

**ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
DE LA DEPENDENCIA
PARA PERSONAS MAYORES
Y PROMOCIÓN
DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**

2017-2021

Edición:

1ª, febrero 2017

© Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Gerencia de Servicios Sociales

Internet:

<http://www.serviciosociales.jcyl.es/>

Autoría:

Estudio realizado por la Gerencia de Servicios Sociales, con el apoyo técnico de Matia Instituto Gerontológico.

Edita:

Gerencia de Servicios Sociales

Padre Francisco Suárez, 2. 47006 Valladolid

ISBN: 978-84-9718-683-4

ÍNDICE

- 1.- EL COMPROMISO: INTRODUCCIÓN
- 2.- PROCESO DE ELABORACIÓN: ASPECTOS METODOLÓGICOS
- 3.- MARCO NORMATIVO
- 4.- REVISIÓN DE PLANES Y ESTRATEGIAS REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES
- 5.-LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN: TENDENCIAS

INTRODUCCIÓN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Tendencia 1: Cambios en la estructura demográfica

- 1.1.- Caída de la fecundidad
- 1.2.- Incremento de la Esperanza de Vida
- 1.3.- Inversión de la tendencia demográfica

Tendencia 2: Desequilibrios territoriales

- 2.1.- Diferencias territoriales
- 2.2.- Envejecimiento rural y urbano

Tendencia 3: Cambios en las estructuras familiares

- 3.1.- Coexistencia de un mayor número de generaciones familiares
- 3.2.- Aumento de la soledad
- 3.3.- Modificación de las relaciones familiares

Tendencia 4: Cambios en la salud

- 4.1.- Autovaloración de la salud
- 4.2.- Cambios en los patrones de enfermedad y muerte
- 4.3.- Personas en situación de dependencia y/o discapacidad
- 4.4.- Personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Tendencia 5: Transformaciones en el cuidado

- 5.1.- Cuidados prestados
- 5.2.- Cuidados recibidos

Tendencia 6: Transformaciones en los servicios profesionales y formales

- 6.1.- Mantenimiento en el entorno habitual
- 6.2.- Provisión de servicios centrados en la persona

Tendencia 7: Modificaciones en el entorno cercano

7.1.- La Vivienda

7.2.- La apuesta por la accesibilidad y los entornos para toda la vida

Tendencia 8: Cambios en los patrones de trabajo y jubilación

8.1.- Reducción de la fuerza laboral

8.2.- Aumento en la tasa de actividad en el tramo de 55 y más años

8.3.- Impulso a la permanencia en el mercado laboral

8.4.- Formación durante toda la vida

8.5.- Aumento de años vividos de jubilación

Tendencia 9: Cambios en el uso del tiempo libre

9.1.- Aumento en las actividades de ocio social y hábitos saludables

9.2.- Incremento en el uso de la TICs

6.-MAPA DE RECURSOS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE CASTILLA Y LEÓN

7. MARCO CONCEPTUAL

8.- PRINCIPIOS RECTORES DE LA ESTRATEGIA

9.- OBJETIVOS GENERALES

10.- ÁREAS TEMÁTICAS, EJES Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS

ÁREA TEMÁTICA 1- LA PERSONA

Eje estratégico 1.- La prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores

Eje estratégico 2.- Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento

Eje estratégico 3.- Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes

Eje estratégico 4.- Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida

ÁREA TEMÁTICA 2. LOS ENTORNOS

Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno socio familiar y cuidados de proximidad

Eje estratégico 6.- Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato

Eje estratégico 7.- Fomento de entornos accesibles y amigables

11.- EXPERIENCIAS INNOVADORAS

EXPERIENCIA INNOVADORA 1: A GUSTO EN MI CASA

EXPERIENCIA INNOVADORA 2: ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

EXPERIENCIA INNOVADORA 3: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

EXPERIENCIA INNOVADORA 4: PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS

EXPERIENCIA INNOVADORA 5: APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS

EXPERIENCIA INNOVADORA 6: APOYO A LAS PERSONAS MAYORES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD

EXPERIENCIA INNOVADORA 7: BUEN TRATO Y SOLIDARIDAD

EXPERIENCIA INNOVADORA 8: ENTORNOS ACCESIBLES Y AMIGABLES

12.- EVALUACIÓN

13.- TEMPORALIZACIÓN

14.- FINANCIACIÓN

ANEXO: FICHAS DESCRIPTIVAS DE PLANES Y ESTRATEGIAS DE ÁMBITO REGIONAL, NACIONAL E INTERNACIONAL

Planes en Castilla y León

Planes nacionales:

Barcelona

Castilla-La Mancha

Comunidad Valenciana

Galicia

Planes internacionales:

Australia

Canadá

Estados Unidos (EEUU)

Francia

Naciones Unidas

Países Nórdicos

Reino Unido

1.- EL COMPROMISO: INTRODUCCIÓN

Desde la Junta de Castilla y León, se ha adquirido el compromiso de aprobar una Estrategia para la promoción del envejecimiento satisfactorio en clave de calidad de vida y participación en la comunidad de las personas mayores o en proceso de envejecimiento y de prevención de la dependencia, sobre la base de una amplia participación y consenso en su diseño y elaboración.

La Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales en la que, entre otros asuntos, se publica el acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a situaciones de dependencia, sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, la Ley de 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León, en la que los protagonistas son las personas, la Ley 5/2003, de atención y protección a las personas mayores en Castilla y León, la ORDEN FAM/119/2014, de 25 de febrero, por la que se regula el Club de los 60 y se aprueba el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León, así como los informes y recomendaciones en salud, participación, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida que a este respecto ha elaborado la Organización Mundial de la Salud y otros organismos nacionales e internacionales, son la base fundamental sobre la que se debe asentar esta Estrategia.

Las señas de identidad de esta Comunidad, eminentemente rural, con una gran dispersión de población y envejecida, dota a esta estrategia de una importancia clave para responder a los intereses de las personas mayores y, especialmente, de las personas que se están incorporando a esta etapa de la vida, fomentando su inclusión y participación plena en la sociedad desde una perspectiva coherente con los nuevos modelos de atención a las personas mayores que se están implantando en la Comunidad.

El aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad en nuestra Comunidad hace necesario que la estrategia se dirija también a este colectivo y desarrolle acciones en coherencia con el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad de Castilla y León y considerando la variable de la diversidad funcional. Nuestro reto no es tanto la realización de una proyección de futuro sino un acto de construcción de futuro.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN: ASPECTOS METODOLÓGICOS

El diseño de la presente Estrategia incluye la organización y realización de una serie de procesos de estudio, análisis, consulta y reflexión, dotándola de un carácter transversal que permitirá incluir medidas en todos los ámbitos de interés para las personas desde una consideración individual y multidimensional del envejecimiento de cada persona. Los principales son:

1. Revisión del **marco y conceptualización** del envejecimiento activo desde la perspectiva de la atención centrada en la persona y los conceptos clave de la dignidad, la autodeterminación y la calidad de vida.
2. **Análisis** de los principales estudios e informes en este campo, tanto de carácter regional, nacional y europeo, como los realizados desde la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ver anexo: fichas descriptivas de planes y estrategias de ámbito regional, nacional e internacional).
3. **Diagnóstico de las tendencias** del envejecimiento en Castilla y León, que incluirá un profundo análisis de la situación de las personas mayores y personas próximas a esta etapa vital bajo diferentes variables y ámbitos de interés para este colectivo.

Este diagnóstico incluirá además un análisis del **Mapa de recursos del envejecimiento activo de Castilla y León**.

4. El proceso de **elaboración participada** de la Estrategia así como los trámites de audiencia y consultas han tenido lugar entre los meses de septiembre de 2016 y marzo de 2017. Al respecto, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones y trámites:

4.1 Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León

Las entidades que integran la Sección de atención a personas mayores reúnen a dos representantes de la Federación Regional de Municipios y Provincias (uno por parte de las Diputaciones Provinciales y otro por parte de los Ayuntamientos de +20.000 habitantes), 14 representantes de asociaciones de jubilados y pensionistas y 1 de estudiantes de la Universidad de la Experiencia, 5 representantes de asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y 1 de Parkinson, 1 asociación de vecinos, 2 representantes de entidades de servicios dirigidos a personas mayores (ACALERTE y LARES), 1 representante de la discapacidad a través del CERMI y por supuesto, la Gerencia de Servicios Sociales.

El 28 de septiembre de 2016, el Pleno de la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León aprueba el Plan de trabajo para la elaboración de la

Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León.

Teniendo en cuenta las aportaciones realizadas, se procedió a la elaboración del Borrador definitivo del texto de la Estrategia. De esta forma, el 13 de enero de 2017, en el punto segundo del Orden del día de la sesión plenaria de la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León, se sometió a aprobación de este órgano el borrador de la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021.

4.2 Consulta previa

De conformidad con lo previsto en el artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con carácter previo a la elaboración de los proyectos o anteproyectos de ley o de reglamento, se sustanció una consulta pública para recabar la opinión de los sujetos y de las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la Estrategia; en virtud de ello, el 23 de enero de 2017 se propone la consulta previa en el procedimiento para la elaboración de la Estrategia de prevención de la dependencia y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León a través del siguiente enlace: <http://participa.jcyl.es/forums/584875>.

4.3 Gobierno abierto: Foro de participación ciudadana.

Con el fin de facilitar la interacción entre los ciudadanos de Castilla y León y la Administración de la Comunidad, de manera que sus opiniones puedan ser tenidas en cuenta en las políticas públicas, se puso a su disposición la herramienta del Espacio de participación de la Junta de Castilla y León, en el Modelo de Gobierno Abierto.

Considerando que la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021 es una iniciativa pública de interés para el conjunto de la sociedad, se abrió un foro de participación para que pudiera ser debatida y completada con las opiniones de la ciudadanía castellana y leonesa a través del siguiente enlace: <http://participa.jcyl.es/forums/588757--2017-02-estrategiadeprevenci%C3%B3n-de-la-dependencia>

4.4 Consulta a otras entidades implicadas

Teniendo en cuenta que existen otras entidades implicadas en la prevención de la dependencia para las personas mayores y la promoción del envejecimiento activo que no forman parte de la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León, con fecha 15 de febrero de 2017, es enviado un e-mail informándoles de que la Estrategia se

encontraba publicada en Gobierno Abierto, para que pudieran efectuar las observaciones y aportaciones que pudieran considerar oportunas.

Estas entidades fueron:

- Federación de asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer de Castilla y León (AFACAYLE) y las 28 asociaciones que la componen
- Todas las Universidades de Castilla y León
- Cluster SIVI (Soluciones Innovadoras para la vida independiente)

4.5 Participación de las Consejerías

El proceso de participación concluyó con el envío a las Consejerías de la Junta de Castilla y León para que efectuasen las observaciones y aportaciones que considerasen oportunas, siendo su respuesta muy favorable.

A modo de conclusión podemos afirmar que todas las aportaciones han sido valoradas y las sugerencias, apreciaciones e ideas han sido contestadas. En su conjunto, fueron consideradas, de forma especialmente positiva, las aportaciones realizadas por el CERMI que hacían referencia a la inclusión del proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad, así como las realizadas por el resto de miembros de la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León e igualmente valiosas han sido las aportaciones y sugerencias realizadas por las Consejerías, las cuales han sido todas introducidas.

Es importante, reseñar que la Estrategia, entre sus medidas, no hace referencias a entidades específicas al tratarse de un documento de carácter estratégico. No obstante cada Eje estratégico incluye las entidades responsables de primer orden aunque ello no impide que en el desarrollo de las acciones puedan sumarse otras entidades implicadas.

Todo este proceso concluye con la redacción final de la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021.

3.- MARCO NORMATIVO

La Comunidad de Castilla y León, en el marco de lo dispuesto en la Constitución, tiene atribuida la competencia exclusiva en materia de asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70.1.10 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. El citado texto estatutario reconoce, en su artículo 13, los derechos sociales de las personas mayores, que vinculan a todos los poderes públicos de la Comunidad.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, atribuye a los municipios, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, competencias en materia de prestación de servicios sociales y encomienda a las Diputaciones Provinciales la coordinación de los servicios municipales entre sí.

La Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, tiene como objetivo, entre otros, promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, facilitando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que, con frecuencia, acompañan a la edad avanzada. Uno de los principios rectores definidos en esta Ley, para su consecución, es la colaboración, cooperación y coordinación entre las administraciones públicas y de éstas con las entidades privadas que desarrollen actuaciones para la atención a las personas mayores.

La ley 8/2006, de 10 de octubre, de voluntariado en Castilla y León, promueve, fomenta y ordena la participación solidaria de los ciudadanos en las actividades organizadas de voluntariado, entendido como la participación social organizada de personas físicas en el desarrollo de actividades de interés general, a través de entidades de voluntariado.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, encomienda a las Comunidades Autónomas la elaboración de planes de prevención que cumplan los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas acordados por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Ley 16/2010 de Servicios Sociales de Castilla y León, garantiza la coordinación entre las administraciones públicas de Castilla y León con competencias en materia de servicios sociales y entre éstas y la iniciativa social privada, al objeto de promover la colaboración y cooperación ordenadas, y la actuación conjunta, integral y coherente.

La Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León establece, en su artículo 2, como principios generales, entre otros, la protección, promoción y

prevención, como fundamento de la salud pública, la coordinación entre las administraciones públicas y la colaboración entre éstas, las entidades y los ciudadanos.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, pretende garantizar el derecho a la protección integral, promoviendo la eficiencia y coordinación de todos los recursos.

La Ley 3/2015, de 4 de marzo, de Transparencia y Participación Ciudadana de Castilla y León, que tiene por objeto regular en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León la transparencia de la actividad pública, el derecho de acceso a la información pública y su reutilización y la participación en los asuntos públicos de la Comunidad de Castilla y León a través del Portal de Gobierno Abierto.

El Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores de Castilla y León, en el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, sus órganos de participación y representación, así como el régimen disciplinario de los usuarios de estos centros y de los que ocupen plazas concertadas en otros establecimientos.

El Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León, como instrumento mediante el que se determinan, ordenan y califican las prestaciones del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que tengan por objeto la cobertura de las necesidades de atención social de acuerdo a la Ley de servicios sociales del Castilla y León y que, entre otras, delimita el grupo de prestaciones de prevención que bajo la denominación de envejecimiento activo y prevención de la dependencia, en sus diversas modalidades, van dirigidas a atender las necesidades de desarrollo de la autonomía personal.

El Decreto 10/2015, de 29 de enero, por el que se determina la organización y funcionamiento de los órganos colegiados de asesoramiento y participación de la Administración de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de los servicios sociales, mujer y juventud. En el ámbito de esta Estrategia, la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León es el espacio estable de asesoramiento y participación.

El Decreto 69/2015, de 12 de noviembre, por el que se crea y regula el Comité de Ética de los Servicios Sociales de Castilla y León. La necesidad de integrar los aspectos éticos en la atención a las personas, así como el progreso en el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias, la evolución de la tecnología y la sociedad de la información, la interdisciplinariedad en los ámbitos educativo, sanitario y de la intervención social, implican una mayor complejidad en los procesos de toma de decisiones y en la protección de los derechos de las personas atendidas en estos sistemas que conllevan la necesidad de afrontar cuestiones éticas de un modo integral.

Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores.

El Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León, estableciendo los requisitos específicos, las condiciones y el procedimiento administrativo para la obtención y renovación de la acreditación de estas unidades, o de los centros, en el caso en el que se organicen en su totalidad en unidades de convivencia.

La Orden FAM/119/2014, de 25 de febrero, por la que se regula el Club de los 60 y se aprueba el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León que unifica y coordina, entre administraciones y entidades privadas, las actuaciones de promoción de la autonomía personal, prevención de la dependencia, mantenimiento y mejora del bienestar físico, social y mental de las personas mayores con el objetivo de favorecer la capacidad funcional y vida independiente de los mayores durante el mayor tiempo posible.

La Orden FAM/2/2015, de 7 de enero, por la que se establece el procedimiento de acreditación de los servicios de Promoción de la Autonomía Personal del Castilla y León, en la que se establecen los requisitos y estándares de calidad que las entidades deben reunir para obtener la acreditación de este tipo de servicios.

La Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se aprueban los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, datos básicos del sistema de información del SAAD y catálogo de referencia de servicios sociales.

El Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, suscrito el 28 de octubre de 2011, cuyo objeto es la coordinación sociosanitaria en distintos ámbitos entre los que se encuentra la prevención de la dependencia. Promueve un Plan conjunto para prevenir la aparición y agravamiento de enfermedades que ocasionen déficits funcionales, mediante el desarrollo coordinado, entre servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y a personas con discapacidad.

4.- REVISIÓN DE PLANES Y ESTRATEGIAS REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES

Para el análisis sistemático de las estrategias y planes seleccionados, se han creado una serie de fichas descriptivas para cada uno de los documentos. En la selección de éstos, se han tenido en cuenta cuestiones relacionadas con la temporalidad (planes vigentes o relativamente actuales) y la pertinencia o representatividad.

La síntesis de los documentos se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- **Ámbito de actuación:** Incluye el tipo de enfoque al que se hace referencia, si es general, integral o sectorial y específico, de un ámbito concreto
- **Principios y ejes de actuación:** analiza si los documentos están basados en alguno de los principios fundamentales que rigen las políticas en materia de envejecimiento, además de los ámbitos de intervención que contempla
- **Metodología y diagnóstico:** Se incluyen los procesos llevados a cabo para la elaboración de la estrategia/plan de forma previa en caso de que éstos sean públicos y se reflejen en el propio documento. A su vez se recoge si se ha realizado un análisis de la situación
- **Evaluación e indicadores:** Si se especifica en el documento la existencia de mecanismos de evaluación y/o sistema de indicadores de cumplimiento
- **Temporalidad:** Se refiere al periodo de aplicación de la estrategia/plan
- **Coordinación:** Si se nombra algún tipo de coordinación institucional para la consecución de objetivos
- **Presupuesto:** Datos presupuestarios y de financiación que permitan llevar a cabo la planificación

En el anexo que acompaña a la estrategia se pueden consultar, de forma pormenorizada, las fichas descriptivas de los planes y estrategias consultadas, organizadas en tres apartados: las elaboradas en Castilla y León, bien a nivel regional o municipal, las de ámbito estatal y algunas de las más significativas o recientes de diversos países de la esfera internacional: Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Países Nórdicos y Reino Unido.

5.-LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN: TENDENCIAS

INTRODUCCIÓN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

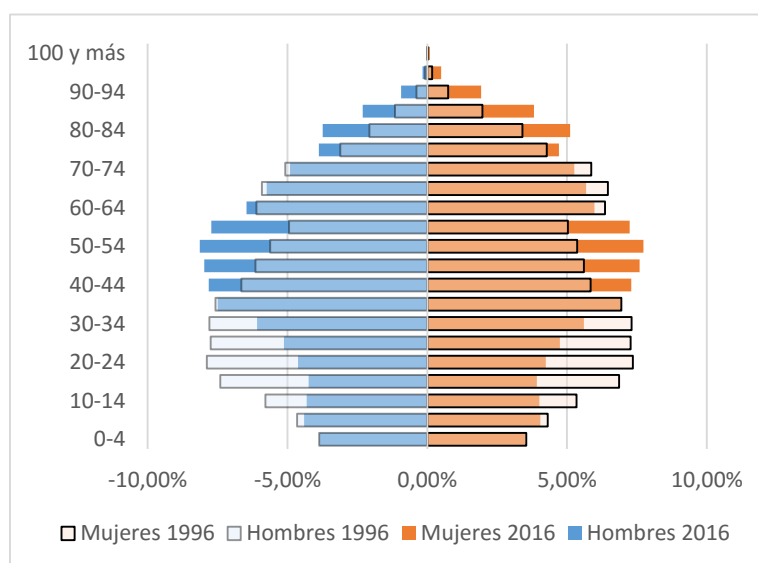
Las grandes cifras del envejecimiento en Castilla y León

Según datos de INE, 2016, la cifra de población total en Castilla y León es de 2.447. 519 habitantes. Esto supone un descenso en 60.977 habitantes en los últimos 20 años (periodo 1996-2016). El dato actual de personas de 65 y más años en Castilla y León es de 598.328, aumentando en 86.993 personas la cifra de 1996. Este incremento en los números absolutos de las poblaciones se evidencia en las pirámides de ambos años (Gráfico 1.1).

En la pirámide de 1996, se observa un dilatado número de personas en franjas de entre 15 a 35 años y una angosta cifra a partir de los 60. La silueta de 2015 muestra un perfil diferente; una evidente reducción de las generaciones más jóvenes y un palpable aumento en las de más edad. Estas transformaciones en la composición de la estructura por edades son características del envejecimiento demográfico de una población.

El envejecimiento de la población puede definirse como un proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición de la estructura por edades de una población. Este proceso tiene una doble dimensión, diferenciable por sus causas y por sus efectos. Una de las dimensiones alude al aumento en la proporción de mayores en la sociedad (Vinuesa 2004). Esto supone que este grupo de edad pasa a crecer más deprisa que el resto. Las causas de esta variación son principalmente el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida (Ver: Tendencia 1: Cambios en la estructura demográfica).

Gráfico 1. Pirámides de población de Castilla y León, 1996 y 2016



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 1996 y 2016

Tabla 1. Población según edad y sexo

| | Población Total | | | Porcentajes (%) | | |
|-------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|---------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| Población Total | 2.447.519 | 1.206.775 | 1.240.744 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| De 55 a 64 años | 335.302 | 171.182 | 164.120 | 13,7 | 14,2 | 13,2 |
| De 65 y más años | 598.328 | 262.029 | 336.299 | 24,4 | 21,7 | 27,1 |
| De 80 y más años | 228.483 | 86.530 | 141.953 | 9,3 | 7,2 | 11,4 |

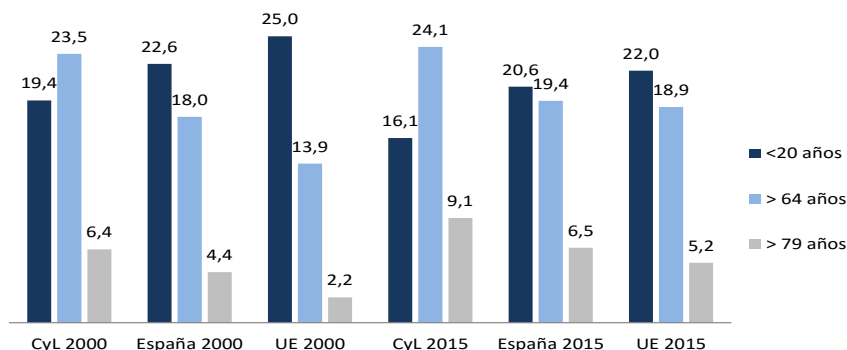
Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2016.

El grupo de personas que ha superado los 65 años asciende a 598.328 personas lo que representa un 24,4% de la población total actual de la comunidad, superando en casi 6 puntos porcentuales la cifra relativa de población mayor en España (18,6%). El número de personas de 60 y más años es de 750.551 (el 30,7%) mientras que las personas de 80 y más años suponen el 9,3% de la población total y el 38,2% de las personas mayores. Todas estas cifras superan también la media española.

Las diferencias según el sexo aumentan enormemente con la edad en nuestra Comunidad, con un 21,7% de hombres mayores de 65 años, frente al 27,1% de mujeres. Entre las personas octogenarias esta tendencia se agudiza, siendo la presencia femenina de un 11,4% de mujeres mayores de 80 años respecto al total de la población mientras que en el caso de los hombres asciende a 7,2% en hombres.

El proceso de envejecimiento en Castilla y León es más acusado que el experimentado en el contexto español y europeo. La diferencia de las cifras entre la población menor de 20 años y la de 65 y más es más evidente. Ya en el año 2000, en Castilla y León, la cifra porcentual de mayores había superado a la de jóvenes, algo que no sucedía ni en España ni en la UE. En 2016, un 16,1% de población era menor de 20 años y un 24,4% de población de 65 y más años en Castilla y León. En España, sin embargo, la población joven sigue manteniéndose algo más elevada que la de personas mayores, al igual que en la UE.

Gráfico 2. Evolución de la población por grandes grupos de edad en Castilla y León, España y Unión Europea



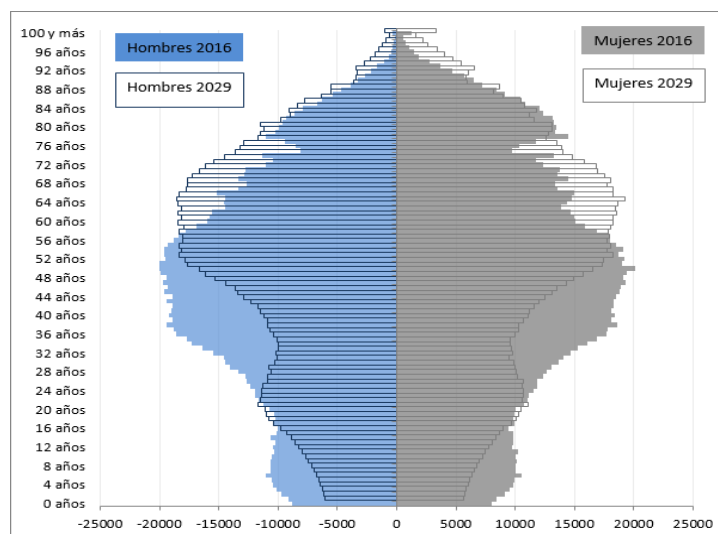
Fuente: INE: INEBASE: Padrón Continuo años 2000 y 2015

Proyecciones de población

De mantenerse la evolución demográfica observada, las proyecciones de población auguran, además, un incremento del grupo de personas mayores. La población mayor para el 2029, en Castilla y León, será de 708.582 personas. Esta población supondrá el 31,2% de la población total. El panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en la que tres de cada diez personas serán personas mayores de 65 años.

Pero, aún más destacable que el importante aumento en las cifras de población mayor de 65 años, es el incremento en la de personas octogenarias. Se estima que para 2029 habrá 246.513 personas de 80 y más años, lo que supondrá un 10,9% de la población total y un 34,8% de la población mayor.

Gráfico 3. Pirámide de población 2016 y 2029



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015 y 2029

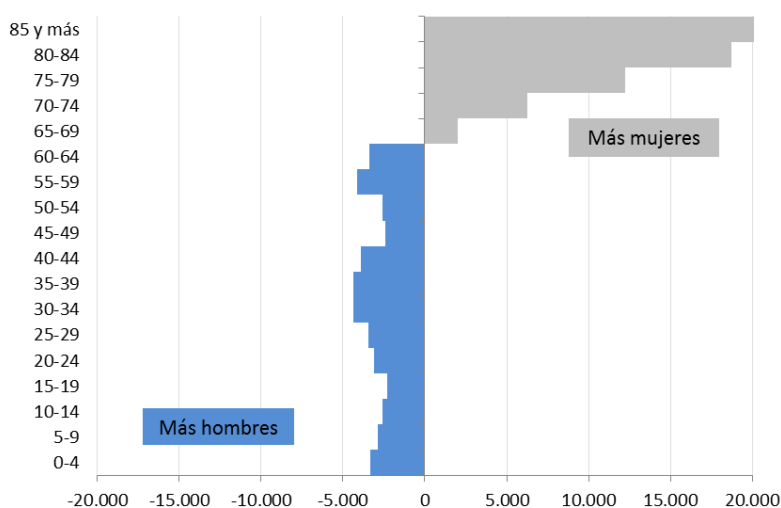
Diferencias entre la población de mujeres y hombres mayores

Una característica a tener en cuenta para el diseño de estrategias, planes y acciones dirigidos a las personas mayores y en proceso de envejecimiento, es que el sexo predominante en estas edades es el femenino. El mayor número de mujeres que de hombres en las edades avanzadas es una característica mundial y esto tiene implicaciones para la sociedad y los propios individuos.

En Castilla y León nacen más niños que niñas, lo que supone que hay más hombres que mujeres hasta la mediana edad. A partir de los 65 años el número de hombres empieza a reducirse drásticamente y el porcentaje de mujeres va en aumento. Algunas de las causas son la elevada mortalidad masculina y el aumento en la esperanza de vida con mayor incidencia entre las mujeres. En 2016, se contabilizaron 55.423 más mujeres que hombres de 80 y más años.

Con la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el cambio en su estilo de vida, las diferencias de mortalidad entre ambos sexos se van aminorando, si bien es cierto, todavía la longevidad masculina es inferior a la femenina, lo que se traduce en mayor número de mujeres, fundamentalmente en las edades más avanzadas. La evolución respecto a esta diferencia entre el número de mujeres y el de hombres mayores ha sido siempre en aumento a favor de las mujeres. Durante las primeras décadas del pasado siglo, el incremento de mujeres de edad ha sido espectacular. Como decíamos, es bastante probable que las diferencias en el balance de sexos se vayan difuminando en el futuro con una aproximación de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres.

Gráfico 4. Diferencia entre la población de hombres y mujeres según edad de Castilla y León



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2016

Estado civil

Por otro lado, conocer el estado marital constituye un indicador esencial para identificar fuentes potenciales de apoyo en caso de aumento de las situaciones de dependencia. El estado civil predominante entre las personas mayores de 65 años es el de casado/a o conviviendo en pareja, con un 61,3% de población mayor. Casi tres de cada diez personas se declaran viudas y un 9,3% solteras. Existen grandes diferencias entre los diferentes grupos de edad y los sexos. Entre las mujeres y las personas octogenarias la viudedad es el estado civil más común. (Ver Epígrafe: Tendencia 5: Transformaciones en el cuidado)

Con el aumento de la edad disminuye el porcentaje de población casada y aumenta la viudedad. En esta situación hay una mayor proporción de mujeres por dos causas fundamentales; la mayor esperanza de vida de éstas o mayor mortalidad masculina, y por la diferencia de edad en el matrimonio, algo muy característico de nuestra sociedad (las mujeres suelen casarse con hombres de más edad).

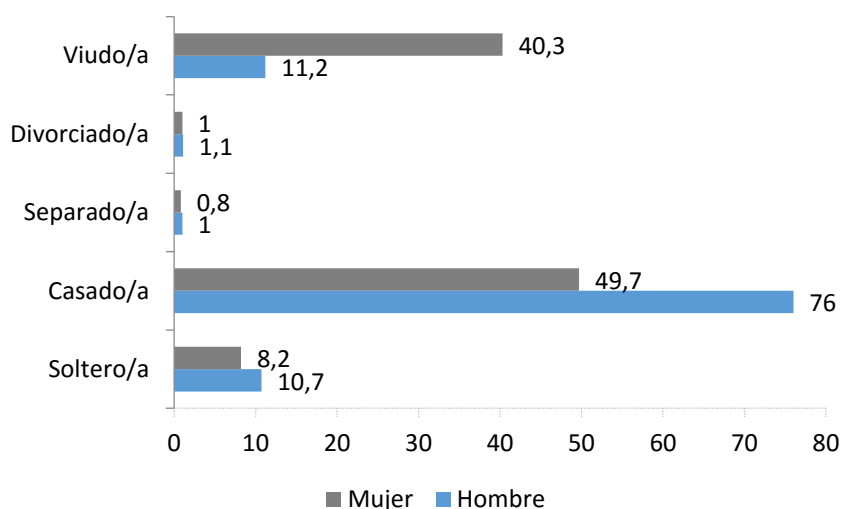
Una conclusión importante sobre la situación del estado civil es que, en la mayoría de los casos, los hombres tendrán quien les atienda cuando la salud falle, sus esposas, y las mujeres tendrán que recurrir a sus descendientes, hijas mayoritariamente, y a otros familiares, si los tienen.

Tabla 2. Estado civil de la población de 65 y más años en Castilla y León

| | Total | Soltero/a | Casado/a | Separado/a | Divorciado/a | Viudo/a |
|--------------|-------|-----------|----------|------------|--------------|---------|
| Total | 100 | 9,3 | 61,3 | 0,9 | 1 | 27,5 |
| Hombre | 43,8 | 10,7 | 76 | 1 | 1,1 | 11,2 |
| Mujer | 56,2 | 8,2 | 49,7 | 0,8 | 1 | 40,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de 2011 elaborado por el INE

Gráfico 5. Estado civil de la población de 65 y más años en Castilla y León según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de 2011 elaborado por el INE

Nivel educativo

El nivel educativo constituye otra de las variables relevantes a la hora de explicar la situación de las personas mayores: como bien es sabido, el nivel de participación en la sociedad aumenta según el nivel educativo, observando además, diferencias entre hombres y mujeres.

El Estudio estadístico de la Junta de Castilla y León “Mujer en Cifras” Año 2015, recoge en el siguiente cuadro el nivel de formación de la población mayor de 16 años en Castilla y León y lo desglosa por sexo. En el mismo, podemos apreciar que el número de mujeres analfabetas es de 14.553 mujeres frente a 8.071 hombres. Si bien es cierto que dicho cuadro no está desglosado por tramos de edad, lo cierto es que en atención al modelo educativo existente desde la llegada de la democracia en nuestro país, nos lleva a concluir que la mayor parte de la población analfabeta de nuestra Comunidad es aquella de edad avanzada, existiendo una gran diferencia entre los datos de hombres y mujeres (el 1,37% del total de mujeres frente a al 0,78% sobre el total de hombres).

Tabla 3. Población de 16 y más años por sexo y nivel de formación alcanzado en Castilla y León

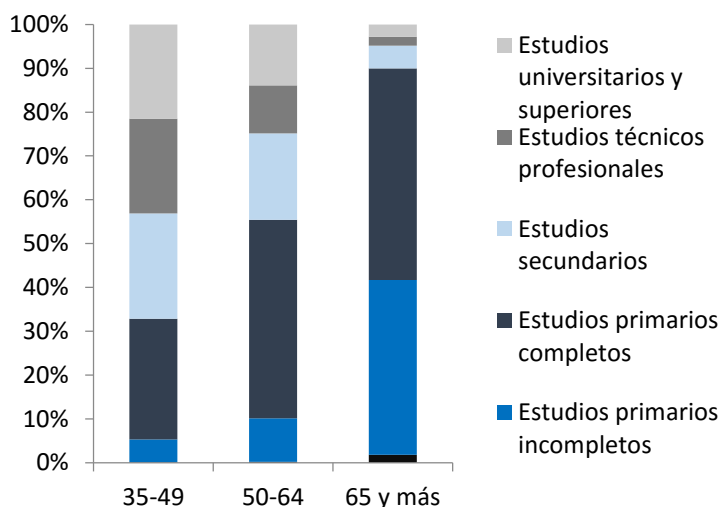
| Nivel de formación alcanzado (%) | Castilla y León | Hombres | Mujeres |
|---|------------------|------------------|------------------|
| Analfabetos | 1,08 | 0,78 | 1,37 |
| Estudios primarios incompletos | 5,13 | 4,73 | 5,51 |
| Educación primaria | 19,26 | 17,50 | 20,96 |
| Primera etapa de educación secundaria y similar | 28,81 | 32,20 | 25,53 |
| Segunda etapa de educación secundaria | 19,76 | 20,80 | 18,75 |
| Educación superior | 25,96 | 23,99 | 27,88 |
| Total suma porcentajes | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Total Personas | 2.095.958 | 1.033.010 | 1.062.948 |

FUENTE: D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, explotación microdatos "EPA". Año 2015.

Según la última Encuesta de Condiciones de Vida, la mayor parte de la población mayor de 65 años posee estudios primarios, aunque no en todos los casos finalizados (un 39,7% tiene los estudios primarios incompletos y un 48% finalizados); un 1,8% de personas analfabetas y un 2,8% de personas con estudios superiores universitarios.

En el caso del grupo de población de 50 a 64 años, la cifra de personas con estudios universitarios y superiores aumenta considerablemente alcanzando un 13,8%. Esto supone prever que en los próximos años, la cifra de personas con estudios superiores aumentará considerablemente.

Gráfico 6. Nivel máximo de estudios alcanzado según edad



Fuente: Junta de Castilla y León. Encuesta de Condiciones de Vida, 2010.

Tendencia 1: Cambios en la estructura demográfica

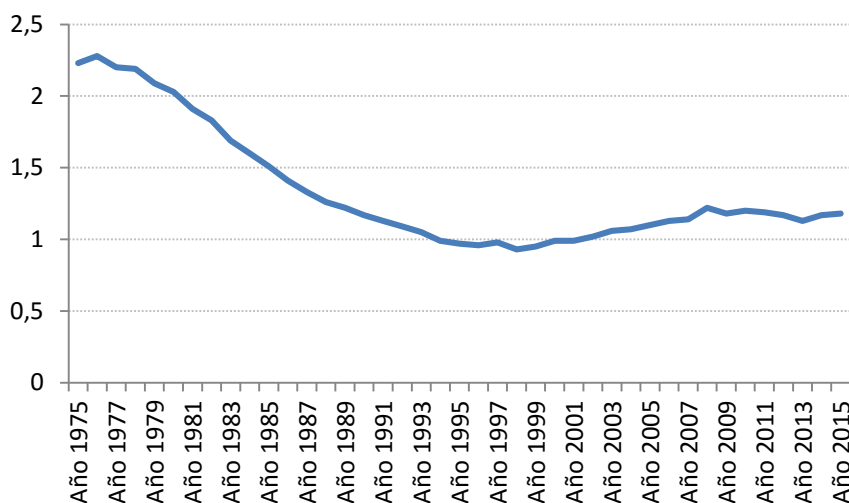
1.1.- Caída de la fecundidad

Desde el final de los años setenta del pasado siglo se ha producido una fuerte caída de la fecundidad que ha elevado el peso porcentual de las personas mayores, lo que se ha venido denominando como envejecimiento desde la base. (Barrio et al 2015)

La caída de la fecundidad experimentó en Castilla y León su momento más bajo en el año 1998 con un índice de 0.93 hijos por mujer, muy lejano al 2,1, fecundidad mínima necesaria para que una población cerrada (las migraciones se entienden aparte) se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen. El índice sintético de fecundidad (ISF) se sitúa en la actualidad en 1,18 hijos por mujer, mientras que en 1975 esta cifra era del 2.23.

Según del CESCYL (2015), las áreas de influencia urbana poseen el mayor ISF, 1,51 hijos por mujer, seguidas de los periurbanos (1,44), siendo los únicos territorios con un crecimiento natural positivo, cuyas tasas fueron de 0,38% y 0,57% respectivamente. El medio rural profundo tiene la tipología de poblamiento más castigada en términos demográficos, tanto en natalidad como en mortalidad, debido a su marcado envejecimiento y masculinización.

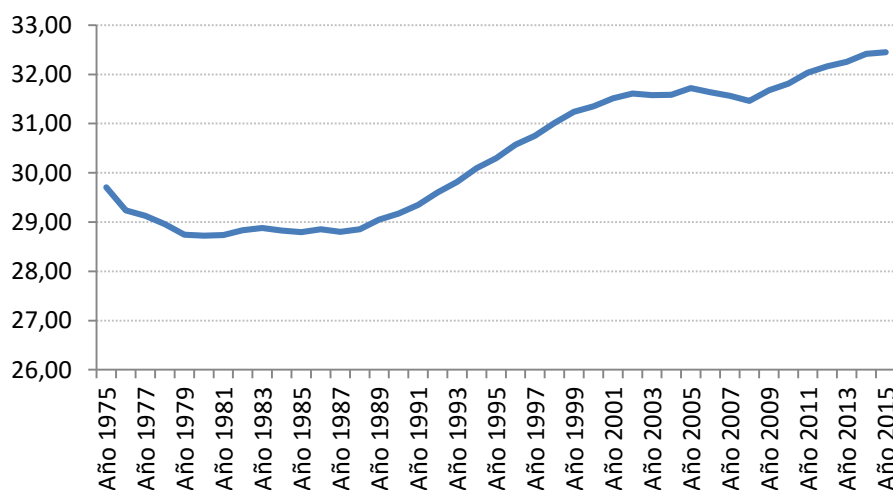
Gráfico 7. Evolución del índice sintético de fecundidad en Castilla y León



INE: INEBASE: Movimiento Natural de la Población.

La edad media de maternidad ha aumentado de 19,7 años en 1975 a 32,5 años en 2015. De la misma manera, el número de hijos por mujer ha descendido y parece estabilizarse desde el 2015 en el 1,1.

Gráfico 8. Evolución de la edad media de maternidad en Castilla y León



INE: INEBASE: Indicadores de fecundidad.

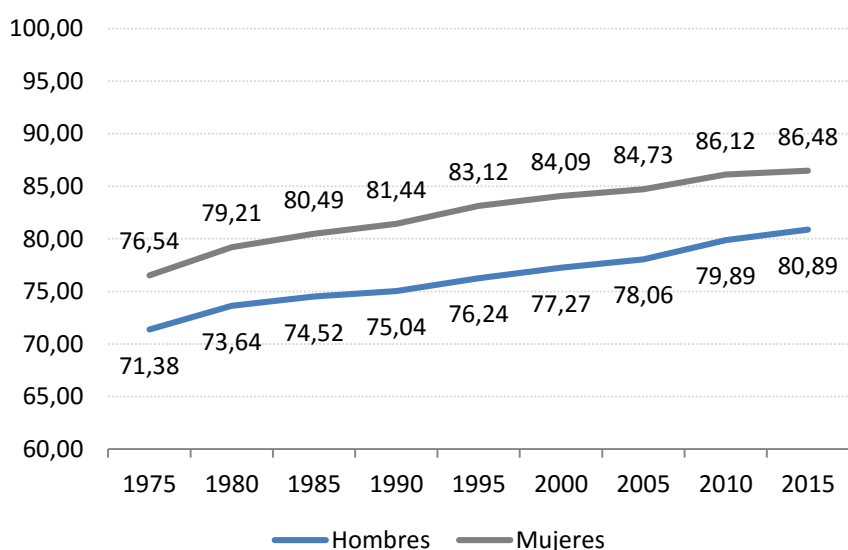
El índice de natalidad tiene un efecto inmediato en la pirámide de edades. Cuando se reduce su base se estrecha, incidiendo así en el aumento porcentual de las personas mayores. El descenso

de la natalidad es la explicación fundamental de la rapidez del envejecimiento demográfico de la población mundial, y sobre todo, de la de los países más desarrollados. (Pérez-Díaz 2005)

1.2.- Incremento de la Esperanza de Vida

Pero, además de la evolución de la natalidad como causa del envejecimiento demográfico, se conjuga una segunda dimensión relativa esta vez a la cúspide de la pirámide: el aumento de la esperanza de vida (EV) y descenso de la mortalidad.

Gráfico 9. Esperanza de vida al nacimiento por sexo y año en Castilla y León



Fuente: INE: INEBASE: Indicadores de Mortalidad, 1975-2015.

La esperanza de vida al nacer en Castilla y León ha aumentado en algo más de 9 años durante el periodo entre 1975 y 2015. Los últimos datos establecen una cifra de EV al nacer de 80,89 años en los hombres y 86,48 años en las mujeres. La EV en España se sitúa en 79,94 en hombres y 85,41 en mujeres, algo inferior a la media de Castilla y León. La EV media en la UE, en 2014, era de 78,10 en hombres y 83,70 en mujeres, también inferior a la EV de Castilla y León.

Tabla 4. Esperanza de vida al nacimiento en Castilla y León, Estado y Unión Europea

| Esperanza de vida | Año | Hombres | Mujeres |
|-------------------|-------|---------|---------|
| Castilla y León | 2.015 | 80,89 | 86,48 |
| España | 2.015 | 79,94 | 85,41 |
| UE (27 países) | 2.014 | 78,10 | 83,70 |

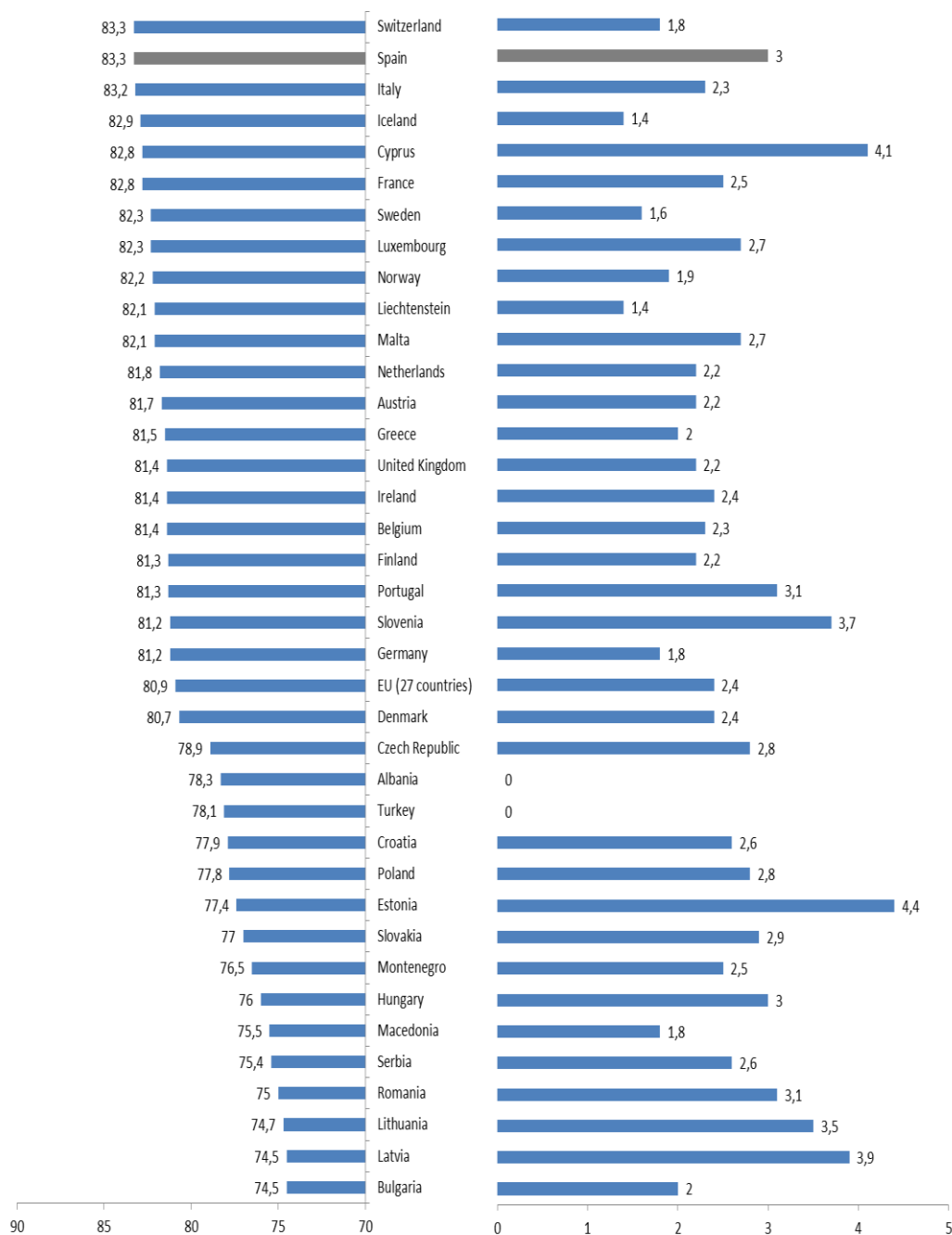
Fuente: INE: INEBASE: Indicadores de Mortalidad, 2014-2015. Fuente: Eurostat: Life expectancy by age and sex, 2014

Según los datos de Eurostat, Suiza y España se sitúan en la cabeza entre los países de Europa con mayor esperanza de vida (2014). Les siguen Italia, Islandia, Chipre y Francia.

Gráfico 10. Esperanza de vida en los países de la OCDE

Esperanza del vida al nacer, 2014
2005-2014

Incremento de la esperanza de vida entre
2005-2014



Fuente: Eurostat: Life expectancy by age and sex, 2014.

La esperanza de vida (EV) presenta una evolución temporal ascendente; sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud. El indicador esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) intenta sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de vida. Según los datos de la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*

(EDAD 2008), la EVLD se situaba al nacer en Castilla y León en 72,96 años. Teniendo en cuenta que en esta encuesta estimaba una EV de 81,81 años, esto supone que habría 8,85 en los que se viviría con discapacidad, 6,99 años los hombres y 10,75 las mujeres.

Tabla 5. EV, EVLD, EVD y porcentaje de EV que se espera vivir libre de discapacidad según edad y sexo. Castilla y León

| | | EV | EVLEC | EVBS | EVLD |
|----------------|----------|-------|-------|-------|-------|
| Ambos sexos | Al nacer | 81,81 | 32,47 | 61,21 | 72,96 |
| | 15 | 67,21 | 21,10 | 47,23 | 58,63 |
| | 45 | 38,23 | 4,99 | 21,18 | 30,28 |
| | 65 | 20,71 | 1,16 | 9,60 | 13,73 |
| | 75 | 13,00 | 0,57 | 5,17 | 6,96 |
| | 80 | 9,63 | 0,27 | 3,50 | 4,41 |
| Hombres | Al nacer | 78,69 | 35,36 | 61,14 | 71,70 |
| | 15 | 64,05 | 24,92 | 47,21 | 57,45 |
| | 45 | 35,36 | 6,92 | 21,07 | 29,40 |
| | 65 | 18,51 | 1,87 | 10,06 | 13,37 |
| | 75 | 11,45 | 0,83 | 5,15 | 6,79 |
| | 80 | 8,49 | 0,37 | 3,11 | 4,41 |
| Mujeres | Al nacer | 85,02 | 29,17 | 61,41 | 74,27 |
| | 15 | 70,46 | 16,93 | 47,38 | 59,86 |
| | 45 | 41,14 | 3,15 | 21,44 | 31,19 |
| | 65 | 22,72 | 0,62 | 9,23 | 14,05 |
| | 75 | 14,26 | 0,29 | 5,05 | 7,10 |
| | 80 | 10,43 | 0,20 | 3,85 | 4,41 |

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

EV: Esperanza de vida.

EVLEC: Esperanza de vida libre de enfermedad crónica

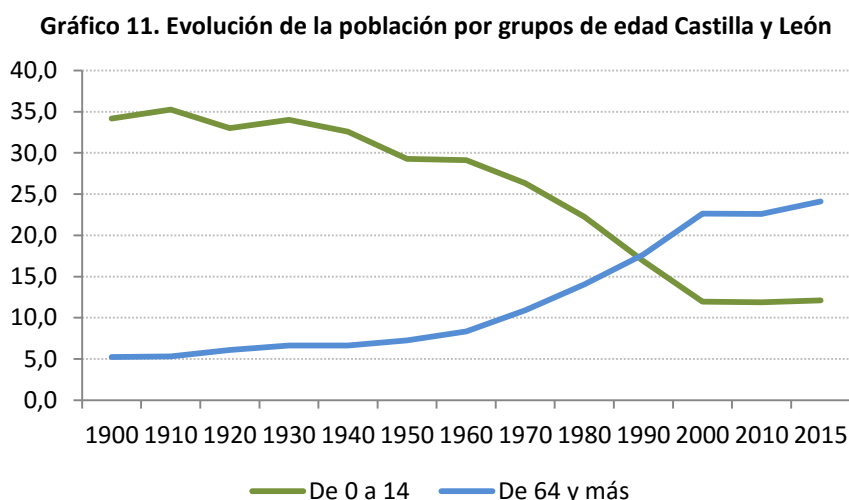
EVBS: Esperanza de vida en buena salud

EVLD: Esperanza de vida libre de discapacidad

Las diferencias entre sexos en la EV se reducen de forma importante cuando se tiene en cuenta los años vividos libres de discapacidad. Aunque la EV y la EVLD sean mayores entre las mujeres, también lo es la Esperanza de Vida con Discapacidad.

1.3.- Inversión de la tendencia demográfica

Un punto de inflexión en la historia demográfica es el momento en el que el porcentaje de población en edad infantil (de 0 a 14 años) es superado por el de la población de 65 y más años. La inversión de la tendencia demográfica, por la que hay más personas mayores que niños, supone un cambio en la estructura de la población que implica a todos los sectores, tanto económicos como sociales. (Barrio et al, 2010).



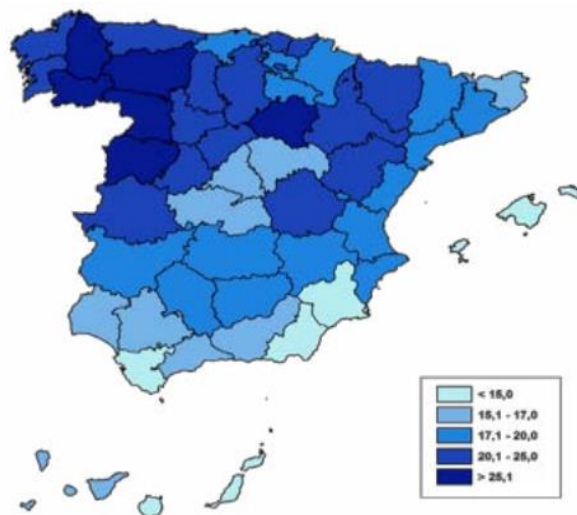
Fuente: INE: INEBASE: Series Históricas de la Población, 1900-2015
 INEBASE: (1900-2001): Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 00 hasta 2001. 2010: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2010.
 2010-2049:
 INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049.

Tendencia 2: Desequilibrios territoriales

2.1.- Diferencias territoriales

Como ya se ha comentado, el envejecimiento de la población no es igual en todos los entornos. Según el modelo histórico de distribución del envejecimiento, las comunidades y territorios históricos del interior tienen mayores índices de envejecimiento que las costeras. Las provincias más envejecidas son la que tienen una larga tradición emigratoria de carácter laboral, causa del descenso de población en edades jóvenes a favor de las grandes capitales. Muchos pueblos del mundo rural vieron cómo sus jóvenes emigraban y los núcleos envejecían por la falta de niños y adultos. El envejecimiento rural empezó en plena época del “baby boom” y del desarrollismo de los años 60. (Barrio y Abellán, 2009).

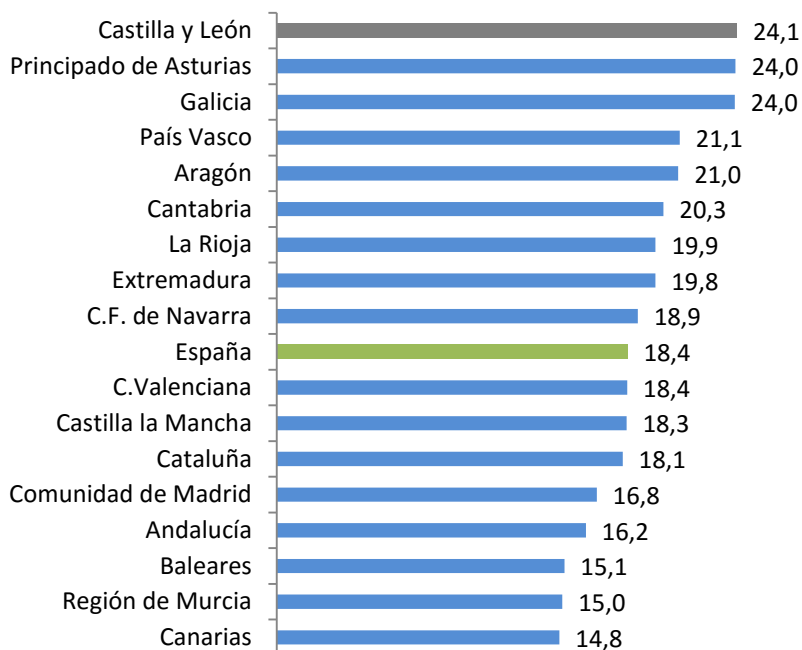
Gráfico 12. Distribución provincial de las personas de 65 y más años según CCAA



Fuente: IMSERSO (2015): Informe 2014. Las personas mayores en España

Castilla y León ocupa el primer puesto entre las comunidades más envejecidas de España. Es la comunidad con mayor porcentaje de población de 65 y más años. Le siguen el Principado de Asturias, Galicia, el País Vasco y Aragón. En el lado opuesto se posicionan: Canarias, Murcia, Baleares, Andalucía y la Comunidad de Madrid.

Gráfico 13. Porcentaje de población mayor según CCAA

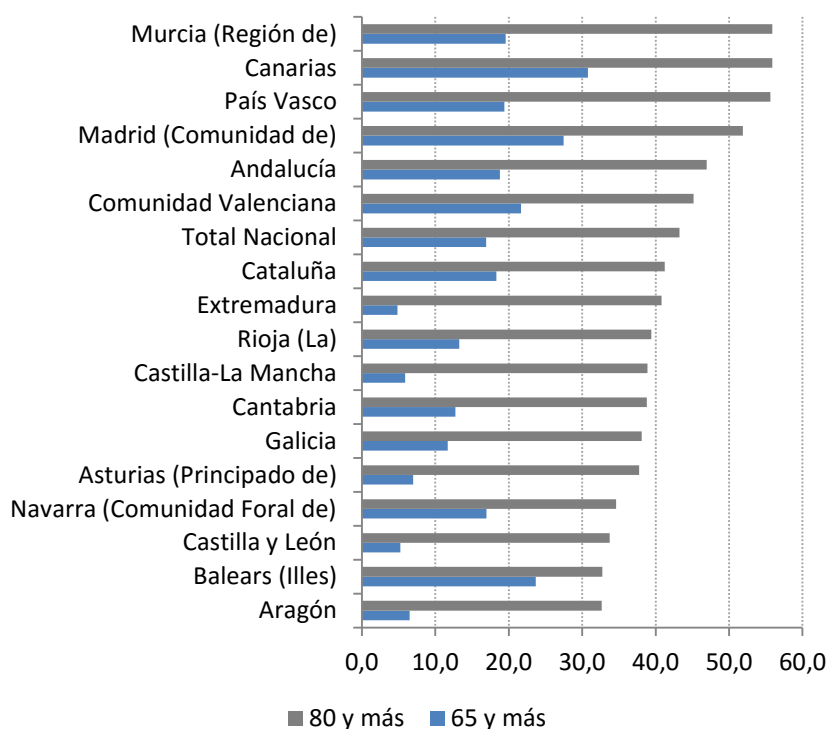


Fuente: INE: INEBASE: Padrón Municipal de Habitantes 2015

En la evolución entre 2005 y 2015, de la población mayor y octogenaria en las diferentes CCAA, se observa cómo, de forma generalizada, ha crecido de manera exponencial la población de 80 y más años, y no tanto la población de 65 y más. La causa principal del reducido aumento de la población mayor general (65 y más) es que en este periodo temporal se acababan de incorporar las generaciones nacidas entre 1936 y 1941, muy diezmadas por el déficit de nacimientos producido por la guerra civil. Sin embargo, la esperanza de vida de las generaciones que ya pertenecían a ese grupo de mayores ha experimentado un aumento significativo para la mayoría de las personas que componen este grupo de edad, lo que se ha venido denominando “democratización de la vejez”. (Sancho, 2011)

La Región de Murcia es la que más ha visto aumentada su población de edad más avanzada en estos últimos años. El número de personas de 80 y más años ha aumentado proporcionalmente un 55,9% respecto al 2005. En el caso de Castilla y León, la población octogenaria se ha incrementado en un 33,7%, respecto a la población de 2005, en un 5,3%. La CCAA en la que ha aumentado más la población de 65 y más años es Canarias, con un crecimiento del 30,8% sobre la población de 2005.

Gráfico 14. Incremento porcentual de la población mayor y octogenaria según CCAA.



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2005 y 2015.

Fuente: INE: INEBASE: Padrón Municipal de Habitantes 2015

Según el CESCYL (2015), entre 2001 y 2015 la edad media de la población española ha aumentado desde los 39,9 años hasta 42,5, mientras en Castilla y León su ascenso ha sido de 43,3 a 46,4, ocupando el segundo puesto entre las CC.AA.

2.2.- Envejecimiento rural y urbano

La localización residencial de las personas mayores es una cuestión importante para la organización y administración de las políticas sociales. En el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios, pues éstos no son almacenables, y además exigen la proximidad entre el productor (prestador del servicio) y el consumidor (persona mayor que necesita atención). En el medio urbano, la concentración es una ventaja de escala para la planificación de actividades, servicios y programas de atención. Las regiones, las ciudades y en algunos casos los cascos históricos de las ciudades pueden ver modificado su anterior equilibrio demográfico y algunas de ellas empiezan a tener una importante cifra de personas de edad avanzada; por ello, deberán hacer frente a dificultades en materia de oferta de bienes y servicios, salud, dependencia, transporte. Zonas rurales, urbanas, y a otra escala, los hogares, sufren estos profundos cambios. (Sancho, 2011)

Tabla 6. Principales indicadores de estructuras demográficas según edad y hábitat

| Ámbito | Índice de envejecimiento | Tasa de sobre envejecimiento | Tasa de +80 | Edad media | Edad media +65 | Índice de reemplazo de activos | Grandes grupos de edad | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------|--------------|----------------|--------------------------------|------------------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | < 16 | 16-64 | 65 y + |
| Capitales | 1,66 | 34,33 | 7,85 | 45,56 | 76,78 | 0,68 | 13,78 | 63,36 | 22,86 |
| Otras ciudades | 1,54 | 36,61 | 7,91 | 44,94 | 77,18 | 0,76 | 14,04 | 64,37 | 21,6 |
| Áreas periurbanas | 0,62 | 30,19 | 3,53 | 39,08 | 75,79 | 0,93 | 18,89 | 69,43 | 11,68 |
| Influencia urbana | 0,77 | 34,01 | 4,74 | 40,32 | 76,6 | 0,92 | 18,15 | 67,91 | 13,94 |
| Centros de 1 ^{er} orden | 1,43 | 37,72 | 7,62 | 44,32 | 77,39 | 0,84 | 14,11 | 65,68 | 20,21 |
| Centros de 2 ^o orden | 2,08 | 40,49 | 10,08 | 47,1 | 77,87 | 0,73 | 11,98 | 63,14 | 24,88 |
| Centros de 3 ^{er} orden | 2,72 | 40,84 | 11,89 | 49,28 | 78,05 | 0,66 | 10,7 | 60,19 | 29,11 |
| Rural profundo (<2.000) | 5,15 | 43,65 | 15,7 | 53,99 | 78,54 | 0,43 | 6,99 | 57,04 | 35,97 |
| Castilla y León | 1,87 | 37,91 | 9,14 | 46,5 | 77,43 | 0,67 | 12,92 | 62,97 | 24,11 |
| España | 1,13 | 31,4 | 5,67 | 42,16 | 76,04 | 0,86 | 15,98 | 65,97 | 18,05 |

Índice de envejecimiento: Cociente entre mayores de 65 y menores de 16; Tasa de envejecimiento: mayores de 65; Tasa de sobre envejecimiento: mayores de 80 sobre mayores de 65 años y más; de octogenarios: mayores de 80 sobre el total; Proporción de activos: de 16 a 64 sobre el total; Índice de reemplazo de activos: cociente entre 15-19 y 60-64.

El envejecimiento de la población en el caso de Castilla y León viene agravado por la fragmentación del mapa municipal, con un elevado número de municipios (2.248) de los cuales

la mayoría (2.119) no llegan a los dos mil habitantes, el 94% de ellos localizados en el medio rural, el resto pertenecen a áreas de influencia urbana y 1.989 ni siquiera tienen mil residentes. (CESCYL 2015)

En la actualidad, las áreas rurales se caracterizan por contener una proporción mayor de personas mayores. En los municipios de menos de 2.000 habitantes las personas mayores conforman el 35,97% de la población total. En las áreas urbanas esta cifra desciende a un 22,86%. En los municipios denominados como “rural profundo” hay un índice de envejecimiento del 5,15, es decir, por cada persona menor de 15 años hay más 5 personas que han superado los 65 años; sin embargo, en las capitales, por cada persona en edad infantil, hay 1,66 personas mayores.

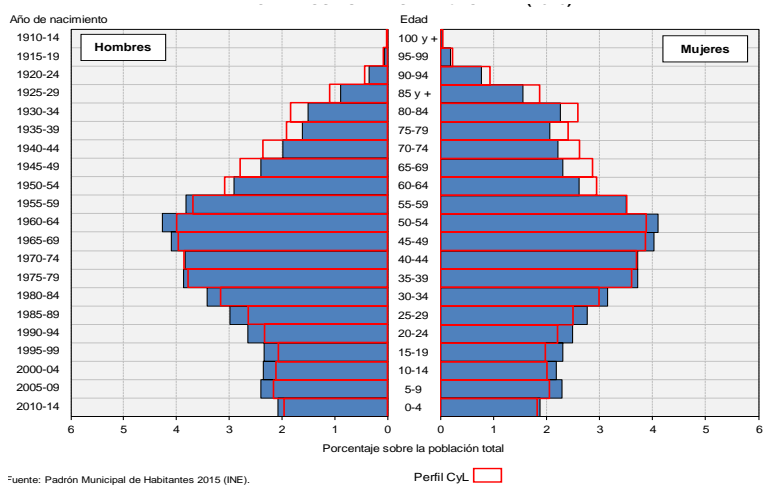
En las zonas más rurales son las que presentan un mayor peso de la población de más edad. Aquí la tasa de sobre-envejecimiento es la más elevada (43,65) y la edad media de la población supera los 50 años (53,99).

Las zonas donde el peso de la población joven es más elevado son las áreas periurbanas y de influencia urbana, extrarradio de ciudades. En estas zonas hay mayor número de población infantil que de personas mayores (0,62 y 0,77) y la edad media se sitúa en el límite de los 40 años, 10 años menos que en las zonas más rurales.

Según el CESCYL (2015), la estructura etaria más joven se localiza en las áreas de influencia urbana y en los municipios periurbanos, donde el grueso de población está compuesto por parejas jóvenes, de mediana edad y sus hijos. Las capitales de provincia, el resto de ciudades y los centros comarcales de primer orden tienen una estructura de población similar al conjunto de las Comunidades Autónomas, ligeramente menos envejecida en los centros comarcales de primer orden. En los centros de segundo y tercer orden la media de edad es más elevada y la masculinización de la población comienza a ser evidente. El rural profundo (menos de 2.000 habitantes) está fuertemente envejecido y masculinizado, al éxodo de población constante desde el desarrollismo se suma la mayor emigración femenina campo-ciudad con respecto a los flujos masculinos, debido a la ausencia de oportunidades laborales en el sector primario para las mujeres.

Estos datos se evidencian de forma esclarecedora en las siguientes pirámides de población según hábitat.

Gráfico 15. Pirámide de población, centros rurales de 1er orden



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

Gráfico 16. Pirámide de población, centros rurales de 2º orden

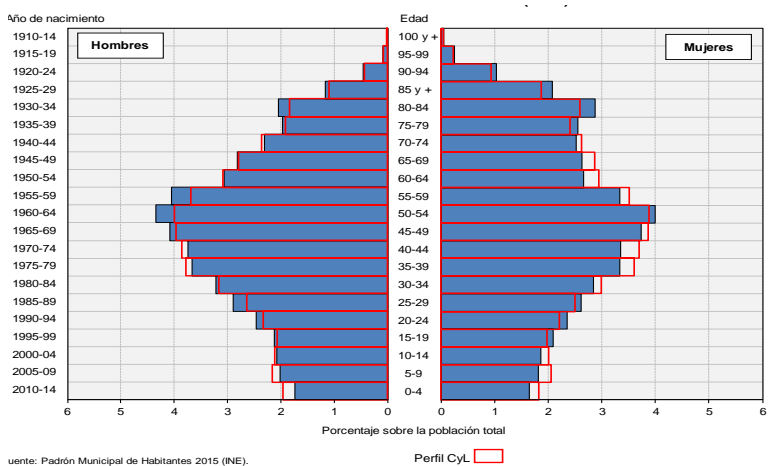


Gráfico 17. Pirámide de población, centros rurales de 3er orden

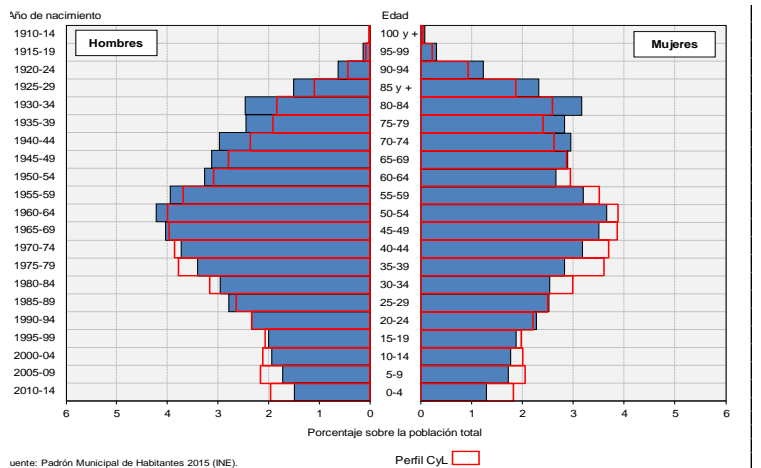
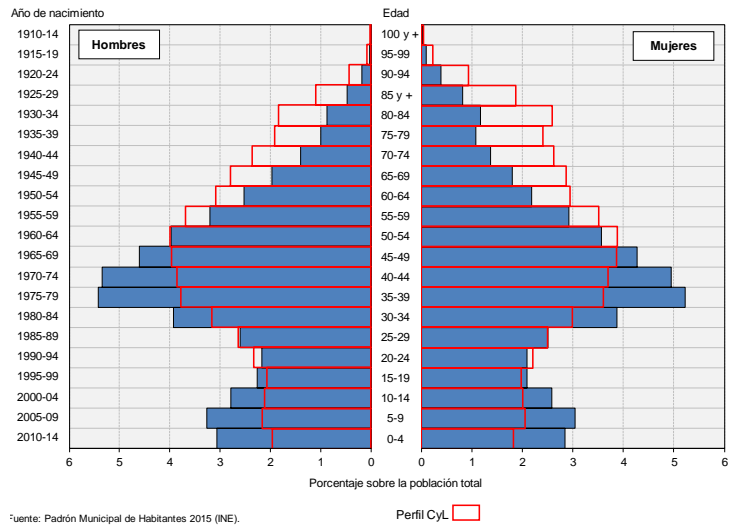
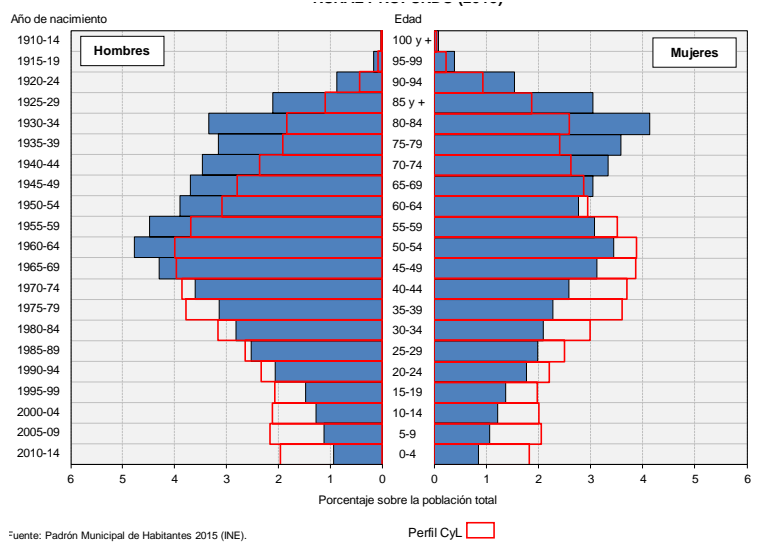


Gráfico 18. Pirámide de población periferias urbanas



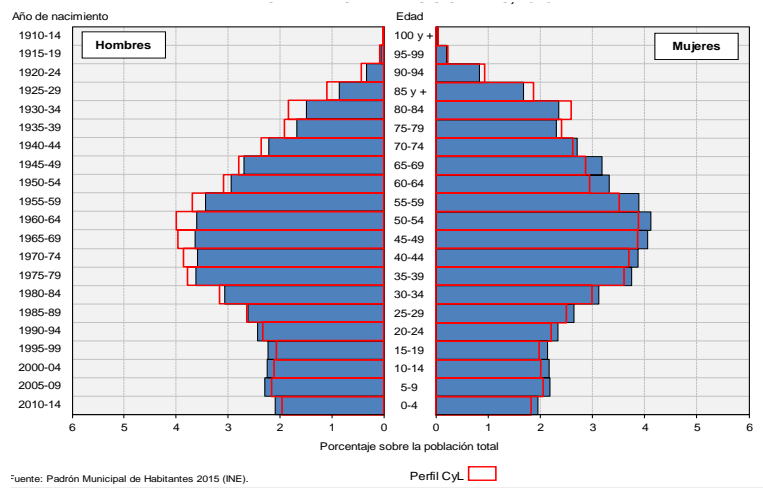
Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

Gráfico 19. Pirámide de población rural profundo



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

Gráfico 20. Pirámide de población capitales y demás ciudades

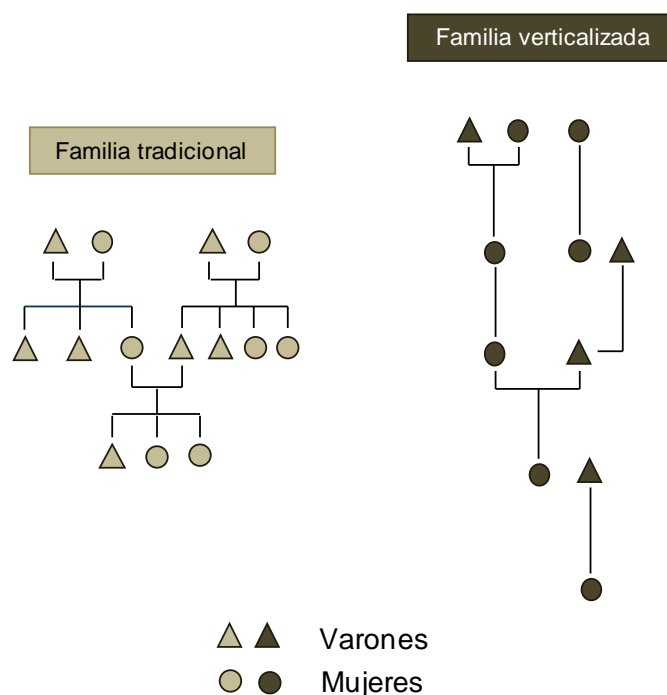


Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

Tendencia 3: Cambios en las estructuras familiares

3.1.- Coexistencia de un mayor número de generaciones familiares

Gráfico 21. Cambio en la estructura de la familia



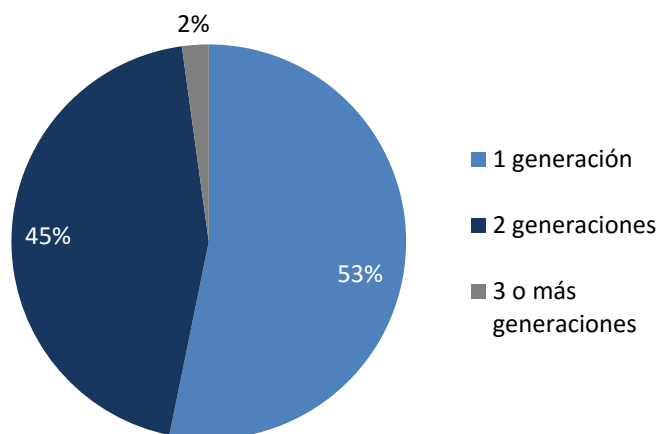
El aumento de la longevidad permite una mayor coexistencia de generaciones de una misma familia. Es habitual que una familia contenga tres o incluso cuatro generaciones (bisabuelos/as, abuelos/as, padres, hijos/as y nietos/as).

Coexiste un mayor número de generaciones, pero la menor fecundidad propicia familias menos extensas, con menos parientes, es decir, se ha reducido en número de hijos/as y han aumentado las familias monoparentales. La estructura familiar actual se dibuja a través de una línea vertical. (Sancho, 2011)

El 53% de los hogares de Castilla y León donde reside una persona mayor se componen por personas de esa misma generación.

En el 45% residen 2 generaciones y en un 2%, 3 o más generaciones. Esta mayor coexistencia de varias generaciones no supone una mayor convivencia, pero sí una posibilidad mayor de que se produzcan transferencias de apoyos y atenciones.

Gráfico 22. Distribución de los hogares en los que reside una persona de 65 y más años según el número de generaciones en el hogar en Castilla y León

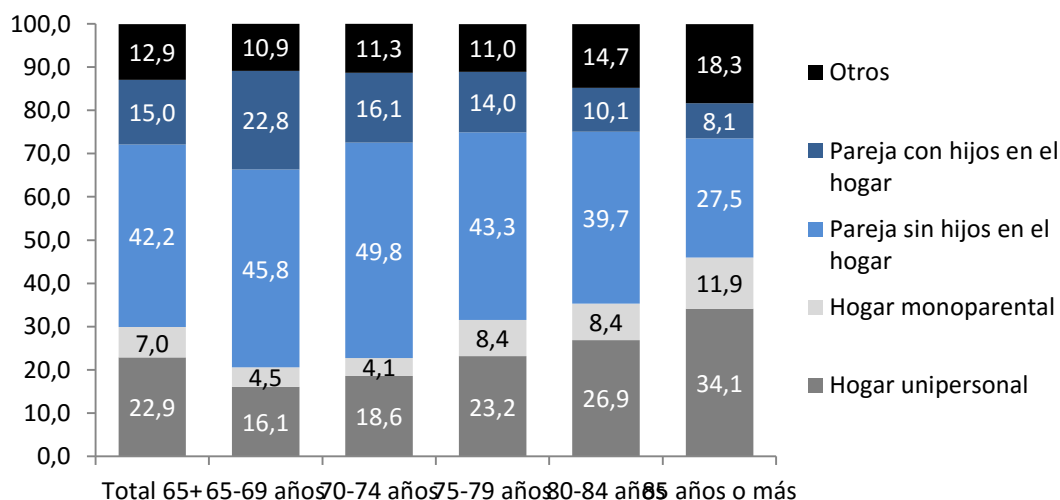


Fuente: INE: INEBASE: Censo de población 2011.

La forma de convivencia habitual entre las personas mayores es la vida en pareja (42,2%), seguida por los hogares unipersonales (22,9%) y muy de cerca por hogares compuestos por varias generaciones, conviviendo con hijos/as (15% parejas con hijos/as y 7% monoparentales).

Con el aumento de la edad aumenta el porcentaje de personas que viven solas (34,1% entre personas de 85 y más) y se reduce la convivencia en pareja. La viudedad es la causa de este cambio y suele afectar con más frecuencia a las mujeres.

Gráfico 23. Formas de convivencia según edad



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Continua de Hogares, 2015. Datos en porcentajes.

El itinerario más frecuente del hogar familiar comienza con una estructura de convivencia entre padres e hijos durante la edad adulta; se transforma en un nido vacío con las emancipaciones residenciales de los hijos; después se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges, dando paso a una etapa en soledad; por último, se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos o hacia el hogar de los hijos, la institucionalización o la desaparición del hogar.

Tabla 7. Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por grupos de edad

| Castilla y León, 2015 | 65 + | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85 + |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Hogar unipersonal | 127,5 | 22,4 | 22,4 | 23,8 | 29,0 | 29,9 |
| Hogar monoparental | 39,2 | 6,2 | 4,9 | 8,6 | 9,1 | 10,4 |
| Pareja sin hijos que convivan en el hogar | 235,0 | 63,7 | 59,9 | 44,5 | 42,8 | 24,1 |
| Pareja con hijos que convivan en el hogar: Total | 83,5 | 31,7 | 19,4 | 14,4 | 10,9 | 7,1 |
| Pareja con hijos que convivan en el hogar: 1 hijo | 67,3 | 23,1 | 14,6 | 13,6 | 9,2 | 6,8 |
| Pareja con hijos que convivan en el hogar: 2 hijos | 12,6 | 6,9 | 3,4 | 0,9 | 1,1 | 0,3 |
| Pareja con hijos que convivan en el hogar: 3 o más hijos | 3,6 | 1,6 | 1,4 | .. | 0,6 | .. |
| Núcleo familiar con otras personas que no forman núcleo familiar | 34,9 | 5,6 | 6,0 | 4,1 | 8,8 | 10,4 |
| Personas que no forman ningún núcleo familiar entre sí | 25,1 | 7,3 | 4,7 | 3,7 | 4,6 | 4,8 |
| Dos o más núcleos familiares | 11,9 | 2,2 | 2,9 | 3,5 | 2,5 | 0,8 |
| Total | 557,4 | 139,1 | 120,2 | 102,7 | 107,8 | 87,6 |

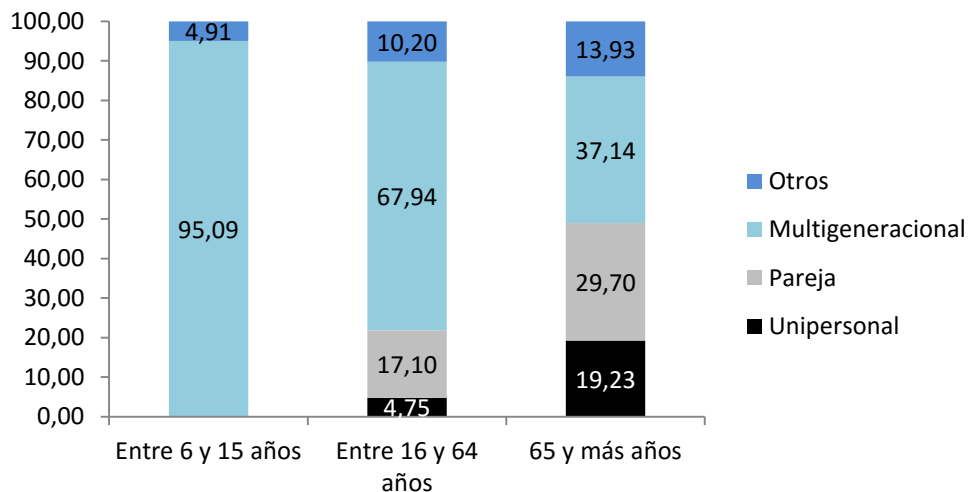
Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Continua de Hogares, 2015. Datos en miles de personas

La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia y uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar.

Una de las formas de transferencia de recursos entre generaciones y miembros de una misma familia se apoya fundamentalmente en el tipo de convivencia, la proximidad, la frecuencia de los contactos y los cuidados. Se trata de transferencias de espacio y tiempo.

Entre la población en situación de dependencia la cohabitación es lo más habitual (hogares multigeneracionales y parejas). Aunque hay que tener en consideración que con el aumento de la edad, aumenta la cifra de hogares unipersonales compuestos por una persona que necesita ayuda (19,23%).

Gráfico 24. Formas de convivencia según edad de personas con dependencia



Fuente: IMSERSO: Informe Discapacidad y Dependencia en Castilla y León, 2011

Observar las formas de convivencia de las personas, y los vínculos que las unen, aporta datos fundamentales sobre la vida social pues el hogar es, la mayoría de las veces, un lugar básico de sociabilidad. En el caso de las personas en situación de dependencia, la composición del hogar es un indicador aún más importante en tanto en cuanto lo doméstico cobra una importancia fundamental, como centro desde donde se procuran cuidados y por el repliegue que puede conllevar la necesidad de ayuda. (Castejón, Abellán y Esparza, 2011)

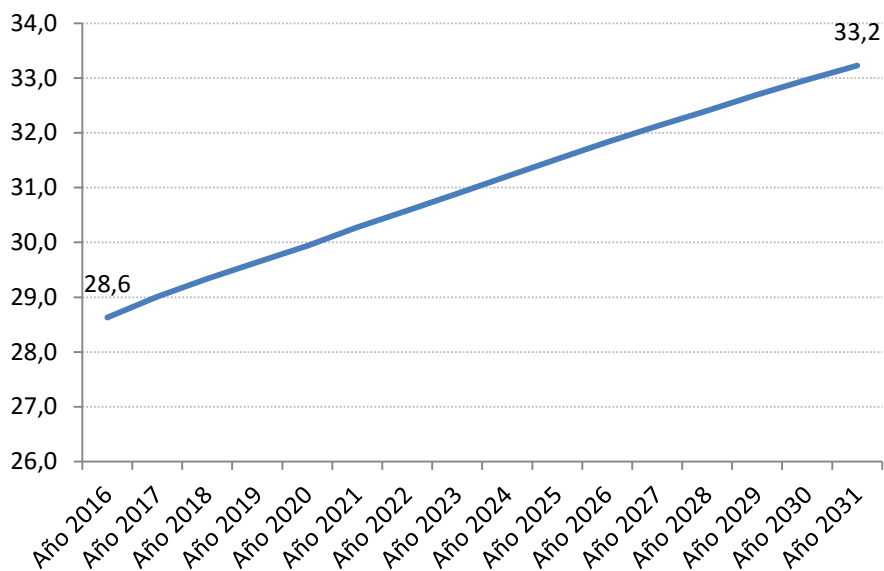
3.2.- Aumento de la soledad

En aumento de los hogares unipersonales es una tendencia predominante en la población de todas las edades. El Instituto Nacional de Estadística (INE) en sus proyecciones sobre los hogares para los próximos quince años prevé que el número de hogares unipersonales va a seguir aumentando y para 2031 superarán los 5,5 millones en España.

Los hogares en los que vive una sola persona son los que van a sufrir un mayor incremento tanto en valores absolutos como relativos. Los hogares unipersonales representarán el 28,6% del total de hogares en España para 2031, tras sufrir un incremento del 19,8% respecto a los datos registrados a principios de 2016. Además, el número de personas que viven solas pasará de representar el 9,9% de la población total en 2016 al 12% en 2031.

Las estimaciones para Castilla y León auguran que dentro de 15 años el porcentaje de población que vivirá en soledad será del 33,2% (2031).

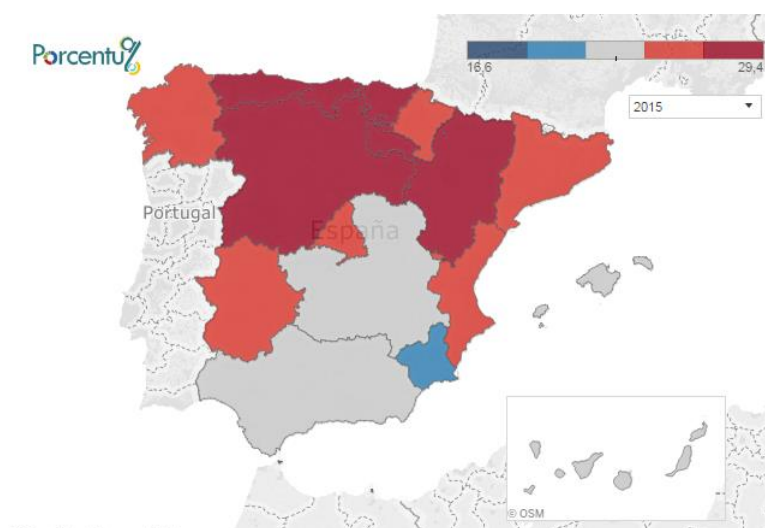
Gráfico 25. Proyecciones de hogares unipersonales en Castilla y León



Fuente: INE: INEBASE: Proyecciones de hogares 2016-2031.

En la actualidad, Castilla y León es la segunda Comunidad Autónoma, después de Asturias, con un mayor porcentaje de población viviendo en soledad (28,5% en 2015). Del total de estos hogares el 43,6% son hogares compuestos por una persona mayor (127.600 personas).

Gráfico 26. Porcentaje de hogares en los que solo vive una persona



Fuente: Encuesta Continua de Hogares (ECH), 2015.

El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud y de la independencia económica. Pero, esto puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda. Las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y deprivación económica. La viudedad es más elevada entre las mujeres, debida a la mayor mortalidad masculina, y por ello son las mujeres las que sufren la soledad, y como consecuencia comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda. (Sancho, 2011)

Tabla 8. Estado civil según sexo y edad

| | Hombres | | Mujeres | |
|---------------------|---------|----------|---------|----------|
| | 60-74 | 75 y más | 60-74 | 75 y más |
| Soltero/a | 13,6 | 8,9 | 8,1 | 8,6 |
| Casado/a | 78,1 | 73,4 | 69,5 | 38,4 |
| Separado/a | 1,8 | 0,5 | 1,5 | 0,4 |
| Divorciado/a | 2,2 | 0,6 | 2,2 | 0,5 |
| Viudo/a | 4,3 | 16,5 | 18,7 | 52,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: INE: INEBASE: Censo de Población y viviendas, 2011.

Uno de cada cuatro hombres de 75 y más años es viudo, mientras que más de la mitad de las mujeres vive en esa misma situación.

Según el informe con base en la Encuesta EDAD, la dependencia correlaciona fuertemente con la viudedad. La proporción de personas viudas es siempre mayor entre la población en situación de dependencia y esta diferencia se acentúa a medida que avanza la edad. Parece que la pérdida del cónyuge aumenta el riesgo de caer en dependencia, muy especialmente si se enviuada a edades avanzadas. Una dependencia no severa puede pasar inadvertida cuando se convive con el cónyuge y manifestarse al desaparecer éste; la sensación de soledad y vulnerabilidad tras la pérdida del esposo o esposa aumenta la percepción de dependencia, es el llamado “shock de la viudedad” entre cuyas consecuencias se aprecia una sobremortalidad de personas viudas de edades avanzadas respecto a las casadas. (Castejón et al 2011)

3.3.- Modificación de las relaciones familiares

Las formas de transferencia de recursos entre generaciones y miembros de una misma familia se apoyan fundamentalmente en el tipo de convivencia, la proximidad y la frecuencia de los contactos. Como ya se ha comentado, un 22% de las personas mayores de Castilla y León conviven con sus hijos/as.

La proximidad es un instrumento muy útil en las transferencias intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares siguiendo la

tradicón cultural y crear una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia, pero con la certeza y seguridad de un apoyo material y emocional próximo. (Puga y Abellán, 2006)

El análisis de las redes sociales y familiares cobra especial importancia en el caso de personas mayores en situación de dependencia, pues muchas de ellas experimentarán una ruptura o limitación en el acceso y disfrute de espacios, actividades sobre las que se articula la vida social. Si estos elementos no existen o se ven reducidos, la necesidad de contar con una red social, que cubra las necesidades afectivas y que además funcione como fuente de ayuda real o en potencia, capaz de reaccionar en casos de crisis o necesidad continuada, se torna fundamental. Un 67,7% de las personas de 80 y más años en situación de dependencia tiene algún familiar cercano viviendo en la misma localidad.

Tabla 9. Población en función de la distancia entre las personas en situación de dependencia y su familiar o amigo más cercano en Castilla y León

| Porcentajes horizontales | De 65 a 79 años | | | De 80 y más años | | |
|--|-----------------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| Familiar más cercano: en la misma localidad | 20,6 | 27,4 | 17,7 | 67,6 | 50,1 | 75,1 |
| Familiar más cercano: en otra localidad | 22,5 | 28,3 | 18,8 | 55,1 | 34,0 | 68,3 |
| Familiar más cercano: no tiene | 31,6 | 32,5 | 30,9 | 47,1 | 39,1 | 52,8 |
| Familiar más cercano: no consta | 25,2 | 34,9 | 20,2 | 58,1 | 37,7 | 68,6 |
| Amigo/a más cercano/a: en la misma localidad | 22,9 | 28,7 | 19,7 | 63,8 | 48,2 | 72,2 |
| Amigo/a más cercano/a: en otra localidad | 22,1 | 28,4 | 17,6 | 58,3 | 38,8 | 72,1 |
| Amigo/a más cercano/a: no tiene | 21,7 | 28,0 | 18,7 | 59,6 | 37,3 | 70,2 |
| Amigo/a más cercano/a: no consta | 22,6 | 28,3 | 19,5 | 64,9 | 50,1 | 72,7 |

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, 2008

El papel que ostenta la familia en las tareas de cuidado a personas en situación de dependencia es (como se verá en el apartado donde se trata específicamente el tema) de indiscutible protagonismo, la frecuencia de cohabitación y cercanía residencial van dejando un primer testimonio de ello.

Los lazos intergeneracionales dentro de la estructura familiar vertical no se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso pueden ser más prolongados, pues hay más tiempo compartido o co-biografía entre padres mayores e hijos, y aun entre miembros de otras generaciones. El contacto con la familia (principalmente con hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen con sus familiares es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen. (Barrio et al 2015)

La fortaleza de la frecuencia de intensidad de contactos de las personas mayores en el ámbito familiar es una característica claramente diferencial de los países latinos en relación al resto de Europa. Un 74,9% de las personas mayores tienen contacto con alguno de sus hijos/as con una frecuencia semanal de manera personal.

Tabla 10. Frecuencia de contactos con el hijo/a de las personas mayores en Castilla y León

| | Contacto personal | Contacto telefónico |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Todos o casi todos los días | 45,7 | 30,9 |
| 1 o 2 veces por semana | 29,2 | 35,7 |
| 1 o 2 veces al mes | 13,5 | 12,2 |
| Con menor frecuencia | 9,1 | 14,1 |
| No sabe | 0,7 | 3,8 |
| No contesta | 1,8 | 3,3 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007.

Esta especie de “red de seguridad” que disfrutamos minimiza las carencias que históricamente arrastramos en el desarrollo de recursos especializados para las personas mayores en situación de dependencia. (Sancho, 2011)

Tendencia 4: Cambios en la salud

4.1.- Autovaloración de la salud

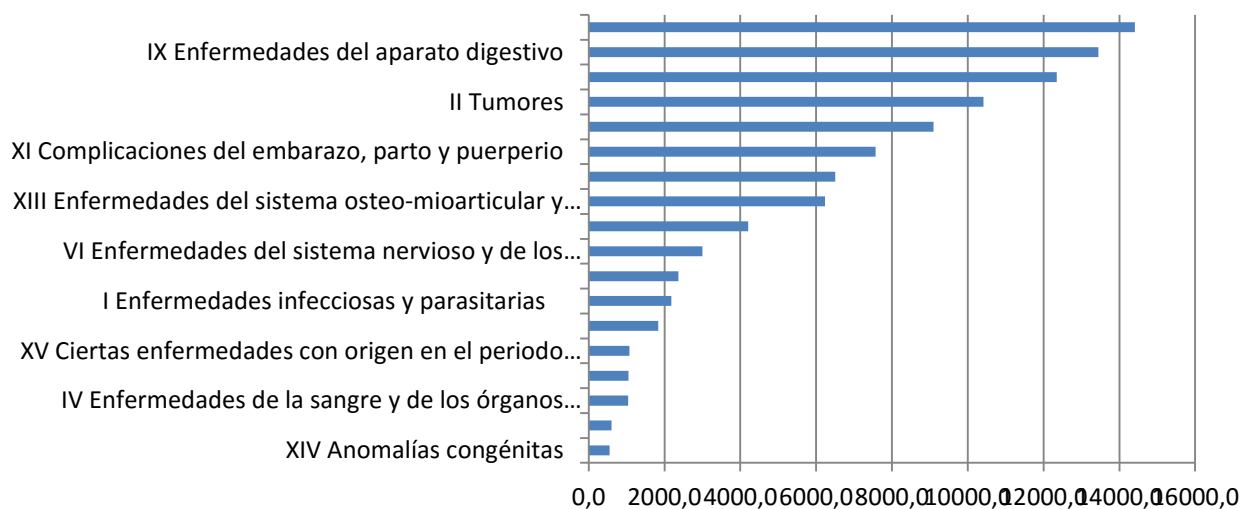
La percepción del propio estado de salud, conocida como salud subjetiva, es un indicador muy relevante para describir el estado de salud de una población. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

Existen diferencias entre sexos; las mujeres perciben peor estado de salud al de los hombres. Hay que tener en cuenta el gran peso de mujeres en edades avanzadas sobre la población total de mujeres mayores. La edad y el sexo históricamente han estado asociadas a la percepción de salud. La percepción negativa aumenta según avanza la edad sobre todo en las mujeres.

4.2.- Cambios en los patrones de enfermedad y muerte

Una de las principales tendencias a lo largo del siglo XX ha sido el cambio radical en los patrones de enfermedad y muerte. Las enfermedades crónicas y degenerativas sustituyen a las infecciosas y parasitarias; es un cambio epidemiológico global, más acentuado entre los mayores, donde las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos de enfermedades y de causas de muerte. (Abellán, 2011). El acceso universal al sistema de salud, la generalización de intervenciones de carácter rehabilitador y las mejoras en la industria farmacéutica, están contribuyendo a un retraso en la aparición de la discapacidad y de la muerte.

Gráfico 27. Tasas (por 100.000 hab.) de enfermos dados de alta por diagnóstico principal (CIE9MC) en Castilla y León



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2014

Uno de los efectos del proceso de universalización de los servicios sanitarios ha sido la utilización masiva de éstos por parte de la población general y de los mayores en particular. El resultado es una tendencia importante al incremento del gasto sanitario, no sólo atribuible al envejecimiento y al incremento de las situaciones de cronicidad, sino también a una mejora notable de los equipamientos y servicios sanitarios así como al avance tecnológico y a la propia maduración del sistema.

En los últimos años ha variado el patrón epidemiológico de Castilla y León, con un incremento notable de las patologías crónicas. La cartera de servicios de atención primaria en Castilla y León incluye numerosas actividades orientadas a la prevención y tratamiento de la cronicidad tales como la promoción de hábitos saludables, la educación para la salud, las actuaciones para la detección precoz y seguimiento de patologías crónicas, así como la prevención de posibles complicaciones.

La “Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León” tiene entre sus objetivos adaptar el funcionamiento del sistema sanitario de Castilla y León a la nueva realidad que supone la demanda asistencial creciente derivada de la cronicidad.

Se centra fundamentalmente en cinco aspectos: organizar y adecuar los recursos hospitalarios a las condiciones y necesidades de estos pacientes, potenciar el papel de la atención primaria y mejorar sus condiciones para facilitar su atención eficaz, asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados, avanzar hacia la integración asistencial a través de la coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social y promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras, en el mantenimiento de la salud.

Tabla 11. Altas hospitalarias según el sexo, el diagnóstico principal de hospitalización en Castilla y León

| Diagnóstico principal | 1997 | | | 2014 | | |
|--|-------------|----------|----------|-------------|----------|----------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| Diabetes | 1.972,0 | 863,0 | 1.109,0 | 1.805,0 | 962,0 | 843,0 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 31.219,0 | 17.849,0 | 13.370,0 | 38.861,0 | 21.483,0 | 17.378,0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1997-2014.

4.3.- Personas en situación de dependencia y/o discapacidad

En Castilla y León la atención a las personas mayores dependientes ha conocido una profunda transformación en los últimos años de modo que, en estos momentos, podemos afirmar que existe un sistema consolidado que permite una gestión eficiente de los procedimientos y una provisión adecuada de servicios sociales y prestaciones económicas.

En primer lugar, el acceso se produce a través de una única vía, los Centros de Acción Social (CEAS): la solicitud de prestaciones económicas y servicios es única, tanto para los que se conceden en el marco de la normativa autonómica como en la nacional (la Ley de dependencia), y tanto si los prestan las entidades locales como si dependen de la comunidad autónoma.

Desde el primer momento, cada persona tiene asignado un coordinador de caso, que se encargará de informar, realizar la valoración social y de la capacidad funcional, orientar en la elección de prestaciones y realizar el seguimiento posterior.

Por lo que respecta al nivel de desarrollo de los servicios y prestaciones económicas, Castilla y León se encuentra entre las comunidades autónomas con mayor cobertura de las necesidades. El XVI Dictamen del Observatorio de la Dependencia en España de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales de febrero de 2016 sitúa a nuestra Comunidad, por novena vez consecutiva, en el primer puesto, con una puntuación de 8,6 puntos sobre 10.

Como muestra la siguiente tabla, en Castilla y León existen 85.301 personas en situación de dependencia con alguna prestación concedida, de las cuales, el 78,4% son personas con 65 y más años (datos a 31 de diciembre de 2016).

Tabla 12. Total Personas dependientes beneficiarias con prestaciones concedidas según grado y sexo en Castilla y León

| GRADO | TOTAL | DISTRIBUCIÓN POR SEXO | | | |
|--------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | HOMBRES | | MUJERES | |
| | | Nº | % sobre total | Nº | % sobre total |
| Grado III | 27.890 | 9.512 | 11,15% | 18.378 | 21,54% |
| Grado II | 29.477 | 10.375 | 12,16% | 19.102 | 22,39% |
| Grado I | 27.934 | 9.955 | 11,67% | 17.979 | 21,08% |
| TOTAL | 85.301 | 29.842 | 34,98% | 55.459 | 65,02% |

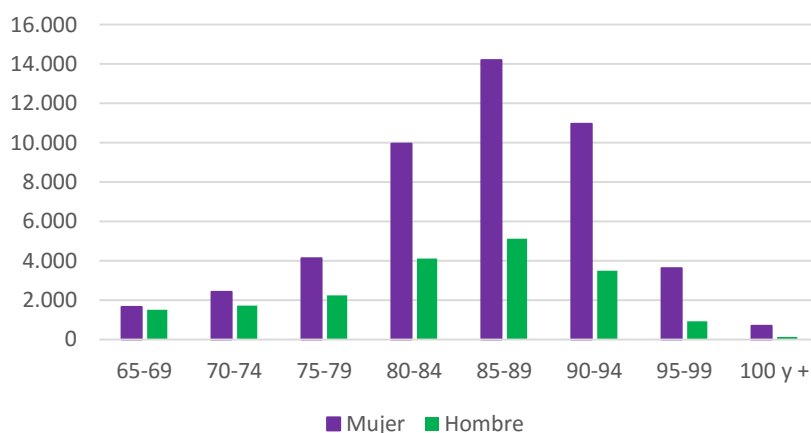
Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

La dependencia tiene un perfil claramente femenino: en la tabla anterior apreciamos como los datos de mujeres dependientes (65%) están a escasos cinco puntos de duplicar el porcentaje de hombres dependientes (35%), por lo tanto, encontramos dos mujeres dependientes por cada hombre.

Esta tendencia se une a la estrecha relación que existe entre edad y dependencia; del total de personas dependientes, ocho de cada diez son personas con 65 y más años (66.859 personas dependientes de 65 y más años en Castilla y León, a 31 de diciembre de 2016).

El mayor volumen de personas dependientes lo encontramos en el grupo de edad comprendido entre los 80 y los 94 años.

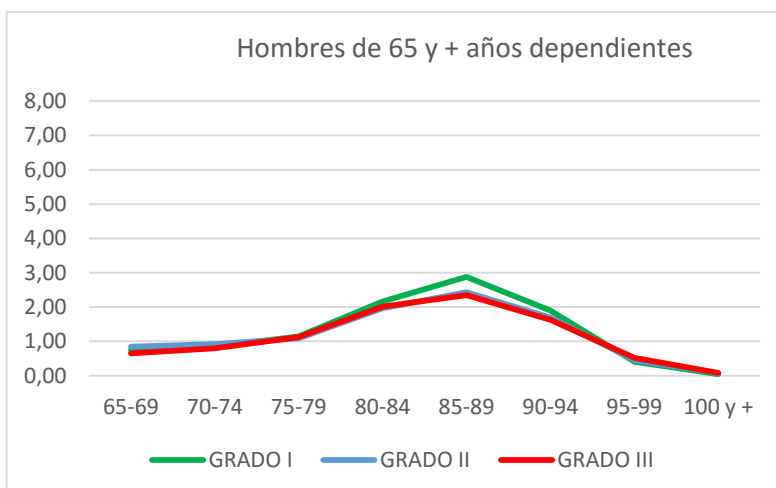
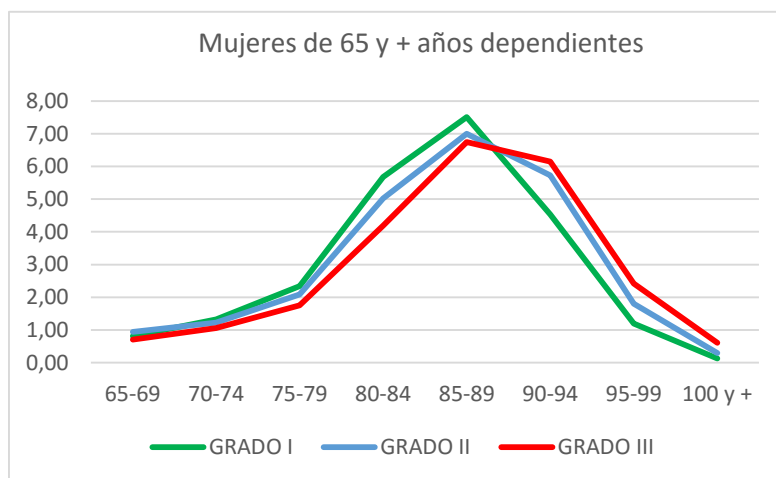
Gráfico 28. Beneficiarios de 65 ó más años con prestaciones concedidas por grupos de edad, grado de dependencia y sexo



Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

Por tanto, a medida que avanza la edad y el proceso de envejecimiento, la tendencia de una mayor presencia de la dependencia en las mujeres que en los hombres se hace más presente. Si bien es cierto, esta tendencia está íntimamente relacionada con la mayor esperanza de vida de las mujeres pero comúnmente asociada a una peor calidad de vida a causa de la enfermedad.

Gráficos 29 y 30. Beneficiarios de 65 ó más años con prestaciones concedidas por grupos de edad, grado de dependencia y sexo (%)



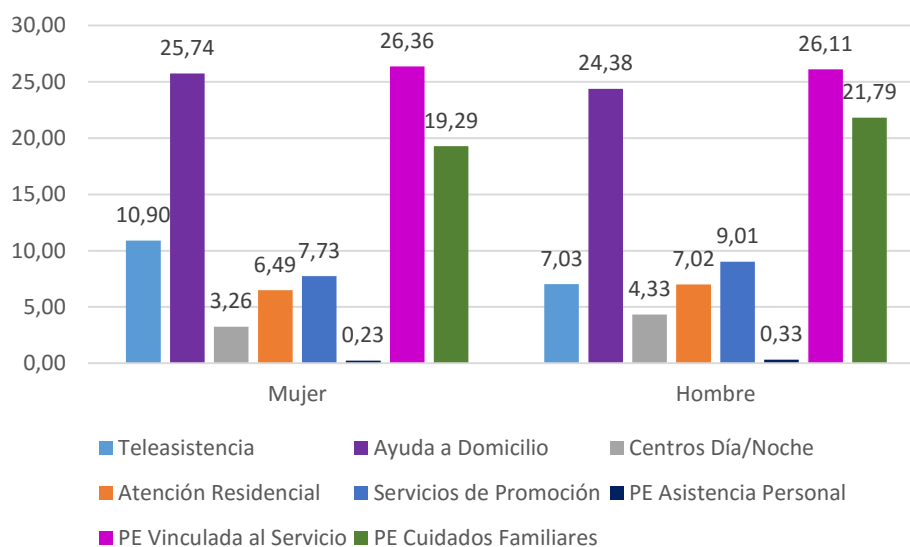
Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

En cuanto al grado de dependencia, el Grado II de dependencia severa, es decir, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) dos o tres veces al día pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal es el que tiene una mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres para el conjunto de la población dependiente. Sin embargo, como veremos en los gráficos siguientes, en el caso de las mujeres de 65 y más años, el Grado I de dependencia moderada prevalece en el tramo de edad comprendido entre los 70 y los 89 años, para posteriormente ir reduciéndose de manera drástica y dejando paso al Grado III de gran dependencia como el más prevalente a partir de los 90 años. En el caso de los hombres mayores, la tendencia resulta muy similar al de las mujeres, con prevalencia también de los Grados I y II de los 65 a los 94 años de edad y Grado III a partir de esta edad.

Si bien es cierto, comparando estos dos últimos gráficos, en los que se ha hecho coincidir el límite máximo del eje vertical, se ve claramente como la curvatura que forman las mujeres mayores dependientes adopta una forma acampanada mucho más pronunciada a la curvatura de los hombres como consecuencia de la mayor presencia de la dependencia entre las mujeres mayores. Por tanto, podemos decir que la dependencia en Castilla y León tiene un perfil claramente femenino y de elevada edad.

Otro aspecto a destacar es que de las más de ochenta mil prestaciones de dependencia vigentes y reconocidas a personas con 65 y más años en Castilla y León (82.474 prestaciones a 31 de diciembre de 2016), cuatro de cada cinco corresponden a servicios profesionales. Así, las prestaciones de servicios profesionales (65.983) representan ya el 80% del total de prestaciones reconocidas, mientras que las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (16.491) suponen tan solo un 20%, hecho que está redundando en el aumento de la calidad en la atención.

Gráfico 31. Prestaciones de personas con 65 ó más años reconocidas y vigentes según tipo de prestación y sexo

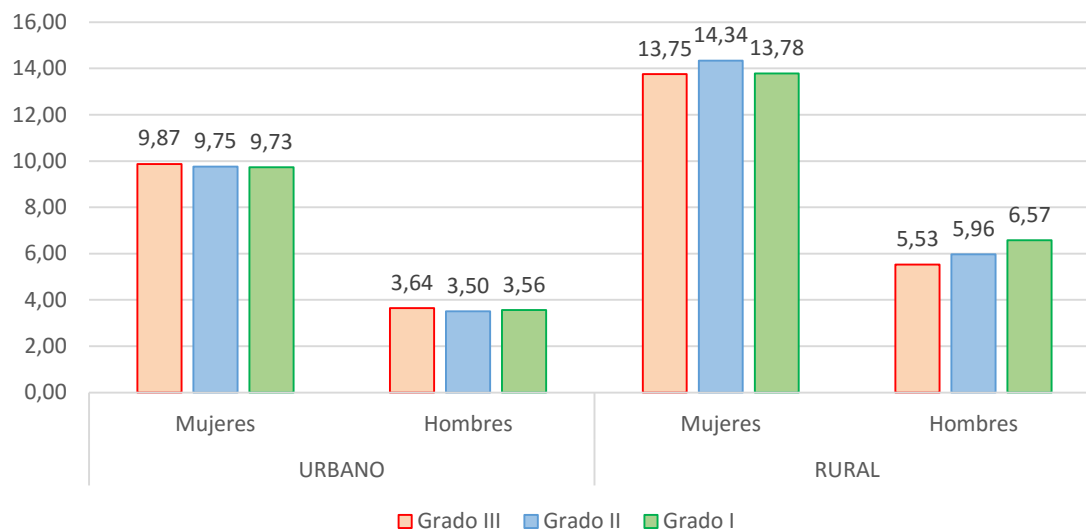


Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

Las diferencias entre sexos no son significativas, si bien es cierto, el porcentaje de hombres con prestación económica para cuidados en el entorno familiar es ligeramente superior al porcentaje de mujeres, seguramente como consecuencia del rol tradicional de cuidadora asumido por las mujeres.

Otro aspecto importante de cara a detectar las posibles necesidades de atención de las personas mayores dependientes consiste en conocer dónde viven, es decir, en un hábitat urbano o rural.

Gráfico 32. Personas dependientes con 65 ó más años con prestaciones concedidas según grado, tipo de hábitat y sexo



Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

Vivimos en una comunidad eminentemente rural y como reflejo de ello, más de la mitad de las personas de 65 y más años dependientes viven en municipios rurales, en concreto, el 60%. Del total de personas mayores dependientes, el 42% son mujeres que viven en el medio rural frente al 18% de hombres dependientes que viven en este mismo hábitat. Por tanto, las personas dependientes son sobre todo, mujeres de avanzada edad que viven en el medio rural.

Tabla 13. Personas dependientes de 65 y más años, con prestaciones concedidas según sexo y tamaño del hogar

| Tamaño Hogar | Mujer | Hombre | Total |
|-------------------|--------------|--------------|---------------|
| Hogar unipersonal | 21,2% | 5,2% | 26,4% |
| 2 personas | 31,3% | 16,3% | 47,6% |
| 3 personas | 10,9% | 4,9% | 15,8% |
| 4 personas | 4,2% | 1,6% | 5,8% |
| 5 personas | 2,3% | 0,7% | 3,0% |
| 6 personas | 0,6% | 0,2% | 0,8% |
| 7 ó más personas | 0,4% | 0,2% | 0,6% |
| Total | 70,9% | 29,1% | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

Analizando el tamaño de los hogares de las personas dependientes de 65 y más años, vemos como la forma de convivencia mayoritaria es que vivan dos personas en el hogar, la persona dependiente y en la inmensa mayoría de los casos, su pareja.

La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad: el 26% de las personas dependientes de 65 y más años vive en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos. En Castilla y León, la proporción de mujeres mayores dependientes que vive en soledad supera a la de hombres (21,2% de mujeres frente a 5,2% de hombres).

En cuanto al perfil del principal cuidador de personas dependientes de 65 y más años, encontramos que tres de cada cuatro personas cuidadoras son mujeres (75%), mientras que únicamente el 25% de los cuidadores son hombres. Para evitar sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador es muy importante una buena organización del trabajo familiar de forma igualitaria y equitativa, al igual que la pertenencia a redes sociales de apoyo.

Tabla 14. Edad media y parentesco del cuidador de personas dependientes de 65 y más años (%)

| Grado de Parentesco | MUJER | | HOMBRE | | TOTAL | |
|----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | Edad Media | % | Edad Media | % | Edad Media | % |
| CONYUGE | 72 | 11,5% | 77 | 6,6% | 74 | 18,2% |
| HERMANO/A | 71 | 3,0% | 70 | 0,8% | 71 | 3,8% |
| HIJO/A | 56 | 50,9% | 55 | 16,1% | 56 | 67,0% |
| MADRE | 72 | 0,2% | | 0,0% | 72 | 0,2% |
| PADRE | | 0,0% | 87 | 0,0% | 87 | 0,0% |
| Otros familiares | 52 | 7,9% | 52 | 1,2% | 52 | 9,1% |
| Otras personas del entorno | 61 | 1,6% | 65 | 0,2% | 62 | 1,7% |
| Total | 59 | 75,1% | 61 | 24,9% | 59 | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2016

A pesar de la reducción en el tamaño de las familias, la mayoría de las personas dependientes mayores siguen recibiendo cuidados por parte de la familia. Más del 67% de las personas dependientes mayores reciben atención por parte de su hijo/a, mujeres en su mayoría, seguidos del cónyuge como principal cuidador.

La edad media del cuidador en el caso de hijo/hija es de 56 años, edad que ha ido aumentando progresivamente en la última década; por su parte, la edad media del cónyuge cuidador es también cada vez más elevada, siendo de 72 años en el caso de esposas cuidadoras y de 77 años para los esposos cuidadores.

Los cuidados de larga duración para las personas en situación de dependencia constituyen una importante carga para el paciente y para su familia, por ello es preciso reforzar las redes informales de apoyo que den respuesta a estas necesidades.

Por otra parte, otro dato importante a tener en cuenta es que las personas valoradas con un porcentaje de discapacidad reconocida igual o superior al 33% son 169.637 (31 de diciembre de 2015). De este total, 84.031 han superado los 65 años (49,5%).

Las discapacidades más frecuentes son las referidas a la movilidad. Según muestra la siguiente tabla, el 35,7% de las personas con discapacidad presentan enfermedades relacionadas con este tipo de problemas; las discapacidades englobadas en el grupo de movilidad incluyen dificultades en tareas tan diversas y comunes en la vida diaria como el cambio de postura, andar y moverse dentro y fuera de casa, transportar objetos o utilizar el transporte público, entre otras.

Tabla 15. Edad media y parentesco del cuidador de personas dependientes de 65 y más años (%)

| Tipo de discapacidad | SEXO | | Total | Porcentaje |
|--------------------------|--------|--------|--------|------------|
| | Mujer | Varón | | |
| Osteoarticular | 21.110 | 21.671 | 42.781 | 25,2 |
| Neuromuscular | 8.213 | 9.635 | 17.848 | 10,5 |
| Discapacidad intelectual | 8.669 | 10.901 | 19.570 | 11,5 |
| Enfermedad mental | 13.811 | 13.181 | 26.992 | 15,9 |
| Visual | 7.716 | 6.142 | 13.858 | 8,2 |
| Auditiva | 5.963 | 6.219 | 12.182 | 7,2 |
| Expresiva | 220 | 951 | 1.171 | 0,7 |
| Mixta | 86 | 109 | 195 | 0,1 |
| Enfermedad crónica | 11.088 | 15.069 | 26.157 | 15,4 |
| Discapacidad múltiple | 4.228 | 3.318 | 7.546 | 4,4 |
| Sin especificar | 601 | 736 | 1.337 | 0,8 |

En un escenario pesimista, con tasas de dependencia constantes similares a las actuales, se estima un incremento del 50% de dependencia; en un escenario optimista, con descenso de las tasas durante la mitad del período y una estabilización posterior, habría un incremento del número de personas con dependencia por el considerable aumento de la población de edad. En cualquiera de los escenarios, el número de personas dependientes crecerá considerablemente en los próximos años. (Castejón et al, 2011)

4.4.- Personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa que conlleva una pérdida importante de las capacidades cognitivas. De entre los diferentes tipos de demencia, el Alzheimer (EA) es el más común, suponiendo entre un 50% y un 70% de todos los casos¹.

Sus efectos fisiológicos están caracterizados por una pérdida de volumen cerebral y bajos niveles de algunos neurotransmisores importantes. Sus primeros síntomas suelen estar relacionados con pérdidas de memoria, progresando gradualmente hasta incapacitar completamente a los afectados para poder llevar una vida autónoma. Además, lleva implícitos otros síntomas como son la dificultad de resolver problemas o completar tareas domésticas cotidianas, cometer errores semánticos al hablar o tomar decisiones equivocadas, así como cambios en el carácter y en la personalidad.

De las cinco principales enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica y Enfermedades Neuromusculares), las Demencias y la Enfermedad de Alzheimer (EA) afectan principalmente a personas por encima de los 65 años, siendo una de las principales causas de incapacidad en la vejez. Las causas sobre su origen son aún desconocidas por lo que su prevención es difícil hoy en día. El principal factor de riesgo es la edad. Actualmente tampoco hay tratamiento eficaz, pero existe medicación cada vez más eficaz para ralentizar su evolución y minimizar sus síntomas, permitiendo a los afectados permanecer activos durante más tiempo.

Algunos datos a tener en cuenta sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias son, que casi el 50% de las personas que llegan a los 85 años llegan a padecer esta enfermedad y que siete de cada diez defunciones por Alzheimer son de mujeres.

Si bien es cierto, existe una gran disparidad de cifras manejadas por distintas fuentes, por lo que se hace imprescindible la necesidad de disponer de cifras más objetivas respecto al número total de pacientes afectados por esta dolencia. La Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) que agrupa a diversas entidades sin ánimo de lucro (Confederación, Federaciones y Asociaciones de Familiares con Enfermedad de Alzheimer), se han propuesto llevar a cabo el proyecto “Censo de las personas con Alzheimer y Otras Demencias en España”. Para ello están desarrollando una metodología que permitirá disponer del Censo actualizado de las personas con Alzheimer y otras Demencias en España, así como información complementaria de una muestra significativa de

¹ ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS EN ESPAÑA Y SU IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL. Universidad Complutense de Madrid y Neuroalianza. Madrid, 2016.

personas afectadas por la enfermedad y sus cuidadores familiares, proyecto en el que se han involucrado las comunidades autónomas.

En Castilla y León, se estima que más de 60.000 personas padecen Alzheimer u otras demencias y que dentro del colectivo de personas de 65 y más años, el 10,16% podría estar afectado por la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencias.

La Junta de Castilla y León, trabaja, en estrecha colaboración, con las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. Los servicios dirigidos a las personas con la enfermedad de Alzheimer, tienen como objetivo la prevención en sus diferentes niveles y la atención a las necesidades sociales tanto de las personas con algún tipo de demencia como de sus familias. La red asociativa de atención a las personas con la enfermedad de Alzheimer está compuesta por 29 asociaciones distribuidas entre diferentes municipios de todo el territorio castellano y leonés, 28 de estas asociaciones están integradas en la Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Enfermos de Alzheimer, con sede en Valladolid.

Tabla 16. Personas que integran las asociaciones de enfermos de Alzheimer según sexo

| Miembros de las asociaciones de Alzheimer | Nº DE PERSONAS | | |
|--|----------------|---------|--------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Personas con enfermedad de Alzheimer u otra demencia | 929 | 1.949 | 2.878 |
| Socios | 3.822 | 7.317 | 11.139 |
| Familiares | 3.864 | 6.636 | 10.500 |

Fuente: Datos de elaboración propia año 2016

A través de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y de la Federación Regional, se ofrecen diversos servicios, en colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales, dirigidos a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familias, como son el servicio de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia dirigido a las personas con algún tipo de demencia (Servicio de Estimulación Cognitiva, Habilitación Psicosocial, Habilitación y Terapia Ocupacional y promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional) y programas dirigidos a las familias y cuidadores informales, como información y asesoramiento, apoyo psicológico al familiar cuidador, grupos de autoayuda y capacitación y entrenamiento de familiares para el cuidado de las personas con la enfermedad de Alzheimer.

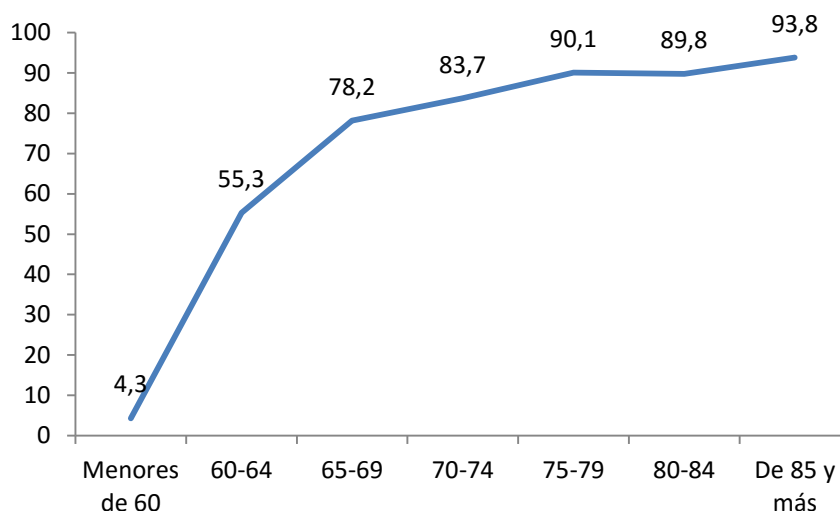
Tendencia 5: Transformaciones en el cuidado

El ejercicio del principio de reciprocidad a través de la transferencia de cuidados en el ámbito familiar tiene una relevancia muy importante en nuestra cultura. Resaltar la ayuda prestada por las personas mayores a otros hogares o a miembros de la familia es importante en tanto que sirven para paliar las necesidades que los servicios públicos no cubren. (Sancho, 2011)

5.1.- Cuidados prestados

Entre las personas mayores la práctica de solidaridad familiar más frecuente es el cuidado de nietos/as. Según la ECV 2010 el 51,5% la población de Castilla y León tiene nietos. Esta cifra va en aumento según aumenta la edad, pasando del 55,3% de personas que tienen nietos/as entre 60 y 64 años, al 93,8% entre las personas de 85 y más. Es decir, la mayoría de las personas mayores de Castilla y León tienen nietos/nietas.

Gráfico 32 bis. Porcentaje de personas que tienen nietos según edad



Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

Entre el total de personas que tienen nietos un 64,7% declaran ayudar a sus hijos en su cuidado, ya sea en varias ocasiones o de forma esporádica. Este acto de apoyo es una de las habilidades con la que ha sabido responder la familia a las necesidades de conciliación entre la vida familiar y laboral. Los abuelos son un recurso muy utilizado para poder compatibilizar los horarios y exigencias del trabajo con el mantenimiento de la familia.

Tabla 17. Cuidado de nietos/as según sexo

| ¿Ha cuidado o cuida de sus nietos? | Sexo | | Total |
|------------------------------------|--------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | |
| Si, en muchas ocasiones | 30,1 | 38,7 | 35,0 |
| Si, esporádicamente | 30,1 | 29,3 | 29,7 |
| No | 39,3 | 31,7 | 35,0 |
| No contesta | 0,5 | 0,2 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

Las mujeres cuidan en mayor porcentaje y de forma más frecuente que los hombres, pero los hombres también realizan con bastante intensidad estas tareas. Cuidar de los nietos/as es, en buena medida, una tarea de pareja, que implica a los dos abuelos.

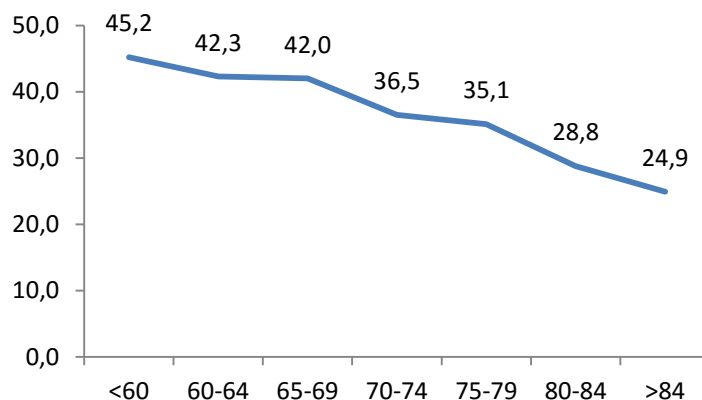
Tabla 18. Cuidado de nietos/as según edad

| ¿Ha cuidado o cuida de sus nietos? | Grupo de edad | | | | | | | Total |
|------------------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | <60 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | >84 | |
| Si, en muchas ocasiones | 45,2 | 42,3 | 42,0 | 36,5 | 35,1 | 28,8 | 24,9 | 35,0 |
| Si, esporádicamente | 31,4 | 33,4 | 28,9 | 32,7 | 29,0 | 27,3 | 28,4 | 29,7 |
| No | 23,5 | 23,3 | 28,8 | 30,8 | 35,8 | 43,2 | 46,3 | 35,0 |
| No contesta | 0,0 | 0,9 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 0,7 | 0,4 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

Con el incremento de la edad se observa una reducción en la frecuencia de los cuidados, principalmente en edades avanzadas. La causa puede encontrarse en que estas generaciones más mayores tienen nietos/as también de más edad que no precisan de cuidados. Aun así 1 de cada 4 personas de 85 años, declara que cuida de sus nietos/as en muchas ocasiones.

Gráfico 33. Cuidado de nietos/as en muchas ocasiones según edad



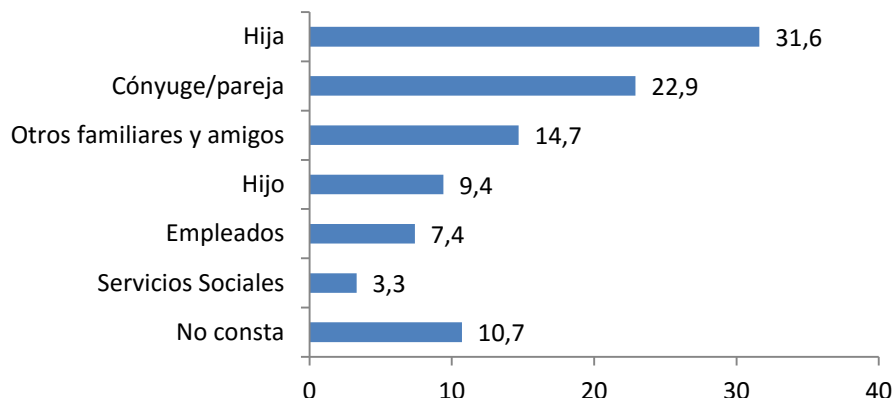
Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

5.2.- Cuidados recibidos

El cuidado que reciben las personas en situación de dependencia, atendiendo a quien lo proporciona puede categorizarse en tres tipos: Se denomina cuidado informal aquel que realizan familiares, amistades, vecinos o personas conocidas, sin recibir a cambio una retribución (IMSERSO, 2005). Se ha considerado cuidado privado cuando lo acometen personas empleadas del hogar, empresas privadas o servicios sociales de organismos no públicos (ONGs, asociaciones). Por último, se contempla los trabajos de cuidado que llevan a cabo los servicios sociales de las administraciones públicas.

El papel de la familia, dentro del cuidado informal, en la atención a las personas mayores en situación de dependencia es absolutamente protagonista. El porcentaje de personas en situación de dependencia que es cuidada por su familia es el 78,6%. Con protagonismo de la hija (31,6%) y la pareja (22,9%). La hija sigue siendo el pilar de los cuidados en Castilla León, al igual que en España. Los Servicios Sociales obtienen un 3,3% de respuesta y las empleadas de hogar un 7,4%.

Gráfico 34. Personas cuidadoras de las personas mayores en situación de dependencia en Castilla y León



Fuente: ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en Castilla León"

Se observan diferencias según los diferentes tramos de edad. Entre las personas de 65 a 79 años, son los cónyuges o las parejas las que cuidan en mayor medida. Entre las personas octogenarias destacan las hijas, principalmente para las mujeres y las esposas y las hijas en el caso de los hombres.

Tabla 19. Personas cuidadoras de las personas mayores en situación de dependencia en Castilla y León según edad

| Castilla y León | De 65 a 79 años | | | De 80 y más años | | |
|--------------------------------|-----------------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| Cónyuge o pareja | 41,7 | 57,6 | 32,5 | 16,0 | 35,1 | 6,3 |
| Hija | 19,7 | 9,9 | 25,3 | 45,0 | 39,2 | 47,9 |
| Hijo | 9,5 | 3,7 | 12,9 | 11,1 | 7,3 | 13,0 |
| Hermana | 7,4 | 14,4 | 3,4 | 3,3 | 1,1 | 4,3 |
| Hermano | 0,7 | 1,8 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Madre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Padre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Otro pariente | 6,6 | 4,0 | 8,1 | 8,5 | 7,0 | 9,3 |
| Empleado | 7,3 | 4,7 | 8,8 | 9,0 | 5,3 | 10,9 |
| Amigos y vecinos | 0,7 | 0,0 | 1,1 | 0,5 | 0,6 | 0,5 |
| Servicios sociales (AAPP, ONG) | 1,6 | 0,8 | 2,0 | 4,9 | 1,5 | 6,7 |
| Otras personas | 4,9 | 3,1 | 6,0 | 1,6 | 2,9 | 1,0 |

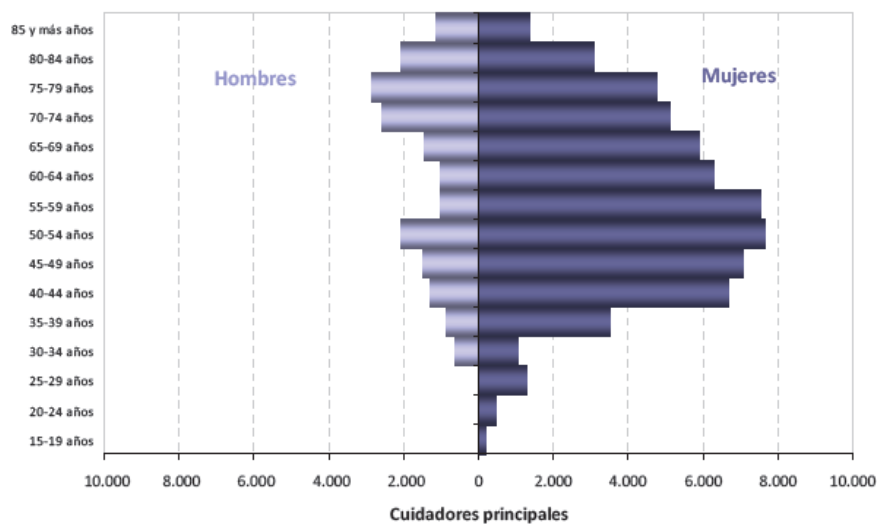
Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en Castilla León es el de una mujer, con una edad media de 57 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o

la cónyuge de la persona necesitada de cuidados. Más de 30.000 mujeres-hijas atienden a alguno de sus padres o a ambos. Entre los cónyuges destaca la mujer que cuida a su esposo; es cada vez más frecuente el hombre cuidador de elevada edad.

En la pirámide poblacional de este grupo, destaca el elevado número de mujeres sobre el de hombres. Pero más allá de la llamativa diferencia cuantitativa entre hombres y mujeres ante la asunción de estos trabajos, la pirámide revela diferencias en el perfil de unos y otras; y es que cuando los hombres encarnan el papel de cuidador principal lo hacen a edades muy avanzadas, respondiendo, en la mayoría de los casos, a las necesidades de sus esposas también ancianas. La cohorte de edad más nutrida entre las mujeres cuando son cuidadoras principales corresponde, sin embargo, al tramo de 50 a 59 años, abriendo un rango amplio de posibles nexos con la persona mayor que cuidan; hijas, esposas, empleadas, etc.

Gráfico 35. Pirámide de cuidadores de personas mayores dependientes en Castilla y León



Fuente: ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en Castilla León"

Según los datos del estudio de la EDAD, la ayuda que se dispensa a las personas dependientes es intensa y de larga duración. Cuatro de cada cinco cuidadores principales declaran cuidar todos o casi todos los días de la semana, buena parte de ellos en jornadas de ocho horas. Además, el 33,5% lleva ocho o más años cuidando.

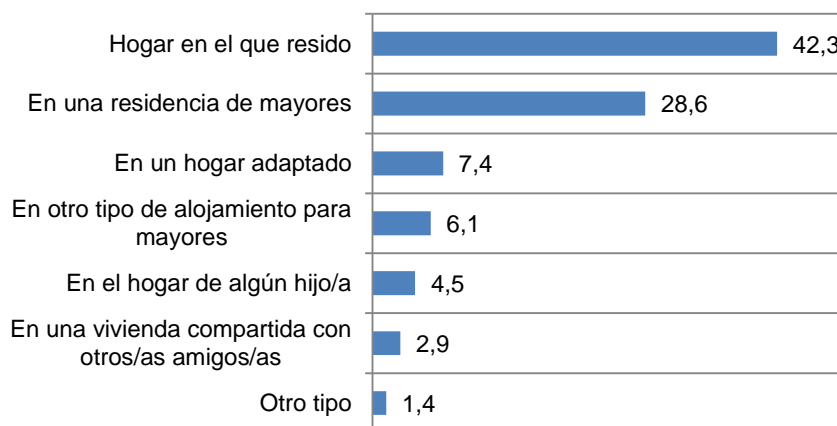
Tendencia 6: Transformaciones en los servicios profesionales y formales

6.1.- Mantenimiento en el entorno habitual

Diversos estudios muestran que las preferencias de las personas sobre modos de vida y recursos para afrontar la dependencia, son claras: en su propio hogar con apoyo de todos los implicados en el proceso de atención, familias y servicios públicos y privados. Esta información es la base de los actuales enfoques en materia de cuidados en los que prima ante todo la permanencia en el domicilio de las personas mayores, destinándose los recursos necesarios para que la persona continúe en su vivienda el mayor tiempo posible y, en caso de que no se pueda, buscando otras alternativas de alojamiento que sean lo más similares posibles a un domicilio.

Los últimos datos disponibles a nivel nacional, corroboran esta información. Entre las preferencias sobre el lugar donde le gustaría vivir en el caso de necesitar ayuda, se encuentra «En el propio hogar» donde reside actualmente, en primer lugar con casi la mitad de la población. (Barrio y Sancho, 2016)

Gráfico 36. Lugar dónde le gustaría vivir en el caso de necesitar ayuda



Fuente: Barrio, E.; Sancho, M. (2016): Cuidar como nos gustaría ser cuidados. Estudio cuantitativo. Fundación La Caixa.

Para mantener el elevado grado de solidaridad familiar que actualmente existe, el abordaje de las situaciones de dependencia debe compartir la esfera estrictamente individual y la responsabilidad social y colectiva para dar respuesta a las nuevas demandas.

No es posible el abordaje de una atención de calidad a las personas en su propio domicilio si no se abordan desde una perspectiva sociosanitaria y proactiva desde los sistemas públicos de protección.

Para que esto sea posible se deben considerar nuevos conceptos para la clasificación de los hogares, que deben dar solución a las personas que viven solas y también a las que cuentan con cuidadores frágiles e incluso con cuidadores viables. Se propone clasificar a los hogares que están en estas condiciones como Hogares en riesgo, de acuerdo a la siguiente definición:

Hogar en riesgo, es aquel que, por las personas que lo ocupan, o bien precisan servicios de proximidad o bien una supervisión ante posibles situaciones de emergencia por estar compuesto por una persona o varias en situación vulnerable por precisar servicios de proximidad (necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida por necesidades derivadas de la discapacidad o la dependencia).

Ante las diversas características de los componentes de estos hogares se deberán establecer varias situaciones de hogares en riesgo.

Para poder abordar estas situaciones de riesgo se pretende poner en marcha un sistema de intervención programado que responde al concepto de Hogar Seguro.

Hogar seguro es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas así como los servicios de proximidad activados para que la persona dependiente pueda permanecer en el hogar sin supervisión profesional continua, sin que esto atente contra su seguridad. Esta consideración tendrá en cuenta los diferentes niveles de riesgo.

6.2.- Provisión de servicios centrados en la persona

A pesar de que la responsabilidad sobre los cuidados de las personas en situación de dependencia sigue recayendo en la familia y, dentro de ella en las mujeres, en las dos últimas décadas el desarrollo de un sistema público de servicios sociales y socio-sanitarios, y la apuesta realizada por la iniciativa privada hacia el sector gerontológico han supuesto un cambio importante en la disponibilidad de servicios profesionales para hacer frente a estas situaciones.

La OMS define la Atención Centrada en las Personas (ACP) como la que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente. (Rodríguez, 2013)

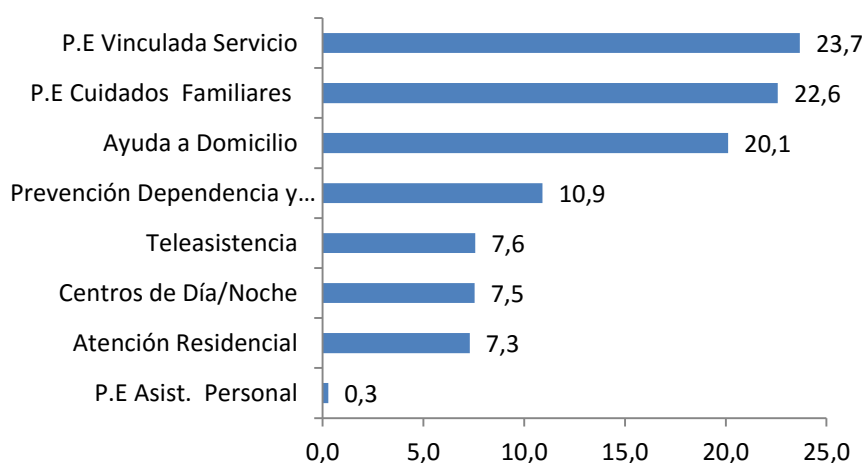
El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2016) presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional en el que incide que será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores.

Castilla y León tiene la mayor cobertura de España en plazas residenciales con 7,68%, más de 3,5 puntos por encima de la media nacional Además ha puesto en marcha un nuevo modelo

atención residencial denominado “En mi casa” que sigue el enfoque de atención centrada en la persona. Este modelo promueve la autonomía, la independencia y la integración social; la persona mantiene el control de su vida, se respetan sus decisiones y derechos y se da continuidad a su proyecto de vida.

Para la atención de las personas que viven en sus domicilios, Castilla y León dispone de 5.261 plazas de estancias diurnas en Centros de día, 304 Centros Multiservicios con 850 servicios registrados y 104 plazas en Unidades de Atención socio-sanitaria. Para la atención en el propio domicilio de las personas la Gerencia de Servicios Sociales cuenta con el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia, el servicio de asistencia personal. Por otro lado, se está desarrollando un proyecto innovador para la creación de una Plataforma que integre los procesos asistenciales y sociales.

Gráfico 37. Personas en situación de dependencia, según el tipo de prestación que reciben

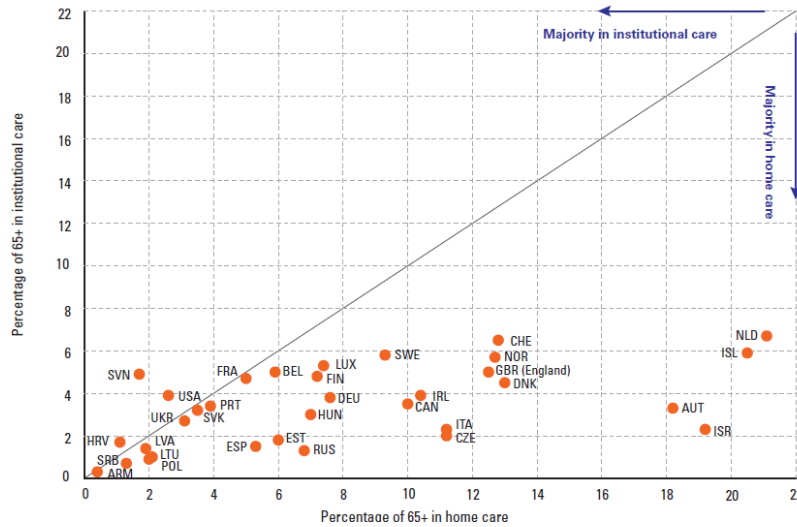


Fuente: SAAD: Información estadística, a 31 de agosto de 2016.

La tendencia internacional respecto a la provisión de servicios dirigidos a las personas mayores se centra en el fomento de los servicios domiciliarios con el fin de que las personas se mantengan en su propio hogar, como desean. La evolución de la ratio de cobertura de los SAD así lo demuestra. En España se ha pasado de una cobertura del 1,1% a mediados de los años 90, al 5,3% actual, siendo uno de los países que más ha avanzado en la cobertura de estos servicios en este periodo de tiempo.

Esta apuesta por los servicios domiciliarios conlleva una recesión, estancamiento o menor desarrollo de los servicios residenciales. A la cabeza de este planteamiento se posicionan los Países Bajos, con un IC muy elevado en SAD (21,1%) y un IC en Residencias muy similar a la media española (6,7%).

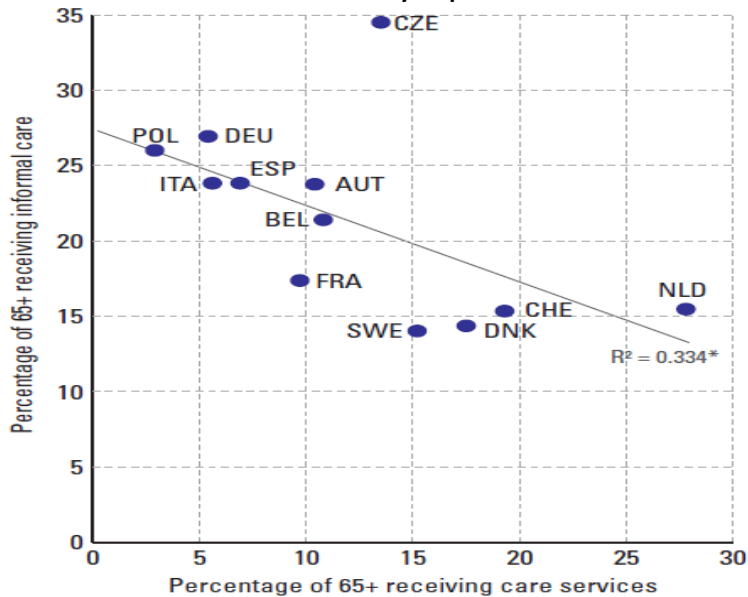
Gráfico 38. IC SAD y IC Residencias/Instituciones



Fuente: Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

El cuidado informal es la opción por defecto cuando los servicios no son suficientes, este es el caso de España, Polonia e Italia. Pero también cuando este apoyo informal es promovido desde las políticas públicas (Austria y Alemania). En el caso de los Países Bajos, Suiza, Suecia y Dinamarca, el cuidado informal es mucho menor, ya que se da respuesta a través de los servicios.

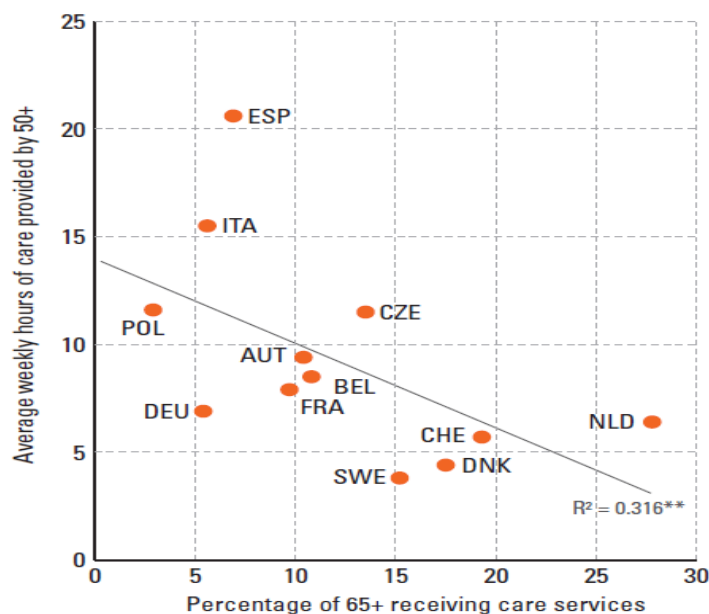
Gráfico 39. Atención informal recibida y disponibilidad de servicios de cuidado



Fuente: Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

En el caso español, se observa además que la intensidad de este cuidado informal es altísima, frente al escaso apoyo recibido desde las instituciones.

Gráfico 40. Intensidad de Cuidado informal y disponibilidad de servicios de atención



Fuente: Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

Tendencia 7: Modificaciones en el entorno cercano

7.1.- La Vivienda

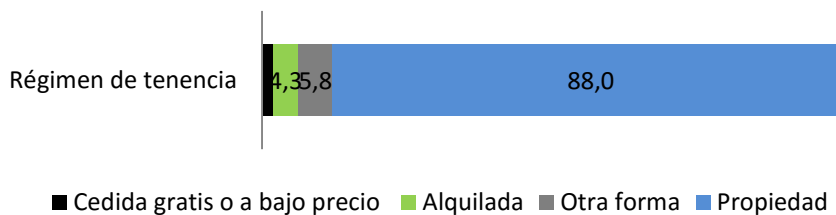
La vivienda forma parte del entorno construido en el que las personas desarrollan y construyen su vida. Este entorno puede facilitar o impedir su independencia. De hecho, un entorno en condiciones físicas deficientes (una vivienda o un edificio) es un factor de riesgo para un problema tan importante en el proceso de envejecimiento, como por ejemplo las caídas, que tienen un potencial devastador en la calidad de vida de las personas que las sufren y de aquellas que constituyen su red social más próxima, como su familia y amistades (McInness y Askie, 2004; Yardley y cols, 2006; Nuevo y cols, 2006; en Perez Ortiz, 2006). Un evento como este puede convertir el hogar en un sitio inseguro y generar miedos, declive de salud o incluso aislamiento.

En el proceso de envejecimiento este aspecto es de especial interés por la posibilidad de que aparezcan limitaciones físicas y porque la mayoría de las veces las personas mayores adquirieron sus viviendas años atrás, en las fases de expansión de sus familias, momento muy distinto en el ciclo vital y con necesidades también diferentes.

El régimen de tenencia de la vivienda se considera un indicador muy relevante al analizar los recursos y situación socioeconómica de las personas mayores. Supone un alivio en los presupuestos familiares y, en consecuencia, proporciona un sentimiento importante de seguridad en esta etapa de la vida. En definitiva, tanto la vivienda como el entorno que la rodea, se configuran como aspectos decisivos en la calidad de vida de las personas mayores. Además

de las condiciones objetivas de la casa, que pueden permitir permanecer en ella aun en el caso de necesitar ayuda, la percepción de control, de permanencia, de capacidad de elección, etc., aparecen con intensidad en los ámbitos domésticos. La gran mayoría de las personas mayores de Castilla y León tienen su vivienda en propiedad (88,0%).

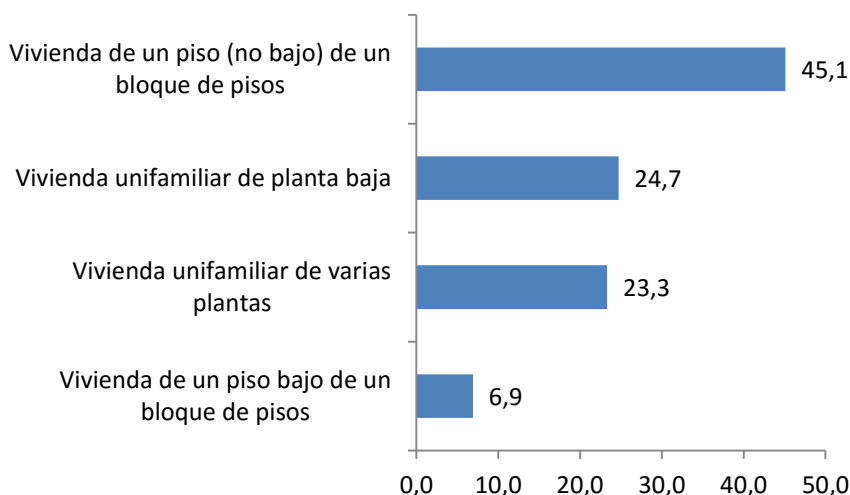
Gráfico 41. Régimen de tenencia de la vivienda de las personas de 65 y más años en Castilla y León



Fuente: D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Censos de Población y Viviendas 2011".

El tipo de vivienda o edificio más común en el que habitan las personas mayores en Castilla y León es un edificio de pisos, no en la planta baja (45,1%), le sigue la vivienda unifamiliar de una planta (24,7%) y la de varias plantas (23,3%). Un 6,9% vive en un piso bajo.

Gráfico 42. Tipo de vivienda de las personas 65 y más



Fuente: Junta de Castilla y León: Informe Situación Económica y Social de las Personas Mayores, 2007

Según estos datos un 68,4% de personas mayores residen en viviendas en las que se necesita utilizar escaleras, ya sea en un edificio de pisos, no en la planta baja, o en una vivienda

unifamiliar de más de una planta. Estas situaciones suponen en muchos casos problemas de accesibilidad en edades avanzadas. Un 64,8% de las personas de 90 y más años residen en estas viviendas, por lo que pueden encontrarse con problemas de movilidad y acceso que pueden incidir en situaciones de aislamiento social.

Tabla 20. Tipo de vivienda de las personas 65 y más según edad

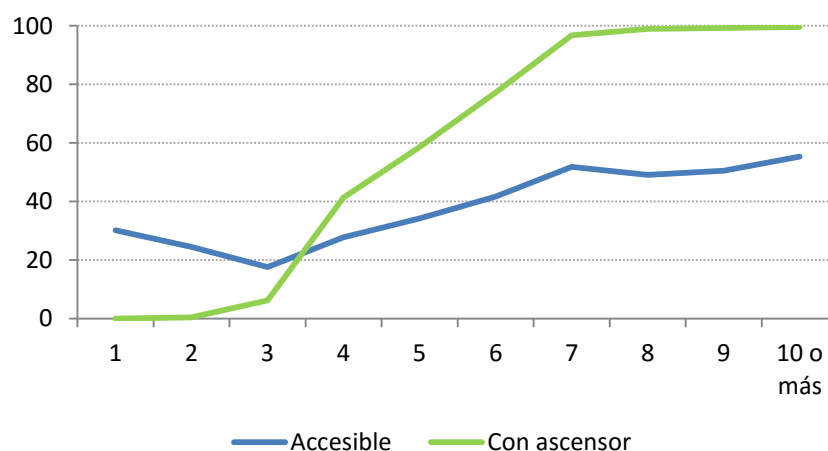
| Tipo de vivienda | Edad | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90 o más |
| Vivienda unifamiliar de planta baja | 19,5 | 22,3 | 25,2 | 26,3 | 31,1 | 30,5 |
| Vivienda unifamiliar de varias plantas | 23,6 | 27,0 | 23,7 | 23,0 | 15,6 | 16,6 |
| Vivienda en un piso bajo de un edificio (bloque de pisos) | 5,8 | 5,2 | 8,1 | 7,8 | 8,3 | 4,7 |
| Vivienda en un piso (no bajo) de un edificio (bloque de pisos) | 51,1 | 45,5 | 43,0 | 42,9 | 45,0 | 48,2 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Informe Situación Económica y Social de las Personas Mayores, 2007

Siguiendo con los datos de Censo 2011, en Castilla y León un 26,25% de los edificios son accesibles y un 32,9% de los inmuebles. Un edificio es accesible cuando una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de sus viviendas sin ayuda de otras personas.

La disponibilidad de ascensor en el edificio es imprescindible para la plena movilidad de sus residentes. Los edificios de 6 y más plantas disponen mayoritariamente de ascensor. Pero hay que tener en cuenta que la mitad de edificios de 4 y 5 plantas no disponen de él según los datos de 2011. Y la mayoría de los edificios de menos de 3 plantas.

Gráfico 43. Edificios destinados principal o exclusivamente a viviendas según número de plantas disponibilidad de ascensor y accesibilidad. Castilla y León



FUENTE: D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Censos de Población y Viviendas 2011".

Por otro lado, hay que tener en consideración que existen claras diferencias en el tipo de vivienda en el que reside la población mayor según hábitat. Las personas que residen en pueblos de menos de 5.000 habitantes conviven principalmente en viviendas unifamiliares y las personas que residen en las grandes urbes habitan en edificios de pisos. Son éstas últimas las que pueden percibir más problemas de accesibilidad.

Tabla 21. Tipo de vivienda de las personas 65 y más según hábitat

| Tipo de vivienda de Pob. 65 y más | Tamaño del municipio de residencia | | | Total |
|---|------------------------------------|---|-----------------------|-------|
| | Hasta 5.000 hab. | Entre 5.001 y 20.000 hab. Más de 20.000 hab. | Más de 20.000 hab. | |
| Vivienda unifamiliar de planta baja | 42,3 | 26,2 | 4,3 | 24,7 |
| Vivienda unifamiliar de varias plantas | 41,1 | 21,5 | 3,5 | 23,3 |
| Vivienda de un piso bajo de un bloque de pisos | 5,3 | 5,7 | 8,9 | 6,9 |
| Vivienda de un piso (no bajo) de un bloque de pisos | 11,3 | 46,6 | 83,3 | 45,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Informe Situación Económica y Social de las Personas Mayores, 2007.

Según los datos de la Encuesta EDAD (2008), en Castilla y León hay un 48,5% de personas con discapacidad que tiene alguna dificultad para desenvolverse en algún lugar de su vivienda. Estos problemas son más recurrentes en la población de más edad. Un 62,4% de las personas octogenarias con discapacidad encuentra alguna dificultad en su vivienda.

El mayor porcentaje de personas encuentra dificultades en las escaleras (40,6% en el total de la población y un 52,3% entre las personas mayores de 80 años) y en segundo lugar en el cuarto de baño (para un 27,0% del total y un 37,2% de las personas octogenarias).

Tabla 22. Porcentaje de personas con discapacidad que tienen dificultad para desenvolverse en algún lugar de su vivienda en Castilla y León según edad

| Castilla y León | Total Población | De 65 a 79 años | De 80 y más años |
|--|-----------------|-----------------|------------------|
| Total de personas con discapacidad | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total de personas con alguna dificultad | 48,5 | 49,1 | 62,4 |
| En el portal de su casa | 18,4 | 15,9 | 28,6 |
| En el ascensor | 6,6 | 4,6 | 11,3 |
| En las escaleras | 40,6 | 41,9 | 52,3 |
| En el cuarto de baño | 27,0 | 26,3 | 37,2 |
| En la cocina | 19,9 | 17,2 | 29,4 |
| En otras habitaciones de la vivienda | 16,7 | 15,0 | 25,5 |
| En la terraza o patios | 15,0 | 13,2 | 22,8 |
| En otros lugares de su vivienda o edificio | 14,9 | 12,6 | 22,3 |

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

La vivienda debe mantener una “relación dinámica” con sus ocupantes, es decir, debe responder a las situaciones cambiantes en función del ciclo de vida individual o familiar (Valenzuela, 1994 y Trilla, 2001). En la práctica, esta situación se cumple rara vez, al igual que la alternativa, la búsqueda de hogares más apropiados a medida que las condiciones de los usuarios van cambiando, tampoco. Así es al menos en nuestra sociedad, que se caracteriza por una movilidad residencial muy reducida, menor aún entre las personas más mayores (Puga, 2003). Esto puede suponer que este hogar, ámbito íntimo y de seguridad, también puede convertirse en cárcel hostil, espacio vital reducido que limita las posibilidades de vida, relación o actividad.

7.2.- La apuesta por la accesibilidad y los entornos para toda la vida

Como ya se ha comentado, tanto la vivienda como el entorno en el que está situada, son aspectos esenciales en el envejecimiento de las personas y, en consecuencia, en la planificación de políticas sociales.

Las orientaciones hacia el desarrollo y cambios en las ciudades y pueblos se han venido centrando en parámetros socioeconómicos, en la primacía del automóvil y en las exigencias del mercado laboral y, por ello, de la población activa; y se han centrado menos en las necesidades reales provenientes de una ciudadanía amplia (Valle, 2009). Sin embargo, la promoción de entornos amigables con las personas mayores y las personas con diversidad funcional es una de las medidas fundamentales de la planificación internacional relacionada con este sector.

La prolongación de la vida activa y autónoma depende en gran parte, de la amigabilidad del diseño urbano, de la seguridad y de la adecuación de los ambientes domésticos. La intervención

en los entornos se configura como uno de los sectores estratégicos actuales, junto con el de la salud. (Barrio et al, 2014)

Los datos de la ECV 2010 revelan que un 35,8% de la población de Castilla y León considera que la vivienda y un 39,4 el edificio en que reside necesitan arreglos para atender las necesidades de las personas mayores o con discapacidad.

Tabla 23. Percepción sobre el grado de adaptación de la vivienda y el entorno, Castilla y León

| Castilla y León | Si | No, porque ya está adaptada | Ns/ Nc |
|-----------------|------|-----------------------------|--------|
| Vivienda | 35,8 | 52,6 | 11,6 |
| Edificio | 39,4 | 50,0 | 10,6 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

En Castilla y León se cuantificaban un 19,4% de personas en situación de dependencia que había tenido que cambiar de domicilio. La principal razón es recibir atención familiar, lo que supone, en el caso de las personas mayores, mudarse a la vivienda del hijo o hija para favorecer los cuidados.

Tabla 24. Personas en situación de dependencia que han tenido que cambiar de domicilio a causa de una discapacidad y razón principal para el cambio

| Castilla y León | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
|---|-------------|---------|---------|
| Total | 19,4 | 5,8 | 13,6 |
| Ingresar en un establecimiento por un periodo superior a seis meses | 0,5 | 0,1 | 0,4 |
| Mejor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales | 1,0 | 0,3 | 0,7 |
| Razones medioambientales | 0,4 | 0,2 | 0,2 |
| Recibir atención familiar | 10,0 | 3,1 | 6,9 |
| Por barreras de acceso al domicilio | 4,6 | 1,2 | 3,4 |
| Por barreras en el interior del domicilio | 1,2 | 0,3 | 0,9 |
| Otras razones | 1,7 | 0,6 | 1,1 |
| No consta | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Según los datos de la EDAD, en Castilla y León existen un 35,2% personas que debido a su discapacidad les resulta difícil subir o bajar las aceras que encuentran en las calles. Esta cifra se atenúa con el incremento de la edad; un 64,2% de personas octogenarias con discapacidad se encuentran con este tipo de problema. Estos problemas pueden ser al subir o bajar de la acera, cruzar la calle, superar los obstáculos de las aceras, para identificar señales y de otro tipo.

Tabla 25. Porcentaje de personas con discapacidad que tienen alguna dificultad cuando se desplazan por la calle según el tipo de dificultad en Castilla y León según edad

| Castilla y León | Total | De 65 a 79 años | De 80 y más años |
|---|-------|-----------------|------------------|
| Total de personas con discapacidad | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total de personas con alguna dificultad | 50,5 | 47,6 | 64,2 |
| Para subir o bajar de la acera | 35,2 | 33,7 | 50,1 |
| Para cruzar la calle | 31,8 | 27,8 | 48,5 |
| Para superar los obstáculos de las aceras | 33,8 | 30,3 | 49,7 |
| Para identificar calles, cruces o señales | 23,8 | 18,6 | 36,5 |
| Otros problemas | 14,9 | 10,4 | 22,2 |

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

A mayor edad, mayor proporción de personas con dificultades para desenvolverse ante los obstáculos de la vía pública. Para la cohorte de 80 y más años desplazarse por la vía pública constituye una operación difícil de llevar a cabo ya que los espacios están diseñados para personas con mayor movilidad y potencia física, y la relación con ellos se torna difícil, pues obliga a enfrentarse con las incapacidades.

Una perspectiva integradora del medio requiere identificar las necesidades de las personas mayores, su ubicación y trayectorias de desplazamiento, de manera que los servicios de los que son usuarios y usuarias estén a su alcance. (San Román, 1992)

La accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

Tendencia 8: Cambios en los patrones de trabajo y jubilación

8.1.- Reducción de la fuerza laboral

El descenso de población joven observado en las pirámides se trasladará a una futura reducción de la fuerza laboral. El índice de reemplazo actual de la población activa es de 0,66 (con un descenso potencial en el número de personas en edad de trabajar de 49.426). Este índice se considera como la relación entre el grupo de edades entrante a la población activa (grupo de 15-19) con respecto al grupo saliente de esta población (grupo 60-64).

De esta forma, en Castilla y León, por cada persona que está saliendo de la edad activa, estaban ingresando 0,66 personas, es decir, de cada 2 potenciales personas que se jubilan, entra una potencial persona joven en el mercado laboral.

Según las proyecciones de población se podría acusar una reducción de la oferta de trabajo potencial muy significativa. Para el 2029 la caída se situaría entre las 82.808 personas menos en edad de trabajar (16-64 años), con un índice de reemplazo en 0,55.

Tabla 26. Índice de reemplazo de la población activa en Castilla y León

| Año | 15-19 | 60-64 | IR | Diferencia |
|------|---------|---------|------|------------|
| 2015 | 100.037 | 149.463 | 0,67 | 49.426 |
| 2029 | 103.075 | 185.883 | 0,55 | 82.808 |

Fuente: INE: INEBASE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015 y Proyecciones de población 2014-2029.

8.2.- Aumento en la tasa de actividad en el tramo de 55 y más años

Sin embargo, también se prevé un aumento en la tasa de actividad en el tramo de 55 y más años. Según la información contenida en el informe de la Comisión Europea "The 2015 Ageing Report" (Informe sobre Envejecimiento 2015), el aumento en la tasa de participación en el mercado de trabajo para el segmento de 55-64 años entre 2013 y 2060 en Europa aumentará alrededor de 20 puntos para las mujeres y 10 para los hombres (15,8 en total). Estas cifras son las más elevadas respecto al resto de cohortes de edad. Para el total de personas de entre 20 a 64 años se prevé un aumento del 3,5%.

En España este incremento es más elevado aún, llegando a los 28,2 puntos porcentuales de diferencia entre 2013-2060 para las personas de 55 a 64 años. Para ello es imprescindible

promover políticas de permanencia en el mercado laboral. España se sitúa a la cabeza en cuanto al incremento proyectado en la tasa de participación de las mujeres de 55 a 64 años.

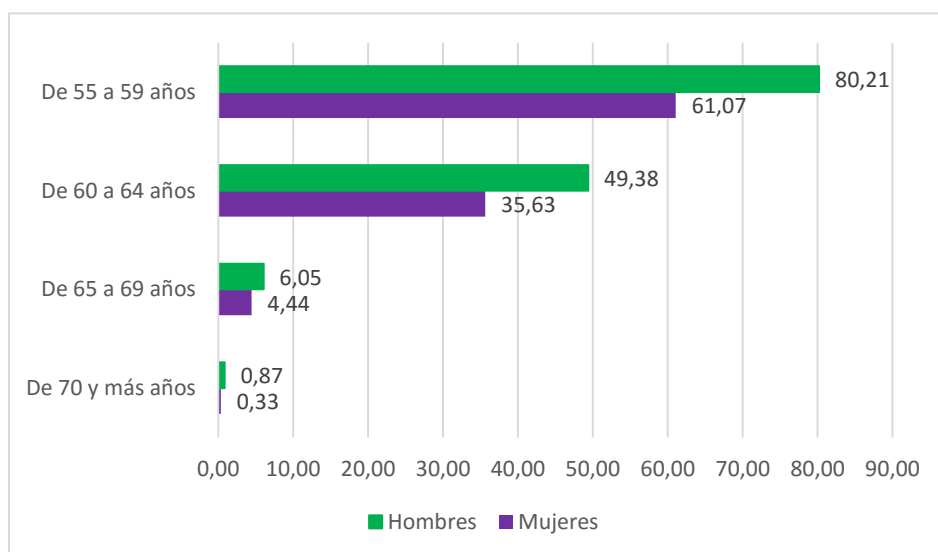
Tabla 27. Indicadores del mercado de trabajo y proyecciones para el Estado y la UE

| | 2013 | 2060 | %cambio |
|---------------|------|------|---------|
| España | | | |
| 20-64 años | 78,7 | 85,2 | 6,5 |
| 55-64 años | 54,2 | 82,5 | 28,2 |
| UE 27 | | | |
| 20-64 años | 76,5 | 80,1 | 3,5 |
| 55-64 años | 54,4 | 70,2 | 15,8 |

Fuente: European Commission (2014): The 2015 Ageing Report. European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)

Sin embargo, las diferencias entre la tasas de ocupación femenina y masculina siguen siendo muy importantes sobre todo a partir de los 55 años como consecuencia de la tardía incorporación de la mujer al mercado laboral en nuestra comunidad. En el siguiente gráfico podemos ver la diferencia de casi veinte puntos en la tasa de ocupación de los hombres respecto de las mujeres.

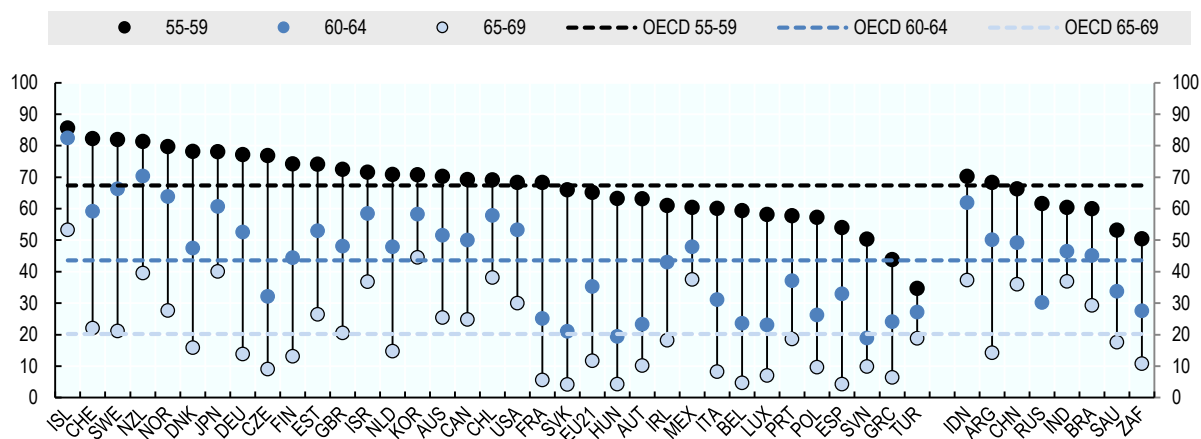
Gráfico 44. Tasa de actividad del colectivo 55 y más años según sexo en Castilla y León



Fuente: Encuesta de Población Activa 2015. Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto a la tasa de empleo, según los datos de la OCDE, la tasa española actual se sitúa por debajo de la media de los países en todos los tramos de edad.

Gráfico 45. Tasa de empleo de las personas de 55-59, 60-64 y 65-69, OECD y países del G20

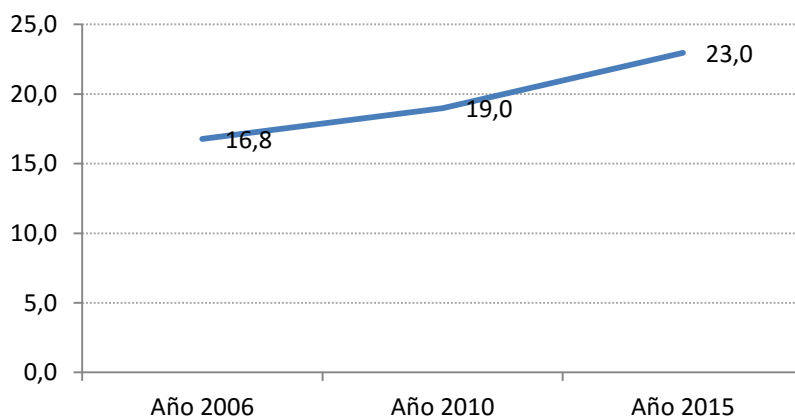


Fuente: OECD Employment Outlook 2015

8.3.- Impulso a la permanencia en el mercado laboral

En Castilla y León la tasa de actividad de la población de 55 y más años ha ascendido en los últimos años, pasando del 16,8% en 2010 al 23,0% en 2015.

Gráfico 46. Evolución de la tasa de actividad del colectivo 55 y más años, en Castilla y León



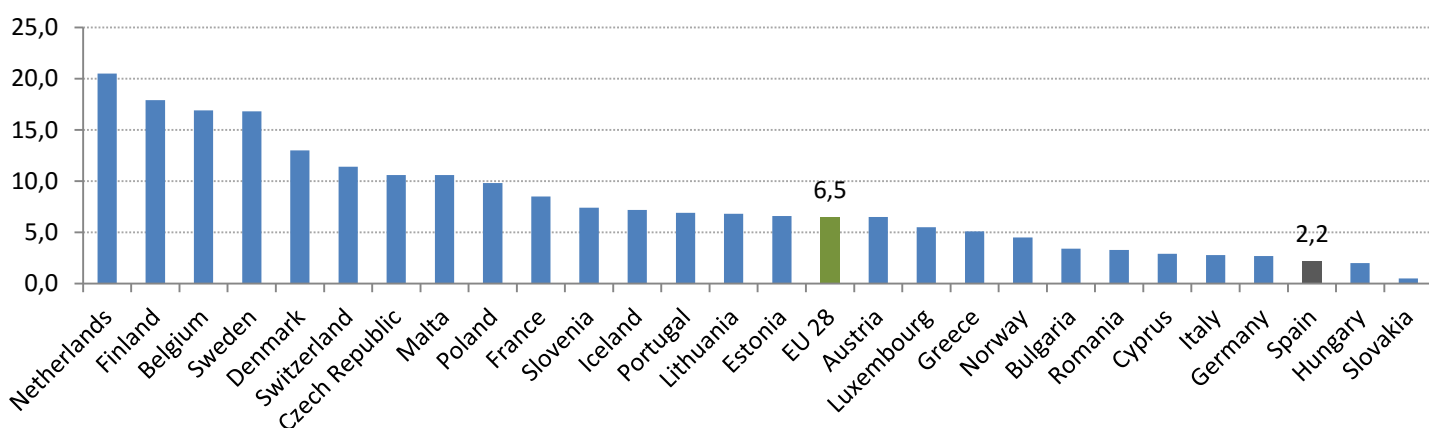
Fuente: EUSTAT: PRA

Aunque todavía son escasas las prácticas orientadas al funcionamiento flexible y a fórmulas innovadoras de organización del trabajo. Las políticas de contratación y retención de la población de más edad no sólo no han estado presentes, sino que la política de jubilaciones ha promovido más bien la prematura salida del mercado laboral. El fomento de los contratos de relevo y sustitución ha jugado, sin duda, un papel relevante a la hora de diluir la importancia de la gestión de la edad en las plantillas. En su origen dichas fórmulas fueron concebidas como una medida coyuntural para propiciar el empleo de jóvenes en etapas de crisis y alto desempleo, pero con el tiempo se fueron consolidando y arraigando en la cultura social y empresarial. El resultado ha sido que la expectativa de jubilación anticipada ha quedado interiorizada y que tanto el empresariado como la población trabajadora han visto confluír sus intereses en pro de acortar la vida laboral de las personas.

Entre la población de 50 a 64 en Castilla y León el 85,9% detentan un contrato a jornada completa. Un escaso 5,5% tiene jornada parcial y un 4,1% jornada por horas. (ECV, 2010)

Según los datos de Eustat de 2012, el porcentaje de población de 55 a 69 años que redujo sus horas de trabajo como forma de adaptación a la jubilación fue un escaso 2,2%, por debajo de la media de la UE-28 (6,5) y muy alejada de Países Bajos (20,5%). España se sitúa a la cola de los países de Europa en la utilización de este tipo de medidas.

Gráfico 47. Personas de 55 a 69 años que redujeron sus horas de trabajo en un movimiento hacia la jubilación



Fuente: Eurostat: Labour Force Survey. Ad-hoc module "transition from work to retirement", 2012.

8.4.- Formación durante toda la vida

La participación en actividades de formación durante toda la vida se ha vinculado tradicionalmente a la permanencia en el mercado de trabajo; el 3,23% de las personas de 45 a 65 años participa en actividades de formación formal y un 21,78% de los de entre 55 a 64 años en formación no formal.

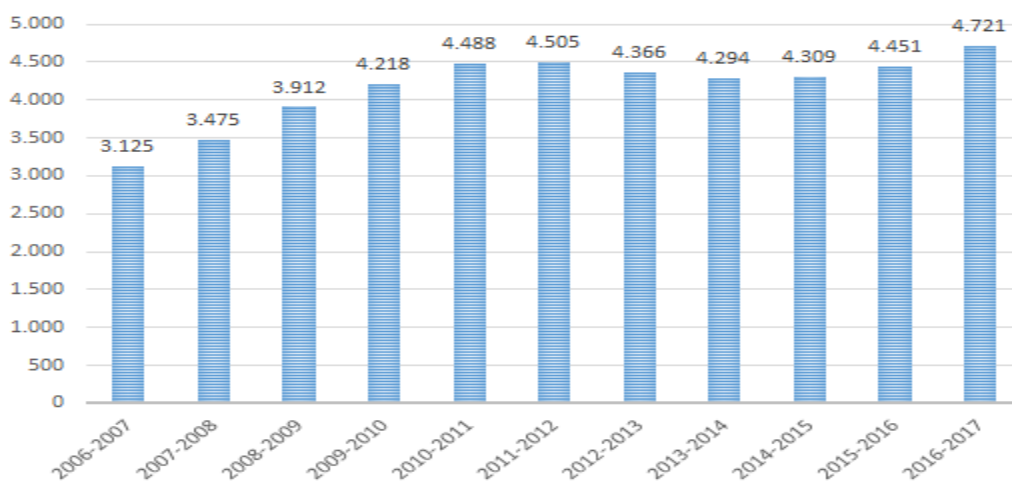
La Comisión Europea, en su reivindicación del aprendizaje continuo como objetivo político prioritario, reconoce y enfatiza la importancia de la educación como condición necesaria para la participación social y el desarrollo personal: “la adquisición y actualización continua de conocimientos, actitudes y competencias tienen la consideración de una condición indispensable para el desarrollo personal de todos los ciudadanos y de la participación en todos los ámbitos de la sociedad, desde la ciudadanía activa a la integración en el mercado de trabajo” (Kailis, E. y Pilos, S., 2005) Precisamente en las sociedades modernas actuales, la educación resulta un recurso estratégico para poder desenvolverse en los complejos entornos sociales que se configuran como marco de la acción individual. (Pérez-Ortiz, 2006).

La incorporación de las personas mayores de 55 años a los programas universitarios específicos para mayores ha ido creciendo desde su puesta en marcha en el año 1993 en nuestra comunidad, desarrollándose en la actualidad en las nueve capitales de provincia y extendiéndose a otros municipios de menor población.

El Programa Interuniversitario de la Experiencia se desarrolla en la actualidad en 27 sedes, siendo Castilla y León una de las comunidades autónomas donde existe mayor participación.

En el curso 2016/2017 un total de 4.721 personas mayores de 55 ó más años se han matriculado, de los cuales, el 73% son mujeres y el 27% hombres, lo que indica una participación mayoritariamente femenina en este tipo de formación.

Gráfico 48. Evolución en el número de alumnos matriculados en la Universidad de la experiencia en Castilla y León



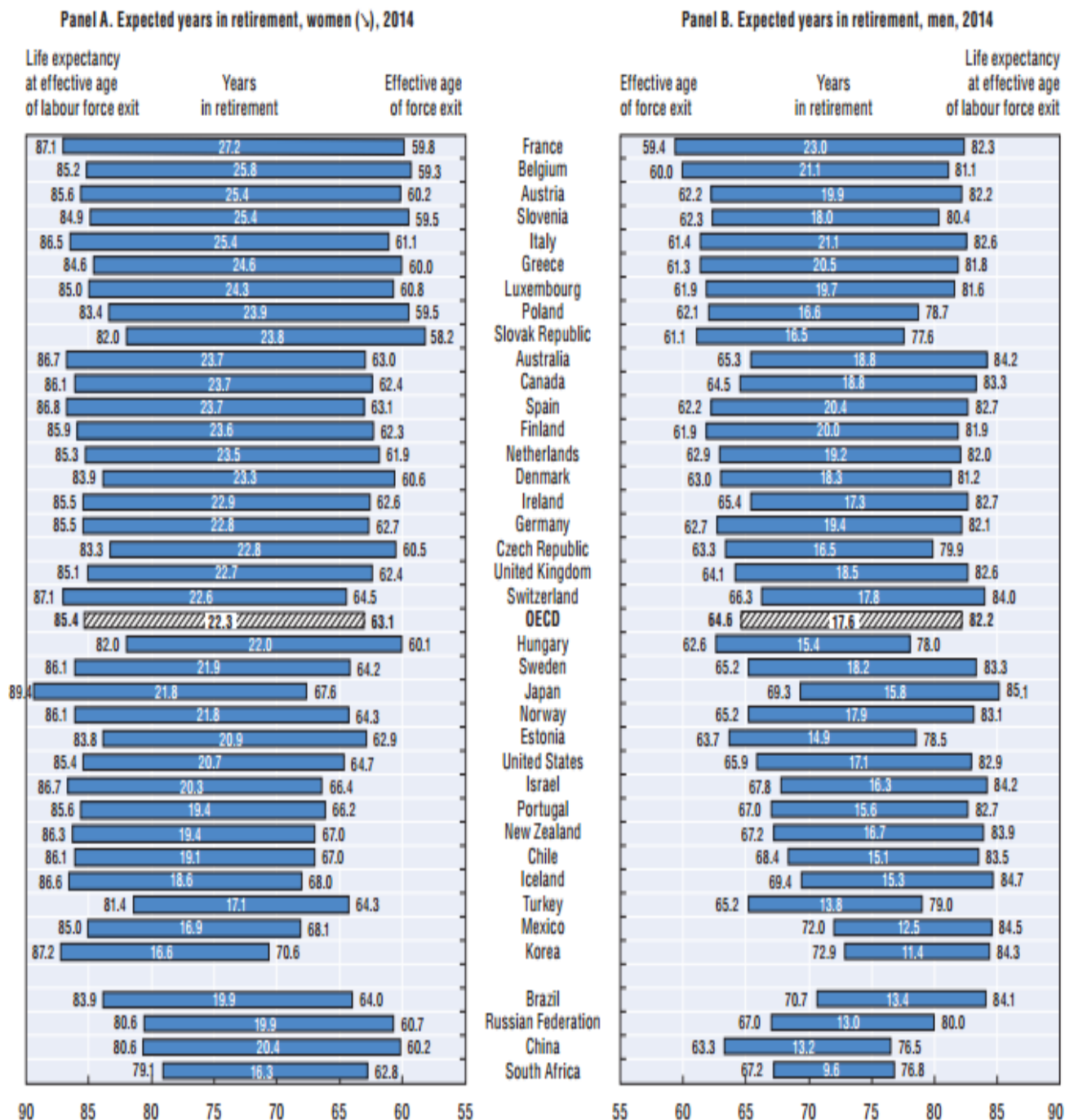
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Programa Interuniversitario de la Experiencia. Gerencia de Servicios Sociales

8.5.- Aumento de años vividos de jubilación

El aumento de la esperanza de vida en estos últimos años, tiene una consecuencia evidente en el incremento de años vividos en la jubilación. Según los datos de la OCDE en España ha aumentado la esperanza de vida en 7,1 años (en el período de 1960-1999), mientras que la edad media de jubilación ha disminuido en 9,2 años (período 1950-1990). Esta última cifra es la más elevada en la comparación con el resto de países analizados. Como consecuencia de vivir más años y salir del mercado laboral con anterioridad, los años que se disfrutan en jubilación se han incrementado considerablemente.

En 2014, el promedio de la OCDE la expectativa de años vividos en jubilación es de 17,6 años para los hombres y de 22,3 años para las mujeres. Francia es el país con mayor expectativa, con 23,0 años para los hombres y 27,2 años para las mujeres. Corea, se sitúa en el lugar opuesta con 11,4 años para los hombres y 16,6 años para las mujeres. La duración media de los años de jubilación previstos en Países de la OCDE ha aumentado con el tiempo. En 1970, los hombres de los países de la OCDE tenían promedio 11 años en la jubilación, y las mujeres 15. Para 2014 esto ha aumentado considerablemente.

Gráfico 49. Expectativa de años en jubilación según sexo



Fuente: OECD Pensions at a Glance, 2015. Estimates of remaining life expectancy are calculated based from the UN World Population Prospects the 2012 revision dataset.

La edad efectiva de jubilación en España es de 62,2 años para los hombres y 63,1 años para las mujeres, 2,8 años antes de la edad oficial en los hombres y 1,9 años en las mujeres.

Gráfico 50. Edad real y edad efectiva de jubilación en los países de la OCDE según sexo



Fuente: OECD: Pensions at a Glance, 2015.

Tendencia 9: Cambios en el uso del tiempo libre

9.1.- Aumento en las actividades de ocio social y hábitos saludables

La jubilación se reconoce como un momento en el que es necesario introducir cambios en la vida, comenzar a desarrollar nuevos proyectos, cuidar la salud física y mental, disfrutar de iniciativas que no habían podido ser exploradas en el itinerario de la vida adulta, en definitiva, generar un proceso sólido de independencia que nos ayude a vivir de acuerdo a nuestra preferencias, sin depender de otros, especialmente de los hijos, preservando así la salud de los lazos afectivos a través del mantenimiento de la intimidad a distancia. El paradigma sobre el envejecimiento activo empieza a hacerse realidad, estando en condiciones de afirmar que las personas mayores cada día se reincorporan con más decisión a la vida social normalizada.

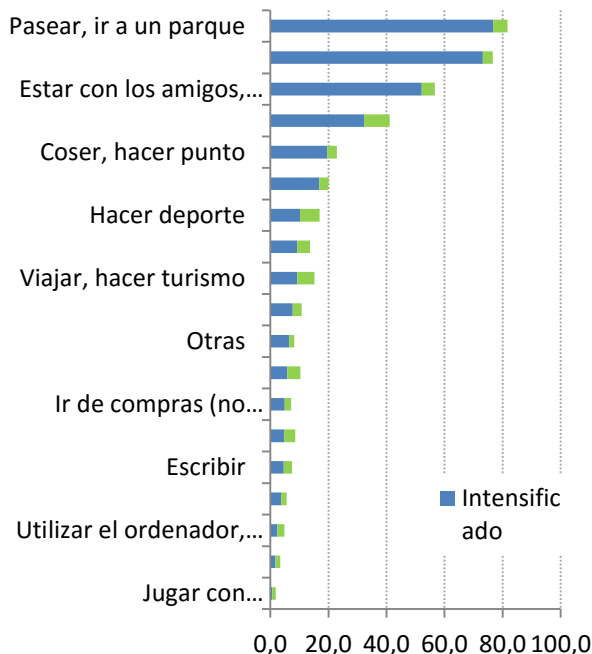
Los hábitos de ocio y tiempo libre han cambiado de manera considerable en los últimos años. Según los datos de la ECV de 2010, el 73,8% de las personas mayores en Castilla y León ha intensificado o iniciado alguna actividad en su tiempo libre desde que ha cumplido los 65 años. Estos porcentajes son muy elevados en todos los tramos de edad, tanto en mujeres como en hombres y en los diferentes entornos, rurales y urbanos.

Tabla 28. Intensificación o iniciación de actividades en el tiempo libre por los mayores de 65 años en Castilla y León

| | Si | No | NS/NC |
|---------------------------|------|------|-------|
| TOTAL | 73,8 | 24,3 | 1,9 |
| Sexo | | | |
| Hombre | 76,9 | 21,2 | 2,0 |
| Mujer | 71,4 | 26,9 | 1,8 |
| Edad | | | |
| 65-69 | 68,6 | 29,1 | 2,3 |
| 70-74 | 76,6 | 22,2 | 1,2 |
| 75-79 | 77,0 | 21,8 | 1,2 |
| 80-84 | 74,2 | 23,2 | 2,6 |
| >84 | 71,8 | 25,9 | 2,3 |
| Hábitat | | | |
| Hasta 5.000 hab. | 66,3 | 29,6 | 4,1 |
| Entre 5.001 y 20.000 hab. | 87,4 | 12,3 | 0,3 |
| Más de 20.000 hab. | 77,6 | 22,4 | 0,0 |

Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010.

Gráfico 51. Actividades intensificadas o iniciadas en el tiempo libre desde que ha cumplido 65 años



Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010.

Entre las actividades que más se han intensificado se encuentran: ir al parque, pasear; ver la TV y estar con los amigos.

La realización de actividades como pasear o ir al parque supone, además de mantener la forma física y mental, prevenir enfermedades. Estos beneficios se unen a los de tipo psico-social, como la oportunidad de relacionarse y de aceptación del cuerpo. Existe amplia evidencia científica probada sobre la importancia del ejercicio físico en el mantenimiento de la salud y de la actividad en el proceso de envejecimiento. De hecho, constituye uno de los pilares del paradigma del envejecimiento activo desarrollado por la OMS. (Agulló 2001)

En el caso de ver la TV, actividad sedentaria y mayoritaria entre la población de todas las edades, un aspecto positivo a destacar es que para todas las personas cumple, como primera y fundamental misión, la de hacerles sentirse partícipe del mundo, la de persuadir con la íntima percepción de que no se encuentran solas, de que pertenecen, como miembros activos, a la comunidad. (García, 2005)

En el caso de las actividades vinculadas a las relaciones sociales hay que destacar que la cantidad y calidad de las relaciones que tiene una persona y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal tienen, no sólo influencia en el funcionamiento social de esa persona, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante su proceso de envejecimiento

y tiene una posible función “amortiguadora” en el caso de las pérdidas. (Díaz-Veiga, 1987 en Yanguas Lezaun, 2006)

Estas mismas actividades se corresponden con las más realizadas la población mayor.

Gráfico 52. Principales actividades realizadas en el tiempo libre personas mayores en Castilla y León



Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010.

La Orden FAM/119/2014, de 25 de febrero, regula el Club de los 60 y aprueba el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León, que comprende todas las actividades y servicios que, en materia de prevención de la dependencia, se desarrollan desde los programas de envejecimiento activo que realizan las Administraciones Públicas de Castilla y León y las entidades privadas financiadas total o parcialmente con fondos públicos.

Las actuaciones englobadas en el Programa Integral de Envejecimiento Activo se distribuyen en las siguientes áreas:

- Promoción de hábitos saludables
- Adquisición de competencias para la vida autónoma
- Relación con el entorno
- Promoción del conocimiento

Con la finalidad de facilitar a las personas mayores un envejecimiento activo y saludable, el Club de los 60 oferta una gran diversidad de oportunidades para su desarrollo personal. Se dirigen a las personas con 60 o más años, empadronadas en la comunidad de Castilla y León y su inscripción es gratuita.

Entre otros, realiza el Programa de viajes, el Programa de termalismo, el Programa de acercamiento intergeneracional, el Programa interuniversitario de la experiencia y el Programa regional de envejecimiento activo.

Además, dentro del Programa Integral de Envejecimiento Activo está el Servicio “Tarjeta Club de los 60”. La evolución del número de socios del Club de los 60 desde el año 2011 continúa experimentando un crecimiento progresivo, habiéndose alcanzado la cifra de 318.627 socios a 31 de diciembre de 2016.

Fruto de este incremento en la participación en las actividades de ocio y participación, en el año 2016 se ofertaron 29.218 plazas y 34 destinos dentro del Programa de viajes y 2.111 plazas en el Programa de Termalismo; el Programa de Acercamiento intergeneracional alcanzó, en este último año, una participación de 7.736 personas (de los cuales 4.617 fueron mayores, 2.901 jóvenes universitarios y 218 profesores universitarios). Además 43 personas mayores compartieron su vivienda con jóvenes universitarios.

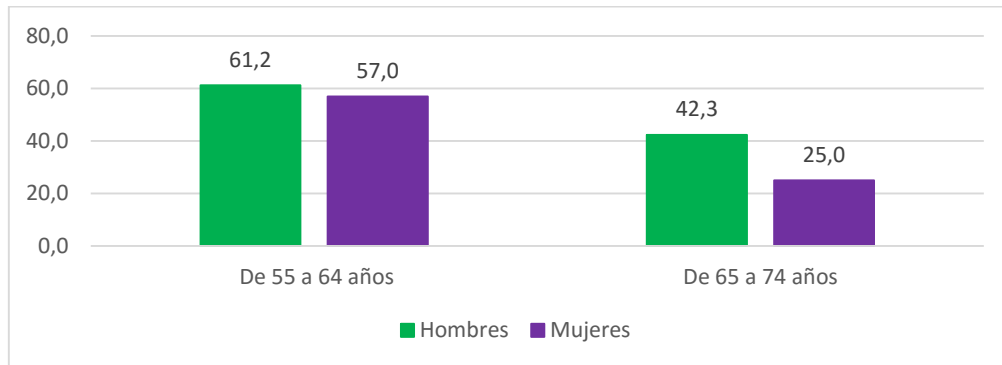
9.2.- Incremento en el uso de la TICs

Las nuevas tecnologías de la información están integrándose en la vida cotidiana de las personas mayores a gran velocidad. Su creciente utilización supone un aumento en su calidad de vida, su salud y su autonomía. Las TICs promueven el envejecimiento activo y la participación en el entorno. En los últimos años el fomento del uso de las TIC por parte de las administraciones públicas ha incluido de manera expresa al grupo poblacional de más edad ya que son amplios los beneficios que pueden obtener de su utilización.

La encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares del INE recoge que el 33,4% de las personas mayores en Castilla y León han utilizado internet en los últimos 3 meses. Según datos de la Dirección General de Telecomunicaciones, cerca de un 20% de los usuarios del programa CYL Digital son personas con más de 65 años, por lo que, aunque se trata de un programa dirigido a la población general, un porcentaje importante de los usuarios son personas mayores.

Esto supone un aumento en el uso de estas tecnologías por parte de las personas mayores en continuo progreso, si bien es cierto, con un mayor uso por parte de los hombres que de las mujeres, brecha que aumenta con la edad, tal como podemos apreciar en el siguiente gráfico.

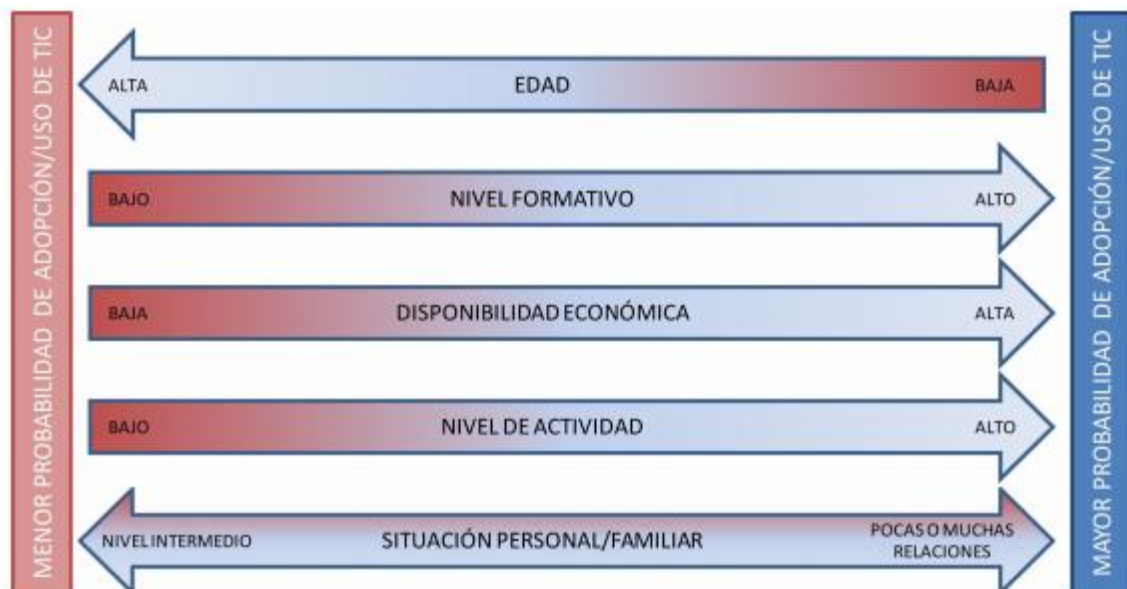
Gráfico 53. Personas mayores que han utilizado Internet en los últimos 3 meses en Castilla y León



Fuente: INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2016

Las mujeres usan menos el ordenador e Internet que los hombres, en Castilla y León, en España y en prácticamente toda Europa. En el colectivo de personas mayores esta brecha digital se agudiza hasta alcanzar los 17,3 puntos, pero además, se aprecian diferencias de género en el uso de las tecnologías de la información. Diversos estudios basados en datos del INE revelan, además, que las mujeres dejan de usar el ordenador a medida que su tiempo disponible se reduce debido al cuidado de familiares.

Gráfico 54. Factores que influyen en el uso de las TICs



Fuente: Fundación Vodafone. TIC y mayores conectados al futuro

Entre los principales factores que influyen en el uso de las TICs cabe destacar el nivel formativo (que reduce los inconvenientes de adoptar una TIC y aumenta las ventajas percibidas), la edad, la situación económica (que ha mostrado una menor relevancia), el nivel de actividad (que requiere en muchos casos el uso de estas herramientas) y la situación personal o familiar (que

puede aumentar el número de contactos potenciales, o llevar a las personas a buscar nuevas relaciones a través de las TIC).

Las personas mayores tienen que hacer un esfuerzo aun mayor que el resto de la sociedad para adaptarse y evolucionar al mismo ritmo que la tecnología. Las nuevas tecnologías son una gran herramienta que pueden mejorar su calidad de vida, favorecer su autonomía e independencia y contribuir al mantenimiento y ampliación de su red de relaciones.

6.-MAPA DE RECURSOS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE CASTILLA Y LEÓN

El Mapa de Recursos de Envejecimiento Activo se define como el principal instrumento de información, planificación y apoyo a la toma de decisiones en materia de actividades de envejecimiento activo en el marco del Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León y de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Esta herramienta básica, que viene realizándose anualmente desde el año 2011, permite ofrecer una programación unificada de actividades, con criterios homogéneos, con objetivos, contenidos, intensidades y metodología comunes, de forma planificada y coordinada con la participación de los principales agentes implicados.

El objetivo general es que cualquier castellano y leonés mayor de 60 años tenga las mismas oportunidades de acceso a una serie de actividades de carácter preventivo de calidad, que promuevan la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades para optimizar su salud y sus capacidades en la esfera física y psíquica, así como un nivel adecuado de interacción y desenvolvimiento en su entorno, con independencia de dónde residan.

En los últimos años se ha abogado por "propiciar" que estas actividades lleguen al mayor número posible de municipios, evitando duplicidades y poniendo especial atención a los municipios más pequeños, ya que más del 40 por ciento de las personas mayores de 65 años de la Comunidad viven en localidades de menos de 2.000 habitantes.

Desde la Gerencia de Servicios Sociales, y en colaboración con las Gerencias Territoriales, entidades locales y red asociativa de Castilla y León, se pusieron en marcha grupos de trabajo técnico, uno en cada provincia, en el que han estado representadas las instituciones y organizaciones implicadas en la financiación, organización y desarrollo de actividades de envejecimiento activo.

Los nueve grupos de trabajo se reúnen anualmente para planificar y para evaluar lo realizado, lo que permite recoger la información de cada provincia de forma territorializada, por CEAS,

municipio y entidad, reflejando todos los programas y actividades de envejecimiento activo realizados en una misma localidad por los diferentes organismos y entidades.

En estas reuniones de los grupos de trabajo se consigue reorientar, coordinar, homogeneizar y planificar el conjunto de actividades con independencia de la entidad que las preste, logrando optimizar los recursos y que se beneficien más municipios y más personas mayores.

A continuación se realiza un análisis de los principales datos que ofrece el Mapa de recursos de envejecimiento activo 2015.

Municipios con actividades de envejecimiento activo (EA)

De los 2.248 municipios con los que cuenta Castilla y León, durante el año 2.015, se desarrollaron actividades de envejecimiento activo, promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia en 1.305 municipios, lo que representa el 58% del total, por parte de las principales entidades que componen los grupos de trabajo provinciales de envejecimiento activo como son Gerencias Territoriales, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Federaciones de Jubilados y Pensionistas de Castilla y León.

Con respecto al año anterior, se ha producido un incremento de 21 municipios más con actividades de envejecimiento activo, lo que ha supuesto un gran esfuerzo por incorporar municipios al mapa de recursos de envejecimiento activo.

Actividades de envejecimiento activo

Fruto del acuerdo entre las principales instituciones y organizaciones implicadas en la organización y desarrollo de actividades de envejecimiento activo se estableció un modelo consensuado de clasificación de las actividades de envejecimiento activo en cuatro grandes áreas: Promoción de hábitos saludables, Competencias para la vida autónoma, Relación con el entorno y Promoción del conocimiento y adquisición de habilidades.

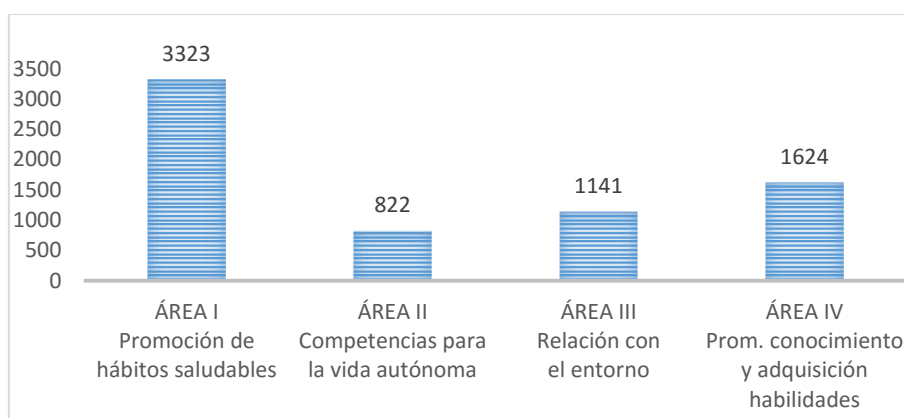
Estas cuatro áreas son ampliamente definidas en el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León, su objetivo general, objetivos específicos y actividades (básicas y complementarias), han permitido a los 213 centros de día, diputaciones, ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, centros multiservicios y asociaciones de jubilados y pensionistas clasificar todas sus actividades bajo criterios homogéneos.

A su vez, esta clasificación ha incorporado los programas de envejecimiento activo en la cartera de servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia y el establecimiento de cuatro talleres básicos entendidos como las áreas prioritarias de intervención y promoción del envejecimiento activo y saludable que desde todas las entidades implicadas deben acometer con continuidad en el tiempo. Estos son:

- 1.- Promoción de la actividad física: mantenimiento de la capacidad física y prevención de problemas derivados de estilos de vida sedentarios
- 2.- Estimulación cognitiva: adquisición y mantenimiento de habilidades y destrezas que prevengan o retrasen la aparición de déficits asociados al envejecimiento
- 3.- Capacitación para las actividades de la vida diaria: permiten a las personas vivir con independencia y autonomía
- 4.- Promoción del conocimiento y adquisición de habilidades relacionadas con el arte, cultura y la actualidad: Potencian el desarrollo personal a través de creatividad

De las 6.910 actividades de envejecimiento activo que se desarrollaron el año 2015 en la región, prácticamente la mitad de las actividades, el 48% pertenecen al área de Promoción de hábitos saludables, destacando la actividad física y el entrenamiento de la memoria, atención y concentración como las más demandadas.

Gráfico 55. Actividades de envejecimiento activo por área de actividad en Castilla y León



Fuente: elaboración propia. Datos 2015

En segundo lugar, encontramos con un 23,5% de actividades las que pertenecen al área de Promoción del conocimiento y adquisición de habilidades donde se incluyen todo tipo de actividades relacionadas con las diferentes artes tales como teatro, bailes, pintura o artesanía tradicional; el 16,5 % pertenecen a actividades de relación con el entorno como el asociacionismo, el voluntariado y las relaciones intergeneracionales y en último lugar, el 12% de las actividades están relacionadas con las competencias para la vida autónoma, esto es, el cuidado y autocuidado, así como los derechos y responsabilidades de las personas mayores.

Actividades de envejecimiento activo en el medio rural

En Castilla y León, las mayores proporciones de población envejecida se dan en el conjunto de municipios de menor tamaño, y que configuran el hábitat rural de la Comunidad. El punto de partida del Mapa de Recursos de Envejecimiento Activo y del Programa Integral fue un exhaustivo análisis de la situación. En ese estudio se detectó la existencia de una gran oferta de actividades muy diversa y dispar, con una planificación no coordinada donde en determinados lugares de Castilla y León, en especial en el medio rural, se estaban produciendo duplicidades y solapamientos de actividades, mientras que en otros no llegaba la oferta.

A lo largo de los últimos años se ha trabajado por mejorar la igualdad de oportunidades de acceso a las actividades de carácter preventivo, optimizando y racionalizando los recursos con el objetivo de ofrecer una planificación de calidad de las actividades.

Tabla 29. Comparativa entre el nº de municipios de Castilla y León y el nº de municipios con actividades de envejecimiento activo según tamaño del municipio

| Tamaño del municipio | Nº de municipios en Castilla y León | % sobre total municipios | Nº de municipios con actividades | % sobre total munic. con actividad |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| De 0 a 100 hab. | 624 | 27,76 | 178 | 13,64 |
| De 100 a 500 hab. | 1119 | 49,78 | 731 | 56,02 |
| De 500 a 1.500 hab. | 335 | 14,90 | 252 | 19,31 |
| De 1.500 a 5.000 hab. | 111 | 4,94 | 97 | 7,43 |
| De 5.000 a 20.000 hab. | 44 | 1,96 | 32 | 2,45 |
| Más de 20.000 hab. | 15 | 0,67 | 15 | 1,15 |
| TOTAL | 2248 | 100,00 | 1305 | 100,00 |

Fuente: elaboración propia. Datos 2015

Alrededor de la mitad de las actividades de envejecimiento activo se desarrollan en municipios de menos de 500 habitantes, lo que revela una importante coherencia con el número mayoritario de este tamaño. Si bien es cierto, es necesario reforzar la realización de actividades en municipios de menos de 100 habitantes, la mayoría sobre-envejecidos.

El fenómeno del sobre-envejecimiento, que se agudiza en el medio rural, hace que las administraciones públicas y entidades privadas destinen una parte de sus recursos a las personas mayores, posibilitando que las oportunidades de participar en actividades para el envejecimiento activo y saludable lleguen a las zonas rurales y a las localidades de menor población

Esta amplia cobertura en el medio rural, se consigue gracias a la labor de Diputaciones Provinciales y Federaciones de Jubilados y Pensionistas. De ahí la necesidad de seguir mejorando la coordinación entre entidades y la eficiencia en la gestión de los recursos, logrando el desarrollo de actividades de envejecimiento activo en el mayor número de municipios con demanda.

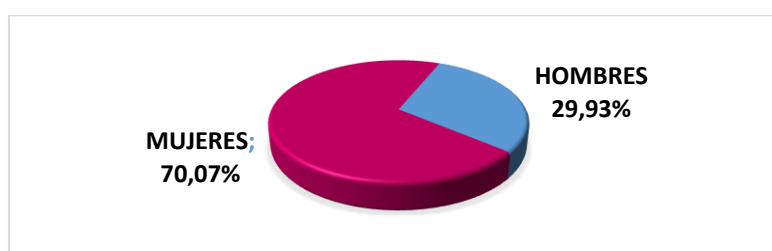
Análisis de la participación

A lo largo de los años hemos podido ver cómo la participación en las actividades se va consolidando. A la hora de valorar los siguientes datos es necesario tener en cuenta que una misma persona ha podido participar en más de una actividad y por tanto, ser computada tantas veces como actividades a las que haya asistido, por lo que es preciso aclarar que hablamos de personas participantes más que de personas físicas. Si bien es cierto, la filosofía que se ha seguido a la hora de planificar es permitir que puedan participar el mayor número de personas en el mayor número de municipios.

Así podemos dar la cifra aproximada de que durante el año 2015, las actividades de envejecimiento activo contaron con más de 300.000 participantes, tanto en alguno de los cuatro talleres básicos como en otro tipo de actividades puntuales como excursiones, charlas, exposiciones, semanas culturales, fiestas populares o voluntariado social.

En relación con el sexo, la participación en actividades de envejecimiento activo sigue siendo mayoritariamente femenina, con un 70 %, frente a la participación de los hombres que asciende a un 30%.

Gráfico 56. Personas participantes por sexo



Fuente: elaboración propia. Datos en porcentajes año 2015

El fenómeno de la feminización del envejecimiento unido a los usos relacionales de las mujeres da como resultado su amplia participación en actividades aunque no es tal en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles. Los talleres en los que la participación ha sido casi exclusiva por parte de las mujeres han sido los de gimnasia, habiendo sido también muy importante su presencia en los talleres de estimulación cognitiva.

La participación de los hombres en las actividades continúa siendo bastante tímida, mostrando mayor interés por los talleres de informática y uso del móvil, talleres de manualidades, teatro, pintura, coro y voluntariado de enseñanza de informática. Es importante conocer sus preferencias para poder planificar actividades conjuntas que permitan aumentar la participación de los hombres y equipararla a la participación de las mujeres, seguramente, haciendo que las experiencias vividas sean más ricas.

7. MARCO CONCEPTUAL

Los objetivos y acciones de la Estrategia de Prevención se dirigen, en línea con la “población a proteger” definida en el Acuerdo de 16 de enero de 2013, del Consejo Territorial, sobre recomendaciones para la elaboración de planes de prevención, a las personas mayores, como sector de población que presenta una especial vulnerabilidad, a las personas en proceso de envejecimiento y a las personas mayores dependientes. Dicho acuerdo establece igualmente que los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia procurarán implementar una visión general basada en las necesidades de apoyos y no en criterios de edad o de colectivos.

Con el fin de aclarar conceptos, a los efectos de la presente estrategia, se entenderán como personas mayores, aquellas personas que cuenten con una edad igual o superior a 65 años, o teniendo una edad inferior, por motivo de enfermedades o por contar con alguna discapacidad, tienen características o necesidades similares a la población de esa franja de edad.

De forma análoga, se entenderán como personas en proceso de envejecimiento, a todas las personas que se encuentran en el proceso biopsicosocial posterior a la madurez individual y comiencen a ser vulnerables.

Con referencia a la atención a las personas mayores afectadas por procesos neurodegenerativos, entre los que destaca la enfermedad de Alzheimer, por las consecuencias que genera tanto en la persona como en su grupo familiar, así como por su incidencia, hay que hacer las siguientes consideraciones:

- La estrategia en su conjunto, en cada uno de los ejes que la conforman, tiene un impacto directo y positivo en la calidad de vida de las personas con Alzheimer u otras demencias así como en sus cuidadores. Reseñar, a modo de ejemplo, tanto las medidas que se dirigen a promover la autodeterminación o el impulso de un nuevo modelo de atención en los centros de personas mayores del Eje 1, el desarrollo de los centros multiservicio en el Eje 2, las acciones de apoyo al cuidador del Eje 5 o para el fomento del buen trato en el Eje 6 y las iniciativas de fomento de la accesibilidad y la amigabilidad del Eje 7.

- La atención ante estas situaciones, especialmente en el caso de la enfermedad de Alzheimer, debe sustentarse en el modelo de atención centrado en la persona de forma individualizada, no grupal, porque ello permite su atención integral, desde una perspectiva multidimensional, respetando los deseos y preferencias de cada persona y apoyando la realización de sus proyectos de vida.
- El sistema de servicios sociales de esta comunidad no debe discriminar a las personas en función de su edad, discapacidad o enfermedad. Apoya a las personas desde un punto de vista integrador en función de sus necesidades, algunas de las cuales comparten con otras personas y otras son más específicas e individuales.

Por otra parte, esta Estrategia asume los conceptos de prevención y promoción que recoge tanto la normativa estatal como la regional en materia de dependencia. De esta forma, el artículo 21 de la Ley 39/2006 establece que la Prevención de las situaciones de dependencia “Tiene por objeto prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y rehabilitación dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”.

Igualmente la Orden FAM 7644/2012 DE 30 de julio establece, con relación a los Servicios de prevención de las situaciones de dependencia, que las personas que se encuentran en esta situación, en cualquiera de los grados establecidos, recibirán los servicios de prevención con el objeto de prevenir o retrasar el agravamiento de su grado de dependencia, incluyendo esta atención en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial.

Además, esta misma norma se refiere al Servicio de promoción de la autonomía personal como aquellos que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

Con estas consideraciones, la estrategia tiene como marco conceptual los preceptos y referencias de varias fuentes:

a)- La atención centrada en la persona, que constituye el fundamento del Modelo “en Mi Casa” y que supone:

- Una **transformación** muy relevante en el modelo de atención dispensado a personas mayores, sobre todo con necesidades de apoyo.

- Trabajar desde un **modelo con una fuerte base ética** que prioriza aspectos como la promoción de la autonomía, las preferencias de las personas y la defensa de su dignidad.
- Considerar que la **personalización** como concepto, está liderando un proceso de cambio de tendencia social. Estamos en la época de las personas, de sus necesidades y de sus elecciones. Se ha abandonado la homogeneidad con la que hasta ahora nos hemos dirigido a los diferentes grupos sociales, para centrarnos en dar respuestas diferentes a necesidades y personas desde su individualidad. *La Ley de servicios sociales de Castilla y León* es un claro ejemplo que ha propiciado el resto de actuaciones.
- Poner en valor el **proyecto de vida** de la persona y los apoyos que necesite para su desarrollo.
- La aplicación práctica de los principios de la atención centrada en la persona, se concreta en el objetivo fundamental de permitir que la persona pueda vivir con **calidad y dignidad**, en su propio hogar o en centros, haciéndolo como en su propio hogar o y según sus preferencias, para hacer posible su proyecto de vida. Estos principios se sintetizan en tres líneas de actuación presentes en esta Estrategia:
 - ✓ Facilitar la **vida con calidad en el propio hogar: “A gusto en mi casa”**, cuyo fin principal es prevenir y actuar ante hogares en riesgo de forma proactiva, desde los sistemas de protección públicos con procesos sociosanitarios integrados, dotando a las personas que vivan en esos hogares de los elementos necesarios para que éstos se consideren como hogares seguros desde la perspectiva de la calidad de vida
 - ✓ Propiciar la continuidad de cuidados entre el ámbito hospitalario y el hogar (domicilio o residencia) mediante las **unidades de convalecencia sociosanitarias**
 - ✓ Implantar en toda la red de centros residenciales y de estancias diurnas el Modelo “en Mi casa”

Bajo la denominación “**en Mi casa**” se recoge el nuevo modelo de atención a personas mayores en los centros residenciales y de estancias diurnas y que se concreta en tres aspectos clave: la adaptación de la metodología de la atención centrada en la persona en esos entornos, la dotación de un proyecto de vida a cada persona dependiente y la asignación de un profesional de referencia.

Se seguirá promoviendo, en este marco, la implantación en los centros de unidades de convivencia.

b)- El paradigma del envejecimiento activo, promovido en 2002 por la OMS con motivo de la II Asamblea mundial del Envejecimiento y recientemente revisado. En este paradigma, que actualmente preside todas las políticas de envejecimiento del mundo, destacan como principales ideas:

- La **superación del modelo de actividad** vigente hasta ese momento basado en una estructuración rígida de las etapas de la vida: Infancia y juventud dedicadas al aprendizaje, madurez entregada al trabajo y vejez a la jubilación y la dependencia.
- **La vida flexible**, comprometida con todas las generaciones para crear oportunidades para la salud, la seguridad, la participación y el aprendizaje a lo largo de la vida.
- Este paradigma pretende **empoderar** a las personas promocionando sus derechos fundamentales a lo largo del ciclo vital y la aplicación de los principios de la ONU para las personas mayores (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad).

La aplicación práctica de estos principios se plasman en la Estrategia en los cuatro **ejes estratégicos** que organizan las actuaciones orientadas a la persona y que tiene como elemento central empoderar a la persona y reconocer su papel protagonista en su propio proceso de envejecimiento.:

- Eje estratégico 1: La prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores
- Eje estratégico 2: Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento
- Eje estratégico 3: Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes
- Eje estratégico 4: Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida

c) Influencia preventiva de las actuaciones en los entornos con los que se relaciona la persona: La optimización de los entornos con los que interactúan las personas mayores es un **factor indispensable** para el buen desarrollo de los proyectos y de la calidad de vida de las personas (influencia de posicionamientos ecológicos y sistémicos). A este respecto destacar algunas ideas:

- Los entornos cercanos y familiares ejercen un **papel protector** que proporciona seguridad y fortaleza para hacer frente a situaciones difíciles que con frecuencia aparecen durante el proceso de envejecimiento.

- Un entorno comunitario adecuado **compensa pérdidas**, genera **sentimientos de pertenencia** y **estimula la participación** desde un posicionamiento responsable y comprometido. Facilita la relación social y la creación de redes de apoyo. Tiene un gran efecto en la mejora de la **resiliencia** a lo largo de la vida.
- Asimismo, la importancia del **entorno físico y ambiental** puede mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente aquellas que necesitan ayuda, minimizando la dependencia y favoreciendo la normalización de la vida cotidiana de personas que necesitan mucha ayuda.
- ✓ **La aplicación práctica** de estos principios en la Estrategia se sintetizan en los tres ejes estratégicos que organizan las acciones orientadas a mejorar los entornos, con la finalidad de **lograr un entorno adecuado, accesible y amigable**, que facilite el deseo claro de las personas que necesitan ayuda de seguir viviendo en su casa, promuevan el apoyo social, el buen trato y, en consecuencia, refuercen las conductas saludables de las personas, mejoren el acceso a los servicios y les fortalezcan emocionalmente. Los tres ejes estratégicos son:
 - Eje estratégico 5: Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad
 - Eje estratégico 6: Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato
 - Eje estratégico 7: Fomento de los entornos accesibles y amigables

8.- PRINCIPIOS RECTORES DE LA ESTRATEGIA

La **Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo, en Castilla y León**, está sustentada en un conjunto de principios rectores inspirados en las aportaciones de las organizaciones internacionales más representativas, como Naciones Unidas, y la Unión Europea, la comunidad científica y ya en nuestro ámbito más cercano, del Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León.

- **La dignidad**, como derecho fundamental y valor inherente al ser humano. Se basa en el respeto y la estima que una persona tiene de sí misma y es merecedora de ese respeto por otros, desde la tolerancia y el respeto.
- El reconocimiento de la **autodeterminación y autonomía** de las personas para decidir libremente sobre su proyecto de vida, ejerciendo así su capacidad de elección.
- La **prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía**, como elementos vertebradores de la organización de los servicios dirigidos a las personas, tanto antes como después de la aparición de la dependencia.
- Atención Integral a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias o procesos neurodegenerativos en el marco de la atención centrada en la persona, desde un punto de vista integrador y atendiendo a las necesidades individuales y específicas de cada persona.
- **La calidad de vida** concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con un conjunto de necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada individuo: derechos, bienestar físico, material y emocional, autodeterminación, inclusión social, desarrollo personal y relaciones interpersonales, (Shallock y Verdugo)
- **La personalización, en el marco del modelo de atención centrada en la persona**, garantizando el acompañamiento a través de la orientación y consejo y respetando sus decisiones, preferencias y modos de vida en la construcción de su proyecto de vida y de apoyos y cuidados cuando estos son necesarios.
- **La igualdad de oportunidades** y de derechos de las personas, con independencia del entorno donde vivan, rural o urbano, de su género, diversidad funcional, de sus creencias o de cualquier otra característica que pudiera generar diferencias en el trato o en el acceso a los bienes y servicios de la sociedad castellano –leonesa.

- **La participación**, principio troncal en el marco conceptual del envejecimiento activo, establecido por la OMS junto con la salud, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida. Se aleja de concepciones tradicionales del envejecimiento, asociada a pasividad y ausencia de rol social y supone el reconocimiento y el derecho a que las personas sean protagonistas en la construcción de la sociedad en la que viven. Lleva implícita la obligación de que las personas sean consultadas y su criterio se tenga en cuenta en los procesos que les afectan, desde la corresponsabilidad y solidaridad.
- El reconocimiento de la **heterogeneidad** como grupo de población cohesionado por la edad, pero con experiencias, vidas laborales, académicas y personales, gustos y preferencias derivadas de su itinerario vital y en consecuencia, diferentes, propias e intransferibles.
- **La responsabilidad**, considerada como una cualidad y un valor del ser humano y en nuestro contexto, de los poderes públicos. Está asociada a la capacidad de comprometerse y actuar de forma correcta, tanto en el ámbito personal e íntimo como desde la óptica social y ciudadana. Actualmente este principio en el marco de una estrategia como la que se presenta, indefectiblemente aparece asociada a la corresponsabilidad individual y colectiva en torno a un objetivo común para lograr el bienestar de las personas mayores.
- **La transversalidad**, garantizando la incorporación de perspectivas, disciplinas y ámbitos de responsabilidad pública y privada. El enfoque transversal integra derechos y perspectivas interdisciplinares, ofreciendo acciones enriquecidas por la pluralidad de miradas.
- **La universalidad**, para lograr que la población en general mejore su calidad de vida y tenga unos estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir la dependencia y promover la autonomía personal
- **La coordinación, colaboración y cohesión social** para garantizar la optimización y racionalización en las actuaciones dirigidas a la promoción del envejecimiento activo y a la prevención de la dependencia y garantizando la continuidad en los cuidados. Desde el compromiso personal y de los poderes públicos y la iniciativa social con y sin fin de lucro y en los diferentes ámbitos de competencia territorial.
- **La sostenibilidad**. Garantizando el equilibrio entre las necesidades y las preferencias de las personas mayores y sus organizaciones y la estructura socio económico y política de nuestro territorio, respetando los ecosistemas y el futuro de una sociedad que envejece.

9.- OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales de la Estrategia de Prevención de la Dependencia y Promoción del Envejecimiento Activo son:

- Contribuir a que la población en general y las personas mayores en proceso de envejecimiento mantengan unos estilos de vida saludables que contribuyan a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia
- Reducir el impacto de la dependencia en la calidad de vida de las personas en proceso de envejecimiento y de sus cuidadores, mediante acciones de carácter preventivo, en sus diversos niveles y dirigidas tanto a las personas como a los entornos, con una especial consideración hacia las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades neurodegenerativas.
- Impulsar la coordinación e implicación tanto de las administraciones como de las entidades privadas implicadas y la participación de las personas, en el diseño y desarrollo de las acciones

10.- ÁREAS TEMÁTICAS, EJES Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS

Esta Estrategia se estructura en dos áreas temáticas: La Persona y los Entornos. Cada una de las áreas está integrada por ejes estratégicos cuyos objetivos y acciones inciden de manera prioritaria, aunque no exclusiva, en los apoyos que precisa cada persona en proceso de envejecimiento y en el entorno en el que residen y en el que se pretende que disponga de esos apoyos.

Desde esta perspectiva, los ejes están integrados por acciones que ponen el acento en los tres niveles de prevención: en la prevención primaria, con medidas dirigidas a personas que no tienen dependencia, con el fin de evitarla, retrasarla y minimizar la aparición de los factores de riesgo más habituales; en la prevención secundaria para revertir o modificar el curso de la pérdida de funcionalidad de aquellas personas que ya tienen algún grado de dependencia y en la prevención terciaria, ofreciendo los apoyos que se precisen para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y de sus cuidadores, especialmente entre las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

ÁREA TEMÁTICA 1- LA PERSONA

Esta área temática desarrolla actuaciones dirigidas a promover el desarrollo integral de las personas que envejecen, desde una consideración biopsicosocial de su proceso de envejecimiento y desde el reconocimiento de la heterogeneidad que define a este grupo de población.

Partimos de dos dimensiones que construyen el marco teórico y conceptual que sustenta esta área temática:

La atención centrada en la persona, que está suponiendo una transformación muy relevante en el modelo de atención dispensado a personas mayores, sobre todo con necesidades de apoyo y muy especialmente en el caso de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer que, como han evidenciado las experiencias piloto, han experimentado importantes mejoras en su calidad de vida. Básicamente, se está efectuando una transición a modelos que sitúan en un lugar prioritario aspectos como la promoción de la autonomía, las preferencias de las personas y la defensa de su dignidad. Estamos ante un modelo de atención con una fuerte base ética, en el que estos principios, la autonomía y la dignidad, están dirigiendo este proceso de cambio cultural. Todo ello sin olvidar que la personalización como concepto, está liderando un proceso de cambio de tendencia social, que se trasluce en todos los ámbitos: empresariales, sociales, políticos, educativos... En definitiva, podríamos afirmar que estamos en la época de la personas, de sus necesidades y de sus elecciones. Abandonando la homogeneidad con la que nos hemos dirigido a los diferentes grupos sociales y centrándonos en dar respuestas diferentes a necesidades y personas heterogéneas.

El paradigma del Envejecimiento Activo, promovido en 2002 por la OMS con motivo de la II Asamblea mundial del Envejecimiento y recientemente revisado en un proceso participativo coordinado por el International Longevity Center Brazil que en 2015 difunde el documento "Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad". Quizás lo más importante de estos paradigmas que actualmente presiden todas las políticas de envejecimiento del mundo, sea la superación del modelo de actividad vigente hasta ese momento basado en una estructuración rígida de las etapas de la vida: Infancia y juventud dedicadas al aprendizaje, madurez entregada al trabajo y vejez a la jubilación y la dependencia. Estos planteamientos han sido sustituidos por un enfoque de curso de vida flexible, comprometido con todas las generaciones para crear oportunidades para la salud, la seguridad, la participación y el aprendizaje a lo largo de la vida. Pretende por tanto, empoderar a las personas promocionando sus derechos fundamentales a lo largo del ciclo vital y la aplicación de los principios de la ONU para las personas mayores (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad).

En consecuencia en este eje se incorporan gran parte de los contenidos del Club de los 60 que se incluyen en la Orden FAM/119/2014 y especialmente el Programa Integral de Envejecimiento activo, como respuesta y concreción de Castilla y León al nuevo marco conceptual sobre el envejecimiento

Eje estratégico 1.- La prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores

El incremento de la esperanza de vida y de los años en los que las personas mantienen su capacidad funcional, conllevan un proceso de envejecimiento de las personas que impone un abordaje novedoso de esta etapa, en la que se nos presenta la oportunidad de reformular el itinerario vital de las personas y construir nuevos proyectos. Cobra especial relevancia en este nuevo abordaje la puesta en valor como inversión en calidad de vida que representa la prevención, ligada fundamentalmente a la asunción de estilos de vida saludables, la participación social activa y el desarrollo de actividades tanto individual como socialmente significativas.

Es de tal importancia en concepto de prevención, que éste, deberá incluirse en cualquier acción tanto de las administraciones públicas como de los proveedores de servicios dirigidos a las personas en su proceso de envejecimiento. Las medidas dirigidas a conseguir la prevención de la dependencia, o del agravamiento de la misma una vez aparecida, deberá estar presente en el despliegue de servicios dirigidos a este colectivo de personas. Por tanto, todos los servicios del catálogo de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia incluirán acciones concretas dirigidas a este fin, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 5 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Bajo esta consideración estarán incluidos los centros y servicios que atienden a personas con predependencia o con situaciones leves de dependencia (atención residencial, ayuda a domicilio, atención en centros de día y análogos) han de considerarse también, en el marco de la legislación de dependencia, como de carácter preventivo e incluidos en esta estrategia, ya que están orientados a impedir o retrasar la necesidad de apoyos para las actividades de la vida diaria de los usuarios de los mismos.

Es por ello que desde la planificación gerontológica, es imprescindible animar a las nuevas generaciones que envejecen a pensar, planificar y tomar decisiones sobre su futuro próximo, lleno de oportunidades y también de algunas amenazas que se centran en la necesidad de ayuda.

Se pretende, por tanto, en esta área, facilitar y promover la capacidad de decisión de las personas que se acercan a la consideración de persona mayor, en la planificación de su vida futura, incluyendo la identificación de sus deseos y preferencias en el caso de que necesite apoyos y cuidados.

Objetivos:

- Promover la capacidad de decisión y autodeterminación de las personas para dar continuidad a su proyecto de vida durante el proceso de envejecimiento facilitando, cuando sea preciso, la orientación y apoyos que sean necesarios, con una especial consideración a aquellas personas en situación de vulnerabilidad, especialmente en el caso de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otros procesos neurodegenerativos.
- Avanzar en la implantación, en los centros de carácter social para personas mayores y en los servicios de promoción de la autonomía personal, del modelo de atención En mi casa, basado en la planificación centrada en la persona y profundizando en los criterios de la Ética en servicios sociales.

Acciones:

Acción 1 Garantizar, conforme a lo establecido en el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León, el acceso a una información suficiente que fundamente las decisiones de las personas que envejecen en aspectos relacionados con la promoción de la salud y el desarrollo de la autonomía personal. Transversalmente, se promoverán la coordinación, la igualdad de oportunidades y la calidad e innovación, elementos imprescindibles que integran este programa.

Acción 2 Facilitar la transición entre la vida laboral y la jubilación, promoviendo acciones de acompañamiento y orientación individualizada en la toma de decisiones en un conjunto de aspectos que condicionarán su proyecto de vida futuro: económicos, jurídicos, relacionales...

| | |
|-----------|---|
| Acción 3 | Promover la aplicación de los conocimientos disponibles en el ámbito de la ergonomía y la prevención de riesgos laborales entre los trabajadores mayores, garantizando así su permanencia e integración en su entorno. |
| Acción 4 | Garantizar que este tipo de acciones se realicen y adapten a las características de las personas que viven en entornos rurales, tanto desde las administraciones públicas como desde el mundo asociativo, cooperativo o sindical. |
| Acción 5 | Desarrollar, desde el ámbito profesional y voluntario, de acciones de orientación y consejo, a las personas que se acerquen al final de su etapa laboral para dar continuidad a sus proyectos de vida, desde la administración local y el movimiento asociativo. |
| Acción 6 | Promover la generación y difusión del conocimiento sobre las nuevas generaciones que se incorporan al grupo de población de mayores, sus proyectos y preferencias en aspectos que presidirán su vida futura en temáticas como las relaciones sociales y familiares, la autoimagen de las personas mayores, la gestión de la soledad o la solidaridad, entre otros. |
| Acción 7 | Activar, cuando las personas mayores presenten necesidad de cuidados y atenciones, un proceso de acompañamiento en la toma de decisiones sobre los apoyos, servicios y recursos disponibles para dar respuesta a esas necesidades, a través del Centro de Acción Social correspondiente, que coordinará y asesorará individualmente la evolución del proceso. |
| Acción 8 | Desarrollar una red de buenas prácticas en los centros de carácter social para las personas mayores y en el marco del Modelo de atención “En mi casa”, que contribuya a evaluar el impacto de la aplicación de los estándares de acreditación contemplados en el Decreto 3/2016, de 4 de febrero de 2016. |
| Acción 9 | Poner en marcha acciones formativas para difundir las recomendaciones basadas en la evidencia científica y el desarrollo de buenas prácticas para la creación de ambientes domésticos que faciliten la aplicación del modelo de atención centrado en la persona, basado en el derecho a la privacidad y la práctica de la autodeterminación, autonomía y libertad de elección; respetando siempre el entorno en el que se va a implantar, muy especialmente cuando es rural. |
| Acción 10 | Incorporar a la vida cotidiana de las personas dependientes y no dependientes, que permanezcan en su propio hogar o que vivan en centros residenciales, las intervenciones terapéuticas y de ocio, que procuren minimizar la faceta “patológica” en la organización de su vida diaria y realizar “actividades con sentido” que contribuyan, entre otros aspectos, al mantenimiento y recuperación de las funciones cognitivas (programas de memoria, estimulación cognitiva,...) y a la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, especialmente en el ámbito rural. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 11 | Impulsar, de manera prioritaria, el desarrollo de buenas prácticas de atención a personas con deterioro cognitivo en los centros de carácter social para personas mayores, en cada una de las dimensiones que configuran la atención centrada en la persona, teniendo siempre en cuenta los aspectos éticos y los relacionados con el buen trato. Se tendrá una especial consideración en el caso de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. |
| Acción 12 | Realizar experiencias innovadoras de eliminación de sujeciones, con el objeto de generalizar la “cultura de no sujeciones” en todos los centros y supervisar la prevalencia de sujeciones físicas y químicas en servicios residenciales y centros de día. |
| Acción 13 | Ofrecer programas adaptados a las personas con discapacidad que envejecen, en el marco del modelo “En mi casa”, priorizando en su historia y proyecto de vida su itinerario anterior y la preservación de su dignidad. |
| Acción 14 | Adaptar el plan de apoyos del proyecto de vida de las personas con discapacidad en sus procesos de envejecimiento que contribuyan al envejecimiento activo y que mejoren su calidad de vida. |
| Acción 15 | Incrementar la renta disponible de las personas mayores y, en especial, la de aquellas personas con discapacidad, a través de medidas fiscales. |

Indicadores:

- Nº de puntos de información en materia de envejecimiento activo, desagregado en función de su accesibilidad rural/urbana
- Nº de personas que acceden a actividades preventivas a través de la información obtenida en alguno de los puntos previstos para este fin, desagregado por edad y sexo
- Nº de personas en edad laboral que participan en programas de prevención de la dependencia y promoción del envejecimiento activo, desagregado por sexo
- Nº de acciones formativas dirigidas a la red asociativa de personas mayores para capacitarles en el apoyo al desarrollo del proyecto de vida de las personas que se acercan a esta etapa
- Nº de asociaciones que organizan actividades significativas para sus socios o personas interesadas en sus objetivos y funciones

- Nº de grupos de personas en proceso de envejecimiento y familiares de personas legalmente incapacitadas creados y reunidos para conocer sus preferencias, deseos e inquietudes
- Nº de acciones formativas dirigidas a profesionales en relación con los proyectos de vida y los apoyos que pueden precisar las personas para su desarrollo
- Nº de acciones formativas relacionadas con el proyecto “en Mi casa”, la atención centrada en la persona y la ética en los servicios sociales
- Nº de profesionales formados en temas relacionados con el proyecto “en Mi casa”, con la atención centrada en la persona y la ética en los servicios sociales
- Nº de personas asesoradas en los CEAS sobre su proceso de envejecimiento, desagregado por edad y sexo
- Nº de centros de carácter social para personas mayores que cumplen los estándares de acreditación de centros y unidades de convivencia
- Nº de asociaciones y entidades de los núcleos rurales que se organizan en torno a intereses, aficiones e inquietudes comunes
- Nº de asociaciones de familiares de personas con deterioro cognitivo que desarrollan acciones según el modelo de atención centrada en la persona, y teniendo en cuenta los principios de la ética
- Nº de centros de carácter social y servicios de promoción de la autonomía personal que han puesto en marcha protocolos para suprimir las sujeciones
- Nº de personas con discapacidad, en proceso de envejecimiento, que disponen de un proyecto de vida para afrontar la nueva etapa
- Nº de actividades dirigidas a las personas con discapacidad en, en el marco del modelo “en Mi casa” y de los programas de envejecimiento activo
- Nº de sujetos pasivos del IRPF mayores de 65 años que se aplican la deducción automática para personas con discapacidad e importe total deducido
- Nº de intervenciones terapéuticas dirigidas a minimizar la faceta “patológica” en la organización de la vida diaria.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales

- Consejería de Sanidad-Sacyl
- Consejería de Economía y Hacienda
- Consejería de Empleo- ECyL
- Entidades locales
- Organizaciones sindicales
- Entidades privadas proveedoras de servicios para personas mayores y entidades privadas titulares de centros de carácter sociales para personas mayores
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y de personas con deterioro cognitivo (Alzheimer, Parkinson...)

Eje estratégico 2.- Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento

La calidad de vida se relaciona íntimamente tanto con determinantes subjetivos como objetivos relacionados con la salud, la satisfacción con el estilo de vida, la sensación de bienestar, factores emocionales y la satisfacción de las necesidades.

Tradicionalmente, se han venido asociando las políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida con factores objetivos que tenían como finalidad la prevención, con actuaciones en materia de salud; sin embargo, cada vez se dispone de más evidencia científica acerca del valor predictivo, de los modos de vida, de los determinantes sociales y psicológicos, de las oportunidades de acceso a la información y de un amplio conjunto de factores, no sólo sobre la salud, sino sobre la calidad de vida de las personas y el mantenimiento de su autonomía a medida que avanza la edad.

Es por ello, que las políticas de “anticipación” adquieren la categoría de prioridad, por su demostrada capacidad para retrasar la aparición de situaciones de dependencia nunca deseadas o minimizar sus efectos, potenciando las capacidades. Los pilares para posibilitar un proceso de envejecimiento en las mejores condiciones posibles para cada persona son, precisamente, la anticipación, prevención, promoción de estilos de vida saludables y el favorecer las condiciones necesarias para que las personas puedan continuar desarrollando su proyecto de vida, desde el respeto a los principios de autonomía y autodeterminación.

Desde esta perspectiva, el objetivo de la prevención debe ser abordado con un enfoque transversal y multidisciplinar, partiendo de una concepción holística y sistémica de la persona y de su entorno más próximo, desde la base de la autorresponsabilidad en la mejora de la

calidad de vida. Por otra parte, la consideración de la persona mayor como un ciudadano más, que participa de las oportunidades y de los servicios dirigidos a toda la población, obliga a realizar un esfuerzo de no segregación y por lo tanto, siempre que sea posible, adaptar las oportunidades a todas las edades para que las personas puedan compartir espacios, tiempos, aficiones, proyectos, etc.

Objetivos:

- Promover la adquisición y mantenimiento, a lo largo de todo el ciclo vital, de hábitos y estilos de vida saludables y potenciadores de la autonomía personal, desde el principio de autodeterminación.
- Avanzar en el conocimiento del valor preventivo de las acciones y programas de envejecimiento activo, incluyendo sus efectos en el envejecimiento de las personas con discapacidad y en las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

Acciones:

| | |
|-----------|--|
| Acción 16 | Impulsar, desde la Gerencia de Servicios Sociales, en colaboración fundamentalmente con Sanidad, Educación y Empleo, acciones para facilitar el conocimiento y sensibilización de las personas de todas las edades, en relación con los cambios que se producen en las diferentes etapas evolutivas y la influencia de los estilos de vida en el bienestar y la calidad de vida. |
| Acción 17 | Diseñar un sistema de revisión del programa Integral de Envejecimiento Activo, desde la perspectiva de la atención centrada en la persona. |
| Acción 18 | Avanzar en la consolidación de un sistema de información anual sobre las actividades realizadas en toda la Comunidad, para mejorar la planificación de acciones de envejecimiento activo y la cobertura de las mismas. |

| | |
|-----------|--|
| Acción 19 | Impulsar bajo la forma de protocolo, la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, en la que, periódicamente, se fijen los objetivos de actuación conjunta, los modelos de atención, los perfiles de necesidad sociosanitarios, los protocolos de intervención así como el desarrollo de los elementos técnicos y tecnológicos necesarios para garantizar la calidad de vida de las personas mayores en los entornos donde las personas residan. En cada proceso sociosanitario que se implante, se establecerán indicadores que permitan evaluar el impacto en la calidad de vida de las personas, así como la eficacia y la eficiencia de los mismos. |
| Acción 20 | Facilitar el acceso de las personas, con independencia de su lugar de residencia, a acciones que favorezcan un proceso de envejecimiento activo que posibilite el mantenimiento de sus capacidades y de su autonomía, a través de la creación de redes provinciales que integren a todas las entidades públicas y privadas, especialmente a las organizaciones de personas mayores, para el desarrollo de un programa coordinado y consensuado para toda la Comunidad de Castilla y León. |
| Acción 21 | Poner en marcha actuaciones que, coordinadas por los servicios sociales de ámbito regional y local, en colaboración con la red asociativa, contribuyan a abordar la protección frente a aquellos factores de riesgo ante los cuales, las personas pueden resultar más vulnerables en función de la edad, como son la salud, el consumo, seguridad frente a los robos, accidentes domésticos o pobreza energética, entre otros. |
| Acción 22 | Promover hábitos y estilos de vida saludable, a través de tratamientos termales, talleres y actividades de promoción de la actividad física, de estimulación cognitiva y memoria, de capacitación para las actividades de la vida diaria o de habilidades y creatividad, entre otros, especialmente en el mundo rural. |
| Acción 23 | Facilitar el autocuidado y la autorresponsabilidad a través de acciones formativas y de acompañamiento que ayuden a afrontar nuevas situaciones que pueden aparecer en el proceso de envejecimiento. |
| Acción 24 | Crear un Banco de Conocimiento, de ámbito regional, que facilite la difusión de estudios e investigaciones que aporten evidencia científica sobre el impacto de la prevención en el proceso de envejecimiento, el envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad y buenas prácticas en materia de prevención. |
| Acción 25 | Promover el desarrollo de los centros multiservicios como recurso de proximidad para apoyar a las personas mayores, especialmente a las afectadas por procesos neurodegenerativos, en el mantenimiento de su autonomía, la permanencia en el domicilio y la realización de las actividades de la vida diaria. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 26 | Diseñar actuaciones específicas para la prevención y el abordaje de la dependencia de las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento. |
| Acción 27 | Promover la investigación sobre determinantes sociales de la salud, en coherencia con las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud para minimizar desigualdades sociales. |
| Acción 28 | Facilitar espacios formativos compartidos entre las entidades, públicas y privadas que intervienen en los diferentes ámbitos preventivos. |
| Acción 29 | Avanzar en el desarrollo de programas de prevención en sus diferentes niveles, dirigidos tanto a las personas que residen en sus domicilios, como a las personas usuarias de centros de carácter social, desde la perspectiva de actividades con sentido frente a intervenciones de carácter terapéutico y en coherencia con los principios de dignidad, autonomía y autodeterminación. |
| Acción 30 | Generar y potenciar actividades de ocio adaptadas por y para todas las personas. |
| Acción 31 | Desarrollo de acciones formativas sobre envejecimiento, prevención y cuidados a los profesionales del campo del envejecimiento y de la discapacidad. |
| Acción 32 | Integrar conocimientos específicos sobre la discapacidad en los avances en gerontología. |

Indicadores:

- Nº de acciones de difusión de información relacionada con los cambios que se producen en las diferentes etapas de la vida y la influencia de los estilos de vida en esos cambios
- Nº de entidades que acceden a la información del mapa de recursos de envejecimiento activo
- Nº de entidades que participan en el proceso de planificación con base en el mapa de recursos de envejecimiento activo
- Nº de experiencias innovadoras relacionadas con la protección de los derechos y frente a actuaciones fraudulentas que más habitualmente afectan a las personas mayores
- Nº de entidades implicadas en el desarrollo de experiencias innovadoras relacionadas con la protección de los derechos y frente a actuaciones fraudulentas
- Nº de personas que participan en el programa de termalismo de Castilla y León, desagregadas por edad y sexo

- Nº de municipios con actividades de envejecimiento activo, desagregado por ámbito rural y urbano
- Nº de personas que participan en las actividades de envejecimiento activo desagregado por ámbito rural y urbano, edad y sexo
- Nº de acciones formativas e informativas para motivar a las personas para el autocuidado
- Nº de investigaciones y estudios difundidos a través del banco de conocimiento regional en relación con la evidencia científica de la eficacia de los programas de envejecimiento activo
- Nº de centros multiservicios
- Nº de personas usuarias de los centros multiservicios, desagregado por edad y sexo
- Nº de acciones formativas sobre temas relacionados con la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia
- Nº de profesionales y de personas mayores desagregado por edad y género, que participan en acciones formativas sobre temas relacionados con la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia
- Nº de centros de carácter social que realizan actividades de envejecimiento activo según el modelo de la planificación centrada en la persona
- Nº de actividades del Programa Integral de Envejecimiento Activo dirigidas a personas de menos de 60 años
- Nº de protocolos establecidos entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales para garantizar la calidad de vida de las personas mayores en los entornos donde residan.
- Nº de programas de prevención que desarrollen actividad frente a intervenciones de carácter terapéutico.
- Nº de actuaciones formativas realizadas para incorporar la educación ambiental en el ocio adaptado.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad-Sacyl

- Consejería de Empleo - ECYL
- Consejería de Educación- Universidades
- Consejería de Fomento y Medio Ambiente
- Entidades locales
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y personas con deterioro cognitivo (Alzheimer, Parkinson...)

Eje estratégico 3.- Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes

El envejecimiento de la población castellano y leonesa generará en breve una auténtica “revolución de la longevidad”, como está sucediendo en la mayoría de los países desarrollados. Estamos ante un importante número de personas mayores con competencias, capacidad de organización y un enorme potencial de transferencia de conocimiento y experiencia; un grupo de población que deja de ser sólo “objeto de atención a sus necesidades” y de protección para desempeñar un papel social relevante, protagonista, generador de bienestar en la sociedad y facilitador del desarrollo de su comunidad. En definitiva, las personas que envejecen representan una fuente de apoyo solidario y de experiencia vital que ayuda, permanentemente, al crecimiento y sostenibilidad de la comunidad.

Tradicionalmente, el final de la vida laboral se ha asociado con el incremento del tiempo libre, lo que obligaba a los organismos responsables a facilitar oportunidades para la ocupación de ese tiempo disponible, que anteriormente se destinaba fundamentalmente al trabajo. En la actualidad, se están incorporando, a esta nueva etapa, personas que ya tienen integradas, en su vida cotidiana, actividades y aficiones que responden a una pluralidad de inquietudes, intereses y necesidades. Por ello, uno de los cambios más significativos que experimentan cuando llega el momento de la jubilación, no es el incremento del tiempo y la necesidad de ocuparlo, sino la de encontrar nuevos espacios de autorrealización a través de fórmulas para seguir colaborando en la mejora y desarrollo de su comunidad y del bienestar de las personas.

Sin embargo, vivimos en un mundo que reproduce continuamente estereotipos en torno al envejecimiento, considerando a las personas mayores como un sector objeto de atención a quienes “hay que dar”, olvidando que su experiencia, su disponibilidad y, sobre todo, su deseo

es continuar ayudando al progreso y crecimiento de la sociedad y que ésta necesita de sus aportaciones para poder avanzar desde unas bases sólidas. Este cambio, ha de ser reconocido y abordado desde los poderes públicos y la iniciativa privada, con o sin fin de lucro.

Este eje pretende visibilizar la realidad expuesta y potenciar el que las personas mayores puedan ejercer los roles sociales, en igualdad de oportunidades, que den respuesta a la misma, facilitando y posibilitando medios y espacios que lo hagan posible.

Objetivos:

- Impulsar las aportaciones individuales y colectivas de las personas mayores en el desarrollo y crecimiento del bienestar social, especialmente como proveedores de apoyo solidario, desde la perspectiva de la autorresponsabilidad.
- Promover la difusión de una imagen de las personas mayores no discriminatoria en función de la edad y como participantes activos del cambio y desarrollo social.

Acciones:

| | |
|-----------|--|
| Acción 33 | Favorecer, desde los poderes públicos y con un enfoque transversal, la transmisión de una imagen de las personas mayores y de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento ajustada a la realidad actual, libre de estereotipos y conductas discriminatorias por razón de edad. |
| Acción 34 | Visibilizar las acciones de colaboración social realizadas por las personas mayores, tanto en el ámbito familiar, a través de la transferencia de cuidados y atenciones, como en el comunitario, participando en movimientos vecinales, o en redes asociativas unidas por el bien común. |
| Acción 35 | Facilitar la creación de espacios para un debate intergeneracional que favorezca el intercambio, la transmisión, análisis y sensibilización hacia los valores, necesidades, inquietudes y deseos de la sociedad actual. |
| Acción 36 | Capacitar a las asociaciones para que, en colaboración con las entidades locales, puedan contribuir a la protección de los derechos de las personas, especialmente aquellas más vulnerables como es el caso de las personas con Alzheimer u otras demencias. |
| Acción 37 | Facilitar la participación de las personas mayores o de sus familiares, en el caso de personas con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson...), en el diseño de políticas y desarrollo de programas dirigidos, de manera preferente, a la población mayor, a través de órganos creados específicamente para esa finalidad. |

| | |
|-----------|--|
| Acción 38 | Fomento de nuevos instrumentos de análisis, con evidencias de fiabilidad y validez, que sean sensibles a la aparición y a las variaciones del deterioro cognitivo de las personas con discapacidad. |
| Acción 39 | Facilitar oportunidades para la participación comprometida de las personas mayores y su implicación en la mejora de la calidad de vida de su comunidad, a través de la creación de redes de voluntariado, con implicación de las entidades públicas y privadas que intervienen en cada ámbito territorial, desde una perspectiva personalizada, valorando los deseos y preferencias individuales y procurando diversificar al máximo las posibilidades de colaboración en diferentes organizaciones de voluntariado. |
| Acción 40 | Difusión, a través del Banco de Conocimiento regional, de buenas prácticas de voluntariado y de colaboración entre organizaciones para trabajar en temas de interés general. |
| Acción 41 | Impulsar el papel de las personas mayores, a través de las organizaciones de su comunidad, como consultores en temas relacionados con la conservación del medio ambiente, y patrimonio natural, el entorno urbano, patrimonio arquitectónico y otros temas que redunden en beneficio de todos los ciudadanos, notificando cualquier problema o aspecto a mejorar que perciban a través de los cauces que, en cada caso, correspondan. |
| Acción 42 | Capacitar a las asociaciones de personas mayores para adaptar su finalidad, objetivos y funcionamiento a las personas que se están incorporando a esta etapa de la vida y a los nuevos roles que progresivamente van adquiriendo. |
| Acción 43 | Apoyar a la red asociativa de personas mayores del ámbito rural para que se constituyan en motor de cohesión social y dinamización de sus entornos. |
| Acción 44 | Poner en marcha nuevas fórmulas asociativas en el ámbito rural que prioricen las sinergias basadas en intereses compartidos frente a la edad y la capacidad. |
| Acción 45 | Promover la aplicación del enfoque de género, en los nuevos roles sociales que están asumiendo las personas mayores, para favorecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, desde el respeto a la capacidad de decisión de cada persona. |

Indicadores:

- Nº de asociaciones de personas mayores desagregado según el ámbito rural o urbano

- Nº de actividades difundidas a través de las redes sociales de las organizaciones de personas mayores, que impliquen un compromiso con sus comunidades
- Nº de actividades de carácter intergeneracional
- Nº de personas que participan en actividades de carácter intergeneracional, desagregado por edad y sexo
- Nº de órganos de participación de las personas mayores de ámbito regional, provincial o local
- Nº de asociaciones de personas mayores que realizan o participan en acciones de voluntariado y sensibilización para la mejora de sus comunidades
- Nº de actividades realizadas por las entidades de personas mayores en beneficios de su comunidad y de las personas de su entorno
- Nº de buenas prácticas de voluntariado difundidas a través del Banco de Conocimiento regional
- Nº de acciones formativas realizadas para capacitar a las asociaciones para adaptar su organización y funcionamiento a los nuevos perfiles de las personas mayores
- Nº de actuaciones de sensibilización sobre la igualdad de género en la asunción de roles sociales
- Nº de mujeres que forman parte de los órganos directivos de entidades de personas mayores de ámbito regional
- Nº de actuaciones impulsadas de voluntariado ambiental para personas mayores
- Nº de difusiones realizadas a las asociaciones de personas mayores del medio rural para promover su participación en acciones promovidas por el Foro Fuentes Claras

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad - Sacyl.
- Consejería de Educación- Universidades de Castilla y León
- Consejería de Fomento y Medio Ambiente
- Entidades locales
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y personas con deterioro cognitivo (Alzheimer, Parkinson...)

Eje estratégico 4.- Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida

El aprendizaje a lo largo de la vida, ofrece un importante acercamiento a la perspectiva actual de la resiliencia entendida como el acceso a las reservas necesarias para adaptarse, superar o crecer desde los desafíos con los que el individuo se encuentra en la vida (Smith AK et al. 2011).

Según datos de la Encuesta sobre hábitos y prácticas culturales en España 2010-2011, la población mayor es “cada vez más culturalmente activa”. Uno de los aspectos más innovadores que recoge la reciente revisión (2015) del paradigma sobre envejecimiento activo, ha sido la reformulación de sus principios y la incorporación de un cuarto pilar bajo el título “Aprendizaje continuo a lo largo de la vida” acompañando y apoyando a los ya conceptualizados en 2002: salud, participación y seguridad. No sólo la OMS da importancia al aprendizaje; la OCDE considera el aprendizaje continuo como uno de los componentes más importantes del capital humano en un mundo que envejece.

En la actualidad, el rol que representan las personas mayores es complejo debido a los cambios de hábitos, de costumbres y de cultura que, tan rápidamente, se están produciendo en nuestra sociedad. Sin embargo, las personas tienen que adaptarse a esos cambios, afrontar los tiempos que les ha tocado vivir o de lo contrario, quedarán aisladas. Hoy, más que nunca, la información, la capacidad y el deseo de aprender cosas nuevas son elementos integradores, imprescindibles en una sociedad cambiante.

El aprendizaje continuo mejora la capacidad de envejecer con salud, de actualizar conocimientos, de adquirir destrezas y habilidades que serán necesarias para afrontar esta nueva y larga etapa de la vida de manera saludable, satisfactoria, responsable, colaboradora y competente. El conocimiento nos ayuda a sentirnos más seguros y con mayor control sobre nuestra vida, aspecto esencial con el paso del tiempo. Además estas acciones promueven el mantenimiento de las habilidades y destrezas que previenen y retrasan la aparición de los déficits asociados al envejecimiento no patológico de las funciones cognitivas superiores implicadas en la memoria y el aprendizaje de las personas mayores.

Objetivos:

- Potenciar el aprendizaje continuo a lo largo de la vida como vía para promover la competencia, el control y la integración de las personas a los cambios que acompañan a la sociedad actual.

- Contribuir al desarrollo social, potenciando la transmisión de experiencias y valores de las personas mayores a otras generaciones.

Acciones:

| | |
|-----------|---|
| Acción 46 | Revisión y adaptación de los programas para el Aprendizaje a lo largo de la vida, de acuerdo con los nuevos perfiles de las personas mayores y con la participación del ámbito educativo y del movimiento asociativo. |
| Acción 47 | Promover el acceso de las personas mayores a nuevas posibilidades de aprendizaje, regladas o no: universidades de mayores, integración en cursos universitarios reglados, o cualquier otro formato que actualmente configuran una amplia oferta de cursos y talleres de diversas disciplinas. |
| Acción 48 | Promover programas y actividades de memoria y estimulación de otras funciones cognitivas superiores (lenguaje, atención, concentración, orientación, cálculo,...) que potencien la adquisición y mantenimiento de habilidades y destrezas implicadas en el aprendizaje de las personas mayores. Se tendrá en cuenta en su diseño la perspectiva rural – urbana. |
| Acción 49 | Avanzar en el acercamiento de las personas mayores a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) desde la comprensión de toda su potencialidad en el mantenimiento de la comunicación y creación de redes sociales. |
| Acción 50 | Diseñar iniciativas innovadoras desde la intergeneracionalidad para compartir conocimientos a través del uso de las TIC. Se procurará generar relaciones de apoyo mutuo que pongan en valor el capital social que representan las personas mayores y el conocimiento y eficacia de la “cultura tecnológica” de las generaciones más jóvenes. |
| Acción 51 | Facilitar el acceso de las personas mayores al conocimiento del patrimonio cultural y natural de Castilla y León y ofertar actuaciones que promuevan el conocimiento de otras culturas y espacios geográficos, combinando el aspecto lúdico con el cultural y social. |
| Acción 52 | Impulsar la coordinación entre instituciones del ámbito de la cultura y del empleo, entre otras, que contribuyan a la recuperación y transmisión de costumbres, tradiciones y oficios, favoreciendo con ello la reactivación económica y la fijación de la población en el ámbito rural. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 53 | Facilitar a las personas que viven en núcleos aislados rurales el acceso a las actividades que promuevan el aprendizaje continuo. Asimismo se acercarán a estos territorios actividades culturales y sociales desde una perspectiva universalista y para todas las edades. |
| Acción 54 | Promover, a través de las entidades locales y de la red asociativa de cada entorno, la realización de talleres de capacitación para la realización de las actividades de la vida diaria que facilitan el mantenimiento de las personas en su entorno habitual, favoreciendo la autonomía de las personas y teniendo en cuenta la perspectiva de género. |
| Acción 55 | Facilitar la formación de los profesionales en las competencias personales y las habilidades didácticas necesarias en los procesos de aprendizaje de las personas mayores. |
| Acción 56 | Visualizar y difundir, a través del Banco de Conocimiento Regional, entre los profesionales, instituciones y ciudadanía, las experiencias más representativas de las buenas prácticas relacionadas con el aprendizaje de las personas mayores. |
| Acción 57 | Desarrollo de acciones formativas, colaborativas y de intercambio entre profesionales sobre investigaciones, programas, metodologías y otro tipo de iniciativas novedosas y significativas por su impacto en el campo del aprendizaje a lo largo de la vida. |

Indicadores:

- Nº de personas que participan en programas de aprendizaje a lo largo de la vida, especialmente los desarrollados en el ámbito universitario, desagregado por edad y sexo
- Nº de acciones realizadas para capacitar a las personas mayores en el uso de las TICs
- Nº de personas que participan en actividades de capacitación en el uso de las TICs, desagregado por edad y sexo
- Nº de personas que participan en actividades de acercamiento a otras culturas y espacios geográficos, desagregado por edad y sexo
- Nº de personas que participan en acciones para facilitar el acercamiento al patrimonio cultural y natural de Castilla y León, desagregado por edad y sexo
- Nº de localidades que disponen de actividades relacionadas con el aprendizaje a lo largo de toda la vida, desagregado por ámbito rural/urbano

- Nº de talleres dirigidos a capacitar en habilidades para la vida autónoma, desde una perspectiva de género
- Nº de personas que participan en talleres dirigidos a capacitar en habilidades para la vida autónoma, desagregado por edad y sexo
- Nº de buenas prácticas relacionadas con el desarrollo de programas de aprendizaje a lo largo de la vida, difundidas a través del Banco de Conocimiento Regional
- Nº de programas para el Aprendizaje a lo largo de la vida que incorporan la variable ambiental y de sostenibilidad
- Nº de monumentos practicables con apoyo
- Nº de espacios o monumentos gestionados por la Consejería de Cultura y Turismo que ofrecen descuentos o tarifas mejoradas para mayores de 65 años

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad - Sacyl
- Consejería de Empleo - ECYL
- Consejería de Educación- Universidades
- Consejería de Cultura y Turismo
- Consejería de Fomento y Medio Ambiente
- Entidades locales
- Entidades del sector asociativo de personas mayores

ÁREA TEMÁTICA 2. LOS ENTORNOS

Desde posicionamientos ecológicos sistémicos, la optimización de los entornos con los que interactúan las personas mayores se identifica como elemento indispensable para el buen desarrollo de sus proyectos y de su calidad de vida.

Los entornos cercanos y familiares ejercen un papel protector que proporcionan seguridad y fortaleza para hacer frente a situaciones difíciles que, con frecuencia, aparecen en el proceso de envejecimiento. El efecto es aún más relevante en el caso de las personas afectadas por enfermedades de tipo neurodegenerativo (Alzheimer, Parkinson...) en las que puede verse afectada de forma muy importante la capacidad de autonomía y de decisión en las personas.

Un entorno comunitario adecuado compensa pérdidas, genera sentimientos de pertenencia y estimula la participación desde un posicionamiento responsable y comprometido; facilita la relación social y la creación de redes de apoyo. Su efecto en la mejora o en la disminución de la resiliencia, a lo largo de la vida, es determinante.

Asimismo, la importancia del entorno físico y ambiental puede mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente aquellas que necesitan ayuda, minimizando la dependencia y favoreciendo la normalización de la vida cotidiana de personas que necesitan mucha ayuda. En este sentido, el marco conceptual del diseño universal democratiza la accesibilidad de los espacios, edificios y barrios, generando bienestar entre toda la ciudadanía. Un ascensor es imprescindible para una persona muy mayor, pero también mejora mucho la vida cotidiana de una madre con niños pequeños.

Un entorno adecuado, accesible, amigable, facilita el deseo claro de las personas que necesitan ayuda, de seguir viviendo en su casa, promueve el apoyo social y, en consecuencia, refuerza conductas saludables de las personas, mejora el acceso a los servicios y les fortalece emocionalmente. Este impacto es especialmente significativo para las personas con importantes limitaciones en su autonomía como son los enfermos de Alzheimer o las personas que viven en soledad.

Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno socio familiar y cuidados de proximidad

Hace ya varias décadas que el lema “Envejecer en casa” se ha convertido en uno de los focos de mayor importancia para los Organismos Internacionales (OCDE, ONU, UE.) y para la planificación de las políticas sociales en todos los países desarrollados.

El deseo de permanecer en el domicilio y en el entorno habitual, aun cuando las personas necesiten ayuda, se manifiesta con insistencia en todos los estudios y sondeos en los que se pregunta sobre esta cuestión. En coherencia con esta sólida voluntad de los interesados, las políticas sociales de los últimos años priorizan este tema tanto en los ámbitos internacionales como en España. Si bien, el sistema público de servicios sociales priorizó el desarrollo de un modelo de atención residencial que era incipiente hasta la década de los 90, actualmente los índices de cobertura de los dos recursos principales (SAD y residencias) son muy similares.

Sin embargo, es sobradamente conocido que la permanencia en el domicilio de personas en situación de dependencia, especialmente si padecen deterioro cognitivo, evidencia la necesidad de reformular el modelo de los servicios de apoyo en el domicilio, concebido para una realidad sociodemográfica y familiar de las personas mayores muy diferente a la que vivimos actualmente.

“Vivir en casa” requiere entornos domiciliarios y comunitarios accesibles y amigables, una amplia gama de servicios de proximidad, apoyo de la acción voluntaria, productos de apoyo y tecnologías, perfiles profesionales flexibles y diversos, acción coordinada con el sistema sanitario y una organización del modelo de atención capaz de integrar todas estas atenciones complementando, siempre que sea posible, el sólido apoyo procedente del entorno familiar. Para ello, es necesario poner en marcha servicios de apoyo a los cuidadores informales, ajustados a sus demandas, e incidir en el reconocimiento público a su labor

Objetivos:

- Facilitar a las personas mayores la permanencia en sus hogares habituales, incidiendo en el carácter preventivo y proactivo para dar respuesta a las necesidades que puedan surgir; optimizando la coordinación y colaboración en el ámbito de la atención sociosanitaria, desde el respeto a la decisión individual y promoviendo ambientes alternativos, en caso necesario, que garanticen el desarrollo de los proyectos de vida.
- Ofrecer a las familias y cuidadores informales los apoyos y soportes necesarios para posibilitar el desempeño de sus funciones de cuidado, haciéndolo compatible con una vida de calidad, tanto para el familiar como para la persona cuidada, especialmente ante las demencias, la enfermedad de Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos.

Acciones:

| | |
|-----------|--|
| Acción 58 | Recopilar y difundir información sobre modelos de convivencia alternativos, priorizando aquellos que tengan un carácter intergeneracional. |
| Acción 59 | Implantar experiencias innovadoras, bajo la denominación “A gusto en mi casa”, en distintos ámbitos de la comunidad autónoma en las que, de acuerdo a la definición de hogar en riesgo y hogar seguro, permita detectar situaciones de especial vulnerabilidad y garantizar servicios de calidad para las personas mayores que deseen seguir residiendo en su hogar. |
| Acción 60 | Promover la continuidad de los cuidados en las personas mayores en situación de hospitalización, en su tránsito a su propio hogar, con un nivel de calidad y desde los principios de la atención centrada en la persona que posibiliten la capacidad de decisión. |
| Acción 61 | Garantizar la provisión integrada de servicios sanitarios en los centros residenciales de atención a personas mayores y a personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, a través de la coordinación con el sistema sanitario de atención primaria y en su caso, atención especializada. |
| Acción 62 | Informar y sensibilizar acerca de las ventajas que ofrecen los sistemas telemáticos, como elementos de apoyo, seguridad y comunicación para las personas que viven solas, especialmente en el ámbito rural. |
| Acción 63 | Ofrecer apoyo a la persona afectada y a su entorno familiar, para la preparación del final de la vida, coordinando los servicios sociales, sanitarios, jurídicos y otros que, en cada caso, se puedan valorar como necesarios. |
| Acción 64 | Realizar acciones de sensibilización ciudadana que hagan visible y den valor al cuidado familiar y generen actitudes positivas respecto a la compatibilidad entre la vida laboral y personal. |
| Acción 65 | Facilitar información, asesoramiento y orientación, desde el ámbito de los servicios sociales y sanitarios, a los familiares cuidadores, respecto a las funciones que deben desempeñar y los apoyos de los que pueden disponer para el desempeño de los cuidados diarios. |
| Acción 66 | Favorecer el acceso de los cuidadores informales a servicios de apoyo y de respiro, mediante la coordinación de las diferentes alternativas existentes o que se puedan crear para esta finalidad, y flexibilizando al máximo las condiciones para acceder a las mismas. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 67 | Ofrecer, a través de las entidades locales, servicios de mediación que favorezcan la reorganización de la vida familiar, estrategias de comunicación entre los miembros del núcleo familiar y reestructuración de roles para organizar los cuidados y compartir y distribuir responsabilidades. |
| Acción 68 | Promover el asociacionismo entre los cuidadores familiares, facilitando así la generación de grupos de autoayuda y la interlocución con las administraciones públicas. |
| Acción 69 | Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados. |
| Acción 70 | Adecuar el apoyo y los recursos destinados a familiares y cuidadores de personas mayores y adecuar el apoyo y los recursos para poder seguir prestando una atención especializada en su entorno a las personas con discapacidad en procesos de envejecimiento. |
| Acción 71 | Favorecer a las personas con discapacidad, mayores de 65 años la continuidad de los apoyos recibidos hasta ese momento. |

Indicadores:

- Nº de acciones recopiladas en el Banco de Conocimiento regional sobre modelos de convivencia de personas mayores, diferenciando aquellos que tengan un carácter intergeneracional
- Nº de personas a las que se ha apoyado a través de la experiencia innovadora “A gusto en mi casa”, desagregado por edad y sexo
- Nº de personas mayores hospitalizadas, a las que, necesítandolo, se han facilitado cuidados de continuidad tras el alta hospitalaria, desagregadas por sexo
- Nº de familias a las que se ha ofrecido apoyo, a través de la coordinación socio-sanitaria, para el afrontamiento del final de la vida
- Nº de entidades que disponen de un servicio de información y asesoramiento acerca de las funciones y apoyos disponibles para los cuidadores informales
- Nº de estudios o informes difundidos a través del banco de conocimiento regional, acerca de las funciones y apoyos disponibles para los cuidadores informales

- Nº de entidades locales y de entidades privadas relacionadas con la dependencia de las personas en proceso de envejecimiento que disponen de servicio de voluntariado para apoyar a los cuidadores informales y a las personas a las que cuidan
- Nº de familias que reciben apoyo, desde las entidades públicas y privadas relacionadas con el sector, para la continuidad de los cuidados ofrecidos a sus familiares en proceso de envejecimiento
- Nº de personas con discapacidad de 60 o más años que reciben apoyo en plazas públicas
- Nº de centros residenciales coordinados con el sistema sanitario
- Nº de centros residenciales coordinados con el sistema sanitario.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad - Sacyl
- Entidades locales
- Entidades de personas mayores
- Entidades de familiares de personas en proceso de envejecimiento (Alzheimer, Parkinson, discapacidad...)

Eje estratégico 6.- Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato

El desarrollo de metodologías de intervención, en el marco de la atención integral y centrada en la persona, pone de relieve la importancia de afrontar cuestiones relacionadas con la dignidad de las personas y la promoción del buen trato hacia ellas. De hecho, la protección de sus derechos está configurándose como un asunto troncal en el abordaje de la mayoría de las planificaciones destinadas a mejorar la vida cotidiana de los ciudadanos. Con frecuencia se asocia a garantías de protección económica, de acceso a recursos socios sanitarios o culturales, de respeto a la capacidad de elección o a la intimidad; pero es menos frecuente el afrontamiento de las situaciones relacionadas con el trato, que pueden llegar a vulnerar gravemente sus derechos.

Definitivamente, este complejo tema, oculto durante décadas, está tomando protagonismo en los últimos años, propiciado por organismos internacionales, organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales y responsables de las políticas sociales de todos los países desarrollados.

Aunque la problemática relacionada con los malos tratos hacia las personas mayores está ganando progresiva visibilidad, hasta hace muy poco tiempo la investigación sobre violencia se centraba exclusivamente en el maltrato infantil y, posteriormente en la violencia de género contra las mujeres, dejando de lado los malos tratos a mayores, que ha sido la última tipología por la que se han preocupado los investigadores. Las razones de este proceso sin duda son múltiples, pero hay una, relacionada con el valor social del envejecimiento y los estereotipos que rodean a esta etapa de la vida que, sin duda, preside la causalidad de esta falta de interés ante situaciones claramente dramáticas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los estudios que se han realizado sobre los malos tratos a personas mayores han puesto de manifiesto que la prevalencia es mayor entre las personas mayores con dependencia y que el riesgo de maltrato aumenta conforme se incrementa el nivel de dependencia. Esta problemática se incrementa aún más cuando la persona tiene un deterioro cognitivo que le dificulta o impide defender por sí misma sus propios derechos, como ocurre en las demencias en general y de forma especialmente significativa en los enfermos de Alzheimer.

Otro aspecto que preocupa a la ciudadanía y, por tanto, a los poderes públicos es el afrontamiento de la soledad tan frecuente en esta época de la vida. Mientras que la soledad puede y debe ser gestionada positivamente, como un indicador claro de competencia social, cuando es acompañada por una edad muy avanzada, barreras arquitectónicas y varias patologías, puede generar situaciones de riesgo que es necesario afrontar. Una vez más, como en casi todas las situaciones relacionadas con esta etapa de la vida, estamos refiriéndonos a mujeres, mayoritariamente viudas, con menor capacidad socioeconómica.

La generación de redes sociales, la participación y el voluntariado ayudarán a eliminar conductas y tratos inadecuados y a evitar el aislamiento y la exclusión social de personas que se sienten solas.

Objetivos:

- Garantizar la protección de los derechos, y la dignidad de las personas mayores en Castilla y León, contribuyendo a la promoción del buen trato, desde el enfoque de la ética, especialmente hacia las personas en situación de riesgo y vulnerabilidad, como es el caso de los enfermos de Alzheimer u otras demencias, y teniendo en cuenta la perspectiva de género.

- Afrontar las situaciones asociadas a la soledad de las personas mayores promoviendo el desarrollo de actuaciones en red con base en los apoyos solidarios, intergeneracionales y profesionales.

Acciones:

| | |
|-----------|--|
| Acción 72 | Potenciar la igualdad de oportunidades de las personas que envejecen para que puedan incorporarse a cualquier tipo de actividad social, cultural o política, siempre que lo deseen. |
| Acción 73 | Garantizar la participación de las personas mayores y de las agrupaciones de entidades de carácter innovador en los diseños de investigación que tengan como finalidad la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y en los procesos de validación de productos de apoyo y tecnologías, necesarios para tener una vida autónoma. |
| Acción 74 | Promover la participación de las personas mayores en iniciativas dentro del Banco del Tiempo como herramienta de cohesión social y fomento de la solidaridad y relaciones sociales intergeneracionales. |
| Acción 75 | Ofrecer a las personas que viven solas iniciativas para dotarlos de competencias para gestionar adecuadamente su vida diaria y apoyarles en el establecimiento de vínculos emocionales significativos. |
| Acción 76 | Promover la acción voluntaria, especialmente hacia las personas mayores que viven solas o se sienten aisladas, tanto en ámbitos urbanos como rurales. |
| Acción 77 | Realizar acciones de sensibilización sobre el valor de la acción voluntaria y su impacto en los sentimientos de satisfacción y utilidad social de las personas implicadas en tareas de voluntariado. |
| Acción 78 | Planificar un conjunto de acciones para promover el buen trato de las personas mayores, aspecto troncal en la atención centrada en la persona, siguiendo la secuencia que lo origina: Estereotipos, discriminación por razón de edad, infantilización, actitudes y representaciones sociales negativas, alto umbral de tolerancia en relación al trato que se infringe a estas personas, especialmente cuando padecen deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas. |
| Acción 79 | Reforzar la formación de los profesionales que trabajan en relación con las personas mayores, en especial en los temas relacionados con la ética y el buen trato. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 80 | Dar a conocer el Comité de Ética de Castilla y León a las entidades proveedoras de servicios, profesionales, familiares y cuidadores para que ayuden a discriminar acciones, actitudes y rutinas incorporadas a la vida cotidiana que merecen ser revisadas y analizadas desde la óptica de los principios de la ética. |
| Acción 81 | Sensibilizar a la población, acerca de su obligación como ciudadanos de, ante la sospecha de situaciones de riesgo para la integridad física, maltrato u otras situaciones de emergencia social, lo pongan en conocimiento del organismo competente. |
| Acción 82 | Garantizar atención de emergencia desde los servicios sociales ante situaciones de riesgo para la integridad física o psicológica de la persona mayor, articulando respuestas eficaces y procurando minimizar las consecuencias personales y sociales ante una situación de maltrato. |
| Acción 83 | Promover las relaciones intergeneracionales y favorecer espacios de confluencia y de actividades de personas mayores y de niños en edad escolar. |
| Acción 84 | Incorporar la perspectiva de edad en el Programa Violencia Cero, promoviendo la igualdad de género entre las mujeres y los hombres mayores y la lucha contra la violencia machista. |

Indicadores:

- Nº de acciones formativas realizadas en el marco del Programa Integral de Envejecimiento Activo, para la capacitación de las personas en proceso de envejecimiento y posibilitar su participación en cualquier ámbito de la sociedad
- Nº de personas de 60 o más años que participan en iniciativas, como el Banco de Tiempo, desagregado por sexo
- Nº de entidades de personas mayores que disponen de programas de apoyo a personas que viven solas
- Nº de acciones formativas y de participantes en las mismas, relacionadas con el buen trato, la ética en los servicios sociales y la atención centrada en la persona
- Nº de centros de carácter social para personas mayores cuya atención se ofrece en base al modelo de planificación centrada en la persona
- Nº de acciones de difusión de las actividades relacionadas con el Comité de Ética

- Nº de acciones de carácter intergeneracional desarrolladas por las entidades locales, entidades de personas en proceso de envejecimiento o de familiares de personas con dependencia
- Nº de personas que han participado en actividades de carácter intergeneracional, desagregado por edad y sexo
- Nº de mujeres de 60 o más años que participan en actuaciones de atención a mujeres víctimas de maltrato
- Nº de hombres de 60 o más años que han participado en programas dirigidos a agresores
- Nº de personas participantes en programas de promoción de la igualdad de género

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad - Sacyl
- Entidades locales
- Entidades de personas mayores
- Entidades de familiares de personas en proceso de envejecimiento (Alzheimer, Parkinson, discapacidad...)

Eje estratégico 7.- Fomento de entornos accesibles y amigables

El paradigma del envejecimiento activo, difundido en la II Asamblea Mundial del envejecimiento en 2002, ha ido avanzando progresivamente desde diferentes enfoques disciplinares para hacer sólidos sus planteamientos a través de la obtención de evidencias científicas. Uno de estos pasos en el camino de la concreción de este marco conceptual, ha sido el movimiento de Ciudades y territorios amigables promovido desde la OMS en 2005, que actualmente aglutina a cientos de ciudades y territorios de todo el mundo, con enormes diferencias en su grado de desarrollo y calidad de vida.

En Castilla y León este movimiento, bastante incipiente aún, está animando a que en muchos foros comience a hablarse de las personas mayores como protagonistas en la generación del bienestar de su entorno más cercano.

“Un entorno amigable alienta la vida independiente, el envejecimiento activo y la autonomía personal mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.” (OMS, 2007).

La amigabilidad está convirtiéndose ya en paradigma, en instrumento del proceso de empoderamiento y de participación activa que lideran las personas mayores centrándose, no sólo en su proyecto personal, sino en su forma de participación en la sociedad. A través del mismo se fomenta y equilibra la responsabilidad personal, el encuentro y la solidaridad intergeneracional, así como la creación de entornos favorables al envejecimiento en igualdad.

Su enfoque para la acción es preferentemente transversal, comprometiendo a la práctica totalidad de las áreas de desarrollo y decisión que se integran en ámbitos territoriales o municipales: espacios públicos, urbanismo, desarrollo rural y urbano, participación ciudadana, servicios sociales y sanitarios, etc...

La integración de esfuerzos y actuaciones coordinados desde este marco conceptual, facilitarán, sin duda, la construcción de una sociedad para todas las edades con mejor calidad de vida, más solidaria, más responsable y más feliz. Todas estas actuaciones tendrán un impacto especialmente significativo en el caso de las personas dependientes y de aquellas que padecen enfermedades neurodegenerativas como es el caso del Alzheimer u otras demencias.

Todo ello en plena consonancia con el concepto de diseño universal y la accesibilidad en todas sus facetas, conforme a lo establecido en el Plan Autonómico de Accesibilidad, integrado en el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad de Castilla y León.

Objetivos:

- Impulsar la construcción de una comunidad accesible, amigable con las personas mayores y que aplique la perspectiva de la edad en la vida cotidiana, con la implicación de la ciudadanía, las administraciones y las entidades privadas relacionadas con esta materia.
- Implicar a todos los agentes relacionados con esta materia: personas, entidades públicas y entidades privadas, en procesos de innovación relacionados con la accesibilidad.

Acciones:

| | |
|-----------|--|
| Acción 85 | Informar, orientar y sensibilizar al conjunto de la sociedad sobre la inclusión de la “perspectiva de edad” en todas aquellas planificaciones y actuaciones medioambientales, sociales, culturales... que influyen en la salud y el bienestar de las personas mayores. |
| Acción 86 | Promocionar el «diseño para todos» y la accesibilidad universal como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, y de la forma más autónoma y natural posible. |
| Acción 87 | Poner en conocimiento de todas las entidades públicas y privadas implicadas las medidas recogidas en el Plan Autonómico de Accesibilidad que afectan a personas mayores, en especial, las relacionadas con la planificación de criterios y actuaciones de accesibilidad y diseño urbanístico, accesibilidad en la vivienda, transporte, turismo y todos aquellos ámbitos que afectan a la vida diaria de las personas. |
| Acción 88 | Impulsar la participación de las personas mayores o sus familiares y cuidadores, en el caso de las personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas, principalmente a través de organizaciones en las que están representados, en los procesos de diseño urbanístico, espacios públicos y amueblamiento urbano, parques y jardines, señalética, etc. |
| Acción 89 | Promover el modelo de vivienda habitable, segura y sostenible para las personas mayores, en especial, aquellas que presentan deterioro cognitivo por la incidencia de la enfermedad de Alzheimer, otras demencias u otros procesos neurodegenerativos. |
| Acción 90 | Crear una red de buenas prácticas que recoja iniciativas innovadoras de alojamientos y de modelos de convivencia y que estará incluida en el Banco de Conocimiento regional. |
| Acción 91 | Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía, teniendo también en consideración dentro del colectivo de personas mayores, a las personas mayores retornadas y extranjeras, a los servicios públicos y privados con la cooperación del movimiento asociativo de personas mayores y de otros colectivos: facilitación de trámites administrativos, orientación y apoyo a personas extranjeras, recogida de quejas y reclamaciones, etc. |
| Acción 92 | Poner en marcha, junto con la Consejería de Empleo, acciones de información y sensibilización dirigidas al empresariado de Castilla y León para la puesta en valor del know-how (experiencia y conocimiento) de los trabajadores de 55 ó más años. La edad como criterio (no) discriminatorio en el mercado laboral. |

| | |
|-----------|---|
| Acción 93 | Colaboración con agrupaciones empresariales innovadoras o clústers en la búsqueda de soluciones sostenibles, innovadoras y prácticas que permitan mantener la vida independiente para las personas mayores al mismo tiempo que se pretenden promover nuevas formas de pensamiento sobre la atención a las personas mayores mediante el uso de metodologías innovadoras. |
| Acción 94 | Impulsar actuaciones en materia de transporte que puedan ejercer un efecto positivo en la calidad de vida de las personas mayores y que contribuyan a la creación de servicios y espacios accesibles y amigables. |
| Acción 95 | Realizar acciones de sensibilización y difusión de las bondades del movimiento de amigabilidad para toda la población, promoviendo entre la iniciativa privada que se generen acciones concretas de apoyo a los entornos amigables con las personas mayores. |
| Acción 96 | Difundir buenas prácticas e intercambiar experiencias sobre la puesta en marcha y desarrollo del Proyecto de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores. |
| Acción 97 | Promover la incorporación de ciudades y pueblos de Castilla y León a la Red Mundial de Ciudades amigables coordinada por la Organización Mundial de la Salud. |
| Acción 98 | Poner en valor la importancia de la participación de las personas mayores en la elaboración de los diagnósticos previos a la integración en la Red y su consiguiente desarrollo posterior. |

Indicadores:

- Nº de actividades de participación de personas en proceso de envejecimiento relacionadas con el diseño para todos
- Nº de personas que han participado en dichas actividades, desagregado por edad y sexo
- Nº de personas a las que se ha ofrecido apoyo para mejorar la accesibilidad y habitabilidad de su domicilio, desagregado por sexo, edad y capacidad cognitiva
- Nº de acciones recopiladas en el Banco de Conocimiento Regional sobre modelos de convivencia innovadores.
- Nº de entidades de personas mayores que ofrecen un servicio dirigido a orientar y asesorar para la mejora de la accesibilidad a los servicios públicos y privados
- Nº de proyectos impulsados por las agrupaciones empresariales de carácter innovador o clusters, relacionados con soluciones sostenibles, prácticas e innovadoras para favorecer la vida independiente de las personas en proceso de envejecimiento

- Nº de entidades locales que han realizado acciones dirigidas a promover entornos amigables con las personas mayores
- Nº de experiencias de puesta en marcha y desarrollo de ciudades amigables con las personas mayores difundidas a través del Banco de Conocimiento regional
- Nº de personas mayores atendidas por los centros que forman parte de la Red de Atención a Personas Inmigrantes de la Comunidad de Castilla y León y que han participado en proyectos en materia de inmigración subvencionados por la Consejería de Presidencia.
- Nº de personas mayores cuyas solicitudes de información han sido atendidas por la Oficina de Retorno y la Asociación de Emigrantes retornados de Castilla y León
- Nº de planificaciones y actuaciones que incluyen la perspectiva de edad en materias que influyen en la salud y el bienestar de las personas mayores.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Presidencia
- Consejería de Sanidad - Sacyl
- Consejería de Fomento y Medio Ambiente
- Entidades locales
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y personas con deterioro cognitivo (Alzheimer, Parkinson...)
- Agrupaciones empresariales de carácter innovador o clusters

11.- EXPERIENCIAS INNOVADORAS

El análisis de tendencias, la revisión de las líneas de actuación y experiencias previas de planificaciones realizadas en otros ámbitos territoriales, la propia estructura sociodemográfica y geográfica de Castilla y León y la larga experiencia desarrollada en la provisión de servicios y atención a las personas mayores en sus diferentes niveles de necesidad, recomiendan el desarrollo de experiencias de carácter innovador que aporten evidencia científica y técnica acerca de su impacto en los usuarios, familias y entornos en los que se desenvuelven las personas mayores.

Con esta finalidad, esta Estrategia incorpora una síntesis de estas iniciativas innovadoras que serán lideradas por la Gerencia de Servicios Sociales y desarrolladas en coordinación y colaboración con otros sectores de la administración regional y local, según el caso, y con la colaboración del sector privado.

Los resultados obtenidos en la implantación de otras iniciativas desarrolladas, como el nuevo modelo de atención “en Mi casa”, la atención integrada a personas con discapacidad por enfermedad mental, el estudio sobre el servicio de asistencia personal o los programas de itinerarios personalizados de inserción sociolaboral para personas con discapacidad han sido muy importantes antes de proceder a su generalización en toda la Comunidad.

Todos estos programas van a requerir, con carácter previo a su implementación, un importante trabajo de estudio, diseño, coordinación, preparación, formación... para que sus resultados avalen o, por el contrario no recomienden, su futura generalización.

A continuación se presentan estas experiencias en una ficha unificada que incluye los principales contenidos que las conforman:

1. Denominación
2. Eje o ejes estratégicos en el que se enmarca
3. Objetivos
4. Descripción
5. Contenidos y actividades
6. Destinatarios

7. Requisitos
8. Indicadores de resultados
9. Acciones relacionadas
10. Observaciones relevantes a considerar

Relación de EXPERIENCIAS INNOVADORAS:

Experiencia innovadora 1: Puesta en marcha en varios ámbitos territoriales el proyecto “A gusto en mi casa”

Experiencia innovadora 2: Atención integral a la persona en la fase final de la vida

Experiencia innovadora 3: Prevención y atención a la dependencia de las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento

Experiencia innovadora 4: Protección de derechos de las personas mayores ante situaciones de engaño y prácticas fraudulentas

Experiencia innovadora 5: Atención y apoyo al cuidador desde el inicio del cuidado

Experiencia innovadora 6: Apoyo a personas mayores con hijos con discapacidad

Experiencia innovadora 7: Buen trato a personas mayores y solidaridad entre generaciones

Experiencia innovadora 8: Entornos accesibles y amigables con las personas mayores. Una sociedad para todos

EXPERIENCIA INNOVADORA 1: A GUSTO EN MI CASA

1. Denominación del proyecto:

PUESTA EN MARCHA EN VARIOS ÁMBITOS TERRITORIALES EL PROYECTO "A GUSTO EN MI CASA"

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno socio familiar y cuidados de proximidad

3. Objetivos:

General:

Prevenir y actuar ante hogares en riesgo de forma proactiva desde los sistemas de protección públicos con procesos sociosanitarios integrados dotando a las personas que vivan en esos hogares de los elementos necesarios para que éstos se consideren como hogares seguros desde la perspectiva de la calidad de vida.

Específicos:

- Facilitar que todas las personas dependientes de los hogares en riesgo tengan acceso a un proyecto de vida
- Que todas las personas dependientes de los hogares seguros cuenten con un profesional de referencia que realice el seguimiento de su proyecto de vida
- Capacitar a las personas mayores para que aprendan a gestionar su soledad, vivir bien solos sin sentir que están solos
- Promover la pertenencia a redes de relación social, de asociacionismo y voluntariado para prevenir situaciones de soledad no deseada
- Facilitar las adaptaciones del hogar y las ayudas técnicas que la persona mayor necesite para la permeancia en su hogar
- Ofrecer en intensidad y cobertura suficiente los cuidados de proximidad que la persona necesite para su permanencia en el hogar
- Coordinar con el sistema sanitario las acciones para que las personas que se encuentren dentro de los riesgos HR1, HR2, HR3, atención programada y de urgencia en su propio domicilio
- Poner en marcha elementos de soporte a las personas cuidadoras, desde el apoyo mutuo hasta las prestaciones de respiro que se ajusten a cada situación y que permitan que no aparezca el síndrome de cuidador quemado
- Formar a las personas cuidadoras en los conocimientos necesarios para abordar unos cuidados informales de calidad y satisfactorios, ofrecer entrenamiento en competencias y acompañamiento y, cuando sea necesario, formación para abordar conductas complejas derivadas del deterioro cognitivo
- Implicar a la comunidad, promover la solidaridad intergeneracional y poner en valor el papel del movimiento asociativo

4. Descripción:

Hogar en riesgo, es aquel que, por las personas que lo ocupan, o bien precisan servicios de proximidad o bien una supervisión ante posibles situaciones de emergencia por estar compuesto por una persona o varias en situación vulnerable por precisar servicios de proximidad (necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida por necesidades derivadas de la discapacidad o la dependencia).

Ante las diversas características de los componentes de estos hogares se establecen los siguientes tipos de hogar en riesgo (HR).

| NIVEL DE RIESGO | PERFIL DE NECESIDAD | DETERIORO COGNITIVO | | | |
|-----------------|---|-------------------------|---|---|---|
| | | SIN DETERIORO COGNITIVO | 1 | 2 | 3 |
| HR3 | Hogar unipersonal que cuenta con grado II o grado III de dependencia | | X | X | X |
| | Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III con una persona cuidadora principal, mayor de 70 años | | X | X | X |
| | Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III a cargo de una persona cuidadora frágil | | X | X | X |
| HR2 | Hogar unipersonal con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o con discapacidad grave que vive solo | | | X | |
| | Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III con un cuidador principal mayor de 70 años | X | | | |
| | Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III a cargo de una persona cuidadora frágil | X | | | |
| HR1 | Hogar unipersonal que cuenta con grado I de dependencia | X | | | |
| | Hogar unipersonal con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o con discapacidad grave que vive solo | X | | | |
| HR0 | Hogar unipersonal con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o grado 3 sin dependencia o con discapacidad grave que vive solo | X | | | |
| | Hogar con una persona dependiente de grado II o grado III con una persona cuidadora viable | X | X | X | X |

Para poder abordar estas situaciones de riesgo se pretende poner en marcha un sistema de intervención programado que responde al concepto de Hogar Seguro.

Hogar seguro es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas así como los servicios de proximidad activados para que la persona dependiente pueda permanecer en el hogar sin supervisión profesional continua, sin que esto atente contra su seguridad. Esta consideración tendrá en cuenta los diferentes niveles de riesgo.

5. Ejemplo de contenidos/actuaciones:

- Adquisición de habilidades y competencias que ayuden a gestionar la soledad.
- Acompañamiento y Apoyo.
- Participación Social: asociacionismo y pertenencia a redes sociales.
- Implicación de la Comunidad, Intergeneracionalidad y voluntariado.
- Casas amigables: accesibilidad y uso de las TIC's (Tecnologías de la Información y la Comunicación).
- Cuidados de proximidad.
- Hogar Apto.
- Atención sanitaria en el Hogar.

| | |
|-------------------------|---|
| 6. Destinatarios | Personas mayores de avanzada edad, con discapacidad o con dependencia que permanezcan en su vivienda. |
|-------------------------|---|

7. Requisitos (en caso de ser necesario):

Los requisitos para la consideración de Hogar en riesgo son:

- a) Hogar unipersonal con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o de grado 3 sin dependencia o con discapacidad grave que vive solo
- b) Hogar unipersonal que cuenta con grado I de dependencia
- c) Hogar unipersonal que cuenta con grado II de dependencia
- d) Hogar unipersonal que cuenta con grado III de dependencia
- e) Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III con una persona cuidadora principal mayor de 70 años
- f) Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III a cargo de un cuidador frágil (persona que sin llegar a ser dependiente puede realizar apoyos muy limitados a otra tercera persona)
- g) Hogar con una persona dependiente de grado II o de grado III con una persona cuidadora viable, entendiéndose por tal, aquella con un estado de salud física y mental adecuado a las tareas que debe realizar, además de disponer de tiempo para las mismas y capacidad para adquirir las competencias necesarias para las funciones a desempeñar.

| | |
|------------------------------------|---|
| 8. Indicadores de resultado | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de indicadores de calidad de vida - Índice de participación social |
| 9. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Entidades locales - Organizaciones de voluntariado - Asociaciones y Organizaciones vecinales |
| 10. Acciones relacionadas | Implantar experiencias innovadoras, bajo la denominación "A gusto en mi casa", en distintos ámbitos de la comunidad autónoma, en los que, de acuerdo a la definición de hogar en riesgo y hogar seguro, permitan garantizar servicios de calidad para las personas mayores que quieran seguir residiendo en su hogar. |

11.
Observaciones

A estos efectos, a todo hogar en riesgo le serán asignadas las prestaciones y coberturas que a continuación se relacionan para asegurar Hogar Seguro:

HR3. Voluntario responsable. Grado III (3 actuaciones diarias)

Profesional técnico gestor de caso grado III (máxima dedicación)
Profesional de referencia.
Hogar Apto (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).
Servicio de asistencia personal/Ayuda a domicilio, en intensidad y cobertura suficientes. Grado III (Posibilidad de 24 horas de atención periodos no superiores a cinco/días mes)
Programa de participación social personalizado.
Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.

HR2. Voluntario responsable. Grado II (2 actuación diaria)

Profesional técnico gestor de caso Grado II (media dedicación)
Profesional de referencia.
Hogar Apto (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).
Servicio de asistencia personal/ Ayuda a domicilio en intensidad y cobertura necesarios. Grado II (Posibilidad de 24 horas de atención periodos no superiores a tres días/mes)
Programa de participación social personalizado.
Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.

HR1. Voluntario responsable. Grado II (2 actuación diaria)

Profesional técnico gestor de caso (Baja dedicación)
Profesional de referencia. (Baja dedicación).
Hogar seguro (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).
Servicio de asistencia personal/ Ayuda a domicilio en intensidad y cobertura necesarios. (Posibilidad de 24 horas de atención periodos no superiores a un día/mes).
Programa de participación social personalizado.
Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.

HR0. Voluntario responsable. Grado I (1 actuación diaria)

Hogar Apto.
Servicio de asistencia personal en intensidad y cobertura necesarios, en su caso.
Programa de participación social personalizado.
Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.

EXPERIENCIA INNOVADORA 2: ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

1. Denominación del proyecto:

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 5: Apoyo al entorno socio familiar y cuidados de proximidad

3. Objetivos:

General:

Ofrecer atención integral a las personas mayores y a su entorno afectivo en el proceso de preparación y afrontamiento del final de la vida que dé respuesta a las necesidades individuales de la persona y de su familia, al final de la vida o en el proceso de muerte.

Específicos:

- Proporcionar información, en especial a todas las personas mayores de 55 años, sobre los trámites y aspectos jurídicos relacionados con la preparación para el final de la vida
- Favorecer un proceso de reflexión sobre sus deseos y preferencias para el final de la vida
- Desarrollar líneas específicas para el proceso de aceptación a las personas que se acercan al final de su vida y a su entorno afectivo
- Facilitar el mayor bienestar posible físico, emocional y material de las personas al final de su vida

4. Descripción:

El proyecto pretende atender las necesidades de las personas mayores para el afrontamiento del final de la vida, tanto desde el punto de vista de la toma de decisiones con respecto a sus deseos y preferencias, como desde la provisión de los apoyos necesarios para facilitar una condiciones de vida dignas y el mayor bienestar físico, emocional y social en la etapa final de la vida.

Ello implica el diseño de un espacio de atención socio sanitario en el que se ofrecen apoyos, desde el modelo de atención centrada en la persona, y en el que interactúan múltiples sectores, distintos niveles de atención, y con una coordinación real y eficiente de los mismos.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

- Definición de necesidades y apoyos para cubrir las necesidades de las personas
- Vía de acceso al servicio

- Protocolos para la derivación al servicio y la coordinación entre entidades
- Modelo organizativo que responda a las necesidades de las personas al final de la vida
- Atención integral a enfermos terminales en su propio domicilio

La necesidad de recursos de cuidado, especialmente en el domicilio, programas de apoyo a las personas cuidadoras y programas que den respuesta adecuada a necesidades sociosanitarias, son actuaciones que se demandan tanto desde los y las profesionales de los centros, como desde las familias.

| | |
|------------------------------------|--|
| 6. Destinatarios | <ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores que residan en su domicilio y precisen de apoyo para preparar el final de su vida - Personas mayores que se encuentren en el final de su vida - Familiares o personas cuidadoras de personas que se encuentran en el final de su vida |
| 7. Indicadores de resultado | <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de calidad en la atención - Grado de cumplimiento de las instrucciones dadas (comparación de la situación actual o real con la situación deseada u óptima) - Calidad de muerte: grado de sufrimiento percibido - Comunicación con pacientes / familias y equipo de profesionales; - Apoyo en la toma de decisiones no sólo clínicas - Apoyo en la planificación de estrategias - Evaluar el efecto de las intervenciones, atención o servicios. - Rapidez de respuesta del personal sanitario y el alivio de los síntomas |
| 8. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Entidades del tercer sector (Afas, asociación contra el cáncer, entidades de voluntariado) - Entidades proveedoras de servicios |
| 9. Observaciones | |

EXPERIENCIA INNOVADORA 3: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1. Denominación del proyecto:

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 2.- Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento

3. Objetivos:

General:

Diseñar actuaciones específicas para la calidad de vida a través de la prevención y el abordaje de la dependencia de las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento, dotándoles de herramientas que les permita planificar las necesidades futuras

Específicos:

- Desarrollar un modelo de atención sociosanitaria rehabilitadora y preventiva que evite el aumento de la discapacidad y de la dependencia durante el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad
- Impulsar la integración social de las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento
- Facilitar que las personas mayores permanezcan en sus hogares con una alta calidad de vida durante el mayor tiempo posible mediante la provisión de servicios apropiados en el hogar y en la comunidad.
- Estudiar y , en su caso, poner en marcha alternativas residenciales que den respuesta al proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad, cuando no sea posible permanecer en su domicilio
- Facilitar, a las personas usuarias de servicios residenciales de discapacidad, la permanencia en el entorno en el que han venido residiendo durante su proceso de envejecimiento
- Adaptar los recursos de los centros y servicios que atienden a personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, para afrontar las nuevas necesidades que éstas presentan
- Impulsar espacios formativos compartidos entre las entidades, públicas y privadas que intervienen en los diferentes ámbitos relacionados con el envejecimiento de las personas con discapacidad y de sus cuidadores
- Proteger los derechos de las personas con discapacidad y de sus cuidadores informales, en el proceso de envejecimiento de ambos
- Poner en valor la figura del cuidador, su papel social, situación económica, condiciones laborales y la necesidad de disponer de tiempos propios para su propio descanso y ocio.

- Promover el asociacionismo entre los personas cuidadores familiares, evitando el aislamiento social y falta de relaciones personales.
- Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados, y facilitando el descanso familiar.
- Generar sinergias y recursos para una mejor coordinación de los esfuerzos en investigación e innovación sobre el envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad.

4. Descripción:

El aumento en la esperanza de vida ha permitido que la importancia y relevancia cuantitativa del colectivo de personas con discapacidad que envejecen se convierta en una realidad en nuestra comunidad con una tendencia a ser cada vez más.

El aumento de la longevidad en las personas con discapacidad supone afrontar nuevos retos para dar respuesta a nuevas necesidades: productos y servicios personalizados, adaptaciones en pro de una mejor y más amplia accesibilidad, el uso de la tecnología como herramienta para mejorar su autonomía mayor dotación de personal especializado y un mayor apoyo a las familias cuidadoras, entre otras.

Avanzar en el desarrollo de actuaciones que mejoren la calidad de vida y el mantenimiento de su autonomía a medida que avanza la edad, dirigidos tanto a las personas con discapacidad que residen en sus domicilios, como a las personas usuarias de centros de carácter social, desde la perspectiva de actividades con sentido frente a intervenciones de carácter terapéutico y en coherencia con los principios de dignidad, autonomía y autodeterminación.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

Conocer el envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad con el objetivo de minimizar las desigualdades sociales

Proteger legal, jurídica y económicamente a las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento

Generalizar la implantación del modelo de atención centrada en las personas con discapacidad durante su proceso de envejecimiento: la prestación integrada de servicios y la complementariedad entre los recursos sociales y sanitarios, desde el punto de vista de la dignidad y la promoción de la autonomía

Favorecer la participación social de las personas con discapacidad durante su proceso de envejecimiento, mediante actividades integradas en los recursos dirigidos a los ciudadanos en general

Adaptar los entornos públicos a las capacidades de las personas con discapacidad envejecidas con el objetivo de garantizar la accesibilidad y mejorar su independencia

Poner en marcha iniciativas de sensibilización ciudadana que hagan visible el envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad

Ofrecer apoyo integral y continuado al cuidador principal, poner en valor su rol como participantes indispensables del sistema de cuidados, promover su satisfacción personal en relación al trabajo y favorecer su participación dentro del equipo multidisciplinar

Favorecer el desempeño de las funciones de las personas cuidadoras, a través de la realización de acciones formativas, servicios de acompañamiento y respiro, estancias temporales en residencias, centros de día y centros multiservicio, flexibilizando al máximo las condiciones para acceder a los mismos

Realizar acciones formativas y talleres de prevención de estrés entre los cuidadores, desde un enfoque personalizado y atendiendo a las diferentes tipologías de discapacidad

Promover el asociacionismo entre los cuidadores familiares, facilitando así la generación de grupos de autoayuda y la interlocución con las administraciones públicas.

Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados, y facilitando el descanso familiar

Promover acciones de sensibilización y formación específica en el ámbito del proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad dirigidas a los profesionales de la salud, los servicios sociales, los medios de comunicación, el urbanismo y las TIC...

| | |
|------------------------------------|---|
| 6. Destinatarios | Personas cuidadoras informales de larga duración, personas con discapacidad mayores y en proceso de envejecimiento, centros, servicios y cuidadores profesionales |
| 7. Indicadores de resultado | Indicadores que midan el bienestar físico, la inclusión social, bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, ejercicio de derechos... |
| 8. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Entidades locales - Expertos en Prevención y Abordaje de la Dependencia - Representantes de Personas con Discapacidad - Entidades de atención a personas con discapacidad - Entidades de voluntariado |
| 9. Observaciones | |

EXPERIENCIA INNOVADORA 4: PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS

1. Denominación del proyecto:

PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES ANTE SITUACIONES DE ENGAÑO Y PRÁCTICAS FRAUDULENTAS

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje 2: Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento

3. Objetivos:

General:

Proteger y promover los derechos de las personas mayores ante situaciones de engaño y prácticas fraudulentas por razón de la edad.

Específicos:

- Ofrecer información, orientación, asesoramiento específico y consejos básicos a las personas mayores que les permita detectar y defenderse ante prácticas fraudulentas Capacitar a las personas mayores sobre los trámites y aspectos jurídicos de protección social ante este tipo de prácticas.
- Detectar prácticas fraudulentas y ofertas maliciosas de productos y servicios dirigidos a las personas mayores.
- Poner en marcha diferentes mecanismos de difusión de este tipo de prácticas.
- Impulsar la puesta en marcha de redes sociales de apoyo e intercambio de información para estos temas
- Implicar a los representantes de las personas mayores en la protección y defensa de sus derechos y la lucha contra prácticas maliciosas.

4. Descripción:

Poner en marcha actuaciones, que coordinadas por los servicios sociales de ámbito regional y local, en colaboración con la red asociativa, contribuyan a abordar la protección frente a aquellos factores de riesgo ante los cuales, las personas pueden resultar más vulnerables en función de la edad, como son la salud, el consumo, seguridad frente a los robos, accidentes domésticos o pobreza energética, entre otros.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

Talleres, charlas y conferencias sobre materias de interés para las personas mayores: operaciones bancarias (seguridad, ahorro, rentabilidad, productos bancarios, cuentas operativas, tarjetas), contratos de telefonía o de otro tipo de gastos domésticos, adquisición de inmuebles,...

Prospección entre las personas mayores con la colaboración del movimiento asociativo de las temática ante las que se sienten especialmente vulnerables

Intercambios entre profesionales (ámbito social, sanitario, jurídico, policial,...) para identificar temas de especial incidencia en engaños y fraudes entre las personas mayores

Coordinación con los departamentos competentes en las distintas administraciones en materia de consumo, sin perjuicio de que se establezcan otras

Elaboración de material divulgativo en soporte papel y/o digital dirigido a los mayores para actuar con carácter preventivo frente a los engaños.

Desarrollo de acciones de voluntariado para apoyar a personas víctimas de engaño tanto en el aspecto emocional como en la realización de acciones de defensa de sus derechos

Acciones de sensibilización entre empresas e instituciones para que promuevan códigos éticos y de buenas prácticas entre sus trabajadores que evite situaciones de abuso ante las personas mayores en el desarrollo de sus prácticas profesionales.

| | |
|------------------------------------|---|
| 6. Destinatarios | Personas mayores |
| 7. Indicadores de resultado | <p>sobre materias de interés para las personas mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de acciones de sensibilización para la protección de los derechos de las personas mayores - Nº de charlas, conferencias u otro tipo de acciones formativas, en materia de operaciones bancarias u otro tipo de situaciones de engaño o prácticas fraudulentas - Nº de acciones de información y orientación a profesionales que trabajan con personas mayores - Nº y tipología de redes sociales creadas |
| 8. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Consejería de Economía y Hacienda - Entidades locales - Colectivos profesionales - Organizaciones de consumidores - Entidades del tercer sector - Entidades proveedoras de productos y servicios |
| Observaciones | |

EXPERIENCIA INNOVADORA 5: APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS

1. Denominación del proyecto:

ATENCIÓN Y APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS DESDE EL INICIO DEL CUIDADO

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad

3. Objetivos:

General:

Apoyar a los cuidadores de personas mayores dependientes desde las fases iniciales de su labor, dotándoles de herramientas que les permita planificar las necesidades futuras.

Específicos:

- Poner en valor la figura del Cuidador, su papel social, situación económica, condiciones laborales y la necesidad de disponer de tiempos propios para su propio descanso y ocio.
- Favorecer el acceso a servicios de apoyo a la labor del cuidador
- Garantizar un servicio de acompañamiento a las familias en el domicilio, para informarlas y asesorarlas
- Garantizar formación continua a los cuidadores que permita prever las necesidades y recursos de atención.
- Permitir que las personas mayores permanezcan en sus hogares con una alta calidad de vida durante el mayor tiempo posible mediante la provisión de servicios apropiados en el hogar y en la comunidad.
- Promover el asociacionismo entre los cuidadores familiares, evitando el aislamiento social y falta de relaciones personales.
- Trabajar por la Igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres y entre generaciones en el cuidado de personas con en situación de Dependencia.
- Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados, y facilitando el descanso familiar.

4. Descripción:

Se trata de un programa de apoyo a los cuidadoras informales ya sean familiares o no con el fin de prevenir la fatiga en el desempeño de su papel y promoviendo el autocuidado y atención que precisen.

Una adecuada identificación de las fases de la enfermedad así como el inicio precoz de apoyos dirigidos al cuidador permitirá garantizar la continuidad de la persona mayor dependiente en su hogar.

Cuidando del cuidador se podrá garantizar la continuidad en los cuidados a través de la provisión integrada de servicios sociales y sanitarios, fruto de la coordinación entre los mismos y con la participación en la toma de decisiones del cuidador informal.

El Plan de cuidados además de recoger una atención integral acorde con el respeto a la autonomía y los derechos legales de la persona dependiente, sus deseos, recogerá la capacidad de cuidados de la familia/cuidadores informales y su participación en la toma de decisiones.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

Poner en marcha iniciativas de sensibilización ciudadana que hagan visible y den valor al cuidado familiar, generando actitudes positivas hacia la necesidad de reformular nuestro modelo de producción haciendo compatible la vida laboral y familiar, especialmente a las mujeres.

Favorecer el acceso a servicios de respiro, como estancias temporales en residencias, centros de día y centros multiservicio, minimizando requisitos y flexibilizando al máximo las condiciones para acceder a los mismos

Realizar acciones formativas y talleres de prevención de estrés entre los cuidadores, desde un enfoque personalizado y atendiendo a las características de las situación de dependencia que han de afrontar

Desarrollar iniciativas de mediación que favorezca la adquisición de estrategias de comunicación entre la persona que ofrece cuidados y la que los recibe dada la frecuencia de conflictos derivados de la imposibilidad de coordinar los momentos de necesidad y los ayuda entre el grupo familiar para intentar organizar los cuidados y compartir y distribuir responsabilidades.

Promover el asociacionismo entre los cuidadores familiares, facilitando así la generación de grupos de autoayuda y la interlocución con las administraciones públicas.

Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados, y facilitando el descanso familiar.

Promoción del “Día del Cuidador” el 5 de noviembre, iniciativa puesta en marcha por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), con el objetivo de sensibilizar a la sociedad castellano-leonesa a cerca del importantísimo papel que juegan en el cuidado de sus familiares.

| | |
|---|---|
| <p>6. Destinatarios</p> | <p>Cuidadores informales de larga duración</p> |
| <p>7. Indicadores de resultado</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Detección de situaciones de angustia, depresión - Indicadores de resultados que recojan áreas como la opinión de personas cuidadoras, el control de síntomas y la planificación anticipada de decisiones - Indicadores de seguimiento del estado de salud del cuidador - Satisfacción con la relación cuidador - cuidado - Satisfacción con su vida personal, tiempo de ocio, relaciones - Rapidez de respuesta del personal sanitario y el alivio de los síntomas |

**8. Entidades
implicadas**

- GSS
- Sacyl
- Entidades locales
- Expertos en Prevención y Abordaje de la Dependencia
- Entidades sin ánimo de lucro
- Entidades de voluntariado

**9.
Observaciones**

EXPERIENCIA INNOVADORA 6: APOYO A LAS PERSONAS MAYORES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD

1. Denominación del proyecto:

APOYO A PERSONAS MAYORES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad

3. Objetivos:

General:

Apoyar a personas mayores con hijos con discapacidad en su labor de cuidado dotándoles de herramientas que les permita planificar las necesidades futuras y su propio autocuidado

Específicos:

- Hacer visible la situación de las personas mayores con hijos con discapacidad, su papel social, situación económica, condiciones legales y la necesidad de disponer de tiempos para su propio descanso y ocio
- Favorecer el acceso a servicios de apoyo a la labor del cuidador, adaptados a su capacidad de atención
- Garantizar formación continua a los cuidadores que permita prever las necesidades y recursos de atención
- Promover el asociacionismo y la pertenencia a redes de apoyo social entre personas mayores cuidadoras de personas con discapacidad, evitando el aislamiento social y falta de relaciones personales
- Trabajar con los padres un plan de futuro para su hijo discapacitado.
- Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas mayores cuidadoras facilitando el descanso familiar
- Ofrecer recursos que posibiliten la atención integral a sus hijos con discapacidad cuando ellos lo necesiten o cuando no estén

4. Descripción:

Es algo sobradamente sabido que una de las preocupaciones de los padres es qué pasará con su hijo o hija cuando ellos falten, preocupación que va aumentando según pasan los años. Por ejemplo, la mayoría de las personas mayores con discapacidad intelectual son atendidas por sus progenitores que son más longevos aún que ellas y, por tanto, con alto riesgo, ellos también, de encontrarse en situaciones de dependencia (fenómeno del doble envejecimiento).

Por ello es necesario diseñar actuaciones que permitan prevenir y ofrecer apoyo ante situaciones de estrés y angustia que viven las personas mayores con hijos con discapacidad, incidiendo tanto en aspectos emocionales como legales, que tanto les preocupan.

La provisión integrada de servicios sociales y sanitarios, fruto de la coordinación entre los mismos junto con la participación del cuidador informal/familia, permitirán garantizar la continuidad en los cuidados del hijo con discapacidad en el propio hogar durante más tiempo.

Este programa pretende impulsar aquellas actuaciones que permiten que las personas mayores y sus hijos con discapacidad permanezcan en sus hogares con una alta calidad de vida durante el mayor tiempo posible mediante la provisión de servicios personalizados en el hogar y en la comunidad dirigidos tanto a los padres mayores como a los hijos con discapacidad.

Evitar el aislamiento social, pérdida de autonomía y falta de relaciones interpersonales tanto de las personas mayores como de sus hijos con discapacidad es otro de los aspectos fundamentales por abordar.

La discapacidad intelectual requiere acciones específicas dirigidas a preparar al hijo ante los posibles cambios que puedan producirse como consecuencia del proceso de envejecimiento de sus padres, previendo que se conviertan en fuente de angustia y amenaza de su bienestar, lo que podría desencadenar en un ingreso en centro especializado evitable.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

Prever acontecimientos generadores de estrés, como la enfermedad y muerte de los padres, u otros familiares encargados de su cuidado, precipitando sentimientos de soledad y desamparo, especialmente si implican cambios repentinos de residencia

Facilitar a la persona mayor información accesible y por adelantado de lo que va a ocurrir con su hijo con discapacidad. Es necesario que tenga sistemas adecuados para obtener esa información y manejarse adecuadamente por el entorno

Coordinar esfuerzos para el mantenimiento de la salud y ayudar a la prevención de accidentes mediante actuaciones que vayan dirigidas a la adaptación del hogar para hacerlo seguro.

Diseñar el Plan de cuidados del hijo con discapacidad de forma participada en la toma de decisiones por parte del hijo con discapacidad y de la de la familia/cuidadores, ofertando una atención integral acorde con el respeto a la autonomía, los derechos legales y los deseos de ambas partes

Trabajar la participación activa y la pertenencia a asociaciones y red de apoyo social por parte del cuidador mayor y su hijo con discapacidad.

Información y asesoramiento en la gestión de los bienes y decisión compartida entre padre e su hijo con discapacidad de sus deseos de atención de ese hijo para cuando el padre ya no esté.

Apoyos para afrontar situaciones de duelo y pérdida, para afrontar la muerte de los seres queridos y la propia.

| | |
|---|---|
| <p>6. <i>Destinatarios</i></p> | <p>Personas mayores con hijos con discapacidad</p> |
| <p>7. Indicadores de resultado</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Detección de situaciones de agravamiento físico del hijo - Grado de satisfacción en la relación padres-hijo - indicadores de resultados que recojan áreas como la opinión de personas cuidadoras, el control de síntomas y la planificación anticipada de decisiones. - Indicadores de seguimiento del estado de salud del cuidador - Satisfacción con su vida personal, tiempo de ocio, relaciones - Rapidez de respuesta del personal sanitario y el alivio de los síntomas - Acciones coordinadas por varios profesionales |
| <p>8. Entidades implicadas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Entidades locales - Expertos en Prevención y Abordaje de la Dependencia - Entidades sin ánimo de lucro - Entidades de voluntariado |
| <p>9. <i>Observaciones</i></p> | |

EXPERIENCIA INNOVADORA 7: BUEN TRATO Y SOLIDARIDAD

1. Denominación del proyecto:

BUEN TRATO A PERSONAS MAYORES Y SOLIDARIDAD ENTRE GENERACIONES

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje 6.- Desarrollo de los entornos comunitarios, sensibilización y buen trato

3. Objetivos:

General:

Promover una cultura que favorezca el buen trato a las personas mayores y la solidaridad entre generaciones.

Específicos:

- Poner en valor los derechos de las personas mayores como ciudadanos plenos, activos y capaces, que deben vivir en condiciones dignas y disfrutar de su autonomía
- Reconocimiento social del rol social y familiar de las personas mayores
- Fomentar y estimular la autonomía de las personas mayores mediante el conocimiento del ejercicio de sus derechos y los recursos que existen
- Impulsar la puesta en marcha de Redes sociales de apoyo solidario intergeneracional de ayuda mutua
- Identificar buenas prácticas profesionales de buen trato a las personas mayores en los centros y servicios de carácter social y sanitario
- Establecer protocolos de detección de situaciones de riesgo y de actuación integral socio-sanitaria coordinada dirigidos a las personas mayores
- Favorecer la integración en redes sociales y evitar el aislamiento
- Rechazar la violencia de todo tipo

4. Descripción:

Estrategia preventiva mediante una educación y sensibilización social que promueva valores de respeto y buen trato hacia las personas mayores.

Se trataría de incidir tanto en los factores de riesgo como en los de protección a tres niveles: individual, grupal y comunitario.

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

- Conocer la visión que tienen los mayores de sí mismos

- Planificar un conjunto de acciones de información y sensibilización en torno al trato hacia las personas mayores, aspecto troncal en la atención centrada en la persona, siguiendo la secuencia que lo origina
- Estudiar a los perfiles de maltratadores y personas mayores maltratadas en Castilla y León
- La atención de emergencia desde los servicios sociales ante situaciones de riesgo para la integridad física o psicológica de la personas mayor
- Formación en “buen trato” incidiendo especialmente en factores de riesgo y de protección del envejecimiento, abordándose desde una perspectiva psicológica, educativa y social
- La importancia de pertenecer a asociaciones o redes sociales de personas mayores o de colectivos que contemplen la intergeneracionalidad
- Promover proyectos de solidaridad vecinal y poner en contacto a personas mayores con sus vecinos en un espíritu de respeto y libertad
- Realizar acciones de sensibilización sobre el valor de la acción voluntaria y su impacto en los sentimientos de satisfacción y utilidad social de las personas implicadas en tareas de voluntariado
- Difundir las funciones y deliberaciones del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Castilla y León sobre modos de actuación que mejoran la calidad de la intervención social y en el bienestar de las personas mayores usuarias de los servicios sociales

| | |
|------------------------------------|--|
| 6. Destinatarios | <ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores en situación de riesgo - Personas mayores en general |
| 7. Indicadores de resultado | <ul style="list-style-type: none"> - Nº de acciones de sensibilización - Nº de acciones de acciones formativas - Nº de acciones de información y orientación - Nº de situaciones riesgo detectadas |
| 8. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Otras Consejería y Departamentos: Consejería de Educación, DG Mujer... - Entidades locales - Entidades del tercer sector - Asociaciones |
| 9. Observaciones | |

EXPERIENCIA INNOVADORA 8: ENTORNOS ACCESIBLES Y AMIGABLES

1. Denominación del proyecto:

ENTORNOS ACCESIBLES Y AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES. UNA SOCIEDAD PARA TODOS

2. Eje estratégico al que pertenece:

Eje estratégico 7. Entornos accesibles y amigables

3. Objetivos:

General:

Abordar el proceso de envejecimiento, desde el modelo de atención centrada en la persona, la corresponsabilidad intergeneracional y social, la plena participación de las personas mayores en la sociedad y el reconocimiento de la autonomía como un valor a impulsar en la ciudadanía que envejece.

Específicos:

- Promover la creación de entornos y servicios accesibles y amigables que promuevan y faciliten un envejecimiento activo y saludable y una sociedad para todas las edades.
- Optimizar las condiciones de vida de las personas mayores en su comunidad, incorporando la “perspectiva de edad” en el diseño y planificación de programas y servicios.
- Promover una sociedad para todas las edades, una cultura de inclusión compartida por personas de todas las edades.
- Promover la participación de las personas mayores y del movimiento asociativo
- Promocionar y apoyar el movimiento de la amigabilidad en nuestra comunidad.
- Ofrecer información y orientación para la puesta en marcha, desarrollo y evaluación de proyectos de entornos amigables, tanto en el ámbito urbano como rural.

4. Descripción:

Abordar de manera integral los aspectos que afectan al día a día de las personas mayores en su proceso de envejecimiento, promoviendo la participación de las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades, percepciones y opiniones a lo largo de todo el proceso de análisis y mejora del entorno y utilizando la metodología propuesta por la OMS para llevarlo a cabo.

Respetar las decisiones y opciones de forma de vida de las personas mayores, reconociendo su diversidad nos permitirá impulsar servicios personalizados, anticipar y responder de manera flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento activo

Bajo el paraguas metodológico de la OMS para las ciudades amigables, se impulsarán actuaciones dirigidas a las principales áreas de la vida que pueden influir en la salud y la calidad de vida de las personas mayores:

1. Espacios al aire libre y edificios
2. Transportes
3. Vivienda
4. Participación social
5. Respeto e integración social
6. Participación cívica y empleo
7. Comunicación e información
8. Apoyo de la comunidad y servicios de salud

5. Ejemplo de contenidos/actividades:

Ofrecer información y orientación para facilitar el proceso de adhesión a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores y la adecuada puesta en marcha, desarrollo y evaluación del proyecto en los municipios interesados, tanto de ámbito urbano como rural mejorando sus entornos y servicios e incorporando esta perspectiva en la planificación municipal y regional.

Difundir buenas prácticas e intercambiar experiencias sobre la puesta en marcha y desarrollo del Proyecto de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores.

Mostrar experiencias concretas de participación de las personas mayores y sus asociaciones.

Facilitar el debate y el intercambio de información entre los ayuntamientos adheridos a la Red y aquellos que están interesados en adherirse.

Proporcionar apoyo técnico y capacitación.

| | |
|------------------------------------|---|
| 6. Destinatarios | <ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores - Sociedad en general |
| 7. Indicadores de resultado | <ul style="list-style-type: none"> - Nº de acciones de sensibilización - Nº de acciones formativas - Nº de acciones de información y orientación - Nº de intercambios de buenas prácticas - Nº de espacios/municipios amigables interesados, y en las diferentes fases del proyecto. |
| 8. Entidades implicadas | <ul style="list-style-type: none"> - Gerencia de Servicios Sociales - Otras Consejerías: Sanidad, Fomento |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Entidades locales adheridas a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores y aquellas interesados en formar parte de esta Red- Representantes de las personas mayores (Consejos Municipales, organizaciones de mayores...)- Entidades del tercer sector- Representantes de otros colectivos de población y movimientos asociativos- Cluster SIVI (Soluciones Innovadoras para la Vida Independiente) |
| 9. Observaciones | |

12.- EVALUACIÓN

La evaluación de la Estrategia será diseñada para ofrecer una información útil para el futuro permitiendo una retroalimentación entre los diferentes agentes implicados, con la finalidad última de procurar la mejora continua, afrontar dificultades y anticiparse a los cambios sociales.

Por ello, el sistema y las herramientas de evaluación específicas que se diseñen tendrán que responder a los principios rectores y objetivos de la Estrategia.

Al finalizar la vigencia de la Estrategia, se realizará, por parte de las distintas Consejerías, un informe de evaluación sobre las actuaciones y resultados obtenidos, en sus respectivos ámbitos de competencia. Las experiencias innovadoras, por su parte, contarán con evaluaciones específicas diseñadas ex profeso por su carácter novedoso. El contenido de estos informes deberá tenerse en cuenta de cara a los retos que puedan plantearse en el futuro. Además, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades informará del seguimiento y evaluación de la Estrategia a la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León.

Con carácter general, la evaluación atenderá a los siguientes aspectos:

- El grado de consecución de los objetivos establecidos en la Estrategia
- Funcionamiento de los mecanismos de coordinación
- Valoración de las propias personas mayores
- Apreciaciones de los profesionales: calidad de las actuaciones, producción de documentación, acciones de intercambio profesional, actuaciones que favorezcan la mejora del conocimiento y la capacitación profesional,...
- Implementación de la Estrategia, tanto en la dimensión cuantitativa, referida a su desarrollo en el mayor número de localidades del ámbito rural, como a su perspectiva cualitativa, referida a la variedad de actuaciones ofertadas y medidas que favorezcan el acceso y eficacia de las mismas
- Impacto de la Estrategia en la calidad de vida de las personas mayores y sus entornos familiares
- Homogeneidad alcanzada a nivel metodológico, cobertura, y gestión económica

13.- TEMPORALIZACIÓN

La presente Estrategia tendrá una vigencia de 5 años, periodo 2017-2021.

14.- FINANCIACIÓN

El presupuesto de la Estrategia de prevención de la dependencia y de promoción del envejecimiento activo, previsto para todo el periodo 2017-2021 será de 1.951.591.181 €

El desglose de la financiación en los diversos ejes que conforman la Estrategia es el siguiente:

- Eje estratégico 1: Prevención, Promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores: 1.263.547.628 €
- Eje estratégico 2: Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento: 70.457.523 €
- Eje estratégico 3: Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: Asunción de roles relevantes: 39.856.525 €
- Eje estratégico 4: Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida: 38.952.675 €
- Eje estratégico 5: Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad: 482.456.160 €
- Eje estratégico 6: Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato: 41.080.265 €
- Eje estratégico 7: Fomento de los entornos accesibles y amigables: 15.240.405 €

ANEXO: Fichas descriptivas de planes y estrategias de ámbito regional, nacional e internacional

Planes y estrategias analizadas:

| | |
|------------------------------------|--|
| Castilla y León | Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León |
| | Plan Regional Sectorial de Atención a Personas Mayores de Castilla y León. |
| | Plan Municipal de Mayores de Ávila (2005- 2010) |
| | I Plan Municipal de Personas Mayores de Burgos (2006-2009) |
| Estatales | III Plan Municipal de las Personas Mayores de Salamanca 2012-2015 |
| | Plan municipal para las personas mayores 2013-2016 (Barcelona) |
| | II Plan Atención a Personas Mayores en Castilla la Mancha. Horizonte 2011. |
| | Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020 (Castilla La Mancha) |
| | Estrategia de Envejecimiento Activo (EEA) de la Comunitat Valenciana |
| Internacionales | O Plan Galego das Persoas Maiores 2010-2013, Horizonte 2015 |
| | Living Longer Living Better (2012-2016) |
| | Plan for Positive Ageing 2010-2014: Towards an Age-Friendly City |
| | Strategy to Safeguard the Rights of Older South Australians. 2015-2021 |
| | Prosperity Through Longevity: South Australia's Ageing Plan Our Vision 2014-2019 |
| | Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity |
| | Action for Seniors |
| | Living Longer, Living Well (Ontario) |
| Ageing Population Policy Framework | |

| | |
|--|---|
| | AgeFriendly Manitoba: Creating communities committed to healthy, active aging |
| | New York State Plan on Aging |
| | National Plan to Address Alzheimer’s Disease |
| | New York State Plan on Aging 2015-2019 |
| | CNMI Four Year State Plan on Aging 2015-2019 |
| | State Plan on Aging 2015-2019 |
| | Aging Texas Well Plan: 2012–13 |
| | California State Plan on Aging: 2013 – 2017 |
| | Projet de Loi Relatif a L’adaptation de la Société au Vieillissement |
| | Plan National “Bien Vieillir” |
| | La politique d'Autonomie des personnes âgées et handicapées (Policy supporting autonomy of older persons and persons with disability) |
| | Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas |
| | High-Quality Services for Older People (Finlandia) |
| | National Memory Programme 2012–2020. Creating a "memory-friendly" Finland |
| | The Dementia Plan 2015 (Noruega) |
| | Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons |
| | Hope, Confidence and Certainty for Older People 2013-2015 |
| | Reshaping Care for Older People: A Programme for Change 2011-2021 |
| | National Policy for Older Persons (Anguilla) |
| | Service Framework for Older People (Anguilla) |
| | Scotland’s National Dementia Strategy: 2013-16 |
| | A mandate from the Government to NHS England: April 2014 to March 2015 |

Planes en Castilla y León:

| PLAN | Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León. |
|--------------------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma - Castilla y León |
| Principios y Ejes de actuación | <p>El objetivo del Plan: “Mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Castilla y León mediante el desarrollo unificado y coordinado, entre administraciones y entidades, de acciones que, con carácter preventivo, promuevan la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades que permitan optimizar su salud, sus capacidades en la esfera física y psíquica, así como alcanzar un nivel adecuado de interacción y desenvolvimiento en su entorno”.</p> <p>Los principios rectores del Programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar y racionalizar los recursos para rentabilizar al máximo su eficacia. • Mejorar la calidad de las actividades estableciendo unas condiciones básicas y mínimas comunes a todas ellas con independencia de que se realicen en entornos urbanos o rurales • Avanzar en la igualdad de acceso y oportunidades de todos los mayores • Incorporar el componente de prevención de la dependencia como elemento básico y prioritario en las actividades. • Homogeneizar el conjunto de actividades que se ofrecen en la comunidad con independencia de la entidad que la gestione. <p>El Programa se estructura en cuatro ejes (uno de actividades dirigidas a los mayores y tres transversales). Estos ejes se desarrollan a través de 13 objetivos y 42 actuaciones.</p> <p>El eje de prevención y desarrollo de la autonomía personal (Eje 1) aglutina las medidas dirigidas a la promoción del envejecimiento activo en sus distintas facetas.</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>Los ejes transversales e instrumentales delimitan un conjunto de iniciativas que estarán presentes y orientarán el diseño y desarrollo de las medidas del Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Coordinación (Eje 2) o Igualdad de Oportunidades (Eje 3) o Calidad e Innovación (Eje 4) |
| Metodología | El Programa establece el procedimiento de coordinación en el ámbito regional y provincial mediante grupos de trabajo en los que participan la administración autonómica, las corporaciones locales y entidades del tercer sector. |
| Evaluadores e indicadores | La evaluación es bianual y se realizará a través de un grupo de trabajo, mediante informes que se elaborarán por los responsables de los diferentes niveles de evaluación. |
| Temporalidad | Permanente en el tiempo |
| Coordinación | Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León |
| Acceso al documento | El texto íntegro se encuentra disponible en la sede electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es |

| PLAN | Plan Regional Sectorial de Atención a Personas Mayores. |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma - Castilla y León |
| Principios y Ejes de actuación | <p>Este plan está organizado en 4 grandes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Promoción del envejecimiento activo y prevención. 2) Atención a las personas mayores dependientes y en situación de vulnerabilidad social. 3) Calidad e investigación. 4) Información y sensibilización. <p>Los principios que regulan este plan son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consideración de la persona mayor desde una perspectiva integral, atendiendo a todas las facetas que configuran su individualidad desde un punto de vista bio-psico-social. |

| | |
|---------------------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Promoción, defensa y protección de los derechos y libertades de las personas mayores. 3. Promoción de una imagen positiva y realista sobre el envejecimiento y las personas mayores. 4. Atención integral continuada e individualizada. 5. Corresponsabilidad en la atención de la propia persona, la familia, las administraciones públicas y entidades privadas. 6. Consideración de la familia como núcleo principal de convivencia, interacción social, apoyo y atención a la persona mayor. 7. Flexibilidad en la planificación para posibilitar la adecuación de los recursos y servicios a la evolución y heterogeneidad de las necesidades. 8. Accesibilidad al entorno, a los recursos y servicios en condiciones de igualdad con respecto a otros sectores de población y con independencia del lugar de residencia, incidiendo, de manera especial, en los núcleos rurales de menor población. 9. Consideración de la sociedad como una fuente de apoyo fundamentalmente ante situaciones de necesidad susceptibles de protección, en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores. 10. Participación de las personas mayores en el diseño de la política social, a través de órganos que posibiliten su representación en los diferentes ámbitos. 11. Respeto a la capacidad de libre decisión de las personas mayores. 12. Transversalidad de la atención, superando la parcialización de competencias entre las distintas instituciones, departamentos y niveles de atención. |
| Metodología y diagnóstico | Realiza un análisis de la situación de las personas mayores en Europa, España y finalmente se centra en Castilla y León. |
| Evaluadores e indicadores | La evaluación se realizará de manera anual mediante el análisis de una serie de indicadores de resultado y desarrollo establecidos para cada uno de los objetivos planteados. |
| Temporalidad | 3 años |

| | |
|---------------------|---|
| Coordinación | El plan ha sido desarrollado por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. |
| Presupuesto | Para la promoción del envejecimiento activo y prevención se han presupuestado 268.800.000 €, para la Atención a las personas mayores dependientes y en situación de vulnerabilidad social, 491.320.000 €; en lo que respecta a la Calidad e investigación se han presupuestado 8.830.000 €; mientras que para Información y sensibilización, 15.800.000. En definitiva, el presupuesto con el que cuenta este plan para su ejecución es de un total de 784.750.000 €. |
| Acceso al documento | http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1179469987856/Redaccion |

| PLAN | Plan Municipal de Mayores de Ávila (2005- 2010) |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Local - Ávila |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las principales áreas de actuación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área de Prevención y Vida Saludable. Las personas mayores deben ser parte activa en la realización de hábitos y comportamientos saludables. - Área de Promoción Social Activa. - Área de Apoyo en el Ámbito Familiar. - Área de Solidaridad Intergeneracional y Experiencia Universitaria. Potenciar las relaciones intergeneracionales dentro de los distintos ámbitos universitarios, de manera que jóvenes y mayores se beneficien de los aprendizajes mutuos. - Área de Apoyo al Mayor. Derecho a disponer de los apoyos institucionales y técnicos necesarios para hacer frente a las nuevas situaciones cambiantes que esta sociedad genera. - Área de Formación y Nuevas Tecnologías. Mejorar la formación y el acceso de los mayores a las nuevas tecnologías. - Área de Creación de Espacios para Mayores. Creación de espacios comunitarios cercanos a las residencias habituales de los mayores de manera que se facilite la integración social de los mismos. - Área de Coordinación, Información y Sensibilización. Asegurar una correcta información a los mayores sobre las actuaciones realizadas bajo este plan. |
| Metodología y diagnóstico | No se especifica. |
| Evaluadores e indicadores | No se especifica. |
| Temporalidad | 5 Años |
| Coordinación | Ayuntamiento de Ávila. |
| Presupuesto | No se especifica. |

| PLAN | I Plan Municipal de Personas Mayores de Burgos (2006-2009) |
|--------------------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Local - Burgos |
| Principios y ejes de actuación | <p>Su marco normativo hace referencia a los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores; a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; así como los Principios Generales de la Constitución y el Plan de Acción de las Personas Mayores 2003-2007.</p> <p>Los principios que deben estar presentes en cada uno de los programas desarrollados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carácter intergeneracional. - Principio de igualdad de género. - Coordinación socio-sanitaria. - Asegurar la permanencia del mayor en su entorno habitual. - Desarrollo de la función de proximidad. - Principio de la animación y el desarrollo comunitario. - Facilitar la atención normalizada a los mayores. - Promoción de una imagen positiva y realista del envejecimiento. <p>Por otro lado, los ejes sobre los que se sustenta este plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vertebración del sistema de Acción Social, profundizando en la relación entre las Administraciones Públicas y en los Servicios Sociales Básicos, a la vez que se fomenta el uso del conocimiento como recurso. - La adaptación de los recursos a las necesidades mediante la diversificación de dispositivos o la adaptación de los existentes. |
| Metodología y diagnóstico | Realiza un pequeño análisis demográfico de Burgos y de sus Z.A.S. |
| Evaluadores e indicadores | Se realizará una evaluación interna continua desde el comienzo del plan que analizará una serie de indicadores vinculados a 8 temáticas: sensibilización, intervención, participación, coordinación, comunicación e información, calidad de los recursos, grado de idoneidad de las acciones y eficacia de las acciones. |

| | |
|---------------------|---|
| | Por otro lado, al finalizar el plan se realizará una evaluación externa que analizará la eficacia, efectividad, la relación entre los recursos invertidos y los obtenidos, así como la satisfacción de la ciudadanía con los recursos y servicios. |
| Temporalidad | 4 Años |
| Coordinación | Gerencia Municipal de Servicios Sociales |
| Presupuesto | Este plan cuenta con un presupuesto total de 8.823.437,88 € distribuidos en diferentes conceptos. |
| Acceso al documento | http://www.aytoburgos.es/servicios-sociales/planes-sectoriales-y-memorias-anuales/i-plan-sectorial-municipal-de-atencion-a-personas-mayores-20062009 |

| PLAN | III Plan Municipal de las Personas Mayores de Salamanca 2012-2015 |
|-------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Municipal – Ayuntamiento de Salamanca |
| Principios | <p>El plan contempla los siguientes principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defensa y protección de los derechos y libertades de las personas mayores, promoviendo una imagen positiva y realista del envejecimiento. • Planificación flexible y adecuación de los servicios a la evolución de las necesidades de las personas mayores. • Calidad en la prestación de servicios, en base a los principios de eficiencia, eficacia, simplificación de trámites, mejora de la programación y valoración de resultados. • Accesibilidad al entorno y a los servicios en igualdad de condiciones respecto a otros sectores de población. • Participación de las personas mayores en el diseño de las políticas sociales, facilitando su presencia en diferentes órganos representativos de la sociedad. • Transversalidad en las actuaciones, con coordinación entre las diferentes áreas de gestión municipal. |

| | |
|---------------------------|--|
| Ejes de actuación | <p>Se trata de un plan de tipo práctico con 114 medidas concretas para materializar programas y actividades dirigidas a más de 25.000 personas. Está organizado en seis líneas estratégicas:</p> <p>I: Salud y Vida Autónoma, II: Relación y Participación en el Entorno Social, III Formación y Educación Continua, IV: Imagen Social, V: Seguridad y Protección de las Personas Mayores y, VI: Coordinación e Investigación.</p> |
| Metodología y diagnóstico | No se describe, el propio plan contempla una revisión de los recursos existentes para las personas mayores y un análisis sociodemográfico de la población. |
| Temporalidad | 2012-2015 |
| Evaluación e indicadores | La evaluación estará conformada por tres contenidos diferentes: la evaluación de satisfacción, la evaluación de resultados y la mejora continua a través del análisis de procesos. Las dos primeras se harán a través de un análisis mixto, cuantitativo y cualitativo, mientras que la tercera se realizará mediante un análisis netamente cualitativo. |
| Presupuesto | Para la “Promoción del envejecimiento activo y de prevención de la dependencia”, referido a las seis líneas de actuación descritas se ha presupuestado 1.874.337€. Variando dicho presupuesto para cada eje. También se ha presupuestado el gasto en “Recursos de atención domiciliaria y apoyo a los desplazamientos para personas mayores de 60 años” con un total de 18.033.565€. Ambos presupuestos son cuatrienales, estipulados desde el año 2012 hasta el 2015. |
| Acceso al documento | http://mayores.aytosalamanca.es/es/docs/III_Plan_Municipal_Personas_Mayores_Salamanca.pdf |

Planes nacionales:

Barcelona:

| PLAN | Plan municipal para las personas mayores 2013-2016 (Barcelona) |
|-------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Municipal - Ayuntamiento de Barcelona |
| Principios | <p>Se establecen 12 principios rectores del plan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Las personas mayores y la longevidad como prioridad de las políticas públicas. 2) Abordaje integral y promoción de la autonomía personal y focalizar en las capacidades, fortalezas y necesidades. Consideración holística de la persona mayor. 3) Promoción y prevención. 4) Participación. 5) Equidad 6) Familia como capital social. 7) Pluralidad en la participación y desarrollo personal teniendo en cuenta la individualidad. 8) Territorialidad (proximidad y colaboración en cada comunidad). 9) Transversalidad. Visión integrada, global y sistémica. 10) Trabajo cooperativo en red. Sinergias entre los diferentes agentes sociales. 11) Conocimiento e investigación continuo como base para la acción. 12) Evaluación de programas, proyectos y servicios para la mejora continua y la innovación. |

| | |
|---------------------------|--|
| Ejes de actuación | <p>Se describen cuatro ejes principales con un total de 218 acciones desarrolladas en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas mayores como protagonistas activas de la ciudad: Promover la participación de las personas mayores y el acceso a la información de calidad para fomentar la ciudadanía activa, fortalecer la autonomía y prevenir el aislamiento social de las personas mayores en una ciudad amigable para todas las edades. • El bienestar y la salud: Garantizar el acceso universal a unos servicios sociales básicos de calidad, promover un abordaje global del envejecimiento activo a través de la coordinación y adecuación de los servicios y potenciar los recursos para la promoción de la salud y las redes de apoyo y ayuda mutua teniendo en cuenta, particularmente, la perspectiva de género y la diversidad de las personas mayores. • El buen trato y la defensa de la igualdad: Avanzar en el compromiso de garantizar el buen trato a las personas mayores y combatir la discriminación haciendo visibles los estereotipos, abordando las desigualdades y desarrollando respuestas adaptadas a las personas mayores que sufren el impacto de la crisis. • Las personas mayores y la vida cotidiana en la ciudad: Avanzar en las condiciones de accesibilidad y seguridad del espacio público, la vivienda y el entorno, el transporte público y la movilidad en general, promoviendo su uso activo, compartido y común. |
| Metodología y diagnóstico | Se enmarca dentro del Programa de Actuación Municipal 2012-2015. No se detallan cuestiones metodológicas de desarrollo, lo que sí se incluye en el documento un análisis del contexto. |
| Temporalidad | 2013-2016 |
| Evaluación e indicadores | <p>La evaluación tendrá un sistema de indicadores, formado mayoritariamente por indicadores de gestión; aunque se tendrán en cuenta indicadores de proceso e indicadores de entorno en relación con la valoración del impacto global del plan.</p> <p>Para el seguimiento se prevén los siguientes mecanismos:</p> |

| | |
|---------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de resultados medibles, vinculados a los programas, acordados con los responsables ejecutivos y otros indicadores de proceso y de entorno. • Mesa técnica transversal de seguimiento del Plan, compuesta por todos los responsables técnicos de los distintos departamentos relacionados con la vida cotidiana de las personas mayores, y que han participado en su elaboración. • Comisión de Seguimiento Político-técnica, que tiene como función la valoración del grado de cumplimiento del plan. • Informe anual de evaluación del Plan. |
| Presupuesto | No se especifica. |
| Acceso al documento | http://www.slideshare.net/Barcelona_cat/pla-municipal-per-a-les-persones-grans |

Castilla-La Mancha:

| | |
|--------------------------------|---|
| PLAN | II Plan Atención a las Personas Mayores en Castilla la Mancha. Horizonte 2011 |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma – Castilla-La Mancha |
| Principios y ejes de actuación | <p>El Plan se apoya en los siguientes principios básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad adoptadas en la Asamblea General del 16 de diciembre de 1991 Resolución 46/91. - Principios de la Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad de Castilla-La Mancha. - II Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. <p>Y plantea cuatro ejes principales de actuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantías, derechos y protección; 2) Promoción del envejecimiento activo; 3) Atención a las personas en situación de dependencia y sus familias; |

| | 4) Calidad, investigación, formación e innovación en la atención a las personas mayores. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------|--------------|---|--------|--|---|---------|--|----------------------|---|----------|----------------------|---|--------------------------------|----------|----------------------|---|--|------------|----------------------|--|--|--------------|----------------------|---|---|---------|----------------------|---|---|
| Metodología y diagnóstico | Especifica detalladamente la metodología de la evaluación pero no la de diseño del plan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación e indicadores | <p>Los objetivos en los que se basa la evaluación son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medir el grado de pertinencia, idoneidad, efectividad y eficacia del Plan. b) Facilitar el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar el Plan. c) Establecer en qué grado se han producido otras consecuencias imprevistas. d) Fomentar un análisis prospectivo sobre cuáles y cómo son las intervenciones futuras <p>La evaluación propuesta para el Plan incluye cuatro fases que se inician en este orden: previa, de proceso, de impacto y de resultado. Los indicadores y herramientas utilizados se muestran en la siguiente tabla.</p> <table border="1" data-bbox="497 1279 1254 1888"> <thead> <tr> <th>DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN</th> <th>TIPO DE EVALUACIÓN</th> <th>INDICADORES</th> <th>HERRAMIENTAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS</td> <td>PREVIA</td> <td rowspan="3">Grado de satisfacción de los usuarios Nivel de participación en las actividades</td> <td>Cuestionarios Escala de actitudes Análisis documental</td> </tr> <tr> <td>PROCESO</td> <td>Observación Grupo de discusión Cuestionarios</td> </tr> <tr> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Observación Cuestionarios Instrumentos estandarizados</td> </tr> <tr> <td>ESFUERZO</td> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Gasto total de las actividades Nº de horas totales actividades</td> <td>Cronogramas Hojas de gastos</td> </tr> <tr> <td>EFICACIA</td> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Grado de consecución objetivo previsto Nº de intervenciones realizadas</td> <td>Hojas de seguimiento Observación Grupo de discusión Hojas de seguimiento Cuestionarios</td> </tr> <tr> <td>EFICIENCIA</td> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Relación tiempo/intervención Relación dinero/resultados</td> <td>Cronogramas Hojas de gastos Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión</td> </tr> <tr> <td>RENTABILIDAD</td> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Relación gasto realizado/ ahorro de costes futuros</td> <td>Hojas de gastos Hojas de seguimiento</td> </tr> <tr> <td>CALIDAD</td> <td>RESULTADOS E IMPACTO</td> <td>Calidad de las infraestructuras Calidad científico-técnica Calidad relacional</td> <td>Cronogramas Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: <i>II Plan Atención a los Mayores de Castilla la Mancha</i></p> | DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN | TIPO DE EVALUACIÓN | INDICADORES | HERRAMIENTAS | CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS | PREVIA | Grado de satisfacción de los usuarios Nivel de participación en las actividades | Cuestionarios Escala de actitudes Análisis documental | PROCESO | Observación Grupo de discusión Cuestionarios | RESULTADOS E IMPACTO | Observación Cuestionarios Instrumentos estandarizados | ESFUERZO | RESULTADOS E IMPACTO | Gasto total de las actividades Nº de horas totales actividades | Cronogramas Hojas de gastos | EFICACIA | RESULTADOS E IMPACTO | Grado de consecución objetivo previsto Nº de intervenciones realizadas | Hojas de seguimiento Observación Grupo de discusión Hojas de seguimiento Cuestionarios | EFICIENCIA | RESULTADOS E IMPACTO | Relación tiempo/intervención Relación dinero/resultados | Cronogramas Hojas de gastos Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión | RENTABILIDAD | RESULTADOS E IMPACTO | Relación gasto realizado/ ahorro de costes futuros | Hojas de gastos Hojas de seguimiento | CALIDAD | RESULTADOS E IMPACTO | Calidad de las infraestructuras Calidad científico-técnica Calidad relacional | Cronogramas Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión |
| DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN | TIPO DE EVALUACIÓN | INDICADORES | HERRAMIENTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS | PREVIA | Grado de satisfacción de los usuarios Nivel de participación en las actividades | Cuestionarios Escala de actitudes Análisis documental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PROCESO | | Observación Grupo de discusión Cuestionarios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RESULTADOS E IMPACTO | | Observación Cuestionarios Instrumentos estandarizados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESFUERZO | RESULTADOS E IMPACTO | Gasto total de las actividades Nº de horas totales actividades | Cronogramas Hojas de gastos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EFICACIA | RESULTADOS E IMPACTO | Grado de consecución objetivo previsto Nº de intervenciones realizadas | Hojas de seguimiento Observación Grupo de discusión Hojas de seguimiento Cuestionarios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EFICIENCIA | RESULTADOS E IMPACTO | Relación tiempo/intervención Relación dinero/resultados | Cronogramas Hojas de gastos Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENTABILIDAD | RESULTADOS E IMPACTO | Relación gasto realizado/ ahorro de costes futuros | Hojas de gastos Hojas de seguimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALIDAD | RESULTADOS E IMPACTO | Calidad de las infraestructuras Calidad científico-técnica Calidad relacional | Cronogramas Hojas de seguimiento Cuestionarios Grupos de discusión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PLAN | Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020 (Castilla-La Mancha) |
|-------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral (No específico de mayores pero con un plan sectorial destinado a ellos) |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma – Castilla La Mancha |
| Ejes de actuación | <p>El Documento de la Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020 consta de diez objetivos y ocho ejes estratégicos. Los ejes estratégicos, que contemplan 83 actuaciones, son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la autonomía personal, la inclusión social y la salud en todas las etapas de la vida 2. Organizar el sistema de cuidados centrado en la persona, garantizando la continuidad en la atención 3. Participación social deliberativa 4. Participación profesional y nuevos modelos organizativos 5. Investigación, innovación y desarrollo en todos los procesos 6. Formación orientada al desarrollo de la estrategia 7. Mejora continua de la calidad 8. Ética en la salud y el bienestar social |

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>Metodología y diagnóstico</p> | <p>La Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020 se ha elaborado siguiendo una metodología participativa. Para ello, un comité redactor formado por profesionales expertos de los servicios sociales y de salud preparó un primer documento. En ese documento se identificaron varios temas que debían analizarse más a fondo: Autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida (infancia, adolescencia y juventud; edad adulta; vejez; inclusión social y salud); Cuidados a las personas en situación de dependencia; Red integrada de servicios; Participación social deliberativa; Investigación, tecnologías aplicadas; Evaluación del plan.</p> <p>A finales de 2009 se convocaron grupos de discusión en los que participaron profesionales con distinta formación y experiencia laboral (ámbito local y regional, representantes de asociaciones, consumidores y voluntarios). En total fueron más de 200 profesionales participantes los que aportaron su visión y sus propuestas.</p> <p>Cada grupo de discusión elaboró un documento que se volcó a la web de manera que los ciudadanos pudieron enviar sus opiniones y comentarios.</p> <p>A lo largo de 2010 se sometieron a debate para formar el borrador de la Estrategia. El Comité de Redacción terminó el nuevo borrador en enero de 2011.</p> |
| <p>Temporalidad</p> | <p>2011-2020</p> |
| <p>Presupuesto</p> | <p>No especificado. Apuntan esto: El esfuerzo que pueda hacer la sociedad, a través de los presupuestos públicos, para financiar las políticas sociales, depende en primer lugar de la situación económica del país y, en segundo lugar, de las prioridades de gasto que asigne cada Gobierno.</p> |
| <p>Coordinación</p> | <p>Se concibe como una alianza estratégica por la salud, la inclusión y el bienestar social entre el Gobierno, los agentes sociales, los profesionales, las instituciones prestadoras de servicios y la ciudadanía.</p> |
| <p>Acceso al documento</p> | <p>http://www.adaceclm.org/DocumentosInteres/Documentosda%C3%B1ocelebral/Documents/ESTRATEGIA%2020-20%20SALUD%20Y%20BS.pdf</p> |

Comunidad Valenciana:

| PLAN | Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana |
|-------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma – Comunidad de Valencia |
| Principios | <p>Los principios de actuación en los que está basado, además de contemplar el derecho a la salud, la equidad y la visión de género, son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respetar la independencia de las personas mayores en la toma de decisiones sobre su propia salud. 2. Poner el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades para conseguir la ciudadanía envejecida de forma activa y saludable. 3. Contribuir a la defensa de los derechos de las personas mayores. 4. Promover la participación activa de las personas mayores en la respuesta que la sociedad da a sus necesidades. 5. Ayudar a integrar la perspectiva del envejecimiento activo en todas las políticas. 6. Fomentar el respeto y la solidaridad de la sociedad con las personas mayores. 7. Potenciar la coordinación institucional y la colaboración de los profesionales de las entidades públicas y privadas que trabajan con las personas mayores. 8. Integrar los objetivos y actividades referidos a personas mayores en los planes, programas y estrategias de salud de la Comunidad Valenciana. |
| Ejes de actuación | <p>Para alcanzar los objetivos generales propuestos se plantea la realización de diferentes líneas de actuación comprendidas en cuatro grandes áreas de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación institucional, gobernanza y participación social; 2. Formación e investigación sobre envejecimiento activo; 3. Promoción del envejecimiento activo, protección de la salud y prevención de las enfermedades; |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>4. Atención integral de los problemas de salud.</p> <p>En cada una de estas áreas se ha establecido un conjunto de objetivos específicos con diversas líneas de actuación o acciones para conseguir que la población de la Comunidad Valenciana envejezca de la forma más activa, segura y saludable posible.</p> |
| Metodología y diagnóstico | No se detalla. |
| Temporalidad | A partir del 2013. |
| Evaluación e indicadores | No se detalla. |
| Presupuesto | No se especifica. |
| Coordinación | Por cada una de las acciones se determina las instituciones implicadas en su cumplimiento y los agentes responsables de él. |
| Acceso al documento | http://cuidatecv.es/pubs/estrategia-envejecimiento-activo-en-la-comunidad-valenciana-2013/ |

Galicia:

| PLAN | O Plan Galego das Persoas Maiores 2010-2013, Horizonte 2015 |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Comunidad Autónoma - Galicia |
| Ejes de actuación y principios | <p>Tiene en consideración las siguientes tres premisas fundamentales: la diversidad, la transversalidad/integración y la participación.</p> <p>El plan se divide en cuatro núcleo principales de acción:</p> <p>1.- Promoción de valores y protección de derechos.</p> <p>Contempla cuatro objetivos operativos: difundir la vejez como etapa en la que se hacen importantes aportaciones a la sociedad; difundir los derechos de las personas mayores; mejorar los mecanismos existentes para la protección de los derechos de las personas mayores y la prevención de las situaciones de riesgo y; reducir las desigualdades entre hombres y mujeres promoviendo los principios de la igualdad de género entre las personas mayores.</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>2.- Envejecimiento activo y participación social.</p> <p>Los objetivos operativos se orientan a: promover la autonomía de las personas mayores y favorecer un envejecimiento sano y saludable; contribuir a la participación de las personas mayores en la sociedad civil dando la oportunidad de tener voz y participar en la toma de decisiones; potenciar la participación de las personas mayores en programas de voluntariado y actividades culturales, de ocio y tiempo libre y; potenciar y valorar la contribución de las personas mayores en el ámbito socioeconómico y profesional de Galicia.</p> <p>3.- Prestación de servicios eficaces y de calidad.</p> <p>Las medidas se orientan a ampliar el catálogo de programas y servicios disponibles para mejorar la calidad de vida de las personas que permanecen en su hogar; potenciar la autonomía dentro del entorno cotidiano; avanzar en la creación de recursos de atención residencial destinados a aquellos que no puedan permanecer en sus domicilios; promover el conocimiento y la formación de las personas que realizan tareas de atención; asegurar la calidad de los programas y servicios y la generación de nuevos recursos poniendo en marcha actuaciones en materia de I+D+i.</p> <p>4.- Cooperación transversal.</p> <p>Se pretende establecer instrumentos o estrategias de mejora de la cooperación interdepartamental para la consecución de objetivos que exigen actuación conjunta; favorecer las sinergias surgidas en el ámbito local para mejorar la gestión de los recursos y asegurar impacto de las políticas autonómicas; promover la cooperación supra-autonómica para llegar a las y los gallegos residentes en el exterior y una mayor difusión del Plan.</p> |
| <p>Metodología y diagnóstico</p> | <p>El Plan ha sido fruto de un proceso participativo en el que se convocaron tanto las administraciones públicas y organismos dependientes de los distintos niveles territoriales como las entidades representativas de los intereses del colectivo formado por las personas mayores en Galicia y por las organizaciones sociales y de profesionales.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Evaluación e indicadores | <p>Para cada núcleo de actuación se han determinado una serie de objetivos y de indicadores que van a permitir monitorizar el cumplimiento del plan para cada año. A su vez determinan las entidades promotoras de las actuaciones.</p> <p>Las acciones de seguimiento y evaluación se realizarán en base a tres fases fundamentales: a) Pre-evaluación (implantación y primeros meses), b) Seguimiento y evaluación del proceso (elaboración de informes) y c) evaluación de los resultados y el impacto (presentación y comunicación de resultados).</p> |
| Temporalidad | 2010-2015 |
| Presupuesto | No se especifica. |
| Acceso al documento | https://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Plans_e_programas/Plan_GalegoV3.pdf |

Planes internacionales:

Australia:

| PLAN | Living Longer Living Better (2012-2016) (Vivir más, vivir mejor) |
|---------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Australia (Mancomunidad) |
| Ejes de actuación y principios. | <p>La reforma contempla 9 ejes presupuestarios. Las temáticas de cada uno de ellos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permanecer en el domicilio 2. Apoyo a los cuidadores 3. Cuidado residencial 4. Profesionales en el cuidado a las personas mayores 5. Redes de apoyo e investigación 6. Coordinación de servicios sanitarios y sociales 7. Demencia 8. Integración y atención a la diversidad 9. Mantenimiento del sistema en el futuro |

| | |
|--------------------------|---|
| Metodología | <p>Se han llevado a cabo cinco proyectos de ley.</p> <p>Para la reforma el Gobierno ha consultado a distintos agentes implicados en el sistema de cuidado a las personas mayores, incluyendo cuidadores y población mayor.</p> <p>El Ministerio de Salud y Envejecimiento ha realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - National Conversations on Ageing- alrededor de 31 eventos con participación de más de 4000 personas (áreas rurales y metropolitanas). Objetivo: Tener una visión de las personas mayores de Australia, sus familiares y cuidadores. - La creación de un grupo de trabajo en la National Aged Care Alliance que aconseje al Gobierno en aspectos clave de la reforma. - La generación de un Comité Interdepartamental gestionado por el Dpto. de Salud y Envejecimiento que se reúna con otros departamentos para garantizar la transversalidad y la perspectiva holística con la que se realizan las reformas. - A su vez, se creó una Comisión de Productividad para que actúe de consultora. Elaboraron el documento “Caring for Older Australians” (2011) |
| Diagnóstico | <p>Los análisis de necesidades se han descrito en el apartado de metodología.</p> |
| Evaluación e indicadores | <p>El plan incluye presupuesto para monitorizar la implementación de las reformas desde el Age Care Reform Implementation Council y la creación de una nueva Age Care Financing Authority, independiente del Gobierno que aconseje en temas financieros y garantice transparencia e independencia.</p> |
| Temporalidad | <p>Desde el 2012; El presupuesto contemplado es para 5 años. Las reformas, en cambio, están previstas con una duración de 10 años.</p> |
| Presupuesto | <p>3,7 billones de dólares. En el documento aparece el presupuesto desglosado en función de cada objetivo contemplado.</p> |
| Acceso al documento | <p>http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA2578620005D57ACA2579E2007B9DFC/\$File/D0769%20Living%20onger%20Living%20Better%20SCREEN%20070512.pdf</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| PLAN | Plan for Positive Ageing 2010-2014: Towards an Age-Friendly City (Plan para el envejecimiento positivo 2010-2014: Hacia una ciudad amigable con las personas mayores) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Local- Canberra |
| Principios | Está basado en los principios de las Naciones Unidas relacionados con las personas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. A su vez también se contemplan las directrices sobre ciudades amigables de la OMS. |
| Ejes de actuación | <p>El plan tiene siete ejes fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Información y Comunicación: Las personas deben tener fácil acceso a la información sobre cuestiones relevantes como vida sana, jubilación, servicios y productos de apoyo, prestaciones y participación en la comunidad. 2) Salud y Bienestar: Potenciar el mantenimiento de la salud y el bienestar para asegurar un buen envejecimiento y que la persona pueda participar activamente en la comunidad. 3) Respeto, Valoración y Seguridad: Que las personas mayores se sientan valoradas y respetadas y que dispongan de un lugar seguro donde residir. 4) Vivienda y alojamiento: Derecho de disponer de una vivienda adecuada y asequible. 5) Servicios de asistencia: Potenciar la autonomía a través de servicios de apoyo. 6) Transporte y movilidad: Que las personas mayores puedan moverse con facilidad en su comunidad. 7) Trabajo y jubilación: Promover la planificación de la jubilación y fomentar la participación en actividades tras ésta. |
| Metodología y diagnóstico | Contemplan la medida de una línea base para poder medir el progreso de la implementación del plan. Esto se hará teniendo en cuenta una serie de indicadores de desempeño de la ejecución del plan. |
| Temporalidad | 5 años |
| Presupuesto | No se menciona. |

| | |
|---------------------|---|
| Coordinación | El plan ha sido desarrollado con el Consejo Asesor de las Personas Mayores de la Ley Ministerial. |
| Acceso al documento | http://www.aarp.org/content/dam/aarp/home-and-family/livable-communities/2013-12/act-strategic-plan-for-positive-aging-2010.pdf |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | Strategy to Safeguard the Rights of Older South Australians--Action Plan 2015-2021 |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Australia |
| Principios y ejes de actuación | <p>Está basado en las políticas y leyes estatales, a pesar de que actualmente no existe una Ley sobre la protección de los derechos de las personas mayores. Las principales acciones a desarrollar por el plan van orientadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la sensibilización. - Construir comunidades integradoras con las personas mayores. - Prevenir el abuso e identificar aquellas estrategias que permitan hacer el mejor uso posible de los derechos de los mayores. |
| Metodología y diagnóstico | Se realizaron 4 grupos de trabajo: respuesta legislativa, Servicio de Respuesta, Conciencia Comunitaria; e Investigación e Innovación. |
| Evaluadores e indicadores | No se menciona. |
| Temporalidad | 6 Años |
| Coordinación | Desarrollado por la Oficina para el Envejecimiento de Australia del Sur del Departamento de Salud y Envejecimiento, en colaboración con departamentos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales así como universidades y el propio Gobierno de Australia. |
| Presupuesto | No se menciona. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/5795 |

| PLAN | Prosperity Through Longevity: South Australia's Ageing Plan Our Vision 2014-2019 |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Australia |
| Principios y ejes de actuación | <p>Este plan se apoya en los cuatro principios del Envejecimiento Activo de la OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud. - Participación. - Aprendizaje permanente. - Seguridad. <p>De igual manera, se apoya en los principios y objetivos de COAG y el Gobierno de la Commonwealth, y en el Plan Estratégico de Australia Meridional (SASP)</p> <p>Las cuatro prioridades que persigue este plan son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Crear una ciudad vibrante. 2) Mantener las ciudades seguras y los vecindarios saludables. 3) Crear un lugar asequible en el que vivir. 4) Asegurar oportunidades para los niños para lograr un futuro mejor. |
| Metodología y diagnóstico | <p>Se realizaron repartieron 33.000 encuestas electrónicas tanto a personas mayores de 50 años residentes en el estado que fueran titulares de la Tarjeta de Mayores, con interés de ser distribuida tanto en el ámbito rural como en el urbano; como a trabajadores del gobierno para conocer las opiniones del sector público. Finalmente, se recibieron 3.690 respuestas de las cuales dos tercios pertenecían a mujeres.</p> <p>También se realizaron 2 sesiones con representantes de una amplia gama de participantes clave en el sector del envejecimiento</p> |
| Evaluadores e indicadores | No aparecen. |
| Temporalidad | 5 Años |
| Coordinación | Ministerio de Salud y Envejecimiento en colaboración con especialistas del envejecimiento como Adelaide Thinker. |
| Presupuesto | No se menciona. |

Acceso al
documento

<http://www.mindbank.info/item/4129>

Canadá:

| PLAN | Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity (Población mayor de Canadá: aprovechando la oportunidad) |
|---------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estado federal - Canadá |
| Ejes de actuación y principios. | <p>El documento contempla 10 ejes de actuación generales divididos en capítulos.</p> <p>Los temas tratados son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contrarrestar los estereotipos negativos hacia la vejez (edadismo) 2) Coordinación e integración de cuidados. 3) Igualdad en el acceso a los servicios en el país. 4) Envejecimiento activo en ciudades amigables y comunidades rurales. 5) Eliminación la pobreza. 6) Apoyo a los cuidadores. 7) Apoyo al sector de voluntariado. 8) Trabajadores de la salud y de los servicios sociales. 9) Incorporación de la investigación y las nuevas tecnologías. 10) Grupos de población federales. <p>A su vez se realiza una lista de recomendaciones que se pueden resumir en las siguientes propuestas por el Comité de Envejecimiento del Senado:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pasar de inmediato a adoptar medidas para promover el envejecimiento activo y saludable y la lucha contra discriminación. |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> b) Proporcionar liderazgo y coordinación a través de la Iniciativa Nacional de Atención Integral, la Estrategia para Cuidadores, programas nacionales como Pharmacare y transferencia federal que atienda las necesidades de las provincias con mayor proporción de personas envejecidas. c) Garantizar la seguridad financiera de la población canadiense por atender las necesidades de las personas mayores trabajadoras, contemplando reformas en el sistema de pensiones; d) Facilitar que las personas de edad canadienses puedan residir en un lugar adecuado que ellos decidan, que puedan acceder al transporte y que exista coordinación sociosanitaria en los servicios ofertados. |
| Metodología y diagnóstico | En 2006 se inició una revisión acerca de los programas y servicios públicos, se identificaron los aspectos ausentes en ellos y las implicaciones derivadas del envejecimiento de la población en los próximos años. El estudio tuvo tres fases: 1) creación de un informe interno, 2) revisión del informe en detalle y envío de una encuesta a organizaciones de mayores canadienses y, 3) evaluación del documento revisado por un grupo de expertos. |
| Temporalidad | Creado en el 2009 |
| Presupuesto | No se contempla |
| Coordinación | El Gobierno Federal tiene un papel principal en el cumplimiento de objetivos, pero lidera y coordina las distintas jurisdicciones. En el documento se menciona que hay distintos niveles implicados que deben participar y cooperar en cada trimestre del plan. |
| Acceso al documento | http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/agei/rep/agingfinalreport-e.pdf |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | Action for Seniors (Revisión de programas e iniciativas para mayores llevadas a cabo por el Gobierno de Canadá) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estado Federal - Canadá |
| Principios y ejes de actuación | <p>El documento recoge las políticas y programas llevados a cabo en Canadá relacionados con las personas mayores y los agrupa en 6 temas de principal interés:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantizar la seguridad financiera de las personas mayores. 2) Fomentar la participación activa tanto laboral como comunitaria. 3) Ayudar a envejecer en el domicilio. 4) Potenciar el envejecimiento activo y saludable. 5) Luchar contra el maltrato hacia las personas mayores. <p>Asegurar el acceso de la población de más edad a la información y servicios disponibles.</p> |
| Metodología y coordinación | A partir del 2006 existe un Comité Interdepartamental presidido por el Ministerio de Empleo y Desarrollo Social de Canadá (ESDC) que focaliza todas las disciplinas que están relacionadas con las personas mayores. Se han coordinado más de 22 departamentos federales y agencias. |
| Evaluación e indicadores | No detallados. |
| Presupuesto | Según programa. |
| Acceso al documento | http://www.seniors.gc.ca/build/theme-sc-ac/pdf/action_report_for_seniors.pdf |



| | |
|---------------------------------|--|
| PLAN | Living Longer, Living Well (Ontario) (Vivir más, vivir bien) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal- Ontario (Canadá) |
| Ejes de actuación y principios. | <p>Los principios bajo los que se asienta el plan son: principio de acceso, de equidad, de elección, de valor y de calidad.</p> <p>Las recomendaciones que se recogen en esta estrategia se han estructurado en los siguientes ejes de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Promoción de la salud y el bienestar- Fortalecimiento de la atención primaria para las personas mayores- Mejora de los servicios y prestaciones en el hogar y la comunidad- Mejora de la atención a las personas mayores con patología aguda- Mejora de la atención domiciliaria en cuidados de larga duración en Ontario- Atención a las necesidades especiales de las personas mayores- Medicamentos y envejecimiento- Cuidar a quienes cuidan- Combatir el <i>edadismo</i> y el maltrato en la persona mayor- Abordar las necesidades de las personas aborígenes mayores- Apoyar el desarrollo de comunidades amigables- Apoyar la Estrategia focalizada en las personas mayores de Ontario- Establecimiento del mandato y la aplicación de la estrategia |
| Metodología y diagnóstico | <p>Se estableció un equipo que lideraba la Estrategia para Mayores, dentro del Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración, que a su vez recibió apoyo por parte del Secretario de Personas Mayores de Ontario.</p> <p>Los trabajos comenzaron con una revisión de estrategias, enfoques y prácticas realizadas por y para las personas mayores en distintas jurisdicciones. Se incluyeron tanto documentos publicados como inéditos, informes, datos y análisis no sólo realizados en Ontario. Se tuvo en cuenta que las jurisdicciones escogidas fueran líderes en alguna de las áreas</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>relacionadas con las personas mayores. Además, se recogieron los siguientes informes de expertos realizados con anterioridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios públicos en Ontario: un camino hacia la Sostenibilidad y la Excelencia. - Cuidando a la población mayor y enfocando hacia cuidados alternativos. - La mejora en el proceso de cuidados. - Envejecimiento Saludable en Canadá: Una nueva visión, una inversión vital. - El Envejecimiento de la Población en Canadá: Aprovechando la Oportunidad. <p>Durante el proceso de consulta se compartieron y fueron revisados por el equipo un número adicional de documentos. Para contar con la opinión de profesionales y colectivos de mayores se realizó una encuesta que se distribuyó en diferentes provincias. Fue completada por más de 5000 mayores de Ontario, más de 3.500 profesionales (de los ámbitos sanitario, social y otros). Dichas opiniones se tuvieron en cuenta de forma prioritaria en la elaboración de las recomendaciones y conclusiones del informe.</p> |
| Evaluación e indicadores | No detallados. Es un documento con las principales guías a seguir |
| Temporalidad | Creado en 2013 |
| Presupuesto | No contemplado |
| Coordinación | En función del eje estratégico. Se menciona que será necesaria la coordinación entre agentes gubernamentales, comunitarios y locales. |
| Acceso al documento | http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/docs/seniors_strategy.pdf |

| PLAN | Aging Population Policy Framework |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal – Alberta (Canadá) |
| Ejes de actuación y principios | <p>El documento plantea la actuación en ocho áreas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad financiera e ingresos. 2. Relativo al domicilio y al envejecimiento en un lugar adecuado. 3. Atención continuada. 4. Envejecimiento saludable y atención de la salud 5. Transporte y movilidad. 6. Protección y seguridad. 7. Comunidades de apoyo. 8. Acceso al Gobierno. |
| Metodología y diagnóstico | <p>El Gobierno de Alberta desarrolló una serie de estrategias previas al documento que tratan algunas de las cuestiones relativas a las necesidades de las personas mayores. Algunas de ellas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de atención continuada — Envejecer en el lugar adecuado; - Visión 2020 - El futuro de la salud y los cuidados en Alberta; - Construyendo y educando a la población del mañana; y, - Estrategia de Prevención de la Violencia y la Intimidación dentro de la familia. <p>El documento analizado viene a complementar los anteriores articulando el papel y las responsabilidades del Gobierno en las necesidades de las personas mayores.</p> <p>En mayo del 2008 se creó la Comisión de Planificación Demográfica. Para el asesoramiento y consulta de agentes implicados se realizaron una serie de diálogos en los que participaron más de 100 organizaciones interesadas en las personas mayores y un amplio estudio cumplimentado de forma online en el que participaron más de 10000 personas de Alberta de distintas edades y localidades.</p> |
| Temporalidad | Año 2010 |
| Evaluación e indicadores | Contempla una serie de resultados a obtener por cada uno de los ejes, pero sin detallar la manera de evaluarlo. |
| Coordinación | El documento incluye dentro de sus actuaciones la mejora de la colaboración a nivel ministerial, por parte de los distintos ministerios |

| | |
|---------------------|---|
| | que se ocupan de diversos aspectos de las personas mayores y, también, a nivel de los distintos agentes implicados: Gobierno, familiares y entorno, sector privado y tercer sector, municipios y otros. |
| Acceso al documento | http://www.health.alberta.ca/documents/Aging-Population-Framework-2010.pdf |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | AgeFriendly Manitoba: Creating communities committed to healthy, active aging (Manitoba amigable con las personas mayores: creando comunidades comprometidas con el envejecimiento activo y saludable) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal – Manitoba (Canadá) |
| Principios y ejes de actuación | <p>Los aspectos clave del documento se centran en el concepto de amigabilidad, pero también en otros objetivos relacionados con la participación social y el envejecimiento activo. Los ejes propuestos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer de espacios al aire libre y edificios agradables, seguros y accesibles. - Contar con opciones domiciliarias bien diseñadas, asequibles y que sean apropiadas y seguras para las personas mayores. - Aumentar las aceras y vías accesibles. - Trabajar por un transporte público asequible y accesible. - Potenciar de relaciones respetuosas entre las personas de todas las edades. - Fomentar y apoyar la salud y los servicios comunitarios. - Proporcionar oportunidades para que las personas mayores sean socialmente activas en su tiempo libre y desarrollen actividades de tipo social, cultural o espiritual. - Facilitar la participación en voluntariado y/o otras actividades cívicas o de tipo laboral. <p>Proporcionar información fácil y accesible para facilitar una comunicación apropiada con el colectivo.</p> |
| Metodología y diagnóstico | La iniciativa se lanzó en el 2008 y está dirigida por el Secretario de Mayores y Envejecimiento Saludable (Seniors and Healthy Aging Secretariat) junto con el departamento de Vida Saludable, Mayores y Aspectos del Consumidor (Healthy Living, Seniors and Consumer Affairs). |
| Evaluación e indicadores | No contemplados. |

| | |
|---------------------|--|
| Presupuesto | No especificado. |
| Coordinación | <p>Desde Manitoba se está trabajando con la OMS y la Agencia de Salud Pública de Canadá para crear comunidades amigables que contribuyan a la participación, salud, independencia y seguridad de la población de más edad.</p> <p>También Manitoba se ha asociado con distintos agentes (Association of Manitoba Municipalities, the Manitoba Chambers of Commerce, Rural Development Institute, the University of Manitoba's Centre on Aging, y otras organizaciones como Manitoba Association of Senior Centres) para garantizar a las personas mayores las máximas oportunidades de disfrutar la vida en comunidad y poder optar a envejecer en el domicilio.</p> |
| Acceso al documento | http://www.healthincommon.ca/wp-content/uploads/2013/07/agefriendly_booklet.pdf |

Estados Unidos (EEUU):

| | |
|---------------------------------|---|
| PLAN | New York State Plan on Aging (Plan de Envejecimiento del Estado de Nueva York) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal - Nueva York |
| Ejes de actuación y principios. | <p>El plan está alineado con el enfoque en tres áreas que propone la Administración sobre el Envejecimiento: - Programas y leyes básicas para la población de más edad; - Subvenciones proporcionadas por la Administración sobre el Envejecimiento; - Control de las personas consumidoras y posibilidad de elección.</p> <p>La estrategia está estructurada en torno a cinco ejes principales:</p> <p>Eje 1.- Facilitar la toma de decisiones informadas con respecto a la salud y a los cuidados de larga duración, tanto a las personas mayores como a las familias y otras personas del entorno. A su vez, potenciar un acceso fácil a los servicios de transporte, información y asistencia y gestión de casos.</p> <p>Eje 2.- Posibilitar a las personas mayores de la ciudad permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible, garantizando una alta calidad de vida.</p> |

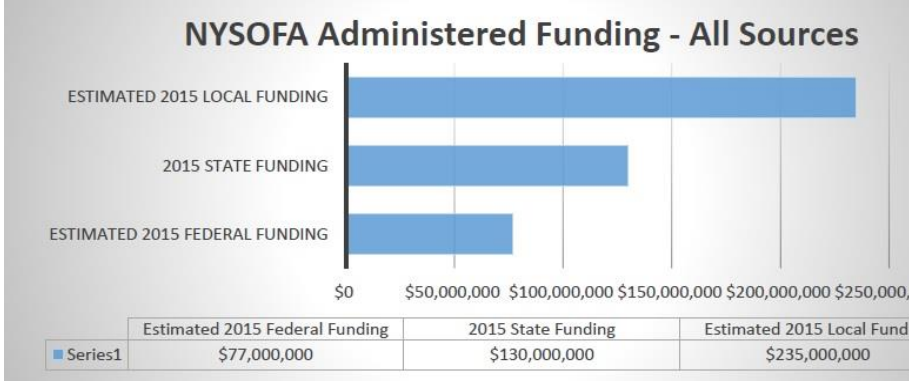
| | |
|---------------------------|--|
| | <p>Para ello se prestarán servicios en el hogar y en la comunidad, incluyendo el apoyo a quienes les prestan cuidados informales.</p> <p>Los servicios ofertados van desde los que están centrados en el domicilio (In-Home Contact and Support, Supporting Aging in Place), los basados en aspectos nutricionales (Nutrition Program for the Elderly), los que se dedican a las y los cuidadores familiares (National Family Caregiver Support Program, Respite Services, Social Adult Day Services, New York State Family Caregiver Council) y otros pensados para poblaciones específicas como veteranos de guerra (Veterans Directed Home and Community-based Services Program).</p> <p>Eje 3.- Promover el envejecimiento activo y saludable a través de la Ley de servicios para la ciudadanía de más edad y la prevención y promoción de la salud mediante el seguro sanitario público – Medicare-.</p> <p>Se ofertan tanto servicios para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Preventive Health Services, Evidence-Based Disease and Disability Prevention Grant Program); como centrados en actividades para fomentar la autonomía y una mayor longevidad (Civic Engagement and Volunteerism, Retired Senior Volunteer Program, Foster Grandparent Program, Older American Community Service Employment Program)</p> <p>Eje 4.- Garantizar los derechos de las personas mayores e impedir el abuso, la desatención y la explotación. Para ello se ofrecen servicios legales tales como: Legal Assistance Program, New York State Long-Term Care Ombudsman Program, SMP (formerly, Senior Medicare Patrol Program), Elder Abuse Education and Outreach Program.</p> <p>Eje 5.- Mejorar las prácticas actuales, tanto de gestión como de operaciones, y alcanzar una mayor eficiencia y eficacia. Para ello se va a recopilar información a través de los programas, servicios e iniciativas que se lleven a cabo. Se trabajará por disponer de datos de calidad, que estén recopilados y que permitan los análisis. Se recogerá información del rendimiento de los proyectos, de si existe igualdad de oportunidades y se gestiona la diversidad tanto en asuntos cotidianos como en participación civil. También si hay colaboración intergubernamental y si hay protocolos y preparación para casos de emergencia.</p> |
| Metodología y diagnóstico | El plan se ha realizado utilizando distintas fuentes de información: estudios realizados por NYSOFA (New York State Office for the Aging), la |

| | |
|--------------------------|---|
| | obtenida por las Agencias de Área sobre Envejecimiento, la recopilada en los foros comunitarios a nivel estatal y en las reuniones organizadas por la Oficina del Estado, los Comités Consultivos y los asociados a la Agencia Estatal. |
| Evaluación e indicadores | El plan incluye para cada objetivo la descripción de los resultados esperados y la fecha de cumplimiento de éstos. |
| Temporalidad | Periodo de 4 años (2011-2015) |
| Presupuesto | En el documento se desglosa la financiación adjudicada por localización y tipo de servicio junto con los recursos que pueden solicitar las agencias estatales para la realización de actividades. |
| Coordinación | Se ha contemplado la implementación del plan, en colaboración con la red de organizaciones públicas y privadas que prestan servicios a la población de personas mayores. |
| Acceso al documento | http://www.aging.ny.gov/NYSOFA/PlanOnAging.pdf |

| | |
|-------------------|--|
| PLAN | National Plan To Address Alzheimer's Disease (Plan Nacional para abordar la enfermedad de Alzheimer) |
| Ámbito sectorial | Sectorial: Demencias (Alzheimer) |
| Ámbito geográfico | EEUU |
| Principios | <p>El plan se rige por tres principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Optimizar los recursos existentes y mejorar y coordinar las actividades en curso. 2) Apoyar las asociaciones entre el sector público y privado. 3) Transformar la forma de acercarse a la enfermedad de Alzheimer. |
| Ejes de actuación | <p><i>Eje estratégico 1.- Prevenir y tratar eficazmente la enfermedad de Alzheimer para el año 2025.</i></p> <p>Tienen como prioridad acelerar el ritmo de la investigación científica y asegurar que las soluciones basadas en la evidencia se identifiquen rápidamente y se lleven a la práctica asegurando que las personas con enfermedad de Alzheimer se beneficien de un aumento de los conocimientos científicos.</p> <p><i>Eje estratégico 2.-Mejorar la calidad y la eficiencia</i></p> <p>Requiere tanto tener profesionales competentes con conocimientos adecuados (en atención primaria, servicios sociales y comunitarios), valorar con precisión y utilizar herramientas de mejora.</p> <p><i>Eje estratégico 3.-Aumentar el apoyo a las personas con enfermedad de Alzheimer y sus familias.</i></p> <p>Existe una necesidad de apoyos que van más allá de la atención que se presta en instituciones oficiales (médicos, hospitales, o residencias). Las familias y otros cuidadores informales desempeñan un papel central. Apoyar a las personas con la enfermedad de Alzheimer, a sus familias y a quienes les cuidan requiere darles las herramientas que necesitan para ayudar a planificar para las necesidades futuras, y garantizar seguridad y dignidad.</p> <p><i>Eje estratégico 4.-Mejorar la sensibilidad y la participación pública.</i></p> <p>La mayoría de la población es consciente de la enfermedad de Alzheimer; más del 85% de las personas encuestadas pueden identificar la enfermedad y sus síntomas. Pero hay ideas y concepciones erróneas que potencian el retraso en el diagnóstico y el estigma social. Una mejor</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>comprensión de la enfermedad de Alzheimer ayudará a lograr la participación de todos los interesados que puedan ayudar a hacer frente a los desafíos que enfrentan las personas con la enfermedad y sus familias. Las estrategias y las acciones en el marco de este objetivo se han diseñado para educar a ciertos colectivos acerca de la enfermedad.</p> <p><i>Eje estratégico 5.-Seguimiento del progreso del plan.</i></p> <p>Se van a destinar esfuerzos para ampliar y mejorar infraestructura de datos y hacer que éstos sean fácilmente accesibles a las agencias del gobierno federal y a otros investigadores. Esta infraestructura de datos ayudará en la evaluación de los progresos realizados al ser supervisada en múltiples niveles.</p> |
| Metodología y diagnóstico | <p>Se ha consultado con partes interesadas en la enfermedad de Alzheimer tanto de dentro como de fuera del Gobierno Federal. El plan representa el primer trabajo de los que se han planificado para hacer frente a dicha enfermedad. En él se incluyen algunas de las principales iniciativas y resultados de la investigación científica desde el 2013.</p> |
| Temporalidad | <p>El plan se creó en el 2012; el documento analizado es la segunda actualización del plan (2014)</p> |
| Evaluación e indicadores | <p>El plan cuenta con un apéndice (Apéndice 2) donde se recoge la forma de evaluar y los indicadores necesarios. Se han desglosados los hitos a cumplir, las entidades encargadas de cada uno de ellos, las asociaciones con otras organizaciones y la fecha de cumplimentación de cada uno de ellos.</p> |
| Coordinación | <p>El Plan Nacional requiere de la coordinación de esfuerzos entre los sectores público y privado. A través de un diálogo permanente con el Consejo Consultivo, el Gobierno Federal identificará las áreas más prometedoras para el progreso para que se pueda actuar ante estas oportunidades.</p> |
| Acceso al documento | <p>http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatIPlan2014.shtml</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| PLAN | New York State Plan on Aging 2015-2019 |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estados Unidos |
| Principios y ejes de actuación | <p>El Plan está organizado en cuatro áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas básicos para personas mayores. - Subvenciones procedentes de AoA/ ACL. - Planificación Centrada en la Persona. - Justicia. <p>Los elementos clave del programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar servicios no sanitarios en domicilios y centros comunitarios. - Ofrecer el programa "Puerta No Equivocada" asegurando información y asistencia a las personas mayores. - Apoyar a los cuidadores. - Favorecer el acceso a programas de seguridad económica y otros beneficios. - Promocionar y ampliar el acceso a la salud, al bienestar y a programas de prevención. - Promover el compromiso cívico y el voluntariado. - Desarrollar programas y servicios innovadores estableciendo así la política futura. - Apoyar los esfuerzos de la comunidad orientados a la mejora de la habitabilidad. |
| Metodología y diagnóstico | <p>El plan realiza un análisis socio-demográfico utilizando principalmente fuentes secundarias. También se realizaron 7 encuestas con el objetivo de obtener mayor información respecto al status legal de la asistencia en Nueva York. Los principales perfiles encuestados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residentes en Nueva York mayores de 18 años. - Abogados que ejerzan en Nueva York. - Directores de las 59 Agencias del Área de Envejecimiento de Nueva York vinculadas a los Programas de Asistencia Legal para Mayores |

| | <p>de 60 años. Proveedores comunitarios contratados por las Agencias del Área de Envejecimiento que presten servicios legales bajo el Programa de Asistencia Legal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abogados que presten servicios al Servicio Jurídico de Higiene Mental de Nueva York, que representen a personas con discapacidades así como a delincuentes sexuales con problemas de salud mental y con probabilidades de reincidir. Jueces y Magistrados. - Individuos de todas las edades con discapacidad. <p>De igual manera se realizó un grupo de discusión a nivel nacional formado por 113 participantes que representaban a las diferentes comunidades legales y judiciales, escuelas de derechos, así como expertos de los sectores del envejecimiento, discapacidad, salud y cuidado y miembros del Estado y del Gobierno Local.</p> | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------|--------------------------------|--------------------|------------------------------|---------|--------------|---------------|---------------|
| Evaluadores e indicadores | Incluye indicadores de evaluación con su correspondiente plazo de realización en cada uno de los objetivos propuestos para cada programa. | | | | | | | | |
| Temporalidad | 4 Años | | | | | | | | |
| Coordinación | Elaborado por la Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York. (NYSOFA), en colaboración con otros organismos. | | | | | | | | |
| Presupuesto | <p>Cuenta con un presupuesto total de 442 millones de dólares repartidos en financiación local, federal y estatal, tal y como se aprecia en el siguiente gráfico:</p>  <table border="1" data-bbox="523 1727 1410 1787"> <thead> <tr> <th></th> <th>Estimated 2015 Federal Funding</th> <th>2015 State Funding</th> <th>Estimated 2015 Local Funding</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Series1</td> <td>\$77,000,000</td> <td>\$130,000,000</td> <td>\$235,000,000</td> </tr> </tbody> </table> | | Estimated 2015 Federal Funding | 2015 State Funding | Estimated 2015 Local Funding | Series1 | \$77,000,000 | \$130,000,000 | \$235,000,000 |
| | Estimated 2015 Federal Funding | 2015 State Funding | Estimated 2015 Local Funding | | | | | | |
| Series1 | \$77,000,000 | \$130,000,000 | \$235,000,000 | | | | | | |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/6348 | | | | | | | | |

| PLAN | CNMI Four Year State Plan on Aging 2015-2019 |
|--------------------------------|---|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estados Unidos |
| Principios y ejes de actuación | <p>Los principales programas planteados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Servicios de Apoyo. - Programa de Servicios Nutricionales. - Salud Preventiva. - Programa Nacional de Apoyo a los Cuidadores familiares. - Programa de Prevención del Abuso de Ancianos y Defensor del Pueblo. Programa Sénior de Empleo en el Servicio Comunitario. <p>Los principales objetivos de este plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meta 1. Proporcionar información al público en general sobre los programas y servicios disponibles en la Oficina de Envejecimiento. - Meta 2. Permitir que las personas con discapacidades y los mayores vivan en la comunidad accediendo a servicios de apoyo de alta calidad a largo plazo, incluyendo apoyo para las familias y los cuidadores. - Meta 3. Trabajar con mayores y personas con discapacidad a medida que se comprometan y participen plenamente en sus comunidades, tomen decisiones informadas y ejerzan autodeterminación y control sobre su independencia, bienestar y salud. - Meta 4. Proteger y mejorar los derechos de los mayores y las personas con discapacidad, previniendo la explotación, el abuso y la negligencia. - Meta 5. Defender los intereses de las personas con discapacidad, los adultos mayores y sus familias, reflejándose esto en el diseño e implantación de las políticas públicas. - Meta 6. Implementar prácticas de gestión del trabajo que apoyen la integridad y la eficiencia de los programas para personas mayores y discapacitados, asegurando una correcta administración del dinero de los contribuyentes. |

| | |
|---------------------------|--|
| Metodología y diagnóstico | No se menciona. |
| Evaluadores e indicadores | Realiza una evaluación mediante el análisis de los principales indicadores establecidos para cada uno de los objetivos planteados. |
| Temporalidad | 4 Años |
| Coordinación | La Oficina de Envejecimiento tiene la autoridad para desarrollar y administrar el Plan Estatal de Envejecimiento. |
| Presupuesto | No se menciona. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/6349 |

| | |
|--------------------------------|---|
| PLAN | State Plan on Aging 2015-2019 |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estados Unidos |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las principales metas que se establecen en el plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meta 1. Permitir que las personas mayores permanezcan en sus hogares con una alta calidad de vida durante el mayor tiempo posible mediante la provisión de servicios apropiados en el hogar y en la comunidad, incluyendo los apoyos para los cuidadores familiares - Meta 2. Empoderar a las personas mayores para que estén activos y saludables. - Meta 3. Garantizar los derechos de las personas mayores e impedir su abuso, abandono y explotación. - Meta 4. Capacitar a las personas mayores y a sus familias para que tomen decisiones informadas y puedan acceder fácilmente a las opciones existentes en su comunidad. |
| Metodología y diagnóstico | El plan se encuentra estructurado en metas a conseguir, de las cuales se derivan los principales objetivos y aquellas actividades a realizar necesarias para la consecución de dichos objetivos. |

| | |
|---------------------------|--|
| Evaluadores e indicadores | Se indican los principales indicadores a tener en cuenta para comprobar el grado de realización de cada una de las metas. |
| Temporalidad | 4 Años |
| Coordinación | División de Asuntos de Envejecimiento de Rhode Island, en colaboración con otros agentes. |
| Presupuesto | Cuenta con un presupuesto total de 17.947.812 \$, de los cuales 11.283.161 \$ son fondos federales; y 6.619.691 \$ son fondos estatales. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/6359 |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | Aging Texas Well Plan: 2012–13 |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estados Unidos |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las principales líneas de actuación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar de manera conjunta con consumidores, cuidadores, proveedores de servicios y demás partes interesadas. - Desarrollar y mejorar las opciones de servicios que son sensibles a las necesidades y preferencias individuales. - Garantizar y proteger la libre determinación, los derechos de los consumidores y la seguridad. |
| Metodología y diagnóstico | Incluye las principales actividades a realizar para cada uno de los programas planteados. |
| Evaluadores e indicadores | No se mencionan. |
| Temporalidad | 1 Año |
| Coordinación | Departamento de Envejecimiento y Discapacidad en colaboración con agencias estatales, no gubernamentales, educativas y privadas. |
| Presupuesto | No se menciona. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/2006 |

| | |
|--------------------------------|---|
| PLAN | California State Plan on Aging: 2013 - 2017 |
| Ámbito sectorial | Salud Mental |
| Ámbito geográfico | Estados Unidos |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las principales metas que se plantean en el programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meta 1. Asegurar a los ancianos, adultos con discapacidades y cuidadores el fácil acceso a la información para que tomen sus decisiones de manera informada. - Meta 2. Fomentar que los ancianos, adultos con discapacidades y cuidadores a que sean activos apoyándolos en sus hogares y comunidades. - Meta 3. Permitir que los ancianos, adultos con discapacidades y cuidadores sean saludables. - Meta 4. Proteger los derechos de los consumidores mayores y adultos con discapacidades, ayudándoles a obtener los beneficios necesarios. |
| Metodología y diagnóstico | El plan incluye para cada una de las metas planteadas, una serie de objetivos propios que se llevarán a cabo a través de las diferentes estrategias. |
| Evaluadores e indicadores | Aparecen descritos los indicadores con los que evaluar el cumplimiento de los diferentes objetivos planteados, así como la fecha de su cumplimiento. Además, el plan cuenta con un programa de calidad mediante el cual se realizan revisiones periódicas de manera que se tiene un control total de todos los elementos que participan en dicho programa. |
| Temporalidad | 4 Años |
| Coordinación | Departamento de Envejecimiento de California. |
| Presupuesto | El plan está financiado en base a una combinación de fondos federales, estatales y locales. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/6311 |

FRANCIA:

| PLAN | Projet de loi relatif à L'adaptation de la société au vieillissement (Proyecto de ley sobre la adaptación de la sociedad al envejecimiento) |
|---------------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal – Francia |
| Ejes de actuación | <p>La Ley de adaptación de la sociedad al envejecimiento se basa en tres pilares indisociables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Anticipación: para prevenir la pérdida de autonomía, tanto en el plano tanto individual como en el colectivo. La edad es un factor de aceleración de desigualdades sociales y de salud que arrastran un mayor riesgo de pérdida de autonomía. Prevenir y reparar en los factores de riesgo es esencial y permitirá, de una parte, proponer, cada vez que sea necesario, programas adaptados de prevención y, por otra parte, que faciliten el recurso a la asistencia técnica - La Adaptación de nuestra sociedad: la edad no debe ser factor de discriminación o de exclusión: hay que cambiar la mirada sobre el envejecimiento. Esto pasa por la creación de lazos sociales nuevos, acercando las generaciones, pero también por la reafirmación de los derechos de las personas mayores, para que no sean ignorados. Conviene repensar todas las políticas públicas, en particular las de la vivienda, el urbanismo y los transportes, etc. A su vez, hay que favorecer en Francia la innovación tecnológica, la producción de equipos domóticos, para cubrir posibles necesidades y animar la potenciación del sector industrial en materia de envejecimiento. Se trata de un incentivo para la sociedad en términos de empleos, de desarrollo industrial y de crecimiento. - El Acompañamiento de la pérdida de autonomía. La prioridad es permitir a los que lo desean permanecer en su domicilio a quienes así lo desean, garantizándoles buenas condiciones. También debe reconocerse la labor, tanto de las familias como de otras personas allegadas, por el de apoyo que suponen en muchas ocasiones. Debe facilitarse la comunicación y la información accesible a las personas mayores y respetarse su libertad de elección. |
| Metodología y diagnóstico | El documento contempla un apartado propio que contextualiza el envejecimiento en Francia y en el que se describen los principales indicadores estadísticos. |
| Temporalidad | 2014 |
| Presupuesto | No se detalla en el documento |
| Coordinación | Incluye información sobre cuáles podrían ser los organismos responsables para cada uno de los objetivos de los tres pilares. |
| Acceso al documento | http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14 |

| | |
|---------------------------|---|
| PLAN | Plan nacional “Bien vieillir ” 2007-2009 (Plan nacional “buen envejecer” 2007-2009) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Estatal - Francia |
| Principios | Está enmarcado dentro del paradigma de envejecimiento activo y saludable propuesto por la OMS (2002). |
| Ejes de actuación | <p>El plan recoge nueve ejes estratégicos:</p> <p>Eje 1.- Detectar y prevenir factores de riesgo relacionados con el envejecimiento.</p> <p>Eje 2. Promover una dieta equilibrada para mantenerse en forma las personas mayores de 55 años.</p> <p>Eje 3. Promover actividad física y deportiva entre la población de más edad.</p> <p>Eje 4. Detectar factores de riesgo y prevenir patologías que afectan a la calidad de vida de las personas mayores.</p> <p>Eje 5. Promover el uso adecuado de los medicamentos</p> <p>Eje 6. Facilitar la solidaridad y la interacción inter-generacional como aspecto fundamental del “buen envejecer”.</p> <p>Eje 7. Desarrollar el plan a nivel local</p> <p>Eje 8. Desarrollar y potenciar la investigación y la innovación en los distintos dominios del plan.</p> <p>Eje 9. Inscribir dentro del enfoque francés la dimensión europea.</p> |
| Metodología y diagnóstico | El documento contempla un apartado propio que contextualiza el envejecimiento en Francia y en el que se describen los principales indicadores estadísticos. |
| Temporalidad | 2007-2009 |

| | |
|--------------------------|--|
| Evaluación e indicadores | Cada eje engloba distintos puntos de actuación en los que se describe el contexto, los objetivos específicos y las medidas específicas que se van a llevar a cabo. |
| Presupuesto | Aparece la financiación disponible para algunas de las medidas tomadas |
| Coordinación | Plantean cuáles son los organismos responsables para cada uno de los objetivos operativos y las medidas tomadas. |
| Acceso al documento | http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | La politique d'Autonomie des personnes âgées et handicapées (Policy supporting autonomy of older persons and persons with disability) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Francia. |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las principales líneas estratégicas son:</p> <p>A) Para las personas discapacitadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la participación de las personas con discapacidad en la sociedad. - Promover un apoyo adaptado y continuado a los niños y sus familias. - Fomentar la socialización y la escolarización de manera ordinaria de los niños discapacitados. - Desarrollar una política específica para la formación y el empleo en empresas adaptadas de manera ordinaria. - Desarrollar y diversificar los modos de cuidado y de apoyo. - Asegurar una coordinación eficaz en la atención a las personas discapacitadas. - Lucha contra el maltrato. - Reforzar las acciones de sensibilización. <p>B) Para las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar el apoyo en el hogar. - Desarrollar y mejorar el apoyo institucional. |

| | |
|---------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la organización en la coordinación gerontológica. - Luchar contra el maltrato. |
| Metodología y diagnóstico | El plan señala cada uno de los servicios que ofrece, tanto para personas mayores como para personas discapacitadas, explicando en qué consisten y cuáles son las condiciones de acceso. |
| Evaluadores e indicadores | No se mencionan. |
| Temporalidad | 4 Años. |
| Coordinación | Para la preparación y ejecución del plan el Consejo General cuenta con el apoyo del Comité Departamental de Jubilados y Mayores de Guadalupe así como con el Consejo Asesor de Discapacidad del Condado. |
| Presupuesto | Cuenta con un presupuesto de 82,7 millones de Euros para personas mayores y 38,5 millones de euros para personas con discapacidad. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/5111 |

Naciones Unidas:

| | |
|------------------------|---|
| PLAN | Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible |
| Ámbito sectorial | Derechos humanos y desarrollo global sostenible |
| Ámbito geográfico | El mundo entero, tanto países desarrollados como países en vías de desarrollo. |
| Principios y objetivos | <p>La Declaración “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” aprobada por Naciones Unidas en septiembre de 2015 y suscrita por el Gobierno de España.</p> <p>La Agenda está integrada por 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) Y 169 metas universales.</p> <p>La Declaración reconoce que las personas mayores representan una enorme riqueza para la sociedad y aportan una contribución significativa al desarrollo mundial, en concreto, realiza las siguientes referencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo 2.2. De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, abordando las necesidades de nutrición de las personas de edad. - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. - Objetivo 6.2. De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos prestando especial atención a las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad. - Objetivo 10.2. Para 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad. - Objetivo 10.4. Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad. - Objetivo 11.2. Para 2030, proporcionar el acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, las personas con discapacidad y las personas de edad. |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo11.7. Para 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos, seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las personas de edad y las personas con discapacidad. |
| Metodología y diagnóstico | Mediante un proceso voluntario, eficaz, participativo, transparente e integrado se contribuirá de manera vital a la implementación de la Agenda y ayudará a los países a maximizar y vigilar los progresos realizados al respecto para asegurar que nadie se quede atrás. |
| Evaluación e indicadores | Proceso sistemático de seguimiento y examen de la implementación de la presente Agenda durante los próximos 15 años |
| Temporalidad | 2015-2030 |
| Presupuesto | Según el criterio de cada país. |
| Coordinación | Intercambio de experiencias, una mejor coordinación y un mejor apoyo específico del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones regionales y otros interesados |
| Acceso al documento | http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf |

Países Nórdicos:

| PLAN | High-Quality Services for Older People (Servicios de alta calidad para las personas mayores) |
|---------------------------|--|
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Finlandia |
| Principios | <p>Se mencionan los principios éticos en los que se enmarca el documento y que promueven la dignidad en la vejez.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libre determinación, - Orientación a los recursos, - Igualdad, - Participación, - Individualidad, - Seguridad. |
| Ejes de actuación | <p>El documento describe estrategias establecidas para impulsar la calidad y la eficacia en tres dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Promoción de la salud y el bienestar, y el desarrollo de una estructura de servicios. 2) Gestión del personal y de las habilidades de éste. 3) Vida, atención y cuidados en el envejecimiento. |
| Metodología y diagnóstico | <p>Este documento es el resultado de un proceso de revisión del marco anterior, que estaba destinado a proporcionar servicios de alta calidad a las personas mayores (año 2001). En la estrategia actual se han incorporado datos sobre estrategias y políticas actuales para la tercera edad, resultados recientes de investigación y otros aspectos relevantes (como las propias evaluaciones del plan antiguo).</p> |
| Evaluación e indicadores | <p>El impacto del marco se va a monitorizar y evaluar regularmente, tanto a nivel local como nacional. En el documento se proporcionan indicadores de seguimiento que serán utilizados para evaluar los progresos realizados en las principales áreas. Además, a nivel nacional, se realizará una evaluación independiente.</p> |

| | |
|---------------------|---|
| Temporalidad | Creado en el 2008 |
| Presupuesto | No detallado. Se menciona que dependerá de los municipios y el plan presupuestario. |
| Coordinación | Habrà colaboración entre el tercer sector, las entidades proveedoras de servicios del sector privado y la población atendida. |
| Acceso al documento | http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6710.pdf |

| | |
|--------------------------------|---|
| PLAN | National Memory Programme 2012–2020. Creating a "memory-friendly" Finland (Programa de memoria nacional 2012-2020. Creando una "memoria amigable". Finlandia) |
| Ámbito sectorial | Sectorial - Demencia |
| Ámbito geográfico | Finlandia |
| Principios y ejes de actuación | <p>El programa se sustenta en cuatro pilares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Promoción de la "salud cerebral". 2) Fomentar una actitud más abierta ante la salud cerebral, el tratamiento de demencias y la rehabilitación. 3) Garantizar una buena calidad de vida para las personas con demencia y sus familias, a través del apoyo, el tratamiento y los servicios. 4) Incrementar la investigación y la educación adoptando un enfoque basado en la evidencia. |
| Metodología y diagnóstico | <p>La estrategia nacional ha sido creada por una Comisión establecida por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud. Las directrices a seguir eran incluir objetivos de promoción de la salud cerebral, asegurar la atención temprana y el tratamiento precoz de trastornos de la memoria, establecer un sistema que asegure la disponibilidad de servicios y ayuda para las personas con demencia y sus familias, y crear un plan de acción para implementar las medidas necesarias para la consecución de dichos objetivos.</p> <p>En la planificación se han tenido en cuenta los resultados procedentes de la investigación. Ha sido la base del documento y ha ayudado a la toma de decisiones relacionadas con los servicios y la atención.</p> |
| Evaluación e indicadores | Se van a realizar evaluaciones para medir de forma precisa si se han logrado los objetivos. Éstas van a incluir las evaluaciones del impacto social, el análisis de los efectos de la toma de decisiones y de los costes. |
| Temporalidad | Entre 2012 and 2020 |
| Presupuesto | No se especifica. |
| Coordinación | Se coordinará con las iniciativas legislativas que están en curso, así como con otros programas como el Programa Nacional de Desarrollo para el Bienestar Social y la Salud (KASTE) |



Acceso al
documento

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26234.pdf

| | |
|---------------------------------|---|
| PLAN | The Dementia Plan 2015 (Plan de demencia 2015) . Noruega |
| Ámbito sectorial | Demencia (sub-plan del Care Plan 2015) |
| Ámbito geográfico | Noruega |
| Ejes de actuación y principios. | <p>El plan sectorial identifica tres áreas principales de enfoque: los programas de día, la mejora de las instalaciones adaptándolas a las necesidades de la población atendida, el incremento del conocimiento y de las destrezas (información, educación, investigación y nuevos avances).</p> <p>Enfatizan en que las personas con demencia no son un grupo homogéneo, y por ello presentan distintos tipos de necesidades e intereses. Abogan por la mejora de los servicios, adaptándolos de manera individual a la historia de vida y a la salud de cada persona.</p> <p>Los principios fundamentales en los que se asienta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una atención adecuada en demencias. - Apertura e inclusión. - Continuidad en la cadena de cuidados. - Un cambio en las instalaciones tradicionales (“lo pequeño y acogedor” en vez de las instalaciones con grandes pasillos y salas) - Dignidad y respeto. <p>Presentan cinco estrategias para afrontar los retos en la atención a las demencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la calidad en la investigación y la planificación, - Aumentar las capacidades y conocimientos y la capacidad de crecimiento, - Mejorar la colaboración entre las distintas disciplinas implicadas y el seguimiento médico, - Cuidado activo, - Establecer alianzas con las familias y las comunidades locales. |
| Metodología y diagnóstico | Este documento está incluido dentro del Care Plan 2015 presentado por el Gobierno Noruego. En el año 2006 el Gobierno y la Asociación Noruega |

| | |
|--------------------------|---|
| | de Autoridades Locales llegaron a un acuerdo en el que se abordaban los servicios relacionados con el cuidado y la salud. Una de las cuestiones acordadas fue la realización de este plan de acción para el cuidado en demencias. Al inicio del plan se describe los retos a conseguir en este ámbito y datos relevantes que justifican dichos postulados. |
| Evaluación e indicadores | Se estableció en 2007 un sistema denominado “Follow Along” que será el encargado de evaluar las áreas principales del plan. Su objetivo final es presentar los resultados obtenidos desde el primer año de funcionamiento hasta el año 2015. A su vez se va a realizar cada cuatro años una encuesta a nivel nacional en la que se recopilará información sobre los servicios ofrecidos a las personas con demencia. |
| Temporalidad | Hasta el año 2015. |
| Presupuesto | No especificado. |
| Coordinación | En función de las acciones enumeradas en el documento. |
| Acceso al documento | http://www.aldringoghelse.no/?PageID=2855 |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Países Nórdicos. Finlandia. |
| Principios y ejes de actuación | Las principales metas que se plantea este plan son: <ul style="list-style-type: none"> - Abrir el debate sobre la calidad de vida de los mayores y las herramientas que se necesitan para garantizarla. - Ayudar a las personas a hacer frente a los retos del envejecimiento en sus municipios de residencia planteando importantes cuestiones relacionadas con el envejecimiento. - Ser proactivo en el desarrollo de la convivencia con los mayores en los municipios sobre la base de una correcta información. - Ayudar a las personas mayores en que se mantengan independientes para cuidar su salud, sus capacidades funcionales y |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>para anticipar los problemas relacionados con la adaptación de sus viviendas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar a los actores a controlar que los planes futuros que realizamos armonicen las necesidades actuales y las futuras. - Apoyar a los municipios a desarrollar servicios para personas mayores y evaluarlos. - Ayudar a otros sectores incluidos proveedores de servicios sociales y de atención a la salud, profesionales y actores del tercer sector para planificar y evaluar sus propias actividades. |
| Metodología y diagnóstico | <p>En el plan se incluye un análisis sociodemográfico de la población mayor de Finlandia y se establece la necesidad de seguir una serie de pasos para lograr los objetivos establecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examinar las necesidades de servicios de la población mayor y la mejor manera de satisfacerlas. - Fijar nuestros objetivos. - Los estudios, ejercicios de fijación de metas y planes de aplicación deben llevarse a cabo a nivel individual. - Para alcanzar los objetivos y mejorar los servicios, también debemos evaluar la implementación de los planes. |
| Evaluadores e indicadores | No se mencionan. |
| Temporalidad | Desde 2014. |
| Coordinación | Ministerio de Asuntos Sociales y Salud. |
| Presupuesto | No se menciona. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/5370 |

Reino Unido:

| | |
|---------------------------|---|
| PLAN | Hope, Confidence and Certainty for Older People 2013-2015 (Esperanza, confianza y seguridad para las personas mayores 2013-2015) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Irlanda del Norte |
| Principios | Basado en los principios adoptados por las Naciones Unidas para las personas mayores (1991), que se agrupan en 5 dominios: independencia, participación, cuidado, dignidad y autorrealización. |
| Ejes de actuación | El plan tiene cinco ejes fundamentales que se desglosan en distintos apartados: 1) Promover actitudes positivas hacia las personas mayores; 2) Revisar la efectividad y adecuación de políticas y leyes que puedan afectar a esas personas; 3) Promover y garantizar oportunidades y eliminar la discriminación contra las personas mayores. 4) Fomentar buenas prácticas en el trato a la población de más edad y; 5) Gestión y manejo organizativo. |
| Metodología y diagnóstico | Para la selección estratégica de los ejes propuestos hubo una serie de reuniones y encuentros a lo largo del año 2012 donde se recogieron las opiniones y perspectivas de las personas mayores y de organizaciones que trabajan con ellas. Contrataron un servicio de auditoría interna independiente. |
| Temporalidad | Plan propuesto para los años 2013-2015. |
| Acceso al documento | http://www.copni.org/images/publications/COPNI_Corporate_Plan_-_Hope_Confidence_Certainty_2013-2015.pdf |

| | |
|-------------------|--|
| PLAN | Reshaping Care for Older People: A Programme for Change 2011-2021 (Adaptando el cuidado a las personas mayores: un programa para el cambio. 2011-2021) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Escocia |
| Principios | <p>El objetivo de la estrategia es optimizar la independencia y el bienestar de las personas mayores en su domicilio o en un entorno acogedor.</p> <p>Para lograr esto, es necesario ayudar a las personas mayores a tener la máxima calidad de vida a través de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promoviendo que se sientan seguras, - facilitando oportunidades de socialización y apoyo mutuo, - asegurando que nadie se encuentre en soledad o aislamiento, - promoviendo que las personas permanezcan lo mejor que puedan, - facilitando que las personas mayores puedan vivir dónde y cómo quieran, - estando libres de estigmas y discriminación, y - que se les escuche en todo momento, teniendo voz en aquellos servicios que reciben y asegurando que sean tratados con respeto y dignidad. |
| Ejes de actuación | <ol style="list-style-type: none"> 1) Salud y bienestar durante la vejez 2) Cuidadores informales 3) Vivienda 4) Lugares de cuidado 5) Equipamiento y adaptaciones 6) Teleasistencia y telemedicina 7) Transporte 8) Vías de asistencia eficaz 9) Desarrollo laboral 10) Planificación, implementación y soporte |

| | |
|---------------------------|--|
| Metodología y diagnóstico | Para la realización del documento se hizo una revisión de las evidencias disponibles y un programa de participación pública en el que se recopilaban ideas y opiniones de más de 5.000 personas. La forma y el contenido de la estrategia se decidieron en base a los datos obtenidos. |
| Evaluación e indicadores | No se especifica en el documento. |
| Temporalidad | 2011-2021 |
| Presupuesto | Establecen un presupuesto de 70 millones £ para los años 2011/2012 y un total de 300 millones £ en el periodo del 2011/2012 al 2014/2015. |
| Coordinación | Será necesaria la coordinación entre autoridades locales, sectores del gobierno y el tercer sector u otras organizaciones. |
| Acceso al documento | http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00398295.pdf |

| | |
|-------------------|---|
| PLAN | National Policy For Older Persons (Política nacional para las personas mayores) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Anguila (territorio británico de ultramar) |
| Principios | <p>Los principios bajo los que se asienta esta política son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Independencia- la piedra angular del plan es ayudar a las personas mayores a mantener el control de sus vidas tomando sus propias decisiones y opinando en todo aquello que les afecte. b) Seguridad- Tanto referida a disponer de un ambiente seguro dentro y fuera del hogar, como seguridad económica y financiera. c) Accesibilidad- No debe haber discriminación para las personas mayores en los servicios. d) Envejecimiento productivo- Todas las personas mayores deben ser capaces de llevar una vida productiva, tanto social como económica. e) Atención domiciliaria- El entorno familiar es el mejor para las personas mayores, el internamiento en instituciones debe utilizarse como último recurso. f) Dignidad- Las personas mayores tienen derecho a ser respetadas y a mantener su dignidad, como cualquier otra persona. g) Derechos humanos- Incluye aspectos de elección, así como temas ideológicos y espirituales o religiosos. |
| Ejes de actuación | <p>Se han identificado trece áreas prioritarias de actuación:</p> <p>Área 1.- Educación y medios de comunicación: Promover una imagen más positiva del envejecimiento.</p> <p>Área 2.- Infraestructuras: Asegurar que las infraestructuras están diseñadas para facilitar el acceso de las personas mayores, al igual que las adaptaciones en los edificios.</p> <p>Área 3.- Vivienda: Asegurar que los mayores las personas de edad tengan acceso a una vivienda adecuada y accesible.</p> <p>Área 4.- Legislación: Garantizar los derechos de las personas mayores.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>Área 5.- Apoyo en el ambiente familiar: Promover un ambiente en el que las personas mayores participen en los asuntos familiares.</p> <p>Área 6.- Renta: Promover estabilidad financiera entre las personas mayores.</p> <p>Área 7.- Médico-Sanitaria: Permitir a la población de más edad vivir una vida saludable a través de la implementación de programas de mantenimiento de la salud.</p> <p>Área 8.- VIH/SIDA: Crear conciencia en las personas mayores sobre todos los aspectos del VIH a través de la educación y los medios de comunicación y sensibilizar sobre los riesgos de contraer la enfermedad.</p> <p>Área 9.- Nutrición: Asegurar que se satisfagan las necesidades nutricionales de las personas de más edad.</p> <p>Área 10.- Servicios de Salud Mental: Garantizar que se presten los servicios y el apoyo necesario independientemente de la edad, etnia, género, religión o condición económica.</p> <p>Área 11.- Gestión de emergencias y catástrofes: Salvaguardar el bienestar de las personas mayores en situaciones de emergencia, ya sea en sus domicilios o en los centros donde residan.</p> <p>Área 12.- Actividad: Fomentar el mantenimiento de las actividades sociales y productivas que mejoren su situación (física y mental) y reduzcan su posible deterioro.</p> <p>Área 13.- Investigación y desarrollo: Se participará en el desarrollo continuo de investigación y sistemas para el avance de aspectos que afectan particularmente a las personas mayores.</p> |
| Diagnóstico | Se ha realizado un análisis de la situación actual en Anguilla, los aspectos más relevantes se han plasmado en el propio documento. |
| Evaluación e indicadores | Se ha designado una comisión asesora para supervisar y evaluar la implementación de la estrategia. El objetivo de la Comisión es garantizar que se promueva, se implemente, se monitorice y se evalúe la política nacional para las personas mayores. |
| Temporalidad | A partir del 2009 |
| Acceso al documento | http://www.gov.ai/documents/NationalPolicyForOlderPersons.pdf |

| | |
|---------------------------|---|
| PLAN | Service Framework for Older People (Infraestructura de servicios para personas mayores) |
| Ámbito sectorial | Integral |
| Ámbito geográfico | Irlanda del Norte |
| Ejes de actuación | <p>Este marco estratégico establece una serie de normas focalizadas en gran medida a las personas mayores de 65 años, pero teniendo en cuenta también las necesidades de las mayores de 50 (particularmente en cuestiones de prevención).</p> <p>Las normas hacen referencia a la atención centrada en la persona, la salud y la mejora del bienestar social, la salvaguardia de las personas mayores, aspectos sobre cuidadores, condiciones más comunes que se producen durante el envejecimiento, medicamentos, y la gestión y el abordaje de transiciones en la atención.</p> |
| Metodología y diagnóstico | El desarrollo del marco ha sido un proceso inclusive en el que han participado profesionales relacionados con la salud y la asistencia social, pero que también ha contado con pacientes, clientes y cuidadores. |
| Temporalidad | Duración de 3 años. (3/2014-3/2017) |
| Presupuesto | No se menciona. |
| Coordinación | En función del objetivo se mencionan aquellos agentes de la sociedad encargados de la implementación de lo concretado y otros asociados que prestarán ayuda. |
| Acceso al documento | http://www.dhsspsni.gov.uk/service_framework_for_older_people-2.pdf |

| | |
|---------------------------|--|
| PLAN | Scotland's National Dementia Strategy: 2013-16 (Estrategia nacional escocesa de la demencia: 2013-2016) |
| Ámbito sectorial | Demencias (Second National Dementia Strategy) |
| Ámbito geográfico | Escocia |
| Ejes de actuación | <p>En la estrategia se han establecido una serie de prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el número de personas con demencia que tiene una buena calidad de vida en su domicilio y que ésta se mantenga durante el mayor tiempo posible. - Desarrollar comunidades amigables habilitadas para demencia que contribuyan a concienciar a la población sobre estos problemas y que reduzcan el estigma social. - Promover un diagnóstico temprano de la demencia. - Incrementar el apoyo tras el diagnóstico tanto de las personas con demencia como de sus familiares. - Proporcionar acompañamiento a los enfermos, sus familiares y cuidadores durante el recorrido de la enfermedad. - Garantizar el respeto y los derechos de las personas en todos los ámbitos, mejorando el cumplimiento de los requisitos legales relacionados con el tratamiento. |
| Metodología y diagnóstico | <p>La estrategia se ha desarrollado tras una serie de diálogos y discusiones participativas celebradas conjuntamente con "Alzheimer Scotland". Se presentó una primera propuesta que se publicó en el periódico, de la cual se obtuvo un amplio consenso sobre las acciones que debían formar la base de esta segunda estrategia. Dicha propuesta fue el punto de partida de este trabajo que fue producido posteriormente por un grupo de expertos.</p> |
| Temporalidad | 2013-2016 |
| Presupuesto | No se concreta con detalle. |
| Coordinación | Para determinados objetivos menciona entidades con las que existirá coordinación. |
| Acceso al documento | http://www.scotland.gov.uk/Resource/0042/00423472.pdf |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | A mandate from the Government to NHS England: April 2014 to March 2015 |
| Ámbito sectorial | Integral Salud. |
| Ámbito geográfico | Reino Unido |
| Principios y ejes de actuación | <p>Las medidas propuestas tienen su base en la Ley de Salud y Asistencia Social.</p> <p>Los principales ejes de actuación que se plantean son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar que las personas mueran prematuramente. 2. Mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo. 3. Ayudar a las personas a recuperarse de episodios de mala salud o después de problemas de lesiones. 4. Asegurar que las personas tengan una experiencia positiva de cuidado. 5. Tratar de cuidar a las personas en un entorno seguro y protegerles de daños evitables. 6. Liberar al Sistema Nacional de Salud para que innove. 7. Contribuir a que el Sistema Nacional de Salud tenga un papel más amplio en la sociedad. |
| Metodología y diagnóstico | Para cada eje se establecen una serie de objetivos concretos que serán evaluados anualmente mediante el análisis de una serie de indicadores propuestos. |
| Evaluadores e indicadores | Se evaluará anualmente. |
| Temporalidad | 1 Año. |
| Coordinación | El Departamento de Salud en colaboración con el Servicio Nacional de Salud (NHS) |
| Presupuesto | El presupuesto de ingresos del NHS de Inglaterra para el 2014/15 es de £ 98,692 millones) y su presupuesto de capital es £ 270 millones. El presupuesto indicativo de ingresos para 2015 / 16 es £ 99,909 millones y su presupuesto indicativo de capital es £ 220 millones. |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/6363 |

| | |
|--------------------------------|--|
| PLAN | Charter of Rights & Responsibilities for older persons in residential care facilities in Anguilla 2014 |
| Ámbito sectorial | Integral Salud |
| Ámbito geográfico | Reino Unido |
| Principios y ejes de actuación | No se mencionan |
| Metodología y diagnóstico | Se trata de una carta en la que se exponen los derechos y obligaciones de cualquier persona que ingrese en una residencia de mayores. Se establece la obligatoriedad de informar a cualquier persona admitida en una Residencia para Mayores, sobre sus derechos y responsabilidades de una manera adecuada a la capacidad del residente. |
| Evaluadores e indicadores | No se mencionan |
| Temporalidad | No se menciona |
| Coordinación | Ministerio de Salud y Desarrollo Social |
| Presupuesto | No se menciona |
| Acceso al documento | http://www.mindbank.info/item/5844 |