



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Jornada

Envejecimiento Activo y Saludable+50



Escuela Andaluza de Salud Pública
16 de septiembre de 2015

Resultados de los grupos de trabajo

Patrocinado por:





Este documento se divulga bajo Licencia Creative Commons, por lo que se permite distribuir y comunicar públicamente el documento, bajo las condiciones siguientes:

Reconocimiento — Debe reconocer los créditos del documento de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace del documento).

No comercial — No puede utilizar este documento para fines comerciales.

No obras derivadas — No se permite la generación de documentos derivados a partir de este original.

Índice

1. Presentación	3
2. ¿Cómo se desarrolló el trabajo de la Jornada?.....	3
3. Resultados de los grupos.....	7
Grupo 1: Servicios de Salud	7
Grupo 2: Servicios de Sociales.....	8
Grupo 3: Ciudades Saludables, transporte y movilidad	10
Grupo 4: Entorno Socioeconómico	13
Grupo 5: Envejecimiento Saludable	16
Anexo: Participantes	19



1. Presentación

Este documento recoge los resultados del trabajo desarrollado en el marco de la “Jornada de envejecimiento activo y saludable +50”, celebrada en la Escuela Andaluza de Salud Pública el 16 de septiembre de 2015.

El propósito de esta Jornada ha sido crear un espacio de encuentro e intercambio de ideas sobre elementos que están influyendo y pueden contribuir al logro de un envejecimiento activo y saludable en nuestra sociedad. En el foro se ha contado con la participación de diferentes sectores interesados en la mejora de la calidad de vida de las personas que envejecen.

Los resultados recogen un conjunto de factores críticos y propuestas de mejora en cada uno de los ámbitos temáticos en los que se estructuró la participación de las personas asistentes al evento: servicios de salud, servicios sociales, ciudades amigables y saludables, ámbito socioeconómico, envejecimiento saludable.

2. ¿Cómo se desarrolló el trabajo de la Jornada?

El encuentro se estructuró en tres partes. En la primera parte el profesor Alex Kalache, *Presidente del International Longevity Centre Global Alliance en Brasil*, compartió con los y las asistentes el marco político internacional en relación al envejecimiento. En este espacio se contó además con la colaboración de Mayte Sancho, *Directora científica de Matia Instituto Gerontológico*.

La segunda parte se desarrolló con la organización de las personas participantes en grupos de trabajo temáticos, y la tercera parte y última parte la ocupó la presentación de resultados y el debate.

Los perfiles de las personas asistentes han sido multisectoriales con inclusión de profesionales y ciudadanía de los servicios públicos y privados de salud y sociales, de profesionales del ámbito académico e investigador y de diversas organizaciones ciudadanas.



Jornada
Envejecimiento Activo y Saludable
+50 PROGRAMA PRELIMINAR



9:45	BIENVENIDA
	<i>Responsable de la Consejería de Salud. Junta de Andalucía</i>
	PRESENTACIÓN DE LA JORNADA
	<i>Joan Carles March</i>
	<i>Director. Escuela Andaluza de Salud Pública</i>
10:00	NUEVO MARCO POLÍTICO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
	<i>Alex Kalache</i>
	<i>Presidente del International Longevity Centre Global Alliance en Brasil</i>
11:00	GRUPO DE EXPERTOS/AS:
	MEJORA DE LA VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES
	<ul style="list-style-type: none">• Grupo 1: Servicios de Salud• Grupo 2: Servicios Sociales• Grupo 3: Ciudades saludables, transporte y movilidad• Grupo 4: Entorno socioeconómico• Grupo 5: Envejecimiento saludable
13:00	APERITIVO
13:45	PLENARIO: RESULTADOS DE LOS GRUPOS
15:00	FIN DE LA JORNADA

Se constituyeron 5 grupos temáticos (su composición puede consultarse en el anexo 1) en los que se repartieron, en función de sus perfiles e intereses, a las personas participantes:

- Grupo 1 Servicios de Salud
- Grupo 2: Servicios Sociales
- Grupo 3: Ciudades Saludables
- Grupo 4: Entorno socioeconómico
- Grupo 5: Envejecimiento saludable

Los grupos trabajaron en el marco de la definición de la OMS sobre envejecimiento activo y saludable: *proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y*



seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

Cada equipo llevó a cabo su tarea con el apoyo de una profesional de la Escuela Andaluza de Salud Pública que dinamizó el taller asegurando el logro de los objetivos definidos, aplicados a cada uno de los ámbitos temáticos:

- Elaborar un listado de factores críticos que influyen directamente, a juicio de las personas participantes, en el logro de un envejecimiento activo y saludable.
- Elaborar un listado de propuestas que deberían llevarse a cabo desde las políticas y los servicios públicos, para el logro de un envejecimiento activo y saludable.

Para la consecución de estos objetivos se posibilitó el intercambio de opiniones y la recogida de las mismas en rondas de intervención generando un panel. Con el apoyo de la moderadora, el equipo fue eliminando las ideas repetidas, agrupando las de contenido similar y debatiendo sobre redacciones comunes hasta conseguir un conjunto de ideas consensuadas.

Se trabajó en dos tiempos:

En la primera parte los y las participantes debatieron y propusieron factores críticos que a su juicio influye en el logro de un envejecimiento activo y saludable en el ámbito temático de cada grupo, generándose un primer panel de ideas.

En la segunda parte se identificaron propuestas que contribuyen a mejorar el envejecimiento en cada uno de los aspectos específicos de los grupos, constituyendo un segundo panel. Finalmente, cada equipo de trabajo presentó sus resultados en plenario.



3. Resultados de los grupos

Grupo 1: Servicios de Salud

FACTORES CRÍTICOS

1. **Intervenciones en salud** desde la infancia: ciclo de la vida.
2. Consolidación del **espacio socio sanitario y educativo**.
3. **Envejecimiento saludable en todas las políticas**.
4. Planificación y planteamiento de definición de un **modelo asistencial en un marco comunitario**.
5. Mejora de la **atención a las patologías crónicas**, en el tema de los cuidados informales o no remunerados.
6. Cambio de **cultura del envejecimiento**: Visión del envejecimiento como activo más que como problema.
7. Inclusión de las **políticas de igualdad**.

PROPUESTAS

1. Marco de desarrollo de las propuestas: **envejecimiento activo y saludable en todas las políticas**.
2. Operativizar la **coordinación** e integración socioeducativa y sanitaria en el ámbito local: recursos, profesionales, necesidades, características.
3. Favorecer la **participación e integración del usuario del ámbito local**: programas de envejecimiento activo, centros de participación activa, coordinación de recursos comunitarios, programas de voluntariado,...
4. Empezar a trabajar en el envejecimiento activo desde el ámbito educativo (**“desde la escuela”**).
5. Mejorar el **abordaje de la cronicidad** con programas que faciliten el **empoderamiento** de las personas.
6. Definir un **cambio en el modelo asistencial comunitario** (Atención Primaria).
7. **Empoderamiento de la Atención Primaria en la atención a pacientes pluripatológicos**.
8. Dar contenido a la **legislación** en salud existente.
9. Definir y desarrollar una **línea estratégica de trabajo en envejecimiento activo y saludable** sobre cuidado informal (no remunerado) desde un enfoque de género, derechos y políticas de igualdad.
10. Revisar e implantar el **programa de mayores “Salud 65”** definiendo intervenciones de envejecimiento activo y saludable para cada grupo. Establecer para los centros programas estructurados de envejecimiento activo con intervenciones concretas.
11. Definir una **Línea de formación de profesionales sanitarios en envejecimiento activo y saludable** (Atención Primaria).
12. Reforzar los **recursos** para un envejecimiento activo y saludable en los sistemas sanitarios.



Grupo 2: Servicios de Sociales.

FACTORES CRÍTICOS

GÉNERO	<p>1. Crisis de los cuidados tradicionales basados en el cuidado informal femenino.</p> <p>2. Modelo cultural de género que potencia la demanda de los servicios de apoyo al cuidado informal más que los servicios formales.</p>
PARTICIPACIÓN	<p>3. Importancia clave de la existencia, difusión y uso de canales para la participación de las personas mayores en las políticas y propuestas.</p> <p>4. Necesidad de contar con el colectivo de profesionales que trabaja en los distintos servicios sociales dirigidos a personas mayores. A la hora de planificar políticas o acciones.</p>
INTERSECTORIALIDAD Y COORDINACIÓN	<p>5. Déficit de planificación y desarrollo de proyectos conjuntos entre distintos sectores que es esencial que trabajen conjuntamente (Salud, Servicios sociales, etc.)</p> <p>6. Déficit de adecuada detección precoz de la fragilidad y la cronicidad. Necesidad de información sociosanitaria compartida.</p>
RECURSOS Y CUIDADOS	<p>7. Importancia del análisis y conocimiento de la realidad de las personas y de su acceso a los recursos existentes para la planificación de actividades, partiendo de la escucha activa.</p> <p>8. Importancia de planificar actuaciones teniendo en cuenta el contexto sociogeográfico, factor cultural y variables personales.</p> <p>9. Situación socioeconómica que impide la consolidación de los Estados de bienestar con elementos como la universalización de los servicios sociales. Desigualdad socioeconómica en aumento.</p> <p>10. Déficit de dotación de recursos en lo relativo a la promoción de la salud y la participación. Los recursos se invierten en el asistencialismo en salud y servicios sociales y en la burocracia en servicios sociales.</p>
INFORMACIÓN	<p>11. Importancia del desarrollo y difusión a los profesionales y a la ciudadanía de mapas de recursos sanitarios y/o sociales a todos los niveles (desde mapas de recursos autonómicos a recursos locales o personales).</p>
IMAGEN DEL ENVEJECIMIENTO	<p>12. La imagen y tratamiento social del envejecimiento como contrario al ideal de juventud, funcionalidad, utilidad, belleza...La longevidad no es deterioro o devaluación.</p>
SEGURIDAD	<p>13. Situación de vulnerabilidad y de riesgo de abuso o maltrato en las personas mayores. Importancia de la seguridad de las personas mayores.</p>
INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN	<p>14. Déficit en investigación e innovación en servicios sociales como forma de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y la eficiencia de los recursos.</p> <p>15. Importancia de la calidad de la atención y la formación de profesionales. Déficit de profesionalización de los cuidados domiciliarios.</p> <p>16. Importancia de la formación en envejecimiento activo y otras materias (género...) tanto de profesionales, especialmente en atención a la dependencia, como de ciudadanía.</p>



PROPUESTAS

INTERSECTORIALIDAD PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de equipos intersectoriales locales que trabajen entre otros objetivos acciones de promoción del envejecimiento activo, con participación de personas mayores. 2. Mejorar la comunicación entre profesionales de diferentes instituciones y con la ciudadanía. Comunicación directa entre ámbito social, sanitario y grupos de participación ciudadana para la promoción y la prevención. 3. Elaboración de programas conjuntos de intervención elaborados por ciudadanos, profesionales, ámbito administrativo y político para hacer un “traje a medida”. PROGRAMAS INTERSECTORIALES para favorecer población más saludable y más activa, como proyecto RELAS en Andalucía. 4. Desarrollar sistemas de información compartidos por diferentes sectores que participan en las políticas de envejecimiento 5. Compartir recursos pero respetar tipologías para necesidades específicas. Atención diferencial para atender necesidades específicas.
INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN, INNOVACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 6. Fomento de la investigación e innovación en servicios sociales. 7. Formación a profesionales y ciudadanos en envejecimiento activo, en cuidados, en uso de TICS, ayudas técnicas para la autonomía, calidad de vida y de servicios, enfoque de género, desigualdades, etc. 8. Profesionalización y formación específica a todos los profesionales intervenientes en envejecimiento activo. Intervención para la profesionalización en cuidados domiciliarios privados: legislación laboral, formación, etc.
EMPODERAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 9. Fomento de la cultura de empoderamiento: cuidado-autocuidado, prevención-autoprevención, participación, socialización, turismo activo, toma de decisiones, etc. 10. Analizar entorno, contexto, realidad social para planificar políticas de envejecimiento activo. 11. Potenciar modelos de intervención centrados en la persona, lo micro frente a lo macro. 12. Potenciar proyectos que promuevan los autocuidados y la prevención secundaria como Escuela de Pacientes en Andalucía, que fomenten el envejecimiento activo en poblaciones con enfermedades crónicas y personas dependientes.
ENTORNO SOCIOECONÓMICO y MARCO	<ol style="list-style-type: none"> 13. Mecanismos de compensación de la crisis económica: ahorro dirigido al cuidado o disfrute de la segunda mitad de la vida, trabajo para personas mayores adaptado a sus posibilidades, universalización de los servicios sociales, promoción del voluntariado social en todas las edades, más control en el acceso a los distintos servicios, etc. 14. Estabilidad y dotación presupuestaria, control del copago de servicios a personas mayores, equidad en la prestación de esos servicios, etc. 15. Establecimiento de un marco estable, sólido y definido en torno al envejecimiento activo desde lo conceptual, lo normativo, lo documental, etc.
RECURSOS	<ol style="list-style-type: none"> 16. Mejorar la información jurídica (continuada) en los centros de personas mayores para hacer frente a su vulnerabilidad y a los abusos. 17. Creación de espacios físicos adaptados
INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 18. Sensibilización para favorecer una imagen positiva del envejecimiento desde todos los ámbitos, haciendo hincapié en la difusión de una cultura de “envejecimiento activo” en la escuela y la familia educando en valores de respeto, solidaridad, etc. 19. Visibilización de la economía informal y visualización de los recursos existentes que favorecen un envejecimiento activo y saludable.



Grupo 3: Ciudades Saludables, transporte y movilidad

FACTORES CRÍTICOS

1. **Accesibilidad universal** como principio básico del diseño de ciudades y transporte. Recordando que el entorno debe tener en cuenta la diversidad y las necesidades de la ciudadanía y se requiere un acompañamiento en el proceso de toma de decisiones en el momento oportuno que afectan a las necesidades de vivienda, transporte, redes sociales, etc., a lo largo de la vida.
2. **Políticas y objetivos estratégicos.** Definición de una política clara y un objetivo estratégico para la configuración del espacio urbano, que se traduzca en la planificación de un modelo de ciudad y en la evaluación e incorporación de mejoras (similar a la ciudad funcional de la UE a las aglomeraciones urbanas para la planificación y dotación de recursos).
3. **Recuperar la ciudad para la ciudadanía.** Son las personas las que habitan las ciudades y quienes deben tomar las decisiones sobre el entorno que habitan, es necesario que la voz de las personas mayores sea escuchada.
4. **Los servicios como un derecho.** Demandar a las Instituciones respuestas a las necesidades, la sociedad movilizada ya que la velocidad con que suceden los cambios en ella puede ser mayor que la evolución de las Instituciones, hacer emergir que las personas mayores son sujetos con derechos.
5. **Rescatar el papel social de dimensiones como la vivienda.** Relacionar vivienda a bienestar como parte de una política social (sin su carácter meramente especulativo), teniendo en cuenta que las necesidades de las personas evolucionan a lo largo de su vida, y que por tanto, deben existir opciones de acceso a viviendas y a entornos que satisfagan esas necesidades (diseño de edificios, ubicación en zonas de servicios y de una red social/familia).
6. **Participación.** Definición del papel que juega la ciudadanía para ejercer su derecho a la participación, utilizando herramientas que aumenten esta cultura y favorezcan los espacios para ello, espacios que integren el interés por el medioambiente, calidad de vida, salud, educación y economía. potenciando la participación de las personas mayores .especialmente, junto a otros colectivos de manera integrada.
7. **Coherencia política.** Necesidad de coherencia en las decisiones políticas y la rentabilidad política en temas relacionados con la configuración de la ciudad, el transporte y la movilidad, decidir analizando las sugerencias de ciudadanía y técnicos.
8. **Prevención.** Insistir en la necesidad de la prevención aplicando el concepto de saludable también a la ciudad y sus espacios, verdes, libres de contaminación, sin ruidos, seguros, adaptables a las necesidades diferentes de quienes viven en ella.
9. **Género.** Incluir perspectiva de género en planes de movilidad y transporte y configuración de zonas urbanas, parques, etc.
10. **Personas.** Destacar que también son las personas quienes contribuyen a una ciudad amigable, el respeto a las conductas cívicas, a las normas básicas de convivencia y relación favorecen sociedades amigables y entornos amigables no solo con las personas mayores.
11. **Educación.** Incorporar la educación en valores que ayuden a prevenir situaciones que generan entornos hostiles, el respeto a la diversidad y a las normas para convivir, en la toma de decisiones vitales desde la Escuela a la Universidad. Abordando además el significado de lo público y la responsabilidad de la ciudadanía sobre ello.
12. **Inversión.** Inversión tanto en educación, como en infraestructuras (por ejemplo en transporte público), en las condiciones generales de la edificación no especulativa que faciliten el desarrollo de proyectos con calidad.



PROPUESTAS

ESPACIOS AL AIRE LIBRE Y EDIFICIOS, VIVIENDA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de zonas verdes, áreas de descanso en calles, iluminación, especies vegetales autóctonas, zonas de sombra, áreas peatonales accesibles, servicios. 2. Eliminación o mejora de infraestructuras urbanas que puedan ser una barrera, modificándolas en función de las necesidades de la ciudadanía (aparato de aires acondicionados, carril bici; etc.) 3. Hacer de la ciudad un espacio seguro (gestión de basuras, iluminación, contaminación; etc.) 4. Identificar buenas prácticas a nivel mundial y adaptarlas a nuestro entorno. Creación de premios locales a proyectos innovadores. 5. Cumplimiento de la Ley, sancionar, multar en la práctica comportamientos o incumplimientos de las normas y la legalidad. 6. Ciudad saludable como concepto amplio, no sólo como ausencia de problemas. 7. Crear servicios de orientación y consejo para acompañar la toma de decisiones en relación al envejecimiento, entre ellas las relacionadas con la vivienda. 8. Ayuda a las comunidades de propietarios y al comercio local para facilitar la accesibilidad de la comunidad a servicios en zonas cercanas a sus viviendas y barrios. 9. A nivel rural mejorar, mantener, acondicionar parte de las calles debido a que la mayoría de la ciudadanía son personas mayores.
TRANSPORTES	<ol style="list-style-type: none"> 10. Instalar infraestructuras de ayuda de tipo mecánicos que potencien la movilidad no contaminante. "Cultura de la movilidad" y no solo de tráfico. 11. Promover servicios de proximidad y facilitar el mantenimiento de las redes familiares de apoyo, establecer rutas de bus urbano que cubran la mayor parte de la ciudad /pueblo. 12. Realizar diagnósticos de situación como paso previo al establecimiento de políticas de movilidad. 13. Identificar buenas prácticas a nivel mundial y adaptarlas a nuestro entorno en transportes y movilidad, transporte sostenible, rutas adaptadas y combustibles alternativo.
PARTICIPACIÓN SOCIAL/RESPETO Y PARTICIPACIÓN CÍVICA	<ol style="list-style-type: none"> 14. Favorecer la participación ciudadana mediante mecanismos como encuestas, entrevistas y otro tipo de instrumentos, generar foros en la misma comunidad. 15. Realizar jornadas de información y participación de manera habitual de personas mayores en los servicios comunitarios. 16. Favorecer la participación ciudadana mediante mecanismos como encuestas, entrevistas, y otro tipo de instrumentos recogiendo sugerencias también sobre el diseño de su pueblo/ciudad. 17. Poner en práctica iniciativas que tengan en cuenta las sugerencias de distintos colectivos.



**EDUCACIÓN/
COMUNICACIÓN E
INFORMACIÓN**

- 18. Integrar en las aulas la educación para el respeto a los mayores y a otros grupos, educación en la diversidad y en valores.**
- 19. Generar movimientos ciudadanos que promuevan la amigabilidad basada en las personas y el respeto a la diversidad.**
- 20. Promover en la ciudadanía la educación/información sobre el impacto del uso de vehículos de motor en las ciudades y la necesidad de disminuir su uso.**
- 21. Educación desde las aulas y en todos los espacios comunitarios, descentralizando oferta de actividades.**
- 22. Accesibilidad a la información y cercanía en los mensajes a trasladar a los participantes en actividades.**



Grupo 4: Entorno Socioeconómico

FACTORES CRÍTICOS

Premisas:

- En el diseño de las políticas públicas (sociales y económicas) es necesario diferenciar el proceso de envejecimiento activo del propio de los mayores (la vejez).
- Intervenir sobre el envejecimiento es intervenir en el curso vital. Los cambios en el sistema de protección social tienen un impacto directo en la configuración de la sociedad (papel de la mujer).

1. **Elementos estructurales.** Que la tasa de dependencia en Andalucía sea mayor que la del resto de CCAA se debe a unos factores socioeconómicos estructurales que requiere de una atención y desarrollo específicos (limitado por la crisis).
2. **Entorno económico** (situación de crisis y desempleo, nivel de las pensiones, etc.) Este factor es clave para el desarrollo: hay mayores que sustentan a la unidad familiar con lo que se produce una privación material severa (entre mayores y menores).
3. **Entorno demográfico.** Hay diferencias entre entornos rurales y urbanos (ejemplo: el capital social suele ser mayor en entornos rurales).
4. **Entorno político y social.** Como determinante de la dotación de recursos de tipo social y comunitario. Cuando las políticas sociales disminuyen, se incrementa la brecha de la desigualdad ya sea provocando inseguridad en las rentas a percibir como promoviendo seguros privados como respuesta.
5. **Elementos o condicionantes personales.** Nivel de ingresos y situación de empleo (personal y de la unidad familiar), situación de discapacidad, género, estilos de vida, emigrantes, minorías étnicas, retornados, etc.)
6. **El nivel de cooperación socio sanitaria.** Fundamental: coordinación de recursos de diferente tipo (sociales y económicos) para garantizar la eficiencia de los mismos, además de la sensibilización de los profesionales.
7. **El nivel de conocimiento sobre indicadores /determinantes de contexto socioeconómico.** El conocimiento e investigación en indicadores /determinantes de contexto socioeconómico que segmenten por edad y sexo y que permitan obtener una visión amplia y longitudinal en el diseño de las actuales políticas públicas y que permitan medir el resultado de las intervenciones.

PROPUESTAS

Dimensiones Identificadas en 27 Propuestas

- Protección social
- Recursos económicos (macroeconomía)
- Educación y formación
- Recursos para personas mayores principales sustentadoras
- Recursos para personas cuidadoras
- Vivienda
- Políticas individualizadas
- Curso vital
- Asociacionismo y empoderamiento
- Prevención de la dependencia y promoción de autonomía personal
- Coordinación
- Fomento de la solidaridad
- Investigación + desarrollo + innovación



- Sistema de salud
- Modelo de jubilación

PROTECCIÓN SOCIAL	1. Potenciar los sistemas de protección social públicos (salud, servicios sociales, educación y pensiones).
RECURSOS ECONÓMICOS (Macroeconomía)	2. Asignación presupuestaria suficiente para desarrollar una estrategia de prevención de la dependencia continuada en recursos formales (CPA), en colaboración con recursos informales (asociaciones y otras entidades). 3. Incrementar o potenciar los presupuestos de las políticas sociales . 4. Priorizar a las familias con mayores en el diseño y dotación anual de la renta básica/mínima , garantizando unos niveles mínimos de ingresos. Protección económica.
EDUCACIÓN Y FORMACIÓN	5. Incorporar en planes de estudios información sobre envejecimiento activo y en programas de formación sanitarios: conocimiento de factores de éxito, actividades de prevención). 6. Formar a las personas mayores sobre las conductas más saludables y de envejecimiento activo.
RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES PRINCIPALES SUSTENTADORAS	7. Dirigir acciones/medidas de apoyo social y comunitario a unidades familiares “integradas” en las que la persona mayor sea la principal sustentadora. Desarrollar acciones lo más cercanas posibles y que permitan o faciliten el envejecimiento activo.
RECURSOS PARA PERSONAS CUIDADORAS	8. Cuidar y acompañar: dedicar todo el esfuerzo económico posible a formar y reconocer a las personas cuidadoras.
VIVIENDA	9. No más personas mayores desahuciadas.
POLÍTICAS INDIVIDUALIZADAS	10. Políticas sociales individualizadas que favorezcan la coordinación entre distintos agentes y servicios públicos/privados.
CURSO VITAL	11. Utilizar el curso vital como lente para el diseño de políticas públicas ; centrarse en interacciones entre individuos y estructuras sociales.
ASOCIACIONISMO Y EMPODERAMIENTO	12. Potenciar mayor participación de las personas en la sociedad (actividades de voluntariado, asociaciones): autonomía y apoyo social. 13. Promover el asociacionismo y empoderamiento .
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA PERSONAL	14. Impulsar los servicios de prevención de la dependencia , que lleguen rápidamente a personas dependientes de menor grado. 15. Coordinación de políticas de promoción y prevención (locales, autonómicas, ONG) 16. Fomentar la participación encaminada a la prevención y promoción.
COORDINACIÓN	17. Coordinar recursos con los que cuentan las distintas administraciones , con el fin de lograr mayor eficacia en los mismos y que lleguen a más número de personas. 18. Coordinación de los servicios implicados: sanitarios, sociales, municipales y privados. 19. Coordinación inter-recurso como medida transversal en políticas sociales y sanitarias, especialmente en el ámbito de la prevención.



FOMENTO DE LA SOLIDARIDAD	20. Desarrollar políticas que favorezcan la solidaridad .
INVESTIGACIÓN + DESARROLLO + INNOVACIÓN	21. Datos y análisis. Desarrollar un atlas/mapa en envejecimiento con determinantes socioeconómicos de la salud de las personas. 22. Evaluar el resultado o consecución de las políticas públicas diseñadas e implementadas hasta el momento. Feed-back y rediseño. 23. Incorporar resultados de la I+D+i al ámbito de la prevención , especialmente en el caso de la accesibilidad y los productos de apoyo: falta información y facilidad de acceso a la persona usuaria final.
SISTEMA DE SALUD	24. Plan integral de prevención de enfermedades no transmisibles.
MODELO DE JUBILACIÓN	25. Facilitar el trabajo de las personas mayores durante la vejez: autonomía y apoyo social. 26. Revisión del modelo de jubilación: voluntario, personal, etc. 27. Cambios en el modelo Bismark.



Grupo 5: Envejecimiento Saludable

FACTORES CRÍTICOS

1. **Determinantes sociales y diversidad.** Las personas mayores no son un grupo homogéneo. Diferencias en las necesidades de las personas, dependiendo de: situación económica, sexo, nivel educativo, entorno familiar, entorno social, ruralidad, país de nacimiento, etc. Necesidad de contar con fuentes de información adecuadas para identificar esas diferencias y ajustar mejor las actuaciones según perfiles.
2. **Estilos de vida.** Estilos de vida, mediatizados por: Edad, corte generacional, (toda la trayectoria, realidad actual, lo que pasará después), condiciones de trabajo y de vida a lo largo de la trayectoria vital. Trabajar en estilos de vida con enfoques de Entornos saludables, trabajar desde los centros de trabajo.
3. **Desmedicalización.** Reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de salud en la comunidad
4. **Estereotipos actuales sobre el envejecimiento.** Fase de “dependencia”, “disminución de la actividad”, estigmatización, necesidad de actuar sobre el estigma/discriminación.
5. **Políticas generales.** Políticas sociales, educativas, laborales, empresariales, etc. Necesidad de incorporar objetivos de envejecimiento saludable en “todas las políticas”.
6. **Capacidad de autocuidado y posibilidades de participación.** Generar niveles altos de autonomía y de participación (adaptando los contexto para que no se constituyan en barreras), empoderando. Trabajar en elementos de “resistencia” a través de programas de actividad física personalizados.
7. **Determinantes personales** (actitudes/afrontamiento del proceso de envejecer). Actitud personal que viene determinada por la trayectoria de vida y factores culturales y sociales.
8. **Reconocimiento social de la capacidad y labor de las personas mayores.** Posibilidades de contribuir en el espacio público además de en el privado. Las personas mayores como un activo: tienen tiempo, experiencia, formación, potencial para hacer cosas. Reforzar la imagen del “envejecimiento” como una fase del ciclo vital llena de fortalezas. Desarrollar acciones intergeneracionales donde el intercambio entre personas de distintas edades sea real.
9. Contar con **conocimiento** (investigación, estudios..etc.) sobre necesidades específicas y potencial para hacer cosas.
10. Crisis económica. Los recortes en prestaciones y servicios está afectando a las posibilidades de intervenir en este ámbito. Uso de recursos existentes. Análisis de recursos de la comunidad, adaptación de los entornos
11. Políticas en los centros de trabajo. Políticas de personal y de gestión de la edad en las empresas y centros de trabajo.
12. **Servicios sanitarios.** La atención que se presta desde los servicios sanitarios: Incorporar la perspectiva del ciclo vital y las situaciones de vida en la anamnesis. Evitar el paternalismo y la sobreprotección que incrementa conductas de dependencia y ofrecer todas las posibilidades para participar en las decisiones.



PROPUESTAS

1. **Políticas de urbanismo inclusivo** con las personas mayores, políticas de mercado laboral Envejecimiento activo en todas las políticas (agricultura, urbanismo, educación, salud,...).
2. **Políticas de mercado laboral inclusivo** con las personas mayores (preparación para la jubilación, acciones de gestión de la edad en la empresa).
3. **Políticas sanitarias** que garanticen la equidad, no discriminación, la accesibilidad a los servicios.
4. **Reorientación de servicios sanitarios y sociales** incorporando el modelo de ciclo vital y un abordaje biopsicosocial y comunitario como eje para identificar necesidades específicas así como para ajustar los servicios y atención.
5. **Lucha contra las desigualdades**, actuando sobre los determinantes.
6. **Reducción brecha digital.**
7. **Adaptación de los entornos y mayor número de recursos** dirigidos a la realización de actividades de aprendizaje continuo.
8. **Alimentación saludable**, comunicación, etiquetado y promoción dieta mediterránea. Intervenciones en todos los contextos y a lo largo de la vida.
9. **Promoción de la actividad física y de la autonomía.**
10. **Promoción del bienestar emocional.** Proveer de recursos para trabajar aspectos como: resiliencia, autoestima, manejo de duelo, y otros .
11. **Investigación**, elaboración estadísticas para ajustar mejor la oferta y para conocer qué funciona mejor y qué cosas no están funcionando
12. **Evaluación de las intervenciones**, fundamentalmente de la “aplicabilidad” de los resultados de evidencia científica a los contextos cotidianos (de la vida, vivienda, comunidad, entornos laborales, etc.). “Los profesionales sanitarios no somos capaces de que las personas modifiquen su estilo de vida, solo ofreciendo información”.



Anexo: Participantes



Grupo 1: Servicios de Salud.

Moderadora: García Romera, Inmaculada. Coordinadora del Área Gestión De Servicios y Profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública

Participantes:

1. Fernández Ruiz, Juan Sergio. *Médico De Familia. SEMERGEN*
2. García Calvente, María Del Mar. *Coordinadora Área Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
3. Lafuente Robles, Nieves. *Directora Del Plan Integral De Cuidados. SAS.*
4. Lupiáñez Castillo, Amparo. *Técnica Proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
5. Morillas, Paco. *Presidente. Centro de Participación Activa Buenos Aires de Granada.*
6. Peregrina Palomares, Francisco. *Enfermero de Familia. ASANEC.*
7. Rodríguez Gómez, Susana. *Plan Integral de Cuidados. SAS.*
8. Sánchez Mariscal, Loli. *Médica de Familia. C.S. Almanjaya. SAS*
9. Lara Oterino, José María. (Sustituye a Diego Vargas) *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (Andalucía). SEMG*

Grupo 2: Servicios Sociales.

Moderadora: Martín Barato, Amelia. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Participantes:

1. Alonso Trujillo, Federico. *Área de Coordinación de la Dependencia. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.*
2. Del Río, María. *Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública*
3. Escalante, Pepita. *Centro de Participación Activa de San Ildefonso en Granada.*
4. Escudero Carretero, María. *Profesora. Equipo RELAS. Escuela Andaluza de Salud Pública*
5. Hernández Rey, Fernando. *Trabajador social. Unidades de estancias de Darro y Baza. Sierra Nevada S.C.A.*
6. Jiménez Gálvez, Antonio. *Macrosad.*
7. Millán Carrasco, Almudena. *Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
8. Reina Campos, Remedios. *Enfermera Gestora de Casos. UGC Huelin. Málaga.*
9. Salas Ibaseta, María. *Asesora Técnica de Centros y Programas. Delegación de Sevilla.*



10. Trabado Herrera, Manolo. *D.S. Granada*
11. Velasco Rivas, Alejandro. *Jefe Programas Sociales. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.*

Grupo 3: Ciudades saludables, transporte y movilidad.

Moderadora: Escudero, Cecilia. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Participantes:

1. Ballesteros, Virginia. *Técnica de proyectos. OSMAN. Escuela Andaluza de Salud Pública*
2. Daponte Codina, Antonio. *Profesor. Coordinador del OSMAN. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
3. Kalache, Alex. *Co-President, International Longevity Centre (IIC) Global Alliance And President, IIC-Brazil Senior Advisor On Global Aging, The New York Academy Of Medicine Helpage International Global Ambassador On Ageing.*
4. Martín Rojas, Pepe. *Centro de Participación Activa Buenos Aires De Granada*
5. Montañez Heredia, Susana. *Abogada. Vicepresidenta del Grupo Especializado de Discapacidad y Dependencia del Ilustre Colegio de Abogados de Granada*
6. Ortega Sánchez, Martín. *Federación Granadina de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRAD).*
7. Cárdenas Paiz, Carolina. *Gabinete de Prevención y Calidad Ambiental. Grupo Universidad y Movilidad. Universidad de Granada.*
8. Rueda de la Puerta, María Pilar. *Técnica de Salud Ambiental. A.G.S. Norte De Almería. OSMAN.*
9. Sancho, Mayte. *Fundación Instituto Gerontológico Matia- Ingema.*
10. Santaella, Francisca. *Concejalía Bienestar Social. Ayuntamiento de Pinos Puente (Miembro de la Red de Ciudades Amigables).*
11. Santiago Zaragoza, Juan M. *E.T.S. de Ingeniería de Edificación. Ceama. Universidad de Granada.*
12. Tejada, Antonio. *La Ciudad Accesible.*
13. Rascón Bravo, Aurora. *Enfermera Complejo Hospitalario Ciudad de Granada*
14. Lozano Martín, José Antonio. *La Ciudad Accesible.*



Grupo 4: Entorno Socioeconómico

Moderadora: Pérez Romero, Carmen. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Participantes:

1. Cabrera León, Andrés. Profesor. *Escuela Andaluza de Salud Pública.*
2. Correa, Manuel. *Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada.*
3. García Caro, Araceli. *Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
4. García Mochón, Leticia. *Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
5. García Pérez, Manuel. Director. *Centro de Participación Activa de Mayores. Cullar Vega.*
6. González López, Lucía. *Fundación Ageing Social Lab.*
7. González Mateos, Francisco Javier. *Jefe Servicio de Mayores. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.*
8. Marín Carmona, José Manuel. *Coordinador del Centro de Envejecimiento Saludable. Ayuntamiento de Málaga. Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología.*
9. Molina, Teresa. *Trabajadora social. Centro Residencial Oasis. Cáritas Granada*
10. Ramírez Navarro, José Manuel. *Presidente del Observatorio de la Dependencia .*

Grupo 5: Envejecimiento saludable

Moderadora: Mateo, Inmaculada. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Participantes:

1. Aparicio Virginia. *Actividad Física y Deporte. Universidad de Granada*
2. Camuñez Gómez, Lola. *Enfermera. D.S. Málaga.*
3. Espinosa Almendro, Juan Manuel. *Coordinador de Estrategias y Programas de Salud. Secretaría General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud.*
4. Flores Muñoz, Manuel. *Técnico de Salud. D.S. Sevilla Norte.*
5. Gómez Martín, Carmen. *Socia Centro de Participación Activa Buenos Aires de Granada*
6. Lama Herrera, Carmen. *Subdirectora de Promoción de la Salud y Participación. Consejería de Salud.*



7. Maroto Martos, Juan Carlos. *Subdirector del Aula de Mayores. Universidad de Granada.*
8. Monte Vázquez, Covadonga. *Jefa de Servicio de Acción Territorial en Salud Pública. Secretaría General De Salud Pública.*
9. Muñoz Cobos, Francisca. *Medica Familia Málaga.*
10. Prieto Rodríguez, Mª Ángeles. *Directora de Escuela de Pacientes. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
11. Rubio Herrera, Ramona. *Catedrática de Psicogerontología. Directora del Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento. Universidad de Granada.*
12. Sánchez Pérez, María Rosa. *Médica de familia. SEMERGEN.*
13. *Representante Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.*

Otros participantes

1. Alsina, Pedro. *Delegado de Relaciones institucionales. SANOFI.*
2. Fernandez Ruiz, Isabel. *Directora consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
3. March Cerdá, Joan Carles. *Director. Escuela Andaluza de Salud Pública.*
4. Sánchez Pérez, María José. *Directora investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública*

Secretaría y Organización

Marga López Buitrago. *Coordinadora de Organización de jornadas. Escuela Andaluza de Salud Pública*

Nuria Marcos López. *Secretaría de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública*