

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema «Los efectos del envejecimiento de la población en el sistema sanitario y la protección social» (Dictamen exploratorio)

(2011/C 44/02)

Ponente: **Renate HEINISCH**

Mediante escrito de 18 de septiembre de 2009, Margot Wallström, Vicepresidenta de la Comisión Europea, solicitó al Comité Económico y Social Europeo que, de conformidad con el artículo 262 del Tratado CE, emitiera un dictamen exploratorio sobre el tema siguiente:

«Los efectos del envejecimiento de la población en el sistema sanitario y la protección social».

La Sección Especializada de Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía, encargada de preparar los trabajos en este asunto, aprobó su dictamen el 16 de junio de 2010.

En su 464º Pleno de los días 14 y 15 de julio de 2010 (sesión del 15 de julio), el Comité Económico y Social Europeo ha aprobado por 89 votos a favor y 5 abstenciones el siguiente Dictamen.

1. Recomendaciones

1.1 Para abordar «los efectos del envejecimiento de la población en el sistema sanitario y la protección social» es preciso adoptar, a juicio del CESE, las siguientes medidas:

1.1.1 A escala nacional:

- Consagrar el «envejecimiento sano» como tema transversal.
- Fortalecer la prevención, el fomento y la educación en materia de salud en todos los grupos de edad.
- Mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias y asistenciales para personas de edad avanzada.
- Integrar los cuidados paliativos en los servicios asistenciales.
- Desarrollar y adaptar variedades terapéuticas ajustadas a la edad, incorporando a personas de edad avanzada en estudios clínicos y estudios de comorbilidad.
- Desarrollar instalaciones para enfermos y asistenciales adecuadas a la edad, así como posibilidades alternativas de residencia.
- Valorar y evaluar mediante la evaluación de las tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment*, HTA) la asistencia remota (*telecare*) y soluciones tecnológicas, incluida la vivienda asistida por el entorno (*Ambient Assisted Living – AAL*) y otras tecnologías sanitarias (entorno asistencial) que procuran fomentar una vida independiente y mejorar la eficacia y la calidad de la atención de las personas de edad avanzada.
- Crear una infraestructura generalizada, descentralizada y próxima a la vivienda que permita el contacto directo entre las personas de edad avanzada y los miembros de las profesiones sanitarias y asistenciales («desinstitucionalización»).

— Apoyar las redes regionales y locales de todos los afectados para la puesta en práctica del objetivo «Salud y edad».

— Asegurar obligatoriamente la asistencia en la vejez (por ejemplo, seguro de asistencia) en la legislación nacional.

— Abrir los sistemas nacionales de sanidad y protección social a proyectos piloto con la subsiguiente evaluación para permitir una dinamización de dichos sistemas.

— Flexibilizar los sistemas para admitir pagos adicionales y seguros complementarios.

— Elaborar y aplicar estrategias y políticas nacionales para el aprendizaje permanente a escala nacional, regional y municipal.

— Garantizar la compatibilidad entre familia, trabajo y asistencia.

— Fortalecer el voluntariado.

— Reconocer del valor del personal asistencial y sus necesidades.

1.1.2 A escala europea:

— Con referencia a las conclusiones del Consejo EPSCO de 30 de noviembre de 2009, elaborar un Plan de Acción para un envejecimiento sano y digno.

— Fijar prioridades para el tema «Envejecimiento activo, sano y digno» en la Estrategia Europa 2020.

— Efectuar la necesaria armonización del léxico, las definiciones, las herramientas de evaluación, los vademécums, los criterios, los procedimientos, etc. Se cumplen ahora 20 años desde que se planteó por primera vez este problema, pero hasta ahora no se han logrado avances notables.

- Reconocer la importancia de un envejecimiento activo, sano y digno en los Años Europeos 2010 (Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social), 2011 (Año Europeo del Voluntariado) y 2012 (Año Europeo del Envejecimiento Activo y Sano y de la Solidaridad entre Generaciones), así como durante las correspondientes Presidencias del Consejo.
- Incorporar el cambio demográfico en la programación conjunta de la Comisión Europea en materia de investigación (*Joint Programming*).
- Elaborar una Carta europea de los derechos de las personas dependientes.
- Crear un grupo de trabajo interservicios específico en la Comisión sobre el tema de «Edad y salud» (incluida la «Atención sanitaria, protección social, pensiones y sostenibilidad financiera»).
- Establecer en el CESE una «mesa redonda», una «categoría» o un «grupo de estudio permanente» que aborde el tema del «Envejecimiento activo, sano y digno en el diálogo entre generaciones» con vistas a la elaboración de una estrategia que abarque todos los recursos en estos ámbitos.
- Incorporar la gerontología y la investigación demográfica con carácter prioritario en el 8º Programa Marco de investigación.
- Elaborar un proyecto sobre «Personas de edad avanzada y transmisión de conocimientos» en la acción «Ciencia y sociedad».
- Enumerar y comparar los objetivos de salud de los Estados miembros y su carácter vinculante.
- Apoyar a los Estados miembros en la ejecución de las medidas arriba enumeradas con prestaciones a cargo de los Fondos Estructurales y de Cohesión y del método abierto de coordinación.
- Fomentar el intercambio de buenas prácticas en torno a soluciones individualizadas en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), por ejemplo en el contexto del programa INTERREG, con subvenciones a cargo de los Fondos Estructurales.
- Apoyar la realización de evaluaciones de las tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessments, HTA*) plurinacionales para la evaluación de nuevas soluciones de las TIC que se ocupen de las necesidades asistenciales de las personas de mayor edad.
- Impulsar la sensibilización continuada en torno al aprendizaje permanente y el intercambio y coordinación de pro-

gramas europeos de formación y perfeccionamiento, con especial atención al tema «Edad y salud»: pasar del aprendizaje permanente a aprender a vivir hasta una edad avanzada.

- Crear una nueva imagen de la vejez, inclusive en los medios de comunicación.
- Elaborar directrices europeas sobre la compatibilidad entre familia, trabajo y asistencia.

2. Observaciones generales

2.1 Introducción

2.1.1 El envejecimiento de la sociedad en la Unión Europea se debe a la mayor esperanza de vida. Las previsiones de Eurostat indican que el porcentaje de personas de 65 años de edad y más en el conjunto de la población aumentará del 17,1 % en el año 2008 al 30 % en 2060. La proporción media entre las personas en edad de trabajar (15-64 años) y las de 65 años o más variará del 4:1 actual al 2:1 en el año 2050.

2.1.2 Gran parte de las personas activas abandonarán el mercado laboral entre 2026 y 2030. Con una tasa de natalidad menor, el número de la población no activa aumentará con respecto a la población activa.

2.1.3 En una Comunicación reciente de la Comisión ⁽¹⁾ se afirma que los Gobiernos disponen de un plazo de tiempo muy reducido para poner en práctica medidas encaminadas a abordar los problemas relacionados con el envejecimiento demográfico antes de que se jubile la mayoría de las personas que nacieron en la época del *boom* de natalidad. En este contexto, el 18 de septiembre de 2009 la Comisión Europea solicitó al CESE que emitiera un dictamen exploratorio para determinar cómo se podría apoyar a los Estados miembros en su intento de afrontar este problema mediante iniciativas de la Unión Europea en el ámbito de la salud. Este dictamen se fundamenta en otros dictámenes del CESE ⁽²⁾.

2.1.4 Las Presidencias del Consejo de la República Checa (primer semestre de 2009), Suecia (segundo semestre de 2009) y España (primer semestre de 2010) han incluido en sus planes de trabajo la cuestión del envejecimiento sano, digno y activo.

2.1.5 La sociedad y los responsables en el ámbito de la salud deben crear una nueva imagen de la vejez que se ajuste al cambio demográfico y refleje la dignidad de las personas de edad avanzada.

2.1.6 El envejecimiento como tal de la población no genera mayores gastos, sino el envejecimiento acompañado de falta de salud. Por este motivo, en el presente dictamen se proponen principalmente medidas para un envejecimiento sano.

⁽¹⁾ COM(2009) 180 final.

⁽²⁾ Véase la lista de dictámenes del CESE en: http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index_en.asp.

2.2 Mejora e innovación de los sistemas de salud y protección social, así como de las prestaciones sanitarias

2.2.1 El desarrollo demográfico exige la mejora de los sistemas de salud y protección social, las prestaciones sanitarias y otros servicios afines desde el punto de vista de su organización y sus capacidades: 1) con el fin de atender las necesidades de las personas de mayor edad, 2) para garantizar que todos quienes necesitan asistencia reciban las atenciones que precisen para conservar su autonomía y dignidad, y 3) para proporcionar a todos los sectores de la población, con independencia de su edad, sexo, situación financiera y lugar de residencia, el mismo acceso a prestaciones sanitarias de alta calidad (incluida la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos).

2.2.2 Para ello no sólo hay que tener en cuenta las expectativas de las personas de edad avanzada con respecto a los sistemas sanitarios y de protección social, sino también velar por que las personas se responsabilicen, con la debida antelación y con carácter preventivo, de su envejecimiento, atendiendo así a las exigencias de la sociedad con respecto a las personas que envejecen.

2.2.3 Para hacer posible que la política comunitaria apoye la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas de mayor edad, la UE debería recopilar y comparar los objetivos en materia de sanidad⁽³⁾ de los Estados miembros y su carácter vinculante. Asimismo deberá realizarse un inventario sobre el grado en que la prevención y la promoción de la salud ya forman parte integrante de los sistemas sanitarios.

3. Observaciones particulares

3.1 Ámbitos que deben tenerse especialmente en cuenta

3.1.1 Prevención

3.1.1.1 El ser humano envejece desde el momento en que nace. Por eso es importante que toda su vida discurra –en la medida de lo posible– en condiciones satisfactorias. Se trata de comenzar y acabar bien la vida. El envejecimiento sano empieza mucho antes de la jubilación y está influido, entre otras cosas, por las condiciones de vida y de trabajo, así como por la disponibilidad de recursos. Si se es consciente de lo anterior, resulta lógica la exigencia de responsabilizarse del propio envejecimiento⁽⁴⁾. El envejecimiento responsable exige un aprendizaje permanente. Para ello es preciso elaborar nuevas estrategias y políticas de aprendizaje permanente a escala nacional, regional y local en el ámbito de la educación sanitaria, que deberán abarcar todas las modalidades del aprendizaje (formal, no formal e informal). Esto comprende todas las etapas del aprendizaje, desde la educación preescolar hasta la formación continua. El mantenimiento responsable de la salud mediante la participación activa en medidas preventivas (alimentación, deporte, forma de vida sana, prevención de factores de riesgo, etc.), así como la promoción y la educación en materia de salud ayudan a las personas de mayor edad a seguir residiendo el mayor

tiempo posible en su vivienda y en su entorno social habitual. Además, es necesario analizar y evaluar de forma continuada la función de las tecnologías en este contexto.

3.1.1.2 Es preciso fomentar más la prevención en los sistemas sanitarios. Ésta no sólo puede brindar a las personas una permanencia activa más prolongada en el mercado laboral, sino la capacidad de adaptación al mismo. Una elevada protección de la salud y de la seguridad laboral, así como la mejora de la ergonomía en los lugares de trabajo, podrían contribuir de manera significativa a prolongar la vida laboral en buenas condiciones de salud, lo cual puede permitiría también afrontar el reto demográfico.

3.1.1.3 Esta prolongación de la vida laboral se puede facilitar con actividades que varían con la edad y se adaptan a las capacidades y necesidades (por ejemplo, pasando de actividades productivas a tareas preparatorias, o también a tareas de asesoramiento y consultoría hasta otras de orientación y planificación). Esto implica además una integración más prolongada de las personas de edad avanzada en contextos sociales y socioeconómicos y, por ende, la conservación de estímulos para un mayor rendimiento. De esta forma, el plus de años de vida sanos puede transformarse en un número mayor de años satisfechos y productivos. Esto significa, naturalmente, que deben disponer de medidas de capacitación y acompañamiento adecuadas para emprender y continuar los procesos esbozados (aprendizaje permanente, cualificación profesional, incluida la certificación de las capacidades adquiridas a lo largo de la vida laboral, etc.). Las empresas deben ofrecer medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes en el marco del desarrollo de unas condiciones de trabajo saludables.

3.1.1.4 Tras el abandono de la vida laboral es sumamente importante la integración en la sociedad y en el entorno socio-cultural. Prevenir el aislamiento social equivale a prevenir las depresiones. Precisamente las personas de mayor edad pueden encauzar sus capacidades sociales y su experiencia a través del trabajo voluntario, por ejemplo. El paso hacia el voluntariado debería comenzar, no obstante, desde la juventud.

3.1.2 Prestaciones sanitarias

3.1.2.1 Cada vez se concede más importancia a las prestaciones sanitarias enfocadas al paciente y a la participación de éste en el desarrollo y el diseño de las mismas.

3.1.2.2 Las enfermedades crónicas (diabetes, reuma, dolencias cardíacas), así como las degenerativas del sistema nervioso (demencia y Alzheimer), del aparato locomotor y de la vista, al igual que el cáncer, aumentan con la edad. Esto plantea demandas especiales a las profesiones sanitarias, al diagnóstico, las terapias y la asistencia médica.

3.1.2.3 Es necesario desarrollar prestaciones sanitarias para un cuidado integrado y personalizado, centrado en el paciente.

⁽³⁾ Véase: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias. <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects>

⁽⁴⁾ «Enseñanos a contar nuestros días para que adquiramos un corazón sabio» (Salmos 90,12).

3.1.2.4 Cabe exigir una formación mejor y más específica de las profesiones sanitarias: sus miembros (médicos, farmacéuticos, enfermeros) y los investigadores han de tener un mayor conocimiento de las peculiaridades de la medicina geriátrica y su formación básica y continua deben apuntar en este sentido. Los miembros de las profesiones sanitarias deberán recibir además una formación específica acerca de la importancia de las medidas de promoción y prevención sanitarias en edades avanzadas (por ejemplo, prevención de caídas, alimentación sana, etc.).

3.1.2.5 Desarrollo y adaptación de terapias acordes con la edad: la multimorbilidad, la alteración de procesos metabólicos en la vejez y, con frecuencia, las terapias múltiples exigen el conocimiento exacto de las interferencias entre órganos y sistemas del organismo de las personas de mayor edad. Todo esto precisa una gestión especial de la medicación y la selección y adecuación de la medicación y posología al metabolismo de las personas de edad avanzada. Una atención personalizada en la farmacia pública con análisis de interacciones, así como un buen uso de las TIC en la farmacia pública que facilite información sobre medicamentos y sus interacciones, pueden contribuir a minimizar los efectos secundarios no deseados de los medicamentos y optimizar el éxito del tratamiento.

3.1.2.6 Promoción del contacto directo y continuado entre las personas de edad avanzada y los profesionales de la sanidad y la asistencia sanitaria: esto resulta tanto más importante cuanto mayores son las personas necesitadas de cuidados, al objeto de garantizar el éxito terapéutico y evitar el aislamiento y la depresión.

3.1.3 Prestaciones asistenciales

3.1.3.1 Debe garantizarse, controlarse y evaluarse la calidad de las prestaciones asistenciales mediante el establecimiento de normas. Deberá desarrollarse una Carta europea de los derechos de las personas dependientes, que entre otras cosas contemple la protección contra el maltrato en la asistencia. A esto pueden contribuir las nuevas tecnologías (por ejemplo, AAL), que permiten llevar una vida independiente. No obstante, es necesario evaluar adecuadamente las posibles nuevas tecnologías, que en ningún caso deberán originar nuevas desigualdades nacionales en la prestación de servicios sanitarios y asistenciales.

3.1.3.2 En el caso de las personas de edad avanzada debe regir el lema de «rehabilitación antes que asistencia». La asistencia institucionalizada no debe ser una vía de sentido único: tiene que haber continuamente la posibilidad de volver al hogar. Los equipamientos sanitarios y asistenciales que existen en la actualidad satisfacen todavía en muy escasa medida esta exigencia.

3.1.3.3 Desarrollo de equipamientos sanitarios y asistenciales adecuados a la edad y posibles formas alternativas de residencia: hace falta una transición fluida y reversible entre salud/enfermedad/asistencia/vida social, que en caso necesario garantice una buena atención médica y asistencial, pero que permita a las personas de más edad permanecer el mayor tiempo posible en un entorno «normal», es decir, intergeneracional. Esto exige una buena coordinación de la atención sanitaria y la asistencia. Al mismo tiempo hay que prever, junto a los equipamientos para los cuidados de larga duración, más residencias estables y ambulatorios, además de centros de medicina preventiva, y alimentar una «cultura de los cuidados paliativos».

3.1.3.4 Para ello hay que crear una infraestructura de amplia cobertura territorial, descentralizada y próxima a la vivienda para la asistencia a domicilio («desinstitucionalización»). Conviene fomentar una infraestructura asistencial no institucionalizada con integración de todos los servicios necesarios (atención en régimen ambulatorio, asistencia a domicilio, pequeños servicios auxiliares). Todo ello debe reflejarse en una organización a escala regional y una mejor financiación estructural, con el fin de garantizar que existan instalaciones y estructuras adecuadas no sólo en las ciudades, sino también con amplia cobertura territorial en el campo.

3.1.3.5 Una sociedad se califica por cómo cuida a sus mayores. El voluntariado ha adquirido una importancia especial en el trato con personas de mayor edad y su cuidado. En el futuro, todo ciudadano deberá responsabilizarse, en la medida de sus posibilidades, de los enfermos, los impedidos y las personas de mayor edad, pero debería ser remunerado por su dedicación.

3.1.4 Investigación en los ámbitos señalados

El cambio demográfico deberá integrarse en la planificación conjunta de la Comisión Europea en materia de investigación (*Joint Programming*). Como continuación de los proyectos «*WhyWeAge*» y «*Futurage*» del 7º Programa Marco, la gerontología (estudio de la vejez y el envejecimiento) y la investigación demográfica deberían ocupar un lugar preferente en el 8º Programa Marco. Sería conveniente asimismo incluir el ámbito temático «Personas de edad avanzada y transmisión de conocimientos» en el programa «Ciencia y sociedad» de la Dirección General de Investigación. Por lo demás es necesario incluir las siguientes áreas de investigación:

3.1.4.1 Investigación de la prevención

- ¿Qué posibilidades de prevención resultan prometedoras para la conservación de la salud en el trabajo?
- ¿Qué efectos a largo plazo tienen determinados estilos de vida sobre el estado de salud en general y las distintas dolencias?
- ¿Cómo influyen los diferentes estilos de vida, condicionados por el sexo, la cultura y la migración, en un envejecimiento sano?
- ¿Qué posibilidades existen para prevenir las caídas y roturas óseas?
- ¿Qué medidas preventivas sirven para conservar las capacidades físicas, sensoriales, cognitivas y sociales?
- ¿Cómo se puede lograr la motivación para la gestión responsable de la propia salud y el proceso de envejecimiento propio? (Fomento de comportamientos sanos, estímulos para la aplicación de medidas y ofertas destinadas a preservar la salud por parte de las personas de edad avanzada.)
- ¿Cómo se puede motivar a las personas para generar un cambio de actitud a favor de una mayor adaptación al entorno social?

3.1.4.2 Investigación de enfermedades y terapias

- Epidemiología y etiología de enfermedades provocadas por la edad, para la mejora de las posibilidades de su prevención;
- Proceso de envejecimiento biológico desde la cuna hasta la tumba;
- Multimorbilidad, enfermedades crónicas, cáncer, enfermedades cardíacas, reumatismo y dolencias del aparato locomotor, afecciones de la vista (por ejemplo, cataratas), enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, etc. A este respecto, conviene también mejorar la capacidad de establecer diagnósticos para que éstos sean precoces y, a continuación, aplicar terapias rápidamente;
- Posibilidades de tratamiento de las personas mayores en lo que respecta a las enfermedades específicas de la edad: los procesos bioquímicos que afectan a la resorción, el metabolismo, la eficacia de los medicamentos, así como sobre la medicación y posología, deben comprenderse mejor y tenerse en cuenta en la terapia. A menudo se carece de la base terapéutica para ello, ya que los ensayos clínicos y las pruebas de medicamentos se realizan, por lo general, con personas adultas más jóvenes.

3.1.4.3 Investigación sobre la asistencia

- ¿Cómo se pueden desarrollar hoy día nuevas tecnologías que se ajusten a las necesidades de las personas de mayor edad?
- ¿Cuáles son los entornos asistenciales y las formas óptimas para las prestaciones?
- ¿Cómo se pueden mejorar las cualificaciones y las condiciones laborales, en particular en conjunción con nuevas tecnologías del personal asistencial?
- ¿En qué medida contribuyen las soluciones técnicas (por ejemplo, la robótica) a aliviar la carga de los familiares encargados de la asistencia y a mejorar las condiciones de trabajo del personal asistencial profesional sin afectar a la integridad y la dignidad de la persona atendida?
- ¿Cómo pueden adaptarse las ofertas asistenciales a las necesidades de personas mayores dependientes?
- ¿Qué nuevos enfoques pueden contribuir al desarrollo y apoyo de los cuidados a domicilio? Esto incluye también el apoyo económico y el reconocimiento social de los familiares encargados de los cuidados (por ejemplo, la posibilidad de negociar con su empleador una reducción temporal del horario laboral para poder prestar determinada asistencia, tiempos reconocidos en el seguro de pensiones, remuneración por asistencia, etc.)
- ¿Qué nuevas vías existen para concebir los cuidados, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos para que las personas acaben su vida dignamente?

3.1.4.4 Investigación de sistemas sanitarios

- La investigación en torno a la sanidad pública debería examinar los sistemas sanitarios y la asistencia de larga dura-

ción, así como la integración de los servicios, y desarrollar una «hoja de ruta» para la investigación sobre el envejecimiento. Es preciso evaluar si los sistemas sanitarios y de protección social en los Estados miembros están preparados para los retos que plantea el cambio demográfico. ¿Qué importancia tiene, por ejemplo, la prevención? ¿Cuál es el porcentaje de los gastos sanitarios para la prevención? ¿Cuántas personas son atendidas en casa o en instituciones?

- ¿Cuántos recursos se ahorran gracias al trabajo y la asistencia voluntarios y qué cantidad de trabajo no remunerado realizan sobre todo las mujeres en casa?
- Con vistas a la aplicación de nuevas tecnologías y de la sanidad electrónica (*eHealth*), hacen falta sobre todo investigaciones sobre los resultados (*health outcome*) y evaluaciones de las tecnologías sanitarias (HTA) en el tratamiento y los cuidados de las personas de mayor edad, antes de que puedan implantarse dichas tecnologías. ¿Cumplen estas tecnologías lo prometido en las pruebas prácticas? ¿Se benefician los grupos más vulnerables de estas tecnologías?
- Deberá realizarse, en colaboración con los Estados miembros, un estudio clínico y socioeconómico sobre la eficacia y la eficiencia de las inversiones en la mejora de la previsión sanitaria y asistencial de las personas de mayor edad.
- ¿Cómo se pueden mejorar los puntos de contacto entre la previsión sanitaria y la previsión social?

3.1.5 Desarrollo de nuevas tecnologías

3.1.5.1 Frente a las cargas derivadas del cambio demográfico existen, por otro lado, grandes posibilidades. Esto se refiere en particular a nuevos productos y servicios para una sociedad que envejece. El «factor económico» de la edad puede convertirse en el motor económico de un mayor crecimiento y empleo en el ámbito de las prestaciones sanitarias, de las nuevas tecnologías, fármacos, productos sanitarios, tecnología médica, así como del turismo y el «bienestar» (*wellness*). Según estimaciones de la Comisión, los efectos del cambio demográfico sobre los gastos de la atención sanitaria pueden ser considerables: el gasto público en sanidad en la UE aumentará, según las previsiones, 1,5 puntos porcentuales del PIB hasta 2060. Habrá que desarrollar y lanzar al mercado nuevos productos y servicios. La creación de valor se verá afectada por el volumen del mercado, el precio y su valor añadido.

3.1.5.2 Mientras que para el «mercado sanitario primario» son prioritarios los posibles ahorros de costes y, por tanto, determinarán si se incorpora la *Ambient Assisted Living* (AAL) en el catálogo de prestaciones de los seguros médicos y asistenciales, el «mercado sanitario secundario» puede actuar en este sentido con mayor libertad y flexibilidad. En este caso existe la necesidad de desarrollar modelos de negocio de gran capacidad y asequibles, que se financien a través de la venta, el arrendamiento o el *leasing*. Al mismo tiempo hay que garantizar que el «mercado sanitario secundario» evite las desigualdades.

3.1.5.3 Conviene promocionar la obtención y el intercambio de conocimientos sociales y económicos acerca de las consecuencias de la introducción de tecnologías asistenciales, por ejemplo, sobre la base de los proyectos piloto actualmente en curso, dentro del contexto del programa de competitividad e innovación. Al mismo tiempo deberá apoyarse el intercambio de procesos acreditados en las TIC con respecto a soluciones para una mayor calidad de vida en la vejez, por ejemplo en el contexto del programa INTERREG y con el apoyo de los Fondos Estructurales. Esta investigación deberá evaluar las opiniones de los usuarios de las tecnologías, sobre todo en lo tocante a la facilidad de uso y las ventajas de las mismas.

3.1.5.4 El progreso tecnológico y los métodos de nuevo desarrollo para la detección precoz y tratamiento constituyen, por una parte, un factor importante para el aumento de los gastos, pero por otra, un avance técnico adecuadamente aplicado puede, desde una perspectiva a largo plazo, suponer también un ahorro de costes. Deberá conferirse un mayor papel a los procedimientos de evaluación sanitaria (*Health Technology Assessment* – HTA), al objeto de fijar el alcance y el nivel de costes de las prestaciones sanitarias y asistenciales. Así pues, la implantación y la gestión efectivas de las nuevas tecnologías determinarán la futura evolución de los gastos. Las nuevas tecnologías no pueden ni deben reemplazar el contacto directo entre las personas de edad avanzada y el personal sanitario y asistencial, y por tanto tienen que poder sufragarse.

3.1.6 Sostenibilidad financiera

3.1.6.1 En casi todos los Estados miembros, los servicios y equipos asistenciales para las personas de mayor edad corren por cuenta de los sistemas de previsión social, lo que presupone una financiación sostenible y garantizada de los distintos sistemas de seguridad social.

3.1.6.2 La necesidad de recibir asistencia sigue representando un riesgo de empobrecimiento, sobre todo para los jubilados con rentas más bajas o ingresos menores. Muchas personas en Europa no pueden permitirse una ayuda adecuada durante la vejez. Por eso, en muchos países de la UE, de conformidad con la organización de sus sistemas de seguridad social (sistemas contributivos o financiados con cargo a los impuestos), deben crearse seguros de gastos de asistencia y adaptarse los seguros ya existentes a los retos del cambio demográfico a lo largo de los próximos decenios, con el fin de garantizar que todo ciudadano, de acuerdo con la legislación comunitaria y las disposiciones jurídicas y costumbres de cada Estado y las necesidades individuales, tenga acceso a las prestaciones asistenciales. Este seguro de gastos de asistencia no debería contemplar solamente servicios estacionarios, sino también ambulatorios.

3.1.6.3 La transferencia de parte de la asistencia a largo plazo a los seguros sanitarios privados debe hacerse con conocimiento de causa en concertación con las partes interesadas, con el fin de evitar que esta tendencia complique el acceso a estos servicios. Los Estados miembros deberían garantizar también en el futuro que las personas de mayor edad tengan acceso universal a las prestaciones primarias y a las de prevención. Este objetivo ambicioso exige la movilización de todos los instrumentos de financiación disponibles: los sistemas protección social previstos por la legislación y los mecanismos complementarios.

3.1.6.4 Las nuevas estructuras de reembolso de gastos deberían permitir también a los parientes distantes percibir una ayuda asistencial por los cuidados de personas dependientes.

De todas formas, también en estos casos es preciso que esté garantizada la calidad de la atención. Además deberá implantarse, a semejanza del permiso de maternidad, un permiso para cuidados asistenciales. Desde el punto de vista político deben encontrarse de forma urgente, y de acuerdo con los interlocutores sociales en el contexto del diálogo social (como, por ejemplo, en el caso del permiso de paternidad), posibilidades de compatibilizar la vida familiar, el trabajo y los cuidados.

3.1.6.5 La presión financiera sobre los sistemas de seguridad social puede aliviarse aplicando una serie de medidas nacionales, como por ejemplo la utilización generalizada de productos genéricos, la reducción del impuesto sobre el valor añadido para los medicamentos y las negociaciones sobre la fijación de precios con la industria farmacéutica.

3.2 Redes locales – «La unidad más pequeña es la más eficaz y próxima al ciudadano»

3.2.1 Las personas de edad avanzada pueden aportar, en función de su estado de salud, muchas cosas a la sociedad. Debido a circunstancias personales o profesionales, los hogares en que conviven varias generaciones son cada vez más escasos en las familias actuales. Este vacío podrían colmarlo entidades privadas o municipales con estructuras de red locales, ya que las estructuras de previsión de la existencia han de adaptarse a escala regional o municipal para garantizar un nivel adecuado de apoyo y ayuda.

3.2.2 Las redes locales son, por ejemplo, plataformas de entidades comunitarias, interlocutores sociales, ONG y responsables en el ámbito de la sanidad, que contribuyen a la cooperación y la coordinación de los servicios. Tales iniciativas tienen buenas posibilidades de ser financiadas con cargo a los Fondos Estructurales y de Cohesión. Europa debería poner de relieve modelos de «buenas prácticas», como por ejemplo iniciativas de promoción del «compromiso cívico» y de la autoayuda en el ámbito de la «asistencia y atención en el hogar».

3.2.3 Los hogares en que conviven varias generaciones constituyen asimismo una nueva modalidad del intercambio intergeneracional al margen de la familia. La labor de las guarderías, los clubes juveniles y los lugares de encuentro de personas mayores se agrupa bajo un mismo techo (?).

3.2.4 Hay que agregar otros servicios, como la asistencia diurna o nocturna (sobre todo de enfermos con demencia).

3.3 Política sanitaria europea

3.3.1 Los sistemas sanitarios de los Estados miembros deben responder a los desafíos del cambio demográfico y, en este sentido, es preciso reforzarlos. A este respecto hay que apuntar que la organización y el control de los sistemas sanitarios también son cometido y responsabilidad, según el Tratado de Lisboa, de los Estados miembros y que las instituciones de la UE se limitan a prestar apoyo a los Estados miembros en esta tarea. Los sistemas sanitarios de los Estados miembros son muy diversos debido a su organización (junto a sistemas estatales según el modelo Beveridge, el modelo Bismarck o modelos mixtos, también aparecen seguros privados), su evolución, la diferente potencia económica o los requisitos y las expectativas que se les plantean. En cualquier caso, sin embargo, hay que garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias, tal como exige también la Carta Europea de los Derechos Fundamentales.

(?) <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>.

3.3.2 El método abierto de coordinación (MAC) puede contribuir a configurar y controlar de forma más eficiente la política sanitaria. La colaboración deberá centrarse en el intercambio de experiencias y la exposición de ejemplos prácticos en relación con los tres temas principales: el «acceso», la «calidad» y la «capacidad de financiación a largo plazo».

3.3.3 También en el diseño de la política social recae en los Estados miembros la responsabilidad primordial, conforme al principio de subsidiariedad. No obstante, la UE puede prestarles ayuda tomando medidas de apoyo, como el complemento o la promoción de la cooperación entre los Estados miembros. En el ámbito social, el MAC ha resultado ser un instrumento útil para mejorar la protección social conforme a los principios de acceso, adaptación y sostenibilidad.

3.3.4 El tema del «Envejecimiento activo, sano y digno» debe convertirse en una de las prioridades de la Estrategia Europa 2020 a través de la elaboración de un plan de acción. Esto exige una cooperación aún más intensa y continuada de las Direcciones Generales de la Comisión. Por este motivo deberá crearse un grupo de trabajo interservicios específico para «edad y salud» incluyendo los temas de «atención sanitaria, protección social,

pensiones y sostenibilidad financiera». Deberá fortalecerse la prevención, la promoción y la educación en materia de salud y la inclusión de estos principios de actuación en todos los ámbitos políticos, de modo que pueda servir de ejemplo para los Estados miembros.

3.3.5 En el CESE debería seguir tratándose de forma continuada el tema del «Envejecimiento activo, sano y digno» dentro del diálogo intergeneracional por medio de una «mesa redonda», una «categoría» o un «grupo de estudio permanente», con el fin de desarrollar una estrategia interdisciplinaria en materia demográfica.

3.3.6 La política de la UE debería apoyar a los Estados miembros mediante recursos procedentes de los Fondos Estructurales y de Cohesión a la hora de llevar a la práctica las medidas nacionales.

3.3.7 Por lo demás, el CESE propugna el apoyo continuado del aprendizaje permanente en materia de «edad y salud» a escala europea y el desarrollo de estrategias propias para la aplicación de este principio a escala nacional, regional y local.

Bruselas, 15 de julio de 2010.

El Presidente
del Comité Económico y Social Europeo
Mario SEPI
