drástica disminución, en ocasiones, de ingresos.
- La falta de reconocimiento a la diversidad en el proceso de jubilación social.
- La pérdida progresiva del valor del reconocimiento experto.

Frente a esta problemática, hay, no obstante, un ámbito positivo en la jubilación:

- Desarrollo de actividades relacionadas (por ejemplo, comité asesor, docencia).
- Posibilidad de orientarse a otras profesiones: arte, cultura, literatura...
- Dedicación y apoyo a la familia.
- Desarrollo de habilidades y ocio.
- Participación en funciones de carácter asociativo.

A partir de todo lo expuesto, la compareciente concreta su propuesta en varios aspectos:

• **Sostenibilidad de las pensiones.** En relación con ellas, se habla de reformas, de la situación del Pacto de Toledo, de los intereses de las aseguradoras, de manifestaciones, propuestas de sindicatos... Todo ello lleva a un desconcierto generalizado sobre el futuro de las pensiones. Esta falta de credibilidad es preocupante porque las rentas de la jubilación proceden de las pensiones de reparto. Sería absolutamente necesario articular la confianza en el futuro de las pensiones públicas, puesto que la preocupación central de los jubilados es mantener un estatus o calidad al final de la vida, lo que exige una respuesta.

• **Economía en el envejecimiento.** El consumo de los mayores representa el 40 % del consumo mundial. Se hace precisa una regulación detallada de distintos ámbitos en este punto: los impuestos, las viviendas (distintos tipos), la salud, la gestión patrimonial, el mercado de trabajo, los productos y el marketing, la contracción del consumo en esta etapa, el ocio, el trabajo experto del jubilado, la valoración de los beneficios sociales del cuidado a la familia, la menor tasa de delincuencia.... La economía del envejecimiento debe ser el instrumento que asegure el pacto social intra e intergeneracional sobre la base de una vejez digna en cualquiera de sus tres etapas (jubilados activos, ralentizados y necesitados).

• **Fortalecimiento y regulación del desarrollo de la economía de cuidados.** La economía de los cuidados debe ser el eje sobre el que gire la toma de decisiones políticas y de bienestar en España y en los países de nuestro entorno. La cobertura pública de cuidados de larga duración en España ha tenido una orientación distinta a la de otros países. El punto de partida deben ser, en primer lugar, los objetivos propuestos por Naciones Unidas en el marco de la década 20-30, que sitúan a las personas en el centro de una estrategia en la que deben confluir gobiernos y sociedad civil; y, en segundo lugar, los acontecimientos vividos a consecuencia de la pandemia del COVID-19, que han puesto de manifiesto la necesidad de potenciar aquello que pueda frenar la exposición de los mayores a grandes riesgos. Potenciar la vida autónoma e independiente de los mayores, así como diseñar entornos en los que la salud quede garantizada es absolutamente necesario en este momento. Además, el desarrollo de las políticas de cuidados ha de ir acompañado de indicadores de calidad y eficiencia.

- **La revolución digital**, que afectará al empleo y también a la jubilación. El empleo va a cambiar impulsado por la robotización. La inteligencia artificial se hará cargo de un alto porcentaje de tareas repetitivas y de otras nuevas que irán surgiendo. En todos estos procesos, el factor humano seguirá siendo decisivo, pero la revolución digital destruirá empleos, reducirá salarios y aumentará la desigualdad si no se adoptan las medidas necesarias. Y será decisiva también en relación a la edad de jubilación.

- **La gestión de la diversidad**, de la que dice la compareciente que no es una opción, sino una obligación. No se trata de una cuestión de reputación social, sino de un elemento estratégico que influye en la resolución de conflictos para crear un clima de confianza. Los modelos tradicionales de gestión de recursos humanos no están adaptados a esta forma de trabajo. En esta situación, el objetivo central es el talento, el conocimiento que debe ser transferido de unas generaciones a otras, en un ámbito bidireccional.

Antes de terminar, la compareciente quiere hacer mención de la especial relevancia que tiene la observancia de los derechos humanos en las personas mayores. Gozan de todos los derechos y debe reivindicarse su respeto.

En **conclusión**, son tres los pilares fundamentales:

- La necesidad de participación plena en el desarrollo y evolución de las sociedades. El fomento de una sociedad inclusiva, para que las personas de edad puedan realizar tareas remuneradas, formando parte de una economía estructurada y sostenible, poniendo en valor su experiencia y conocimiento y sin perjudicar las oportunidades laborales de los jóvenes. La tecnología puede utilizarse para unir a las personas y reducir la marginación. Y no hay que olvidarse de la España despoblada, que también hay que integrar.

- Garantizar el bienestar, en todos los ámbitos y en todas las fases, de las personas de edad, que deben disponer de la atención y los servicios de salud necesarios, con especial hincapié de la prevención.

- Crear un entorno adecuado e inclusivo para que las personas mayores puedan sentirse seguras.

Todo ello con un **objetivo**: entender el envejecimiento como logro social que lleva a alcanzar la senectud con una vida plena, en armonía con las limitaciones propias de la edad alcanzada, pero llena de oportunidades.

7.2. Comparecencia del Secretario de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Castilla y León y Jefe de Sección de las Residencias de la Diputación Provincial de Burgos, D. Álvaro Da Silva González.

El compareciente da inicio a su exposición mostrando la preocupación, desde el punto de vista de la geriatría y de la gerontología, por el fenómeno del envejecimiento y recordando la situación de la población en España: evoluciona de forma dispar, de modo que, mientras en algunas zonas la población aumenta, en otras decrece.

Centrándose en su Comunidad Autónoma de procedencia, Castilla y León, esta es una de las que presenta un mayor decrecimiento poblacional; además, la población está dispersa, lo cual es un auténtico problema; la media de edad de la población es cada vez más alta y el acceso a los servicios, muchas veces, complicado.

En cuanto al índice de envejecimiento (la proporción entre los mayores de 65 años y los menores de 20), tres Comunidades Autónomas lo lideran: Asturias, Castilla y León y Galicia. En Castilla y León, el 25,4 % de su población (uno de cada cuatro) tiene más de 65 años (la media en España es del 19 %).

El envejecimiento, para el compareciente, puede plantearse como un problema o como una oportunidad.

- Como un **problema**, preocupa si se podrán pagar las pensiones y si se podrá hacer frente al gasto sanitario.

- Como una **oportunidad**, el envejecimiento es una oportunidad de redefinirnos a lo largo de una vida cada vez más larga como y una oportunidad de intercambio generacional (de bienes inmateriales, experiencia, educación, valores).

Frente al envejecimiento —dice el compareciente— tenemos como sociedad una serie de **deberes**:

- Potenciar los programas de investigación para combatir el envejecimiento a nivel molecular.

- Participar en el debate de las terapias antienviejimiento o de prevención del envejecimiento (ciertas o falsas).
- Introducir el envejecimiento o la geriatría como prioridad en todas las disciplinas académicas que tengan que ver con el tratamiento a los mayores: medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social.

En geriatría, una cuestión básica es la función, que debemos mantener y recuperar si se pierde. Hasta los 30 años, mejora la reserva funcional, que se mantiene hasta los 50, y, a partir de los 50, empieza el declive funcional.

Para mantener, mejorar y recuperar la reserva funcional hay una serie de **Estrategias transversales**, en lo físico, cognitivo y social:

- **En lo físico:** actividad física, dieta mediterránea, no fumar, no beber, controlar el peso.
- **En lo cognitivo:** mantenimiento de las habilidades cognitivas, cada vez hay más recursos para ello (tecnología).
- **En lo social:** mantener el entorno y las relaciones sociales.

En cuanto a los **modelos de cuidados**, se refiere el compareciente a tres niveles:

- Cuidados en casa por personal no profesional: familia, amigos, personas del entorno. Es el más frecuente y eficiente.
- Cuidado en casa por ayuda profesional: ayuda a domicilio.
- El último, el cuidado profesional en centros (institucional). Es el último nivel. Cada vez en los centros ingresan personas de más edad, en peores condiciones físicas y con más comorbilidad.

En relación con este último nivel está la cuestión de los **hospitales y residencias**, que, hasta ahora se han gestionado de un determinado modo, pero que requieren un cambio. Se hace preciso, en relación a los primeros, crear servicios de geriatría en los hospitales, así como la coordinación de los servicios sanitarios con los sociales.

En cuanto a las residencias, también van hacia un modelo diferente. El 80 % en Castilla y León es privada-concertada y el 20 % pública. Se está, igualmente, en proceso de cambio porque las plazas de las residencias públicas son muy caras, dado que la atención que se ofrece es muy especializada; frente a ello, plantea el compareciente establecer varios niveles residenciales: residencias medicalizadas, residencias mixtas (medicalizadas, pero con menores recursos) y residencias sin medicalizar (atendidas solo con auxiliares de geriatría). Las residencias post COVID-19, además, incluirán todo lo que nos ha enseñado la pandemia en cuanto a infraestructuras, sectorización, aislamientos...

Siguiendo con los **deberes** que tenemos como sociedad, se refiere a ellos de nuevo el compareciente, distinguiendo el aspecto social y el aspecto sanitario:

- **En el aspecto social:**

- Acreditación de la calidad de los servicios sociales.
- Promover la atención centrada en la persona, a partir de la que se crean las unidades de convivencia.
- Adecuar la financiación a una población muy compleja, multipatológica, con muchos problemas físicos, cognitivos, etc.
- Diversificar la cartera de servicios, con especial hincapié en los servicios domiciliarios.

- **En el aspecto sanitario:**

- Garantizar servicios de geriatría en todos los hospitales generales.
- Potenciar alternativas a la hospitalización.
- No establecer copagos para personas con rentas bajas.
- Transparencia para los ciudadanos, que deben saber lo que cuestan los cuidados, muy especializados, que se les dan.

Pasando a abordar la cuestión de la **tecnología**, subraya el compareciente junto a su desarrollo imparable y su utilidad (las apps para seguimiento, los Big Data para diagnóstico y tratamiento, la tecnología

aplicada al hogar...), sus limitaciones: la aceptación y comprensión de las herramientas, la eficiencia, estandarización y su coste.

Por lo que se refiere a los **profesionales**, el panorama es el siguiente: el 44 % de los médicos de atención primaria tiene 58 años o más y, por tanto, se jubilarán en los próximos 10 años. De modo que, en pocos años, no habrá médicos para atender a los mayores. En esta situación, hay que pensar en utilizar otro recurso: los profesionales que forman parte de los equipos de gerontología.

En cuanto a las propuestas **del Plan de Choque para el impulso del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**, subraya el compareciente la importancia de tres:

- El incremento de las horas de ayuda a domicilio, especialmente en los pueblos (los mayores prefieren envejecer en casa).
- El incremento del nivel mínimo de financiación.
- Valorar el sistema del copago.
- Reconocer la aportación de las entidades locales.

En relación con el problema de los frágiles (20 % de la población), define el compareciente la **fragilidad** como el estado en que cualquier mínima descompensación lleva a la hospitalización y a ser dependientes.

La Organización Mundial de la Salud da catorce criterios de fragilidad; entre ellos, las patologías crónicas, la insuficiencia cardíaca, las patologías degenerativas, la polimedicación...

La fragilidad es un problema social porque se utiliza un servicio público (un hospital, una residencia) para solucionarlo, cuando es una situación que se revierte en doce semanas con actividad física, con ajustes en la medicación y una buena nutrición. Una buena solución para este problema sería la ayuda a domicilio. Habría que hacer prevención y pedagogía sobre esto.

Las **propuestas** para el nuevo modelo de nivel asistencial, desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología son las siguientes:

- Promoción de la autonomía.
- Potenciación de la comunidad, como aportadora de los servicios básicos.
- Servicios domiciliarios.
- Centros de día más terapéuticos e integrados con los de salud, un recurso utilísimo que hay que usar hasta llegar a la situación de dependencia.
- Más viviendas accesibles, saludables y con servicios.
- Residencias solo las imprescindibles y adaptadas al COVID-19.
- Todo ello con la participación de las autoridades locales, de los ciudadanos y de forma transparente.

Finaliza el compareciente su intervención ante la Ponencia con las conclusiones de todo lo expuesto:

- El envejecimiento es una oportunidad.
- Introducir el envejecimiento como prioridad en todas las disciplinas académicas.
- Mejora de la reserva funcional y disminuir el declive funcional.
- Estrategias transversales.
- Adaptar hospitales y residencias de mayores.
- Actualizar la cartera de servicios sociales, sanitarios y garantizar la transparencia.
- Actualización de las tecnologías adaptadas al envejecimiento.
- Mejora de las *ratios* de los profesionales.
- Potenciar los cuidados domiciliarios.
- Prevención y formación en fragilidad del mayor.
- Nuevos modelo en los niveles asistenciales.

7.3. Comparecencia de la Presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, Dña. María Ángeles Carmona Vergara.

Centra la compareciente su intervención en las mujeres ancianas víctimas de la violencia de género, a partir de los datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, relativos a las 1000 mujeres asesinadas por violencia de género entre 2003 y 2020.

- Las mujeres asesinadas por violencia de género mayores de 65 años, en este período de tiempo, son 129, un 11,9 %, una cifra muy elevada teniendo en cuenta que las mayores de 65 años son un 23,6 %

de la población total, lo que implica que la ancianidad es un indicador de vulnerabilidad muy grave. La mujer asesinada por violencia de género de más edad tenía 95 (en León, en 2019).

- Si vemos la secuencia por años, el número oscila entre 8 y 11.
- Por territorios, Andalucía encabeza la lista (34) pero hay asesinatos por violencia de género en todas las Comunidades Autónomas (en la que menos, al menos 2).

- La relación que tenían con sus asesinos cuando fueron asesinadas era, en la mayoría de los casos, el vínculo matrimonial, convivían en casa con su maltratador y sufrían violencia habitual a lo largo de su vida. El domicilio es el lugar en el que se producen casi todos los asesinatos, el lugar donde se supone que las mujeres tienen menos capacidad de respuesta, y por tanto más indefensión. El Tribunal Supremo, en su Sentencia 247/2018 habla de «escenario del miedo». La vulnerabilidad ha subido en los últimos tiempos debido al confinamiento o la limitación de la movilidad exigidos por el COVID-19.

- La mayoría de los casos (81 %) son asesinatos, no homicidios. Este es un rasgo general, pero que se acrecienta en las mujeres mayores. Concurren agravantes tales como la alevosía u otros agravantes. Se trata de la alevosía convivencial o de género, ligada a la relajación de los recursos defensivos como consecuencia de la imprevisibilidad del ataque en el ámbito de una relación afectiva y en el ámbito del domicilio.

- Otro factor de vulnerabilidad tremendo es la maternidad, Casi todas las mujeres asesinadas por violencia de género son madres (75,6 %); en el caso de las mujeres mayores de 65 años (84,6 %), con hijos mayores de edad.

¿Por qué no se denuncian estos hechos? La citada sentencia 247/2018 del Tribunal Supremo habla de un «silencio cómplice» en materia de violencia sobre la mujer. De ahí la importancia de la sensibilización y la concienciación del entorno de la víctima.

- Existe el mito de que las mujeres asesinadas son, sobre todo, extranjeras, pero las cifras lo desmienten. Solo son extranjeras el 11,6 % de las mujeres asesinadas mayores de 65 años; la mayoría (88,4 %) son españolas.

- Más del 90 % de mujeres víctimas de violencia de género mayores de 65 años no denunciaron nunca, cuando casi siempre habían sufrido violencia antes; solo 12 sobre 129 denunciaron esa violencia, que empieza siendo muy sutil y se va incrementando hasta llegar a los delitos más graves, sin que se pueda cortar esa escalada si no se denuncia.

Por lo que se refiere a las consecuencias psicológicas y sociales que sufren estas mujeres, pone de relieve la compareciente el choque frustrante entre las expectativas de la víctima y la realidad institucional, cuando no se ven amparadas porque no reciben el trato que ellas piensan que les deben ofrecer las instituciones («revictimización» secundaria). Es importante no «revictimizar» a estas mujeres, no hacerlas culpables, máxime cuando se encuentran en situación de especial vulnerabilidad y muchas de ellas normalizan estos comportamientos, los minimizan y los asumen hasta el punto de no reconocerse víctimas.

El propio Tribunal Supremo ha advertido de que el retraso en denunciar no debe ir en contra de la credibilidad de la víctima, que no significa falsedad en la declaración, sino que, por el contrario, es perfectamente admisible entender veraz esa declaración por las especiales características de los hechos de maltrato (terror o pánico a denunciar).

En relación con el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, por lo que afecta a las mujeres mayores, remarca la compareciente la importancia de la ventanilla única para evitar el «peregrinaje» institucional y facilitar la declaración.

Desde el Consejo General del Poder Judicial se ha propuesto también la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, con el fin de articular un sistema para proteger a las mujeres víctimas de violencia de género que se acogen a la dispensa de no declarar contra su maltratador (art. 416 LECr).

Para finalizar, menciona la compareciente algunas **medidas** de las incluidas en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, especialmente importantes para las mujeres mayores de 65 años:

- Tener en cuenta y visibilizar en las campañas de sensibilización a las mujeres mayores, para que sepan que no hay que tolerar, que hay muchos recursos y dónde tienen que acudir.

- Realizar estudios sobre la situación de las mujeres mayores de 65 años que sufren violencia de género y preparar recursos adaptados a ellas.

- Hacer un seguimiento individualizado de cada situación de violencia de género desde el inicio, con identificación de los problemas que impiden la toma de conciencia ante el riesgo y de los factores que pudieran activarla.

- Elaborar propuestas sobre la necesidad de un reforzamiento psicológico para con las víctimas, con el fin de atajar factores que pudieran incidir en su falta de autoestima y en su capacidad para romper la dependencia con el maltratador.
- Elaborar propuestas para mejorar el apoyo social, educativo, formación e inserción laboral, y también sobre la necesidad de articular ayudas, incluso económicas por carecer de recursos, o la prioridad para acceder a casas de acogida o pisos tutelados, viviendas públicas o residencias de mayores.
- Elaborar propuestas para contribuir a la articulación del plan de seguridad y mejorar la valoración del riesgo, desde la alerta ante amenazas y hostigamientos que pudiera estar recibiendo la víctima hasta supuestos arrepentimientos del agresor.
- Acompañar en la interposición de la denuncia en los procesos de separación, así como en el proceso judicial seguido al efecto por el delito de violencia de género, con el fin de reforzar su decisión.
- Incrementar la atención a las víctimas en las zonas rurales, con un mayor número de centros de acogida y/o de información, en coordinación con las Comunidades Autónomas.
- Impulsar las asociaciones de mujeres en el ámbito rural para ayudar a las víctimas.
- Realizar un estudio de la situación de las mujeres víctimas de violencia de género en el mundo rural, para analizar actuaciones policiales, respuesta penal, asistencia sanitaria, jurídica y asistencial.
- Impulsar la Ley 35/2011, de 4 de octubre, sobre titularidad compartida de las explotaciones agrarias.
- En el ámbito local, establecer Comisiones y Consejos locales de igualdad en los Ayuntamientos.
- Facilitar la posibilidad de desplazamiento de las mujeres víctimas para acudir a los servicios especializados.
- Diseñar protocolos específicos —o incorporar medidas especializadas en los que ya existen— para la atención de mujeres de colectivos más vulnerables, como las mujeres mayores, mujeres con discapacidad o mujeres migrantes en situación irregular.

7.4. Comparecencia del exvicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), D. Julio Sánchez Fierro.

El compareciente inicia su exposición ofreciendo algunos datos relativos a la evolución drástica de nuestra estructura demográfica, en función del aumento de la esperanza de vida y del descenso de la natalidad:

- España, a día de hoy, es uno de los países con mayor esperanza de vida (80 años para los hombres y 85 para las mujeres), y todo apunta a que en 2050 estemos a la cabeza del mundo.
- Si ahora los mayores de 65 años son el 19,6 % de nuestra población, en 2050 equivaldrán al 36 %.

En este horizonte, plagado de incertidumbres, dos enfoques pueden adoptar los poderes públicos para abordar los necesarios cambios políticos, económicos, sociales, sanitarios y culturales exigidos por la nueva estructura demográfica: el del envejecimiento (que pone el foco en los problemas que los mayores suponen para el Estado y las cuentas públicas) o el de la longevidad (que acentúa el éxito que supone para la humanidad la prolongación de la vida). En realidad, envejecimiento y longevidad son dos caras de la misma moneda, de modo que será necesario ponderar ambos enfoques.

Se muestra el compareciente, ya desde el inicio, partidario de aprobar una Estrategia en favor de los mayores que respete el protagonismo de estos, que les permita participar y sentirse «empoderados», un derecho reconocido por diversos acuerdos y convenios internacionales (Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad de 1991, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, la Carta Social Europea, la Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional de 2012 o la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de Madrid 2002).

Antes de plantear el contenido de dicha Estrategia, menciona el compareciente algunos datos y hechos relevantes:

- Los relativos a los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre los mayores (más de 30.000 fallecidos en residencias, además de elevados ingresos hospitalarios y afectados por graves secuelas respiratorias, cardiovasculares y neurológicas), a los problemas de coordinación sociosanitaria, insuficiencia de recursos humanos, déficit de medidas de prevención, dificultades de información y comunicación con las familias.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 57

— El lugar donde viven los mayores: solos en su domicilio (más de 300.000), o con su familia, o en residencias (casi 400.000, casi todos mayores de 80 años; 100.000 en residencias públicas, con una distribución y un coste muy desigual según la Comunidad Autónoma, que oscila entre los 98 euros diarios en País Vasco y los 45 de Extremadura).

— Su estado de salud: es habitual que los mayores padezcan simultáneamente varias patologías, muchas de carácter crónico e invalidantes (las más comunes, degeneración macular, pérdida de audición, artrosis y deterioro cognitivo, en particular el Alzheimer).

— La protección por dependencia, que arroja listas de espera inaceptables. La financiación, los procedimientos de evaluación y el baremo requieren profundos cambios.

— La «brecha digital», que alcanza al 60 % de los mayores de 70 años, con las consiguientes dificultades de accesibilidad y para la teleasistencia, y que supone un riesgo de «deshumanización».

— Las pensiones, fundamentales para la vulnerable economía de más de nueve millones de mayores. Por esta razón, se detiene el compareciente en hacer una referencia más detallada a esta cuestión.

Son muchos los problemas que acumula nuestro sistema público de pensiones; en particular, el de la sostenibilidad: cómo financiar un presupuesto, que asciende a 123.297 millones de euros, con una nómina mensual de 10.000 millones de euros. Este problema se ha agudizado por la abrupta caída de nuestra economía con la crisis del 2008 (y ahora con la ocasionada por la pandemia del COVID-19) y por el hundimiento del empleo.

No cabe duda de que nuestro sistema de pensiones tendrá que afrontar reformas (exigidas, además de por el sentido común, por la Comisión Europea) y el camino no puede ser otro que el del diálogo y el consenso, renovando el anterior Pacto de Toledo, hoy dificultado por los desacuerdos políticos en torno a temas como la edad de jubilación, el periodo de años que se tiene en cuenta para el cálculo de la pensión, el factor de sostenibilidad, la jubilación anticipada, la relación de la pensión mínima con el salario mínimo interprofesional y los planes de pensiones complementarios.

Pasando a la cuestión crucial de las medidas que habrían de incluirse en una Estrategia integral para los mayores, las enmarca el compareciente dentro del mandato del artículo 50 de nuestra Constitución (que ordena a los poderes públicos garantizar «suficiencia económica» a los ciudadanos durante la tercera edad y promover su «bienestar» mediante un sistema de servicios sociales para atender sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio) y las agrupa en cuatro grandes paquetes:

○ **Medidas político-institucionales:**

- Acordar un Pacto de Estado para la defensa y promoción de los derechos de las personas mayores, negociado y suscrito por el Gobierno, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los agentes sociales y los representantes de las personas mayores.

- Encomendar al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la autonomía y atención a la Dependencia y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la adopción de cuantos acuerdos sean necesarios para desarrollar el referido Plan de Acción.

- Acordar una agenda de reformas legales y reglamentarias para implementar el Plan de Acción.
- Establecer una Comisión Mixta Congreso-Senado para llevar a cabo su seguimiento.

○ **Medidas económicas:**

- Revisar las 21 Recomendaciones de la Comisión del Pacto de Toledo, de octubre de 2020, a fin de reforzar y completar el consenso sobre los temas pendientes.

- Valorar, a efectos de la prolongación voluntaria de la vida activa, cuáles sean los incentivos, cuál el estado de salud del trabajador mayor y cuáles las oportunidades reales de empleo en función de los sectores económicos, del puesto de trabajo y de la formación requerida.

○ **Medidas sociales:**

- Proteger la libertad de elección de las personas mayores en materia de vivienda, promoviendo al efecto un programa de rehabilitación y accesibilidad de viviendas antiguas, alquileres y de mejora de las infraestructuras de las residencias de mayores.

- Velar, en materia de residencias (públicas, privadas o concertadas) por la suficiencia de recursos humanos formados y estables, la equidad en el acceso, la homogeneización de los módulos de estancia coste/día, protocolos de coordinación sociosanitaria y programas de cultura y ocio.

- Coordinar el Plan de Choque 2021/2023 del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con los objetivos del Plan de Acción, con el fin de optimizar la aplicación de los fondos europeos *Next Generation* en lo relativo a teleasistencia avanzada, nuevas infraestructuras residenciales y conexión con los centros de atención primaria.

- Reformar la Ley de Dependencia, para mejorar su funcionamiento y conseguir una mayor eficiencia (en especial, reducir listas de espera, mejorar el modelo de financiación, el catálogo de prestaciones y los servicios y los procedimientos de evaluación).

- Establecer programas culturales y de ocio.

- Regular los servicios sociales domiciliarios para garantizar su calidad, la privacidad del hogar y la seguridad de los mayores, en particular la de quienes viven solos, evitando los riesgos de una teleasistencia deshumanizada y teniendo en cuenta las características específicas del medio, rural o urbano.

- Adoptar medidas de formación e información para superar la «brecha digital» y acotar los riesgos que para los mayores puedan derivarse del comercio electrónico.

- Regular medidas y establecer protocolos contra la discriminación laboral y contra todo tipo de violencia.

- Fomentar el voluntariado para y entre las personas mayores.

- **Medidas sanitarias:**

- Acordar programas de salud pública orientados a los mayores (información, vacunación, hábitos saludables, alimentación, ejercicio físico).

- Acordar una Estrategia estatal específica para personas mayores frente a patologías de alta prevalencia y crónicas.

- Apoyar telemáticamente a los mayores en su relación con la atención primaria.

- Establecer protocolos para derivación hospitalaria.

- Crear en los hospitales unidades de Ortogeriatría (para caídas y prótesis, singularmente).

- Mejorar la bioapariencia de los medicamentos para evitar la confusión.

- Suprimir los visados para el acceso a medicamentos prescritos a pacientes mayores crónicos y regular su entrega a domicilio.

- Promover la adherencia a la terapia prescrita a través de la farmacia comunitaria.

- Revisar y actualizar la prestación ortoprotésica y su modelo de financiación.

- Apoyar la investigación y la especialidad de Geriatría, los Cuidados enfermeros, la Fisioterapia y la Psicología clínica del envejecimiento.

- Regular la función de gestor de casos.

- Elaborar protocolos de atención a los mayores a fin de coordinar las competencias de las Consejerías de Salud y de Servicios Sociales y constituir, a nivel autonómico, un órgano mixto sociosanitario, destinado al intercambio de información, que vele por la calidad asistencial y la complementariedad de las prestaciones.

Sin duda, de poder llevarse a la práctica este abanico de medidas, la calidad de vida, el bienestar de los mayores y su futuro mejorarían sustancialmente.

8. SESIÓN DE 17 DE MARZO DE 2021

8.1. Comparecencia del Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia (FED), D. Ignacio Fernández-Cid Plañol.

El Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia empieza su exposición a partir de ciertos **datos demográficos**, distinguiendo, dentro de los mayores, una segmentación en dos rangos de edad, de los 65 a los 79 años y de los 80 en adelante, que son los realmente dependientes:

— De 2005 a 2019, en España ha habido un incremento poblacional del 52 % en las personas mayores de 80 años (de 1.892.429 se ha pasado a 2.885.189); y en 2040, la población de personas mayores de 80 años en España será de 4.296.365 (otro 49 % adicional). Este mismo proceso se da también en otros países europeos, pero España tiene el agravante de que, además de ser un país envejecido y con una elevada esperanza de vida, es un país con una natalidad muy baja.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 59

— Expresado en porcentajes, las personas mayores de 80 años han pasado a ser, del 4 % de 2005, al 6,1 % en 2019 y serán un 9,5 % en 2040.

Todas estas personas mayores de 80 años van a necesitar los servicios que proporciona el **sistema de atención a la dependencia**. Sin embargo, España, en lo que se refiere a este sistema, en términos de PIB, se encuentra en el 0,7 %, lejos del objetivo del 2 % de los demás países de la Unión Europea. La financiación del sistema es compartida entre las Comunidades Autónomas, que aportan el grueso de la financiación (63,70 %, en 2019), el Estado (15,60 %) y los usuarios (20,70 %). Si se prescindiera de la parte que soporta el usuario, podría decirse que las Comunidades Autónomas aportan el 80 % de los recursos y el Estado tan solo el 20 %. En consecuencia, el gran esfuerzo por aumentar la financiación tiene que hacerlo el Estado.

Esto se traduce en la existencia de **listas de espera** entre los beneficiarios de los servicios de la dependencia (en 2019, unas 429.000 personas se encontraban en lista de espera o a la espera de evaluación); lamentablemente, algunas de estas personas, pendientes de prestación o resolución, fallecerán antes de entrar en el sistema de dependencia. Extrapolando estas cifras, harían falta 379.000 plazas residenciales más.

Respecto de los **nuevos modelos de atención a la dependencia** —la terrible pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto que el sector de la dependencia es un gran desconocido—, se habla de que hay que ir a un sistema en el que las personas vivan mayoritariamente en sus casas. Esto, según el compareciente, ya se está dando, porque, en España:

- Solo el 4,2 % de los mayores de 64 años viven en una residencia; el 95,8 % viven en sus casas.
- Más de dos millones de personas viven solas, de ellas el 72 % son mujeres.
- Muchos en edificios en los centros de las ciudades no tienen condiciones para que los mayores puedan hacer una vida «normal» (pisos sin ascensor, por ejemplo).
- La diversificación dificulta la prestación de estos servicios.
- Los mayores no quieren vivir en una residencia (es normalmente una decisión de la familia).
Hacen falta, entonces, servicios a domicilio, pero servicios profesionales, con control y formación.
- El gran problema no radica en la falta de atención sanitaria (que se tiene), sino en la soledad de los mayores (el 40 % dice estar o sentirse solo). Habría que extender servicios tales como la teleasistencia o los servicios domiciliarios para ayudar a estas personas, puesto que la Ley de Dependencia no está prevista solo para asistencia a los dependientes, sino también ayudar a que las personas mayores puedan seguir manteniendo su autonomía y evitar llegar o retrasar la dependencia.

— En Europa funcionan desde hace cerca de 30 años complejos y urbanizaciones —no «apartamentos tutelados»— de personas mayores independientes que viven en sus pisos o apartamentos y que disponen de una serie de servicios comunes optativos, que se orientan a las personas solas. En España falta regulación y sobra mucho miedo a los inmobiliarios.

En conclusión, el nuevo modelo de atención debe ser el de apartamentos con servicios y muchos más servicios profesionales a domicilio, apoyándose en las nuevas tecnologías. Por supuesto, las residencias deberían seguir mejorando, como debe mejorar todo en la vida. Hay que estar atentos a los deseos de las nuevas generaciones de mayores.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 5 % de las personas mayores de 64 años tenga una plaza residencial a su disposición; en España, revisando las cifras de las distintas Comunidades Autónomas, algunas cumplen esta ratio (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón, Extremadura), pero otras son deficitarias (Andalucía, Baleares, Canarias y Murcia, las que más). Pero con la proyección de las miles y miles de personas que se van a ir incorporando, habría que disponer de 11.000 nuevas plazas residenciales cada año (que no se pueden improvisar, porque los centros de mayores hay que construirlos).

La situación actual en las residencias es la siguiente:

- Las vacunas están funcionando; el contagio ha bajado y las residencias son los espacios más seguros.
- Ha habido una criminalización injusta de las residencias durante la pandemia del COVID-19 (porque se ha trabajado muy bien con los medios que se disponía), lo que ha supuesto un coste reputacional tremendo del sector.
- Hoy queda un 15-30 % de plazas libres (el miedo hace que se posponga la decisión de ingresar en una residencia, sustituyendo los servicios residenciales por cuidadores «informales» mal pagados y sin control).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 60

— Los profesionales de las residencias merecen un reconocimiento. La preocupación del sector es que los profesionales entren en procesos psicológicos de depresión, ansiedad, etc..., porque lo vivido estos meses pasados con la pandemia tiene que salir por algún lado.

— Necesidad de un cambio en la fiscalidad (4 % a quien tiene la plaza reconocida, 10 % al acompañante). Todo debería gravarse al 4 %.

— No es operativo que existan diecisiete modelos de atención a la dependencia, con distintos protocolos de actuación.

Por lo que se refiere a los nuevos modelos de residencia, no se manifiesta el compareciente partidario de la medicalización de las residencias, de la que tanto se ha hablado durante la pandemia, porque no tiene sentido que en algunos casos se triplique el gasto de un servicio médico. La solución sería que Sanidad entrara en los centros residenciales (por ejemplo, permitiendo a los médicos de las residencias recetar).

Además, para establecer un modelo nuevo de residencias, habría que consultar primero la opinión de los mayores. Ellos quieren un hogar. Y un hogar no es un hospital, que es un modelo completamente diferente. La residencia tiene que ser su nuevo hogar, la persona debe ser el epicentro y todos los servicios han de pivotar en torno a él.

En esta línea, insiste el compareciente en que las residencias son servicios sociales, y en que la sanidad y lo social se ocupan de ámbitos distintos (no existe lo sociosanitario, de lo que tanto se habla, ni existe legislación sobre ello). Las residencias son servicios sociales aunque tengan médicos y enfermeras (que tratan la cronicidad de las enfermedades de sus mayores, no la agudeza, que se trata en los hospitales, que son centros sanitarios y no sociales).

En esta línea va la recién creada Mesa de Diálogo Social dentro del Plan de Choque del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030: conocer lo que se tiene y, a partir de ahí, arbitrar medidas de mejora.

Se refiere también el Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia al problema de la dotación de personal. Faltan profesionales, tanto enfermeros como médicos. Respecto de estos últimos, propone el aumento tanto de plazas en las Universidades como de Médico Interno Residente (MIR) (no tiene sentido que se convoque el quíntuplo de plazas para pediatras que para geriatras); en cuanto a los enfermeros, además de la agilización de los trámites de homologación de títulos de los enfermeros extranjeros residentes en España, la sugerencia del compareciente es que se cree un nuevo título de Formación Profesional, para cubrir toda una labor administrativa y parte de la técnica que recae ahora en la enfermería y que podrían hacer personas que se convirtiesen en sus ayudantes (modelo alemán).

Para terminar, formula el compareciente sus conclusiones:

- España está experimentando un proceso de envejecimiento muy acusado, lo que es una magnífica noticia, un reto y una oportunidad.
- Falta presupuesto en el sistema de la dependencia, que hay que hacer sostenible.
- Debe irse hacia un modelo de atención centrada en la persona, donde exista la libertad de elección (también de centro, público o privado), potenciando las prestaciones económicas vinculadas al servicio, que es lo que da libertad de elección a la persona y a la familia.
 - Se necesitan más infraestructuras, centros y servicios y eso no se improvisa de un año para otro.
 - Se necesitan nuevas ofertas de centros y servicios (apartamentos con servicios, servicios profesionales a domicilio, utilización de nuevas tecnologías, etc...).
 - La sanidad pública debe entrar en los centros sociales, a través de atención primaria, y no medicalizarlos.
 - Faltan miles de profesionales para cuidar a nuestros mayores y esto es una responsabilidad de todos.

8.2. Comparecencia del Director Médico de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, D. Manuel Martín Carrasco.

El compareciente estructura su comparecencia en tres bloques: primeramente, algunos comentarios sobre determinados aspectos la salud mental de los mayores; seguidamente, algunas observaciones sobre la situación actual planteada por la pandemia; y, finalmente, sus recomendaciones sobre la creación de un sistema integral de cuidados para una población envejecida, como es la española.

- **Sobre la salud mental de los mayores.** Para centrar el compareciente su análisis, lanza algunos mensajes clave:

- La vejez, última etapa del ciclo vital humano, no se considera hoy que empieza a los 65 años, sino a los 80 años (entre los 50 y los 80 años se habla de madurez tardía).

- Hay una cierta tendencia a hablar de los mayores como un grupo homogéneo de población, cuando realmente es todo lo contrario: hay más similitud entre dos personas de 20 años que entre dos de 80, puesto que la capacidad funcional, física y mental de las personas al final de su vida depende mucho de cómo haya sido la trayectoria vital de cada uno. La capacidad funcional es más importante que la edad.

- Existe un prejuicio social muy arraigado sobre que las personas mayores, por el simple hecho de serlo, son personas deprimidas, dependientes, con deterioro cognitivo..., que no responde a la realidad. Y, aunque los trastornos de salud mental son comunes entre los mayores, ser mayor no equivale a estar deprimido ni a tener un problema de salud mental.

La vejez es una fase de descanso, reflexión y disponibilidad para hacer cosas que se pospusieron. Sin embargo, algunas circunstancias como las patologías médicas crónicas y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, las dificultades económicas y la incapacidad de participar en ciertas actividades, pueden afectar gravemente el bienestar psíquico de la persona que envejece.

Tendemos a pensar, por prejuicio, que hay más patología mental en los mayores que en los jóvenes. Pero estudios epidemiológicos nos demuestran que esta es una idea falsa: la cantidad de trastornos mentales es similar entre ambos grupos, aunque los tipos de trastorno son distintos. Así, los mayores sufren más deterioro cognitivo y demencia (6 % frente al 1 % de los jóvenes) y menos trastornos afectivos (4 % frente al 7 % de los jóvenes), y no padecen apenas trastornos de personalidad. En cambio, las patologías más comunes entre personas jóvenes son la ansiedad y la depresión y también están muy presentes los trastornos psicóticos y los de personalidad.

En cuanto a los factores de riesgo, son también distintos. En los jóvenes priman los factores de riesgo genético y familiar, y priman las patologías derivadas de una personalidad en formación. Frente a esto, el equilibrio emocional es más alto entre los mayores y priman la patología orgánica y las demencias. Entre los factores de riesgo están el estigma —o doble estigma, ser mayor y demente—, el estrés prolongado del cuidador, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades somáticas, la falta de soporte, institucionalización, deterioro funcional, afectación sensorial, sordera, deterioro cognitivo y edad superior a 85 años.

Si los trastornos mentales son igual de frecuentes en los mayores que en los jóvenes, sin embargo, las consecuencias somáticas son más graves en aquellos: aumenta la mortalidad y aparecen problemas como la deshidratación, la desnutrición, las úlceras de decúbito, el abandono del tratamiento e, incluso, el suicidio.

Llama la atención el compareciente sobre la tendencia al no diagnóstico de las personas mayores con trastorno mental —muy especialmente en el caso de la demencia—, así como la menor accesibilidad de los mayores a los servicios de salud mental especializada. Además de que la respuesta de las personas mayores a los tratamientos, tanto a los farmacológicos como a los psicoterapéuticos, es más pobre.

En cuanto al suicidio, existe una asociación clara con la edad. Los jóvenes cometen más intentos, pero sin resultado. En los mayores, las tasas de «éxito» son altas, especialmente en los varones, por la concurrencia de determinados factores de riesgo, la soledad y la depresión, entre ellos. A menudo, las personas que se suicidan no habían sido diagnosticadas, por el estigma antes referido y por falta de atención, lo que lleva al compareciente a proponer la conveniencia de un programa específico de detección de riesgo de suicidios en mayores.

Otro aspecto interesante es el solapamiento que se da en los mayores entre salud física y salud mental. Si el 20 % de la población tiene un trastorno de salud mental, el 46 % de estas personas tiene una enfermedad crónica. Y al contrario, si el 30 % de la población tiene una enfermedad crónica, el 30 % de ese total tendría un problema de salud mental.

Este solapamiento entre salud física y mental tiene mucho que ver con la necesidad de integración del modelo de cuidados. Hemos pasado de unos modelos tradicionales, en los que la salud se identificaba con la falta de enfermedad, a una concepción multidimensional, en la que se valoran otros aspectos como determinantes de la salud de una persona, además del somático (10-15 %): la esfera psicológica (50-60 %), la social (20-25 %) y la asistencial (10-15 %).

En este sentido, ha habido una evolución del modelo médico tradicional, centrado únicamente en la salud somática, a la fase actual, que apuesta por la prevención y el cuidado centrado en la persona. Estos

modelos integradores ya se aplican en España, sobre todo en el campo social que, curiosamente, se ha inspirado siempre en los modelos clínicos que, ahora, han quedado a la zaga por seguir anclados en el modelo tradicional de salud somática.

En cualquier caso, estos modelos lo que indican es que los individuos toman constantemente decisiones acerca de su salud, en cuanto a estilo de vida (actividad física, alimentación, aislamiento, etc.), en cuanto a seguir o no un tratamiento y por lo tanto, la persona es el eje central donde al final hay que incidir si se quieren tomar medidas importantes de salud.

- Sobre la incidencia de la **pandemia del COVID-19** en la salud mental de los mayores.

Los mayores han estado en el punto de mira desde el inicio de la pandemia, sobre todo por la población afectada en las residencias de mayores. Hay estudios epidemiológicos —poco fiables, a criterio del compareciente, por no haber pasado aún el tiempo suficiente para que se haga una investigación rigurosa—, que parece que apuntan a un aumento de los problemas de salud mental entre los mayores (especialmente ansiedad, depresión y problemas relacionados con el duelo). Pero, en conjunto, los mayores no han sido el grupo de población más afectado desde el punto de vista psiquiátrico por la pandemia, probablemente porque esta ha tenido menor repercusión sobre su estilo de vida y sobre su estatus económico, porque son personas que ya tienen un aprendizaje de situaciones previas (otras pandemias, guerra, postguerra...), y por tener otra perspectiva tanto de la vida como de la muerte.

Pese a todo, la pandemia ha tenido gran afectación en grupos concretos de alto riesgo y sus familias (personas institucionalizadas, personas en aislamiento, con deterioro cognitivo y otros trastornos mentales, etc).

- En cuanto a las **recomendaciones** del compareciente, para terminar, se refieren a cuatro aspectos:
 - La necesidad de una integración de los sistemas de salud y de intervención social.
 - La coordinación y la comunicación son imprescindibles.
 - La pandemia ha puesto de relieve, de forma dramática, la gran diferencia de respuesta en los centros que contaban con una asistencia integral y el éxito de las unidades de coordinación.
 - La creación de un espacio sociosanitario exige la convergencia hacia modelos de atención centrada en la persona, con ventaja en este momento de los departamentos sociales, aunque tradicionalmente ha ocurrido al contrario.
 - El énfasis en la promoción de la salud y en la prevención.
 - Hay distintos enfoques, según dónde se ponga el acento (envejecimiento activo, vida plena, salud integral, envejecimiento saludable, etc.), pero el fondo es común.
 - Se trata de combatir el estigma de la doble discriminación hacia las personas mayores con problemas de salud mental o demencia, también puesto de manifiesto en la pandemia.
 - Son necesarios programas específicos de prevención del suicidio, el aislamiento y la soledad, el duelo y el deterioro cognitivo y la demencia.
 - El desarrollo de la formación.
 - Hay que combatir el estigma asociado a las profesiones de salud mental en mayores.
 - Deberían establecerse programas formativos acreditados en determinadas profesiones clave, como la psiquiatría (con reconocimiento de la subespecialidad de psiquiatría geriátrica), la geriatría, la medicina de familia y la neurología, entre las especialidades médicas; enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, etc.
 - Sería conveniente reorientar los programas formativos del personal de asistencia más directa en los recursos residenciales (auxiliares, gerocultores, monitores de ocio y tiempo libre).
 - Además de empoderar al personal de asistencia directa, cuyo papel tradicionalmente ha sido subordinado y a quienes los modelos de atención centrada en la persona otorgan un papel fundamental como profesionales de referencia.

- La creación de estructuras asistenciales específicas.
 - Se requiere la integración de las redes de salud mental y atención primaria para la atención, a domicilio y en residencias, de los trastornos de salud mental de los mayores.
 - Sería muy beneficiosa la integración de las nuevas tecnologías, como la teleasistencia, de especial interés en el medio rural y cuya utilidad ha puesto de manifiesto la pandemia.
 - Hace falta desarrollar, dentro de la red de salud mental, estructuras de cuidados intermedios orientadas al mantenimiento de personas con trastornos de salud mental o demencias en su domicilio (centros de día, unidades de cuidados intermedios, programas de hospitalización a domicilio, etc.).
 - Deberían generalizarse unidades de eficacia probada cuya implantación es muy variable, tales como las unidades de hospitalización psicogeriátrica y las unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.

8.3. Comparecencia conjunta del Director General de la Fundación Matia, D. Gerardo Amunarriz Pérez, y de la Psicóloga Gerontóloga y Miembro del Patronato de la Fundación Matia, Dña. María Teresa Sancho Castiello.

Ambos comparecen conjuntamente ante la Ponencia en nombre de la Fundación de referencia, iniciando la exposición la Sra. Sancho Castiello, quien, a partir de la proyección de un breve vídeo, explica el itinerario de cambio del modelo de cuidados en las residencias de la Fundación, que se inició hace diez años, pero que aún se encuentra en sus comienzos.

El modelo de residencias con que la Fundación Matia contaba en 2010 era un modelo «institucional»: trato adecuado y amable, personas solas en sus habitaciones, a las que no se escucha, pero que reciben unos servicios, sujetos a horarios fijos, por un personal que trabaja en turnos. Es un modelo basado en las «tareas» que hace un personal que rota, un modelo rígido, de escasa intimidad para las personas, despersonalizado, con poca promoción de la independencia, que deja muy poca autonomía a la persona, y que, con el paso del tiempo, se ha ido adaptando a determinados requisitos aceptables socialmente (mejores edificios, más espacios, más modernos...).

Este modelo comenzó a transformarse en la Fundación Matia en los años 2010-2011, hacia un modelo de atención centrada en la persona, gracias al apoyo de las Administraciones Públicas del País Vasco, pese a que el nuevo modelo «no estaba en la norma», pero por el que se apostó, con dos enfoques: casas y residencias.

Se trabajó en tres dimensiones: los ambientes (lo primero y lo más fácil), las organizaciones y las intervenciones-atención con las personas y los profesionales.

Para cambiar los **ambientes**, se añadieron sillones en los anteriores pasillos infinitos y desnudos, se decoraron con plantas, se puso papel pintado en las zonas comunes, se cambiaron los focos blancos por luces cálidas... todo austero, pero, en definitiva, se convirtieron los espacios en lo más cercano a un hogar. Todos estos cambios, para crear un ambiente doméstico, tienen un efecto terapéutico, si bien no afectan al núcleo de los cuidados ni a su soporte, que es la organización.

Los cambios en la **organización** —sobre los que habla el Sr. Amunarriz Pérez— se abordaron un par de años después, una vez que el ambiente estaba ya transformado, partiendo de una realidad muy compleja: 1.500 profesionales, dieciocho centros de trabajo de todo tipo (centros de día, residencias, consultas ambulatorias, hospitales), una realidad social, otra sanitaria, comunitaria; en definitiva, una realidad compleja y diversa —aunque no muy grande—.

La transformación, desde el punto de vista organizacional, comenzó por identificar cosas importantes, tales como la transferencia de la capacidad de toma de decisiones, que pasa a la familia, a los usuarios y a los profesionales de referencia, esto es, a los gestores del caso.

Para pasar del protocolo de una red formal a una red informal, desde el punto de vista organizativo, se plantea un trilema:

- Cómo hacer frente a la diversidad, a la adaptabilidad, personalización (caso a caso, persona a persona), siendo coste-eficaces.
- El sistema es dinámico, no estático; el protocolo de ayer no vale para hoy, vamos aprendiendo.
- El problema de agregación y oportunismo: cuantas más personas hay juntas, más diversidad hay y más motivos diferentes conviven.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 64

Gestionar todo ello al mismo tiempo es un reto y, para afrontarlo, se decidió integrar en la gestión ambas dimensiones, la formal y la informal, abrazar el imaginario colectivo y la cultura, que están ahí, y reconocer las subjetividades a las personas que participan en el sistema —las que reciben cuidados y las que los prestan—. De modo que se inició la gestión de lo informal desde lo formal y con las personas.

La triple meta de ser coste-eficaces, de aprender y de estar cohesionados «soltando» el control, se trabajó en varias claves:

- El propósito: ¿para quién estamos? Para atender y acompañar a las personas.
- La «cultura», el imaginario colectivo, es decir, los valores por los que se toman las decisiones y se prioriza; se quería un modelo más abierto, horizontal, colaborativo e incluir la diversidad.
- El liderazgo personal: conseguir que cada uno —profesional de referencia, familiar, usuario o directivo— entienda que es parte de un sistema y que sus actos influyen en el mismo.
- El trabajo con las personas, en tres ámbitos: dar valor a lo diferente, el estilo relacional —orientado a la resolución de conflictos— y el desarrollo de capacidades o competencias —técnicas, relacionales y otras ligadas al conocimiento de uno mismo—.
- El cambio legal: una vez que se han consolidado en el imaginario colectivo estos cambios y han sido asumidos por una masa crítica de personas —lo informal—, es el momento de que lo formal, las normas, los consoliden, para ser eficaces.
- La planificación, que sea lo más participada posible.
- Sistemas de información y políticas abiertas (sobre todo, la digitalización).
- El poder delegado en equipos, en unidades de convivencia.

Llegado a este punto, formula el compareciente tres conclusiones desde el punto de vista de la gestión:

- La importancia del cambio de escala en la gestión, esto es, el trabajo en equipos, en unidades de convivencia; de 1.072 camas sociales a 52 unidades, 52 equipos singulares, que comparten normas y estructuras, pero con capacidad, dentro de ese espacio, para la toma de decisiones —para la gestión, no para la dirección de la organización—.
- La importancia de los nuevos roles profesionales: gestora de caso profesional de referencia, coordinador de unidad, direcciones de centro con un rol más horizontal...
- La importancia de generar espacios en las unidades de equipo para el aprendizaje y la reflexión.

Finalmente, de nuevo, la Sra. Sancho Castiello, se refiere a las dos experiencias piloto, distintas, que se están llevando a cabo en la Fundación Matia:

- Proyecto «Viviendas para toda la Vida», destinadas al alquiler para parejas en las que, al menos uno se encuentra en situación de discapacidad, en las que recibirán servicios «a medida» para toda la vida. Son viviendas accesibles, estudiadas arquitectónicamente, con su espacio de libertad individual y con espacios comunes para generar vida vecinal. Han participado en el proyecto diversas Administraciones Públicas, también la Administración General del Estado. Y se pretende hacer un seguimiento de los casos para ver si este sistema se puede generalizar como alternativa a la residencia tradicional.
- Proyecto «Usurbil», destinado a personas con deterioro cognitivo grave, con la idea de viviendas con cuidados, siguiendo el modelo de los países nórdicos (Suecia, Dinamarca). La unidad de convivencia —para entre nueve y dieciocho personas— se establece en torno a una cocina-salón y se permite a los residentes que ellos mismos amueblen su habitación, que solo está equipada con una cama.

Para concluir, insiste la compareciente en la necesidad de integrar el modelo de cuidados de larga duración en un modelo de gobernanza colaborativo y transversal, en la importancia de invertir también en servicios de orientación y consejo en los ámbitos municipales y locales y en los componentes fundamentales del modelo de cuidados (colaboración entre los servicios sociales, sanitarios y comunitarios, integración de usuarios, familia, profesionales y voluntarios, gestión de los casos según el principio de «una persona, un plan», con apoyo de las tecnologías, y la vivienda como concepto y espacio de vida) para poder envejecer, si no en casa, como en casa.

9. SESIÓN DE 25 DE MARZO DE 2021

9.1. Comparecencia del Presidente del Foro Español de Pacientes, D. Andoni Lorenzo Garmendia.

Desde el punto de vista de las asociaciones representadas en el Foro Español de Pacientes, el compareciente arranca su exposición sobre el envejecimiento hablando del **abordaje global y personalizado del paciente**.

Aunque la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad, es frecuente observar que el Sistema Nacional de Salud dirige el tratamiento fundamentalmente a combatir la afectación física y apenas se atiende su repercusión emocional y social. Los pacientes —afirma el compareciente— necesitan un abordaje global y personalizado, especialmente los mayores o las personas frágiles. Lo importante es tratar a la persona, al paciente, y no la enfermedad. Desgraciadamente, con la presión asistencial de nuestro sistema sanitario, la atención se centra en la patología, lo que repercute en la humanización y la calidad de la atención.

El sistema sanitario no puede gestionarse dando la espalda al envejecimiento. La **esperanza de vida** en España, en poco más de un siglo, ha aumentado 40 años (solo hubo un brusco retroceso en el año 1918 y está por ver cuál es la incidencia de la pandemia del COVID-19). El envejecimiento frecuentemente se asocia al aumento de la cronicidad, a la pluripatología, la polimedicación —y a un importante consumo de recursos—, ciertas discapacidad y dependencia, soledad —común entre las personas frágiles—, problemas de salud mental —especialmente depresión—, a una merma de recursos, etc. La consecuencia de este envejecimiento de la población es que en España hay más de nueve millones de pensionistas, muchos de ellos con tres o más patologías, y en 2050 van a ser el 36 % de la población española. España será en 2050 el país más envejecido del mundo. Por eso se hacen precisos criterios o estrategias para abordar esta situación.

Otro tema importante en relación con el envejecimiento es el de la **sostenibilidad**. Y cuando se habla de sostenibilidad hay que hablar de calidad. La calidad es aportar valor; y aportar valor es satisfacer las necesidades del paciente. Y para satisfacer las necesidades del paciente se hace necesario incrementar la humanización y potenciar los cuidados.

Los pacientes quieren hacer sostenible la calidad y no al revés, y lo que se detecta en los últimos años es que el Sistema Nacional de Salud, por el objetivo de ser sostenible, se va deteriorando en calidad. Y los pacientes quieren participar en que no se pierda calidad. El que el sistema sanitario español sea eficiente, más que un mérito es un demérito desde el punto de vista de la calidad si por eficiencia se entiende aprovechar al máximo los limitados recursos disponibles. Tener la sanidad más eficiente no quiere decir que sea la mejor, sino que es la más barata. Se necesitan más recursos, porque los recursos están directamente relacionados con los resultados en salud.

Los ciudadanos colaboramos en la sostenibilidad del sistema sanitario por varias vías:

- Vía impuestos.
- Mediante el copago, que, en realidad, es repago, porque ya se está financiando el sistema a través de los impuestos y debería suspenderse, tal y como se aconsejó en la Comisión de Reconstrucción social y económica del Congreso de los Diputados.
- Mediante el pago completo de medicamentos que no están incluidos en la cartera básica del Sistema Nacional de Salud.
- A través de otros gastos asociados (gotas para la vista, papillas...).

En el caso de las personas frágiles —los mayores entre ellos—, esto supone un empobrecimiento y un riesgo para acceder a los tratamientos óptimos de salud.

Se refiere el compareciente, asimismo, como cuestión relevante, a la de **facilitar el acceso** a los medicamentos.

Hay una línea economicista clara y definida en el Sistema Nacional de Salud, que liga el copago —o repago— de los medicamentos a la renta e, incluso, pretende ligarlo al patrimonio; lo que, a los pacientes mayores, frecuentemente con pensiones bajas, les genera enorme inestabilidad.

Siguiendo esta línea economicista, se prima el I+D, pero este tarda en llegar a los pacientes, no se les facilita muchas veces el acceso, porque tardan los medicamentos en incorporarse a la cartera básica del Ministerio de Sanidad; o se desfinancian determinados medicamentos, también en base a criterios economicistas (por ejemplo, el SYSADOA para la artrosis, que utilizan las ancianas pensionistas); o no se comercializa el único tratamiento con indicación aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)

y la Agencia Europea de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (por ejemplo, para esofagitis eosinofílica).

Un último obstáculo para el acceso a los medicamentos es el de los visados que se mantienen para determinados tratamientos. Esto supone primar los criterios administrativos frente a los clínicos y son barreras que las personas mayores, con pocos medios económicos y sociales, no pueden, en muchas ocasiones, salvar.

Los pacientes vienen, desde hace años, reclamando un **empoderamiento** y participar, a través de sus organizaciones y asociaciones, en las instituciones o estructuras en las que se toman las decisiones que les afectan (por ejemplo, en el Consejo Consultivo de la Comisión Interterritorial de Sanidad). Las asociaciones de pacientes no quieren formar comités propios, de pacientes, sino formar parte de las soluciones, que las decisiones se adopten con los pacientes. Las asociaciones de pacientes tienen también un papel fundamental para acompañar al paciente en el miedo y la soledad ante un diagnóstico.

Cabe mencionar en este punto la importancia de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; así como de una proposición no de ley que se aprobó, por unanimidad, al respecto en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

Para finalizar, formula el compareciente sus **conclusiones**:

- La humanización en todos los niveles asistenciales y, especialmente, con los mayores.
- Asistencia sociosanitaria homogénea en todas las Comunidades Autónomas.
- Garantizar la calidad y el óptimo acceso a la cobertura de las necesidades de los pacientes (y especialmente para los mayores).
- La participación real de las organizaciones de pacientes en los órganos de decisión del Sistema Nacional de Salud.

9.2. Comparecencia de la Directora del Departamento Sociolaboral de la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME), Dña. Teresa Díaz de Terán López.

La Sra. Díaz de Terán divide su intervención en dos partes: la primera, unas reflexiones acerca de los desafíos que se plantean con el envejecimiento; y, la segunda, una referencia a cuatro de los ámbitos para, desde el punto de vista de la empresa, abordar el proceso de envejecimiento.

- Comenzando por los **desafíos y oportunidades** que el envejecimiento brinda, teniendo en cuenta la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y el envejecimiento saludable de las Naciones Unidas, el envejecimiento debe verse en términos positivos; es un logro de nuestra sociedad y de los avances de la ciencia y ese debe ser el punto de partida.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Un envejecimiento saludable es, pues, esencial para garantizar que todas las personas tengan vidas dignas, plenas, seguras y saludables. El envejecimiento es, además, un compromiso de todos, se necesita la colaboración de todos. De ahí la necesidad de sensibilizar a la sociedad fomentado el debate y la implicación de todos los actores afectados, públicos y privados.

España se encuentra en un contexto de transformaciones demográficas importantes (baja natalidad, aumento de la esperanza de vida, incremento de la población en edad adulta), con la consecuencia del alargamiento de la vida. Esta situación es general en el ámbito de los países europeos, pero España es de los países que se encuentran más afectados por este panorama general de envejecimiento de la población.

Lo evidencian algunos datos: actualmente en España las personas mayores de 65 años representan más del 19 % de la población, superan en número a los menores de 15 años y suponen más de 9 millones de personas. Esta franja de edad crece casi 10 puntos desde los años 70. Hace cuarenta años, 1 de cada 10 habitantes era mayor de 65 años, mientras que en la actualidad lo es 1 de cada 5.

Esta revolución numérica nos lleva a plantearnos la necesidad de asegurar a las personas mayores que puedan seguir teniendo un papel social relevante. Hay que tener en cuenta, además, que no sólo se trata de un cambio de número, sino también de perfil. Ha habido un cambio en sus características personales y sociales. Las personas mayores quieren participar de forma activa en la sociedad.

Hace falta una cultura del envejecimiento basada en una sociedad para todas las edades, siendo necesario dar respuestas —integrales— y promover actuaciones desde todos los niveles, públicos y privados, que hagan posible la gestión de lo que se ha dado en llamar el «factor edad». La cultura del envejecimiento trasciende las crisis coyunturales (como la crisis sanitaria del COVID-19 que ahora padecemos).

Desde el punto de vista de la empresa, el reto es encontrar la forma de desarrollar las aptitudes y la empleabilidad de los trabajadores de más edad, manteniendo al mismo tiempo la salud, la motivación y las capacidades de los trabajadores a medida que van envejeciendo.

- Pasando a los ámbitos desde los que sería útil abordar el envejecimiento para avanzar en una sociedad para todas las edades, se refiere al compareciente a cuatro:

— **El fomento de la vida laboral más prolongada, plena y saludable compatible con las empresas a través de la responsabilidad social empresarial.**

Para alcanzar el reto de mantener y mejorar la empleabilidad de las personas mayores, son especialmente importantes los aspectos físicos, tanto ergonómicos como los relacionados con la accesibilidad, y las condiciones de trabajo flexibles, que permitan a los trabajadores de más edad posponer su decisión de jubilación. El envejecimiento se convierte así en un reto importante e inmediato para los departamentos de recursos humanos y prevención de riesgos laborales de las empresas, porque el hecho natural del envejecimiento de los trabajadores influye de forma capital en la gestión de las empresas, sean del tamaño que sean.

Este elemento debe balancearse con las consecuencias que tiene para la empresa la prolongación de la vida laboral: aumentan las incapacidades temporales, por enfermedad profesional o accidente de trabajo y el coste para la empresa es mayor.

Las empresas se orientan cada vez más hacia modelos de empresas socialmente responsables, que apuestan por empresas saludables.

En línea con lo establecido en la Estrategia española de responsabilidad social de las empresas 2014-2020, se debe incentivar la promoción de la salud en los centros de trabajo, potenciando aquellos programas que mejoren la salud y el bienestar de los empleados y el clima laboral. No hay que olvidar el papel que pueden jugar en cuanto a la adaptación de los entornos, las tecnologías.

Dentro del ámbito de la mejora de la empleabilidad, se refiere la compareciente al emprendimiento de los mayores, que, en su opinión, puede también prolongar la vida laboral, reducir el desempleo, favorecer su inclusión, mejorar la innovación y, con todo ello, contrarrestar el envejecimiento. Las políticas públicas deben apoyar a los emprendedores de más edad incentivándolas con políticas fiscales y de Seguridad Social adecuadas.

— **La formación a lo largo de la vida.**

La población de mayor edad cuenta, en muchas ocasiones, con un nivel formativo básico y presenta unas necesidades específicas.

Casi millón y medio de las personas afiliadas y en alta en la Seguridad Social tienen 60 o más años. Y un porcentaje significativo de pequeñas y medianas empresas pertenecen a personas con más de 60 años. Por ello, hay que reforzar el aprendizaje permanente o el aprendizaje a lo largo de la vida, sea este formal o informal, con el fin de mejorar las competencias y aptitudes con una perspectiva personal, social, cívica y laboral.

La formación de las personas mayores en las empresas ha de ir dirigida tanto a mantener conocimientos, como a adquirir otros nuevos (las tecnologías de la información, por ejemplo).

— **Las políticas activas e impulso a la colaboración público-privada.**

Se hace precisa una mayor inversión en políticas de empleo. En España, el gasto en políticas de empleo se sitúa en torno al 4 % del PIB y sólo el 0,9 % se dedica a políticas activas.

En cuanto a la colaboración público-privada, resulta imprescindible y ha de impulsarse, porque todos los esfuerzos son necesarios para mejorar la empleabilidad de las personas mayores.

— **Impulso de las reformas de los sistemas de protección social y de pensiones.**

Por lo que refiere, en primer término, a las medidas en torno a la jubilación, la tasa de empleo de personas mayores de 65 años en España es del 2,4 %, solo por detrás de Luxemburgo (2,3 %).

A partir del Pacto de Toledo y fruto de los compromisos alcanzados por los agentes sociales, se han hecho ciertas reformas legales para dar mayor flexibilidad a la jubilación, con el objetivo de prolongar la vida laboral activa (jubilación activa, jubilación demorada, contratos de relevo).

Se trataría de seguir en esta línea. Serían necesarias medidas que permitan la compatibilidad entre el trabajo y el cobro de la pensión, flexibilizar el acceso a la jubilación y establecer incentivos para prolongar voluntariamente la vida laboral (lo que tendrá efectos positivos en la viabilidad del sistema, porque aumenta la población activa que puede cotizar y supone una reducción del gasto en pensiones).

Para cerrar su intervención y fuera ya de los dos bloques en que ha estructurado su exposición, la compareciente se refiere a la cuestión de **los cuidados y la dependencia**, mencionando el Plan de Choque y el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, fruto del acuerdo alcanzado, el pasado mes de enero, en la Mesa de Diálogo Social entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las asociaciones empresariales (CEOE y CEPYME) y sindicatos (CCOO, UGT).

Sobre la mesa, todas las voluntades estuvieron de acuerdo en una cuestión tan importante y necesaria como la atención a la dependencia. Como puntos prioritarios a abordar en ese Plan de Choque son los siguientes: reducir las listas de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes, asegurar unas condiciones laborales adecuadas para quienes trabajan en el sistema (profesionalización de los cuidados), introducción de mejoras que garanticen la calidad de la atención de los dependientes y una mayor financiación.

Con este acuerdo, se establece una alianza importante entre el sistema público y privado para mejorar la atención a los dependientes, con innegable repercusión en el proceso de envejecimiento.

9.3. Comparecencia de la Responsable de las Áreas de Igualdad y Seguridad Social del Departamento de Empleo, Diversidad y Protección Social de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), Dña. Olimpia del Águila Cazorla.

La compareciente da comienzo a su intervención afirmando que para afrontar el tema crucial del envejecimiento, lo primero que hay que hacer es cambiar la concepción que tenemos del mismo.

El envejecimiento —o la longevidad— es un éxito indiscutible de nuestra sociedad. España es uno de los países con mayor longevidad en el mundo y seguimos avanzando ininterrumpidamente desde 1975. Hoy la esperanza de vida es de 86 años para las mujeres y 80 para los hombres, si bien la incidencia de la pandemia del COVID-19 ha reducido la esperanza de vida en 10 meses para las mujeres y 11 para los hombres.

Este logro social hay que conjugarlo con las proyecciones de estructura demográfica. En el caso de España, actualmente estamos a las puertas de que la generación de los primeros *baby boomers* se jubile, lo que supondrá un reto al sistema, no solo porque esta generación inicie la última de sus etapas vitales, sino porque, además, va a haber un creciente peso relativo de los mayores en la demografía (en el año 2050 supondrán el 11 % de la población total).

La demografía será uno de los condicionantes de la economía en las próximas décadas; la *silver economy* traerá consigo un cambio en la demanda de productos y servicios, en el sector sociosanitario, pero también en el ocio, el turismo, la cultura, la alimentación, la movilidad y las tecnologías.

La transición a la *silver economy* se encontrará mediada por un mundo en plena transformación, condicionada por la adaptación a los retos que nuestra economía debe afrontar: la transición a la industria 4.0, a la cuarta revolución industrial, a los retos de la digitalización. Y este escenario disruptivo en lo económico vamos a tener que enfrentarlo con una estructura sociolaboral en la que destaca un peso específico creciente de trabajadores de mayor edad. Todo ello impactará en el mercado laboral, en la Seguridad Social, en la dependencia, los cuidados de larga duración... hay un carácter multidisciplinar del envejecimiento que obligará a enfrentar los retos que se plantean desde la perspectiva del ciclo de la vida, teniendo en cuenta todas las etapas vitales, lo que significa trabajar en estilos de vida enfocados al envejecimiento saludable, en la formación permanente a lo largo de la vida, en adaptar los sistemas de pensiones a la nueva realidad demográfica. Por último, se hace urgente el desarrollo del sistema de dependencia.

El primer reto, pues, de esta estructura demográfica, es el de la **sostenibilidad fiscal**. Tenemos una estructura poblacional con forma de pirámide invertida, lo que hace que la base de sujetos activos se reduzca y la base de sujetos pasivos se incremente; en consecuencia, disminuyen las posibilidades de financiación del erario y aumenta el gasto social aparejado al envejecimiento.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 69

Efectivamente, la partida más evidente de incremento de gasto público es la correspondiente a la Seguridad Social, máxime en un sistema de reparto como el nuestro. La estructura demográfica también multiplica el gasto asociado a la dependencia, a la sanidad y a los cuidados de larga duración.

Algunos datos referidos a 2019:

- La protección social supuso el 40 % del gasto total de las Administraciones públicas, avanzó entre 2015 y 2019 un 16,9 % y, frente a esto, el PIB se ha desarrollado un 15,5 %.
- Más de la mitad del gasto público en protección social se dedica a conceptos relacionados con el concepto de edad avanzada; y el máximo es el pago de las pensiones de jubilación, que representan el 93 % de la partida.
- El gasto en pensiones de jubilación ha avanzado un 20 % entre 2015 y 2019; es decir, que el crecimiento del gasto por este concepto es una tendencia creciente, que se ha intentado mitigar desde los años 90 con reformas paramétricas y sistémicas (por ejemplo, el aumento de la edad de jubilación).
- La tasa de dependencia del sistema en España es del 2,3 %; está casi en el límite, que en términos absolutos se fija en dos trabajadores por cada pensionista.

El sistema es sostenible, pero necesita un equilibrio en sus cuentas. En la reforma del sistema de pensiones de 2011 se afrontó la contención del gasto público de jubilación en relación con la edad retrasando la edad de jubilación hasta los 67 años, de forma paulatina hasta el 2027. El sistema sigue diseñando mecanismos para afrontar este reto demográfico, bajo los tres principios de sostenibilidad, suficiencia de las pensiones y solidaridad generacional, que, por su relación con el envejecimiento y la estructura demográfica, requiere también equidad intergeneracional, lo que significa repartir el gasto en pensiones entre todas las cohortes del sistema.

En cuanto a las medidas de los **costes asociados al trabajo** en relación con el coste de financiación del sistema, hay que ver cómo repercuten los impuestos asociados al trabajo en la generación de empleo en la dinámica de una economía que se dirige hacia una nueva organización productiva. El COVID-19 ha venido a agudizar, con una causa exógena, la crisis del sistema. Los aumentos impositivos sobre el trabajo, ya sea por aumento de cotizaciones, ya por incremento de las bases de cotización, perjudican —afirma la compareciente— la creación de empleo.

Por el contrario, la garantía del equilibrio financiero del sistema pasa por la creación de empleo y por incrementar el número de cotizantes, no las cotizaciones en sí. Solo así se podría parar la tasa de dependencia del sistema. Para ello, sería preciso apoyar a las empresas, invertir en sectores económicos de alta productividad, en innovación, en la formación de los trabajadores...

Las características de esta demografía, con una población trabajadora envejecida y el alargamiento de la edad de jubilación, determinan el carácter del **mercado laboral**. Se señalan dos ejes en el Acuerdo marco sobre envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional de 2017 para enfrentar el envejecimiento del mercado laboral: la potenciación del envejecimiento activo (lo que supone optimizar las oportunidades de los trabajadores de todas las edades para trabajar en condiciones de calidad, de productividad y de salud hasta su jubilación) y la potenciación del enfoque intergeneracional (que se traduce en el aprovechamiento del talento y lo mejor de cada generación y en el entendimiento mutuo y la cooperación entre generaciones).

Tanto el envejecimiento activo como el enfoque generacional señalan unos cauces de adaptación de nuestro mercado laboral al reto demográfico. Entre estos:

— La necesidad de introducir enfoques innovadores en el ciclo vital, que permitan a los trabajadores de mayor edad permanecer en el trabajo de manera que se gestione y promueva el envejecimiento activo de forma eficaz, lo que nos va a hacer repensar edades y rediseñar modelos de jubilación (jubilación gradual y flexible).

— Para conseguir mantener la empleabilidad a lo largo de toda la vida hace falta una actualización continua de las competencias, un aprendizaje permanente, lo que requiere dotar a los trabajadores de competencias digitales, afrontar la brecha digital, acompañar el proceso con la integración de los trabajadores más jóvenes, diseñar procesos de rejuvenecimiento de las plantillas y evitar que el *baby boom* no repercuta negativamente en las generaciones que se incorporan actualmente al mercado laboral.

— Repensar los conceptos de toxicidad, penosidad, peligrosidad, insalubridad... en función de las edades de jubilación, a fin de que determinados colectivos no queden desprotegidos. La prevención de

riesgos laborales ha limitado el impacto de todos estos conceptos, pero aparecerán nuevas modalidades mientras empujamos la edad de jubilación más allá de los 65 años.

— Se va a necesitar en todo esto un acompañamiento a las empresas, que van a tener que enfrentar el reto demográfico con una transformación productiva y con la vista puesta en el objetivo de creación de empleo.

— También es necesario potenciar el pilar complementario de la prestación social complementaria —una asignatura pendiente de nuestro sistema—, que proporciona más fortaleza a nuestra estructura de protección social.

En consecuencia, la eficiencia del mercado laboral y la sostenibilidad del sistema de pensiones tendrá como presupuesto necesario el crecimiento económico y la creación de empleo, para lo que es preciso no obstruirlo con el aumento de los costes asociados al trabajo y favorecer la dimensión de las empresas, impulsar la inversión productiva.

Otra dimensión imprescindible en este entorno es el **impulso en dependencia y al sistema de cuidados** de larga duración, de importancia creciente en las próximas décadas tanto por los requerimientos de atención a mayores dependientes, como por la necesidad de hacer frente a las distintas etapas del envejecimiento. En función de ello, habrá que desarrollar modelos de cuidados en el entorno del hogar y modelos residenciales. Esto supondrá una importante inversión económica con unos retornos indiscutibles, sobre todo para las mujeres, porque además de descargarlas del trabajo «informal» de los cuidados, coadyuva a la creación del empleo femenino.

Quince años después de aprobarse la Ley de Dependencia, el sistema necesita un impulso, actualizarse, revisarse y desarrollarse. El sistema requiere, en primer término, un esfuerzo presupuestario importante, porque está infrafinanciado, lo que exige alcanzar un nivel de financiación sostenible que permita, a la vez que la cobertura de las necesidades, sobre el coste real de los servicios y con criterios de calidad, la dignificación del sector de los cuidados; requiere, asimismo, cumplir con los criterios sentados por la Organización Mundial de la Salud al respecto (ratio de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años), lo que supone crear 86.000 nuevas plazas residenciales, un 23 % más de las 372.000 actuales; la eliminación de las listas de espera resulta inaplazable (más de 200.000 personas se encuentran en lista de espera, a las que habría que añadir las 150.000 que están pendientes de evaluación); en fin, la profesionalización de los servicios, dentro de un sistema de atención integral centrado en la persona, de calidad, es también otro requisito básico para cualquier reforma.

Recientemente se ha alcanzado un acuerdo entre el sector de empresarios y sindicatos y la Administración que la compareciente pone en valor: el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023. Se trata, en sus propias palabras, de un éxito político, en lo más bonito de la palabra político, que ha puesto de manifiesto que la dependencia es una política de Estado que trasciende la política partidista e implica a toda la sociedad. Este Plan de Choque ha sido refrendado por todas las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial de Dependencia.

El acuerdo alcanzado parte de la constatación de que el sistema está infrafinanciado y fija unos objetivos prioritarios: la reducción de las listas de espera, el incremento de los precios del concierto vinculados tanto a la calidad del sistema como a las condiciones laborales de quienes trabajan en ellos, las mejoras en las prestaciones, con el fin de garantizar la atención adecuada a las personas dependientes, la profesionalización de los servicios, la figura del asistente personal, la acreditación y la cualificación de las trabajadoras (remarca la compareciente la vertiente absolutamente femenina del sistema).

El Plan de Choque, primer acuerdo social desde la aprobación de la Ley de Dependencia, avanza, en fin, en el modelo de colaboración pública y privada, que la compareciente entiende va a ser clave para afrontar el reto demográfico del envejecimiento.

9.4. Comparecencia de la Secretaria de Asuntos Sociales y Familia de la Generalitat de Catalunya, Dña. Marta Cassany i Virgili.

La compareciente estructura su presentación en torno a cuatro ejes: primero, entorno sociodemográfico; segundo, instrumentos de planificación; tercero, cuestiones fundamentales a las que tiene que dar respuesta el futuro modelo; y cuarto y último, acciones con elevado poder de transformación para dar impulso a la autonomía personal y al nuevo modelo preventivo; todo ello referido a Cataluña.

- **Entorno sociodemográfico.**

El estudio del fenómeno del envejecimiento ha de partir del examen de determinados **datos demográficos**:

- El grupo de población de 80 años y más, actualmente representa el 21,1 % del total de la población.
- En 2030, el grupo de población de más de 65 años pasará a ser de un 31,8 %.
- En 2060, el grupo de población de más de 65 años llegará a un 44,8 %.
- Entre 2018 y 2061 se prevé:

- Que la población de 65 a 74 años aumente un 35 %.
- Que la población de 75 a 84 años aumente un 100 %.
- Que la población de 85 a 94 años aumente un 170 %.
- Que la población de 95 y más años aumente en casi un 500 %.
- Que, en 2061, el peso del colectivo de mayores de 85 o más años pase del 2018 el 16,7 % al 27,6 %.

Atendiendo a estos datos —afirma la compareciente—, se hace absolutamente necesaria una estrategia que dé respuesta a la nueva realidad de una población nonagenaria y centenaria. Las personas vamos a vivir más, aumentará la soledad no querida y vamos a necesitar más cuidados.

Respecto de la soledad no deseada, se estima que en Cataluña hay 175.000 personas mayores de 64 años en esta situación; y hay evidencias científicas del impacto del aislamiento sobre la salud de los mayores y del hecho de que la soledad, como condición, puede predisponer a situaciones de exclusión social. Y las medidas de aislamiento y de confinamiento físico estricto de los meses de la pandemia del COVID-19 han producido un hiper aislamiento y una mayor pobreza en la vejez.

La pobreza que sufren en la vejez muchas personas mayores es consecuencia de la jubilación, que viene acompañada de una caída de los ingresos; las pensiones son las principales fuentes de recursos de las personas mayores que, en cambio, se enfrentan a unos crecientes riesgos financieros relacionados con la necesidad de asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración. Es especialmente preocupante la feminización de la pobreza (las mujeres ingresan de media de un 35,5 % menos que los hombres).

No hay que perder de vista tampoco el problema de la violencia en la vejez. En general, se asume que a partir de los 60 años las formas de violencia ya no implican un componente machista y no se tienen en cuenta las condiciones de las mujeres mayores que han sufrido o sufren violencia machista. Se constata que en las tres franjas de edad (65-79, 80-89 y 90 y más) el número de mujeres víctimas duplica el de hombres víctimas.

- **Instrumentos de planificación.**

La planificación en que se estructura el Plan estratégico de servicios sociales de Catalunya (2021-2024) se distribuye en 5 palancas, que a su vez tiene 13 ejes, 65 objetivos, 5 proyectos y 201 líneas de actuación. Las 5 palancas son:

- Personas y profesionales (motores del sistema).
- Vertebración y reorganización (mayor calidad e integración).
- Acción comunitaria y prevención (sistema proactivo).
- Gobernanza y conocimiento (decisiones basadas en la evidencia).
- Intersectorialidad (intervención holística).

Este Plan, aprobado con el horizonte 2024, tiene el gran reto de transformar el sector de los servicios sociales, poniendo el acento en la prevención, situando a la persona en el centro y convirtiendo los servicios sociales en el tercer pilar del Estado del Bienestar. Prevé un incremento de la financiación y la contratación de nuevos profesionales. Su punto de partida es el entorno inmediato y la desinstitucionalización, para

pasar a un nuevo modelo de autonomía personal y atención a las personas, en línea con las acciones que se exponen en los apartados siguientes.

- **El nuevo modelo: cuestiones fundamentales.**

El futuro modelo de promoción de la autonomía y de atención a las personas incluye cinco cuestiones fundamentales:

- Facilitar la vida que los ciudadanos quieren vivir, desde la proximidad. Se debe diseñar una estrategia para pasar del modelo institucionalizado al de proximidad.
- Mediante el diseño y puesta en marcha de nuevos servicios, con mayor intensidad y mayor complementariedad.
- Con una administración dinámica que se adapta y cambia, para ayudar sus ciudadanos.
- Generadora de relaciones y vínculos.
- Que incide sobre las personas que necesitan ayuda, sobre sus cuidadores y sobre los profesionales que intervienen, asegurando una universalidad de recursos y las condiciones laborales de quienes intervienen en el sector de los cuidados.

- **Acciones para impulsar el nuevo modelo.**

Para dar impulso al nuevo modelo son necesarias ocho acciones básicas:

- Potenciar más la prevención y las comunidades inclusivas, con actuaciones intersectoriales tales como ciudades saludables, accesibles, adaptadas y amigables con la gente mayor, estrategias para mantenerse activo a lo largo de la vida, promoción de la actividad física y hábitos saludables, el cumplimiento de la normativa y los nuevos retos de accesibilidad universal, sinergias con el mundo asociativo y voluntariado, refuerzo e implementación de los programas conjuntos entre salud y educación dentro del ámbito escolar y del ocio.
- Crecimiento y consolidación de la atención integrada al domicilio y la comunidad, la gran apuesta del futuro, adaptando las políticas hacia la emancipación, el desarrollo del proyecto de vida independiente, el envejecimiento activo en el entorno domiciliario, la lucha contra la soledad y el aislamiento y la promoción de la autonomía.
- Sistemas de atención flexibles, menos compartimentados, centrados en la prevención, capaces de poner en valor la atención domiciliaria y comunitaria, con diversidad de respuestas, capaces de atender las personas a lo largo de su ciclo vital y que eviten o atrasen en lo posible la institucionalización.
- Apoyo y reconocimiento social y económico de los profesionales y las personas cuidadoras no profesionales, a quienes hay que reconocer, formar y cuyas condiciones salariales y laborales hay que atender para garantizar una atención residencial, de cuidados y atención de larga duración de calidad. Se precisará también de la creación de nuevos perfiles profesionales que den respuesta al nuevo paradigma de la promoción de la autonomía.
- Refuerzo de la gobernanza para conseguir la atención integrada, aprobando un marco normativo que garantice la autonomía personal y la interacción con la comunidad como un derecho, que impulse la prevención y esté dotado presupuestariamente con una cartera de apoyos transversales, en orden a promover el derecho a vivir de manera independiente el mayor tiempo posible.
- Una administración pública inclusiva, flexible y ágil, que integre y ordene los equipos de valoración de la discapacidad y la dependencia y estudie la integración en la atención primaria, así como que potencie la Red de atención temprana, aumentando el apoyo a las familias y la coordinación con los Departamentos de Salud y de Educación.
- Acelerar la transformación digital, mejorando los sistemas de información social y sanitario, su interoperabilidad y el reto de la gestión de la información de las personas atendidas. En el futuro modelo, la evaluación y la transparencia tienen que ser un valor esencial.
- Incremento de la financiación de la atención domiciliaria y modificación del sistema de contratación. El nuevo enfoque comportará una redistribución de los fondos actuales y un incremento presupuestario (para tecnologías de apoyo y cuidados, teleasistencia avanzada, productos de apoyo que mejoren la autonomía de las personas en su día a día y para facilitar la actividad del entorno cuidador), así como un incremento de las intensidades y las coberturas de atención domiciliaria, teniendo en cuenta su sostenibilidad.

Para concluir, la compareciente señala algunos aspectos concretos sobre cómo deben ser los nuevos servicios:

— Los centros de día evolucionarán hacia nuevos servicios diurnos más preventivos, con diferentes opciones de viviendas, más flexibles y abiertos en la comunidad (hogares compartidos con servicios comunes, iniciativas innovadoras de convivencia y cooperativismo de uso, en el ámbito de la vivienda). Se tendrán que incorporar la innovación tecnológica y domótica.

— Las residencias tienen que ser espacios donde las personas puedan desarrollar su proyecto de vida, con continuidad y garantizando el mantenimiento de sus deseos y objetivos. Tienen que estar más próximas a las viviendas que a un modelo hospitalario. Pero también tienen que tener garantizada la atención sanitaria del sistema sanitario público. Y habrá que reforzar y adaptar el modelo de atención centrada en la persona a todas las residencias, así como articular unidades de convivencia reducidas.

10. SESIÓN DE 7 DE ABRIL DE 2021

10.1. Comparecencia del Secretario de Políticas Públicas y Protección Social de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO), D. Carlos Bravo Fernández.

El compareciente, desde la perspectiva de la organización sindical que representa, comienza haciendo una caracterización previa de determinados aspectos generales, en materia de cohesión social, protección social, Estado del Bienestar, antes de abordar los retos del proceso de envejecimiento y las oportunidades que el mismo presenta.

— En cuanto a estos **aspectos generales** de los fenómenos de la longevidad y el envejecimiento y sus efectos, se refiere a los siguientes:

- El proceso de envejecimiento tiene mucho que ver con los **cambios en la estructura poblacional** y el **incremento de la esperanza de vida**, de manera sostenida en el tiempo. Y, a su vez, el incremento de la esperanza de vida tiene mucho que ver con la buena salud. La esperanza de vida en España es claramente superior en las mujeres que en los hombres, pero la esperanza de vida con buena salud no se registra en la misma medida sobre los varones que sobre las mujeres (donde es inferior) y, con carácter agregado en ambos sexos, esta variable no crece en los mismos términos en los que lo hace el indicador genérico. Se vive más, pero con peor salud. A partir de los 75 años aparecen las pluripatologías, la cronicidad... lo que va a requerir infraestructuras y políticas públicas (en materia sanitaria, de pensiones, de servicios sociales), que nos permitan adaptarnos a ello.

- Según las **proyecciones de evolución demográfica** del Instituto Nacional de Estadística (que difieren en algo con las de Eurostat y de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal — AIREF), a partir de las dos próximas décadas, las generaciones de *baby-boomers*, que han estado sosteniendo con su actividad productiva el conjunto de la economía del país, ocuparán un lugar importante en cuanto a la protección social y la pirámide poblacional cambiará de forma, para convertirse en una especie de prisma. Sin embargo, existen aún márgenes para actuar en relación al equilibrio demográfico de las próximas décadas. En este sentido, por ejemplo, aunque se sabe con seguridad qué población mayor y pensionista va a haber, se puede actuar aún sobre la población joven, qué movimientos migratorios se deben producir, qué tasas de actividad y empleo se deben operar para todos ellos, así como respecto de otras muchas variables como las relacionadas con las políticas educativas, el fracaso escolar, reequilibrar Formación Profesional hoy aún minusvalorada en España,... todos estos son datos relevantes y requieren políticas públicas.

- Lo que se ha dado en llamar la **«España vaciada»** es otra realidad que no hay que olvidar; es un fenómeno de concentración de la población en núcleos urbanos que es también común en otros países de Europa e internacionalmente, pero que en España se produce de forma muy intensa. Es una realidad que hay que abordar porque la desertificación demográfica condiciona muchas políticas públicas, al desplegar efectos socioeconómicos relevantes que profundizan la desigualdad territorial. Hacen falta criterios de cohesión social en todo el territorio.

— ¿Cuáles son las **políticas públicas** clave para enfrentar los efectos de la longevidad y el envejecimiento? Las pensiones y el mercado de trabajo son los ámbitos estrella de las políticas públicas.

Pero, previamente, hay que reforzar los **sistemas de cooperación**, para abordar de forma eficiente las reformas y transformaciones al respecto; mecanismos de cooperación tanto territoriales (con decisiones europeas, entre Comunidades Autónomas, y de estas con la Administración del Estado y con las Corporaciones locales), como sectoriales (en materia sociosanitaria —porque hay carencias enormes en atención social y residencial, donde juega hoy un papel relevante la colaboración público-privada— que debe ser reequilibrada, y en la legislación laboral, protección social y negociación colectiva).

Las políticas públicas que hace falta revisar, a juicio del compareciente y sin que sea un catálogo cerrado, son las siguientes:

- **La fiscalidad.** Hay que hacer una actuación profunda —no tanto inmediata en la actual coyuntura, pero sí definirla ya con hitos y calendarios— en la estructura fiscal para poder financiar las políticas públicas en las mismas condiciones que otros países de nuestro entorno. España encuentra lastrada la eficiencia de su sistema fiscal —que, en cuanto a estructura y tipos de gravamen, es muy semejante al de otros—, debido a dos razones: el porcentaje de economía sumergida (19 % del PIB) y los niveles de elusión fiscal en todas las figuras impositivas (en IRPF, Impuesto de Sociedades e IVA). Existe un amplio margen para mejorar la contribución fiscal. Es necesario acometer una profunda reforma fiscal, con criterios de progresividad y redistributivos (hoy nuestra estructura tributaria es menos progresiva porque tienen más peso los impuestos indirectos que los directos, tendencia creciente internacionalmente, en la que España ha incidido negativamente de forma relevante en la última década), que se marque como objetivo alcanzar los niveles de ingresos y recursos para políticas públicas de nuestro entorno (la eurozona).

- **Fecundidad y migraciones.** Hace falta un equilibrio poblacional con políticas de apoyo a la familia, a la emancipación más temprana de nuestras personas jóvenes, a la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en los cuidados... todo ello debe tener incidencia positiva en las tasas de natalidad —que son importantes, pero no suficientes— y políticas migratorias —esenciales—. En cuanto a estas últimas, España es actualmente un país receptor de migración de tres orígenes (Iberoamérica, países del este de Europa y África) y tenemos que ser capaces de integrar esta población porque la inmigración (sobre todo la de Iberoamérica y África, ya que la de los países del este de Europa se frenará a medida que estos países, ya en la Unión Europea, mejoren su desarrollo), más que la natalidad, permitirá el reequilibrio poblacional.

- **Pensiones y protección social.** El sistema de pensiones es la fuente de renta fundamental de una población que envejece (actualmente el 20 %, más del 32 % en los años centrales del siglo). El nivel de renta es esencial para ellos y para la actividad económica del país. A juicio del compareciente, no es una buena opción reformar el sistema de pensiones español para aproximarlos a la opción anglosajona (con una pensión mínima o «zócalo» que cada persona puede complementar a lo largo de su vida), entre otras cosas por nuestros niveles salariales inferiores (más de un 20 % más bajos que los de los países de nuestro entorno). Para el compareciente, es estratégico mantener nuestro actual sistema de pensiones para las generaciones venideras, con independencia de su número —la generación de *baby-boomers* está llegando estos años a la jubilación y en 2048 llegará a su plenitud—, haciendo compatible el nuevo paradigma del envejecimiento activo (alargamiento voluntario de la vida profesional) con un nivel adecuado de protección social (jubilación anticipada, pensiones suficientes...). Se requerirá el máximo esfuerzo, no por generosidad (concepto acuñado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con referencia a la tasa de sustitución de salarios en activo), sino por necesidad y justicia, y profundizar en la línea apuntada por el Pacto de Toledo de jubilación gradual y flexible (jubilación parcial, jubilación anticipada, jubilación demorada, relevo generacional, compatibilidad con el empleo...).

Las propuestas que están sobre la mesa en lo referente al sistema público de pensiones son la reversión a la reforma de 2013, mejorar los ingresos procedentes de cotizaciones (de los 19 millones de cotizantes, hay 5 millones que no cotizan por sus ingresos reales), actuando sobre las bases máximas de cotización y culminar la separación de fuentes de financiación de la Seguridad Social, asumiendo presupuestariamente todas las políticas de interés general (en materia de empleo, igualdad, apoyo sectorial, apoyo a la familia...) que hoy son asumidas desde el presupuesto de la Seguridad Social.

En este sentido hay que abordar también la revisión de los sistemas asistenciales con criterios de suficiencia y cobertura completa (ingreso mínimo vital y rentas mínimas autonómicas, pensiones no contributivas, subsidios por desempleo y redefinición de políticas activas de empleo, que hoy por hoy no funcionan adecuadamente, orientándolas a la formación, con itinerarios individualizados y orientación personalizada, formación y con adecuada gestión de oferta y demanda de empleo).

- **Sanidad y servicios sociales.** Se necesita reforzar nuestro sistema sanitario que, en los últimos meses, ha estado sometido a una tensión impresionante. En la Administración sanitaria, como en el conjunto

de Administraciones públicas, hay un problema grave de insuficiencia de plantillas, que, además, están envejecidas. Esta situación no se puede resolver exclusivamente mediante el impulso de la digitalización. Lo mismo puede decirse con el sistema de cuidados, que, además, tiene un sesgo de género importante, con condiciones laborales y retributivas muy deficientes, y en el que hay que recuperar los niveles de financiación del Estado, muy reducidos durante los últimos años, con el consiguiente incremento de presión sobre los presupuestos de las Comunidades Autónomas.

Para **concluir**, resume el compareciente su exposición en las actuaciones que se requieren para abordar el reto del envejecimiento de la población:

- Mejores tasas de actividad y empleo, porque no se puede sostener la economía y todo un sistema público de protección con un núcleo de población ocupada, muy singularmente entre 30 y 55 años.
- Acabar con la temporalidad y la precariedad en el empleo—inclusive y con especial referencia en el ámbito de las Administraciones públicas, donde una situación inaceptable e incomprensible resulta aún más relevante, si cabe—.
- Mejorar la tasa de actividad femenina y disminuir la brecha salarial (que se agudiza en la maternidad y, a partir de ese momento, se mantiene estable durante el resto de la vida laboral).
- Reforzar y profesionalizar los servicios profesionales de atención y cuidados (servicios residenciales, centros de día, ayuda a domicilio).
- Aumentar la productividad, aprovechar las oportunidades de la *silver economy* en materia de digitalización, industria del ocio, cultural, turística... que suponen también oportunidades de yacimientos de empleo y oportunidades de reorientación de nuestro modelo productivo si se apuesta por la promoción y concreción de servicios y empleo de calidad.

En resumen, mejores servicios públicos, políticas públicas más potentes, mejores cuidados, más Estado de Bienestar, para lo cual hay que aprovechar también los Fondos europeos *Next Generation*, con sus cuatro palancas, siendo condición necesaria conseguir una estructura fiscal más eficiente que la que actualmente tenemos. Reforzar la capacidad de desarrollo de políticas públicas para garantizar la inversión y el gasto público, riguroso, transparente y suficiente, es fundamental en una sociedad moderna y para un país como el nuestro.

10.2. Comparecencia de la Presidenta de la Fundación Pasqual Maragall, Dña. Cristina Maragall Garrigosa.

Tras presentar la Fundación de la que es Presidenta, comprometida con la investigación del Alzheimer como forma de detección y prevención precoz de esta enfermedad, la compareciente focaliza el tema del envejecimiento en la cuestión de la salud, así como en el Alzheimer y la demencia, como una de las principales amenazas para la salud y el bienestar de las personas mayores.

El extraordinario aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados ha provocado un cambio demográfico sin precedentes. España tiene la mayor esperanza de vida de toda Europa y la tercera del mundo (80 años para los hombres y 86 para las mujeres), y según las proyecciones del INE, en el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30 % del total de la población, lo que obliga a una reflexión profunda. Vivimos más, y debemos felicitarnos por ello —afirma la compareciente—, pero debiéramos aspirar a vivir con más calidad de vida.

Gracias a los avances científicos y tecnológicos del siglo XX y a la asunción de hábitos más saludables, los problemas de salud se han desplazado hacia edades cada vez más avanzadas. Así, graves enfermedades, discapacidades y limitaciones funcionales que eran propias de la edad de jubilación comienzan a presentarse ahora en la población mayor de 85 años. Este hecho es un gran logro social, médico y científico. Pero nos encontramos con una notable excepción en el caso del Alzheimer y otras demencias, la principal amenaza a una mayor esperanza de vida de mayor calidad. La enfermedad de Alzheimer es una patología que debuta y aumenta de forma progresiva, generalmente a partir de los 65 años, y que, hoy por hoy, carece de tratamientos que sean curativos o que retrasen su curso.

Ofrece, a continuación, la compareciente, algunas cifras sobre el impacto de las demencias.

- Cerca del 10 % de la población mayor de 65 años y cerca del 50 % de las personas mayores de 85 años sufren algún tipo de demencia.

- Afecta a más de 900.000 personas en España, cifra que podría doblarse, si no se consiguen tratamientos efectivos, en el año 2050.
- El coste anual en España se cifra en 21.000 millones de euros, 24.000 euros por persona afectada al año.
- En más del 80 % de los casos, la atención al paciente la realiza la propia familia, quien asume el 87 % del coste total.

La encuesta «Actitudes y percepciones de la población española sobre el Alzheimer» elaborada el año pasado por Ipsos para la Fundación Pasqual Maragall revela que dos de cada tres españoles afirman tener o haber tenido en su entorno a una persona afectada por esta enfermedad. El Alzheimer es una de las enfermedades que más preocupa a la población, sólo por detrás del cáncer, y el principal problema de salud al que se enfrentan las personas mayores.

¿Qué sabemos del Alzheimer? ¿En qué ha avanzado la ciencia?

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral, progresiva e irreversible y es la causa más frecuente de demencia; se caracteriza clínicamente por la pérdida de memoria, pero presenta otros síntomas, tanto de tipo cognitivo (alteración del lenguaje, desorientación, dificultad para planificar o resolver problemas), como de trastornos relacionados con la conducta.

Por ahora no existe un tratamiento que pueda prevenir el Alzheimer o detener su curso, aunque sí medicamentos que ayudan a paliar algunos síntomas y mejorar la calidad de vida de los afectados. Estos tratamientos suelen ser útiles durante los primeros años de la enfermedad, pero con el avance de la misma, su efectividad va disminuyendo.

Una vez los síntomas aparecen, las personas afectadas van sufriendo una discapacidad y dependencia progresivas, que afectan incluso a la realización de las actividades más básicas (comer, vestirse o incluso andar). Poco a poco, pues, se harán imprescindibles los cuidados permanentes y la presencia constante de un cuidador.

En el cerebro de las personas afectadas se producen dos anomalías neuropatológicas muy características: la acumulación de placas de proteína beta-amiloide y de ovillos neurofibrilares de proteína tau.

No se conocen las causas de estos acúmulos, que se inician en la región del hipocampo cerebral, crucial para la formación de nuevos recuerdos y el aprendizaje. Desde ahí se extienden progresivamente a otras regiones del cerebro.

Las lesiones pueden iniciarse hasta 15 o 20 años antes de la aparición de los primeros síntomas (fase preclínica); es decir, que hay una larga etapa sin síntomas, seguida por un progresivo deterioro cognitivo que, finalmente, termina en una demencia.

Dado que, a fecha de hoy, ninguno de los ensayos clínicos de nuevos fármacos para modificar el curso de la enfermedad ha tenido éxito, la comunidad científica apuesta por poner en marcha estudios de prevención dirigidos a personas cognitivamente sanas, cuando la persona no presenta síntomas, para frenar el proceso neurodegenerativo y evitar llegar a la fase de demencia o retrasar al máximo su aparición.

Cada vez es mayor la evidencia de que el origen de la enfermedad se debe a una combinación de varios factores de riesgo, algunos modificables (factores de riesgo cardiovascular, aspectos del estilo de vida como la nutrición, calidad del sueño y factores ambientales) y otros no (edad y genética), no determinantes en la mayoría de los casos.

En los últimos años se han publicado estudios sobre la importancia de la prevención primaria: con un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular y la adopción de hábitos de vida saludables se podrían prevenir casi uno de cada tres casos de demencia.

La edad, el tema que ocupa a la Ponencia, es el principal factor de riesgo para desarrollar Alzheimer o demencia, pero —y esto es importante— la demencia no es una consecuencia inevitable del hecho de envejecer. La demencia está causada por enfermedades que hay que investigar para encontrar estrategias de prevención y tratamientos efectivos.

No obstante, el Alzheimer y las demencias han sido y son aún enfermedades olvidadas en los presupuestos destinados al fomento de la investigación. Es urgente situarlas entre las máximas prioridades de las políticas de ciencia e innovación, sociales y económicas, dotándolas de una financiación pública suficiente y estable.

¿Y quién se está **haciendo cargo** de las personas con demencia?

Junto a cada persona afectada, se encuentra, inevitablemente, su cuidadora principal, generalmente una mujer, que acaba dedicando las 24 horas del día a atender y cuidar a su familiar con Alzheimer, lo que la acaba agotando física y emocionalmente (aparecen apatía, depresión, ansiedad). Es una realidad oculta a la que no se está prestando la atención que merece y necesita.

Queda pendiente poner en marcha las políticas contenidas en el Plan Integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023), que aún no cuenta con presupuesto asignado para su desarrollo.

Reclama también la compareciente un Plan nacional que fomente la investigación de la enfermedad —que califica de pandemia estructural— y ponga fin a las carencias a las que se enfrentan las personas afectadas y sus familias.

Para terminar, la compareciente hace un llamamiento al compromiso en trabajar por un futuro sin Alzheimer. Abordar el reto del envejecimiento no puede obviar, en resumen, la exigencia de progresar en la prevención y el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer y las demencias. La ciencia —dice— es capaz de conseguir enormes logros si existe voluntad y se aportan los recursos necesarios. Hay que unir esfuerzos para evitar el tremendo impacto de esta enfermedad. Es el único camino para vivir con plenitud y autonomía la última etapa de nuestra vida.

10.3. Comparecencia del Presidente de la Fundación 26 de Diciembre, D. Federico Armenteros Ávila.

El Presidente de la Fundación 26 de diciembre, tras agradecer que se hable de inclusión también en relación con el tema del envejecimiento, más que definirlo, prefiere abordarlo comenzando por subrayar algunos aspectos que considera importantes, como que el envejecimiento es un proceso que no es igual en todas las personas: cada uno envejece de forma distinta y hay muchos tipos de envejecimiento.

A partir de esta primera constatación, el Sr. Armenteros quiere poner en valor el envejecimiento de un grupo de personas (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales), que en España son 920.000 mayores de 65 años, que son diferentes.

¿Qué los hace diferentes?

En primer lugar, su **historia**. En la convulsa historia del siglo XX, este colectivo ha vivido una determinada construcción del mundo, con una homofobia institucional, debido a la cual a las personas con una determinada sexualidad (las que hoy forman parte del colectivo LGTBI) se las consideraba formal y legalmente (primeramente, por la Ley de vagos y maleantes, luego por la de peligrosidad social) como corruptos, depravados, pecadores, enfermos mentales, asesinos y, sobre todo, peligrosos... Y sin derechos, con una absoluta falta de aceptación por la **sociedad**.

Los miembros del colectivo han interiorizado este rechazo institucional y social, se han sentido, efectivamente, tal y como se les ha considerado. Hasta los años 1990 no se los despatologiza por la Organización Mundial de la Salud. Y hasta el 26 de diciembre de 1978, con la aprobación de la Constitución y la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, no se elimina la prisión para los homosexuales.

Lamenta el compareciente que no haya habido una reparación al colectivo por todo ello, así como las consecuencias que han sufrido, tanto **psicológicas** como en **salud**, todas las personas que han vivido estas situaciones, peores incluso para las mujeres, que, además, estaban invisibilizadas.

También factores **sociales** han condicionado a este colectivo, porque al rechazo institucional se ha unido la misma percepción social; hasta los propios familiares han rechazado a estas personas, que suponían para ellos una deshonra.

Visto actualmente, ¿se dan respuestas adecuadas a esta situación? ¿Se reconoce que habido personas a las que no se ha dado valor por ser como eran? ¿Que se ha hecho daño psicológico, de salud, etc. a estas personas?

Afirma de forma contundente el compareciente que hay que poner siempre en el centro a la persona, sea como sea y tenga la edad que tenga. Y, en el caso de los mayores, hay que escuchar lo que quieren, más que tutelarlos.

El actual modelo biomédico presenta algunas contradicciones: como tienes edad, tienes que hacer deporte, comer sano... nunca hay ninguna referencia al tema psicológico, ni afectivo ni sexual. Este modelo hay que ir cambiándolo.

En cuanto a los **retos** del envejecimiento para el colectivo LGTBI, señala el compareciente los dos importantes y dos recomendaciones al respecto:

— Hay que pensar en la **protección** de estas personas mayores: qué sabemos de ellas, en qué situación se encuentran; hay que preguntar, hacer estudios y tener datos reales.

— Hay que conocer las **características específicas** de la diversidad afectivo-sexual. Hay que conocerlos y romper estereotipos; hay que normalizar ese «ser diverso». De ahí que el colectivo, cada vez más, esté integrado en organizaciones y plataformas de participación de todo tipo (Unión Democrática de Pensionistas y Plataforma por la Dignidad de las Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid, por ejemplo).

La legislación tiene que reconocer estas situaciones. La situación ha cambiado mucho desde la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social en 1978 y, en 1988, del delito de escándalo público del Código Penal. Pero, aunque hay ya un reconocimiento legal del colectivo, muchas veces se queda solo en el papel.

Se requieren, además, respuestas especializadas para este colectivo. Se va a abrir la primera residencia LGTBI, que se pretende sea pública. Gran número de mayores del colectivo tienen pensiones no contributivas (67 % de esta población) porque se han movido en su vida profesional en ámbitos donde no se cotizaba. Pero son personas con derechos, aunque ellos no se han reconocido ni se reconocen aún muchas veces así, como plenos ciudadanos. Tampoco tienen pensiones de viudedad, porque los mayores del colectivo no se han casado (y no ya porque no se reconociera el matrimonio homosexual, sino porque por la educación de la época que les ha tocado vivir, ni se pensaba en el matrimonio siquiera). Por eso se necesita una respuesta especializada.

Reclama, para terminar, el compareciente, para el colectivo al que representa —los mayores LGTBI—, el respeto y dignidad que durante tantos años se le ha negado, que se reconozcan sus derechos, igual que se reconocen los de cualquier ciudadano, para construir una sociedad inclusiva en la que quepamos todos, también «el color».

11. SESIÓN DE 21 DE ABRIL DE 2021

11.1. Comparecencia del Director Gerente del Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), D. José Javier Sánchez Lacuesta.

Para contextualizar el punto de vista del Instituto respecto del tema objeto de la Ponencia, el compareciente comienza por presentar el Instituto de Biomecánica de Valencia, un centro tecnológico que nace en 1976, en la Universidad Politécnica de Valencia, bajo el lema «innovación al cuidado de las personas», y que se dedica a la biomecánica. Estudia el comportamiento del cuerpo humano y su relación con los productos, los entornos y los servicios.

En la estrategia actual del Instituto hay tres valores fundamentales:

1. El aporte de valor excepcional a través de la transferencia de los resultados de investigación en forma de tecnologías y servicios.
2. El conocimiento (I+D+i) gracias al que se construye ese valor.
3. La promoción del talento como motor del cambio y la innovación.

La estrategia de I+D+i del Instituto se centra en las personas. Las personas son el centro, el objetivo y las beneficiarias de la innovación y, por tanto, deben coparticipar en todas las investigaciones que conducen a soluciones innovadoras. Este planteamiento es especialmente importante cuando se habla de envejecimiento.

El Instituto maneja cinco áreas de conocimiento: antropometría, biomecánica de los sistemas corporales, factores humanos, funciones humanas, y necesidades y preferencias de las personas.

Y se dirige a distintos ámbitos o sectores de aplicación en conexión con las empresas: automoción, indumentaria, movilidad, rehabilitación y autonomía personal, deporte, tecnología sanitaria, turismo y ocio, puericultura, salud y bienestar laboral, hábitat, discapacidad y personas mayores.

En todos estos sectores el Instituto de Biomecánica de Valencia presta servicios de I+D+i, bien sea en proyectos de investigación y desarrollo, de asesoramiento a las empresas, servicios (inspección y ensayos, valoración de biomecánica, formación) y tecnologías.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 79

Centrándose ya en la problemática del envejecimiento, se detiene el compareciente en exponer detalles sobre la demografía en España y sobre la esperanza de vida para mujeres y hombres, para pasar, a continuación, a referirse a las cuatro etapas del envejecimiento y la fragilidad en la vida de una persona mayor:

— Una primera, la de la persona mayor sana, esto es, sin ninguna enfermedad, con buena capacidad funcional y autonomía.

— La segunda etapa, la de prefragilidad, asociada con algún proceso patológico, que puede ser atendido desde los servicios de atención primaria.

— En la etapa de la fragilidad, los procesos patológicos afectan ya a la persona e interfieren en su capacidad y autonomía. Las personas en esta tercera etapa se encuentran en un equilibrio más precario, que requiere el apoyo del entorno social y familiar y son vulnerables ante infecciones, caídas, cambios en la medicación y hospitalizaciones... requiriendo servicios de salud y o sociales. Es una etapa crítica en el proceso de envejecimiento porque después viene la dependencia.

— En esta última etapa, las personas mayores, con enfermedades crónicas y claro deterioro, no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria y requieren un apoyo permanente. Son frecuentes los desórdenes mentales y sociales y el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad de atenderlas se rompe: surgen la dependencia y la discapacidad (deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que impide la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás).

Las personas frágiles presentan determinadas características:

- Desde el punto de vista sociodemográfico, son personas mayores, con mayor probabilidad de ser mujeres, con poca educación y bajos ingresos en comparación con otras personas mayores no frágiles.
- En cuanto a su estado físico y de salud, presentan alto número de enfermedades crónicas (hipertensión, ictus, diabetes, artritis y caídas).
- A nivel de estilos de vida y hábitos, se asocia a la fragilidad la falta de actividad física y el consumo de tabaco y alcohol.
- Respecto de sus capacidades cognitivas, psicológicas y emocionales, aparece la discapacidad cognitiva, así como episodios de depresión y distimia.
- Sus capacidades funcionales están muy deterioradas, necesitan de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria y presentan problemas de movilidad.

En cuanto a la capacidad funcional en relación con la edad, en la vida temprana se alcanza el máximo nivel funcional, en la vida adulta comienza el declive, y en las personas mayores se alcanza el nivel limitante de discapacidad, aunque hay que tener en cuenta que no todas las personas envejecen igual, que existe una variabilidad individual.

Algunas consideraciones de género explicadas a partir de una gráfica: el proceso de envejecimiento afecta, de manera diferenciada, a hombres y mujeres. Además de algunos aspectos biológicos, existen aspectos socioculturales que perjudican a las mujeres: mayor tasa de desempleo, mayor tasa de empleo informal, cuidado de personas dependientes (padres, nietos), herramientas de trabajo y equipos de protección normalizados para el género masculino.

A continuación, señala el compareciente algunos aspectos contenidos en el Marco político sobre el envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud:

— La acción política, desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud, debe promover que las personas vivan más tiempo con buena salud y libres de discapacidad.

— El envejecimiento activo depende de todos los factores que rodean a la persona: el entorno físico, la situación económica, la situación sociosanitaria, su propio comportamiento, sus características personales y aspectos sociales. En definitiva, tener un envejecimiento activo y saludable y una vida sostenible se debe trabajar a lo largo de la vida y se requiere para ello un entorno seguro y saludable.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba, el 14 de diciembre de 2020, una Resolución estableciendo el decenio de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento saludable, de la que el compareciente cita algunas ideas:

— Las políticas y programas de salud pública permitan que las personas de edad gocen de buena salud y sigan contribuyendo al bienestar de sus familias, comunidades y sociedades; se trata de un comportamiento no solo individual, sino social.

— Hay que cambiar la forma en que pensamos en el envejecimiento, que no ha de ser un problema a resolver, algo oculto, sino enfocarlo de otra manera: concienciar sobre los estilos de vida saludables, promover la seguridad y salud ocupacional a lo largo de la vida, trabajar para lo que vendrá después, proporcionar servicios de atención integrada, de atención primaria, de acceso a la atención crónica.

Tener en cuenta a las personas de edad entronca con la estrategia de innovación (como la forma de concretar avances científicos y tecnológicos), que coloca a las personas en el centro. Hay que hacer cosas para las personas pero contando con las personas.

También a nivel internacional, se publicó en enero de 2021 el Libro Verde del envejecimiento, de la Comisión Europea, que habla del impacto universal del envejecimiento y de un enfoque basado en el ciclo de vida, de aprendizaje permanente, de satisfacción laboral, de papel activo, de retrasar la demencia, de estilos de vida saludables, de la importancia de las políticas de apoyo y de la sostenibilidad (de pensiones, de sistemas de asistencia sociosanitarios y de empleo).

Introduce aquí el compareciente el tema de la innovación: los productos y servicios para el envejecimiento saludable y el envejecimiento activo generarían vectores de mejora de la calidad de vida de las personas y apoyarían la sostenibilidad de los sistemas de salud y asistencia social.

Son muchos los desafíos que plantea el envejecimiento, mencionados también en el Libro Verde: vulnerabilidad, enfermedad y discapacidad, deterioro cognitivo, la brecha digital y la exposición al fraude y a la exclusión tecnológica y social.

Para afrontar estos desafíos, hace falta una acción política integral: fomentando el estilo de vida saludable, la seguridad en el trabajo, la vida social activa, renovando las ciudades, haciendo accesibles los productos, los servicios, los entornos, favoreciendo la convivencia intergeneracional, y, sobre todo, la participación: que nadie quede sin participar en su propia vida.

Es importante, aunque no ha tenido demasiado eco, la Directiva (UE) 2019/882 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de abril de 2019, sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y servicios, que ha de trasponerse a la legislación española y que afirma, entre otras cosas, que un entorno en el que los productos y servicios son más accesibles permite que la sociedad sea más inclusiva y facilita la vida autónoma de las personas con discapacidad, así como que se ha de tener en cuenta que la discapacidad es más preponderante entre las mujeres que entre los hombres y que, entre las personas que sufren limitaciones funcionales, están las personas mayores.

Algunos apuntes del compareciente sobre tendencias e innovación:

- Solo conocemos el 10 % sobre nuestra salud, que con la genómica, son un 30 % más. El otro 60 % se debe a factores exógenos (la calidad de vida, por ejemplo). Obtener más información o conocimiento nos puede ayudar a mejorar la salud.
- Hay empresas que tienen programas de salud y bienestar para sus empleados, que se mueven en la adecuación del puesto de trabajo para un diseño ergonómico, la implantación de una cultura antiedadismo en la empresa y la mejora de hábitos de vida. Esto también tendrá que hacerse a nivel del país.
- Las soluciones TIC contribuyen a mejorar la independencia y la participación en la sociedad, así como la igualdad de oportunidades (las dificultades de acceso son factores de exclusión). La innovación puede mejorar la funcionalidad, los cuidados, la seguridad, el estilo de vida saludable, el desarrollo personal, el acceso a los servicios digitales y las relaciones sociales.

Antes de formular sus conclusiones, se refiere el compareciente a los proyectos del Instituto —o en los que participa— en relación con el envejecimiento:

- «Stopp falls», para reducir la probabilidad de caídas.
- «My-AHA», cuya finalidad es prevenir el deterioro funcional.
- «We take Care», con el objetivo de disminuir la necesidad de ayuda y cuidar al cuidador.

Para concluir, el compareciente hace unas reflexiones finales:

- El Estado del Bienestar ha desarrollado la sanidad para tratar pensando en la enfermedad y los servicios sociales para atender la dependencia, es decir, para resolver problemas. No se puede impedir el envejecimiento, pero sí retrasar o mitigar sus efectos fomentando vida saludable. El Estado debe poner en marcha una serie de acciones transversales para ello.

- Las empresas y las organizaciones más avanzadas desarrollan programas de salud y bienestar que favorecen la calidad de vida de las personas más allá del trabajo y de su vida laboral, favoreciendo un tránsito flexible a la jubilación. Se pueden mejorar esos programas, tratando de que el fin sea progresivo, como lo fue el principio.
- Los avances médicos y tecnológicos posibilitan un conocimiento más amplio de nuestra salud, abriendo el camino hacia la salud personalizada.
- Hay que exigir la accesibilidad para las personas mayores, pero también hacer partícipes a las personas.
- Apoyar la innovación y la I+D en esta área es una oportunidad de desarrollo social y económico. El envejecimiento es un reto y una oportunidad para innovar en productos y servicios que cuenten con las personas mayores y se centren en sus necesidades y preferencias.

11.2. Comparecencia del Director de la Cátedra Macrosad de Estudios Intergeneracionales y Decano de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada, D. Mariano Sánchez Martínez.

Desde su perspectiva de profesor de universidad, investigador y estudioso de los procesos intergeneracionales, el compareciente estructura su intervención en ocho actuaciones y diez recomendaciones.

En cuanto a las primeras, se refiere el Sr. Sánchez Martínez, a las siguientes actuaciones:

1. Resulta imposible hablar del envejecimiento con la precisión y objetividad deseables porque el desarrollo de la investigación es insuficiente. Además, la investigación geriátrica es la dominante y hay una especie de «caída» en la investigación del envejecimiento como proceso social. Carecemos de información, de bases de datos y estudios específicos; es decir, nos faltan herramientas.

2. El envejecimiento (o, mejor dicho, los envejecimientos) no es una nueva realidad social. La geriatría se fundó en la primera década del siglo pasado. Pero poco a poco vamos cayendo en la cuenta de la dimensión temporal de la vida humana. Es cierto que hay más longevidad, pero la clave no está en la mayor longevidad o en la menor fecundidad, sino en la capacidad para ver lo que tenemos delante.

3. Los envejecimientos no están centrados en las personas mayores. La expresión «los mayores» es un genérico masculinizado que erróneamente elimina la palabra persona, convierte el adjetivo en sustantivo y el paso del tiempo en la vida de la persona en categoría exclusiva. El concepto de «persona mayor» es un concepto artificial y es parte del problema. Las políticas y los programas de envejecimiento y las políticas y programas de mayores son cosas distintas. De ahí que plantearse el empoderamiento de los mayores no tiene por qué ser una medida adecuada, sino que puede acabar siendo utilizado competitivamente contra otros grupos etarios.

4. Las personas mayores no deberían ser consideradas como colectivo; tampoco otros grupos por su edad cronológica o su etapa de desarrollo. Este es un error de bulto. La edad y solo la edad no puede ser el criterio. Se ha fragmentado excesivamente, en razón de la edad, la participación en la vida social; y esto ha dado pie a la segregación.

5. El envejecimiento «activo» ni es la panacea ni debería considerarse como la única forma de envejecimiento o de promover los buenos envejecimientos. No es la solución al problema, sino solo una marca. Existen muchos envejecimientos, muchas formas de envejecer, y se descubren cuando se baja a ras de tierra y se escucha a las personas, dejando de lado los conceptos hechos. Sin embargo, en general, las políticas públicas actúan de forma vertical y esa —a criterio del compareciente— no es la manera de trabajar.

6. Los esfuerzos para elaboración de los Libros Blancos del Envejecimiento Activo han demostrado no ser herramientas para lo que se pretende: colocar el envejecimiento en el centro del debate. Se trata de una metodología equivocada; hay que buscar otros modos.

7. La consideración del envejecimiento como problema tiene muy difícil solución. Lo que hay que hacer es reformular el problema, cambiar la denominación, los lenguajes... buscar nuevas formas de hablar del asunto sin sesgos que nos impidan llegar a la solución. Propone en esta línea el compareciente que el Informe de la Ponencia sea sobre los envejecimientos, en plural.

8. La intergeneracionalidad. Respecto al contacto intergeneracional en España, con las cifras que tenemos —pocas y de escasa calidad—, existe una brecha de 50 puntos porcentuales entre personas menores de 35 y mayores de 65 años, dentro y fuera de la familia. España es un país «familista», sí; pero

el envejecimiento no está solo en las familias. ¿Qué ocurre más allá de la familia? Que la caída de contacto intergeneracional baja a la mitad. La sociedad española está seriamente segregada por edades, salvo entre familiares. Y esto afecta a la salud seriamente y nos pone en peligro como sociedad moderna.

Las diez recomendaciones del compareciente, con las que cierra su exposición, son:

1. Hay que hacer pedagogía de los envejecimientos en todo lugar, en todo momento, en toda política y en todo programa. Se trata de un proceso que afecta a todas las personas en todas sus edades.

2. Hay que utilizar el término «envejecimiento» en plural, porque no hay solo una manera de envejecer y quienes no encajan en el modelo canónico aprobado no se sienten integrados.

3. Se debería solicitar a la Real Academia Española el cambio de significado del verbo «envejecer» y todos los vocablos de su campo semántico. «Envejecer» se define en el diccionario como «hacer viejo a algo o a alguien». Y «viejo-a» quiere decir «de edad avanzada», aparte de «deslucido, usado o que tuvo lugar en el pasado». Por tanto, en nuestro diccionario se utiliza un lenguaje anacrónico para referirse a la realidad del envejecimiento.

4. Hay que impulsar la investigación multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar y aplicada. No existe un espacio de investigación colaborativa en torno al envejecimiento en España. Necesitamos transversalidad en este campo.

5. Carece de sentido seguir contando en la Administración central con un Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Lo que hace falta es un Instituto de Envejecimientos, no de Mayores, porque el propio concepto orgánico del Instituto de Mayores contribuye al aislamiento, a la segregación, a segmentar a la población por edad, a considerar a los mayores como colectivo, cuando envejecer es cosa de todos.

6. El envejecimiento exige un impacto colectivo, que es un método para resolver problemas sistémicos de alcance macrosocial que permite una colaboración entre partes interesadas. Esto significa pasar de la suma —cooperar y colaborar— a la multiplicación —aliarse en torno a un horizonte común—.

7. Es preciso renovar la manera de diseñar, implementar y evaluar los programas sociales de intervención en torno al envejecimiento. En general, los programas actuales utilizan y se apoyan en lo que se llama «marco lógico», que resulta inadecuado. Hace falta hacer evaluaciones, analizar impactos, repercusiones... y esto no se hace.

8. Existe una seria desconexión entre los ámbitos familiar y comunitario en nuestra sociedad y ello afecta al envejecimiento. El cuidado de las personas mayores se sigue haciendo en el ámbito familiar informal y los ámbitos comunitarios están muy subdesarrollados al respecto.

9. La segregación etaria (por edades cronológicas) es fuente de descohesión y de discriminación. Estamos desmembrados en torno a los envejecimientos. No es de recibo que España no cuente con una red de servicios y espacios intergeneracionales, y que la legislación no favorezca el cruce intergeneracional. Necesitamos dotarnos de normativas que no solo permitan sino faciliten la creación de espacios y centros intergeneracionales.

10. La intergeneracionalidad tiene que ser un principio transversal básico en las políticas y los programas públicos, como lo es el género o lo son las capacidades. La discriminación por edad es una de las formas de discriminación pendientes de abordar, que está dañando enormemente las posibilidades de envejecer bien.

11.3. Comparecencia del Responsable del Grupo de Investigación en Envejecimiento del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (GIE-CSIC), D. Vicente Rodríguez Rodríguez.

Desde la perspectiva de que las personas envejecen a lo largo del curso de la vida, aborda el compareciente su exposición, indicando que la del envejecimiento activo es la penúltima línea de investigación del CSIC —aunque en el tema del envejecimiento se lleva trabajando más de treinta años—, y a explicar dicha línea de investigación dedica su intervención.

En el análisis clásico del envejecimiento activo se parte de las **Conclusiones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002**, —completadas con el Informe del International Longevity Center (ILC) de Brasil de 2015—, que identificaban los cuatro pilares del envejecimiento activo: salud, participación, seguridad y aprendizaje, condicionados los cuatro por una serie de factores (sociales, comportamentales, culturales, económicos, etc.).

El **envejecimiento activo** es un paradigma que utiliza la investigación, pero no todos los estudios utilizan el término de la misma manera, porque se trata de un concepto polisémico, construido a partir de múltiples contenidos, que se relaciona y entrecruza con otros colaterales (bienestar, calidad de vida), envuelto en confusiones y tensiones inevitables y que se utiliza desde variadas perspectivas (científica, política, de aplicación práctica, de intervención).

Pero ¿qué significa envejecer activamente? Para el compareciente, siguiendo las tesis de la Dra. Fernández Ballesteros, envejecer activamente implica:

- Tener en cuenta el carácter heterogéneo de la población mayor.
- Promover la autonomía personal.
- Fomentar la responsabilidad individual sin prejuicios ni discriminación.
- Implicarse en actividades con significado (familiar, social, cultural, formativo, participativo, cívico,...).
- Reconocer la igualdad de oportunidades y de derechos en todos los aspectos de la vida.
- Promover las relaciones y la solidaridad intergeneracional.
- Considerar los objetivos de envejecer activamente como prevención y como restauración.
- Activar acciones para conseguir estos objetivos en la doble dirección: de arriba-abajo (políticas) y de abajo-arriba (participación).

Tan sencillo es entender esto como difícil medirlo, porque se trata de una construcción teórica, para cuya medición hay muchas limitaciones, porque los datos oficiales de que disponemos no están ajustados al modelo, simplemente se producen con fines estadísticos y, cuando hay datos con cierto carácter específico, son limitados en su extensión y no siempre generalizables. Habría que combinar, pues, ambas perspectivas. Y, además, una tercera, la de las personas mayores, cuya opinión y experiencia es fundamental.

Después de poner un par de ejemplos para ilustrar su afirmación de la inadecuación de los datos oficiales y de la limitación de datos específicos, se centra el compareciente en el tercer aspecto señalado y en cómo dando voz a las personas mayores —siguiendo los principios de independencia y participación, señalados por las Naciones Unidas, para saber cómo es para ellas envejecer activamente—, se pueden corroborar los datos cuantitativos. Esta es la línea de investigación que ahora mismo se utiliza en el CSIC.

Se trata de una aproximación fenomenológica, basada en las experiencias, sin tamizar los datos ofrecidos por las personas mayores con el criterio de los investigadores. Se utilizaron los factores comportamentales y se identificaron los componentes y factores del envejecimiento activo, a partir del reconocimiento del carácter heterogéneo de la población mayor y de la diversidad de situaciones.

En esta investigación se descubrió —y fue determinante— el papel que juega el entorno residencial en la forma activa de envejecer, el apego al lugar. Las personas mayores quieren envejecer en casa, en su propia vivienda. Esta es una de las razones, entre otras, por las que solo un 5 % vive en residencias o en otro tipo de modelos residenciales (viviendas colaborativas, por ejemplo).

Pasando del plano de la investigación al de la aplicación práctica, en la **Unión Europea**, se manejan dos parámetros fundamentales en relación al envejecimiento activo: empleo y salud.

- En las políticas de empleo entre los mayores, hay una tendencia a excluir el envejecimiento activo como concepto global y unitario (aunque se incluyan algunos aspectos, como servicios, participación, etc.).
- En las políticas de **salud** y el bienestar, el envejecimiento activo es una aspiración: conseguir bienestar individual y social, desde la perspectiva de curso de vida y de la solidaridad intergeneracional, con el reconocimiento de derechos (protección social, educación...) y obligaciones; la autonomía de las personas mayores significa empoderamiento, y con respeto a las diferencias: por edad, por género, culturales.

En la segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento del año 2002, se celebró también un Foro de ONGs, más allá de las posiciones «oficialistas» de la Unión Europea, que concluyó que la participación es un factor clave para el desarrollo social y por ello es necesario promover iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores.

Algunas de sus propuestas fueron el principio de envejecimiento activo como rector de las políticas de salud, el aprovechamiento de las personas mayores como recurso social y económico, y la promoción de la participación activa de las personas mayores en los debates para la toma de decisiones, reconociendo el trabajo intergeneracional que cumplen las personas mayores.

Desde el punto de vista social, se refiere el compareciente a la *Age Platform Europe*, una red de organizaciones de mayores de 50 años, que es «la voz» de los mayores en la Unión Europea, canaliza

su participación en proyectos europeos sobre envejecimiento, comparte experiencias y buenas prácticas, realiza una labor informativa, participa en el análisis de las políticas europeas sobre envejecimiento... Su función, en definitiva, es que los gobiernos se muevan en la línea del respeto y la promoción de los mayores.

En **España**, en el año 2011 se aprobó el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, que, por distintas razones, se han quedado en un intento sin desarrollo. En el mismo se hacen una serie de recomendaciones, desde la investigación, con la idea de promover la participación activa de las personas mayores (canalizar la autonomía personal, mejorar los canales de participación organizada, facilitar las actividades de voluntariado social, fomentar el uso de las tecnologías, difundir ejemplos de buenas prácticas de participación, valorar el papel de las evidencias científicas) y favorecer el papel de la persona mayor como centro de las relaciones familiares y sociales.

Posteriormente, en 2014, se aprobó el Marco de Actuación de las Personas Mayores, que contiene un grandísimo catálogo de recomendaciones de carácter político. Se insiste en el Marco, con base en las Orientaciones de la Unión Europea de los años 2012-2013, en la misma idea: participación a lo largo de toda la vida de la persona y el fomento de la misma.

Las competencias de carácter social, en España, están en manos de las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales. Según un estudio de 2011, sobre los programas para la promoción de la autonomía personal desarrollados en las Comunidades Autónomas, gran parte de estas insisten en el desarrollo de programas relacionados con el envejecimiento activo (ocio activo, universidad de la experiencia, rehabilitación cognitiva, voluntariado social...).

Se refiere específicamente el compareciente, como ejemplo, a los modelos de Castilla y León y de Asturias. También hay Diputaciones Provinciales que tienen sus propios programas coordinados y, en algunos casos, solapados con las Comunidades Autónomas.

También existen algunos ejemplos —limitados— de buenas prácticas asociativas. El IMSERSO ofrece un catálogo al respecto.

Para terminar, el compareciente se refiere a cómo está la situación en España, formulando las siguientes conclusiones:

- La persona mayor como protagonista en la capacidad de decisión.
- Diversidad de iniciativas, propuestas y normativas, en distintos niveles administrativos, encaminadas a fomentar el bienestar personal en sus dimensiones de autonomía personal, vida sana y participación social.
- Hace falta un ajuste a nivel competencial entre las distintas Administraciones, así como mejorar la coordinación institucional, intersectorial y con la sociedad civil.
- La toma de decisiones ha de basarse en las evidencias científicas.

Para el futuro, es necesario:

- Clarificar el concepto de envejecimiento activo y su vinculación con otros, considerando a las personas mayores como una fuerza motora en el diseño de medidas y normas.
- Medir las actividades a lo largo del tiempo para los mismos individuos (análisis longitudinal).
- Acordar el tipo de medidas básicas a utilizar y homogenizar el marco regulatorio, salvando las competencias administrativas.
- Valorar los comportamientos innovadores en la realización de actividades (buenas prácticas).
- Fomentar el envejecimiento activo o mejorarlo entre quienes ya lo practican.
- Mejorar las capacidades del personal de atención y cuidados.

12. SESIÓN DE 5 DE MAYO DE 2021

12.1. Comparecencia, mediante videoconferencia, de la Presidenta de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP), Dña. Paca Tricio Gómez.

Desde que, en 1977 la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España se dirigiera a los poderes públicos para determinar la situación precaria y olvidada de las personas mayores, a hoy, han pasado más de cuatro décadas, durante las cuales la población en España ha aumentado en un 30 %, mientras que la población de personas mayores lo ha hecho en un 140 %. Entonces las personas mayores eran el 10,6 % de la población, 3.890.000 personas; hoy son 9.363.000, casi la quinta parte de la población.

En una sociedad centrada en el cortoplacismo, deslumbrada por «lo nuevo» y marcada por la obsolescencia de casi todo, las personas mayores que no trabajan, no cuentan, no existen, son invisibles.

Las personas mayores, dice la compareciente, «queremos ser personas con todos y cada uno de sus derechos. Queremos participar activamente en la sociedad, en todos sus ámbitos. Queremos que no se haga nada para nosotras sin nosotras».

A continuación, rechazando el tópico de que las personas mayores son una carga, la compareciente se refiere a algunas de sus contribuciones o aportaciones a la sociedad:

- Años de vida laboral para el desarrollo de nuestro país.
- Contribución activa a la construcción democrática del mismo.
- Sostenimiento de las familias en los momentos más duros de crisis económica y social.
- Colaboración en innumerables iniciativas voluntarias y solidarias.

Las personas mayores no son ajenas a lo que las rodea, sino protagonistas de ello, junto al resto de edades, con quienes comparten entornos y espacios. Por eso quieren ser tratadas en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía, aun cuando sus capacidades físicas se vayan reduciendo con la edad. De ahí que demanden entornos y espacios adecuados a esas capacidades, amigables y accesibles, en cuya construcción y mejora quieren participar.

La reclamación de las personas mayores de pensiones dignas, públicas y blindadas en la Constitución, es un derecho de futuro para las generaciones venideras, porque todos vamos llegar a ser mayores.

Desde la celebración de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 1982, muchos han sido los documentos, Informes, Libros Blancos y Verdes, estudios sobre la situación de las personas mayores. Pero lo que se necesita —dice la compareciente— son acciones. Porque hablamos de derechos, y los derechos se exigen.

Por ello la Unión Democrática de Pensionistas, de la que la compareciente es Presidenta, reivindica, junto a muchas otras organizaciones participantes en la Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores, una Convención Específica de las naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas Mayores.

Para terminar, la compareciente pone en valor dos realidades:

1. La importancia y el valor de las mujeres mayores, doblemente discriminadas, por ser mujeres y por ser mayores, especialmente en el ámbito rural, en el que se añade este tercer elemento discriminador: ser mujeres rurales, es decir, invisibles.

2. El papel social de las asociaciones de personas mayores, poco valoradas, especialmente en el ámbito político, cuando en todos los rincones de nuestro país se esfuerzan por llevar adelante multitud de tareas y actividades de todo tipo: integradoras, formativas, divulgativas, reivindicativas, de cuidados.

Las personas mayores y sus asociaciones necesitan que se las escuche, que se cuente con ellas, que se las apoye en su labor y no se las discrimine, obviando su existencia.

12.2. Comparecencia del Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), D. Juan Manuel Martínez Gómez.

Empieza el compareciente subrayando la importancia del tema del envejecimiento, que sitúa al nivel del problema del cambio climático, tras lo cual pasa a presentar a la organización que representa.

Entrando a abordar el tema del envejecimiento, el Sr. Martínez Gómez configura su intervención como una serie de observaciones a la moción que da lugar a la Ponencia, a partir del Plan Gerontológico Nacional —cuyos postulados, pese a aprobarse hace 30 años (1990-2000), siguen hoy vigentes— y del Documento sobre Centros Sociosanitarios, elaborado por el Comité Científico del Adulto Mayor del ICOMEM, Colegio de Médicos de Madrid, que ofrece una serie de datos clave sobre Residencias de Personas Mayores.

— En los próximos nueve años, en 2030, el porcentaje de mayores de más de 65 años pasará del 19,6 % actual al 24 % y el de más de 80 años, del 6 al 7,4 %.

— España es uno de los países con esperanza de vida más alta del mundo, 83,8 años y, aunque en 2020 ha disminuido en casi un año la esperanza de vida al nacer y medio año la esperanza de vida a los 65 años, en este año volverá a recuperarse.

Este proceso ha de ser atendido por **políticas en diversas áreas**: educación, economía, pensiones, sanidad, bienestar social, familia, cultura y ocio, políticas todas ellas que deberán dar respuesta a las

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 86

aspiraciones y necesidades de las personas en todas las etapas de su vida, respetando sus derechos, su autonomía, su participación, su dignidad y su libertad de decisión.

Las personas mayores convivirán de manera intergeneracional constituyendo un grupo heterogéneo con necesidades e intereses muy diversos. Se deberán poner los medios que permitan construir una sociedad para todas las edades.

Las instituciones públicas, en el desarrollo de estas políticas, tendrán que:

- Promover el empoderamiento de las personas mayores.
- Fomentar su participación en la vida social, económica y política para garantizar su inclusión y reducir las desigualdades y vulnerabilidades a las que se enfrentan en muchos casos.
- Promover y articular debates que permitan suficientes consensos políticos, sociales y económicos que lleven a nuevas prácticas y políticas públicas con las personas mayores.

Desde CEOMA, en este sentido, se hacen distintas propuestas:

- Respeto y dignidad a las personas mayores, mediante la aprobación de una Ley contra el abuso y maltrato a personas mayores.
- Políticas de educación y discriminación por edad, que han de empezar desde la escuela.
- Lucha contra la soledad no deseada, que se evitaría con la formación y el fomento del asociacionismo. CEOMA propone una plataforma de personas mayores, como la constituida entre CEOMA, UDP, ONCE y PMP, que se quiere presentar en el Senado.
- Garantizar la sostenibilidad de las pensiones y que permanezca el poder adquisitivo de los mayores, que han de estar presentes en el «Pacto de Toledo».
- Fomentar la participación de las personas mayores, lo que se logra aumentando las subvenciones a las asociaciones.

Otros temas que trata el compareciente son el respeto de los **medios de comunicación** con los mayores (evitar noticias sensacionalistas y contar con las Asociaciones de Mayores para informar y formar) y la **brecha digital**, que hay que romper, en especial en el medio rural (facilitar a los mayores el acceso a los sistemas tecnológicos y telemáticos, para cuyo manejo tiene muchas dificultades).

Respecto de la situación de los **servicios sociales**, se refiere el compareciente, por un lado, a los mayores que viven solos (26 %, de los cuales, un 60 % en soledad no deseada) y al escaso porcentaje (4,9 %) de los que reciben asistencia en el domicilio, con una media de 20 horas por mes; por otro lado, en cuanto a las residencias, en España hay unas 6.000 residencias con 400.000 plazas, lo que supone que solo el 4,3 % de los mayores viven en residencias, con una edad media de 87 años y el 70 % mujeres. Los sueldos de los profesionales sanitarios son un 37 % menos que los de los mismos profesionales que trabajan en el sector sanitario. En fin, el 85 % de las muertes por COVID-19 de estos meses pasados han sido de mayores de 65 años.

La propuesta de CEOMA en relación a esta situación de dependientes es la siguiente:

- Adaptación de viviendas y de ciudades.
- Incremento progresivo de la dotación presupuestaria de la Ley de Dependencia (del 0,7 % del PIB actual al 1,5 %).
- Desaparición de listas de espera.
- Incremento de la cartera de servicios, tanto de atención domiciliaria (12 %, con una intensidad de 60 horas/mes), como de teleasistencia, centros de día con transporte adaptado y de residencias (cambio de modelo y atención centrada en personas).
- Incremento de plantillas y mejor retribuidas.

En cuanto a la **reordenación del Sistema Nacional de Salud**, se parte de una situación en la que el 50 % de las camas hospitalarias (132.000) están ocupadas por mayores de 65 años (66.000); el número de hospitales con servicio geriátrico con docencia es aproximadamente 20 y sin docencia, 30; y el número de geriatras en España no llega a los 1.000.

Ante esta situación, CEOMA propone:

- Formación en geriatría en atención primaria (un tercio de los pacientes que acuden a estos servicios son mayores de 65 años).
- Contemplar la figura del geriatra como consultor en atención primaria.
- Conexión informática entre residencias, la atención primaria y la red hospitalaria: la historia clínica debe ser única y tiene que ser la misma en todos ellos.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 87

- En residencias grandes, estudiar que el médico pertenezca al Sistema Nacional de Salud.
- Crear servicios de geriatría o unidades geriátricas en todos los hospitales generales (la especialidad existe desde 1978).
- Incrementar urgentemente el personal sanitario, sus condiciones laborales y sus retribuciones.

Por lo que se refiere a la **coordinación sociosanitaria**, de la que ya se hablaba hace 30 años, habría que:

- Introducir la coordinación sociosanitaria en los Consejos Interterritoriales de Sanidad y de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia.
- Crear un coordinador sociosanitario en las Áreas de Salud y Servicios Sociales.
- Conectar informáticamente los dos sistemas.
- Introducir la figura del gestor de casos.
- Atención farmacéutica de residencias a través del hospital de referencia.

Para terminar, formula unas breves **conclusiones** el compareciente:

- No solo es importante vivir más años sino también vivir con buena calidad de vida.
- Debemos y tenemos que saber envejecer.
- Las personas mayores deben exigir y cumplir sus derechos y deberes.
- La sociedad y las instituciones deben ayudar y dar a las personas mayores los recursos necesarios para cumplir estos objetivos.
- Evitar la discriminación de los mayores es misión de todos.

12.3. Comparecencia, mediante videoconferencia, del Presidente de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales en España, D. José Manuel Ramírez Navarro.

A partir de tres premisas, la persona en el centro de todas las actuaciones, la defensa de lo público y el municipalismo como base del sistema de servicios sociales y la participación activa en el sistema de dependencia, ajusta el compareciente su intervención a un esquema de tres puntos: prenotando sobre el envejecimiento, las personas mayores y el sistema de dependencia, y, para terminar, una serie de propuestas y recomendaciones.

• Prenotando sobre el envejecimiento.

Parte el compareciente de la exposición de algunos datos: en 2050, en la Unión Europea —y en España— una de cada tres personas será mayor de 65 años y, en pocas décadas, será normal ser centenario; la esperanza de vida ha mejorado, por lo que se puede afirmar que el envejecimiento es un triunfo de nuestra sociedad.

Efectivamente, envejecer es un reto; pero, paradójicamente todo el mundo quiere llegar a viejo pero nadie quiere ser viejo, con lo que ello conlleva: cronicidad, fragilidad y dependencia («efecto Titón»). De ahí que haya que pensar en el envejecimiento activo.

El envejecimiento activo, según la definición que en 1997 dio la Organización Mundial de la Salud, es el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores (OMS 1997), fundamentalmente desde cuatro parámetros: la participación, la vida saludable, la seguridad y la investigación.

El modelo del envejecimiento activo ha aportado una nueva cultura en torno al envejecimiento, muestra una concepción positiva del envejecimiento, marca el terreno de juego con el carácter institucional de la propuesta, ayuda a que se preste más atención a las personas mayores y ha abierto un nuevo camino al envejecimiento en el que es fundamental la calidad y la innovación.

El envejecimiento es un proceso vital, tenemos derecho a tomar nuestras propias decisiones y somos responsables del buen envejecimiento.

• El sistema de la dependencia.

En relación con la protección de los más vulnerables en nuestro país y el sistema establecido por la Ley de Dependencia, imprescindible para garantizar la calidad de vida de las personas mayores, señala el

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

Núm. 259

22 de noviembre de 2021

Pág. 88

compareciente algunas cifras relativas a su cumplimiento, tomadas del XXI dictamen del Observatorio de la Dependencia:

— Tres de cada cuatro personas que solicitan la valoración de la dependencia son mayores de 65 años (15 %).

— Durante 2020 fallecieron en las listas de espera de la dependencia 55.487 personas, 152 diarias, pendientes de atención y servicios.

— En 2020 fallecieron más de 173.426 personas con una resolución de prestación, 19.950 que no acreditaron su situación de dependencia y 55.375 pendientes de resolución de grado o de prestación.

— De las 248.751 personas fallecidas, 60 eran mujeres, el 80 % tenía más de 80 años, el 15 % entre 65 y 79 años y un 5 % menos de 65.

— Se trata —dice el compareciente— de un incumplimiento insostenible de la Ley de Dependencia, una ley que genera derechos a la ciudadanía.

El impacto del COVID-19 ha hecho que por primera vez, desde su aprobación en 2015, los indicadores de dependencia hayan retrocedido, porque el COVID-19 ha condicionado este retroceso en dos aspectos: en las nuevas valoraciones y en la puesta en marcha de servicios o prestaciones, cuando más falta hacía que el sistema funcionase.

Hoy, en 2021, no se ha avanzado, sino que se ha retrocedido y estamos a nivel de diciembre de 2017; el crecimiento de los servicios ha sido, en algunos años de la crisis, incluso negativo, sin llegar a cubrir la tasa de reposición. Estamos —reflexiona el compareciente— creando un sistema *low-cost*.

Madrid, Cataluña y Canarias son las Comunidades Autónomas que se encuentran a la cola del desarrollo del sistema de dependencia, por distintas razones cada una.

Por lo que se refiere al tiempo medio de tramitación de un expediente de dependencia, es de 18 meses, y, en cuanto a la financiación del sistema, la aportación de la Administración General del Estado al sistema, es del 15 % (menos del 20 % del gasto público), la de las Administraciones autonómicas el 64 % y el resto (21 %) corre a cargo de las personas usuarias.

Hay que darse cuenta de que la inversión en dependencia y servicios sociales es una inversión inteligente para las Administraciones Públicas: cuando se invierte en dependencia, se generan puestos de trabajo directos (se contrata especialmente a mujeres), estables (porque España tiene una población envejecida y no se va a poder prescindir de estos cuidados) y no deslocalizables (porque hay que cuidar a las personas en su entorno).

Pero se ha dejado de invertir en la Ley de Dependencia; se han recortado, desde 2012 a 2020, más de 6.000 millones de euros.

El Plan de Choque de la Ley de Dependencia pretende revertir esta tendencia. Los importes recuperados doblan la cuantía de la aportación estatal. El incremento presupuestario previsto es de 623 millones de euros para 100.000 dependientes en lista de espera y 25.000 puestos de trabajo.

• Propuestas y recomendaciones.

Dentro de las actuaciones que habrá que emprender, la primera es pensar en un nuevo modelo residencial, que permita pasar de la atención institucional a un modelo de derechos individuales, que tenga en cuenta las reivindicaciones de las personas mayores y deje al margen los intereses económicos de grandes empresas, los intereses gremialistas o políticos y sindicalistas.

Además, hay que cambiar también el modelo de cuidados en el entorno («como en casa, en ningún sitio»). Los servicios sociales tienen el reto de facilitar la permanencia en el hogar a todas las personas cuando se enfrentan a situaciones de dependencia por su edad o por sus circunstancias físicas, psíquicas o sensoriales. Y esta debe ser una prioridad absoluta del sistema.

Cuando la permanencia en el hogar no sea posible, entonces hay que pensar en un centro residencial. Pero hay que «humanizar» el entorno residencial; los centros residenciales tienen que ofrecer entornos hogareños, superando la sobreprotección y la masificación de los actuales modelos. Hay que apostar por otros modelos como las unidades de convivencia, con respeto al proyecto vital, con atención sanitaria prestada desde los Servicios de Salud, con estrategias para prevenir la soledad —que también existe en las residencias— y en los que la investigación e innovación se pongan al servicio de las personas.

En cuanto a la atención integral en el hogar, debe superar el concepto tradicional de atención domiciliaria, con cuidados personales, servicios domésticos, teleasistencia avanzada, seguridad, servicios sanitarios en el hogar, con entornos accesibles y con compañía (voluntariado y buena vecindad). En el

ámbito domiciliario hay que tratar de integrar el nivel de los servicios sociales y sanitarios y apoyar los cuidados familiares y profesionales, con asesoramiento, complementariedad y supervisión.

Para finalizar, hace una breve referencia el compareciente a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios, para la que cita cuatro condiciones *sine qua non*:

- Inversión decidida tecnológica y organizativa.
- Visión de largo alcance (nuevo pacto social).
- Marco de derechos garantizados (sociales y de salud).
- Responsabilidad pública con participación privada.

En definitiva, tiene que haber estrategias razonables para prestar atenciones integradas a las personas mayores, con información compartida entre los sistemas sanitarios y sociales, atención única pero combinada en procesos personalizados, también para los «momentos críticos» (convalecencias, vueltas a casa, escalón de pérdida de autonomía...) y tener en cuenta que, al final, el proceso de envejecimiento se orienta al empoderamiento y al autocuidado, lo que va a exigir un cambio de paradigma en los dos sistemas: el paciente va a pasar a actor y el usuario a gestor responsable.

III

CONCLUSIONES

A la vista de los datos expuestos, pueden formularse algunas conclusiones, distribuidas en diversos ejes:

EJE 1. Incremento de la esperanza de vida en España.

1. El incremento de la esperanza de vida de la población es un éxito social, en el que tiene mucho que ver la madurez de nuestra democracia y el reconocimiento de derechos. Es una consecuencia de la mejora de las condiciones de vida y los avances de la medicina moderna. Supone una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI y, por tanto, afrontar los desafíos que plantea una sociedad más longeva es uno de los retos sociales y políticos actuales más relevantes en todo el mundo. Esta situación obliga a repensar las políticas públicas que establecen las normas de convivencia y los roles previstos para cada rango etario. La actual revolución demográfica prevé que, en el año 2050, serán más las personas mayores de 65 años que las menores de 15 en todo el mundo.

2. España es uno de los países de la Unión Europea con la población más longeva. Actualmente hay en torno a 9,3 millones de personas mayores de 65 años; de estas, más de un millón y medio son mayores de 85 años y se prevé que, en el año 2050, el número de personas de 65 años aumente hasta alcanzar un 31,4 % y un 11,6 % el de las personas mayores de 80 años, respecto del total de la población. En los últimos cien años, la esperanza de vida en nuestro país se ha incrementado en 50 años.

3. El incremento de la esperanza de vida es un éxito de la humanidad, consecuencia del progreso social que han supuesto las políticas de desarrollo económico, sanitario, laboral y del bienestar en nuestras sociedades. Por tanto, el envejecimiento deriva de circunstancias todas ellas positivas, que han originado un cambio demográfico y social de primer orden, que nos plantea importantes retos. A estos desafíos se debe dar respuesta mediante nuevas políticas públicas transversales —entre ellas, las orientadas al fomento de la natalidad— y nuevos modelos de organización social, desde la garantía de los derechos humanos de las personas en todas las etapas de la vida y de la plena participación de las personas en todos los ámbitos. Es necesario incorporar un mensaje de optimismo y éxito al fenómeno de la longevidad, poniendo en valor la aportación que las personas mayores pueden hacer a la sociedad. Es necesario repensar las sociedades que envejecen, con el fin de que todas las personas puedan vivir en una sociedad intergeneracional que ofrezca oportunidades de vida digna para todas las personas a lo largo de toda la vida.

EJE 2. La vejez como etapa diversa y heterogénea.

4. El envejecimiento es complejidad y heterogeneidad. El término más adecuado sería «envejecimientos». La vejez es una nueva etapa de la vida, que abarca muchas décadas (desde los 65 años hasta el final de la vida) y, por tanto, es un proceso dinámico que va cambiando con el transcurso del tiempo.

No todas las personas envejecen igual y las necesidades son diversas en función de la salud, del estado físico, de la actividad y el estado emocional y relacional, así como del nivel cultural y socioeconómico de las mismas. Ni tampoco las necesidades y las respuestas a problemas que se pueden plantear durante el envejecimiento son las mismas para todas las personas. El grado de envejecimiento de las personas no depende exclusivamente de la edad; influyen en él, además, los patrones de producción y consumo; es decir, del nivel de actividad de la persona en la sociedad, así como de la respuesta social a sus necesidades. El contexto puede ser determinante en el estilo de vida de cada persona. La consideración de esta etapa bajo una visión de colectivo homogéneo incrementa la pérdida de valor social de la misma.

EJE 3. El envejecimiento de la población rural y el reto demográfico.

5. Siendo el medio rural totalmente heterogéneo, es cierto que el proceso de envejecimiento de la población tiene un impacto específico en las zonas rurales, derivado de la emigración de las personas más jóvenes, generalmente en busca de oportunidades de empleo en ciudades con mayor empleabilidad, lo que conlleva una baja natalidad y una escasa renovación generacional. Por el contrario, las personas que han vivido o viven de las actividades vinculadas al territorio, permanecen en el lugar, lo que ocasiona los desequilibrios demográficos que se observan. Es necesario establecer criterios de dotación de servicios públicos de proximidad, ya que su ausencia dificulta las oportunidades de envejecer en los propios domicilios y aún más las oportunidades de vivir dignamente durante la vejez. La dificultad de acceso a los servicios públicos de salud, servicios sociales, actividades culturales, etc. supone mayor riesgo de aislamiento, soledad no deseada o violencia de género en las personas mayores. De ahí la necesidad de establecer criterios de dotación de servicios públicos de proximidad que tengan en cuenta estas necesidades, tanto para atender a los residentes, como para favorecer la permanencia de las poblaciones jóvenes.

EJE 4. El Estado de Bienestar como garantía de protección de los derechos de las personas mayores.

6. Gracias al desarrollo del Estado de Bienestar en nuestro país, hemos logrado construir un modelo avanzado de protección y atención a las personas mayores. Nuestro modelo se basa en los pilares fundamentales del Estado de Bienestar: la educación, el sistema público de pensiones (con el complemento de las pensiones no contributivas y el complemento a pensiones mínimas aportados por los Presupuestos Generales del Estado), el Sistema Nacional de Salud, universal y de calidad, y el sistema de Servicios Sociales (con el refuerzo del sistema de Atención a la Dependencia y del Ingreso Mínimo Vital), que contribuyen a la construcción de un modelo avanzado de protección a las personas de mayor edad.

EJE 5. Una sociedad para todas las edades.

7. Es preciso poner en valor el conocimiento, la experiencia, el respeto y el reconocimiento social que merecen las personas mayores. Por tanto, se debe considerar el valor que las personas mayores aportan en todos los ámbitos: cuidan de sus nietos/as, de personas con discapacidad o en situación de dependencia, ayudan económicamente o acogen en su casa a hijos/as en paro o sin vivienda, realizan actividades solidarias y altruistas y contribuyen a la economía mediante el consumo de ocio, viajes, cultura, tecnología. Como sociedad, debemos reconocer la importancia del esfuerzo y la solidaridad de las personas mayores con sus familias, así como el aporte que las personas mayores siguen haciendo a la sociedad y a los cuidados de otras generaciones. Por todo ello, es necesario aportar un nuevo enfoque de esta etapa vital, alejado de modelos paternalistas y que ponga fin al edadismo y al estigma asociado, impulsando un cambio de imagen social, que permita mejorar la percepción social actual del envejecimiento y entender esta etapa de la vida como un valor social. El proceso de envejecimiento debe dejar de ser socialmente considerado con carácter peyorativo y en términos de gasto económico. Las personas mayores no sólo consumen recursos, sino que generan beneficios que la sociedad no valora. Los modelos de vejez deben ir cambiando hacia proyectos centrados en el ser y en el bien común, modelos personalizados, participativos, con nuevas relaciones, entendiendo que las generaciones son interdependientes y que todas han de colaborar para conseguir el bien común. Se trata de construir una sociedad para todas las edades.

8. Debemos avanzar hacia una sociedad más inclusiva y amigable para las personas mayores. Es necesario construir una sociedad donde sea posible convivir todos y todas, independientemente de la edad, no sólo por razones de solidaridad, equidad o justicia social, sino también para contar con comunidades más fuertes, más capaces y más vivibles. Para garantizar la autonomía y el derecho de las personas

mayores a una vida independiente, es fundamental llevar a cabo la transformación de los entornos, bienes, productos y servicios para que sean accesibles, también desde el punto de vista cognitivo, de manera que se promueva la adopción de medidas para formular políticas basadas en la accesibilidad universal, así como los modelos de cooperación comunitaria, que refuercen los vínculos relacionales y donde se gestione y ponga en valor la diversidad.

9. Para afrontar adecuadamente el reto del envejecimiento de la población, se debe fomentar el empleo en todas las edades, para, en el caso de que así lo desee el trabajador o la trabajadora, continuar su vida laboral —esto siempre con perspectiva de género—, promoviendo la adaptación del puesto de trabajo y los entornos saludables y evitando la discriminación laboral en razón de la edad. Para ello, se ha de potenciar el enfoque intergeneracional, lo que se traduce en el aprovechamiento del talento de cada generación y el entendimiento mutuo, así como en la cooperación entre generaciones.

EJE 6. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en todas las edades.

10. Las políticas dirigidas a las personas mayores deben ser integrales y diseñadas desde el enfoque de derechos y no sólo desde un enfoque asistencialista. La longevidad implica una reordenación de las políticas de educación, de salud, de empleo, de protección social, culturales, etc., para garantizar los derechos de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida y evitar la discriminación por razón de edad.

11. Hay que promover la participación de las personas mayores en todas las esferas de la vida, respetando su voluntad y preferencias, y entendiendo que son titulares de derechos y deberes en igualdad de condiciones con el resto de los ciudadanos y ciudadanas del país.

12. Las personas mayores se enfrentan a situaciones de mayor vulneración de derechos humanos. La pandemia del COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad de reforzar los sistemas jurídicos en todos los países del mundo, para garantizar la igualdad y los derechos de las personas mayores a una vida digna, elegida y saludable. Las personas mayores son titulares de derechos y las políticas públicas deben garantizar su ejercicio efectivo. Ganar años a la vida no puede implicar perder derechos.

13. Asociados al envejecimiento han surgido estereotipos y prejuicios, que han condicionado un tipo de discriminación por edad o edadismo. Las investigaciones sugieren que la discriminación por motivos de edad puede ser ahora incluso más generalizada, y tiene graves consecuencias tanto personales, como sociales. Se trata de actitudes o comportamientos que tienden a relegar a las personas mayores y a apartarlas de la participación en la toma de decisiones, que impactan sobre ellas cuando su opinión no es tenida en cuenta, cuando se les infantiliza o se les falta el respeto en el trato, sustituyéndoles en la toma de decisiones. Sus manifestaciones pueden ser múltiples: en el ámbito social, económico, financiero, educativo, político, laboral y sanitario. Las personas mayores están reclamando que se les escuche, pero no son atendidas. A diferencia de otras discriminaciones, el edadismo es bastante invisible. Por ello, es preciso combatir los prejuicios y estereotipos. Una sociedad inteligente es aquella que aprovecha las capacidades de todas las personas y es capaz de escuchar a quienes a lo largo de su vida han acumulado conocimiento, sabiduría y experiencias.

14. La atención sanitaria a las personas mayores debe proveerse por el sistema de salud, independientemente de si viven en su propio domicilio o en un centro residencial, teniendo en cuenta el derecho de las personas mayores a la protección a la salud y a la atención sanitaria, así como a los servicios o prestaciones derivadas de su situación de dependencia.

15. En la vejez aumenta el riesgo de que las personas se encuentren en situación de vulnerabilidad; por ello, es necesario garantizar pensiones públicas suficientes y prestaciones sociales que aseguren medios de vida, autonomía y las necesidades asistenciales en casos de dependencia.

EJE 7. Desarrollo de la economía del envejecimiento.

16. El proceso de envejecimiento es una oportunidad de reactivación económica, como generador de más crecimiento económico y de empleo, mediante el desarrollo de la *silver economy* o de la economía del envejecimiento. La demografía será uno de los condicionantes de la economía en las próximas décadas. Traerá un cambio en la demanda de productos y servicios en el sector sociosanitario, pero también en el ocio, el turismo, la cultura, la alimentación, la movilidad y las tecnologías. La economía del envejecimiento debe ser el instrumento que asegure el pacto social intergeneracional, sobre la base de una vejez digna. Actividad económica y empleo derivado de actividades nuevas y necesidades crecientes, pero que deben tener la consideración de sector innovador de futuro y evitar la precariedad del empleo. La *silver economy* es un sector merecedor de la investigación y la innovación, generador de empleo para los y las jóvenes.

EJE 8. La igualdad de género en el proceso de envejecimiento.

17. El proceso de envejecimiento también tiene sesgo de género. Existen importantes desigualdades entre los hombres y las mujeres durante el transcurso de la vejez. Las mujeres viven más años, luego son mayoría en la vejez. Debido a los modelos de sociedad que les tocó vivir, suelen tener carreras laborales peores, ya que sobre ellas recayeron principalmente las tareas de cuidado de sus familiares y, por ello, disfrutaron de pensiones más bajas (como la de viudedad), por lo que tienen mayor riesgo de encontrarse en situación de pobreza y exclusión social. Las mujeres suelen tener menor esperanza de vida saludable libre de discapacidad, y sobre ellas siguen recayendo mayoritariamente las tareas de cuidado. También existe mayor riesgo de discriminación hacia las mujeres mayores, cuya máxima expresión es la violencia de género.

EJE 9. La soledad no deseada.

18. En la vejez aumenta el riesgo de que las personas se encuentren en situación de aislamiento y de soledad no deseada. La soledad no deseada afecta a más de dos millones de personas mayores en España, de ellas 1.511.000 son mujeres, por lo que este fenómeno es especialmente acusado entre las mujeres mayores. Produce angustia permanente, depresión, aumento de las enfermedades crónicas y la muerte temprana por abandono. Es un factor determinante de mortalidad, con consecuencias negativas sobre la calidad de vida, la salud física y emocional de las personas. Este fenómeno sigue en aumento en nuestro país y ha venido agravarse en el transcurso de la pandemia por COVID-19. Es, por ello, imprescindible desarrollar recursos comunitarios e intergeneracionales que cuenten con la participación de las personas mayores, debido al incremento de hogares unipersonales.

EJE 10. La atención a las situaciones de dependencia y discapacidad en la etapa de envejecimiento.

19. Es necesario combatir el estigma de la doble discriminación hacia las personas mayores con problemas de salud mental o demencia. Estos problemas de salud no deben mermar los derechos de las personas mayores a decidir sobre su propia vida y seguir disfrutando de una vida digna. Los problemas de salud mental, en el caso de trastornos de la conducta, pueden ocasionar o agravar, además de un mayor riesgo a ser institucionalizado, el uso de intervenciones restrictivas, lo que incide en un incremento de la mortalidad, a veces, evitable, e, incluso, el suicidio. Existe una tendencia al no diagnóstico por la menor accesibilidad a los servicios de salud mental especializada. El Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas son una de las principales amenazas para la salud y el bienestar de las personas mayores.

20. Las discapacidades condicionan el proceso de envejecimiento para determinados grupos, y pueden generar un proceso de envejecimiento prematuro. La vejez puede ser una circunstancia que agrava la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad. Se estima que un millón y medio de personas con discapacidad afrontarán el envejecimiento en los próximos años, por lo que se debe de garantizar que cuenten con los recursos de apoyo necesarios y las prestaciones incluidas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

EJE 11. La promoción de la autonomía personal y del envejecimiento activo y saludable.

21. El proceso de envejecimiento debe de ser abordado a lo largo de todo el ciclo vital. Tener un envejecimiento digno, activo, saludable y una vida sostenible debe trabajarse a lo largo de la vida y se requiere, para ello, de un entorno preventivo y seguro, que permita a las personas mayores un aprendizaje permanente, mayor satisfacción laboral, un papel activo socialmente, favoreciendo estilos de vida dignos y saludables e impulsando políticas públicas de apoyo (pensiones, sanidad, educación, servicios sociales y empleo). Es necesario limitar la desigualdad en exposición a los determinantes de la salud, para evitar en la vejez la aparición de la dependencia y de muchas enfermedades crónicas. Lo que somos es lo que fuimos.

22. Se debe promocionar el envejecimiento saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud en el Informe mundial sobre envejecimiento y salud del año 2015 y entendido no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar y la calidad de vida en la vejez. Es decir, la capacidad de las personas de seguir participando y desarrollando un proyecto de vida propio, pleno y digno, independientemente de la edad. Por ello, es imprescindible la generación de oportunidades de vida. Se trata de poner vida a los años y no años a la vida.

EJE 12. Garantía de sostenibilidad del Estado de Bienestar.

23. Para afrontar adecuadamente el reto del envejecimiento de la población en nuestro país, hay que asegurar, en el marco del Pacto de Toledo, la sostenibilidad del sistema público de pensiones, la suficiencia de las pensiones y su revalorización conforme al coste de la vida. Para ello, es necesario seguir profundizando en el fortalecimiento del diálogo social con todos los interlocutores sociales, y seguir combatiendo la brecha de género en base a la igualdad laboral en funciones, responsabilidades y retribuciones.

24. Para poder prestar una adecuada atención a las personas en situación de dependencia es necesario revisar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, evaluando su cumplimiento y financiación y reforzando las políticas de promoción de la autonomía personal.

EJE 13. Cambio en el modelo de cuidados de larga duración.

25. Se ha de promover un pacto intergeneracional por los cuidados. Es preciso crear las condiciones adecuadas para que todas las personas puedan implicarse en la corresponsabilidad de cuidar, independientemente de la edad.

26. Es imprescindible llevar a cabo un cambio en el modelo de cuidados de larga duración en nuestro país. El modelo de cuidados de larga duración deberá ser un modelo centrado en la persona e inclusivo, que favorezca la presencia de las personas mayores en el hogar y en su entorno de convivencia, con corresponsabilidad en la conciliación personal, familiar y laboral, que promueva apoyos y respiro dirigidos a las personas cuidadoras no profesionales. La transformación del modelo de cuidados debe preservar la dignidad y los derechos de las personas en situación de dependencia, contando con su participación efectiva para luchar contra la discriminación de las mismas. Hay que dejar de centrarse en los servicios para poner en el centro a las personas y adquirir nuevas técnicas y aprendizajes basados en derechos, dirigidos a que puedan seguir desarrollando su vida conforme a sus valores y a lo que para ellas sea importante. Por ello, en el entorno próximo es necesario conectar servicios, con la participación y el compromiso de los implicados. Se trata de servicios centrados en la persona, de calidad y prestados por profesionales cualificados dentro de cada uno de los sistemas prestacionales, especialmente el social y el sanitario, estableciendo órganos de coordinación entre ellos para asegurar la atención integral a la persona, preferentemente en su domicilio.

27. Es necesario modernizar los servicios sociales públicos para promover la innovación y reforzar la capacitación de profesionales del sector, incluyendo la ética en los cuidados, los modelos de atención centrada en la persona y otros enfoques preventivos en todos los profesionales del sector social y sanitario.

EJE 14. Nuevo modelo de atención residencial para personas mayores.

28. Es imprescindible llevar a cabo una transformación del modelo residencial actual predominante en nuestro país (los «macrocentros») que nos permita avanzar hacia diseños arquitectónicos de pequeña escala y hacia fórmulas organizativas y de gestión centradas en las personas, que sean hogares atendidos por trabajadores cualificados y con unas condiciones laborales acordes a la función que desempeñen, de manera que, en estos centros, se presten los apoyos precisos, con la profesionalidad y la especialización requerida en cada caso y aprovechando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados y los propios recursos comunitarios que ofrecen los entornos donde se ubican.

EJE 15. Mejora de la coordinación entre los sistemas social y sanitario.

29. Es necesario reforzar la atención y la coordinación de los sistemas social y sanitario, también en las zonas rurales y con menos densidad de población, de manera que se mejore la calidad conjunta de los servicios prestados por los dos sistemas, especialmente en colectivos de mayor riesgo y vulnerabilidad, como son los centros residenciales para personas mayores. La descoordinación de los sistemas social y sanitario provoca mayor presión asistencial sanitaria y desatención.

EJE 16. Mejora de los recursos de vivienda disponibles para las personas mayores.

30. Es necesario ampliar los recursos de vivienda más allá de los domicilios para las personas mayores, favoreciendo otras formas de convivencia posibles, basadas en modelos de vivienda comunitaria

con apoyos, como, por ejemplo, apartamentos con servicios, viviendas compartidas, intergeneracionales, *cohousing*, modelos que incorporen servicios progresivos, según las necesidades de apoyo de cada situación personal.

EJE 17. La educación en todas las etapas de la vida y la investigación sobre el proceso de envejecimiento.

31. Para afrontar el reto del envejecimiento hay que transformar las políticas educativas, porque la educación es un derecho de las personas en todas las etapas de la vida, así como las políticas de ocio y culturales, para garantizar la participación social de las personas mayores, y su derecho a una vida plena e independiente, que evite una muerte social anticipada a la muerte biológica. La educación a lo largo de la vida y el acceso a la cultura y la actividad física adaptada a la edad, vinculados a un envejecimiento activo y saludable, contribuyen a la autonomía personal física, social e intelectual.

32. Las personas mayores deben de ser alfabetizadas digitalmente para evitar su exclusión en el acceso a los servicios públicos esenciales y a otros servicios cada día más digitalizados. Se debe dar respuesta a la brecha digital existente entre las personas mayores, mejorando su conectividad, sobre todo en el medio rural, lo que posibilitará su inclusión social.

33. Hay que fomentar la investigación, la innovación y la formación sobre el proceso del envejecimiento desde cualquier perspectiva.

IV

RECOMENDACIONES

Una vez formuladas las Conclusiones que preceden, pueden formularse las siguientes Recomendaciones:

Recomendación 1. Garantizar los derechos de las personas mayores y combatir el edadismo, para promover una sociedad para todas las edades.

1.1. Rediseñar las políticas públicas dirigidas a las personas mayores desde un enfoque basado en derechos. Repensar el papel de las personas mayores en la sociedad actual desde el diseño de las ciudades y los pueblos, las viviendas, los medios de transporte, los servicios y las políticas públicas, contando para ello con la voz y la contribución de las personas mayores.

1.2. En el marco de los foros diplomáticos internacionales multilaterales y en el seno de Naciones Unidas, apoyar la necesidad de acordar la creación de una Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, como instrumento jurídico vinculante, que promueva, proteja y asegure el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores en todo el mundo.

1.3. Implementar las recomendaciones formuladas por organismos internacionales, como las incluidas en el Decenio del envejecimiento saludable 2020-2030, proclamado por la Asamblea de Naciones Unidas, así como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en el Libro Verde del Envejecimiento de la Comisión Europea.

1.4. Desarrollar un nuevo pacto intergeneracional, que suponga una nueva cultura de la vejez, que permita fomentar las actividades y espacios intergeneracionales donde las personas mayores y las jóvenes generaciones puedan interactuar.

1.5. Impulsar la aprobación de una Ley integral para la igualdad de trato y la no discriminación, con el objetivo de garantizar que ninguna persona pueda ser discriminada, entre otras causas, por razón de su edad.

1.6. Incluir la edad entre los ejes de desigualdad a tener en cuenta, al igual que lo es el género.

1.7. Realizar campañas de concienciación y sensibilización sobre los derechos de las personas mayores y sobre su contribución social.

1.8. Fomentar una nueva cultura del envejecimiento, revisando un lenguaje y unas actitudes que estigmatizan e infantilizan a las personas mayores, cambiando una terminología peyorativa y paternalista por otra adecuada a personas adultas con valor para la sociedad. Modificar la conceptualización social actual de la vejez, donde las personas mayores no contribuyen y sólo consumen recursos, por el de personas activas y vitales, en quienes podemos apoyarnos y confiar, y que tienen su vida llena de realidades y proyectos.

1.9. Mejorar el tratamiento de la información acerca de las personas mayores, sobre todo en los medios de comunicación y publicitarios, y elaborar un Manual de Buenas Prácticas en el uso del lenguaje y el enfoque de las informaciones sobre las personas mayores, fomentando la eliminación de estereotipos negativos ligados a la vejez y la invisibilización ligada a la misma en los medios de comunicación.

1.10. Garantizar la participación de las personas mayores y potenciar a las organizaciones sociales y sindicales que promuevan la defensa de sus derechos e impulsen los cambios sociales y culturales necesarios vinculados al actual proceso de envejecimiento.

1.11. Mejorar y garantizar el acceso de las personas mayores a la administración de justicia, estableciendo los apoyos necesarios.

1.12. Promover una alianza por el Estado de Bienestar como la mejor manera de garantizar el progreso social y económico de toda la sociedad en su conjunto. Se ha de llevar a cabo la necesaria articulación de los sistemas públicos del Estado de Bienestar, para hacer efectiva, de modo transversal, la inclusión social, superando todo tipo de discriminaciones y exclusiones.

1.13. Aprobar un Pacto de Estado para la protección y promoción de los derechos de las personas mayores, que suponga una garantía específica para estas y que contemple, al menos, los ámbitos de la salud, la vivienda, la protección económica y jurídica, educación, cultura, ocio y de los cuidados, bajo los siguientes principios rectores:

- Garantizar la protección y el ejercicio de los derechos de las personas mayores.
- Garantizar la igualdad de oportunidades y el derecho al cuidado y la atención en situaciones de dependencia.
- Garantizar la participación activa en todos los ámbitos sociales y bajo una perspectiva intergeneracional.
- Evitar la discriminación por razón de edad y prevenir el edadismo.
- Garantizar el respeto a la voluntad y preferencias de la persona con relación a cómo quiere vivir su proceso de envejecimiento y los cuidados y apoyos que precisa.
- Considerar el envejecimiento como un logro y como un reto, garantizando una buena calidad de vida.

Recomendación 2. Abordar el fenómeno de la soledad no deseada.

2.1. Elaborar por el Gobierno de España una Estrategia Nacional sobre la soledad no deseada, que permita, a partir de un análisis previo, desarrollar una red de soporte y contacto social para las personas solas en el territorio. Es preciso determinar cuáles son los factores de riesgo, quién está en riesgo de soledad no deseada, qué características tienen y qué acciones comunitarias se deben activar para prevenir estas situaciones. Las soluciones deben ser individualizadas y basadas en respuestas comunitarias.

Recomendación 3. Promover la igualdad real y efectiva entre las mujeres y los hombres mayores.

3.1. Poner en marcha políticas que fomenten la conciliación y la corresponsabilidad en los cuidados, garantizando la igualdad de género.

3.2. Diseñar un protocolo específico para mujeres mayores que se incluya en el Pacto de Estado contra la violencia de género.

Recomendación 4. Garantizar la sostenibilidad del sistema público de pensiones.

4.1. Garantizar la sostenibilidad del sistema público de pensiones y el mantenimiento del poder adquisitivo del conjunto de pensionistas del país, de acuerdo con las recomendaciones del Pacto de Toledo.

4.2. Fortalecer, mediante la solidaridad intergeneracional, el sistema público de pensiones, como patrimonio común del conjunto de la ciudadanía.

4.3. Favorecer medidas que permitan la compatibilidad entre el trabajo y el cobro de la pensión, flexibilizando el acceso a la jubilación y estableciendo incentivos para prolongar voluntariamente la vida laboral.

Recomendación 5. Promover los cuidados y apoyos a las personas mayores.

5.1. Garantizar la universalidad, la responsabilidad pública y la normalización de los cuidados en cada uno de los sistemas públicos del Estado de Bienestar, para que, entre otras cuestiones, se permita

desarrollar órganos y espacios de coordinación entre los sistemas, para asegurar la atención centrada en la persona y hacer que las intervenciones sean más efectivas y respetuosas con la voluntad y preferencias de las personas.

5.2. Poner en valor la función social de quienes trabajan profesionalmente en el sector de los apoyos y cuidados, como también la de las personas que realizan cuidados informales.

5.3. Teniendo en cuenta que los cuidados informales son desarrollados mayoritariamente por mujeres, considerar, en especial, su situación, ya sean nacionales o migrantes, en lo referente a sus condiciones laborales, y abordar siempre cualquier acción sobre este colectivo, desde una perspectiva de género, para evitar todo tipo de discriminación.

Recomendación 6. Adaptar el mercado laboral para que las personas puedan seguir contribuyendo, independientemente de la edad.

6.1. Promover que las empresas fomenten la formación continua y permanente, para conseguir mantener la empleabilidad a lo largo de la vida, incluyendo las competencias digitales y su actualización.

6.2. Repensar en el ámbito laboral, en función de la capacidad funcional, los conceptos de toxicidad, penosidad, peligrosidad e insalubridad.

6.3. Apoyar el desarrollo, en el ámbito laboral, de programas de salud y bienestar adaptados a todo el personal, adecuando el puesto de trabajo a un diseño ergonómico.

6.4. Establecer medidas que redunden en una mejora de la tasa de actividad y de empleo para mayores de 55 años.

6.5. Implantar una cultura antiedadismo en el ámbito laboral y favorecer el tránsito flexible a la jubilación.

Recomendación 7. Impulsar la «economía del envejecimiento», tanto desde el punto de vista de la economía de los cuidados, como de la vinculada al ocio y al tiempo libre.

7.1. Modificar los indicadores para medir la población, los patrones de consumo y producción y el nivel de actividad de la persona en la sociedad.

Recomendación 8. Promover, en colaboración con todas las Administraciones Públicas y los agentes implicados, el estudio de la realidad de las personas mayores, evaluar las políticas vinculadas al proceso de envejecimiento y fomentar la investigación.

8.1. Promover estudios sobre las personas mayores longitudinales a larga escala, representativos de la población nacional, para evaluarlas física, mental, cognitiva y socialmente a lo largo del tiempo.

8.2. Promover estudios para obtener datos fiables sobre el abuso y el maltrato a las personas mayores.

8.3. Promover estudios e informes y recoger más y mejores datos sobre la realidad que viven las personas mayores, en base a sus opiniones y preferencias, y realizados y construidos con la participación activa de las personas mayores, implicándolos en su diseño y no solo incluyendo a las personas mayores como objeto de estudio, fomentando así su integración real en los mismos.

8.4. Evaluar las políticas vinculadas al proceso de envejecimiento.

8.5. Impartir formación sobre envejecimiento en todas las disciplinas académicas vinculadas a la atención social y a la atención sanitaria.

Recomendación 9. Modernizar el sistema de atención a las personas en situación de dependencia, para adaptarse a los retos actuales.

9.1. Revisar y actualizar, en colaboración con todas las Administraciones implicadas, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para impulsar la promoción de la autonomía personal. Para ello, resulta imprescindible cumplir con el compromiso adquirido con las Comunidades Autónomas de contar con una financiación adecuada y suficiente.

9.2. Reforzar las políticas de atención a la dependencia, impulsando el cambio en el modelo de cuidados de larga duración hacia una atención centrada en la persona e impulsando el desarrollo de servicios de apoyo comunitarios, en línea con el Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales. Para

que las personas puedan seguir viviendo en su casa y en el entorno comunitario, se ha de transformar el servicio de atención a la dependencia y convertirlo en un conjunto de servicios integrales, comunitarios y personalizados, contando con su participación y respetando la voluntad y preferencias de las personas en el diseño de sus apoyos. La metodología más apropiada para ello es la gestión centrada en la persona, de manera que se convierta en un modelo integrado y flexible de servicios e intervenciones profesionales, que permita y favorezca la presencia de las personas mayores en el hogar y en su entorno de convivencia. Cuando la persona, por las razones que sean, no pueda vivir en su propio hogar, se articularán soluciones de apoyo personalizadas, de pequeña escala y comunitarias, que respondan también a sus necesidades y a su voluntad y preferencias.

9.3. Desarrollar el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, acordado en la Mesa del Diálogo Social y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que incluye:

- Llevar a cabo una evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Mejorar la financiación, de manera que se siga incrementando el nivel mínimo y el acordado.
- Reordenar y simplificar el sistema de financiación.
- Reducir lista de espera.
- Mejorar el procedimiento administrativo y el diagnóstico profesional.
- Modificar del Acuerdo de acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Reconocer la teleasistencia como derecho subjetivo de las personas con dependencia.
- Definir la teleasistencia avanzada y su papel en el sistema.
- Mejorar las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Mejorar y programar la cualificación del personal de los servicios de cuidados de larga duración y de los servicios sociales.
- Llevar a cabo los informes de impacto de mortalidad en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Analizar y revisar el actual sistema de copago.

9.4. Avanzar en el desarrollo de una regulación estatal de mínimos de la figura de la asistencia personal, prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y promover su disponibilidad y aplicación como figura de apoyo para la vida independiente de las personas mayores.

9.5. Elaborar un plan específico de refuerzo de los servicios profesionales de atención en los domicilios para personas mayores en situación de dependencia, con revisión de la financiación, que contenga las siguientes medidas:

- Incrementar, cuando sea preciso, las horas de atención en el servicio de ayuda a domicilio.
- Incrementar la intensidad de los servicios domiciliarios que permita la permanencia en el domicilio.
- Diseñar nuevos perfiles profesionales para dar respuesta a la promoción de la autonomía personal.
- Ampliar la compatibilidad entre prestaciones y servicios.
- Reconocer la aportación de las entidades locales.
- Incrementar los centros de día y promover su avance hacia modelos de apoyos personalizados, comunitarios y de pequeña escala.
- Impulsar centros de día polivalentes especializados para enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson.
- Recomendar la implantación de servicios de rehabilitación en los centros de atención primaria y comunitaria del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar centros multiservicios abiertos a la comunidad.

9.6. Prestar información, formación, asesoramiento y apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, para, entre otras medidas, mejorar los programas de conciliación familiar.

9.7. Promover la evaluación, inspección y control de todos los servicios públicos, privados y concertados, prestados a las personas mayores, ya sea en sus domicilios, ya en los centros residenciales donde vivan.

9.8. Intensificar y programar la cualificación del personal de los servicios de cuidados de larga duración y de los servicios sociales, que incluya formación en ética aplicada y buen trato a las personas mayores.

Dar especial relevancia a las cuestiones relacionadas con la prevención de situaciones conductuales de difícil manejo y a estrategias para la reducción de restricciones.

9.9. Desarrollar unas recomendaciones, con sistemas de evaluación, planificación y estándares de formación para la reducción de restricciones en el ámbito de los cuidados y apoyos a personas mayores, de forma que se garantice una cultura preventiva y de buen trato a todas las personas.

Recomendación 10. Promover un nuevo modelo de atención residencial para las personas mayores.

10.1. Transformar el modelo residencial para las personas mayores predominante hacia un modelo que se parezca lo máximo posible a un hogar, ajustando los cambios a cada contexto, a través de un cambio organizacional hacia unidades de convivencia más reducidas, nuevos roles de los profesionales, fijando la figura del profesional de referencia, elaborando una historia de vida, promoviendo la autonomía, planes personalizados y los cambios del entorno necesarios, de manera que se desarrolle la atención integral centrada en la persona, mediante un modelo colaborativo entre los servicios sociales, sanitarios y comunitarios con la integración de personas residentes, familia, profesionales y voluntariado.

10.2. Velar, en materia de centros residenciales para personas mayores, ya sean públicos, privados o concertados, por la suficiencia de recursos humanos formados y estables, por la equidad en el acceso, por la homogeneización de los módulos de estancia coste/día y por el desarrollo de protocolos de coordinación social y sanitaria personalizados y de programas de cultura y ocio comunitario.

10.3. «Humanizar» el entorno residencial. Los cuidados prestados deben basarse en la ética aplicada, deben ser empáticos, compasivos y con una relación basada en el respeto a la dignidad de cada persona, la escucha activa, el bienestar de las personas y la defensa de sus derechos.

10.4. Mejorar los controles de vigilancia e inspección periódicos para garantizar la calidad y el buen servicio en la atención a las personas mayores en los centros residenciales. Implementar sistemas de autoevaluación que contribuyan a una cultura de mejora de la calidad en los equipos de apoyo. Promover la transparencia de los resultados de las evaluaciones, de forma que la ciudadanía y, particularmente, las personas mayores y sus familiares conozcan la calidad de los servicios que se les prestan.

10.5. Impulsar la profesionalización de los cuidados y la formación continua del personal de los centros de atención residencial, así como mejorar sus condiciones laborales. Es necesario, además, fomentar la investigación e innovación en los cuidados y la cualificación profesional en dicho ámbito.

Recomendación 11. Mejorar los recursos de vivienda disponibles para las personas mayores.

11.1. Ofrecer distintas alternativas de alojamiento a las personas mayores: modelos de vivienda comunitaria, apartamentos con servicios, intergeneracionales, viviendas compartidas, viviendas colaborativas..., de manera que exista variedad de recursos comunitarios para que las personas puedan escoger, de acuerdo con su voluntad y preferencias.

Recomendación 12. Adaptar las políticas de promoción de la autonomía personal y envejecimiento activo y saludable, mediante servicios de apoyo en el entorno comunitario.

12.1. Promocionar la autonomía personal entre las personas mayores:

- Promover la autonomía en la toma de decisiones, desarrollando modelos de apoyo a la toma de decisiones que sean respetuosos con su voluntad y preferencias y respetando el ejercicio de su capacidad jurídica, según su escala de valores y asunción de riesgos.

- Velar por el derecho de la capacidad jurídica reforzada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, 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.

- Promover la autonomía funcional para llevar a cabo con apoyos, si son precisos, el proyecto de vida que se quiera desarrollar, manteniendo capacidades, participando activamente en la vida cotidiana y conservando vínculos con el entorno.

12.2. Promover el envejecimiento activo basándose en aspectos físicos y cognitivos, pero también en la promoción de las relaciones sociales, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de la vida, para conformar una nueva etapa de desarrollo personal y siempre contando en su diseño con las personas mayores.

Recomendación 13. Mejorar la coordinación entre los sistemas social y sanitario.

13.1. Establecer una coordinación social y sanitaria estructural como una parte esencial en el diseño e implementación de la intervención social, para garantizar la continuidad efectiva de cuidados y de la atención sanitaria de las personas mayores.

13.2. Estudiar la creación de la figura del profesional de gestión de apoyos y cuidados para promover una mejor coordinación de los apoyos que las personas reciben, así como la personalización de los mismos.

13.3. Mejorar los sistemas de información social y sanitaria, su interoperabilidad y la gestión de la información de las personas atendidas.

Recomendación 14. Fomentar servicios sociales de apoyo domiciliario y comunitario.

14.1. Revisar el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales y el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, para introducir nuevos programas de apoyo domiciliario y comunitario, con base en un modelo de atención integral y centrado en la persona.

14.2. Desarrollar el tejido comunitario, como palanca de apoyo al proceso de envejecimiento activo y de prevención y atención de la soledad no deseada.

Recomendación 15. Poner en marcha políticas específicas para las personas mayores con discapacidad.

15.1. Llevar a cabo medidas contra la discriminación y la segregación de las personas mayores con discapacidad.

15.2. Garantizar la accesibilidad universal, especialmente la accesibilidad cognitiva.

15.3. Garantizar a las personas mayores con discapacidad el derecho a elegir dónde vivir, sin que se vean forzadas a formas de vida segregadas y separadas, distintas de las generales.

15.4. Revisar, en el marco del Pacto de Toledo, la jubilación anticipada para las personas con discapacidades que determinan una esperanza de vida menor.

15.5. Modificar la Ley de Propiedad Horizontal para lograr la accesibilidad a la vivienda de edificios particulares.

Recomendación 16. Promover medidas de atención a personas mayores desde los sistemas públicos de salud.

16.1. Garantizar la asistencia sanitaria de las personas mayores, independientemente de si viven en su propio domicilio o en un centro residencial.

16.2. Reforzar la atención primaria de salud y la coordinación con el hospital de referencia y con las unidades de recuperación funcional, de manera que, cuando sea posible, se encuentren alternativas a la hospitalización de las personas mayores.

16.3. Garantizar la atención integral a la cronicidad y a las personas con enfermedades pluripatológicas. Fomentar los servicios de geriatría en todos los hospitales y establecer protocolos de coordinación entre la atención geriátrica y la atención primaria, para mejorar la capacidad funcional de las personas en el aspecto físico, cognitivo y social.

16.4. Reforzar los programas de educación sanitaria y de promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, así como medidas de sensibilización e información sobre la alimentación y los hábitos de vida saludables.

16.5. Impulsar la salud comunitaria y la participación de la persona en su propia salud.

16.6. Impulsar la investigación multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar sobre el proceso de envejecimiento, que permita generar espacios de investigación colaborativa y con carácter transversal.

16.7. Prevenir las demencias con un control adecuado de los factores de riesgo y la adopción de hábitos de vida saludables.

16.8. Promocionar la vacunación en todas las etapas de la vida, en el marco del calendario común de vacunación.

16.9. Atender al aspecto psicológico, afectivo y sexual de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud.

16.10. Mejorar la atención sanitaria prestada a las personas mayores del colectivo LGTBI, especialmente en el ámbito afectivo y sexual en el Sistema Nacional de Salud.

16.11. Reforzar la detección y prevención de la conducta suicida en las personas mayores, así como mejorar la atención psicológica y psiquiátrica de estas en situación de aislamiento, soledad, duelo, deterioro cognitivo y demencia en el Sistema Nacional de Salud.

16.12. Fomentar unidades de convalecencia sociosanitaria y reforzar la atención en cuidados paliativos centrados en la persona.

16.13. Fomentar el uso racional de los medicamentos y la seguridad del paciente.

16.14. Revisar y actualizar la prestación ortoprotésica.

16.15. Recomendar la implantación de servicios de rehabilitación en los centros de atención primaria y comunitaria del Sistema Nacional de Salud.

16.16. Potenciar los programas de investigación para mejorar la salud en el proceso de envejecimiento.

16.17. Desarrollar el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023).

Recomendación 17. Implementar medidas destinadas a conseguir una sociedad más inclusiva, accesible y empática con las personas mayores.

17.1. Promover entornos y ciudades amigables e inclusivas, donde las personas mayores puedan sentirse seguras. Rediseñar las ciudades a la medida de las personas que las habitan.

17.2. Incorporar las potencialidades de las nuevas tecnologías y la digitalización para mejorar los entornos urbanos y rurales, residenciales y personales, para lograr una convivencia segura e inclusiva para las personas de todas las edades y capacidades, así como mejorar espacios que fomenten las relaciones intergeneracionales.

17.3. Proteger la libertad de elección de las personas mayores en materia de vivienda, decidiendo dónde y cómo quieren vivir, promoviendo al efecto un programa de rehabilitación y accesibilidad de viviendas, de alquileres y de mejora de las infraestructuras de las residencias de mayores, para adaptarlas como si fueran hogares.

17.4. Avanzar en la accesibilidad universal en todos los ámbitos de convivencia. Introducir este concepto en la formación de todas las profesiones que intervienen en el diseño y construcción de las ciudades y las viviendas.

17.5. Potenciar más la prevención y las comunidades inclusivas con actuaciones intersectoriales, tales como ciudades saludables, estrategias para mantenerse activo a lo largo de la vida, promoción de la actividad física y de hábitos saludables.

Recomendación 18. Promover políticas educativas, de ocio y culturales entre las personas mayores.

18.1. Invertir en políticas educativas, de ocio y culturales destinadas a las personas mayores.

18.2. Ampliar la oferta de programas culturales y de ocio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

18.3. Promover iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores en la vida social, el aprendizaje permanente e intergeneracional.

18.4. Promover lugares y actividades de encuentro y de convivencia.

18.5. Fomentar el voluntariado para y por las personas mayores, donde pueden aplicar todos sus conocimientos y experiencias.

Recomendación 19. Promover medidas para afrontar la brecha digital existente entre las personas mayores.

19.1. Mejorar la accesibilidad a los entornos virtuales y la alfabetización digital de las personas mayores.

19.2. Asegurar como opción los canales presenciales y/o telefónicos en las Administraciones Públicas y en servicios de consumo privado esenciales, como los servicios bancarios o los de acceso a la telefonía, hasta que se generalice la accesibilidad digital de las personas mayores.