

**ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS
PERSONAS MAYORES Y DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
EN CASTILLA Y LEÓN 2017-2021**

Junta de Castilla y León

Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León

Febrero de 2017

Indice

1.- EL COMPROMISO: Introducción	5
2.- PROCESO DE ELABORACIÓN: Aspectos metodológicos	6
3.- MARCO NORMATIVO	7
4.- REVISIÓN DE PLANES Y ESTRATEGIAS REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES	10
5.-LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN: TENDENCIAS	11
INTRODUCCIÓN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	11
Tendencia 1: Cambios en la estructura demográfica.....	17
1.1.- Caída de la fecundidad.....	17
1.2.- Incremento de la Esperanza de Vida.....	19
1.3.- Inversión de la tendencia demográfica.....	21
Tendencia 2: Desequilibrios territoriales	22
2.1.- Diferencias territoriales	22
2.2.- Envejecimiento rural y urbano.....	25
Tendencia 3: Cambios en las estructuras familiares.....	30
3.1.- Coexistencia de un mayor número de generaciones familiares.....	30
3.2.- Aumento de la soledad	33
3.3.- Modificación de las relaciones familiares	35
Tendencia 4: Cambios en la salud	38
4.1.- Autovaloración de la salud.....	38
4.2.- Cambios en los patrones de enfermedad y muerte	38
4.3.- Personas en situación de dependencia y/o discapacidad.....	40
4.4.- Personas con enfermedad de Alzheimer	44
Tendencia 5: Transformaciones en el cuidado.....	45
5.1.- Cuidados prestados.....	45
5.2.- Cuidados recibidos	47
Tendencia 6: Transformaciones en los servicios profesionales y formales	49
6.1.- Mantenimiento en el entorno habitual	49
6.2.- Provisión de servicios centrados en la persona	51

Tendencia 7: Modificaciones en el entorno cercano	54
7.1.- La Vivienda	54
7.2.- La apuesta por la accesibilidad y los entornos para toda la vida	58
Tendencia 8: Cambios en los patrones de trabajo y jubilación.....	60
8.1.- Reducción de la fuerza laboral.....	60
8.2.- Aumento en la tasa de actividad en el tramo de 55 y más años	61
8.3.- Impulso a la permanencia en el mercado laboral.....	62
8.4.- La formación durante toda la vida	63
8.5.- Aumento de años vividos de jubilación	64
Tendencia 9: Cambios en el uso del tiempo libre	66
9.1.- Aumento en las actividades de ocio social y hábitos saludables.....	66
9.2.- Incremento en el uso de la TICs	69
6.-MAPA DE RECURSOS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE CASTILLA Y LEÓN	70
7. MARCO CONCEPTUAL	76
8.- PRINCIPIOS RECTORES DE LA ESTRATEGIA	79
9.- OBJETIVOS GENERALES	80
10.- ÁREAS TEMÁTICAS, EJES Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS	81
ÁREA TEMÁTICA 1- LA PERSONA.....	81
Eje estratégico 1.- La prevención, la Promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores	82
Eje estratégico 2.- Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento	86
Eje estratégico 3.- Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes	89
ÁREA TEMÁTICA 2. LOS ENTORNOS.....	95
Eje estratégico 5.- Apoyo al entorno socio familiar y cuidados de proximidad.....	95
Eje estratégico 6.- Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato	98
Eje estratégico 7.- Fomento de entornos accesibles y amigables.....	101
11.- EXPERIENCIAS INNOVADORAS	104
EXPERIENCIA INNOVADORA 1: A GUSTO EN MI CASA	106

EXPERIENCIA INNOVADORA 2: ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA	111
EXPERIENCIA INNOVADORA 3: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	113
EXPERIENCIA INNOVADORA 4: PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS.....	116
EXPERIENCIA INNOVADORA 5: APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS	118
EXPERIENCIA INNOVADORA 6: APOYO A LAS PERSONAS MAYORES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD	121
EXPERIENCIA INNOVADORA 7: BUEN TRATO Y SOLIDARIDAD.....	124
EXPERIENCIA INNOVADORA 8: ENTORNOS ACCESIBLES Y AMIGABLES.....	126
12.- EVALUACIÓN	129

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.

Esta Estrategia se va a desarrollar en el periodo 2017/2021.

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. Estudio y 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.
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. Proceso de participación y consulta a la Sección de Atención a Personas Mayores del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León que se ha concretado en:
 - ✓ Pronunciarse acerca del Plan de Acción de la presente Estrategia, que fue aprobado por este órgano en la reunión del 28 de septiembre de 2016
 - ✓ El conocimiento de los borradores de trabajo de la Estrategia
 - ✓ La presentación de alegaciones a los diferentes borradores que se han ido elaborando
 - ✓ La aprobación, el 13 de enero de 2017, del primer borrador de la Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Activo en Castilla y León

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.

El Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, por el que establece el régimen

jurídico, se determina la tipología de centros, se establecen los criterios de autorización e inscripción en el registro de entidades, servicios y centros de carácter social de Castilla y León, se concretan los requisitos de los centros, tanto en los espacios, instalaciones y equipamientos como en la organización y el funcionamiento, todo ello bajo las premisas de un nuevo modelo de atención.

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

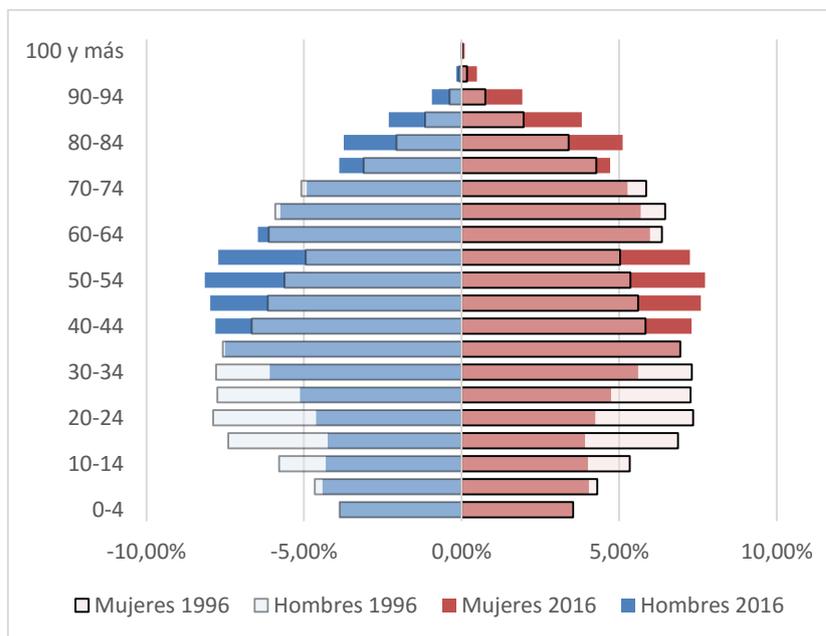
Las grandes cifras del envejecimiento en Castilla y León

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 por 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

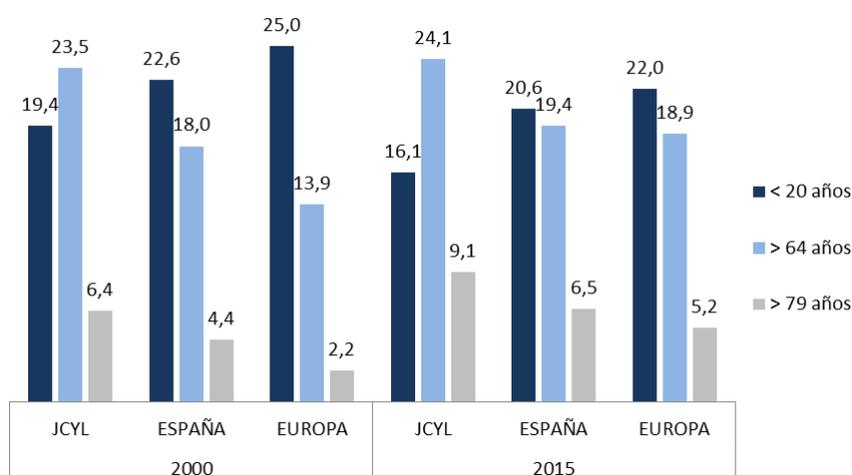
Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2016.

El grupo de personas que ha superado los 65 años 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%). Las personas de 80 y más años suponen el 9,3% de la población total y el 38,2% de las personas mayores. Esta cifra supera 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



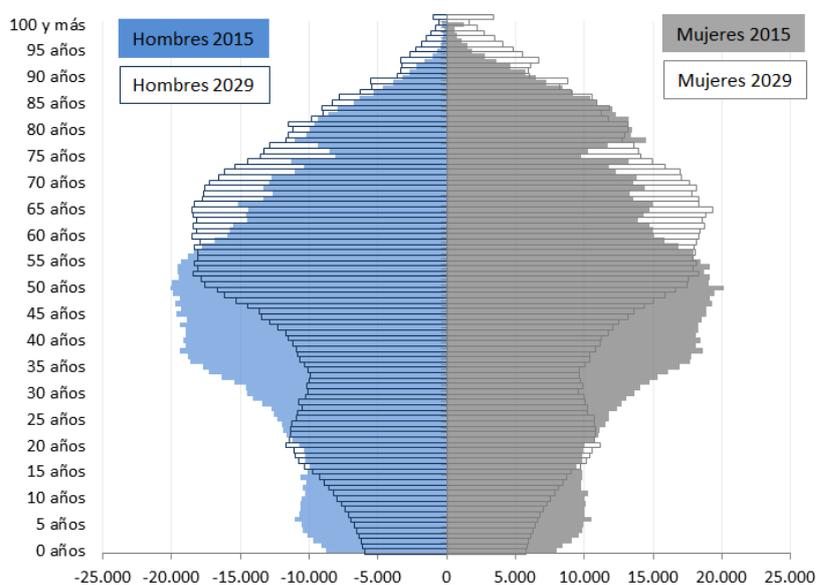
Fuente: INE: INEBASE: Padrón Continuo años 2000 y 2015

Proyecciones

De 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 2015 y 2029



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

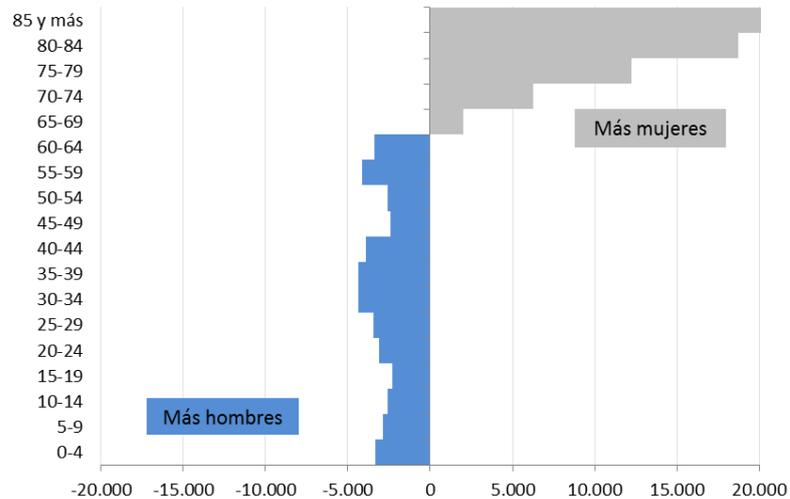
Género

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, 2015

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).

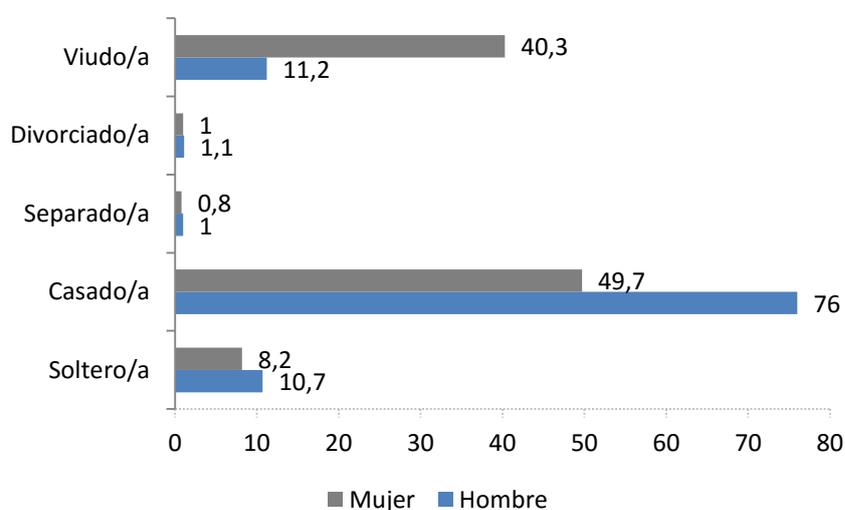
Una conclusión importante sobre la situación del estado civil es que, en la mayoría de los casos, los hombres tendrán quien les atienda cuando la salud falle, sus esposas, y las mujeres tendrán que recurrir a sus descendientes, hijas mayoritariamente, y a otros familiares, si los tienen.

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



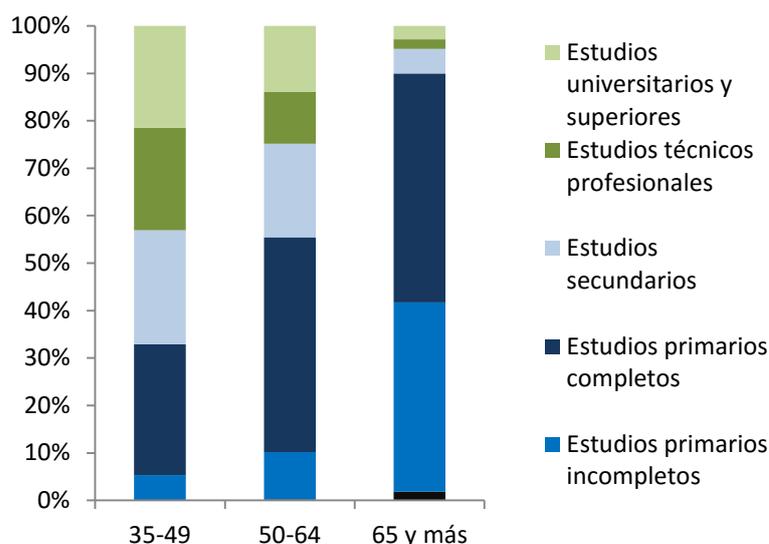
Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de 2011 elaborado por el INE

Nivel educativo

Actualmente, la mayor parte de la población mayor de 65 de Castilla y León posee estudios primarios, aunque no en todos los casos finalizados (un 39,7% tiene los estudios primarios incompletos y un 48% finalizados). Perdura un 1,8% de personas que no saben leer ni escribir. Con estudios superiores universitarios hay un 2,8%.

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

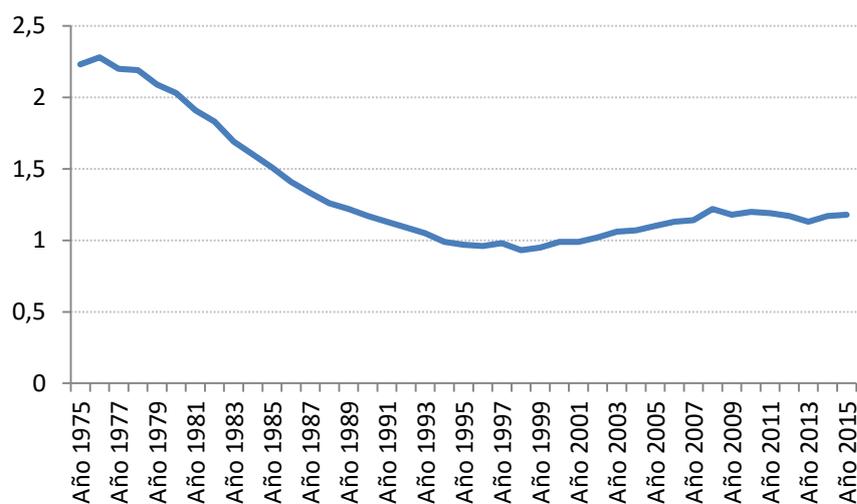
1.1.- Caída de la fecundidad

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.

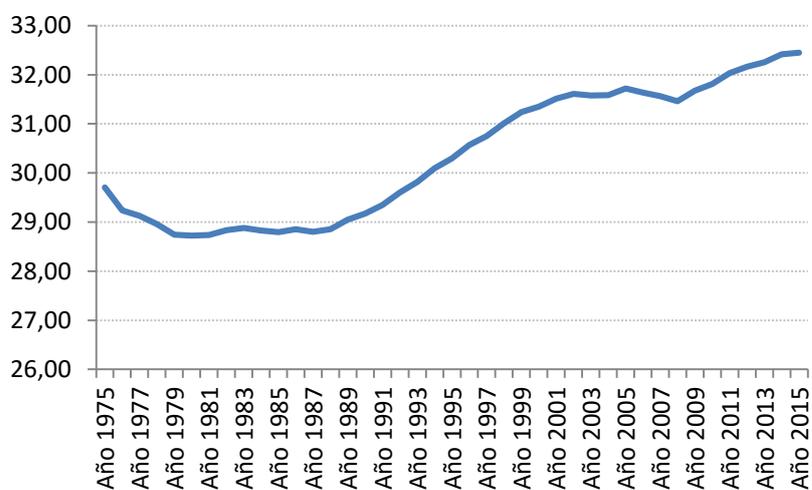
Gráfico 7. Evolución del índice sintético de fecundidad en Castilla y León



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



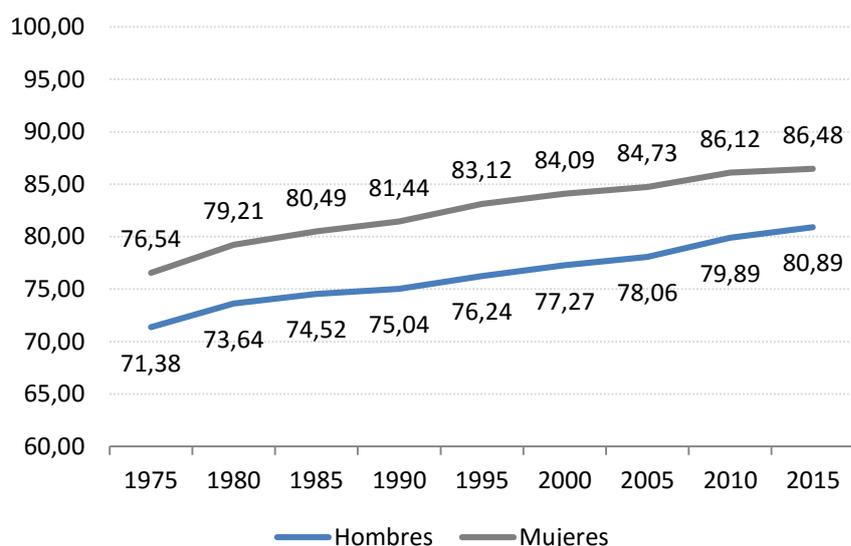
INE: INEBASE: Indicadores de fecundidad.

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 3. 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

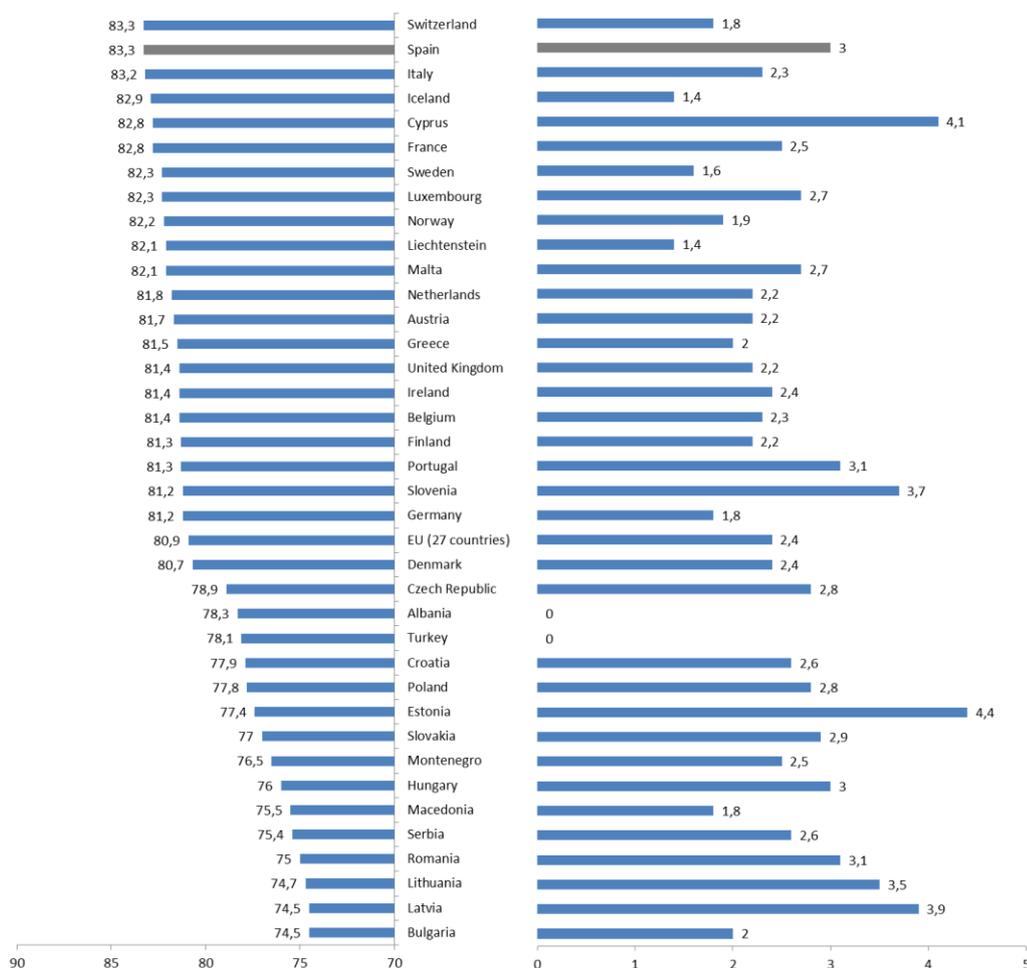
Fuente: INE: INEBASE: Indicadores de Mortalidad, 2014-2015. Fuente: Eurostat: Life expectancy by age and sex, 2014

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

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 4. 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

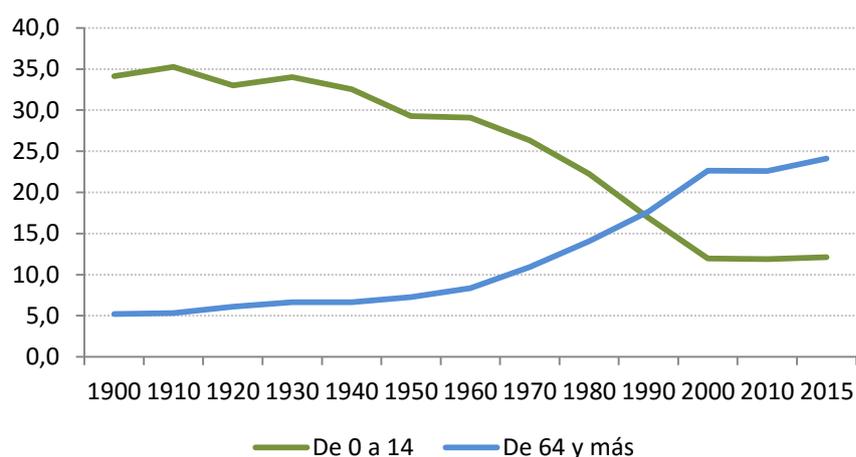
EVLD: Esperanza de vida libre de discapacidad

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).

Gráfico 11. Evolución de la población por grupos de edad Castilla y León



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:

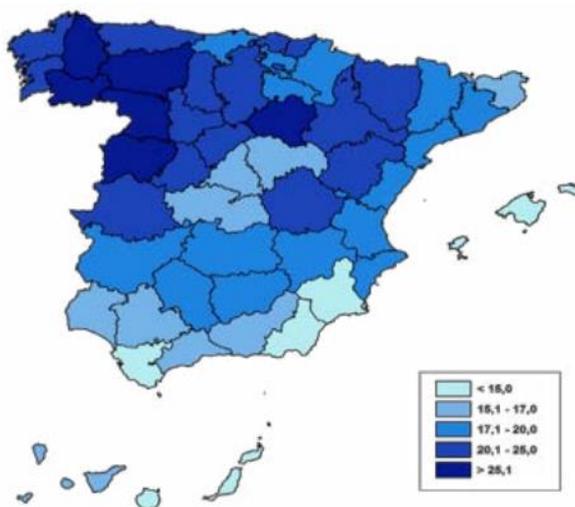
INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049.

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).

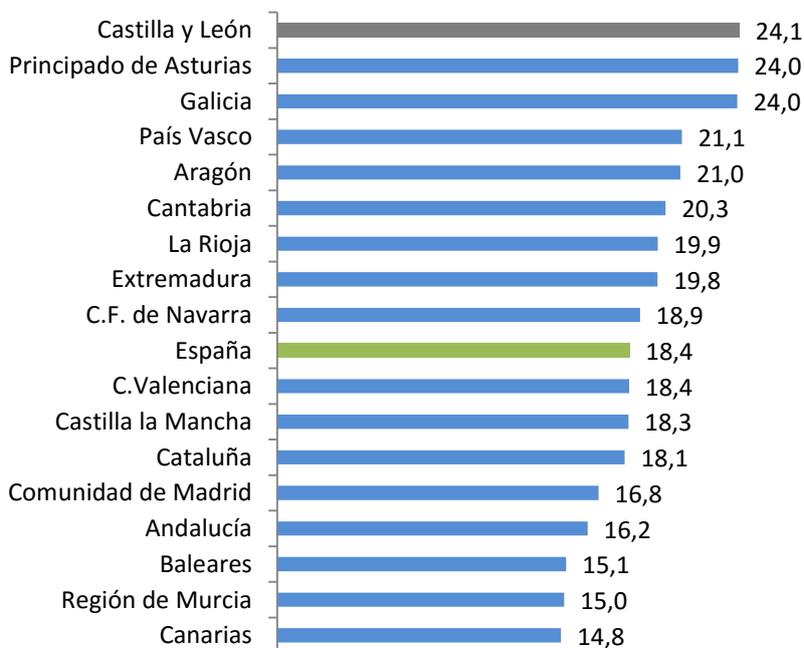
Gráfico 12. Distribución provincial de las personas de 65 y más años según CCAA



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

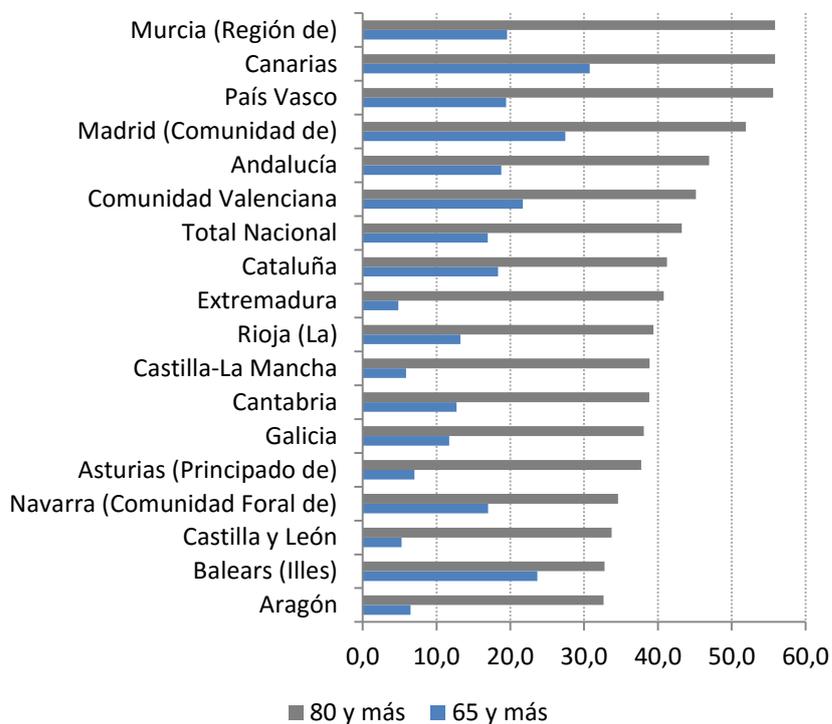


Fuente: INE: INEBASE: Padrón Municipal de Habitantes 2015

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 diezgadas 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.

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 5. 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.

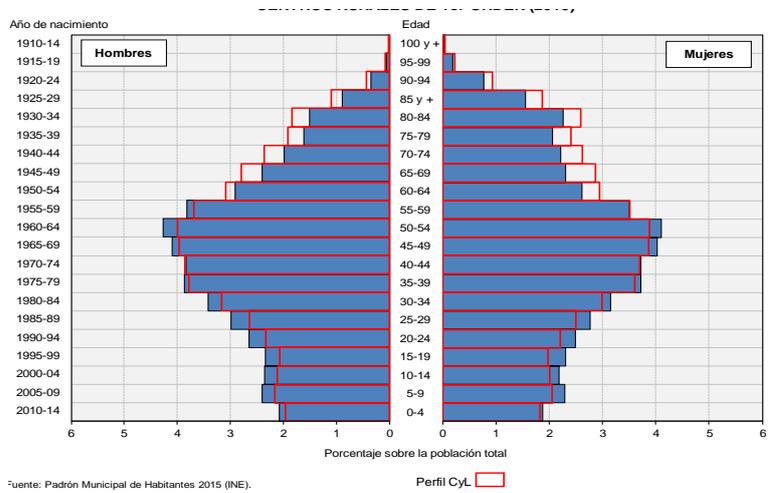
Las zonas más rurales son las que contienen un mayor peso de la población de más edad. Aquí la tasa de sobre-envejecimiento es la más elevada (43,65) y la edad media de la población supera los 50 años (53,99).

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.

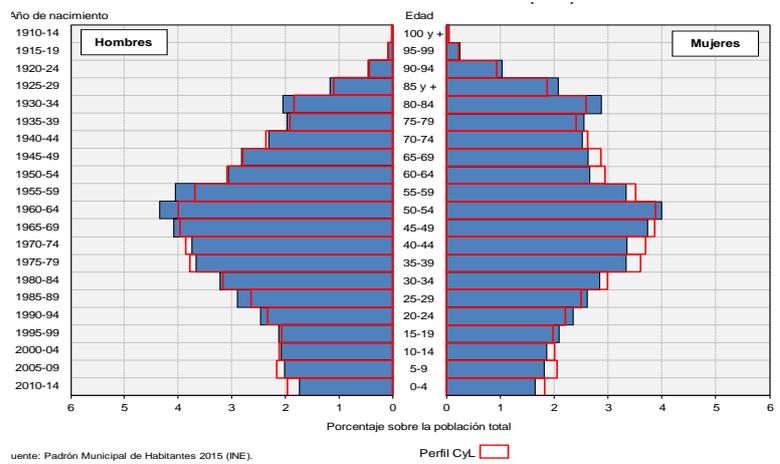
Estos datos se evidencian de forma esclarecedora en las pirámides de población según hábitat.

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



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

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

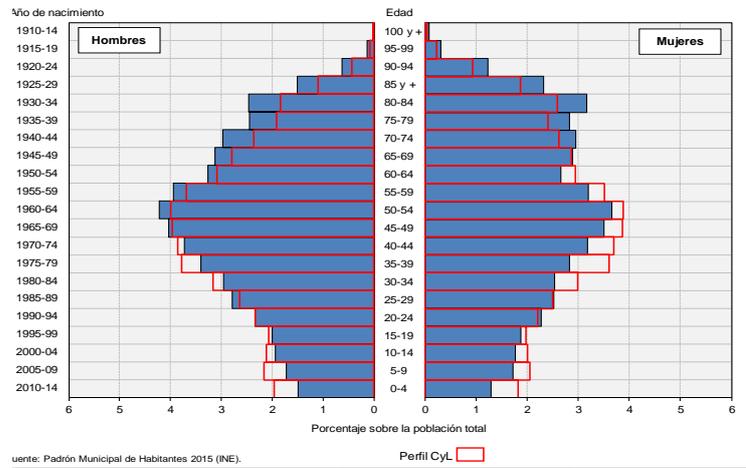


Gráfico 18. Pirámide de población periferias urbanas

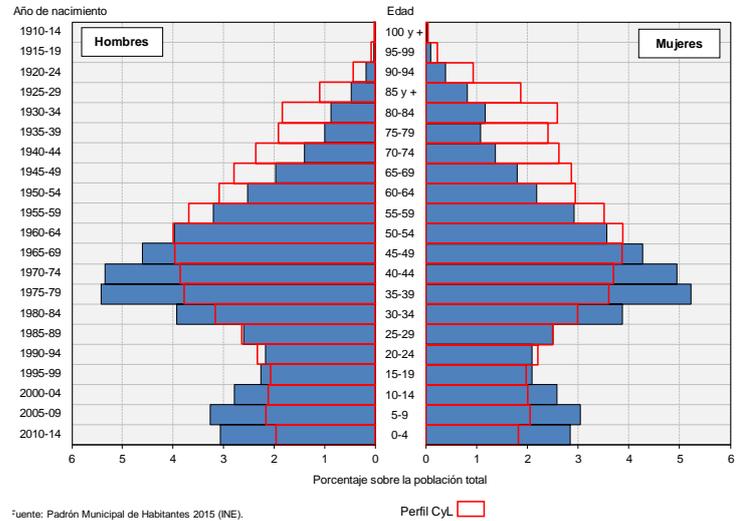


Gráfico 19. Pirámide de población rural profundo

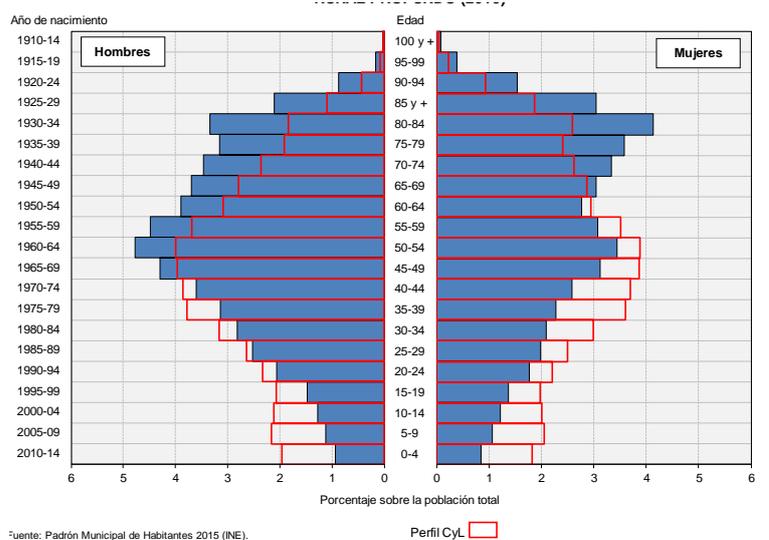
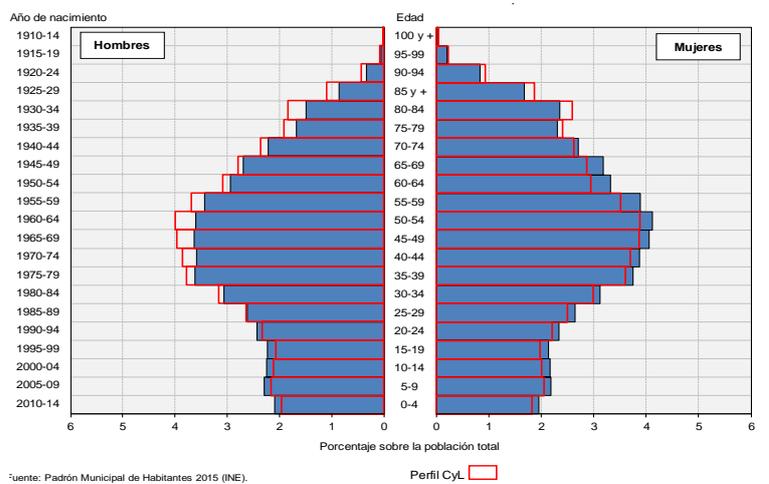


Gráfico 20. Pirámide de población capitales y demás ciudades

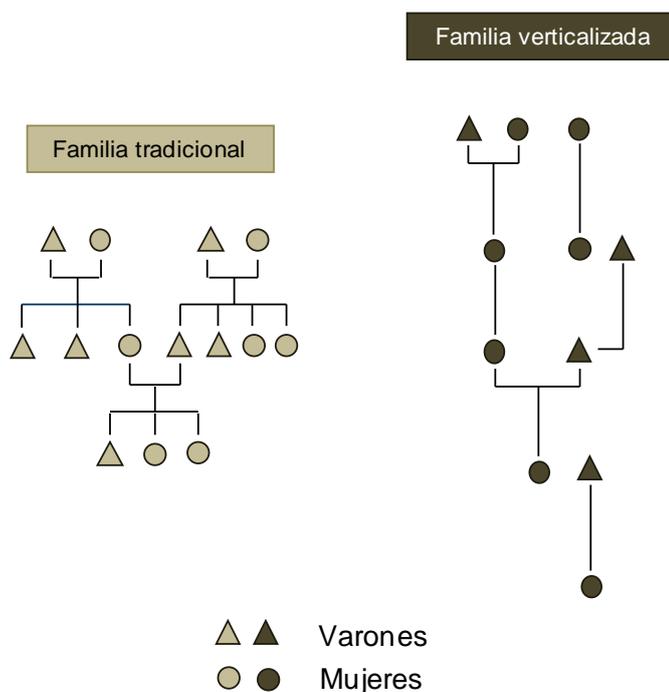


Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

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



Fuente: The Future of retirement, 2007.

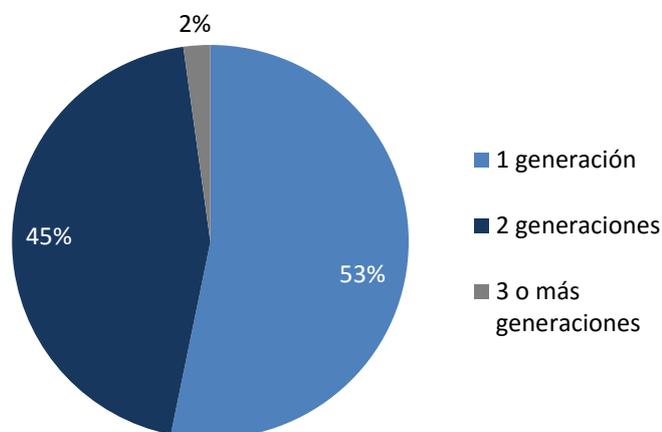
El aumento de la longevidad permite una mayor coexistencia de generaciones de una misma familia. Es habitual que una familia contenga tres o incluso cuatro generaciones (bisabuelos/as, abuelos/as, padres, hijos/as y nietos/as).

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

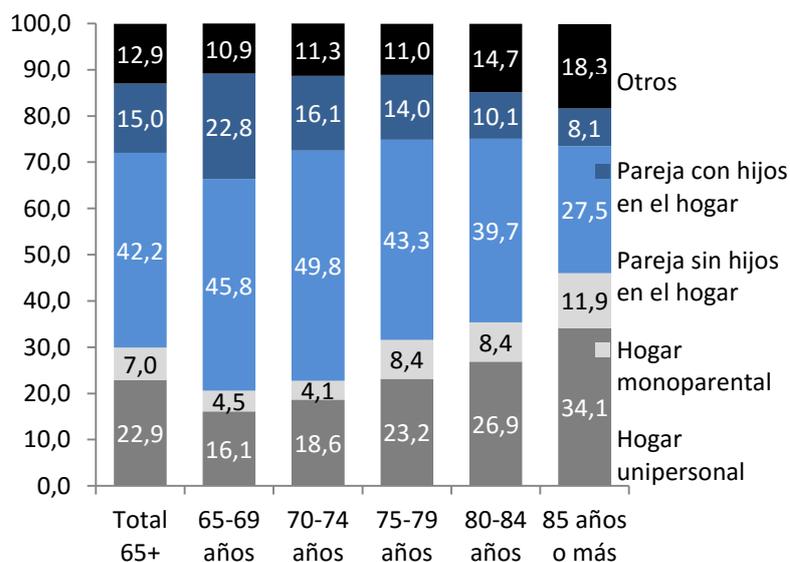


Fuente: INE: INEBASE: Censo de población 2011.

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 6. 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

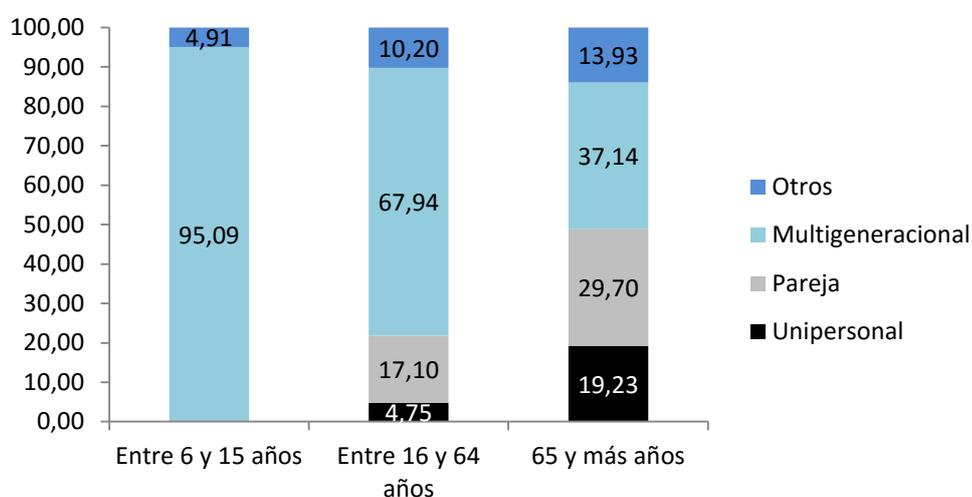
Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Continua de Hogares, 2015. Datos en miles de personas

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)

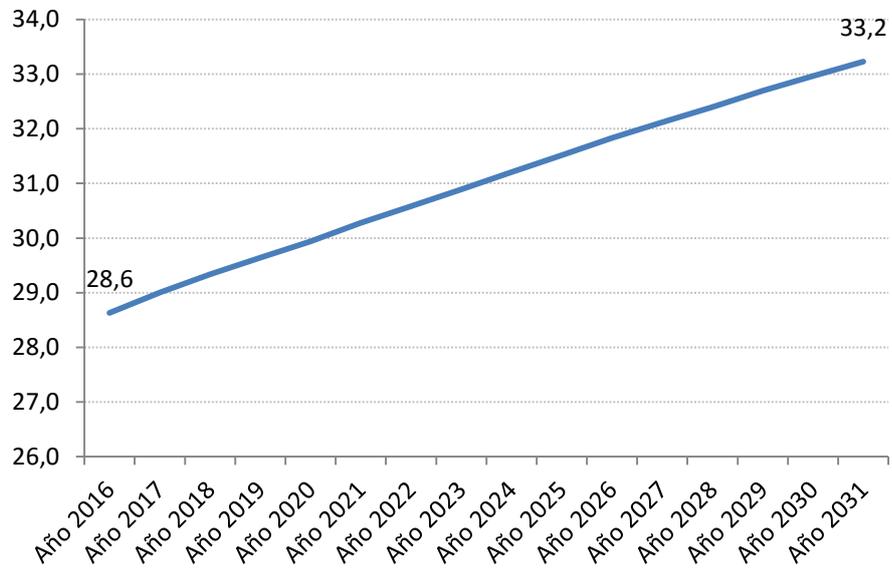
3.2.- Aumento de la soledad

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).

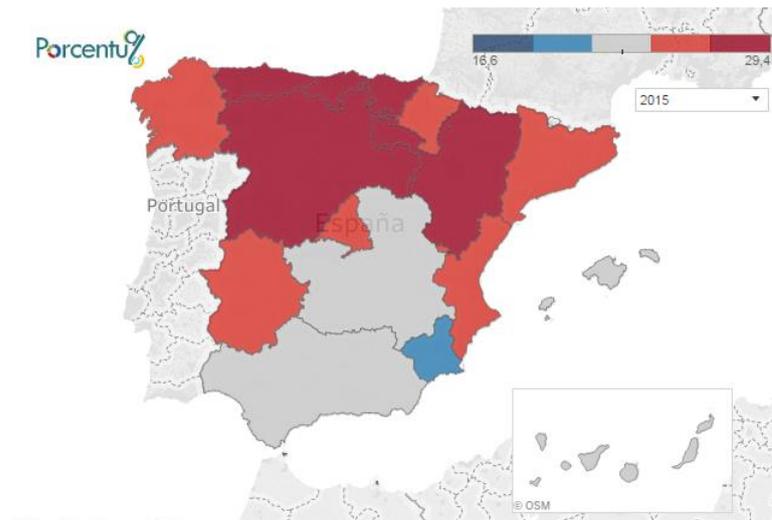
Gráfico 25. Proyecciones de hogares unipersonales en Castilla y León



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 derivación 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 7. 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 enviuda 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 tradición 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.

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.

Tabla 8. 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

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 9. 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.

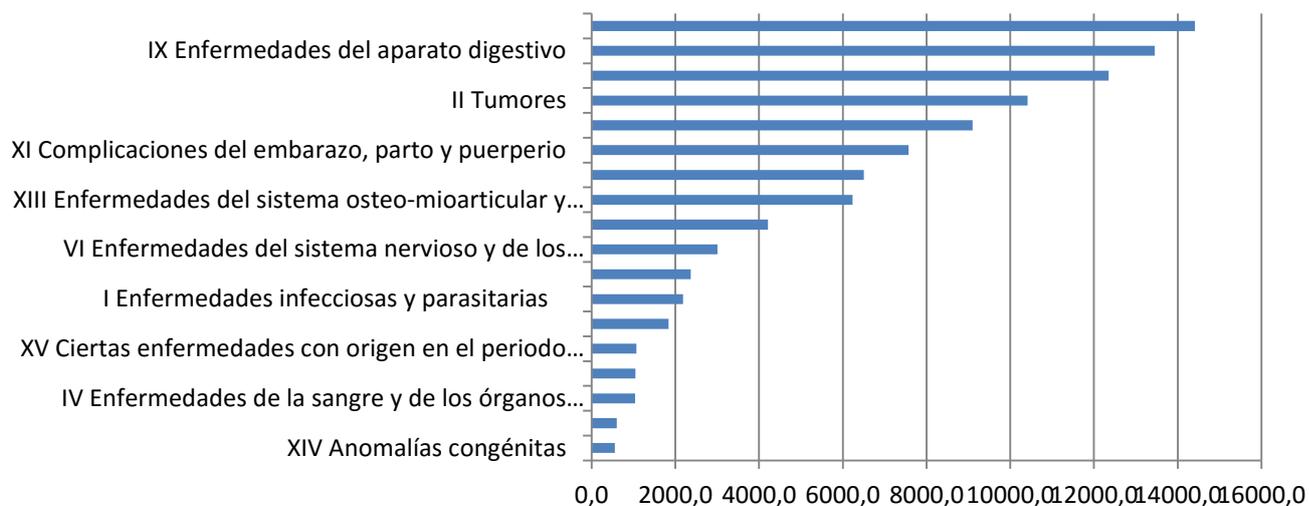
Existen diferencias entre sexos; las mujeres perciben peor estado de salud al de los hombres. Hay que tener en cuenta el gran peso de mujeres en edades avanzadas sobre la población total de mujeres mayores.

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

Castilla y León	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

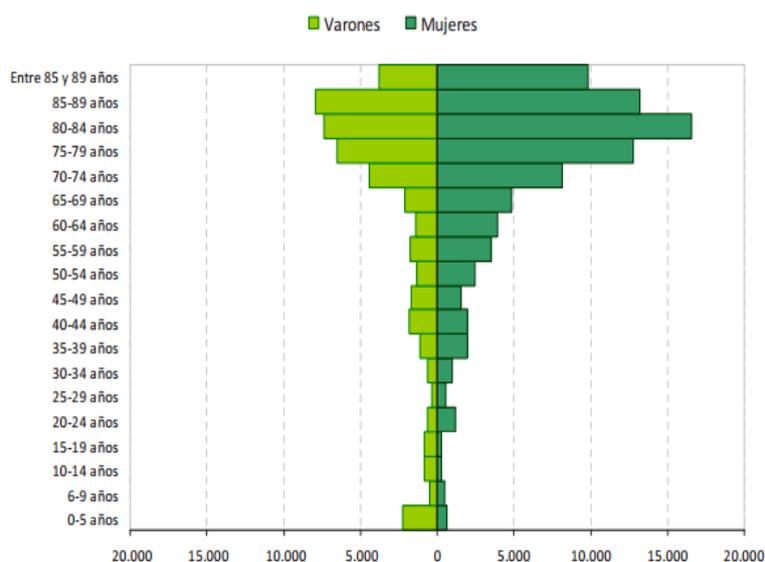
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1997-2014.

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

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en el año 2008 por el INE, identifica el concepto de discapacidad con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de 1 año y tengan su origen en una deficiencia. En el caso de Castilla y León, esta encuesta contabiliza 258.815 personas con discapacidad (o limitación), lo que en términos relativos supone un 10,5% del total de la población. De ellas, más de la mitad se perciben como personas dependientes, correspondiendo tres de cada cuatro al colectivo de personas mayores. Las proporciones son superiores a la media española.

Se observa, además, una relación directa entre dependencia y edad se refleja de forma evidente en la pirámide poblacional. Las tasas de discapacidad y dependencia aumentan con la edad, experimentando una subida abrupta a partir de 80 y más años.

Gráfico 28. Pirámide de población y población en situación de dependencia



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

Según esta encuesta hay un 18,1% de personas mayores en situación de dependencia y un 32,5% con discapacidad. En cifras absolutas se contabilizan 97.388 personas mayores en situación de dependencia y 174.551 personas con discapacidad.

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%).

La dependencia también tiene un perfil marcado por el género. En las personas mayores el porcentaje de mujeres en situación de dependencia llega a duplicar al de hombres. Sólo en las edades infantiles y juveniles su prevalencia es algo superior en los hombres. Entre adultos y mayores en cambio son las mujeres las que presentan dependencia en una proporción más alta, que es notablemente superior a partir de los 50 años.

Tabla 11. Grandes cifras de la Encuesta EDAD en Castilla y León

	Total pob. Con discapacidad o limitaciones						Población total	Dep. (% horiz.)	Disc (% horiz)
	Dep.	No Dep.	SD	Total disc.	Dep (%vert.)	Disc. (% vert)			
Edad									
0-5	2.914	0	0	2.914	2,2	1,1	117.449	2,5	2,5
6-15	2.198	1.297	205	3.699	1,7	1,4	193.512	1,1	1,9
16-64	30.030	43.710	3.911	77.651	22,7	30,0	1.624.734	1,8	4,8
65 y más	97.388	67.203	9.960	174.551	73,5	67,4	537.375	18,1	32,5
Total	132.529	112.210	14.076	258.815	100,0	100,0	2.473.071	5,4	10,5
Sexo									
Varón	47.433	51.297	6.866	105.596	45,7	35,8	1.226.344	3,9	8,6
Mujer	85.096	60.913	7.210	153.219	54,3	64,2	1.246.727	6,8	12,3
Total	132.529	112.210	14.076	258.815	100,0	100,0	2.473.071	5,6	9,6

SD: Sin Datos. Disc. : Discapacidad. Dep: Dependencia

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

Las discapacidades más frecuentes son las referidas a la movilidad. Según la Encuesta EDAD, existen 116.900 personas de 65 y más años con este tipo de problemas. Las discapacidades englobadas en el grupo de movilidad incluyen dificultades en tareas tan diversas como el cambio de postura, andar y moverse dentro y fuera de casa, transportar objetos, o utilizar el transporte público, entre otras.

El segundo tipo de discapacidad que afecta a mayor número de personas es la que se refiere al autocuidado, con 95.800 personas mayores que tiene dificultades para realizar tareas como, asearse, vestirse, comer, orinar, pero también el evitar situaciones de peligro como apagar el gas o respetar

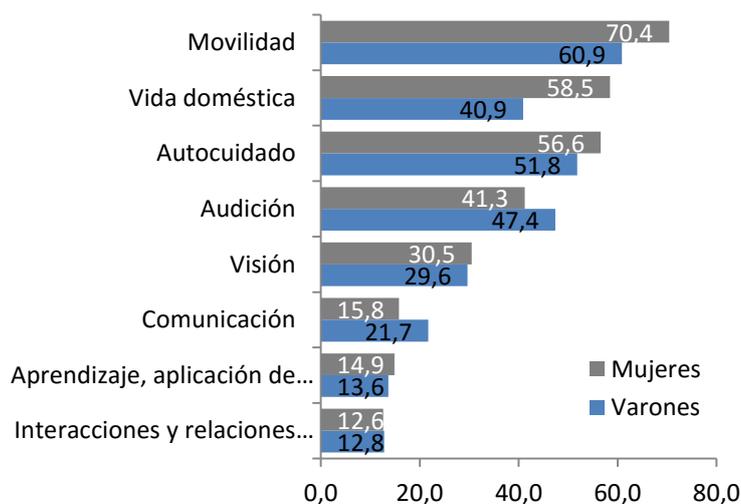
los semáforos, entre otras. Con un peso también importante nos encontramos con las tareas de la vida doméstica y la padecen 91.000 personas mayores.

Tabla 12. Personas mayores en Castilla y León según tipo de discapacidad y sexo

Castilla y León, 2008	De 65 y más años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	174.600	63.100	111.500	85.900	33.100	52.800	88.700	30.000	58.700
Visión	52.700	18.700	34.000	23.900	9.300	14.500	28.800	9.400	19.500
Audición	76.000	29.900	46.000	33.000	14.100	18.800	43.000	15.800	27.200
Comunicación	31.300	13.700	17.600	12.100	6.300	5.800	19.200	7.400	11.800
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	25.100	8.600	16.600	7.800	3.700	4.200	17.300	4.900	12.400
Movilidad	116.900	38.400	78.500	52.300	18.300	34.000	64.600	20.100	44.500
Autocuidado	95.800	32.700	63.100	38.200	13.500	24.700	57.600	19.200	38.400
Vida doméstica	91.000	25.800	65.200	36.400	10.600	25.800	54.600	15.200	39.400
Interacciones y relaciones personales	22.000	8.100	14.100	7.300	3.600	3.800	14.700	4.500	10.300

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

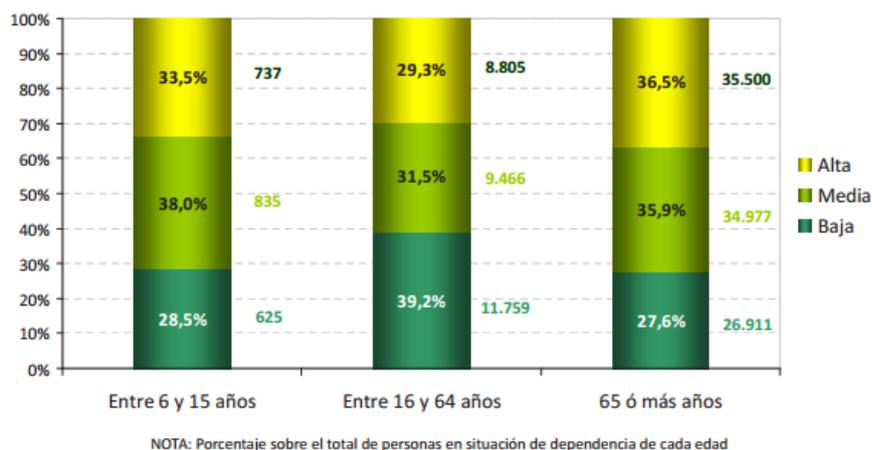
Gráfico 29. Porcentaje de personas mayores según tipo de discapacidad y sexo en Castilla y León,



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

El indicador de gravedad de la discapacidad muestra importantes diferencias entre los distintos grupos de edad, y permite determinar en qué tramos la dificultad de interacción con el medio se hace más aguda y en cuales más ligera. El aumento de la edad supone un incremento en la gravedad de las situaciones de dependencia. La mitad de los octogenarios con discapacidad tiene un grado severo o total. La población infantil tiene un peso escaso entre la población en situación de dependencia, pero la gravedad de sus discapacidades es alta.

Gráfico 30. Grado de la discapacidad en las personas en situación de dependencia en Castilla y León



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

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)

Datos más actuales, a 31 de diciembre de 2015, permiten cifrar en 61.908 las personas de 55 y más años en situación de dependencia con alguna prestación concedida en nuestra comunidad; 60,3% de estas personas tiene como cuidador o cuidadora principal a su hijo o hija. Con una edad media comprendida entre los 55 y los 69 años encontramos al 34,4%. Un 11,2% del total de estas personas viven en hogares unipersonales.

Tabla 13. Personas beneficiarias con prestaciones concedidas según grado y sexo

GRADO	TOTAL	DISTRIBUCIÓN POR SEXO			
		HOMBRES		MUJERES	
		Nº	% sobre total	Nº	% sobre total
Grado III	27.687	9.411	33,99%	18.276	66,01%
Grado II	29.079	10.177	35,00%	18.902	65,00%
Grado I	16.780	5.900	35,16%	10.880	64,84%
TOTAL	73.546	25.488	34,66%	48.058	65,34%

Fuente: Elaboración propia según datos a 31 de diciembre de 2015

4.4.- Personas con enfermedad de Alzheimer

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

En Castilla y León, más de 60.000 personas padecen Alzheimer u otra demencia. 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 14. Personas que integran las asociaciones de enfermos de Alzheimer según sexo

	Nº DE PERSONAS		
	Hombres	Mujeres	Total
Personas con EA u otra demencia	893	1.922	2.815
Socios	3.685	7.234	10.919
Familiares	3.915	6.362	10.277

Fuente: Datos de elaboración propia año 2015

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.

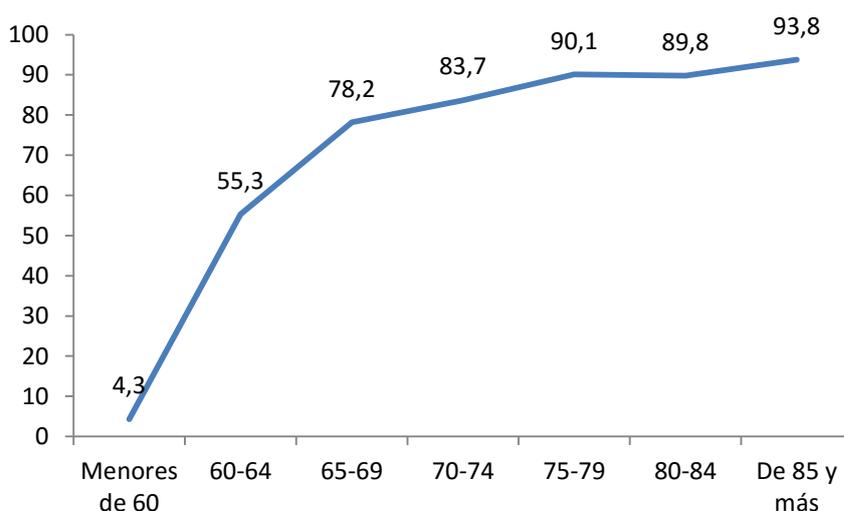
Tendencia 5: Transformaciones en el cuidado

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 31. 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 15. 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.

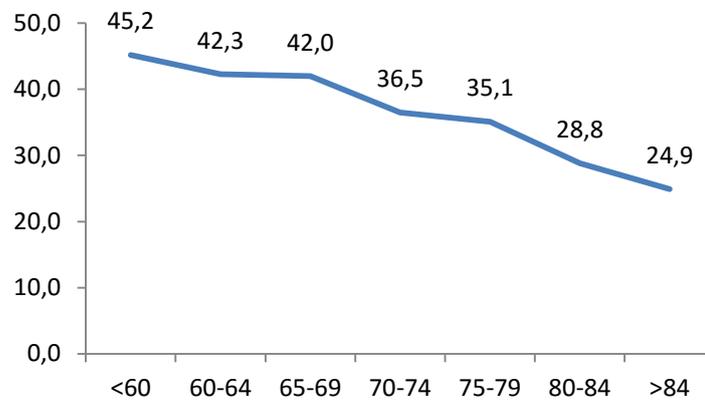
Tabla 16. Cuidado de nietos/as según edad

¿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 32. Cuidado de nietos/as en muchas ocasiones según edad



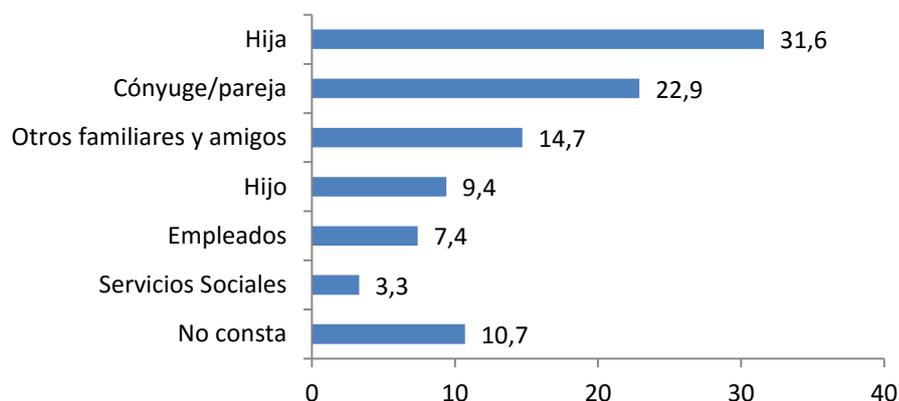
Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010

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 33. 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 17. Personas cuidadoras de las personas mayores en situación de dependencia en Castilla y León según edad

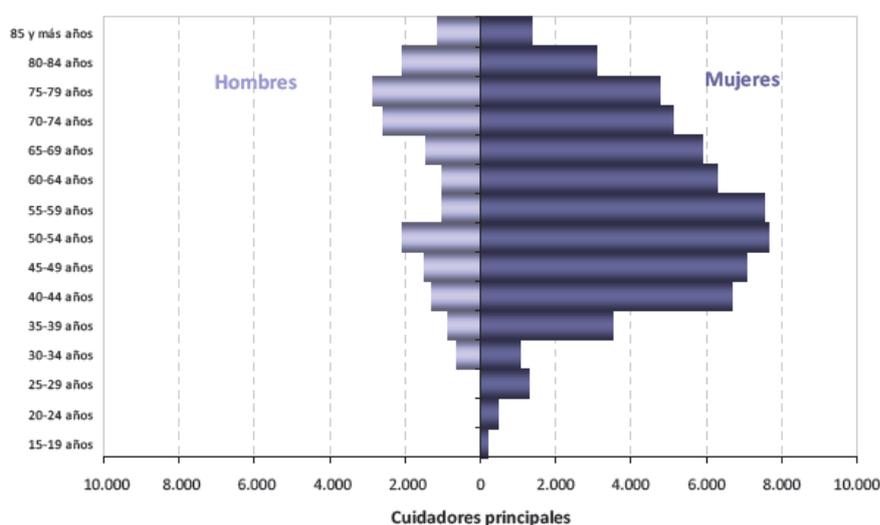
Castilla y León, 2008	De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Cónyuge o pareja	41,7	57,6	32,5	16,0	35,1	6,3
Hija	19,7	9,9	25,3	45,0	39,2	47,9
Hijo	9,5	3,7	12,9	11,1	7,3	13,0
Hermana	7,4	14,4	3,4	3,3	1,1	4,3
Hermano	0,7	1,8	0,0	0,1	0,0	0,1
Madre	0,0	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 varón 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 34. 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

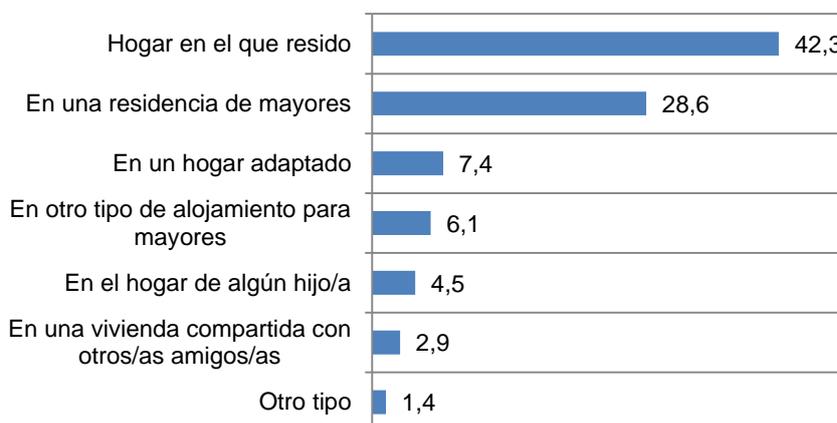
6.1.- Mantenimiento en el entorno habitual

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 35. 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.

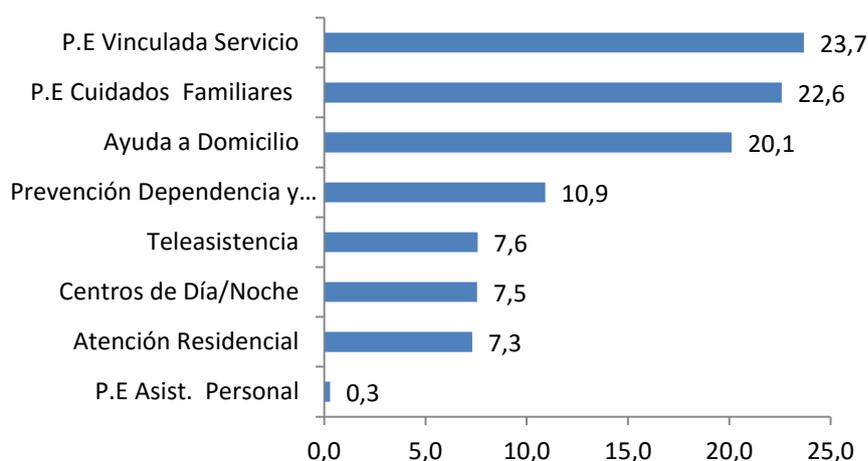
La OMS define la Atención Centrada en las Personas (ACP) como la que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el 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. En este sentido se han aprobados los Decretos Autorización y Acreditación (Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León). 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 36. Personas en situación de dependencia, según el tipo de prestación que reciben

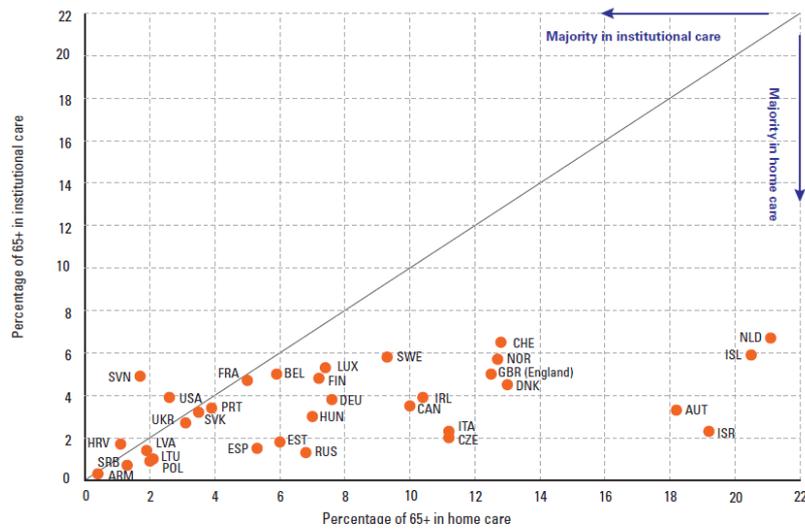


Fuente: SAAD: Información estadística, a 31 de agosto de 2016.

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%).

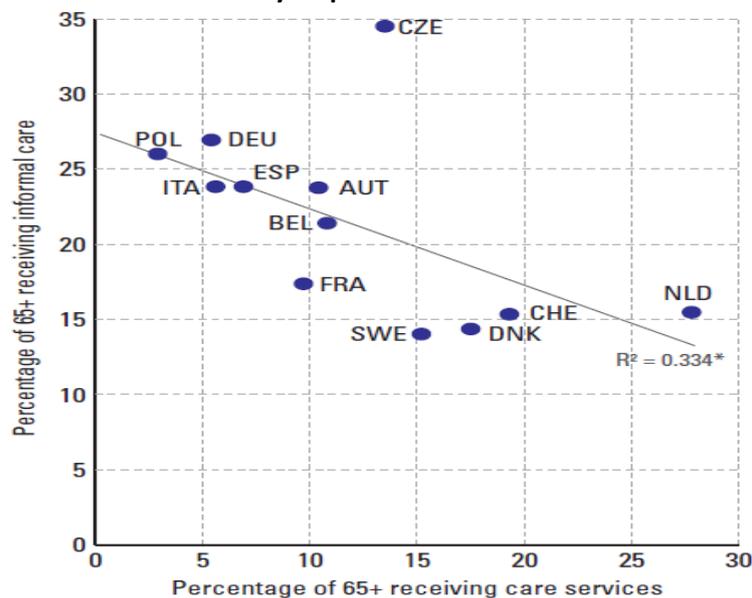
Gráfico 37. IC SAD y IC Residencias/Instituciones



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.

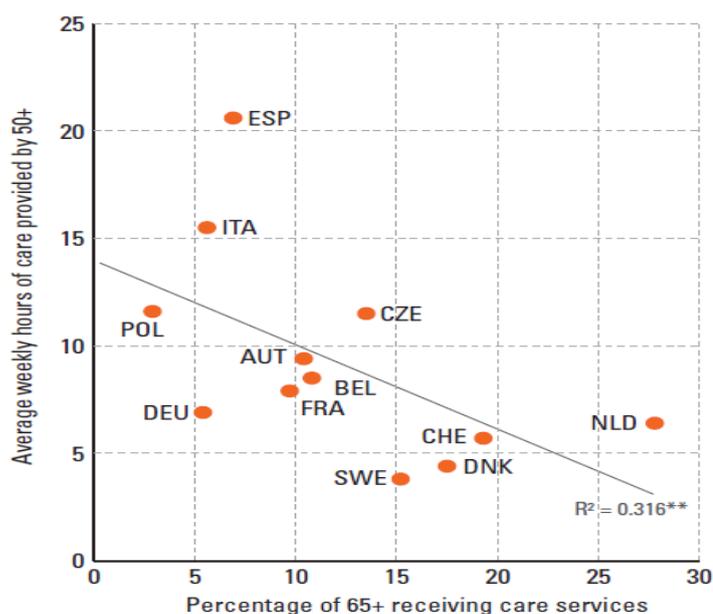
Gráfico 38. Atención informal recibida y disponibilidad de servicios de cuidado



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 39. 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

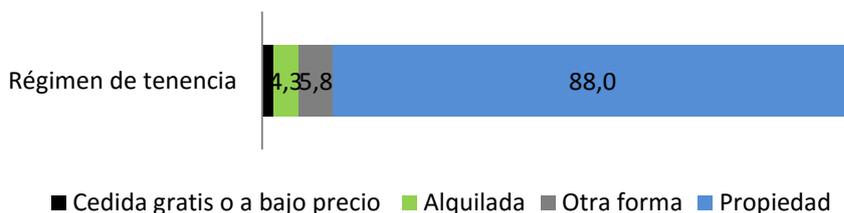
La vivienda forma parte del entorno construido en el que las personas desarrollan y construyen su vida. Este entorno puede facilitar o impedir su independencia. De hecho, un entorno en condiciones físicas deficientes (una vivienda o un edificio) es un factor de riesgo para un problema tan importante 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%).

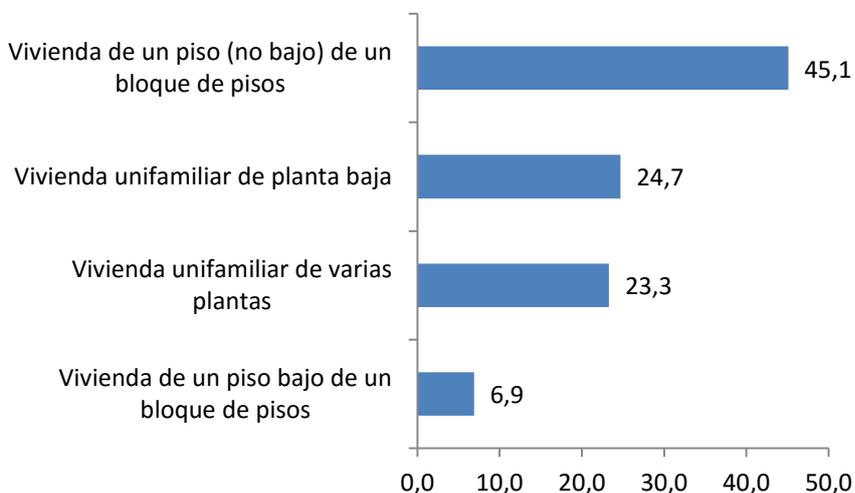
Gráfico 40. Régimen de tenencia de la vivienda de las personas de 65 y más años en Castilla y León



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 41. 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 18. Tipo de vivienda de las personas 65 y más según edad

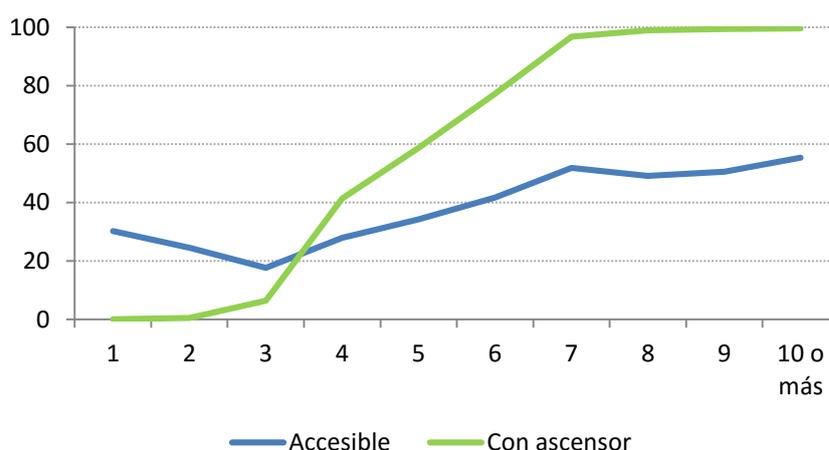
Tipo de vivienda	Edad					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más
Vivienda unifamiliar de planta baja	19,5	22,3	25,2	26,3	31,1	30,5
Vivienda unifamiliar de varias plantas	23,6	27,0	23,7	23,0	15,6	16,6
Vivienda en un piso bajo de un edificio (bloque de pisos)	5,8	5,2	8,1	7,8	8,3	4,7
Vivienda en un piso (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 42. 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 19. 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 20. 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 21. Percepción sobre el grado de adaptación de la vivienda y el entorno, Castilla y León

CyL 2010	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 22. 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 23. 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 24. Índice de reemplazo de la población activa en Castilla y León

	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.

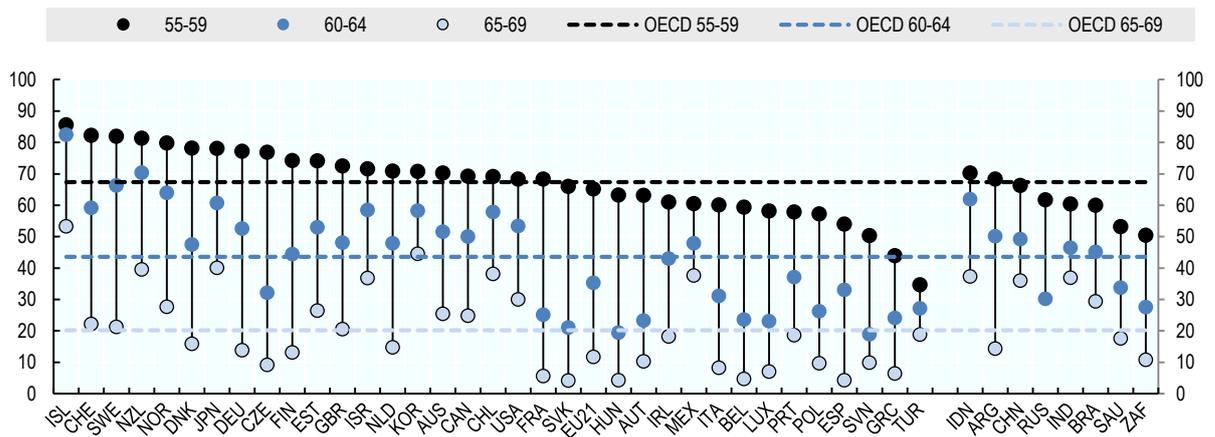
Tabla 25. Indicadores del mercado de trabajo y proyecciones para el Estado y la UE-27

	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)

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

Gráfico 43. Tasa de empleo de las personas de 55-59, 60-64 y 65-69, OECD y países del G20

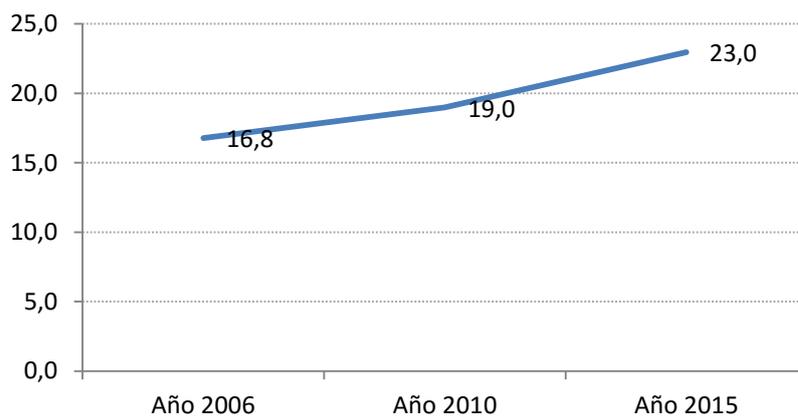


Fuente: OECD Employment Outlook 2015

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



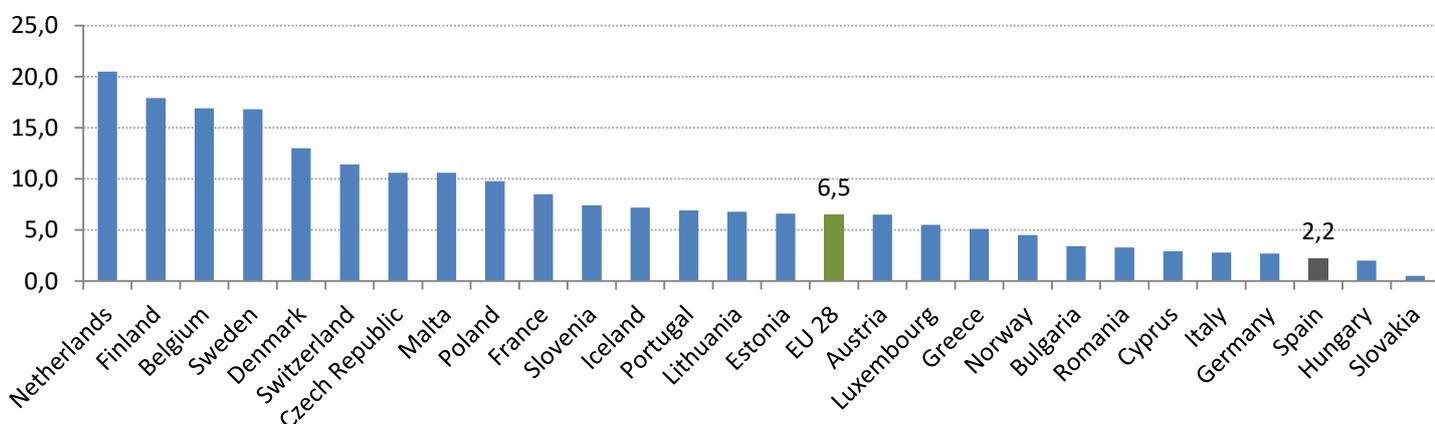
Fuente: EUSTAT: PRA

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 45. 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.- La formación durante toda la vida

La participación en actividades de formación durante toda la vida se vincula a una mayor permanencia en el mercado de trabajo. Sin embargo, los datos disponibles sobre realización de actividades formativas, a nivel nacional, muestran bastantes limitaciones. Sólo un 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).

8.5.- Aumento de años vividos de jubilación

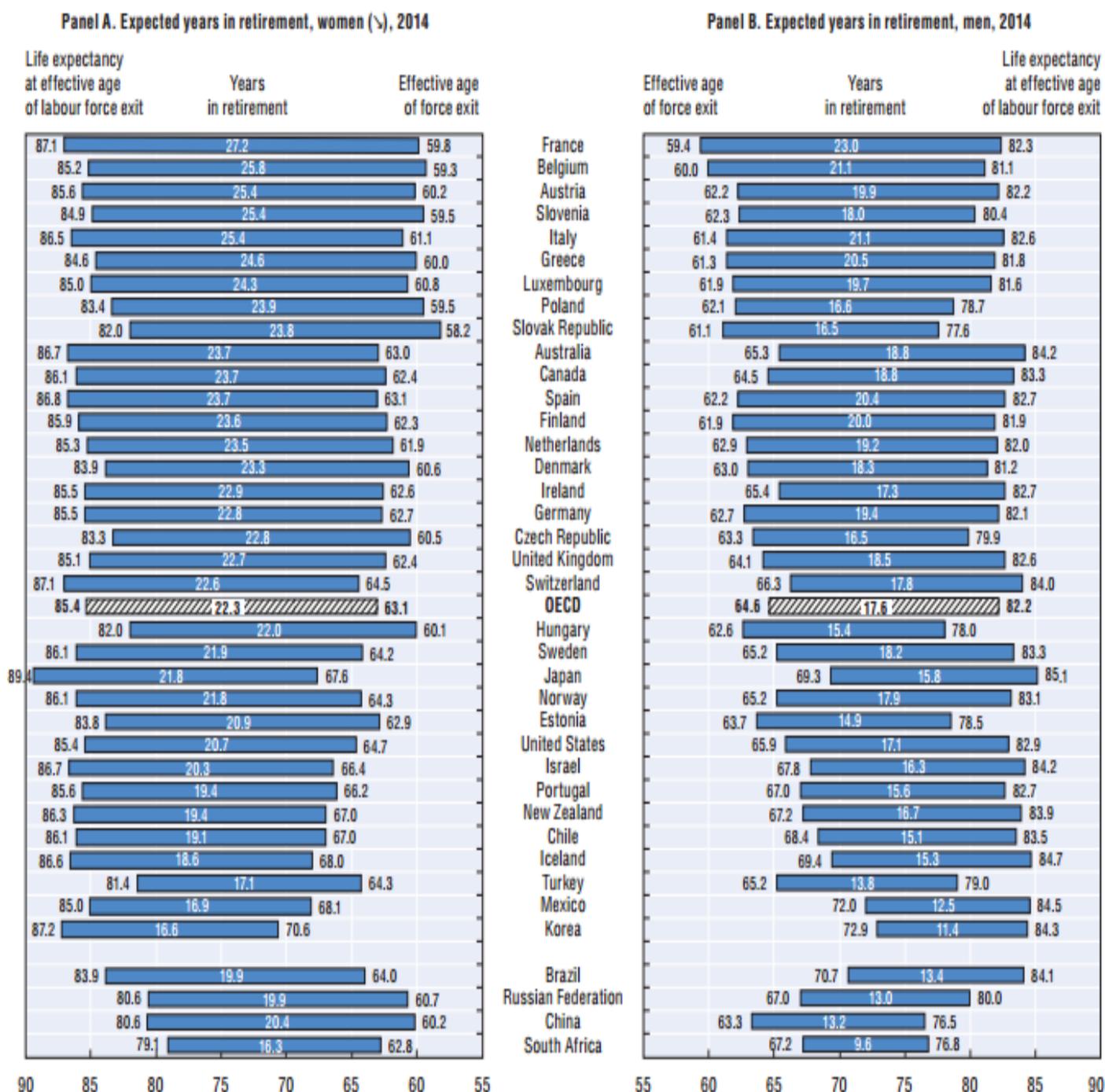
El aumento de la esperanza de vida en estos últimos años, tiene una consecuencia evidente en el incremento de años vividos en la jubilación.

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.

La expectativa de años vividos en jubilación en España es para las mujeres 23,7 años y para los hombres 20,4 años, datos superiores a la media de los países de la OCDE. Según los datos de esta fuente estadística, la edad de jubilación es de 63,1 y su esperanza de vida de 86,8 años. En el caso de los hombres, su edad media de jubilación es de 62,2 y su esperanza de vida de 82,7 años. Tanto para hombres como para mujeres se estima que se superan los 20 años de vida una vez abandonado el mercado de trabajo. En muchos de estos años de jubilación se sigue detentando un buen estado de salud y calidad de vida. Según los datos de la ECV 2010, para las personas de Castilla y León la edad adecuada de jubilación es de 62,28 años. Esta cifra aumenta con el incremento de la edad llegando al 63,72 entre las personas de 65 y más años.

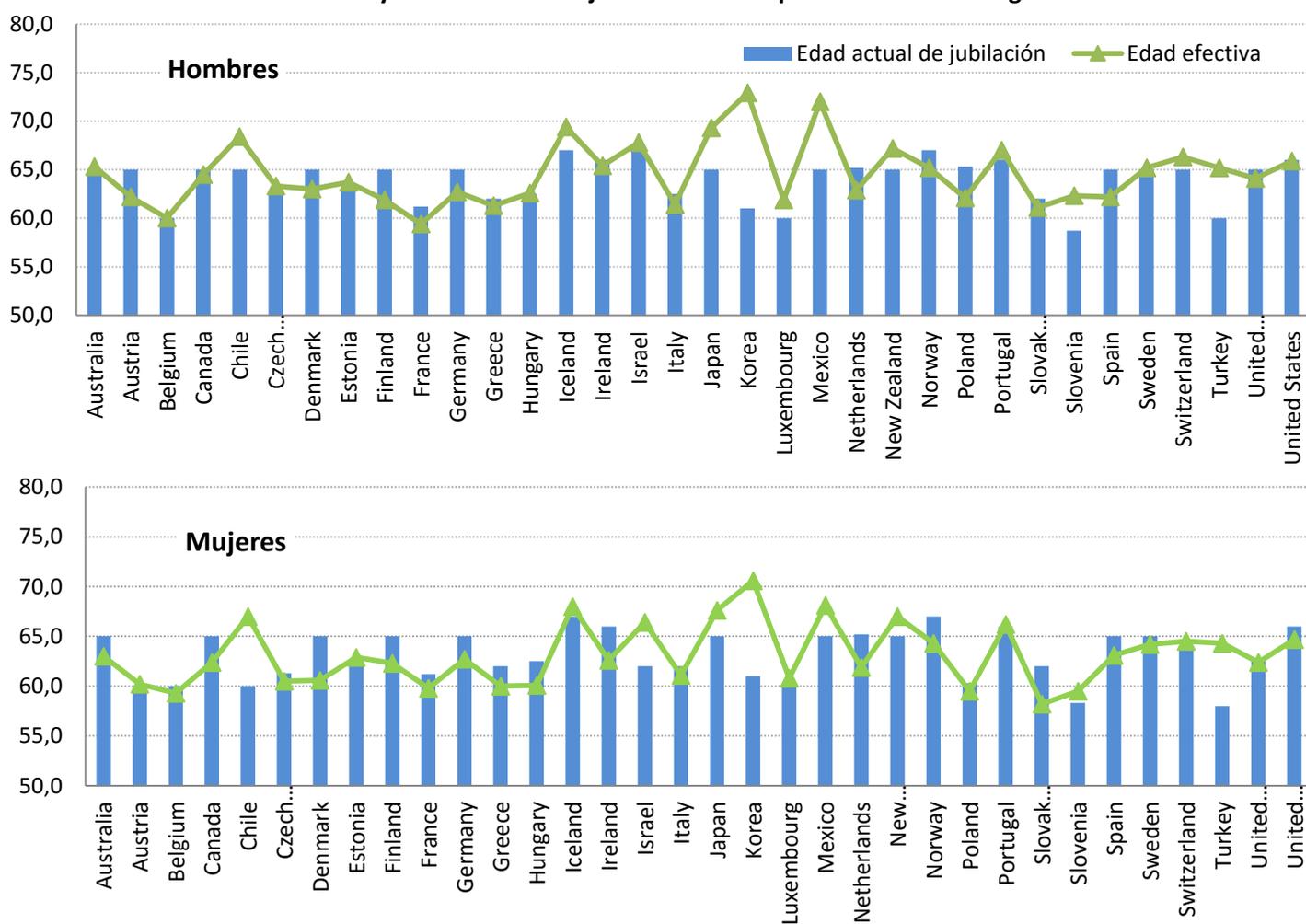
Gráfico 46. Expectativa de años en jubilación según sexo



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 47. 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 nuestras 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.

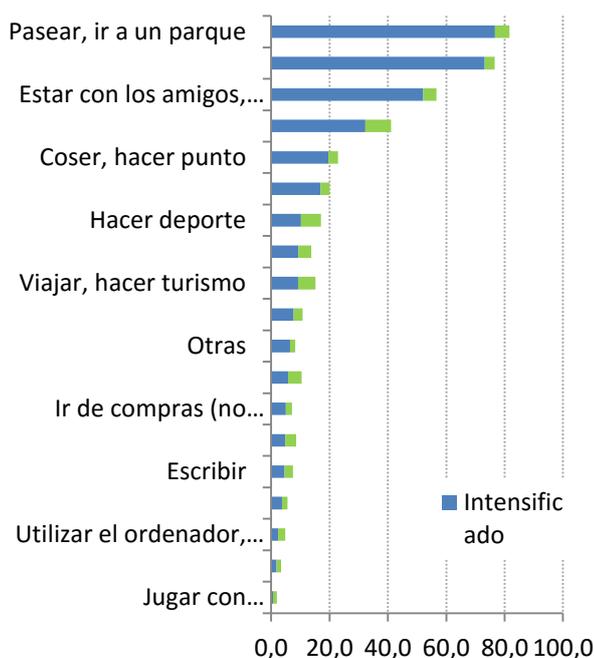
Los hábitos de ocio y tiempo libre han cambiado de manera considerable en los últimos años. Según los datos de la ECV de 2010, el 73,8% de las personas mayores en Castilla y León ha intensificado o iniciado alguna actividad en su tiempo libre desde que ha cumplido los 65 años. Estos porcentajes son muy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

Tabla 26. 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 48. 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.

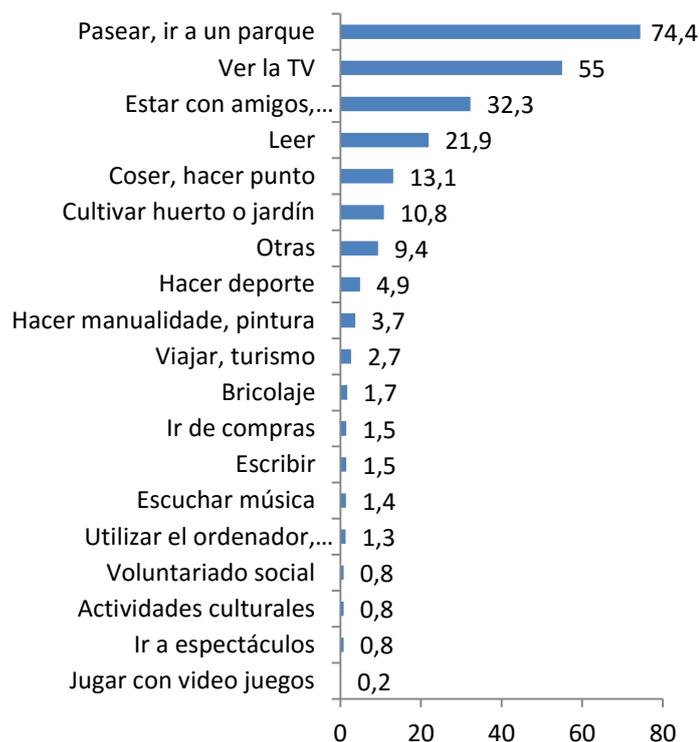
La realización de actividades como pasear o ir al parque supone, además de mantener la forma física y mental, prevenir enfermedades. Estos beneficios se unen a los de tipo psico-social, como la oportunidad de relacionarse y de aceptación del cuerpo. Existe amplia evidencia científica probada sobre la 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 por la población mayor.

Gráfico 49. Principales actividades realizadas en el tiempo libre personas mayores en Castilla y León



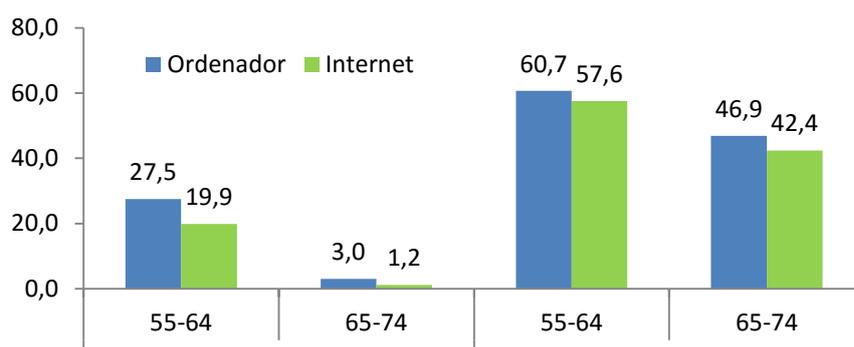
Fuente: Junta de Castilla y León: Encuesta Condiciones de Vida, 2010.

9.2.- Incremento en el uso de la TICs

La encuesta del INE recoge que un 42,4% de las personas mayores del Estado utilizaron internet en los últimos 3 meses. Esto supone aumento sin precedentes en el uso de estas tecnologías, pasando del 1,2% en 2006.

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.

Gráfico 50. Personas mayores que han utilizado las TICs en los últimos 3 meses en Castilla y León



Fuente: INEBASE: INE: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2015.

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.

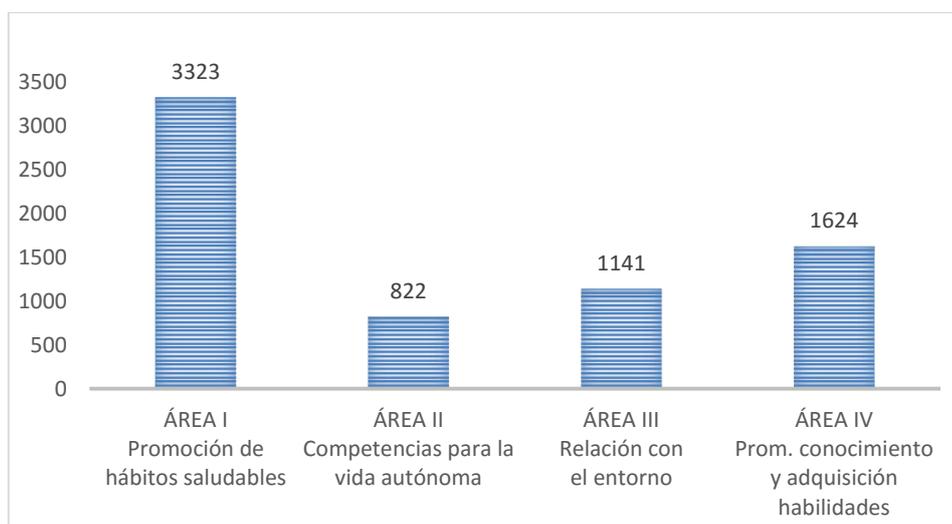
Estas cuatro áreas son ampliamente definidas en el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León, su objetivo general, objetivos específicos y actividades (básicas y complementarias), han permitido a los 213 centros de día, diputaciones, ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, centros 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 51. 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 27. Comparativa entre el nº de municipios de Castilla y León y el nº de municipios con actividades de envejecimiento activo según tamaño del municipio

			<i>Nº de municipios en Castilla y León</i>	<i>% sobre total municipios</i>	<i>Nº de municipios con actividades</i>	<i>% sobre total munic. con actividad</i>
CASTILLA Y LEÓN	2248 Municipios	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 sobreentrecidos.

El fenómeno del sobreentrecimiento, 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.

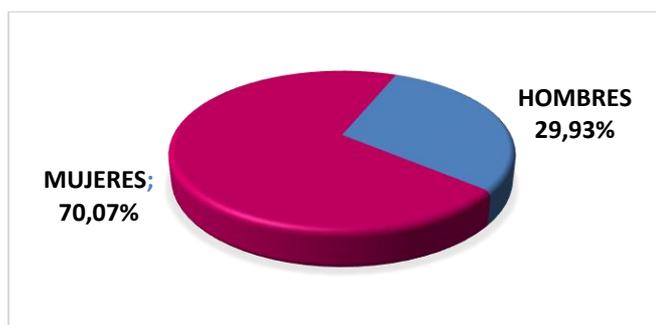
Análisis de la participación

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 52. 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.

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.

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 del **proyecto de vida** de la persona y de los apoyos que necesite para su desarrollo.
- Aplicación práctica de los principios de la atención centrada en la persona, , con el objetivo fundamental de permitir que la persona pueda vivir con **calidad y dignidad**, como en su

propio hogar o en su propio hogar y según sus preferencias, para hacer posible su proyecto de vida. Se sintetiza 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: Promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas
- 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.
- **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, (Shalock 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 interdisciplinarios, 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 económica 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, plantea los siguientes objetivos generales:

- 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
- 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.

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. 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, la 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 de 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.

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
- 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”.
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.
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.

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
- Corporaciones Locales- CEAS
- 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 personas con deterioro cognitivo

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

Acciones:

Acción 15	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 16	Diseñar un sistema de revisión del programa Integral de Envejecimiento Activo, desde la perspectiva de la atención centrada en la persona.
Acción 17	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 18	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 19	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 consensado para toda la Comunidad de Castilla y León.

Acción 20	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 21	Promover hábitos y estilos de vida saludable, a través de tratamientos termales.
Acción 22	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 23	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 24	Promover el desarrollo de los centros multiservicios como recurso de proximidad para apoyar a las personas mayores en el mantenimiento de su autonomía, la permanencia en el domicilio y la realización de las actividades de la vida diaria.
Acción 25	Diseñar actuaciones específicas para la prevención y el abordaje de la dependencia de las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento.
Acción 26	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 27	Facilitar espacios formativos compartidos entre las entidades, públicas y privadas que intervienen en los diferentes ámbitos preventivos.
Acción 28	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 29	Generar y potenciar actividades de ocio adaptadas por y para todas las personas.

Acción 30	Desarrollo de acciones formativas sobre envejecimiento, prevención y cuidados a los profesionales del campo del envejecimiento y de la discapacidad.
Acción 31	Integrar conocimientos específicos sobre la discapacidad en los avances en gerontología.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Sanidad-SACyL
- Consejería de Empleo
- Consejería de Educación- Universidades
- Corporaciones Locales- CEAS
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y personas con deterioro cognitivo

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 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 32	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 33	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 34	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 35	Capacitar a las asociaciones para que, en colaboración con las entidades locales, puedan contribuir a la protección de los derechos de las personas.
Acción 36	Facilitar la participación de las personas mayores 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 37	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 38	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 39	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 40	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 41	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 42	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 43	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 44 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.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Educación- Universidades
- Corporaciones Locales- CEAS
- Red asociativa de personas mayores, personas con discapacidad y personas con deterioro cognitivo

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.

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 45	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 46	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 47	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 48	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 49	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 50	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 51	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 52	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 53	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 54	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 55	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.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Consejería de Empleo
- Consejería de Educación- Universidades
- Consejería de Cultura y Turismo
- Corporaciones Locales- CEAS

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.

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.

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

Acciones:

Acción 56	Recopilar y difundir información sobre modelos de convivencia alternativos, priorizando aquellos que tengan un carácter intergeneracional.
Acción 57	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 58	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 59	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 60	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 61	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 62	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 63	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 64	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 65	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 66	Promover el asociacionismo entre los cuidadores familiares, facilitando así la generación de grupos de autoayuda y la interlocución con las administraciones públicas.

Acción 67	Promover el voluntariado con funciones de acompañamiento a las personas que cuidan y a las que reciben cuidados.
Acción 68	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 69	Favorecer a las personas con discapacidad, mayores de 65 años la continuidad de los apoyos recibidos hasta ese momento.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Corporaciones Locales- CEAS
- 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.

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 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 70	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 71	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 72	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 73	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 74	Promover la acción voluntaria, especialmente hacia las personas mayores que viven solas o se sienten aisladas, tanto en ámbitos urbanos como rurales.
Acción 75	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 76	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.
Acción 77	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 78	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 79	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 80	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 81	Promover las relaciones intergeneracionales y favorecer espacios de confluencia y de actividades de personas mayores y de niños en edad escolar.

Acción 82

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.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Corporaciones Locales- CEAS
- 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 el 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 participar 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.

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.

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 83 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 84 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 85 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 86 Impulsar la participación de las personas mayores, 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 87	Promover el modelo de vivienda habitable, segura y sostenible para las personas mayores, en especial, aquellas que presentan deterioro cognitivo.
Acción 88	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 89	Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía 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 90	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 91	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 92	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 93	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 94	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 95	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.

Entidades responsables:

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales
- Entidades Locales
- Entidades privadas de personas mayores y, en general, personas en proceso de envejecimiento y de familiares de personas con algún tipo de demencia
- 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 1: Promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores

3. Objetivos:

a. 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.

b. 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			
		NO	1	2	3
HR3	Hogar unipersonal que cuenta con grado II o grado III de dependencia	X	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
	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				
	Hogar en el que vive una persona dependiente de grado I, grado II o grado III a cargo de una persona cuidadora frágil				
HR1	Hogar unipersonal que cuenta con grado I de dependencia				
	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				
	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				
	Hogar con una persona dependiente de grado II o grado III con una persona cuidadora viable				

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 (CEAS) - Organizaciones de voluntariado - Asociaciones y Organizaciones vecinales - Alcalde del municipio o presidente de la entidad local menor, en su
--------------------------------	--

	caso
10. Acciones relacionadas	<p>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.</p>
11. Observaciones	<p>A estos efectos, a todo hogar en riesgo le serán asignadas las prestaciones y coberturas que a continuación se relacionan para asegurar Hogar Seguro:</p> <p>HR3. Voluntario responsable. Grado III (3 actuaciones diarias)</p> <p>Profesional técnico gestor de caso grado III (máxima dedicación)</p> <p>Profesional de referencia.</p> <p>Hogar Apto (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).</p> <p>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)</p> <p>Programa de participación social personalizado.</p> <p>Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.</p> <p>HR2. Voluntario responsable. Grado II (2 actuación diaria)</p> <p>Profesional técnico gestor de caso Grado II (media dedicación)</p> <p>Profesional de referencia.</p> <p>Hogar Apto (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).</p> <p>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)</p> <p>Programa de participación social personalizado.</p> <p>Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia.</p> <p>HR1. Voluntario responsable. Grado II (2 actuación diaria)</p> <p>Profesional técnico gestor de caso (Baja dedicación)</p> <p>Profesional de referencia. (Baja dedicación).</p> <p>Hogar seguro (adaptación hogar + ayudas técnicas y teleasistencia avanzada).</p> <p>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).</p>

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 1: Promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores

3. Objetivos:

a. 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.

b. 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:

a. 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

b. 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

prematureo 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- Corporaciones locales (CEAS)- 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:

c. General:

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

d. Específicos:

- Ofrecer información, orientación y asesoramiento específico a las personas mayores que les permita 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, 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

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. Entidades implicadas	<ul style="list-style-type: none">- GSS- Sacyl- Corporaciones locales- Colectivos profesionales- Organizaciones de consumidores- Entidades del tercer sector- Entidades proveedoras de productos y servicios

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:

c. 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.

d. 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.

6. Destinatarios	Cuidadores informales de larga duración
7. Indicadores de resultado	<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	<ul style="list-style-type: none">- GSS

<i>implicadas</i>	<ul style="list-style-type: none">- Sacyl- Corporaciones locales (CEAS)- Expertos en Prevención y Abordaje de la Dependencia- Entidades sin ánimo de lucro- Entidades de voluntariado
9. <i>Observaciones</i>	

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:

a. 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

b. 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.

6. Destinatarios	Personas mayores con hijos con discapacidad
7. Indicadores de resultado	<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
8. Entidades implicadas	<ul style="list-style-type: none"> - GSS - Sacyl - Corporaciones locales (CEAS) - Expertos en Prevención y Abordaje de la Dependencia - Entidades sin ánimo de lucro - Entidades de voluntariado
9. Observaciones	

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:

a. General:

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

b. 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: 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:

a. 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.

b. 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- 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,

	<p>organizaciones de mayores...)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 periódica que permita una gobernanza flexible capaz de ajustarse a los cambios sociales así como una retroalimentación dirigida a la propia acción de planificación, con la finalidad última de procurar la mejora continua del mismo.

Por ello, el sistema y las herramientas de evaluación que se diseñen tendrán que responder a los principios rectores de la Estrategia. Será preciso establecer además, la periodicidad, los instrumentos e indicadores.

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,...
- Implantación 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