

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Hablamos de devolver la confianza a los mayores. Hablamos de una comunidad que respete, cuide y apoye.

Envejecimiento saludable

Es imprescindible considerar el aumento de la población +65 en nuestra región y desarrollar políticas y estrategias de envejecimiento activo y saludable.

1. **Dar protagonismo a las personas mayores** en un proceso de escucha activa permanente que evita paternalismos y diseño inadecuado de estructuras y servicios.
2. **Formar en hábitos saludables**, en la prevención y promoción de la salud que fomenta la autonomía personal, la reducción de enfermedad crónica y la discapacidad. En la Década del envejecimiento saludable 2020-30 de la OMS se deberían hacer efectivos los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) en el ámbito de las personas mayores.
3. **Crear espacios de participación sin obstáculos** y en particular en el ámbito digital, fomentar la participación en voluntariado así como la capacitación en nuevas tecnologías aplicadas a los cibercuidados, la ciber salud y la telemedicina.
4. **Establecer un bono cultural y turístico de 300 euros para mayores de 65 años** para favorecer la participación en actividades culturales, deportivas, turismo, teatro, cine, baile etc.
5. **Facilitar la realización de trámites por internet** con entidades públicas y privadas. La transformación digital no puede ser causa de una nueva brecha.
6. **Desarrollar sistemas sociales y de salud integrados**, transformadores y centrados en las personas, en lugar de los sistemas basados únicamente en la enfermedad y en la dependencia. La **integración** de la Salud Pública, la atención médica, la atención a largo plazo, los servicios sociales y la colaboración con los proveedores de servicios sociales reducirán los factores de riesgo subyacentes para el envejecimiento y las enfermedades crónicas. Además de **asegurar** una cobertura sanitaria universal.
7. **Fomentar la cooperación intergeneracional** que debe ir más allá de la consabida brecha digital, como es la promoción de ejercicio al aire libre, las caminatas con relato por parte de los mayores del patrimonio rural y urbano de los entornos, los huertos escolares y urbanos, la memoria democrática, las viviendas compartidas...
8. **Erradicar el edadismo**, la discriminación estructural e individual por edad es una barrera para la longevidad saludable, con enfoques multifacéticos y multisectoriales, que combinan la ley, la política y los medios de comunicación. La colaboración intergeneracional es un componente esencial.
9. **Impulsar programas de mentorías, junto con empresas de la Comunidad de Madrid**, que permitan ampliar el ejercicio profesional de las personas mayores, producir beneficios sociales, además de favorecer la reputación corporativa y facilitar las relaciones intergeneracionales. En la misma línea **promover** el voluntariado entre personas jubiladas y jóvenes emprendedores/as, para ayudarles a resolver sus dudas y acompañarlos de manera altruista en sus proyectos.

Soledad y aislamiento social

10. **Desarrollar un Plan estratégico** necesario para construir un modelo de sociedad cohesionada que favorezca la situación de las personas mayores que sufren “soledad no deseada” y aislamiento social por sus efectos sobre la mortalidad y el riesgo para la salud equiparable con los del tabaquismo, el abuso del alcohol, la inactividad física y la obesidad.

11. **Elaborar un censo municipal de +60** que permita establecer contacto de cercanía y un análisis de sus necesidades. Los servicios públicos (movilidad, salud, cultura...) deben evolucionar para satisfacer dichas necesidades de forma más adecuada a la edad y situación e incluir nuevos servicios.
12. **Fomentar la capacitación en habilidades sociales**, creación de grupos comunitarios de apoyo y amistad, la promoción de redes vecinales, llamadas telefónicas concertadas, huertos y jardines adaptados etc. Dentro de un compromiso intergeneracional. Todo ello sin olvidar la importancia de la libertad personal para decidir.

Mejor en mi ciudad, mi barrio, mi casa

a población mayor de 65 años es en Madrid de 1.219.762 de las que 712.625 son mujeres y 507.139 hombres. El porcentaje de personas dependientes es del 27,91%.

La necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia y la elevada edad, ha adquirido una gran importancia social y requiere de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

Especial importancia deben tener los Servicios de Proximidad que pueden confluir en el domicilio para la atención personal, la prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, la atención a domicilio y la teleasistencia.

En todos los casos posibles la actuación debe estar radicada en el domicilio, desde la visita domiciliaria para el alta hasta las sucesivas visitas de seguimiento y acompañamiento.

Sin embargo, la adjudicación de los servicios y las condiciones y requisitos de estos deben hacerse de forma centralizada para garantizar la calidad de la cartera de servicios y aprovechar las economías de escala, así como el orden de prelación legal para el acceso a los servicios.

SERVICIOS DE PROXIMIDAD.

Se precisa un gran refuerzo en atención domiciliaria, de modo que la residencia no sea la única opción, la gran mayoría de las personas mayores pueden ser cuidadas en sus hogares hasta el final de la vida. Para conseguirlo debemos modificar los criterios de atención a domicilio, deben reforzarse la atención médica y los cuidados de enfermería desde todos los Centros de Salud de la Atención Primaria, de modo que estos servicios (enfermería, rehabilitación o cuidados paliativos a mayores frágiles, con agudización de enfermedades crónicas, convalecientes de hospitalizaciones, pacientes encamados, etc.) lleguen a todos los hogares que lo precisen todos los días del año.

Los servicios de proximidad deben ser la columna vertebral de la atención a la dependencia y los cuidados a domicilio la principal prestación junto con los centros de día y la teleasistencia con el fin de mantener a las personas dependientes el mayor tiempo posible en su entorno familiar y comunitario.

Para ello es imprescindible.

Establecer itinerarios de integración sociosanitaria, para la que las personas puedan disponer ágilmente y de manera combinada o alternativa de servicios sociales y sanitarios.

Los municipios y entes locales realizarán la propuesta del PIA, a raíz de la valoración de Dependencia de la Comunidad de Madrid. Serán responsables de la ejecución del PIA, de las tareas de apoyo y acompañamiento a sus ciudadanos/as y en este marco, de la gestión/seguimiento de los Servicios de Proximidad (Ayuda a domicilio, Centro de Día, Teleasistencia etc.) resultado del PIA.

Convertir los Centros de día en “Centros de participación” y en el primer espacio de atención a las personas mayores en riesgo, mediante programas específicos que favorezcan la permanencia en el domicilio.

Estudiar las necesidades de Centros de Día, resultado de la valoración de dependencia y la resolución de la prestación y elaborar un proyecto temporizado de creación, en su caso, de los Centros de Día, requeridos.

Asignar el servicio de teleasistencia a todas las personas mayores de 80 años que vivan solas.

Incrementaremos el programa de ayudas complementarias, [en los convenios de los servicios sociales](#), para la mejora de las condiciones de habitabilidad de las viviendas, manutención y lavandería.

LAS RESIDENCIAS, UN HOGAR PARA VIVIR

El número de plazas residenciales para personas mayores no se ha incrementado en la Comunidad de Madrid al ritmo que exige el envejecimiento de la población mayor de 65 años, que ha pasado de 931.987 personas en 2010 a 1.213.199 en 2022. En este mismo tiempo las plazas residenciales de gestión pública no se han incrementado.

En total la Comunidad de Madrid solo dispone de 6.258 plazas gestión pública directa más 2.668 plazas de gestión indirecta, y en el conjunta de camas con diversos tipos de gestión no superan las 50.000.

Estas cifras suponen que la ratio de plazas residenciales por cada 100 personas mayores en la Comunidad de Madrid se sitúa en 4,12 % lo que la aleja del objetivo del 5% que aconsejan los organismos internacionales. Además, las plazas de financiación pública, que son las que garantizan el acceso a este servicio de todas las personas que lo necesiten, sólo constituyen 2,6 por cada 100 mayores de 65 años.

Es, además, necesario un debate en profundidad sobre el modelo residencial, para superar el modelo asistencialista y sobreprotector que todavía impregna estos centros, avanzando hacia modelos que ofrezcan entornos íntimos, evitando la masificación y facilitando la convivencia y el desarrollo del proyecto vital de cada persona desde la perspectiva de que estos centros son lugares para vivir y convivir, sustituyen a los hogares familiares y no son centros sanitarios.

No obstante, es necesario que se arbitren medidas de gestión sociosanitaria estableciendo residencias de segundo nivel que puedan garantizar una atención más intensiva a los grandes dependientes con múltiples patologías y que necesitan una atención constante desde el punto de vista no solo de cuidados sino también de vigilancia y atención médica y de enfermería.

La ubicación de las plazas residenciales en Comunidad de Madrid presenta también importantes deficiencias, en grandes urbes como Madrid, donde la demanda de plazas residenciales es mayor, las plazas de financiación pública se están alejando de los grandes núcleos poblacionales donde son mucho más rentables las plazas privadas, con los perjuicios en desplazamientos y tiempos de visitas que esto ocasiona para familias y mayores. Por ello es necesario zonificar adecuadamente los nuevos recursos residenciales y centros de día definiendo claramente unos mínimos por zonas o comarcas.

INFRAESTRUCTURAS

La carencia de establecimientos públicos residenciales para personas mayores y la falta de una distribución de estos con criterios de proximidad familiar supone un aislamiento total de las personas que viven o pretenden vivir en una residencia, por lo que nos comprometemos con los siguientes criterios.

Todos los municipios de más de 80.000 habitantes deberán disponer al final de periodo de al menos 2 residencias públicas con sus correspondientes centros de día.

Todos los municipios de entre 20.000 y 80.000 habitantes deberán disponer al final de periodo de al menos 1 residencias pública con su correspondiente centro de día.

Todas las Mancomunidades de Servicios Sociales deberán disponer al final de periodo de al menos 1 residencia pública con su correspondiente centro de día.

En base a estos criterios establecemos una primera fase de efectos inmediatos en los primeros presupuestos de legislatura:

Construcción de 10 residencias en aquellas zonas o municipios con más carencia de plazas residenciales conforme al cuadro que se adjunta.

Incorporaremos a la gestión pública directa las 18 residencias de gestión indirecta, e incluiremos un plan de reformas de estas con el fin de cumplir los Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Afrontaremos un plan de reforma de las 25 residencias públicas con el fin de cumplir los (SAAD). Estudiaremos la necesidad de transformar al menos cinco residencias para grandes dependientes con múltiples patologías asociadas que requieran una atención directa con un perfil más sanitario, con unidades temporales para quienes necesiten recuperación y atención adicional como consecuencia de alta médica en el hospital.

Con juntamente con los ayuntamientos afectados auditaremos las actuales residencias municipales para valorar su viabilidad o renovación.

En una segunda fase, en la siguiente legislatura completaremos las infraestructuras con 23 residencias y centros de día.

MODELO DE GESTIÓN:

Proponemos un modelo de atención que prioriza la calidad de vida de aquellas personas que necesitan unos cuidados especiales y un trato cercano por parte de las instituciones.

En este sentido, el principio de autonomía, entendido como la capacidad y el derecho que las personas tienen para decidir sobre la propia vida constituyen la esencia en este modelo de atención.

Las personas cuidadoras empoderaran a los mayores para que éstos se sientan mejor y no se conviertan en meros objetos pasivos de los cuidados.

Todos los centros residenciales se ubicarán dentro de entornos urbanos con criterios de proximidad. Los servicios y centros deben estar diseñados para contribuir y facilitar que las personas permanezcan y se mantengan conectadas con los lugares y las personas que son significativas para ellas. La proximidad de los centros y servicios a entornos urbanos y de actividad social es central para promover una vida activa en la comunidad.

Incrementaremos la unidad de CONTROL DE CALIDAD, INSPECCIÓN, REGISTRO Y AUTORIZACIONES (CIRA) dotándola de más personas de inspección con equipos multiprofesionales, que no solo verifiquen el cumplimiento administrativo sino también la calidad de los cuidados.

CREAR el Consejo de Dirección Consultivo, formado por residentes, familiares, trabajadores y representantes de la Dirección y del Consistorio donde este ubicada la residencia, para asegurar la calidad de los servicios y el bienestar de las personas residentes.

ESTABLECEREMOS el sistema de Unidades de Convivencia, determinando el número máximo de personas residentes (15).

INCORPORAREMOS en las Unidades de Convivencia la figura de Profesional de Referencia, que ofrecerá apoyo de manera personalizada, en el día a día, a un grupo de 15 residentes.

FACILITAREMOS las relaciones con el ámbito familiar, ya sea presencialmente, como a través de los medios digitales, siempre que sea requerido, dado el importante papel que el plano afectivo tiene para el bienestar de la persona residente.

Elaboración de un protocolo de atención e integración con la red pública sanitaria, que garanticen la atención continua a todas las personas que convivan en un recurso residencial, zonificado y asignándoles el Centro de Salud en función de la zona básica de ubicación de la residencia con acceso a todos los profesionales a la historia clínica y al programa individual de atención.

REFORZAREMOS las Áreas de Psicología y Terapia Ocupacional para asegurar el seguimiento adecuado de la persona residente.

OBJETIVO FINAL

SERVICIOS DE PROXIMIDAD: CENTROS DE DÍA, ATENCIÓN A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA.

Eliminar la actual lista de espera y priorizar que las personas dependientes se mantengan en su entorno familiar y comunitario.

Mejora de las condiciones de habitabilidad de las viviendas, manutención y lavandería. En los convenios de los servicios sociales.

RECURSOS RESIDENCIALES.

Pasar de 6.258 plazas de gestión públicas a 10.176 lo que supondría asumir la gestión directa 28 residencias consolidando un parque de 53 residencias de gestión directa.

Objetivo a largo plazo y cumplido el plan el total de plazas de gestión directa serán 13.051 plazas y 76 residencias doblando el número de plazas de gestión directa.

Dónde, cómo y con quién quieren vivir las personas mayores

Promoción de la autonomía personal en el domicilio y en el entorno social habitual

13. **Eliminar la actual lista de espera** y priorizar que las personas dependientes se mantengan en su entorno familiar y comunitario.
14. **Desarrollar un Plan de ciudades humanas, amigables**, inteligentes incorporando objetivos de *Ciudad de los 15 minutos (barrios vitales)* para conseguir municipios más amables, participativos, inclusivos, saludables, seguros y sostenibles que faciliten y mejoren la calidad de vida de todas las personas.
15. **Permanecer en el entorno social habitual**, en el propio barrio, distrito, pueblo o ciudad. Estas necesidades se deben estimar a partir del censo, de forma análoga a la distribución de los centros de salud o los institutos de enseñanza secundaria.
16. **Envejecer en casa con el apoyo de servicios de proximidad adecuados**. Daremos prioridad a la atención domiciliaria de calidad y a la adecuación de la vivienda como alternativa sólida frente a la institucionalización.
17. **Promover la adaptación de las viviendas con programas de ayudas para la eliminación de todo tipo de barreras** en el hogar para evitar accidentes y caídas, mejorar eficiencia

energética frente a las temperaturas extremas, ascensores como nexo con el exterior. Digitalización, domótica, teleasistencia.

18. **Crear entornos urbanos con equipamientos** que permitan desplazamientos como son: aceras seguras, bancos, zonas sombreadas, urinarios públicos etc.
19. **Impulsar nuevas formas habitacionales:** apartamentos compartidos, viviendas intergeneracionales, viviendas tuteladas/ auxiliadas. Con la participación activa de las personas para que organicen su propia vida. Proyectos innovadores como convenios con Universidades, permutas, reconversión de espacios públicos en desuso, cambios en las normativas urbanísticas que permitan el uso de suelo dotacional con reserva de vivienda y permanencia de la titularidad pública.
20. **Renovar los Estatutos y Reglamento de Régimen Interior de los Centros de mayores,** teniendo en cuenta los valores democráticos, la Junta Directiva deberá ser plural y paritaria. Los Centros promoverán el Envejecimiento Saludable y Activo, la Prevención de la Dependencia mediante la convivencia, detección y apoyo a la integración de personas con soledad no deseada, fomento de la participación, eliminación de la brecha digital.
21. **Modernizar las instalaciones** y mobiliario y asegurar los Centros en materia de emergencia para una evacuación fácil y segura.
22. **Impulsar el Voluntariado Social,** como instrumento solidario en los Centros.
23. **Colaborar con las organizaciones de adopción animal,** para acoger una mascota, que tantos beneficios reporta en compañía, salud y responsabilidad.
24. **Verificar el buen servicio y cumplimiento de los Pliegos de Condiciones** por parte de las Empresas contratadas.

Un modelo residencial que piense en las personas, no en los clientes

25. **Asegurar los principios de dignidad de trato y respeto, personalización y atención centrada en la persona, derecho a la salud y bienestar personal,** con proximidad y conexiones comunitarias, dentro del marco de Derechos Humanos. Para ello es imprescindible cambiar el modelo, tamaño de las residencias y establecer la permanencia en el entorno social habitual, así como restaurar la confianza en ellas.
26. **Aumentar el número de plazas y de residencias y de centros de día** de gestión pública a través del compromiso municipal en pueblos, ciudades y barrios de la Comunidad de Madrid. **En la primera legislatura construiremos 10 residencias** en aquellas zonas o municipios con más carencia de plazas residenciales. En la siguiente legislatura el plan de infraestructuras se complementará con **23 residencias** y centros de día más.
27. **Crear un nuevo modelo de Centros de Atención Residencial** para Personas Mayores sustitutivo de un hogar, basado en Unidades de Convivencia con un Profesional de Referencia. La atención sociosanitaria estará integrada con el Centro de Salud, incluyendo Geriátrica y Gerontología.
28. Sectorizar, en las residencias, a las personas no dependientes, promocionando su autonomía personal, y a las personas dependientes atendiendo su situación, aplicando los cuidados y atención de manera personalizada por el personal asistencial necesario.
29. Garantizar el cumplimiento y adecuado desarrollo de las normas de ámbito estatal en la Comunidad de Madrid. **Los protocolos de atención en residencias serán unificados para todas las de la Comunidad de Madrid.**
30. **Cumplir con los derechos laborales del personal** y promover la formación continuada del mismo así como aplicar las ratios acordadas por el Acuerdo del consejo interterritorial sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Para ello es necesario diferenciar en las ratios los estamentos de personal.
31. **Incorporar a la gestión pública directa las 18 residencias de gestión indirecta,** e incluiremos un plan de reformas de estas con el fin de cumplir los Criterios comunes de

acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

32. Afrontar un **plan de reforma de las 25 residencias públicas** con el fin de cumplir los (SAAD).
33. Estudiar la necesidad de **transformar al menos cinco residencias para grandes dependientes** susceptibles de múltiples patologías que requieran una atención directa con un perfil más sanitario, con unidades temporales para quienes necesiten recuperación y atención adicional como consecuencia de alta médica en el hospital.
34. **Crear una Comisión de investigación** para conocer lo ocurrido durante la pandemia en las residencias de la comunidad y el protocolo aplicado que tantos fallecimientos provocó. Por respeto a las víctimas, a su dignidad y el derecho a la verdad y justicia de sus familias.

Madrid
PSOE
/❤️