



Fundación

Edad & Vida

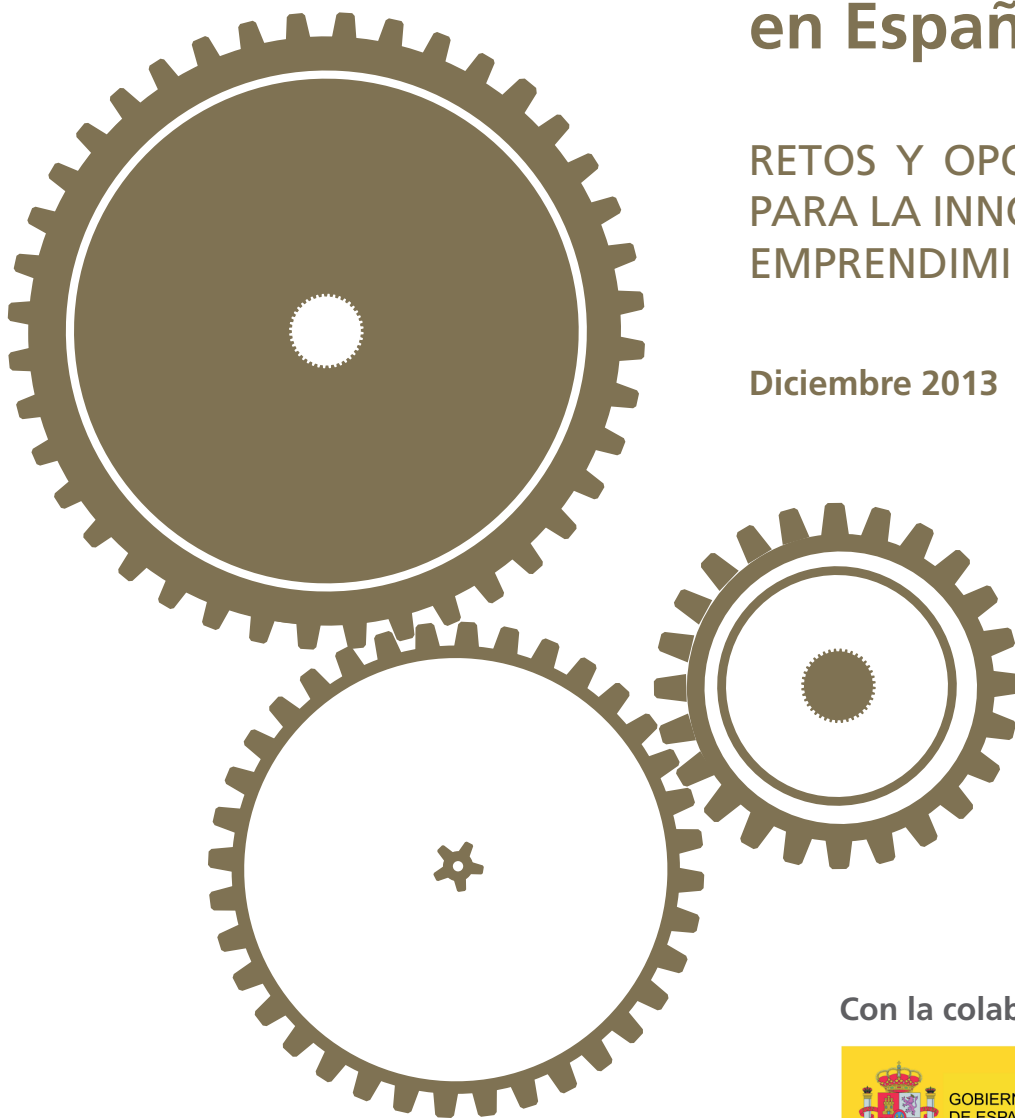
Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Libro Dorado

El envejecimiento en España

RETOS Y OPORTUNIDADES
PARA LA INNOVACIÓN Y EL
EMPRENDIMIENTO

Diciembre 2013



Con la colaboración de



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE EMPLEO

DIRECCIÓN GENERAL DEL
TRABAJO AUTÓNOMO, DE
LA ECONOMÍA SOCIAL Y
DE LA RESPONSABILIDAD
SOCIAL DE LAS EMPRESAS

Libro Dorado

El envejecimiento en España

RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA
INNOVACIÓN Y EL EMPRENDIMIENTO

Diciembre 2013



Fundación

Edad & Vida

Aribau, 185, 5º, 7ª
08021 Barcelona

www.edad-vida.org

e-mail: edad-vida@edad-vida.org

Tel. información: 93 488 27 20

Carta del Presidente de Edad&Vida

No podemos anticipar el futuro, pero si trabajar para que este sea mejor para las generaciones venideras. Esta reflexión se asocia, para la mayoría de las personas, con la preservación del medio que nos rodea pero, casi nunca, con el hecho de que las personas cada vez viviremos más años.

El “cambio demográfico” es mucho mas predecible, que el “cambio climático”, pero raramente se escuchan voces reclamando una acción decidida sobre las actuaciones que debemos emprender hoy para afrontar el reto del envejecimiento de nuestra población.

Si sabemos anticiparnos podemos convertir estos retos en oportunidades, con este fin hemos decidido publicar el *Libro Dorado. El envejecimiento en España*, fruto de más de 12 años de trabajo de la Fundación.

Si bien, en nuestros inicios, centramos nuestros esfuerzos en colaborar para ayudar a crear un marco de mejora en la atención a las personas mayores con algún grado de dependencia, desde Edad&Vida siempre hemos creído que la previsión y prevención son factores clave para lograr una mejor calidad de vida para cuando las personas sean mayores.

Creemos que sólo a partir de un diálogo responsable entre empresas, organizaciones, Administración y ciudadanos seremos capaces de actuar a tiempo y convertir el predecible “cambio demográfico” en una fuente de innovación y emprendimiento para todos los sectores de la actividad económica de nuestro país.

A partir del análisis de las necesidades básicas de las personas y la labor continua desarrollada por las 11 comisiones de trabajo de la Fundación Edad&Vida, proponemos aquí una serie de reflexiones dirigidas no sólo a la Administración y a los diversos agentes económicos, sino también a las personas como responsables de nuestro propio futuro.

Quiero dar las gracias a todos los que han hecho posible este Libro Dorado: profesionales, comisiones de trabajo, miembros colaboradores, empresas y personas que han contribuido con su opinión, esfuerzo y conocimiento. Agradecer también el apoyo de la Dirección General del Trabajo Autónomo, de la Economía Social y de la Responsabilidad Social de las Empresas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Muy especialmente quiero mencionar a nuestro Presidente de Honor: Higinio Raventós, que desde nuestra creación ha contribuido a que Edad &Vida fuera una gran plataforma de diálogo de la que forman hoy parte 34 empresas, 29 instituciones universitarias y asociaciones y las dos mayores confederaciones de organizaciones de personas mayores.

Que el “cambio demográfico” sea una oportunidad dependerá de que todas las partes interesadas sigamos colaborando en la construcción de soluciones sostenibles a largo plazo.

Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente de Edad&Vida

Índice

Introducción	7
Parte I. Estado de la situación	9
Parte II. Las necesidades de las personas mayores	21
1. Alimentación, nutrición e hidratación	21
2. Salud y sanidad	27
3. Farmacia	35
4. Las nuevas tecnologías para la información y comunicación – TIC	39
Parte III. Financiación y colaboración público-privada	43
5. Financiación de las personas mayores	43
6. Colaboración público-privada	51
Parte IV. Principales Conclusiones	53
Parte V. Retos y oportunidades	55
Notas	61
Bibliografía	63
Anexo 1. Cuestionario	65
Anexo 2. Descripción de la muestra	69
Anexo 3. Mesas de diálogo	71
Anexo 4. Índice de gráficos, tablas y resultados de la encuesta	73

Introducción

Nuestro país va a ser el primero en enfrentarse a la revolución demográfica que nos espera en las próximas décadas. España va camino de convertirse en uno de los países más longevos, pero también en uno de los más envejecidos. En el año 2050 se prevé que casi el 32% de la población, 16,5 millones de personas, tenga más de 65 años, lo que supone 3 puntos más que la media de la Unión Europea⁽¹⁾.

Los ciudadanos van a vivir más años y quieren hacerlo con la mejor calidad de vida posible.

Sin embargo este buen propósito está totalmente condicionado por una serie de circunstancias que guardan relación con la situación de crisis que estamos viviendo.

Antes de que la crisis nos afectara, nuestra sociedad estaba instalada en el modelo del consumo, en el que el crecimiento era un estado normal de las cosas, las generaciones sobrevenidas vivían mejor que las que les precedían y el estado del bienestar nadie lo cuestionaba.

La crisis ha conculcado estas creencias y ha supuesto un choque con la realidad, condicionando las políticas de gasto y la economía de las empresas y de las familias.

Independientemente de cuándo volveremos a salir de la situación que vivimos desde el año 2008, lo que parece bastante claro es que el escenario de futuro poco tendrá que ver con la experiencia vivida hace unos pocos años.

Para asegurar que las actuales y próximas generaciones puedan vivir un futuro con la máxima calidad de vida tras la etapa laboral, se hace necesario no sólo incidir en las reformas que garanticen la sostenibilidad del sistema y de sus servicios, sino que además se revela como necesario un nuevo marco en el que la Administración y los poderes públicos, las empresas y los ciudadanos sean corresponsables a la hora de asegurar ese futuro y colaboren en la identificación de nuevas oportunidades y soluciones que contribuyan a lograr el mayor bienestar posible.

En el Libro Dorado mostramos cómo el envejecimiento puede constituir una oportunidad para empresas, emprendedores, organizaciones de la economía social y también para las administraciones con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores autónomas en aquellos ámbitos que están más relacionados con su bienestar: el consumo de productos de alimentación, salud, sanidad, farmacia y nuevas tecnologías.

El Libro Dorado no ahonda en las necesidades de las personas con dependencia, sino que focaliza sus esfuerzos en identificar las necesidades de las personas mayores autónomas que representan la gran mayoría del colectivo, con el fin de identificar retos y oportunidades para la Administración, las empresas, las organizaciones y los propios ciudadanos.

Este colectivo, el de las personas mayores autónomas constituye un mercado potencial para la creación de riqueza y empleo. El reto de satisfacer sus demandas y necesidades puede constituir una verdadera oportunidad para crear valor compartido tanto para la industria como para los ciudadanos.

En el Libro Dorado, mostramos cuáles son las necesidades de las personas mayores a partir de una investigación realizada mediante cuestionario a 1.200 personas mayores. Los datos de la encuesta se desgranán en cada capítulo. Puede consultar la descripción de la muestra en el Anexo 2.

Además, a través de mesas de diálogo, las empresas, organizaciones y universidades que forman parte de Edad & Vida han abordado, desde su perspectiva, cuales son las necesidades de las personas mayores ahora y en el futuro y qué oportunidades pueden derivarse de ellas. Los componentes de estas mesas pueden encontrarse en el Anexo 3.

Así, en el Libro Dorado apuntamos una serie de retos y oportunidades para crear un nuevo marco de corresponsabilidad entre empresas, poderes públicos y ciudadanos con el fin de asegurar la sostenibilidad futura del sistema y el bienestar de los ciudadanos.

El libro que ahora tiene en sus manos no debe entenderse como un punto final, o una conclusión con propuestas cerradas, sino como el primer paso en un proceso de reflexión que quiere poner en el centro a las personas mayores, que se convertirán en el colectivo más numeroso de la sociedad española en pocas décadas.

Parte I. Estado de la situación

El concepto de edad y la demografía han evolucionado bruscamente en el siglo XX en la mayoría de los países desarrollados, aunque con una cronología diferente. En España, estos cambios se han producido con cierto retraso, pero ahora están teniendo una intensidad mayor: la población envejece tanto por la bajada de natalidad como por el aumento de los años que vivimos. Como si de un efecto dominó se tratara, la evolución demográfica va a ser la palanca que activará un auténtico rediseño de la sociedad, que enfrentará a las empresas, a las administraciones públicas, a las instituciones y entidades y a los propios ciudadanos ante el reto de ajustar sus objetivos a esa nueva realidad.

Así pues, a medida que esta sociedad del siglo XXI avance y se consolide, aparecerán nuevas necesidades que satisfacer para un colectivo cada vez más numeroso y que cobrará mayor protagonismo, el de las personas mayores. Y estrechamente ligadas a esas necesidades se generarán nuevas oportunidades. Emerge, pues, una nueva etapa dorada para los ciudadanos seniors como demandantes de productos y servicios y también para las empresas y administraciones como proveedoras de soluciones para dar respuestas a sus necesidades. Este es el punto de partida.

La revolución demográfica

España va camino de ser uno de los países más longevos, pero esta buena noticia tiene la contrapartida de que va a ser también uno de los más envejecidos del mundo. A inicios de siglo, en el año 2003, ya había 7.276.620 de personas de 65 años o más, lo que representaba un 17% de la población total⁽¹⁾.

Si se mantuvieran en un futuro las tendencias demográficas, en 2052, el porcentaje de la población española que será mayor de 64 años alcanzará el 37%⁽²⁾.

Para entender la velocidad a la que se están produciendo esos cambios y sus implicaciones hay que remontarse unos años atrás. Durante un siglo y medio, el peso de las personas mayores en la sociedad ha aumentado desde poco más del 5% de principios del siglo XX hasta el porcentaje actual. Antes de 1980, el grupo de edad más numeroso dentro de la población española correspondía siempre al de los niños de entre 0 y 4 años. En cambio, en la actualidad, el grupo con más individuos es el de 30 a 34 años y, para 2052, está previsto que sea el de las personas de 70 a 74 años.

Pero no sólo los números cambian: el significado de “ser mayor” es algo muy diferente respecto a lo que fue para nuestros

antepasados. Hasta ahora, se definía al conjunto de las personas mayores como un colectivo con escaso poder adquisitivo, con mala salud y gustos anticuados (De Grande 2003). El estereotipo no corresponde al perfil actual de mayores. Muchas de estas personas ya no se consideran “ancianas”, algunas tienen rentas altas y sólo un pequeño porcentaje tiene sus facultades disminuidas.

Esta nueva definición parece haber alcanzado a las empresas y administraciones con el pie cambiado. Muchas de las necesidades de este grupo no se encuentran satisfechas. De hecho, el 41,1% de estas personas considera hoy que las empresas no tienen en cuenta sus necesidades y preferencias para el diseño de productos y servicios. Es sólo un dato. Los nuevos mayores no son sólo más sino que son conscientes de ese peso y reclaman protagonismo como consumidores de bienes y servicios, pero también como usuarios y ciudadanos.

Al vivir más años, llegamos en mejor estado de salud y situación económica a la vejez, y por tanto, tenemos más posibilidades de seguir consumiendo. Pero el mercado debería tener en cuenta que, para que el consumo sea satisfactorio para este grupo de edad, es necesario que el diseño y definición de los productos y servicios sean los adecuados a sus necesidades y expectativas. Por ejemplo, superada la edad adulta, empieza un deterioro físico que podría condicionar la compra y que debería ser tenido en cuenta como también se deberían considerar sus valores generacionales cuando se piensa en ellos como consumidores.

El descenso de la fecundidad y la natalidad

Los expertos señalan como causa fundamental de estos grandes cambios en la estructura por edad la caída gradual de la fecundidad a lo largo del siglo XX y su progresivo desplazamiento hacia edades más altas. Así, el índice de fecundidad en nuestro país pasó de 2,8 hijos por mujer en 1976 a 1,32 en 2012. Es uno de los más bajos, pero son muy pocos los países desarrollados que tienen una fecundidad cercana al nivel necesario para el reemplazo de la población.

Esta situación no debe considerarse un fenómeno pasajero sino más bien un rasgo estructural, si se tienen en cuenta la incorporación de la mujer al mercado laboral y cómo han cambiado las expectativas de las personas.

En los próximos años, se continuará registrando un descenso de la natalidad. De hecho, según el INE, a partir de 2018 habrá más defunciones que nacimientos. Si la proyección continúa tal como está previsto, en 2021 nacerían 375.159 niños, casi

un 20% menos que en el último año. Hasta 2031, se registrarían 7,7 millones de nacimientos, un 9% menos que en los últimos 20 años. Y, en los próximos 40 años, nacerían en España 14,6 millones de niños, un 24% menos que en los últimos 40 años.

La baja natalidad afecta al número de jóvenes, pero también a la población en edad laboral. En el año 2003 el número de mayores por cada 100 personas en edad de trabajar era de 5 y se pronostica que, para el 2051, será de 25. Durante cierto tiempo, los fuertes flujos migratorios han ayudado a paliar esta situación en el mercado de trabajo. Según las proyecciones del INE, en 2051 más de la cuarta parte de la población en España habrá nacido fuera del país⁽²⁾.

El aumento de la esperanza de vida

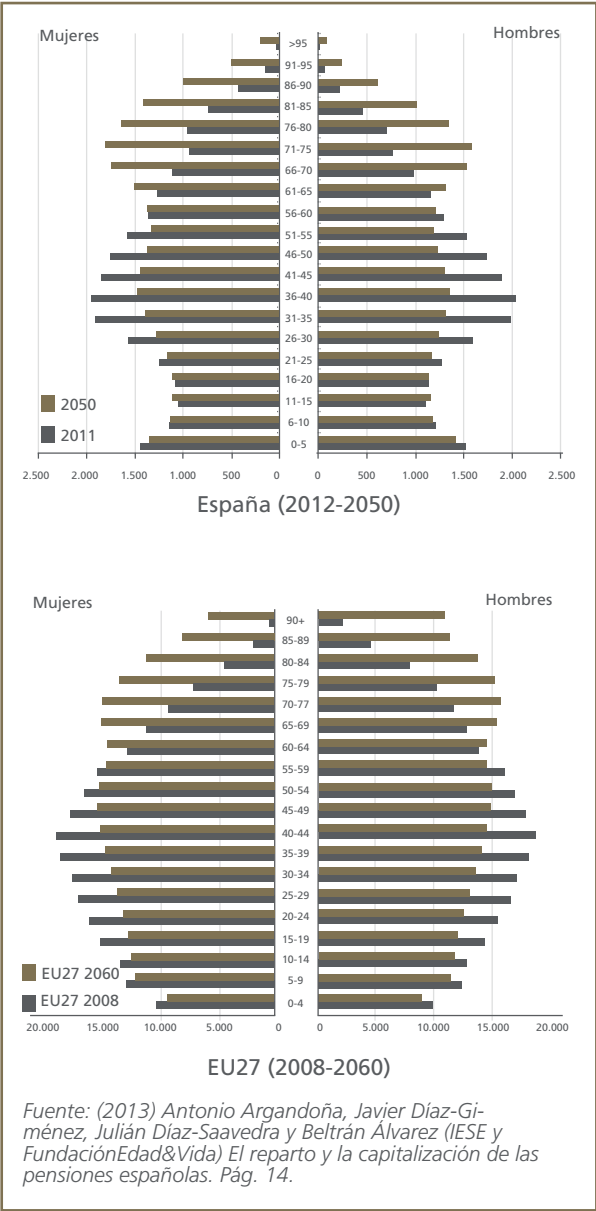
La consecuencia directa de este cambio demográfico es un rápido envejecimiento de la población. Pero ese envejecimiento no es principalmente causa de la falta de jóvenes, sino del gran número de personas mayores debido al aumento de la longevidad. En las próximas décadas, los mayores crecimientos de población se concentrarán en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementará en 7,2 millones de personas. Por el contrario, España perderá 9,9 millones de personas de edades comprendidas entre 16 y 64 años y casi dos millones en el grupo de población de 0 a 15 años.

En paralelo al envejecimiento de la población, se ha producido un alargamiento de la esperanza de vida. La longevidad de la población en España se ha doblado en el siglo XX y se acerca a las más altas del mundo. Se reduce la mortalidad infantil y descendiendo la mortalidad entre los 70 y 80 años. Muchos son los factores que han contribuido a este cambio en las pirámides demográficas no sólo de nuestro país sino de todos los países desarrollados. Entre los más destacables figuran la mejora de las condiciones de salud y los progresos realizados en el tratamiento de muchas enfermedades.

Si se mantienen los ritmos actuales de reducción de la mortalidad por edad, la esperanza de vida al nacer sería de 86,9 años en los varones y de 90,7 años en las mujeres en 2051. La esperanza de vida a los 65 años aumentaría en 24 en los varones y en 27,3 años en las mujeres, casi seis y cinco años más que hoy en día⁽²⁾.

Cualquier cambio en la demografía, además de cambios sociales como ya hemos comentado, comporta cambios económicos. El aumento de los años que vivimos está alterando el equilibrio entre, por una parte, los años en que el individuo genera ganancias económicas netas (capacidad de ahorro) y por otra, los años en que sólo consume (período que se alarga, al vivir más tiempo). Pero, además, en esos años, los gastos pueden aumentar para poder cubrir necesidades de asistencia que hasta entonces no se tenían.

Gráfico 1. Pirámide de población en España y en la Unión Europea (miles de personas)



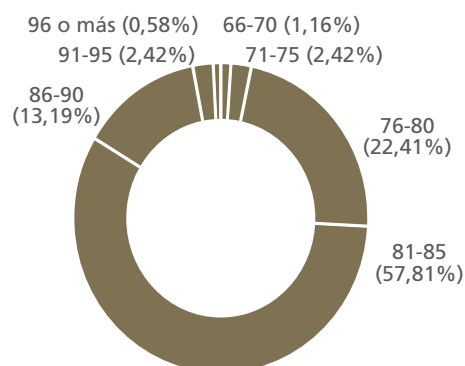
Fuente: (2013) Antonio Argandoña, Javier Díaz-Giménez, Julián Díaz-Saavedra y Beltrán Álvarez (IESE y FundaciónEdad&Vida) El reparto y la capitalización de las pensiones españolas. Pág. 14.

Resultados de la encuesta 1. Percepción de la esperanza de vida

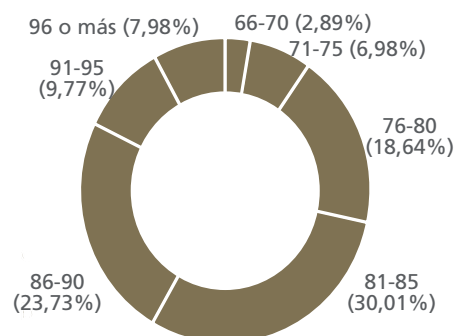
La mayoría del colectivo de personas mayores de 50 años sitúa la esperanza de vida en España entre los 81-85 años, seguido de un 22% que la sitúa entre los 76-80 años. Se observa una corriente de personas (un 15%) más optimista que sitúa la esperanza de vida por encima de los 86 años. Por el contrario, una minoría de poco más de un 3% de personas la sitúa en datos más característicos de épocas pasadas (menos de 75 años).

Si analizamos en términos de percepción, observamos cómo más del 40% del colectivo sitúa su propia esperanza de vida por encima de los 86 años. La evolución de la ciencia ayuda a mejorar las perspectivas de las personas mayores en cuanto a los años que creen que van a vivir.

¿Conoce usted la esperanza de vida en España?



¿Y hasta qué edad piensa que vivirá usted?



Calidad de vida y dependencia

La cuestión clave de la vida en la etapa de madurez no es tanto el número de años de más que se vivirá a partir de cierta edad, sino cuantos de ellos se vivirán con salud. Al respecto, el historiador inglés Peter Laslett⁽³⁾ hablaba de la tercera y la cuarta edad. Se refería a la primera como una especie de otoño dorado de la vida y a la última como un período de discapacidad y dependencia.

“La dependencia tiene su origen en un problema de salud y no está exclusivamente asociada a la vejez; es una contingencia que comporta riesgo social como consecuencia del aumento de la proporción de personas mayores y muy mayores. Junto a este factor demográfico de envejecimiento hay que tener en cuenta el cambio que se ha producido en el papel de la familia como principal responsable del cuidado de los mayores”. A pesar de la adopción de la Ley de Dependencia en España en 2006, esta se aprobó apenas sin fondos y, en la práctica, no se aplica todo lo que debiera. “No existe, por tanto, concienciación colectiva de los cambios que transforman ésta en uno de los principales retos sociales del siglo XXI”⁽⁴⁾.

En España, a día de hoy, el 53,5% de la población de más de 65 años no tiene ningún tipo de dependencia funcional. Eso significa que no dependen de otro para el cuidado personal,

para las tareas del hogar o para su movilidad. Hay que destacar que, en esta franja de edad, la autonomía es más frecuente entre los hombres (61,3%) que entre las mujeres (47,7%)⁽⁵⁾.

Desde 1993 hasta el 2006, esta autonomía funcional de la población mayor fue descendiendo: en 1993 el 70,1% de los hombres y 58,0% de las mujeres era capaz de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria. En el 2006, la media de personas autónomas en la vida diaria era de 51'4%. En los últimos años se ha producido una mejora en este porcentaje. En el 2012, este porcentaje es del 53,5% (61,3% de los hombres y 47,7% de las mujeres).

Si hay algo básico en las actividades del día a día son los gestos relacionados con el cuidado personal. El 65,8% de la población se declara capaz de realizarlos. En el caso de los hombres, el porcentaje es muy elevado, ya que sobrepasa el 73%, y en el de las mujeres es sensiblemente menor, ya que llega al 60,3% de las mujeres).

Para ellos, la dependencia más habitual es en las tareas del hogar (reconocida por un 30'6%) mientras que para ellas los problemas más frecuentes son de movilidad (con un 43,7% de dependencia). En cambio, los hombres se declaran capaces de realizar las actividades relacionadas con la movilidad en un 72'5% frente al 56,3% de las mujeres.

De hecho, el 62,5% de los mayores de 65 años son capaces de ocuparse de las labores del hogar. Una vez más, la autonomía de los hombres es superior a la de las mujeres: 69,4% de los hombres y 57,4% de las mujeres apuntan en esta línea.

Cómo son y previsiblemente serán las personas mayores

La transformación de los estilos de vida de las personas mayores, que cada vez gozan de mayor salud y quieren disfrutar de su tiempo libre, así como la diversificación del hábitat en el que viven (su propio domicilio, el de un familiar, una institución, o una comunidad de residentes mayores con servicios comunes) son un fiel reflejo de la transformación acelerada e imparable que se está operando en la sociedad del siglo XXI.

Dónde quieren vivir

El aumento de la longevidad aboca a que una parte de las personas mayores desarrollen enfermedades que las vuelvan dependientes, mientras que la prevención de las enfermedades y los avances médicos han logrado que otra parte viva en buenas condiciones de salud prácticamente toda su vejez. Por esta razón, cada vez son más las personas mayores que desean alargar durante el máximo tiempo posible su autonomía personal e independencia y eso incluye el diseño de las mejores condiciones de habitabilidad para que, en unos casos, puedan seguir residiendo en su casa de toda la vida y, en otros, si así lo desean o se encuentran en una situación de dependencia, comiencen una nueva etapa en un hábitat más adecuado para su caso.

En los próximos años el número de hogares formados sólo por personas mayores, así como el número de mayores que viven solos seguirá en aumento⁽⁵⁾.

Ante el escenario de futuras limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, la mayoría de los españoles mayores de 55 preferirían vivir en su casa con servicios asistenciales a domicilio. Por el contrario, vivir en una residencia es la opción menos preferida por los mayores de 75 años. Los que preferirían vivir en casa de un familiar en caso de dependencia tienen más de 75 años. Llegado el caso, vender la vivienda actual para poder acceder a una vivienda o servicios asistenciales de apoyo a la dependencia se visualiza como una opción posible, esencialmente entre el colectivo más joven⁽⁶⁾.

Con quién viven

El matrimonio es, hoy por hoy, la forma más extendida de convivencia entre las personas mayores españolas. Según datos del 2001 del Instituto Nacional de Estadística, una gran mayoría estaban casados, pero no hay duda de que la soledad aumenta conforme aumenta la edad, en la mayoría de los casos debido a la pérdida del cónyuge, mientras que la separación o el divorcio es muy poco significativo entre este colectivo. Prueba de ello es que ese mismo año el 30,9% eran viudos,

el 8% estaban solteros y solo el 1,4% estaban separados o divorciados.

El índice de viudedad entre las mujeres es más alto, del 44.2% y, a partir de los 70 años o más, el problema de soledad empeora notablemente: más de la mitad son viudas y viven solas. En cambio, el 77% de los hombres siguen casados.

De estos datos, se desprende que la soledad es un hecho objetivo y un riesgo también objetivo y persistente en el caso de las mujeres maduras y que aumentará a medida que cumplan años. Esta realidad y este riesgo inevitable, debido a la mayor longevidad de las féminas respecto a los varones, debe animar tanto a los poderes públicos como a las empresas a crear espacios de relación social y servicios formales comunitarios para paliar esta situación, es decir, que eviten el aislamiento de las personas mayores y fomenten su inclusión social.

Cómo emplean su tiempo libre y el ocio

La llegada de la madurez, casi siempre asociada a la jubilación, ya no tiene por qué vivirse de forma traumática. De hecho, la disposición de tiempo libre y la capacidad de estructurarlo como uno quiera y dedicarlo a aquello que prefiera abre un haz de posibilidades para las personas mayores, así como para las asociaciones, empresas y organismos públicos que desarrollan actividades y servicios específicos para ellos.

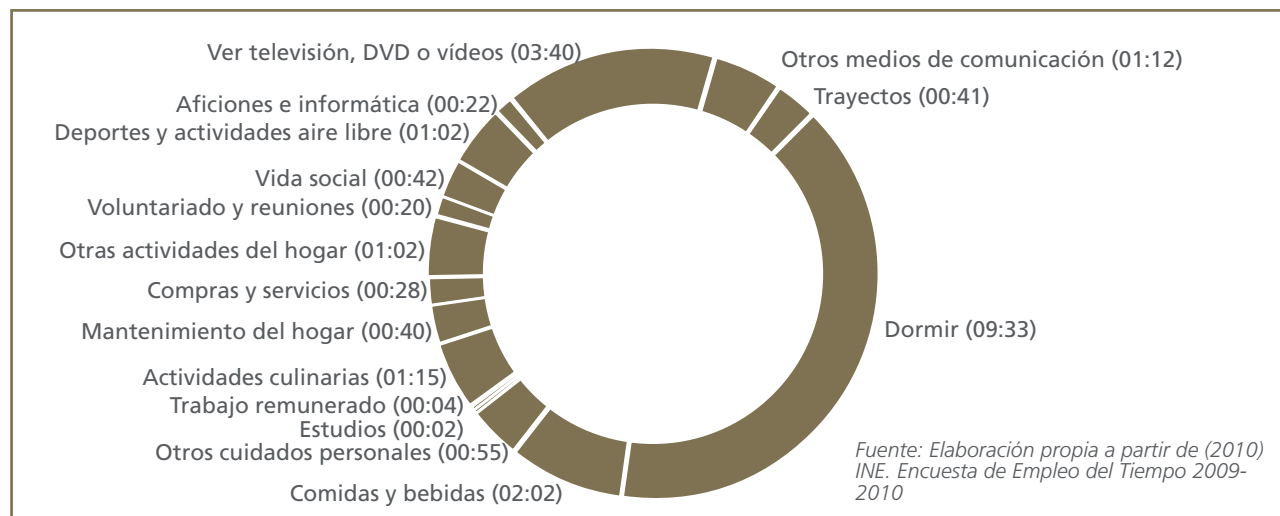
Los individuos de 65 y más años son los que disponen de más tiempo libre, casi siete horas por día, de las cuales más de cuatro las dedican a los medios de comunicación. Ellos y los jóvenes son los que más tiempo disfrutan en actividades de vida social y diversión (una hora y doce minutos al día). También destaca la práctica de más de una hora de deportes y actividades al aire libre, como caminar, por parte de las personas de 65 y más años.

Es importante destacar que además de disponer de más tiempo libre para dedicar al ocio, las personas mayores cuentan con una buena capacidad económica para disfrutar de él, sobre todo en los primeros años tras su jubilación. Disfrutan de su pensión y, en la mayoría de los casos, ya no tienen que hacer frente a la hipoteca o gastan menos en transporte.

Tienen especial interés o preferencia por la salud (83,7%), la naturaleza y la ecología (82,6%), y de los viajes y la cultura (71%)⁽⁷⁾. Es previsible que el gasto en ocio aumente durante la etapa de jubilación, pues durante su etapa activa, muchas personas sueñan con viajar cuando se jubilen, aunque otras deciden dedicar su tiempo a pasear o a cuidar de su familia⁽⁸⁾.

Sin embargo, durante los primeros años después de jubilarse, muchos jubilados se encuentran en plena forma y con tiempo libre, para llevar a cabo sus deseos de viajar y consumir cultura. La ausencia de cultura del ahorro y la falta de previsión dificultan, en muchos casos, asumir los gastos asociados a los hobbies e intereses citados. El 41% declara no conocer ningún método de ahorro, solo el 18% ha calculado durante

Gráfico 2. Distribución de actividades en un día promedio. Personas de 65 ó más años (horas:minutos)



su vida activa los recursos que necesitará para hacer frente a sus gastos, incluyendo sus intereses y hobbies, durante la etapa de jubilación. No obstante, la capacidad de ahorro de los jubilados tiene que ver con su nivel de ingresos. A mayor nivel de ingresos, mayor es el ahorro, puesto que entre los que cobran menos de 600 euros al mes, solo ahorran el 10%, mientras que este porcentaje sube hasta casi el 50% entre los que cobran 1.500 euros.

Entre los que sí ahorran sistemáticamente, más de tres cuartas partes han empezado a hacerlo entre los 30 y los 40 años. Y el 69% esgrime como principal razón que lo hace para complementar su pensión de la Seguridad Social⁽⁹⁾.

¿Cómo desean verse tratados los mayores? Los valores clásicos como reclamo

En las últimas décadas, las sociedades más desarrolladas han tendido a valorar la juventud, el éxito rápido y fulgurante y el dinero, en detrimento del gran valor que aporta a la sociedad la experiencia y los conocimientos profesionales y vitales de los mayores, a los que se venera y se respeta más en las sociedades más tradicionales.

En paralelo a la expansión de esos valores, la masa crítica de personas mayores en plenas facultades mentales y físicas, que quiere formar parte activa de la sociedad, ser escuchada, respetada y considerada ha ido creciendo de forma notable. Olvidarlo e ignorarlo puede resultar peligroso y a la vez un coste para la sociedad, pues supone desperdiciar un gran capital humano. En cierto modo, el crecimiento de este colectivo impule a rescatar valores que estaban y siguen estando muy arraigados en las sociedades tradicionales y que podrían resumirse en

el respeto por los mayores, pero adaptándolos a la sociedad del siglo XXI.

Según expertos procedentes de distintos sectores, los mayores quieren ser considerados⁽¹⁰⁾:

- Rechazan que se les llame o se les considere “ancianos” en el sentido clásico: muchos de ellos han llegado a la madurez en plena forma física e intelectual, la conservan durante muchos años, se mantienen activos bien porque ejercen profesiones liberales que les apasionan o bien porque, tras retirarse, deciden reservar una parte de su tiempo para prestar servicios a su comunidad. En síntesis, están mucho mejor que las generaciones previas.
- Quieren ser respetados: tanto como personas como consumidores, desean ser respetados y sentirse parte integrante de la sociedad al desempeñar un rol importante en todos los ámbitos de la vida (profesional, familiar y social). Quieren sentirse incluidos, en lugar de excluidos y apartados; y detestan y temen la soledad tanto como la enfermedad.
- Incluidos en el nuevo sistema educativo y en la sociedad: la sociedad en su conjunto deberá aceptar el hecho de que el esquema clásico secuencial de la vida de una persona, según el esquema educación – carrera profesional, etapa de madurez y retiro dejará paso a un esquema mucho más dinámico, educación – una primera carrera profesional – educación – una segunda etapa en la carrera profesional, y así sucesivamente. Las oportunidades de reciclaje, adaptación y reorientación de la vida de las personas será posible cada vez más en cualquier etapa de la vida, también en la madurez. Esto explica que cada vez haya más personas dispuestas a realizar una transición hacia el retiro, adoptando planes de

jubilación parciales o permitiendo transferir sus conocimientos y su saber hacer a las generaciones más jóvenes.

Las personas mayores como consumidores

Los ciudadanos senior forman en la actualidad un colectivo heterogéneo, configurado por individuos de diferentes estratos económicos; personas que se mantienen en forma y gozan de una salud de hierro y otras que han empezado a sufrir achaques propios de la edad; muchas que siguen muy activas y prestan distintos servicios a la sociedad y otras, en cambio, inactivas y que se han vuelto dependientes. Cada una de estas situaciones debe ser vista como un reto a resolver para satisfacer sus necesidades y, al mismo tiempo, una oportunidad de crear valor compartido.

En cada una de sus circunstancias, estos ciudadanos senior tienen unas necesidades que deberían ser escuchadas y cubiertas por los sectores público y privado. Por lo tanto, desde la visión de una sociedad moderna y madura, como la que se está construyendo, es preciso desterrar la idea de que los mayores son una carga para el sistema y, en su lugar, pensar firmemente que son una fuente inagotable de oportunidades para ellos mismos y para el rediseño de la sociedad en su conjunto.

Para definir esas necesidades que genera este colectivo en aumento y las oportunidades que brinda a la sociedad, antes se requiere conocer cómo son y cómo desean ser considerados en el siglo XXI. Una sociedad compleja, viva y que, conceptualmente, se puede definir al mismo tiempo como sociedad de consumo, del conocimiento y de la información, altamente tecnificada, gracias a la irrupción de Internet y las nuevas tecnologías, y donde cada vez va a haber más ciudadanos mayores cuya experiencia y sabiduría no pueden caer en saco roto y desperdiciarse, pues supondría derrochar un importante capital humano.

Así, en el año 2047 habrá dos mil millones de consumidores maduros en todo el mundo⁽¹⁰⁾.

Perfil actual de los consumidores mayores

Este es el retrato robot de los consumidores y compradores de más de 65 años⁽¹⁰⁾:

- Fieles a las marcas: el 63% de estos consumidores en países de Europa occidental son leales a ciertas marcas, mientras que sólo lo son el 45% en otros países.
- Compran poco, caro y de calidad: en el contexto europeo, la mayoría prefieren comprar pocas cosas, pero gastar más por cada una de ellas, un ejemplo es su preferencia por los vehículos de alta gama. Además, disponen de tiempo para ir a comprar. Por ello, les basta adquirir sólo lo que necesitan para uno o dos días, a fin de evitar malgastar y tirar productos que son rápidamente perecederos y porque por sí mismos no pueden transportar grandes cantidades de productos hasta su domicilio.

- Habituales de comercios próximos y pequeños: el 68% de los consumidores prefieren comprar en pequeños comercios y que estos se encuentren próximos a su hogar. Esta tendencia es más acusada conforme aumenta la edad. Asimismo, tienden a ir andando a comprar en lugar de hacerlo conduciendo o utilizar un transporte público.
- Gastan más en comida, bebida y productos de salud: a diferencia de los consumidores menores de 60 años, los que rebasan esa edad no gastan tanto en ropa o transporte, sino más en comida, bebidas y productos de salud de no prescripción, como las vitaminas o suplementos, así como en instalaciones para acondicionar su vivienda, como la calefacción.
- Desconfían de las ofertas: las ofertas tipo 2x1 no suelen llamar la atención de los consumidores más mayores, porque no necesitan tantas cantidades de producto, por lo expuesto anteriormente, y porque a priori desconfían de las ofertas especiales. De hecho, el 43% de los encuestados, según el citado estudio, sólo adquieren los productos o servicios de ofertas si perciben que tienen la misma calidad que aquellos que compran habitualmente.
- No se identifican con los anuncios y campañas de marketing actuales: Una encuesta realizada en el Reino Unido (la U.K.'s AgeConcern) ha revelado que hasta dos tercios de los consumidores mayores afirman que los retratos que se ofrecen de ellos en los anuncios son negativos y tres cuartas partes opinan que no tienen nada que ver con ellos. De hecho, una buena parte de los anuncios que se emiten por televisión ensalzan la juventud y los valores propios de esa etapa vital, porque a menudo resulta difícil realizar estos anuncios y campañas de marketing sobre artículos concernientes a los mayores con un tono adecuado. Sin embargo, hay una gran cantidad de productos y servicios que las personas mayores pueden requerir y, por lo tanto, saber llegar hasta ellos es un auténtico reto que las compañías deben resolver.

En definitiva, los consumidores mayores son más austeros desde el punto de vista de la cantidad, pero fieles a marcas de toda la vida, aquellas que les merecen confianza. Además, no quieren ser tratados como "ancianos", aunque sí que se reconozcan las necesidades que tienen debido a su edad avanzada, como la habitual pérdida de altura, que les obliga a pedir ayuda en los supermercados para que alguien les alcance los productos situados en los lineales más altos, o la disminución de la visión, que les dificulta la lectura de las etiquetas con letras muy pequeñas. Ello implica que las compañías de productos y servicios tengan ante sí el reto de adaptarse para atraer y fidelizar a un colectivo de la sociedad creciente, con capacidad de compra y dispuesto a gastar en artículos y servicios de alta calidad, puesto que en muchos casos es más solvente económicamente que los ciudadanos más jóvenes, a pesar de haber perdido poder adquisitivo debido a la jubilación.

La salud y la calidad de vida de los mayores

La edad ya no es una limitación para vivir con salud hasta prácticamente el final o para vivir con la mayor calidad de vida posible, a pesar de tener ciertas limitaciones. Las personas mayores no sólo viven cada vez más, sino que cada vez demandan tener más calidad de vida. De hecho, más de la mitad de los mayores de 65 años no tiene ningún tipo de dependencia funcional ni para el cuidado personal, ni para las tareas domésticas, ni de movilidad⁽⁹⁾.

La autonomía es más frecuente en hombres (61,3%) que en mujeres (47,7%). La dependencia funcional más frecuente en hombres es para las tareas domésticas (30,6%), mientras que en mujeres la más frecuente es para la movilidad (43,7%). Asimismo, el 65,8% declara que puede realizar actividades relativas al cuidado personal (el 73,1% de los hombres y el 60,3% de las mujeres); el 62,5% que es capaz de realizar labores domésticas (69,4% de las mujeres y 57,4% de los hombres) y el 63,8% declara que es capaz de realizar las actividades relacionadas con la movilidad (el 72% de los hombres y el 56,3% de las mujeres).

No obstante, la población mayor adolece de los mismos problemas de salud que la población general en su conjunto, pero con una mayor prevalencia a medida que avanza la edad. Uno de los principales problemas es la obesidad, que afecta a la sociedad moderna.

Este importante trastorno va asociado al sedentarismo, que es muy notable en estos grupos de edad: El 36,03% de los hombres y el 47,52% de las mujeres en edades comprendidas entre los 65 y los 74 años se declaran sedentarios; porcentaje que asciende al 49,48% de los hombres y el 60,8% de las mujeres entre los 75 y los 84 años; y que crece alarmantemente a partir de los 85 años.

Ambas condiciones, la obesidad y el sedentarismo, se asocian a otros factores de riesgo cardiovasculares, como la diabetes, la hipercolesterolemia o la hipertensión, factores todos ellos que constituyen el principal riesgo para padecer un evento cardiovascular y fallecer por esta causa. Y todos esos factores de riesgo aumentan con la edad. Muchos pacientes mayores, por lo tanto, sufren de comorbilidad, esto es, varias enfermedades a la vez.

El gran caballo de batalla de la mejora de la salud y la atención sanitaria en el siglo XXI será la prevención de las enfermedades crónicas, mediante la promoción de estilos de vida adecuados que incluyan una dieta saludable, una buena hidratación y el ejercicio físico. Una dieta nutritiva y saludable podría basarse en los pilares de la Dieta Mediterránea, declarada patrimonio inmaterial de la Humanidad. La hidratación forma parte de la dieta, aunque a menudo tiende a olvidarse, y debe cuidarse todo el año. En las personas mayores es especialmente importante porque tienen deteriorado el sentido de la sed y se las debe invitar a beber, aunque no tengan ganas. Y el ejercicio

físico no está reñido con la edad, sino que puede adaptarse a ésta y a sus capacidades físicas.

Con estos tres pilares se pueden prevenir dolencias muy comunes en etapas maduras, como las cardiovasculares, entre ellas el ictus, regular la presión arterial, los niveles de colesterol y de glucosa en sangre, el cáncer, la osteoporosis o el estreñimiento.

Al margen de las medidas que las personas mayores puedan adoptar a título individual para mejorar su salud, el contexto epidemiológico actual de las enfermedades de los mayores obligará a los sistemas sanitarios (públicos y privados), aún muy enfocados a la atención de las enfermedades agudas, a reconvertirse para atender la cronicidad y la pluripatología, mediante recursos asistenciales para pacientes subagudos, crónicos y de media y de larga estancia.

Además, muchas personas mayores no sólo padecen una enfermedad crónica, sino que para controlarla y evitar que ésta vaya a más necesitan tomar varios medicamentos al día.

Los mayores ante las nuevas tecnologías

La edad avanzada no es en sí misma un obstáculo para la adopción rápida de las nuevas tecnologías y de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). A menudo, se subestima la capacidad de los usuarios de TIC más mayores para adoptarlas e integrarlas en su vida cotidiana y utilizarlas con asiduidad y cierta soltura. Esta capacidad de aprender a manejar las TIC en el día a día depende más de cómo sea el individuo (curioso, flexible y predisposto a aprender cosas nuevas en vez de inflexible y reticente al cambio) que de tener una edad avanzada.

En España, el porcentaje de personas mayores de 65 años que utiliza Internet es del 29,6%, mientras que el de usuarios de telefonía móvil es muy superior, el 86,5%. El 32,4% dispone de un ordenador personal⁽¹¹⁾.

En un futuro próximo, en el 2020, el 95% de estos mayores utilizarán el teléfono móvil, por lo que se puede hablar de universalización, mientras que el aumento del uso de Internet será muy pobre, ya que solo habrá ascendido al 31%. Además, de ese 31% de mayores que en el futuro accederán a Internet sólo el 46% lo hará para realizar trámites de e-administración, por lo que este escenario plantea la existencia de grandes desigualdades entre los mayores respecto al uso de las TIC.

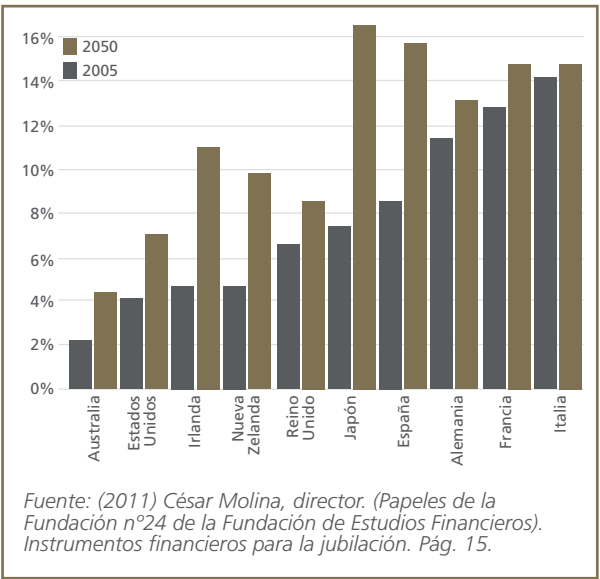
Otros datos de interés son que sólo el 5,6% de los usuarios mayores acceden a Internet a través de un smartphone, costumbre que en cambio sí se ha extendido mucho entre la población más joven y con mayor formación académica. El 23% de los consultados declara que sí querría tener un teléfono inteligente, para buscar las mismas utilidades que pretenden utilizar sus usuarios, tales como el acceso a Internet o el uso de las redes sociales y el 38% desearía tener un terminal móvil fácil de usar.

Este escenario de presente y de futuro denota que las TIC son uno de los sectores con mayores oportunidades de crecimiento en los próximos años, pero también uno de los sectores en el que se hace más patente la heterogeneidad y división de los usuarios mayores. Respecto a su utilización, estos se encuentran radicalmente divididos entre usuarios muy activos, que viven muy conectados tanto a Internet como al móvil, y los que nunca han llegado a conectarse.

Es crucial, por esta razón, romper la brecha digital que dificulta a muchas personas mayores el acceso a las nuevas tecnologías, es decir, la línea divisoria que separa a aquellos usuarios bien formados y capacitados con habilidades para utilizar las TIC de aquellos que no reúnen estas condiciones. En su lugar, se debe favorecer la inclusión digital de los mayores, ofreciendo la información y la formación necesaria a las personas mayores para que éstas conozcan el verdadero partido que les pueden sacar a las TIC en su vida diaria.

Para las empresas del sector TIC las posibilidades de diseñar y desarrollar artículos y servicios para los mayores es enorme, desde portales y sitios web, aplicaciones (apps para móviles) o teléfonos móviles, adaptados a sus necesidades y con un diseño, accesibilidad y usabilidad óptimo para ellos. Asimismo, la e-administración tiene un largo camino que recorrer para llegar hasta los usuarios más mayores.

Gráfico 3. Proyección del gasto público en pensiones (porcentaje del PIB)



Los mayores ante la jubilación y el sistema de pensiones

La palabra jubilación proviene de júbilo, que significa felicidad. Cada vez son más los seniors que aguardan con anhelo el momento de jubilarse para empezar a disfrutar de su tiempo libre y que desean sacarle más partido a esta etapa vital. Hasta ahora, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, el Estado de Bienestar, diseñado tras la Segunda Guerra Mundial, ha garantizado las pensiones a través de un sistema de reparto basado en la solidaridad intergeneracional, para cubrir la contingencia de la jubilación.

Sin embargo, estos sistemas fueron diseñados cuando la media de la esperanza de vida se distribuía alrededor de los 50 años, mientras que ahora la esperanza de vida prácticamente se ha doblado y es de 80 años. Esto significa que el gasto público en pensiones no ha dejado de crecer, debido a que cada vez hay más personas mayores jubiladas y que éstas tienen que cobrar sus pensiones durante más años. Así, según las previsiones actuales, el gasto público de las pensiones en España habrá aumentado de un 8% del PIB en 2005 a un 16% en 2050, esto es, se habrá duplicado en unas pocas décadas y, según esta proyección, únicamente Japón tendrá una evolución peor que España.

Esta situación genera tensiones sobre el sistema público de pensiones y apunta a su insostenibilidad si se pretenden lograr los siguientes objetivos:

- “Garantizar unos mínimos vitales por debajo de los cuales no se debe permitir que nadie caiga.”
- “Minimizar la pérdida de poder adquisitivo de los individuos cuando se produce la contingencia de jubilación.”
- “Evitar el progresivo empobrecimiento de los segmentos pasivos de la población con respecto a los activos.”

Atendiendo a estos objetivos, la evolución en los últimos años se ha caracterizado por una pérdida del valor adquisitivo: “Desde 1990, la base máxima de cotización, es decir, de las categorías de 1 a 4 del régimen general, ha perdido un 20% de poder adquisitivo relativo al incremento del IPC y un porcentaje ligeramente superior relativo a la evolución de los salarios medios”⁽¹²⁾.

Para resolver los problemas de financiación de las pensiones públicas a largo plazo, bastaría con seguir permitiendo la paulatina reducción en términos reales de las bases de cotización. Pero, por esta vía, los principales afectados por la pérdida del poder adquisitivo y el empobrecimiento en el momento de la jubilación son y van a ser las clases medias, mientras se mantenga el sistema actual de pensiones públicas y los planes de rentas vitalicias contratados con las empresas privadas sigan representando una parte muy modesta del total.

Los ciudadanos de clase media, aquellos que cobran entre

25.000 y 100.000 euros anuales, son los más perjudicados por el mantenimiento del actual sistema público de pensiones, porque mientras siguen en activo están pagando las pensiones de sus padres a la par que soportan la mayor parte de la carga redistributiva de los Presupuestos Generales del Estado. Y cuando se jubilen, cobrarán unas pensiones muy inferiores a los salarios que están percibiendo durante su vida laboral. Habrán sufrido un empobrecimiento muy significativo. Es decir, cuanto más se desvinculen las pensiones futuras de los salarios que realmente cobran en la actualidad los trabajadores y profesionales de clase media en activo mayor será lo que se conoce como “deriva beveridgeana”.

En cambio, los más ricos no se verán afectados, mientras que los más pobres son los más beneficiados, porque el sistema garantiza en el límite la percepción de las pensiones por encima de ese mínimo vital al que alude Beveridge gracias a la acción conjunta del sistema de reparto y los complementos mínimos.

Algunos Estados, incluido España, ya están en el camino de acometer una reforma del sistema público de las pensiones para poder garantizarlas. El retraso de la edad de jubilación, que se ha fijado en los 67 años en España, ha sido una de las medidas adoptadas por el Gobierno en 2013, así como dejar de vincular el incremento de las pensiones al Índice de Precios al Consumo (IPC). Pero estas medidas son a todas luces insuficientes para cumplir los objetivos de Beveridge, meras soluciones parciales para un sistema que requiere soluciones profundas. Además, la evolución de la demografía española, según la cual se prevé, en 2050, que haya una persona dependiente (de 0 a 14 años y de más de 65 años) por 1,2 ciudadanos activos también afectará a la sostenibilidad del sistema público de pensiones.

La mejor manera de afrontar el reto que plantea la evolución de la pirámide demográfica española, con una población cada vez más envejecida, es lograr “una transferencia amplia y asequible del riesgo de longevidad de los individuos al sector financiero y que esta transferencia, que aún está lejos de materializarse, debería ser propiciada por el sistema complementario de pensiones privadas”⁽¹³⁾.

España cuenta con un sistema complementario de pensiones privadas de carácter voluntario desde hace veinte años que, a pesar de gozar de incentivos fiscales parecidos a las pensiones públicas, sigue siendo muy modesto.

Ante esta situación, en nuestro país existe un margen para poner en marcha un sistema complementario de pensiones obligatorio de la mano de las empresas privadas.

Este planteamiento ya ha sido adoptado por algunos países de nuestro entorno. Dos ejemplos paradigmáticos al respecto son Suecia y el Reino Unido. Estos modelos de pensiones se fundamentan en dos pilares:

- El primer pilar es mantener el sistema público de reparto

de las pensiones, pero complementándolo con aportaciones de los Presupuestos Generales del Estado y, de esta forma, garantizar el objetivo de mantener las condiciones de vida del conjunto de todas las personas pensionistas por encima del umbral de la pobreza.

- El segundo pilar complementario y obligatorio, para todos los individuos con actividad laboral, consiste en contribuciones de ahorro previsión para un plan de capitalización, para obtener pensiones vitalicias que complementen las pensiones públicas. En Suecia, este sistema complementario para garantizar las pensiones es público, porque el privado estaba poco desarrollado, mientras que en el Reino Unido es público-privado, porque ya contaba con uno de los sistemas de pensiones privadas más desarrollados del mundo.

Pero, actualmente, los planes de pensiones individuales –la modalidad más extendida para completar los sistemas públicos de pensiones– apenas representan el 8% del PIB, cuando en otras economías desarrolladas como el Reino Unido asciende al 73%, en Estados Unidos, un 67,8% y en Japón, un 25,2%. Una de las razones que explica la reticencia de los ciudadanos a contratar un plan de pensiones individual para ir ahorrando posiblemente sea que carece de la suficiente cultura financiera para llevar a cabo esta planificación a largo plazo y, por lo tanto, ésta debería incrementarse.

El reto para garantizar el sistema de pensiones a personas cada vez más longevas es, pues, ingente; la necesidad de resolverlo es crucial, especialmente para las clases medias y no admite demoras si se quiere mantener la sostenibilidad del sistema.

Resultados de la encuesta 2. Aspectos para mantener una buena calidad de vida

Los aspectos relacionados con la salud son los más valorados por el colectivo de personas mayores. Entre ellos se prioriza disponer de una buena salud, tener garantizado el acceso al sistema público de salud, frente a tener acceso al sistema privado de salud, que figura en las últimas prioridades y mantener las capacidades intelectuales como forma mantener una buena calidad de vida durante la jubilación.

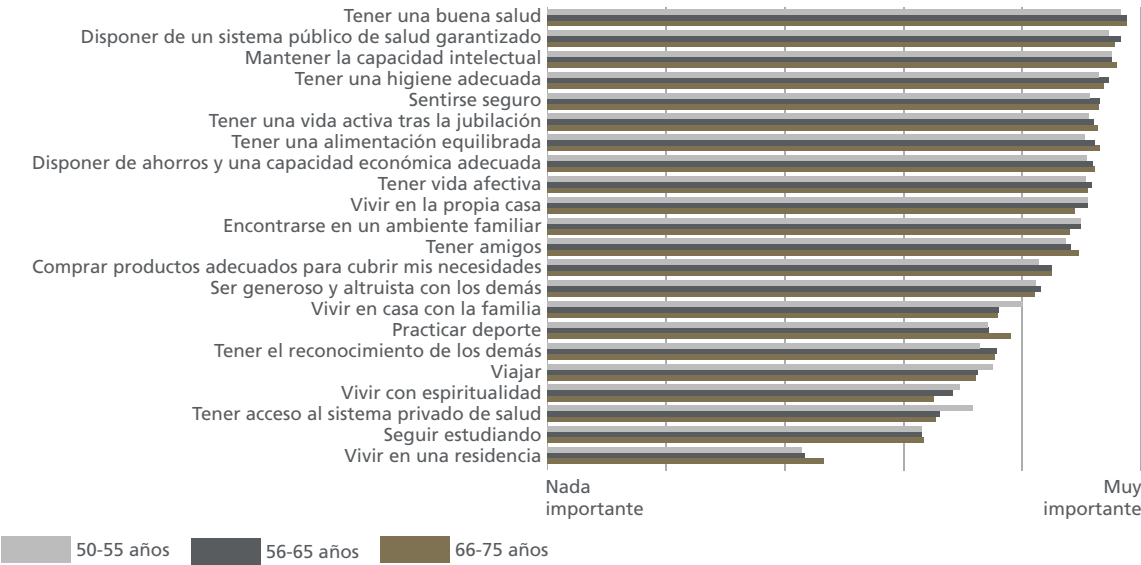
En segundo término figuran los aspectos relacionados con el ámbito afectivo. Entre los aspectos más valorados cabe destacar el sentimiento de seguridad, el tener una vía afectiva tanto en el ámbito familiar y del hogar, como a nivel de amistades. En este sentido, cabe destacar que las personas

mayores priorizan por este orden vivir en su propia casa, vivir en casa con la familia y vivir en una residencia.

Respecto a los aspectos más materiales como disponer de los ahorros suficientes, la capacidad para comprar productos para dar respuesta a las necesidades, o la posibilidad de realizar actividades como viajar figuran en tercer lugar.

Por último los aspectos relacionados con la espiritualidad, la formación y el reconocimiento social figuran en el último lugar de las prioridades de las personas mayores como actividades para mantener una buena calidad de vida durante la jubilación.

De la siguiente lista valore la importancia que usted da a los siguientes factores para mantener una buena calidad de vida a partir de la edad de jubilación



Resultados de la encuesta 3. Factores que influyen en la compra de productos y servicios

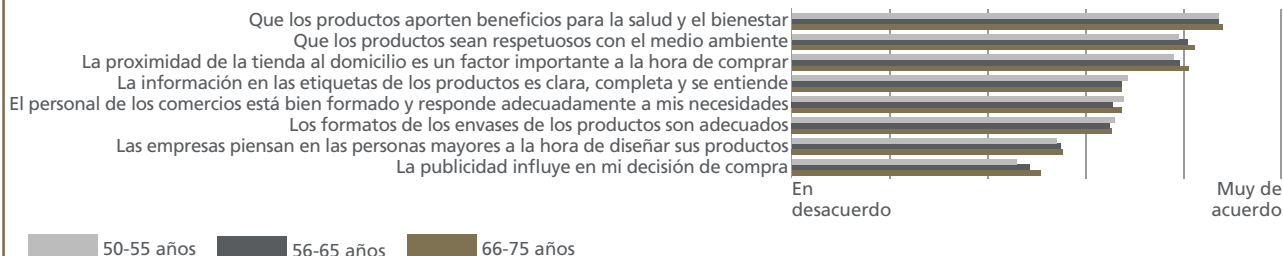
Los aspectos que más influyen, según la propia percepción del colectivo de personas mayores, en el momento de la compra de un producto o servicio son que éstos aporten beneficios para la salud y que sean respetuosos con el medio ambiente. También valoran la proximidad de la tienda al domicilio. Por otro lado, afirman que la publicidad no les afecta en sus decisiones de compra.

Los encuestados se muestran críticos con las empresas, al considerar que estas no piensan en las personas mayores en

el momento de diseñar sus productos. Por ejemplo, no desarrollan productos para personas que vivan solas o envases que realmente sean fáciles de abrir.

A pesar de todo esto, y aunque no existen diferencias significativas entre los grupos de edad, se otorga mayor importancia a la proximidad de la tienda, a la información clara y transparente sobre los productos, al asesoramiento y atención del personal comercial y a los formatos de los envases.

Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore su grado de acuerdo con las siguientes frases



Parte II. Las necesidades de las personas mayores

El alargamiento de la vida y el envejecimiento de nuestra sociedad presenta toda una serie de retos y oportunidades de cambio y de mejora para todos los actores del sistema: las entidades privadas, los poderes públicos y, también, los ciudadanos.

Los sectores económicos afectados por el “agequake”, pero al mismo tiempo beneficiados por este, podrán desplegar numerosas iniciativas y mejorar su posición en ámbitos como la alimentación e hidratación, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la sanidad y la salud y la farmacia, junto al sector asegurador y financiero. Todos ellos deben asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades de las personas mayores con productos y servicios adaptados a sus necesidades.

1. Alimentación, nutrición e hidratación

1.1. La importancia de una alimentación sana

“Que sea tu alimento tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”. Esta máxima de Hipócrates, famoso médico de la Grecia clásica, recoge desde la antigüedad la importancia que tiene seguir una alimentación sana y equilibrada para mantener la salud y evitar el desarrollo de diversas enfermedades. La mejor medicina para el organismo es la preventiva, y uno de los pilares de la prevención es la buena alimentación, para nutrirse e hidratarse correctamente. Un organismo bien nutrido e hidratado puede realizar bien sus funciones, mientras que uno que no lo esté, se resiente y acaba enfermando.

Una correcta nutrición e hidratación, a través de una alimentación sana, es la clave para prevenir numerosas enfermedades. Se sabe que con unas normas básicas de alimentación equilibrada, enmarcada dentro de un estilo de vida saludable que incluya el ejercicio físico, es posible prevenir enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de mortalidad en España y en las sociedades desarrolladas y diversos tipos de cáncer, que es la segunda causa de mortalidad en nuestro país.

Una mala alimentación y la carencia de una hidratación adecuada pueden, por lo tanto, generar problemas de salud a cualquier edad. Pero, en el caso de las personas mayores, las consecuencias pueden ser muy graves, al tener un sistema inmunitario más debilitado. La calidad de vida y la longevidad están muy relacionadas con el cuidado de la nutrición e hi-

dratación. Asimismo, si las personas mayores subestiman la importancia de ambos aspectos no sólo pondrán en riesgo su salud, sino la del sistema sanitario, que tendrá que afrontar costes muy elevados para tratar los procesos patológicos de los que enfermen. Y la repercusión económica de las enfermedades irá en aumento, puesto que cada vez habrá más población longeva.

1.1.1. Alimentación recomendada para las personas mayores

No realizamos la misma actividad ni precisamos la misma energía a los 20 que a los 60 o a los 80 años. Nuestro cuerpo no responde igual, ni tiene las mismas necesidades. Por eso, hay grupos de alimentos más adecuados para una edad que para otra y las cantidades necesarias de consumo son diferentes. Para nutrir correctamente a nuestro cuerpo y que pueda realizar sus funciones de la mejor manera posible, es importante elegir lo que más nos conviene consumir. Algunas recomendaciones⁽¹⁾:

- **Lípidos y grasas:** se consideran la energía o combustible que el organismo necesita para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En este grupo de alimentos figuran grasas saludables para el organismo como las del aceite de oliva (3-6 raciones al día)* y de los frutos secos (3-7 raciones a la semana), y otras grasas que pueden resultar nocivas y cuyo consumo debe ser ocasional y moderado, como las de las carnes grasas y embutidos, así como la bollería industrial, la mantequilla y la margarina.
- **Glúcidos e hidratos de carbono:** también son fuente de energía. En este grupo figuran el pan, el arroz y la pasta (4-6 raciones al día en formas integrales), las legumbres (2-4 raciones a la semana), los frutos secos (3-7 raciones a la semana) y los dulces, refrescos y snacks, cuyo consumo debe ser ocasional y moderado.
- **Las proteínas:** son materia que ayudan a construir nuevas estructuras y a mantener la musculatura. Entre ellas figuran la leche y sus derivados (2-4 raciones al día), pescados (3-4 raciones a la semana), carnes magras, de aves y huevos (3-4 raciones de cada a la semana), las legumbres (2-4 raciones a la semana) y los embutidos y las carnes grasas, cuyo consumo debe ser ocasional y moderado.
- **Vitaminas y minerales:** son sustancias reguladoras que permiten mantener todos los procesos del organismo y una importantísima fuente de antioxidantes. Están presentes en

las frutas (3 o más raciones al día), las verduras y hortalizas (2 o más raciones al día), las legumbres (2-4 raciones a la semana), los frutos secos (3-7 raciones a la semana).

- Fibra: es una sustancia reguladora que permite controlar la función intestinal, crucial en las personas mayores, tendientes al estreñimiento. Son ricos en fibra alimentos como las frutas, las verduras y hortalizas, las legumbres, los frutos secos, el pan, la pasta y el arroz en formas integrales, que se deben consumir con la frecuencia y en las cantidades expuestas anteriormente.
- El agua: actúa como vehículo de transporte de las sustancias que se ingieren para que lleguen a las células y partes que las requieren del organismo. Hay que consumir 4-8 raciones al día, es decir entre 4 y 8 vasos al día.

() Nota aclaratoria: En el caso del aceite de oliva, una ración es una cucharada sopera, en el caso de los alimentos a granel (legumbres, arroz, frutos secos, etcétera), una ración es un puñado o 15-20 unidades; en el caso de las carnes y los pescados, una ración corresponde a un filete; en el de las frutas, una ración equivaldría a una pieza; en el del pan, a un panecillo; y en el del agua y otros líquidos, a 200 ml., es decir, a un vaso.*

La dieta mediterránea sigue los criterios expuestos anteriormente. Es una de las dietas más sanas del mundo y fuente de enormes beneficios para la salud, hasta el punto de que ha sido declarada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Esta se fundamenta en el consumo de frutas y verduras (la suma entre unas y otras debe ser de cinco raciones al día), alimentos ricos en antioxidantes que ralentizan el envejecimiento del organismo; pescado azul (rico en ácidos Omega 3, muy buenos para el cerebro y prevenir enfermedades como la de Alzheimer); y grasas saludables como las que contienen el aceite de oliva y los frutos secos, que ayudan a prevenir enfermedades cardiovasculares.

Estos alimentos se complementan con los de otros grupos, que se deben consumir con la frecuencia y cantidades expuestas previamente. En los últimos años se han hecho importantes descubrimientos respecto a la buena nutrición y alimentación. Así, se ha descubierto que el consumo de una copa de vino al día (muy arraigado en la cultura mediterránea) también protege de las dolencias del corazón y que el chocolate (negro) no es tan malo como se postulaba hace años, sino que el consumo de una onza al día es bueno para el corazón y para el cerebro.

1.1.2. Hábitos de las personas mayores en España

Hoy en día, los ciudadanos tienen a su alcance información correcta sobre nutrición. Eso no significa que su dieta y comportamientos alimenticios respondan a aquello que saben que es más conveniente. Los mayores no son una excepción⁽²⁾.

Respecto al consumo de fruta fresca, casi el 75% de los varones y el 80,2% de las mujeres de entre 65 y 74 años dicen consumirla a diario y estos porcentajes se mantienen en la misma línea a partir de los 75 años. Sin embargo, el consumo de las raciones recomendadas (3 piezas al día) dista mucho del deseado, pues sólo el 16,77% de los hombres y el 10,9% de las mujeres de 65-74 años consumen esta cantidad y estos porcentajes también son parecidos a partir de los 75 años.

El consumo diario de verduras cocinadas, ensaladas (crudos) y hortalizas es menor. Las toman cada día el 53,1% de los hombres y el 58,24% de las mujeres con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años. Este consumo diario decrece a partir de los 75, pues es del 49,7% entre los varones y del 54,9% entre las mujeres. De nuevo, como ocurre con la fruta, los mayores se alejan del consumo diario de raciones recomendadas, aunque experimenta un repunte muy leve con la edad, puesto que consumen 3 raciones al día el 30,5% de los hombres y el 30,12% de las mujeres entre los 65 y 74 años y el 33,16% de los hombres y el 31,47% de las mujeres a partir de los 75 años.

En cuanto al consumo de pan y cereales, indispensable para la buena función intestinal de los mayores, el 86,71% de los varones y el 85% de las mujeres entre 65 y 74 años los consumen a diario, pero sólo el 8,93% de los hombres y el 8,91% de las mujeres lo hacen en las cantidades de 3 o más raciones recomendadas. No obstante, es posible que el resto complementen el aporte de fibra que necesitan al consumir otros grupos de alimentos, aunque no toda la población los toma con la frecuencia deseada. Así, las legumbres sólo las toman 3 veces por semana porcentajes situados alrededor del 25% de los mayores de 65 años.

En referencia a las proteínas, un porcentaje de sólo el 5% de los mayores dicen consumir carne a diario. En cambio, cerca del 50%, y en el caso de los varones de 65-74 años algo más, el 51,01%, la consumen 3 veces o más a la semana. El pescado es la siguiente proteína que se consume con más frecuencia, pues lo toman 3 veces a la semana en torno al 44% de los mayores, aunque en el caso de las mujeres de 65-74 años es algo superior, situándose en el 48,75%. Finalmente, el huevo es una proteína que se consume con menos frecuencia, si bien al menos el 62% de los mayores lo consumen dos veces a la semana.

En el caso de los productos lácteos y sus derivados, importantes para prevenir la osteoporosis, el consumo diario es muy alto, del 82,57% de los hombres y el 88,6% de las mujeres de los 65 a los 74 años y crece ligeramente a medida que aumenta la edad. Sin embargo, el porcentaje de los que consumen las 3 raciones aconsejadas contrasta notablemente con el de los que dicen consumirlos diariamente, pues es muy inferior: del 6,98% entre los hombres y el 5,45% de las mujeres, porcentajes que decrecen con la edad.

Más de la mitad de los mayores de 65 años consumen 3 raciones o más, de hidratos de carbono como el arroz, la pasta y las patatas.

La ingesta de productos que debería ser ocasional y moderada varía. Así, los mayores consumen más dulces de la cuenta, puesto que el 22,88% de los hombres y el 24,15% de las mujeres con edades entre 65 y 74 años toman dulces a diario y este porcentaje sube con la edad, ya que a partir de los 65 años los consumen un tercio de los mayores cada día (el 30,08% de los hombres y el 30,84% de las mujeres).

En cambio, el consumo diario o con menor frecuencia de otros productos desaconsejados en el esquema de la dieta mediterránea tradicional, como los refrescos azucarados, los embutidos y fiambres, los aperitivos y comidas saladas para picar o la comida rápida es muy insignificante en muchos casos. A menudo no llega al 1%, y rara vez supera el 5% del total de la muestra de mayores encuestados, salvo en el caso de los embutidos entre los varones de 65-74 años, ya que dicen consumirlos a diario el 9,93% y el 6,88% a partir de los 75 años⁽²⁾.

Estos datos reflejan que, en líneas generales, los mayores siguen un esquema de dieta tradicional, pero alejados de las cantidades recomendadas para prevenir problemas de salud propios de la edad como el estreñimiento, la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, entre otras. Asimismo, el consumo de dulces a diario de un tercio de la población incrementa el riesgo notable de que desarrollen diabetes. Por lo tanto, hay un amplio margen para mejorar los hábitos alimentarios de los mayores para que se acerquen a los estándares recomendados.

1.2. Patrones de conducta de las personas mayores en alimentación y nutrición

Cuidar qué se come y cómo se hace es necesario para vivir más años, pero sobre todo para vivir mejor. Se ha comprobado que unos hábitos dietéticos saludables reducen el riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes, osteoporosis, anemia e, incluso, algunos tipos de cáncer, como se ha mencionado anteriormente.

Sin embargo, entre las personas mayores muchas son las que no se alimentan correctamente, al haber perdido piezas dentales, tener falta de apetito, la modificación de los sentidos del olfato y el gusto, la medicación o la disminución digestiva, por la cual las personas mayores se sienten saciadas cuando apenas han empezado a comer. También influyen otras dificultades propias de la edad avanzada que tienen las personas mayores como ir a comprar los alimentos y prepararlos, así como masticar y tragar. Es obvio que, para las personas mayores, comer se puede convertir en un problema y, por esta razón, muchas acaban reduciendo su ingesta o modificando

su dieta para facilitarla, sin darse cuenta de los problemas que esta decisión puede acarrearles a medio plazo.

1.2.1. Dificultades de las personas mayores para nutrirse

Algunos de los factores que, en particular, más inciden en la forma de alimentarse de las personas mayores son los que se reseñan a continuación:

- Enfermedades de la boca o pérdida de piezas dentales: se trata de un pez que se muerde la cola, pues las enfermedades de la boca o la pérdida de las muelas les impiden masticar y salivar correctamente. Durante años, no se ha prestado atención a la saliva y, sin embargo, esta tiene un papel muy importante para el organismo, al realizar funciones protectoras y ayudar a percibir los alimentos y a tragarlos.

Problemas de deglución o disfagia: la dificultad para tragar los alimentos o líquidos que muchas de las personas mayores padecen se conoce como disfagia y puede conducir el paso de los alimentos hacia los pulmones o bronquios. La tos y la sensación de ahogo pueden ser habituales.

Para evitar estos problemas, se pueden modificar la textura, consistencia de los alimentos, apostar por los purés, yogures o cremas. Hay que tomarse el tiempo necesario para comer y, en la medida de lo posible, hacerlo en compañía.

- Pérdida de apetito, a pesar de la pérdida de apetito o de otros problemas relacionados a la acción de comer, las personas mayores deberían realizar al menos tres comidas completas al día. Y no sólo eso, sino seguir una dieta equilibrada, variada, así como moderar la sal, el azúcar, las grasas y los fritos.

1.2.2. Dificultades de las personas mayores para hidratarse

Entre otras transformaciones físicas, al envejecer, se cambia de peso y de talla, se modifica la composición corporal, disminuye la masa muscular, desciende la eficacia de los mecanismos de control regulados por el sistema nervioso y la sensación de sed se altera y es mucho menor que en etapas previas de la vida. Debido a esto último, las personas de edad avanzada, a menudo no perciben que tienen sed hasta que están al borde de la deshidratación o, lo que es peor, ya se han deshidratado.

Las autoridades sanitarias establecen en dos litros el consumo diario de líquido saludable. Pero, teniendo en cuenta esa referencia de consumo, dos terceras partes de los mayores de 50 años en nuestro país se hidratan de forma insuficiente y solo el 35,9% de este grupo poblacional alcanza el mínimo establecido. Por lo tanto, el 64,1% de esta población se hidrata de forma insuficiente, el 32,7% consume entre litro y medio y dos litros de líquidos y el 31,4% consume menos de un litro y medio al día⁽³⁾.

De hecho, entre las personas de más de 64 años hospitalizadas en nuestro país, la deshidratación es uno de los diez diagnósticos más habituales. Esa mala hidratación genera, entre otros, problemas de salud importantes como los siguientes:

- Disminución de la absorción
- Disgregación de los alimentos
- Estreñimiento
- Litiasis
- Sequedad de la mucosa y la lengua
- Piel seca
- Ojos hundidos
- Problemas de electrolitos
- Disminución de la funcionalidad física
- Confusión e irritabilidad⁽³⁾

Los efectos de la deshidratación son muy negativos entre personas mayores, pero la buena noticia es que este es un problema que se puede prevenir fácilmente: Hidratarse bien está directamente relacionado con la calidad de vida y, por lo tanto, ayuda a evitar la dependencia.

1.2.3. Patrones de compra de las personas mayores en alimentación

La heterogeneidad de las personas mayores también se puede ver reflejada en los patrones de consumo en alimentación. Existe un subgrupo que sigue una dieta tradicional y basada en unos hábitos de consumo saludables, mientras que otro sigue una dieta hipercalórica, por lo que se hace recomendable llevar a cabo algún tipo de acción dirigida a mejorarla⁽⁴⁾.

En lo que respecta a las compras de los productos de alimentación, las personas mayores situadas en la franja de edad de los 55 a los 75 años constituyen un subgrupo de “consumidores innovadores”, en especial los que tienen menos de 65 años, ya que no tienen miedo a probar los productos nuevos que se lanzan al mercado y, de forma progresiva, sobre todo los residentes en las grandes urbes están comenzando a comprar más en las grandes superficies y grandes supermercados, frente a la vieja y tópica imagen de la persona mayor que compra en un pequeño colmado.

Ahora bien, la preferencia por el pequeño comercio próximo sigue siendo una realidad para las personas mayores. Conforme aumenta la edad, estas declinan probar productos innovadores y tienden al consumo conservador, se muestran más fieles a las marcas de toda la vida y acuden a comercios próximos por la confianza que les transmiten los dueños de esos establecimientos. Asimismo, compran menos alimentos, una tendencia que se agudiza conforme se hacen más mayores, esto

es, compran lo justo para pasar uno o dos días y en pequeñas cantidades, pues no pueden transportar compras que pesen mucho hasta sus domicilios ni tampoco tienen capacidad para consumirlas. No obstante, las grandes superficies de las grandes ciudades están ganando consumidores seniors gracias a la puesta en marcha de servicios de compras a domicilio.

Para las personas mayores, la compra es un acto social. Un ejemplo al respecto es que los hombres, una vez jubilados, se encargan de hacer las compras porque, para ellos, es una forma de seguir activos. Pero las decisiones respecto a las compras las suelen tomar las mujeres en la mayoría de los hogares en que hay varios mayores conviviendo.

1.2.4. Patrones de consumo de líquidos de las personas mayores

Frente a los dos litros diarios que recomiendan las autoridades sanitarias, el consumo medio de hidratantes entre los mayores está en 1,791 ml. al día. También cabe destacar dos patrones más de consumo: esta cantidad disminuye a medida que avanza la edad y es mayor entre las mujeres en un 3%.

En muchos casos, se asocia la hidratación con beber agua. Es cierto que el consumo medio de agua es de alrededor de un litro diario en las personas mayores frente al medio litro de otros líquidos y el cuarto de litro de otros hidratantes. De hecho, casi el 99% de las personas con más de 50 años declara haber bebido agua el día anterior. Es curioso y cabe destacar que, conforme avanza la edad, disminuye el consumo de agua.

Si bien el agua es el componente principal de la hidratación, los mayores también eligen otros líquidos para hidratarse. Otro dato curioso y destacable es que el consumo de hidratantes se diferencia en función del género. Las mujeres prefieren más leche, zumos e infusiones que bebidas alcohólicas. Con los años el consumo de frutas y sopas, otra importante fuente de hidratación, aumenta y, en cambio, el de verduras disminuye.

Los patrones de hidratación de las personas mayores, respecto a diferentes tipos de líquidos y otros hidratantes, son los siguientes:

Consumo de líquidos

- Leche: en contraste con el consumo de agua, conforme las personas se hacen mayores, beben más leche.
- Zumos: una tercera parte de las personas mayores consume zumos y, entre estos, prefiere los naturales y, si es posible, los cítricos.
- Infusiones: una de cada cinco personas de mayor edad las consume, sobre todo las mujeres.
- Café: es un clásico, aunque en pocas cantidades.

- Cerveza: su consumo no es muy habitual y disminuye con la edad.
- Refrescos: su consumo está extendido entre los mayores, pero disminuye significativamente cuanto más mayor es la persona consultada.
- Vino: la cultura del vino está muy extendida en nuestro país, también entre los mayores. Aún así, el consumo no es muy elevado y es más común entre los hombres.
- Bebidas isotónicas: las personas mayores no acostumbran a beberlas, a pesar de que los médicos las recomiendan por sus beneficios para los problemas digestivos o como fuente de hidratación.

Consumo de otros hidratantes

Como ya se ha expuesto, el consumo de fruta está extendido: los mayores tienen el hábito de tomar alguna pieza cada día. En cambio, sólo uno de cada tres reconoce consumir sopas o caldos⁽³⁾.

Otros patrones de conducta respecto a la hidratación

A tenor de los datos presentados, como también se ha señalado antes, la deshidratación es un problema entre este grupo de población. Sin duda, el desconocimiento sobre cuáles son los niveles adecuados para tener una buena hidratación influye notablemente en esta situación. El médico tiene un papel muy influyente sobre las personas mayores, para que adopten hábitos de comportamiento correcto. De hecho, desempeñan un rol mucho más importante que otros profesionales en el ámbito de la salud, pero también que el de algunos familiares cercanos.

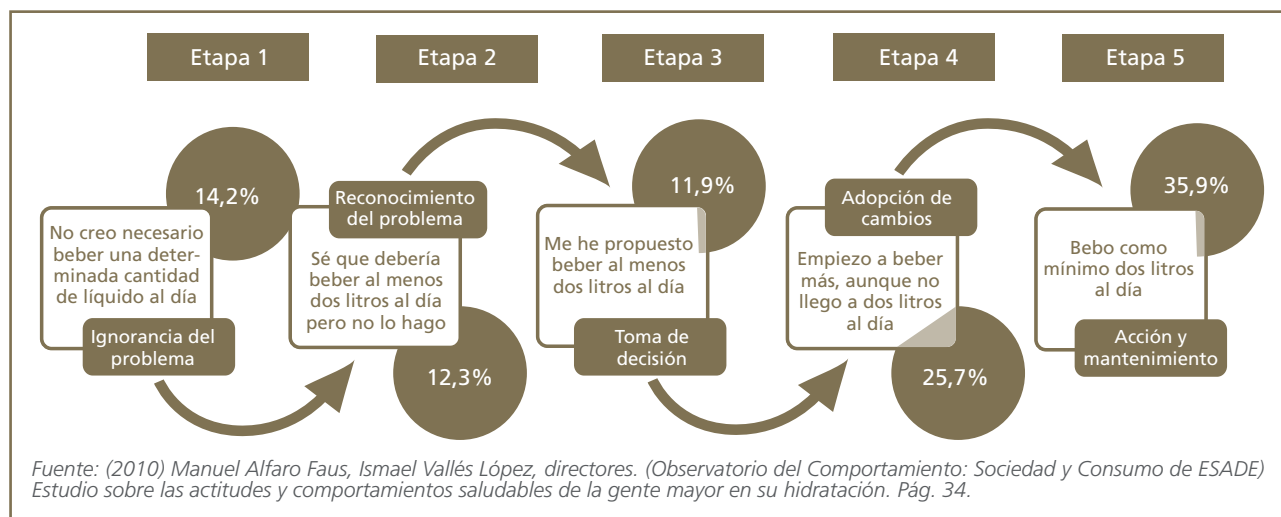
Aunque la desinformación no es el único factor que incide en la mayor o menor hidratación de las personas mayores, también hay aspectos psicológicos o físicos, como los destacados al principio del capítulo, que son relevantes. Por eso, al entender quién bebe mejor o más, es crucial tener en cuenta algunos aspectos positivos como los siguientes:

- La sensación de tener sed influye positivamente.
- Las personas que aspiran a la belleza y al cuidado personal, a través del ejercicio físico también son las que más beben.
- Los individuos que se preocupan por su salud también tienen interiorizados estos hábitos.
- Los factores ambientales tienen su peso, pues, aunque sea obvio, es bueno recordarlo. Allí donde hace más calor, la población bebe más para refrescarse. Allí donde hace frío, la gente opta por beber para calentarse. Pero la hidratación debe ser la correcta todo el año.
- El nivel de formación también está relacionado de forma positiva con hidratarse, al igual que también lo está el hecho de convivir con personas jóvenes.

No obstante, cabe reseñar también algunos aspectos negativos:

- La compra de algunos productos plantea dificultades a las personas mayores, por su peso, cantidad y manera de abrirse.
- El avance de la edad conlleva problemas que afectan a las capacidades físicas y a los sentidos. Y la pérdida del gusto y el olfato inciden negativamente en el hábito de consumir líquidos.

Gráfico 4. Actitudes de los mayores frente a la necesidad de hidratarse



Reacción del consumidor

Es importante que el consumidor mayor sea consciente de que su bajo consumo de hidratantes conlleva problemas de salud y de dependencia. Un 12,3% reconoce el problema que entraña no seguir las pautas correctas, pero no actúa en consecuencia. Existe un grupo ligeramente inferior, del 11,9%, que se está planteando comportarse correctamente, pero no lo hace.

Pero no todo son resultados negativos: Un 25% de los entrevistados se hidratan, aunque no en el nivel adecuado y un 35,9% consume, como mínimo, los dos litros recomendados. Pero no hay que perder de vista que mantener regularmente este consumo no es fácil. Se requiere esfuerzo, teniendo en cuenta todos los condicionantes, ya explicados, que operan en su contra⁽³⁾.

Resultados de la encuesta 4. Necesidades en el sector de la alimentación, la nutrición y la hidratación

La calidad es el factor más importante a la hora de contratar productos de alimentación y nutrición entre el colectivo de personas mayores. El concepto de calidad se asocia principalmente a la composición de los alimentos, pero también al formato de sus envases. Demandan que los productos de alimentación sean lo más naturales posibles, minimizando la cantidad de aditivos y conservantes. Además, piden a las marcas más sensibilidad hacia las personas con intolerancia a productos como, por ejemplo, la lactosa o el gluten. Respecto al diseño del envase, reclaman una mayor oferta de formatos para adaptarse a las necesidades de familias más reducidas y que el material usado sea más respetuoso con el medio ambiente.

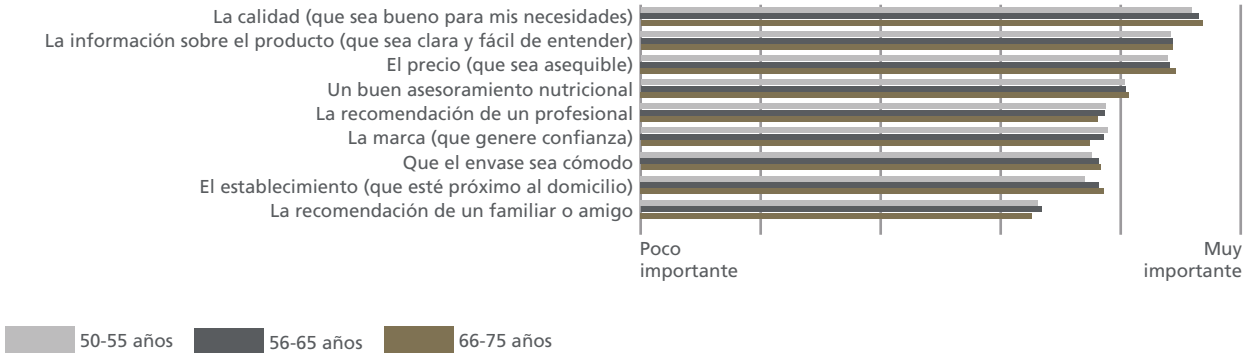
La información del producto debe ser clara y fácil de entender. Consideran que el etiquetado en los productos debería ser más claro, legible, con una letra de mayor tamaño y que la fecha de caducidad sea más fácil de localizar para el consumidor.

Los precios se consideran abusivos, no perciben su disminución al mismo ritmo que los salarios y por lo tanto ven reducida su capacidad adquisitiva. Además echan en falta más ofertas para compras de poco volumen, que no sólo sean ofertas por ejemplo de tres productos por el precio dos.

Las personas mayores aprecian un buen asesoramiento nutricional mediante una mayor oferta de cursos sobre alimentación gratuita o a precios razonables.

En cuanto a las diferencias entre grupos de edad, destaca la mayor importancia que las personas de 66-75 años dan a la proximidad del establecimiento respecto al resto de colectivos. Entre los otros factores no se observan grandes diferencias a medida que avanza la edad excepto una progresiva disminución en la importancia de que las marcas generen confianza.

Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore su grado de acuerdo con las siguientes frases



2. Salud y sanidad

2.1. Diagnóstico del estado de salud de las personas mayores

El gasto sanitario en España mantiene su tendencia al alza por razones demográficas y de inversión tecnológica. Su distribución varía en función del género y la edad de los usuarios del sistema y sigue un patrón conocido en forma de “J”⁽¹⁾. El gasto por persona y año es más elevado en los dos extremos de la vida, durante el primer año tras el nacimiento y en las etapas de madurez, y más moderado en las etapas jóvenes e intermedias de la vida, salvo en el caso de las mujeres, en que se observa un gasto más alto que el generado por el hombre, debido a su función reproductiva. A partir de los 55 años, los gastos comienzan a diferenciarse de nuevo y son más elevados en el hombre, probablemente por episodios graves con riesgo de muerte. Y, a partir de los 61 años, se observa que el gasto sanitario comienza a ascender de forma más importante y sigue creciendo hasta alcanzar cantidades, a partir de los 76 años y más, de 4.282 euros anuales en el caso de los hombres o 3.546 al año, en el de las mujeres.

No obstante, el escenario de futuro que se dibuja desde ahora hasta el 2052, según la evolución estimada por el INE, que es de descenso de la población, podría mitigar el incremento sobre el PIB, que podría bajar del 7% del gasto sanitario respecto al PIB en la actualidad al 4,5% a lo largo de los próximos cincuenta años ⁽¹⁾.

De cumplirse estas proyecciones, el factor aumento de la longevidad quedará compensado por el factor descenso del número de habitantes en España iniciado debido a la emigración relacionada con la crisis económica, y, por lo tanto, a diferencia de lo que ocurre con el sistema de pensiones, habrá una oportunidad de gestionar mejor el gasto sanitario, si se aplican las medidas correctoras adecuadas.

El sistema sanitario español está muy bien valorado por los ciudadanos, 6,57 puntos sobre 10 en 2011, sólo un 4,2% opina que debe reformularse por completo y un 48% que deben hacerse algunos cambios, según datos del Barómetro Sanitario ⁽¹⁾. Esta buena valoración del sistema, junto a la buena dotación de equipos tecnológicos y personal bien formado son sus principales fortalezas.

Sin embargo, estas fortalezas no bastan para compensar numerosas debilidades o deficiencias que tiene el sistema: deficiencias de gobernanza; falta de corresponsabilidad de los usuarios de la sanidad, que a menudo realizan visitas innecesarias; falta de benchmarking y de transparencia informativa; falta de evaluaciones rigurosas de coste-efectividad, por ejemplo al comprar tecnología; rigidez de los sistemas retributivos y del régimen de personal; ausencia de relación entre los sistemas

de pago y los resultados de la asistencia; deficiencias en el aprovisionamiento de los proveedores farmacéutico y hospitalario, aunque poco a poco se van solucionando con centrales de compras; reducida inversión en salud pública; y, sobre todo, que sigue siendo un modelo orientado a los pacientes agudos.

Las principales amenazas que se ciernen, por lo tanto, sobre el sistema sanitario español son el envejecimiento de la población, puesto que se espera que, en 2049, el 31,9% de los españoles sean mayores de 65 años, frente al 17,31% que actualmente superan esta edad⁽¹⁾; el aumento de las enfermedades crónicas, que motivan un 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 72% del gasto sanitario⁽¹⁾; la inflación sanitaria, debido a duplicidades, equipos que no se utilizan o introducción de tratamientos nuevos y más caros, entre otros factores; y, finalmente, el ajuste del gasto, que no siempre se realiza adecuadamente.

A pesar de este marco, el sistema sanitario español cuenta de su lado con factores que suponen importantes oportunidades para su transformación. En primer lugar, la innovación relacionada con las TIC y el desarrollo de la mHealth, un sector aún muy por detrás de otros países (un 40% por debajo de países como Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia o Reino Unido), y que puede contribuir a reducir en un 50% las visitas hospitalarias o un 50% las reacciones adversas a medicamentos⁽¹⁾; nuevos actores con interés de tener protagonismo en el sistema sanitario, como el sector financiero, retailers o empresas de telecomunicaciones; y un marco legal favorable al fomento de las fórmulas de colaboración público-privada y un sector privado, tanto proveedores de la sanidad como del sector asegurador que puede contribuir a descongestionar el sistema público a través del doble aseguramiento y a reducir la presión asistencial, dispuesto a colaborar con el sistema sanitario público. No obstante, esta oportunidad puede verse limitada por la existencia de un sistema nacional de salud dividido en diecisiete autonomías que dificulta la unidad de acción y la colaboración público-privada.

2.1.1. Necesidades del modelo sanitario público en España

Ante la menor capacidad de gasto de la Administración pública en sanidad, el sistema sanitario público español debería aplicar medidas para ganar eficiencia. La experiencia del sector privado puede resultar de ayuda para ello.

Mejorar la eficiencia

La sanidad pública es la columna vertebral del Estado del Bienestar y, hasta ahora, se ha fundamentado en los principios de universalidad de la prestación, financiación pública, gratuidad de los servicios y garantía de calidad⁽²⁾. Como ya se ha expuesto para otros pilares del Estado de Bienestar, como las pensiones públicas, este modelo no puede seguir ignorando

su insostenibilidad y necesita profundas reformas estructurales y de reducción de costes.

La insuficiencia financiera que arrastra el sistema y la crisis económica que ha afectado recientemente a España ha propiciado que, en nuestro país, ya se hayan tomado algunas medidas de reducción de costes de la sanidad, como reducir el gasto farmacéutico (RD8/2010 del 20 de mayo de 2010): establecer una central de compras, evitar la variabilidad (mediante una guía farmacoterapéutica activa y protocolos de actuación y de buenas prácticas) y potenciar el uso de medicamentos más económicos (como los genéricos, la prescripción por principio activo o los acuerdos de gestión)⁽²⁾. En definitiva, el sistema necesita operar como la industria y lo está haciendo.

Gestión compartida público-privada

Sin embargo, aún hay un amplio margen para mejorar la eficiencia del sistema, lo que se puede lograr mediante el fomento de la gestión compartida público-privada de la sanidad. Esta posibilidad de colaboración público-privada la permite la legislación española a través de la Ley 15/1997, del 25 de abril, de Habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, con dos limitaciones: una de ellas es que se mantenga el servicio público asistencial y la otra, que la Administración mantenga la titularidad del servicio⁽²⁾. Pero, pese a estar previsto en nuestra legislación, apenas se ha extendido.

La ventaja de la gestión compartida público-privada es la introducción de elementos de eficiencia en el sistema, mediante el posicionamiento estratégico, la reingeniería de procesos, la concentración de servicios, la rentabilidad de los recursos humanos y el control de las transacciones económicas⁽²⁾, aspectos todos ellos muy aplicados y bien conocidos en el sector privado.

La gestión del sistema sanitario, hasta ahora, se ha basado en la gestión del gasto, pero deberá incorporar la gestión de los ingresos. De lo contrario, la imparable tecnificación de la medicina (que obliga a actualizar y reponer equipos tecnológicos muy caros) y el imparable envejecimiento de los usuarios de la sanidad amenaza con incrementar más y más el déficit sanitario y la suma de ambos factores pueden hacerlo morir de éxito⁽³⁾.

2.1.2. Importancia de la prevención primaria y secundaria en las personas mayores

Si estas son algunas de las recetas para mejorar la salud del sistema sanitario público y de la sanidad en su conjunto, la receta para las personas mayores es apostar por la prevención primaria (para evitar el desarrollo de una enfermedad) mediante hábitos y estilos de vida saludables. Como ya se expone en los capítulos de alimentación y farmacia, el 80% de los mayores en España padecen alguna enfermedad crónica y el 36%

han desarrollado varias de ellas, es decir, son pacientes con comorbilidad que, en muchos casos, se podría haber evitado con unas pautas de vida saludables⁽⁴⁾.

No obstante, cuando casi todos los mayores (80%) ya están afectados por una enfermedad crónica que hay que tratar, lo que se traduce en costes para el sistema sanitario, siempre se puede apostar por la prevención secundaria, es decir, la prevención de complicaciones y crisis relacionadas con las enfermedades que ya han desarrollado.

Prevenir la fragilidad

En este sentido, cabe destacar que, a pesar de que muchas personas mayores ya sean enfermos crónicos y/o pluripatológicos siempre se puede hacer algo para preservar su salud y, al mismo tiempo, reducir enormes costes al sistema: prevenir la fragilidad. La fragilidad, se refiere al riesgo que presentan éstas de sufrir efectos adversos como la discapacidad, la pérdida de movilidad, la mala calidad de vida, la institucionalización o la mortalidad por encima de los 65 años y debería ser una prioridad en el diseño de políticas de atención dirigidas a las personas mayores.

Diferentes estudios han estimado que el 10% de los pacientes son frágiles y que esta situación de fragilidad supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor para quienes lo padecen, un riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor⁽⁵⁾. Todas estas situaciones pueden requerir que la persona frágil y mayor tenga que ingresar en un hospital para ser atendida, por ejemplo, de una fractura osteoporótica y que luego ésta requiera permanecer ingresada en centros de media estancia e, incluso, de larga estancia, en situación de dependencia, lo que genera altos costes al sistema. De ahí la importancia de prevenir este estado.

La fragilidad también se puede prevenir e, incluso, revertir, siguiendo los estilos de vida recomendados de alimentación sana para nutrirse e hidratarse correctamente en las etapas maduras de la vida, evitar los tóxicos (fumar y beber alcohol en exceso) y practicar ejercicio físico con regularidad y adaptado a la forma física, perfil y edad de cada persona.

Falta de profesionales y recursos asistenciales para mayores: la necesidad de potenciar la atención geriátrica

La atención sanitaria a los mayores se sigue centrando de forma bastante generalizada en la enfermedad, en cada patología concreta que tiene el sujeto y que es tratada por el especialista de cada órgano, pero no con un enfoque integral centrado en la persona. Sin embargo, los mayores requieren de una atención integral, que cubra todas sus necesidades médicas, sociales y, en caso de llegar a producirse, de dependencia.

El profesional que idealmente debe asumir el papel de “puerta de entrada” al sistema sanitario es el médico de cabecera, que puede atender a la persona de forma integral y controlar muchas enfermedades y problemas de salud de personas mayores. Idealmente, los pacientes de edad avanzada deberían ser atendidos por un geriatra, porque este profesional médico es quien mejor conoce cómo se manifiestan las enfermedades en la vejez, así como síndromes propios de esta etapa y enfermedades muy comunes en ella, como las demencias o la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, muchas son reacias a acudir a este profesional y las que desearían acudir, a menudo, se encuentran con el dramático hecho de que, en España, faltan especialistas en geriatría y Unidades o Servicios de Geriatría en los hospitales públicos, aunque la situación es muy variable por comunidades autónomas, según la SEGG. Así, en la Comunidad Valenciana sólo había 20 geriatras en la red sanitaria pública para una población de 800.000 personas, mientras que en Madrid había 110, según datos hasta junio de 2013⁽⁶⁾.

El resultado de esta falta de recursos asistenciales es que muchas personas mayores son derivadas a especialistas en distintas disciplinas médicas, que las atienden en función de su problema (el cardiólogo, el reumatólogo, el neumólogo, etcétera), de forma parcelada, sin tener a menudo una visión completa del paciente ni reunir el nivel de formación que requieren los problemas asociados al envejecimiento.

Hospitales orientados a curar personas jóvenes y no centros orientados a cuidar personas mayores

Uno de los mayores retos de la sanidad en la actualidad, identificado tanto por los gestores del sistema sanitario como por las autoridades públicas, es proceder a la reconversión de su modelo hospitalario. A pesar de conocer la tendencia demográfica del envejecimiento, el modelo sanitario español se caracteriza por un parque de hospitales públicos orientados a curar patologías agudas en los pacientes jóvenes, cuando el 60% de los ingresos hospitalarios no programados corresponden a personas mayores y el 85% de los ingresos a mayores de 85 años y con pluripatología. En estos casos, en que a menudo no es posible curar, resultan más necesarios servicios de cuidado a largo plazo⁽³⁾.

Claves para construir un espacio sociosanitario en España

La reciente Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) ha nacido con apenas recursos, en un contexto de tensiones financieras y además, en ella, se ha perdido la oportunidad de plantear la construcción de un modelo sociosanitario a la altura de las necesidades que tiene la sociedad española. La aprobación de esta ley ha supuesto un

paso adelante en el reconocimiento de la necesidad de cubrir la contingencia de la dependencia, pero, al margen de este reconocimiento, que debería haber llegado veinte años antes, la ley se caracteriza por haber nacido con una falta de recursos evidente para desplegarla, así como con un problema de enfoque, al no contemplar la definición del espacio sociosanitario ni las medidas para gestionar su implementación⁽⁷⁾. Uno de los principales problemas del sistema sanitario y el sociosanitario españoles es que adolecen de la continuidad, el continuum asistencial, que deberían tener los servicios de cuidado a largo plazo.

Esta indefinición clara de cómo debería ser el modelo sociosanitario, así como la falta de continuidad entre los distintos ámbitos asistenciales (sanitario y social) propicia la existencia de descoordinación, duplicidades, ineficiencias e inequidades en la prestación de estos servicios públicos y, por lo tanto, que se malgasten recursos de un modo que las arcas públicas no se pueden permitir⁽⁷⁾, máxime en una coyuntura de crisis económica. Esta mala inercia merma la calidad de estos servicios y afecta a los ciudadanos a los que se les presta. No obstante, cabe la posibilidad de que esta situación mejore por diferentes razones, según se desprende del análisis de otros sistemas.

- La atención a la salud y a la dependencia de los mayores serán los servicios que más se prestarán en el futuro, pero cabe la posibilidad de que, aunque la población envejezca exponencialmente, se produzca una compresión de la morbilidad, como ha ocurrido en otros países y los ciudadanos sean mayores, pero vivan más tiempo con salud y sin discapacidad.
- La tendencia a la reducción de camas hospitalarias y, en su lugar, la puesta en marcha de recursos asistenciales alternativos (centros sociosanitarios de estancia media o larga estancia) ha permitido reducir notablemente el peso del recurso sanitario (el hospital) de mayor coste para el sistema sanitario.
- La prestación de servicios sanitarios y sociales integrados y de atención a la enfermedad crónica ofrece resultados muy buenos, excelentes, en aquellos países en los que se han puesto en marcha.

Una propuesta de implementación de un modelo sociosanitario bien definido es precisa en España, debido al incremento de personas con dependencia y el hecho de que muchas personas mayores ya no disponen de un cuidador informal. Pero hay que construirlo. Al respecto, lo primero que hay que tener en cuenta al definir el espacio sociosanitario es el cambio de perfil que se ha producido en el usuario del sistema sanitario, pues aumenta el número de personas con enfermedades crónicas y el principal usuario es una persona de edad avanzada y con pluripatología que puede desembocar en dependencia. Actualmente, el 70% del gasto sanitario está relacionado con

las enfermedades crónicas⁽⁷⁾.

Se incrementa, pues, la demanda de atención a la dependencia, pero los servicios existentes en nuestro país no se adecuan a la atención a la dependencia. El derecho a ser atendido por esta contingencia es reconocido y desaparece el cuidador informal (tradicionalmente el familiar) y alguien debe tomar el relevo. En este contexto, el principal problema al que tiene que enfrentarse el modelo de atención sanitaria y social español no es el cambio epidemiológico descrito, sino la rigidez del sistema para adaptarse a este.

Está claro que la construcción de un espacio sociosanitario en España es una asignatura pendiente que va a implicar cambios en la cultura de los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario y social y reformas estructurales. Requerirá definir políticas comunes, compartir información y flexibilizar la red de servicios. Las cuatro claves para construir este espacio sociosanitario son las siguientes:

- Primer paso: integrar las políticas relativas al espacio sociosanitario en un único departamento que integre las acciones

Cambio de enfoque en el sistema sanitario

Hoy: Curar

- El paciente aparece
- El paciente es tratado
- El paciente es dado de alta
- El paciente desaparece de la pantalla del radar

Mañana: Curar y cuidar

- El paciente aparece
- El paciente es tratado por equipo multidisciplinario
- El paciente es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento
- El paciente es activo y recibe apoyo continuo del sistema
- El paciente es sociosanitario
- El paciente continúa en la pantalla
- El paciente continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica electrónica

Fuente: Modelos en transición. Bengoa (Observatorio Kroniker). Citado en Claves para la construcción del espacio sanitario en España.

estratégicas, los procesos clave y el soporte para la constitución de dicho espacio⁽⁷⁾.

- Segundo paso: transferir a este departamento la autoridad, autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones e implantación de la prestación sociosanitaria.
- Tercer paso: Establecer el modelo de espacio sociosanitario que debe implantarse, es decir, definir la población diana (segmentada en función de los perfiles de necesidad y puerta de entrada); la cartera de servicios sociosanitarios; recursos estructurales y participación del sector sanitario y el social; protocolos, procedimientos, guías, equipos multidisciplinares de nuevos perfiles profesionales, entre ellos el gestor de casos; desarrollar e integrar sistemas de información que respondan a las necesidades de usuarios, profesionales, proveedores y Administración; un sistema de financiación de flujos mixtos y un sistema de compra de servicios a los proveedores; un sistema de evaluación y corrección; y abrir un sistema de participación activa del usuario.
- Cuarto paso: Promover un plan de diálogo y participación de todos los agentes de interés que rompa las barreras culturales actuales y facilite la implantación del modelo definido.

2.2. Patrones de conducta de las personas mayores en servicios sanitarios

A partir de los 65 años, el consumo de medicamentos, así como de otros productos de salud, pasa a ser, para muchas personas, una rutina más de la vida diaria. La aparición de enfermedades crónicas y la longevidad de la población son dos factores que propician esa situación.

Los gastos destinados a la salud por las personas mayores se corresponden con el 3,80% del gasto total, según una encuesta del INE (2006)⁽⁸⁾ y estos se distribuyen entre medicamentos y otros productos farmacéuticos, como se expone en el capítulo de farmacia, pero también servicios médicos no hospitalarios o aparatos y material terapéuticos. A mayor edad, este consumo aumenta.

Ayudas técnicas

Junto al gasto en medicamentos, una parte del gasto sanitario de las personas mayores se destina a servicios, aparatos y material. Más del 60% de las que tienen más de 65 años necesitan ayuda técnica: gafas (75%), audífonos (5%) y bastones (12%)⁽⁸⁾. No obstante, que las necesiten no significa que las usen en la misma proporción. Prácticamente la totalidad de los mayores que necesitan gafas y bastones, los utilizan. Sin embargo, solo el 80% de los que necesitan audífonos los usan. Sin duda, los problemas de comodidad y usabilidad son, en parte, responsables de esta situación. Es difícil ajustarlos y que se adapten a algunos tipos de problemas auditivos.

Estas ayudas les permiten adaptarse a su entorno, llevar una vida normal e independiente. También ciertos productos ortoprotésicos, como las plantillas, el calzado o las prótesis de mano les ayudan a cubrir esas necesidades.

Hogares adaptados

Más allá de estos productos o ayudas individuales, el hogar también se adapta a las condiciones físicas de las personas mayores y ofrece mejoras indirectas para su calidad de vida. Hay equipamientos que tienen consecuencias beneficiosas para la salud como por ejemplo bañeras de hidromasaje o las torres de sauna para la ducha.

La ciudad se adapta

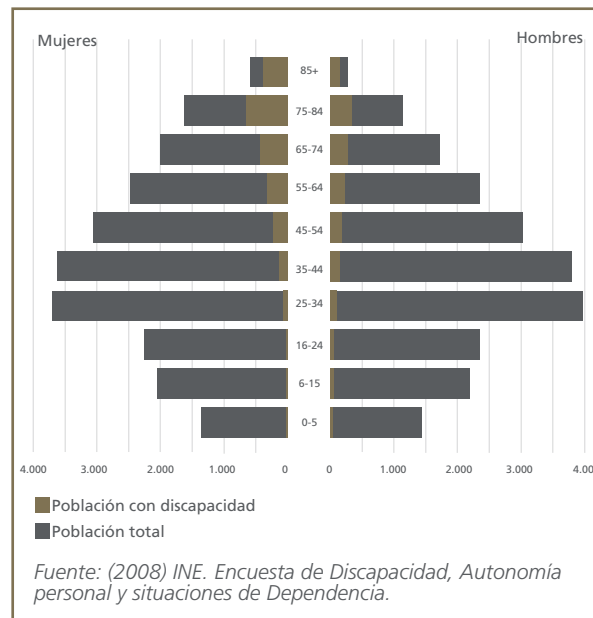
El peso y presencia de las personas mayores en nuestra sociedad es cada vez mayor. Por eso, al igual que ellas adaptan su hogar para prepararse para los siguientes años y responder a sus necesidades de salud y confort, la ciudad también debe hacerlo. En este sentido, se han diseñado más parques, que comparten niños y mayores, se fomentan actividades como el termalismo o la puesta en marcha de balnearios. El objetivo de todo ello es doble: por un lado, satisfacer las necesidades de salud pero también las de relaciones sociales y lúdicas de estas personas.

2.2.1. Motivos y criterios de compra de las personas mayores

Los motivos y criterios con los que las personas mayores toman la decisión de adquirir determinados productos sanitarios son los siguientes:

- Aumentar la calidad de vida: al adquirir productos o servicios relacionados con la salud, lo que las personas de entre 56 y 64 años (futuros senior) pretenden es lograr aumentar su calidad de vida. Habitualmente, conocen el producto, se muestran receptivas a recibir asesoramiento y, de hecho, suelen escuchar a las personas de su entorno⁽⁸⁾.
- Compra por imitación a sus iguales: a partir de los 65 años, otro de los motivos que impele a las personas mayores a comprar productos relacionados con la salud es la imitación de la compra de los iguales, aunque los hijos también pueden ejercer cierta influencia en la decisión de compra. Esta tendencia a emular a sus iguales podría explicar, en parte, la tendencia de algunas personas mayores a automedicarse, siguiendo el consejo de alguna persona cercana o conocida. "Si a ella le ha ido bien el remedio, ¿por qué a mí no?" sería el pensamiento que estaría detrás de esta peligrosa forma de actuar para la salud individual y para la solvencia económica del Sistema Nacional de Salud.
- Uso práctico frente a precio: la decisión de adquirir un producto de salud o no hacerlo depende de que las personas

Gráfico 5. Panorámica de la discapacidad en España (miles de personas)



mayores puedan sacarle un uso práctico, mientras que, si el artículo les parece útil, el precio no es tan determinante.

- Precio asequible: a pesar de lo expuesto en el anterior punto, en lo concerniente a los productos y servicios relacionados con la salud, entre los motivos de satisfacción de las personas mayores figura que el precio sea asequible, que el producto farmacéutico o de salud les ofrezca seguridad, calidad de vida y que les resulte de gran utilidad en su vida cotidiana. Por el contrario, rechazan los productos de precio muy alto
- Independencia que les puede ofrecer el producto o servicio: en esta búsqueda de una mejora de su calidad de vida, los mayores también valoran aquellos productos o servicios que les dan independencia en su vida diaria, esto es, que garantizan su autonomía, como las ayudas técnicas.

Para conocer las necesidades de las personas mayores no sólo tiene interés conocer sus patrones de conducta relativa al consumo de productos sanitarios, sino también cómo se relacionan con la sanidad, qué uso hacen de ella, es decir, si hacen un uso o un abuso del sistema sanitario. En España las visitas anuales a los servicios sanitarios son un 7,5 por encima de la media de la OCDE, estimándose que una de cada tres visitas es innecesaria⁽¹⁾.

Al respecto, las personas mayores tienden a mostrar los siguientes comportamientos relativos a las dos principales puer-

tas de entrada al sistema sanitario (la atención primaria y las urgencias de los hospitales):

- Atención primaria: en el caso de este ámbito asistencial, se sabe que uno de cada cinco pacientes consume un tercio del trabajo de un médico de atención primaria. Cabe citar que, entre estos pacientes, definidos como “hiperfrecuentadores” por la bibliografía científica, figuran las personas mayores. Un estudio comparativo entre personas hiperfrecuentadoras y normofrecuentadoras (frecuencia normal de visitas al especialista) comprobó que, en primer lugar, las mujeres eran más hiperfrecuentadoras y, en segundo lugar, había una mayor prevalencia de pacientes jubilados (24,6%), respecto a pacientes de otros perfiles⁽⁹⁾.
- Atención en urgencias hospitalarias: los pacientes mayores, en general, no acuden más de lo necesario a las urgencias hospitalarias. Muchas de sus descompensaciones o problemas se pueden solucionar en los centros residenciales, donde a menudo se cuenta con la figura de un médico. Y, cuando se les lleva a urgencias suele ser por necesidad⁽¹¹⁾.

En cambio, sí manifiestan tener necesidades específicas respecto a la atención que se les presta en urgencias, donde sería idóneo que hubiera un geriatra o personal formado en geriatría; espacios más humanos, con mayor intimidad y menos hostiles, puesto que una parte de las personas mayores se muestran pudorosas y no quieren mostrar su cuerpo. Asimismo, necesitan mobiliario adaptado a sus dificultades, como camillas menos altas y estrechas ⁽¹⁰⁾.

Es necesario concienciar al ciudadano del gasto sanitario y que sea responsable en su uso. En esta línea, como ejemplo, algunos hospitales comenzaron a emitir facturas sombra (que no se cobraban) de la atención prestada por algunos procesos, para que los pacientes fueran conscientes del gasto que había supuesto su atención.

Resultados de la encuesta 5. Necesidades en el sector de la salud y la sanidad

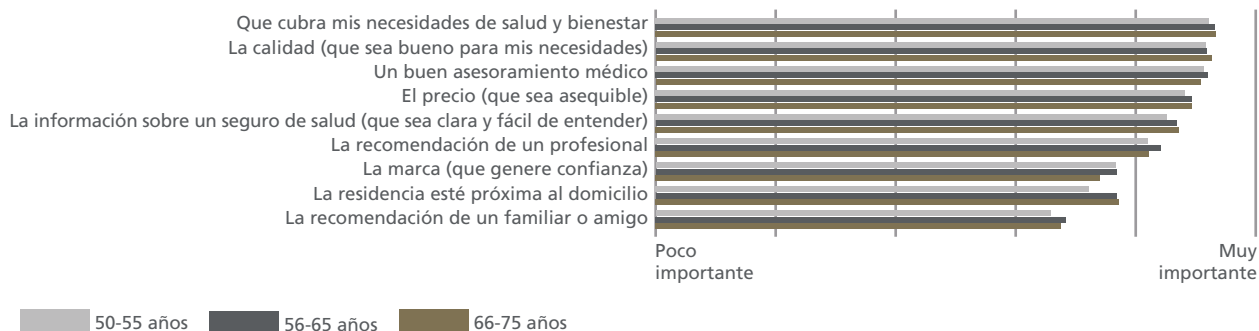
El factor determinante para la contratación de productos de salud y sanidad es la utilidad para dar respuesta a las necesidades de bienestar de las personas. Asimismo la calidad junto con un buen asesoramiento médico figuran entre las prioridades de las personas mayores. El concepto de calidad se asocia a la capacidad que tiene el sistema de salud pública para cubrir las necesidades de salud y bienestar. Por el contrario denuncian los recortes presupuestarios que afectan al sector y la creciente tendencia a la privatización de la sanidad. Respecto al asesoramiento médico se considera correcto pero se percibe la falta de recursos que tienen los profesionales para realizar su trabajo. Además provoca descontento general por el trato personal recibido y por las largas listas de espera que esto supone.

El precio del seguro privado se considera abusivo y además se percibe el empeoramiento en el trato que se recibe a medida que aumenta la edad.

La información sobre los productos de salud debería ser más clara y entendible, con las coberturas incluidas bien definidas y sin publicidad engañosa.

En cuanto a las diferencias entre grupos de edad, destaca la mayor importancia que las personas de 66-75 años dan a la situación de la residencia respecto al resto de colectivo. Entre los otros factores no se observan grandes diferencias a medida que avanza la edad excepto una progresiva disminución en la importancia de que las marcas generen confianza.

Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore su grado de acuerdo con las siguientes frases



3. Farmacia

3.1. La farmacia en un contexto de envejecimiento poblacional

La contención del crecimiento del gasto en medicamentos es, sin duda, uno de los principales problemas que intentan resolver los sistemas sanitarios públicos de las economías desarrolladas. En España el gasto farmacéutico representa el 18,4% del gasto sanitario total y el 1,77% del PIB.

Tradicionalmente, el gasto público farmacéutico siempre se ha incrementado. Pero entre 2009 y 2012, se ha producido un cambio de tendencia, al iniciarse un decrecimiento en su volumen económico, al pasar de 12.506 millones de euros de gasto total en 2009 a 9.771 millones de euros en 2012, lo que ha representado una caída del 21,87%. En términos relativos, ha pasado de situarse en una media de 272,9€ por habitante y año en 2009 a 211,88€ por habitante y año en 2012, lo que ha supuesto una caída del 22,36%⁽¹⁾.

Si bien el gasto farmacéutico público ha decrecido, tanto en todo el territorio nacional como en el ámbito de las comunidades autónomas (CCAA), el gasto farmacéutico privado, correspondiente a productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos ha crecido un 19,42% entre los años 2006 y 2012 de los que el gasto privado en productos farmacéuticos ha crecido un 13,62% en este período. Así, en España el gasto privado en medicamentos, aparatos y equipos médicos, asciende a 6.891 millones de euros, que se reparte entre 3.091 millones de euros en medicamentos, lo que supone el 45% de todo el gasto privado farmacéutico; 3.580 millones de euros para aparatos (52%) y material terapéutico y el 3,2% restante para otros productos médicos. El gasto medio en todos estos conceptos por persona y año es de 149,87€ y, en el caso de los productos farmacéuticos, supone una media de 67,15€ por habitante y año.

En la última legislatura, se han introducido nuevas medidas de copago de la medicación, en función de la renta (Real Decreto-Ley 16/2012), y la más reciente de ellas ha sido la aprobación, por primera vez, del copago de un 10% de ciertos grupos de medicamentos de dispensación ambulatoria en la farmacia hospitalaria (Real Decreto-Ley 28/2012). Ambas afectan a muchas personas mayores, que en el momento de aprobarlas, no tenían que pagar los medicamentos de prescripción, por su doble condición de pensionistas y pacientes crónicos.

Otra parte de la reducción de este gasto farmacéutico responde a la introducción de otras medidas para ahorrar en el gasto farmacéutico público, dirigidas a fomentar el crecimiento del mercado de medicamentos genéricos, que en la actualidad representa un 10% del mercado farmacéutico en valor económico y el 23% en unidades vendidas en España, lejos de la media europea, que es del 50% en unidades, y de los países escandinavos del 60% y Estados Unidos del 50%⁽¹⁾.

El trasfondo de estas medidas no es otro que los intentos de las autoridades sanitarias de aumentar el ahorro en farmacia, para así mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario público. En esta línea, uno de los objetivos de sucesivos Gobiernos ha sido contener el crecimiento interanual del gasto público en farmacia, que se ha conseguido ralentizar, pero sin evitar que el conjunto del gasto sanitario público siga creciendo. El problema de fondo del modelo sanitario español, la insuficiencia financiera de un sistema que nació fundamentado en los principios de universalidad, equidad y gratuidad, no se ha resuelto, por lo que urge hacer reformas destinadas a garantizar su sostenibilidad.

3.1.1. La comorbilidad, la polimedicación y la automedicación

La insostenibilidad del sistema sanitario, tal y como se ha conocido hasta ahora, está indisolublemente ligada al progresivo envejecimiento de la población, pues cada vez hay más personas mayores, con una o varias enfermedades, que necesitan tratarse de ellas o que quieren invertir en productos para su

Tabla 1. Gasto farmacéutico total en España (millones de euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Distribución 2012	Variación 2006-2012
Productos farmacéuticos	2.588,10	2.769,50	2.949,60	2.905,10	2.963,80	2.845,15	3090,65	44,85%	-16,07%
Aparatos y material terapéutico	3.119,00	3.611,00	3.803,10	3.675,90	3.483,50	3.520,45	3579,55	51,95%	-11,32%
Otros productos médicos	180,4	195,7	212,1	197	219,6	211,7	220,7	3,20%	-14,13%
Total Productos, aparatos y equipos médicos	5.887,50	6.576,20	6.964,90	6.778,10	6.666,90	6.577,30	6.890,90	100%	-11,58%

Fuente: (2008) INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.

salud. En concreto, el 80% de las personas mayores padecen alguna enfermedad crónica y el 36% conviven con más de tres enfermedades crónicas⁽²⁾.

Una consecuencia de la comorbilidad que padecen las personas mayores es que se ven obligadas a un mayor consumo de fármacos para controlar los síntomas o posibles riesgos de las enfermedades crónicas que padecen; algunas llegan a necesitar hasta diez fármacos (fenómeno conocido con el nombre de polifarmacia o polimedicación). La polimedicación es una situación peligrosa, porque al tomar varios fármacos para distintas enfermedades, estos pueden interactuar entre sí y producir efectos adversos. Asimismo, las personas mayores tienden a la automedicación, lo que puede provocarles más interacciones y los citados efectos indeseables que están detrás de numerosas urgencias e ingresos hospitalarios, que resultan caros para el sistema.

Por último, las personas mayores pueden caer fácilmente en la falta de adherencia terapéutica a los tratamientos, al olvidar tomar los fármacos recetados por el médico o por cansancio en tratamientos crónicos o muy prolongados. La consecuencia de este incumplimiento terapéutico es que los fármacos de primera elección prescritos dejan de hacer efecto en el organismo y se debe recurrir a fármacos de segunda elección, habitualmente más caros, lo que aún encarece más el gasto farmacéutico. Un ejemplo paradigmático en este sentido es el uso abusivo e inadecuado de antibióticos para tratar infecciones, lo que ha generado resistencias bacterianas en los últimos años y ha llevado a tener que recurrir a un segundo tratamiento antibiótico –al no funcionar el primero–, alargar la duración de los tratamientos y el coste total de estos.

Ante este panorama de envejecimiento poblacional, que presiona al sistema sanitario público, las autoridades sanitarias se afanan en aprobar medidas para introducir elementos de ahorro en el gasto farmacéutico público y promover el uso racional de los medicamentos. Sin embargo, las medidas que se toman, como el copago de medicamentos, a menudo resultan impopulares para los ciudadanos senior, ya que perjudican su cartera, y constriñen aún más a la industria farmacéutica.

3.2. La inversión en I+D+i

La determinación de las Administraciones públicas en la contención del gasto farmacéutico mediante la aprobación de diversas medidas ha tenido como consecuencia un notabilísimo estancamiento de la inversión en I+D de la industria farmacéutica española desde 2009.

En 2011, en España se destinaron más de 980 millones de euros a I+D, lo que supone un 19% del gasto total en I+D que realiza toda la industria española. Sin embargo, este porcentaje de inversión en I+D ha ido decreciendo, puesto que

en el año 2009 fue del 21,6% y en 2010 del 19,8%, como resultado de las fuertes medidas de contención que se adoptaron sobre el gasto farmacéutico. No obstante, a pesar de esta desinversión, este porcentaje del 19% sigue siendo muy significativo si se tiene en cuenta que la cifra de negocio de las compañías farmacéuticas respecto al total de las industrias españolas sólo representa el 2,5% del total⁽³⁾.

En 2012, la inversión en I+D fue de 972 millones de euros, confirmándose la tendencia decreciente de la inversión en I+D a nivel de todo el sector.

La amenaza principal es la reducción del tamaño del mercado farmacéutico en España, así como la capacidad inversora en I+D al disponer de un menor margen para ello. Al mismo tiempo que se contrae, crece la competencia del mercado de los medicamentos genéricos. En los últimos tres años, la pérdida de cuota de mercado de las innovaciones farmacéuticas ha sido del 8,5% en 2011, del 17,1% en 2012 y del 14% de enero a julio de 2013. En cambio, el mercado de productos genéricos ha aumentado un 48,5%, un 10,6% y un 12,8%, respectivamente⁽⁴⁾.

La reducción de la inversión en I+D puede comprometer la obtención de nuevos avances farmacológicos necesarios, precisamente, para tratar muchas de las enfermedades crónicas que padecen las personas mayores asociadas a su envejecimiento. Se está observando como en los hospitales se está reduciendo el número de medicamentos innovadores utilizados. Esta tendencia afecta el bienestar de los pacientes y pone en riesgo el avance terapéutico que debe caracterizar el sistema de salud.

En este marco, cabe tener en cuenta también el papel del sector de tecnología y productos sanitarios, que aglutina actualmente a más de 700 empresas, de las cuales el 75% del total son nacionales y el 25% internacionales⁽⁵⁾. Este sector facturó más de 8.300 millones de euros en 2008, es decir, un 0,8% del PIB y emplea directamente a más de 29.000 personas en España⁽⁶⁾, entre las que figuran profesionales altamente cualificados, como investigadores, clínicos, profesionales de las empresas o tecnólogos. El gasto en innovación de estas compañías representa el 9,5% de su facturación y es especialmente alto en las empresas de menor tamaño⁽⁷⁾. La financiación para la investigación procede tanto de fondos públicos como privados. El escenario de crisis económica supone un lastre para la innovación y, en consecuencia, el crecimiento del sector de tecnología y productos sanitarios, pues la principal barrera que las compañías dicen tener para invertir en innovación son las dificultades para obtener recursos financieros.

En un contexto de crisis económica como el actual es preciso encontrar un equilibrio entre las medidas dirigidas al ahorro y las destinadas a proteger la inversión en I+D en beneficio de la salud de los ciudadanos. Algunos factores que lo dificultan son

la excesiva inestabilidad normativa, por la continua aprobación de medidas dirigidas a contener el gasto farmacéutico de una parte y la existencia de un marco regulatorio muy complejo y estricto de otra, así como la existencia de un mercado no unificado, sino dividido en diecisiete autonomías, algunas de las cuales pueden decidir incluir un nuevo medicamento en su catálogo de prestaciones financiadas públicamente, mientras que otras optan por no incorporarlo.

También, en ocasiones, algunas comunidades deciden incumplir una normativa de obligado cumplimiento en todo el ámbito del Estado o aprueban sus propias medidas. Ejemplos recientes han sido el intento de imponer el pago de un euro por receta en algunas comunidades, como Madrid o Cataluña, aunque finalmente la medida se ha suspendido, o la insu-misión de algunas autonomías que han decidido postergar la aplicación del copago en la farmacia hospitalaria, mientras que otras ya lo aplican. El resultado de la existencia de diecisiete autoridades sanitarias y diecisiete mercados es la generación de inequidades para los usuarios de la sanidad que pueden repercutir en el beneficio de la salud de unos y el perjuicio de la salud de otros.

3.3. Patrones de conducta de las personas mayores en productos de farmacia

Las personas mayores suelen tomarse todos los medicamentos recetados por sus médicos, debido a una mayor disciplina, y a la gratuidad de las recetas⁽⁸⁾, situación que ha variado a raíz de la aprobación del Real Decreto-Ley 28/2012.

Estos son sus patrones de conducta respecto a la adquisición y la compra de productos farmacéuticos y de otros artículos relacionados con la salud:

3.3.1. ¿Quiénes compran más?

En el 2013, han aflorado los siguientes datos de compra privada de productos farmacéuticos por sexo y edad, en el contexto actual de decremento del gasto farmacéutico público e incremento del privado, en función de los integrantes de los hogares españoles⁽¹⁾:

- Cuando el cabeza de familia es el hombre, los hogares que gastan más son aquellos donde el cabeza de familia tiene entre 45 y 64 años (2.271 millones de euros en total), seguido de los hogares en que los cabeza de familia es un varón de 65 años o más (1.229 millones de euros).
- Cuando la cabeza de familia es una mujer, los hogares donde más se gasta son aquellos en los que la mujer tiene 65 años o más (700 millones de euros del total de gasto farmacéutico).
- Los hogares con personas mayores de 65 años y que viven solas son los que registran un mayor incremento del gasto

farmacéutico privado, que ha sido de un 50% entre 2006 y 2012, seguido de los hogares formados por parejas sin hijos (39% de incremento) y personas solas de menos de 65 años (23%).

En referencia a este último punto hay que tener en cuenta lo expuesto a lo largo de los capítulos: hay más hogares formados por mujeres mayores solas que por hombres y una parte importante de las personas mayores, por tanto de estas mujeres, padecen una o varias enfermedades crónicas. Esta pluri-patología hace que necesiten un mayor número de fármacos. Además, a medida que la edad avanza –como ya se ha mencionado– aumenta la importancia que se confiere a los productos dirigidos a restaurar la salud. Estos factores, sumados a la contención del gasto público farmacéutico, cada vez más amplio, que afecta a las personas pensionistas, apunta a que la tendencia en los próximos años sea que siga aumentando el gasto privado en farmacia entre los hogares conformados por personas mayores, muchas de ellas mujeres.

3.3.2. Importancia del consumo de productos de salud

La importancia que las personas mayores confieren a la compra de productos relacionados con su salud es alta y va subiendo, como si de una escalera se tratara, en cada franja de edad. Así, en edades comprendidas entre los 56 y los 64 años es elevada y las mujeres le dan más importancia; entre los 56 y los 75 años, aumenta la importancia de los productos dirigidos a restaurar la salud, porque puede, en esta franja de edad, ser más probable que las personas mayores empiecen a enfermar de determinadas dolencias y a requerir fármacos para su tratamiento.

En cuanto a las personas que superan los 75 años, la compra de productos y servicios relacionados con la salud adquiere una importancia muy elevada, pues a edades avanzadas la probabilidad de enfermar aún aumenta más. Cabe destacar que la importancia en el consumo en las diferentes franjas de edad varía en función de si las personas mayores ya padecen algún problema de salud o aún no lo han desarrollado.

3.3.3. La importancia de la seguridad

En una sociedad medicalizada como la nuestra, es importante aumentar la seguridad en el consumo de medicamentos, sobre todo entre las personas mayores. Para ello, se utilizan los clásicos pastilleros –con los que se puede controlar las dosis– pero también nuevas propuestas que la tecnología ofrece se desvelan como herramientas muy útiles para estos ciudadanos, ya que pueden recordarles la toma o la dosis de determinados medicamentos, la visita al médico o la finalización de algún tratamiento.

Sin duda, la sociedad está cambiando y, aunque en el capítulo de TIC se expone que existe un amplio margen para que los ciudadanos senior accedan a nuevas tecnologías, también es

cierto que cada día son más los mayores que se aproximan sin miedo a ellas. Asimismo, cabe esperar que las próximas generaciones de mayores echarán mano de estas soluciones de una manera habitual.

Resultados de la encuesta 6. Necesidades en el sector farmacéutico

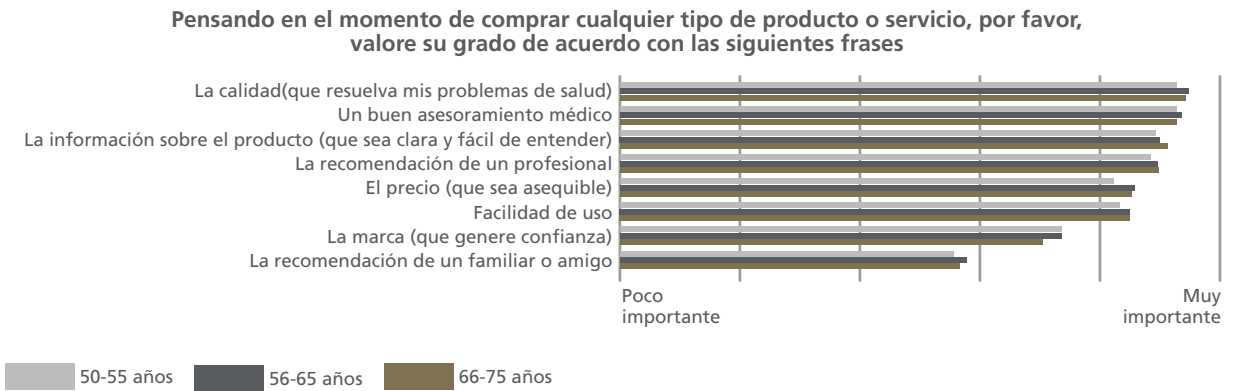
La calidad es el factor más importante a la hora de contratar productos del sector de farmacia entre el colectivo de personas mayores. El concepto de calidad se asocia a la capacidad del producto a resolver los problemas de salud así como el tipo de compuesto del fármaco. Demandan que el formato de las pastillas se adecue a las necesidades de las personas que tienen dificultad para tragar. Además piden envases más pequeños para no tener que desperdiciar fármacos.

El asesoramiento médico y la recomendación de un profesional es un factor clave, se considera el farmacéutico como el profesional adecuado al que acudir para pedir consejo en temas de salud.

La información descrita en los medicamentos se percibe como demasiado técnica y demasiado complicada para su comprensión. Piden claridad en el prospecto, lenguaje sencillo y letra más grande. Además demandan mayor transparencia en las diferencias existentes entre los productos de marca y los genéricos y evitar cualquier publicidad engañosa.

Los precios se perciben como justos excepto para aquellos que, por tener enfermedades crónicas, deben adquirir con mayor frecuencia productos de farmacia.

No existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad.



4. Las nuevas tecnologías para la información y comunicación – TIC

Como hemos comentado anteriormente, este Libro Dorado pone su foco de atención en los mayores no dependientes. Por ello, en este apartado no se ha hablado sobre elementos tecnológicos como la teleasistencia. La Fundación Edad&Vida ha ahondando en estos temas en anteriores publicaciones.

4.1. Las personas mayores ante las TIC

El 41% de las personas mayores considera que las empresas no tienen en cuenta sus necesidades ni sus preferencias a la hora de diseñar sus productos y servicios⁽¹⁾. Esta falta de orientación y enfoque a las necesidades de este grupo de población, potenciales usuarios de nuevas tecnologías, amenaza con dejarlos excluidos de la sociedad del conocimiento.

La falta de adecuación no es la única variable que separa a las personas mayores del acceso a las nuevas tecnologías. Como ya se ha expuesto en el capítulo introductorio, existe una brecha o fractura digital que traza la línea divisoria entre los usuarios mayores que, a pesar de su edad, están bien informados, formados y viven conectados y los que nunca se han conectado a las nuevas tecnologías. Existen oportunidades de formación en TIC para los mayores, a fin de procurar su socialización con su entorno, ayudarlos a ocupar una parte de su tiempo de ocio y evitar su aislamiento social.

El margen de mejora de las empresas del sector TIC para atraer a los usuarios mayores es muy amplio, pues se abren grandes oportunidades de mejora a la accesibilidad de los productos de consumo. Las TIC son herramientas muy eficaces para mejorar la inclusión de los ciudadanos mayores, con limitaciones para la movilidad o para relacionarse, en un mundo paralelo, con posibilidades de entretenimiento e información casi infinitas, como el que ofrece Internet. Las redes sociales y la creación de comunidades virtuales pueden ser una vía para animarlos a relacionarse y ocupar su tiempo de ocio. Pero hay que llegar hasta ellos, reduciendo la brecha digital.

Referente a la actitud cabe destacar que las personas mayores son favorables al uso de las nuevas tecnologías⁽²⁾. Sin embargo, en la franja de edad de los 56 a los 65 años, algunos manifiestan tener vergüenza a reconocer que usan las redes sociales y temen que toda la información que se vuelca en ellas sea de dominio público, rechazan el uso abusivo del móvil, y manifiestan tener miedo a los robos y suplantación de identidades.

Animarse a utilizar las TIC, tanto en el caso de las personas mayores como de cualquier usuario, es una decisión que resulta de valorar los beneficios o ventajas que éstas pueden ofre-

cerles respecto a los inconvenientes o costes derivados de su utilización, como la inversión en tiempo o aprendizaje. Pero el grado de beneficios que pueden aportar las TIC, justamente a las personas mayores, es muy alto, tales como mantener el contacto con la familia y los amigos, el acceso a la información, la sensación de seguridad al estar conectados, facilidad para realizar ciertas tareas, como ir a comprar sin tener que salir de casa cuando se tiene la movilidad reducida o el potencial que brindan para socializarse.

Las nuevas tecnologías son una herramienta que permite mantener la salud de las personas mayores. Si anteriormente nos hemos centrado en la tecnología sanitaria, cabe recordar que productos de ocio vinculados a las nuevas tecnologías (en formato de juegos) fomentan el ejercicio mental de los mayores y les permiten mantener sus capacidades cognitivas, pudiendo llegar a ejercer una influencia similar a la que el ejercicio físico tiene para mantener un buen estado corporal.

Las personas mayores son usuarias de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones con una participación creciente, aunque sigue siendo menor al conjunto de la población⁽³⁾. Cabe tener en cuenta que, en la actualidad, una parte importante de la población mayor puede haberse visto sorprendida por la irrupción de las nuevas tecnologías en el mercado, pero dentro de unos años los futuros mayores serán los adultos de hoy que habrán pasado una buena parte de su vida laboral y personal utilizando las TIC.

Los usos más frecuentes de las TIC que hacen las personas mayores en la actualidad es el siguiente, por orden de importancia: el teléfono móvil en primer lugar, seguido del ordenador, Internet, el correo electrónico y la realización de compras por Internet.

4.2. Patrones de conducta de las personas mayores ante las TIC

Las personas mayores están entrando, pues, en la era digital. Es interesante conocer los porcentajes de ciudadanos senior que utilizan las TIC, pero también conocer qué piensan de ellas y cómo las utilizan, o lo que es lo mismo, su actitud y sus patrones de conducta en este campo.

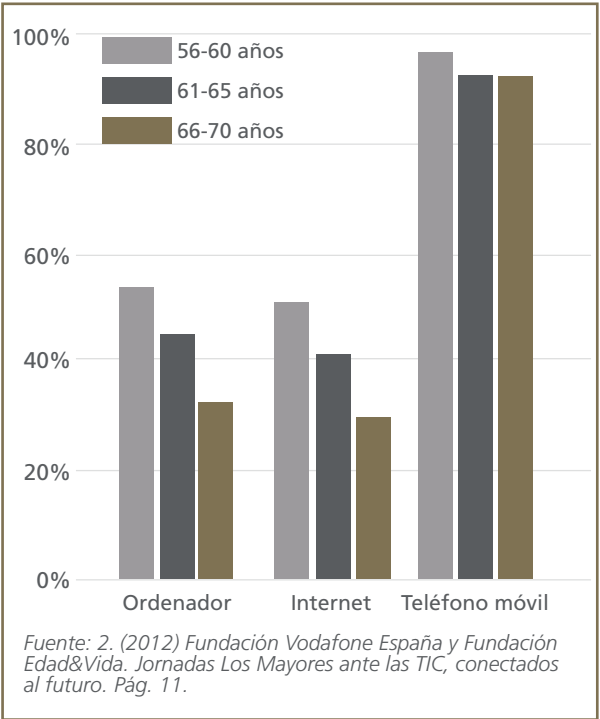
Al combinar tres variables (la percepción de costes y beneficios que tiene utilizar las TIC y sus utilidades) cabe diferenciar tres grandes grupos de TIC⁽²⁾:

- Las de uso universal. En este grupo figurarían los usuarios mayores que tienen una alta percepción de las ventajas de las TIC y escasas dificultades, como realizar fotografías y llamadas con el teléfono móvil.
- Las de grado de penetración intermedio, como el envío de mensajes por teléfono móvil, la telefonía IP, la búsqueda de

información en la red, los servicios clásicos de mensajería en Internet, como el sistema Messenger, el correo electrónico y la consulta de la prensa digital.

- Utilización testimonial, entre las cuales figuran la banca electrónica, la descarga de contenidos, las redes sociales, el uso de Internet, a través del teléfono móvil, los servicios de teleasistencia y las consolas.

Gráfico 6. Ratio uso disponibilidad de tecnologías



Atendiendo a esta clasificación, el teléfono móvil se considera una tecnología de uso universal, mientras que Internet tiene funcionalidades de penetración intermedia y de tipo testimonial. También cabe establecer una segunda división entre las diferentes tecnologías, en función de si estas son tecnologías de uso personal, como el teléfono móvil, o de uso en el hogar, como Internet, porque puede darse la circunstancia de que muchos hogares tengan conexión a Internet, sin que lleguen a utilizarla los mayores que residen en ellos.

4.2.1. Patrones de conducta de las personas mayores ante el teléfono móvil

El 95% de las personas mayores disponía de teléfono móvil, su uso disminuye levemente a medida que aumenta la edad Los

factores de uso de las personas mayores respecto a la telefonía móvil son:

- Principales usos: las llamadas telefónicas y las fotografías del teléfono móvil. En general, los utilizan para tareas concretas, mientras que rara vez se conectan a Internet a través del teléfono móvil. En cambio, los usuarios más jóvenes, tienen terminales más modernos y suelen aprovechar todas sus funcionalidades, incluyendo navegar en Internet.
- Costes o barreras: las principales dificultades que tienen las personas mayores para acceder a esta tecnología son el coste de consumo, pero más como motivo de queja que de abandono; es el coste de los dispositivos, como los smartphone y las tabletas, que no llegan a comprar, optando por modelos de teléfono más sencillos y económicos. No obstante, en líneas generales consideran que los teléfonos móviles son una tecnología muy útil y que el gasto que hay que hacer para comprarlo está sobradamente compensado. Y otros también señalan que tienen dificultades para aprender a manejar esta tecnología, lo que les impide hacer un uso avanzado de ella y aprovechar todas sus funcionalidades. Existen tres factores que pueden incrementar o disminuir estas barreras: la edad, puesto que cuanto más avanzada es, mayores son las dificultades de aprendizaje; la existencia de un efecto de red, consistente en que la familia y amigos de la persona mayor también utilicen el móvil; y el presupuesto disponible.
- Valores y ventajas: los principales aspectos positivos asociados al teléfono móvil son la inmediatez y la ubicuidad, lo que ha favorecido su universalización. Al llevar un teléfono móvil, las personas mayores sienten seguridad, tanto para sí mismos, al disponer de esta tecnología para solucionar problemas desde cualquier lugar, como para las personas a su cargo. También se sienten acompañados, ya que pueden llamar a todos sus amigos y familiares en cualquier momento, lo que tiene como contrapartida que les puede llevar a sentir incomodidad al dejárselo (en casos extremos el pánico a dejarse el móvil ha sido catalogado como un nuevo problema psicológico, llamado nomofobia). Y, por último, la versatilidad, es decir, la posibilidad de utilizarlo en circunstancias tan diversas como en los desplazamientos largos, un viaje por vacaciones, en el trabajo o para hablar y sentirse más acompañados.
- Inconvenientes: los inconvenientes asociados al uso del teléfono móvil guardan relación con una utilización inadecuada del terminal, pero no con la tecnología en sí. Los mayores rechazan el uso abusivo del teléfono móvil o la esclavitud a este dispositivo (en el transporte público, en las comidas, etcétera), consideran que este uso excesivo rompe la tranquilidad y produce una sensación de invasión y pérdida de intimidad, al poder ser localizados en todo momento.

- Aspectos económicos: las personas mayores tienden a rechazar la compra de los smartphone por desconocimiento y por tener un precio elevado. Tienen una amplia percepción de que los terminales son gratuitos, vinculados a la opción de contrato, que es la mayoritaria. El rechazo que les puede provocar la adquisición de un móvil a aquellos mayores que aún no lo tienen no suele ser tanto por cuestiones económicas como porque no acaban de verle qué beneficios tiene. Aunque el teléfono es asequible para la mayoría, tienen miedo de acabar haciendo un gasto que no desean hacer.

4.2.2. Patrones de conducta de las personas mayores ante Internet

Las factores de uso de Internet por parte de las personas mayores se pueden resumir en los siguientes puntos⁽²⁾:

- Funcionalidades y perfil de los usuarios: Internet ofrece funcionalidades tanto de uso intermedio como testimonial. Los usuarios mayores de la red son menos, por los costes que perciben que tiene para ellos y porque desconocen las ventajas de utilizarla. Se pueden dividir en dos tipos: usuarios básicos, que conocen lo más elemental de la red y sólo navegan para buscar información y, a veces, para enviar correos electrónicos, y usuarios intermedios, que emplean funcionalidades de la red acordes a sus necesidades.

Cuanto mayor es el nivel de formación, más se utiliza Internet. En cambio, el uso de las redes sociales es más democrático, ya que las utilizan tanto los usuarios mayores básicos como los avanzados y las que más emplean son Facebook y Messenger. Por ello, entre los mayores con menor formación, puede ser una vía muy útil para entrar en Internet.

En cuanto a la edad, es inversamente proporcional al uso de Internet, pues cuanto más avanzada es, menos se utiliza. El uso de la red va decayendo del 52,4% de usuarios de entre 56 y 60 años, al 44,4% en los de 61 a 65 años y a un modesto 31% a partir de los 66 años.

El 62,9% de las personas mayores viven en hogares con accesos a Internet, pero sólo lo usan el 42,7%.

- Costes y barreras: en el caso de Internet, los mayores rechazan el coste de oportunidad que supone tener que elegir entre Internet o realizar otras actividades. Y, entre las barreras que les impiden acceder a Internet figuran las dificultades para el aprendizaje, especialmente difícil para personas con un nivel de formación bajo y miedo a usarla, debido a la gran cantidad de noticias que informan de los problemas que puede ocasionar un mal uso de la red. De nuevo, tanto estos costes como las ventajas de usar Internet, pueden verse intensificados o mitigados en función de la edad (cuanto mayor es una persona más dificultades para aprender presenta); vivir en familia o no, puesto que, al residir en familia, se suele disponer de Internet; de las necesidades concretas de cada persona; y del perfil de cada individuo en función

de su trayectoria profesional y bagaje personal, ya que la utilizan más aquellas que han trabajado en el ámbito administrativo o empresarial.

- Valores y ventajas: los principales valores que se asocian a Internet son la globalidad, puesto que ofrece contenidos de todo el mundo y de todo tipo; y su versatilidad, porque se puede acceder a ella para usos y finalidades muy distintas. Las ventajas que Internet tiene para las personas mayores está intrínsecamente ligada a estos valores y, entre ellas, figuran la ingente cantidad de información que posibilita, así como las distintas modalidades de comunicación que ofrece, mediante voz, imágenes, datos, etcétera; y la oportunidad de socialización, al permitir entrar en contacto y comunicarse con personas con necesidades, hobbies e intereses en común.
- Inconvenientes: las desventajas que los mayores ven en Internet se podrían resumir, como en el caso del teléfono móvil, en un mal uso de la red. Esta puede ser un arma de doble filo, pues paradójicamente, al mismo tiempo que ofrece enormes posibilidades de comunicarse con otras personas, puede llevar al aislamiento de las aquellas que pasan mucho tiempo conectadas. Otras desventajas, a juicio de los mayores, son que Internet puede conducir a una pérdida de tiempo, disminución de la intimidad, ya que se publica información personal, y la obligatoriedad de la e-administración, que de entrada consideran ventajosa, aunque rechazan que se esté forzando a realizar ciertos trámites con esta tecnología y critican que las herramientas desarrolladas hasta ahora no son lo suficientemente buenas. Asimismo, tienen miedo a problemas como la suplantación de identidades en la red.
- Aspectos económicos: la mayoría de los usuarios mayores de Internet piensan que es asequible desde el punto de vista económico y, muy pocas veces, consideran que al final suponga un gasto superior al esperado. Entre las personas no usuarias de Internet, la necesidad de tener que comprar y disponer de un ordenador es visto como una desventaja económica.

4.2.3. Escenario de futuro sobre el uso de las TIC entre los mayores⁽³⁾

Las personas mayores que hoy tienen entre 56 y 70 años se muestran proclives al uso de las nuevas tecnologías, especialmente el teléfono móvil, pero también Internet. El teléfono móvil les confiere, ante todo, tranquilidad, mientras que Internet les ofrece una gran cantidad de información.

El uso del teléfono móvil es prácticamente universal y apenas hay diferencias en el porcentaje de usuarios por sexo. El avance, al respecto, tendrá más que ver con que los usuarios mayores empiecen a utilizar más funcionalidades del móvil y a sacarle más rendimiento.

Se espera que el número de usuarios mayores de 65 años se sitúe en torno a 1,35 millones en 2015; 1,7 millones en 2017 y que ya sea de dos millones en 2020. Las variables que más influirán en el hecho de que una persona se decida a utilizar la red serán el nivel de formación, la última ocupación, el sexo (los hombres mayores la utilizan más que las mujeres de su misma edad, probablemente por la distinta educación de las generaciones anteriores), las ventajas e inconvenientes percibidos y las posibles barreras de acceso.

En cuanto al uso de la e-administración o servicios electrónicos de las Administraciones públicas, las previsiones en un escenario optimista estiman que sean usuarios de estos servicios más del 60% de los internautas en 2015 y más del 50% de los internautas en 2017. Todo apunta a que los mayores de 65 años que no utilizan estos servicios en la actualidad acabarán haciéndolo, pero la caída que refleja las previsiones de usuarios de la e-administración respecto a los internautas responde

al hecho de que cada vez se irán incorporando internautas menos avanzados a Internet, que harán un uso muy básico de ella. Las variables que más influyen en su uso son la utilización de otros servicios de Internet, la última ocupación laboral, las ventajas percibidas y el tipo de aprendizaje realizado.

Para mejorar el acceso de las personas mayores a las TIC, habrá que procurar su formación e información, a fin de romper la brecha digital que separa a los mayores usuarios de las TIC de los no usuarios o usuarios muy básicos. Este es el gran reto de presente y de futuro. La formación deberá centrarse en el uso de Internet, ya que se ha constatado que ésta es la TIC principal, la primera que empieza a utilizarse y, a partir de la cual, se produce la difusión del resto de las TIC. Asimismo, la información deberá centrarse en asesorar a los potenciales usuarios sobre las ventajas del uso de Internet y hacerles perder el miedo, prejuicios y mitos que tienen sobre la red debido a que desconocen cómo funciona.

Resultados de la encuesta 7. Necesidades en el sector de las TIC

La calidad es el factor más importante a la hora de contratar productos del sector de las nuevas tecnologías entre el colectivo de personas mayores. El concepto de calidad se asocia a la utilidad que da el producto y el servicio postventa asociado que se ofrece. Demandan una mayor brevedad en el servicio de reparaciones y personal cualificado en el servicio de atención al cliente.

El uso de este tipo de producto debe ser fácil, adaptado para las personas con dificultades y por eso lamentan que los diseños actuales no están pensados para las personas mayores. Productos con menos botones, con números y letras más grandes, con las utilidades básicas y con unas guías técnicas en formato papel son algunas de las demandas de

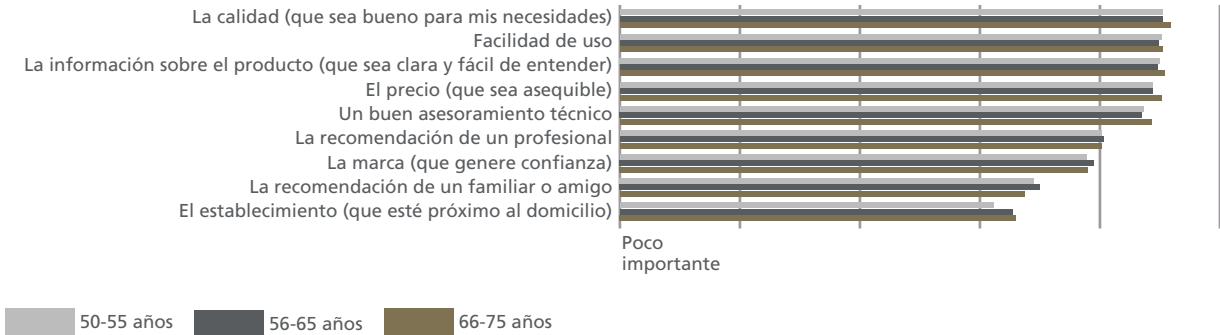
las personas mayores de los cuáles muchos no tienen conocimientos de nuevas tecnologías.

La información sobre el producto y servicio se considera engañosa e incompleta facilitando sólo las ventajas sin mencionar los inconvenientes.

Los precios se consideran altos por la poca vida útil de los productos que obliga la continua renovación de los mismos y denuncian una posible obsolescencia programada.

En cuanto a las diferencias entre grupos de edad, destaca la mayor importancia que las personas de 66-75 años dan a un buen asesoramiento técnico.

Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore su grado de acuerdo con las siguientes frases



Parte III. Financiación y colaboración público-privada

5. Financiación de las personas mayores

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos a los que se enfrentan las sociedades desarrolladas en las próximas décadas. Se trata de un fenómeno con profundas implicaciones para el ahorro, para los sistemas públicos de pensiones y para la economía de los países que puede generar tensiones importantes a futuro, a menos que se aborde con la seriedad y rigor que requiere. Todos los actores implicados: administraciones, entidades del sector financiero y ciudadanos deben ser corresponsables en su mantenimiento y sostenibilidad.

5.1. Vivir activamente en la jubilación va a requerir de un plan

Como trabajadores y ciudadanos, el marco legal y las costumbres sociales, también nos marcan un calendario: hay una edad para formarse, otra para desarrollar una carrera profesional y otra para disfrutar de la jubilación.

Hoy ‘esa tercera etapa vital’ ya no se vive como antes. Las personas mayores apuestan por vivir de forma activa, manteniendo actividades y niveles de consumo similares al que tenían. Para ello, deben disponer de recursos que se lo permitan.

Ya nadie duda de que existe un consumidor ‘senior’. Lo que hay que detectar es dónde está y cómo. Este consumidor pasa por tres etapas con hábitos diferentes, ligadas a la edad⁽¹⁾:

La primera va de los 55 a los 65 años: los hijos se han ido de casa, los mayores tienen más tiempo para pensar en ellos como individuos o pareja. Se enfrentan a lo que comúnmente se llama “etapa del nido vacío”. En los primeros cinco años, su gasto aumenta como efecto de la situación que viven. Sin embargo, a partir de los 60 ese gasto empieza a decrecer.

La siguiente etapa es la de la jubilación (más de 65 años). El presupuesto se ha reducido y los individuos actúan en consecuencia.

La última etapa se inicia a partir de los 80. Habitualmente, se produce un cambio de domicilio –bien a casa de un familiar o a una residencia-. El consumidor de esta edad apenas realiza compras. En algunos casos, incrementa el consumo vinculado, por ejemplo, a su nueva residencia.

El colectivo de personas mayores es un colectivo muy hetero-

géneo. Desde el punto de vista del tema que aquí tratamos, el consumo, hay un elemento que marca una clara frontera: la renta. Sus ingresos derivan principalmente de la pensión de jubilación –según cifras del Gobierno Español en 2012, el 70% de las pensiones no superaba los 1.000€. Aquellos que solo disponen de estas fuentes de ingreso son consumidores de pocos recursos.

La vivienda y su mantenimiento es a lo que dedican la mayor parte de su gasto, seguido de la alimentación, del transporte y las comunicaciones. A pesar de que, en función del grupo de edad que comentábamos, se observan algunas diferencias, la mayoría de los individuos realizan un reparto de gastos similares⁽²⁾.

Según algunos expertos, “cabe destacar la idea de que en el momento de la jubilación se produce un pico de consumo, debido a viajes o caprichos que no pudieron tener con anterioridad y también por la mayor disponibilidad puntual de dinero aunque, una vez pasado ese pico, el consumo vuelve a descender progresivamente”⁽³⁾.

Las personas mayores se han convertido en consumidores, a las que hay que ofertar productos y servicios específicos. Hay muchos factores que han provocado este cambio: demográficos pero también sociológicos –disponen de más tiempo libre- o económicos –han reducido gastos que otros grupos poblacionales sufren: el mantenimiento de los hijos...

Aunque pueda parecer que esa ‘tercera etapa vital’ queda muy lejos, los ciudadanos no invierten tiempo ni energía en prepararla. Algunas veces, cuando quieren darse cuenta y tratan de enmendar esta situación, ya están de pleno en ella.

Para mantener un buen nivel de vida pasados los 65 años, se debe preparar esa etapa. Si la población mayor quiere vivir esta etapa de forma activa y plena, haciendo aquello que no pudo hacer antes por falta de tiempo o por las responsabilidades que asumía, debe contar con los recursos necesarios.

Sin embargo, no sólo la falta de previsión complica esta etapa. Factores externos también contribuyen a ello:

- La evolución de la economía o el comportamiento los mercados, que influirán en sus recursos en el futuro. La mayoría de los ciudadanos no tienen conocimientos sobre estos aspectos para poder predecir como afectará, por ejemplo, en sus ahorros.
- El cambio demográfico del que ya hemos hablado. La po-

blación envejece y vive más años lo que tiene efectos directos en el gasto público sanitario, de pensiones y atención a la dependencia. Las pensiones públicas deberán adaptarse a esa nueva realidad para poder seguir siendo sostenibles, como ya hemos comentado repetidamente en este apartado.

- Este cambio demográfico puede llevar a cambios en las coberturas públicas de sanidad y otras prestaciones de servicios sociales, como por ejemplo, el copago de fármacos o de servicios sanitarios.

Las personas no ahorramos: nos parece que queda muy lejos el día en que nos convertiremos en jubilados y por eso no adoptamos medidas para garantizar el bienestar del que queremos disfrutar tras el retiro profesional. La falta de previsión más otros factores demográficos o económicos que no podemos controlar, ponen en peligro el que podamos hacerlo.

5.2. Actitudes y comportamientos frente al ahorro para la jubilación

Algunos sectores de la población prefieren ignorar la incómoda realidad, cada vez más probable, de que tendrán que ahorrar para disponer de rentas que les permitan mantener el nivel adquisitivo y de vida que han disfrutado durante la etapa laboral. Simplemente, tienden a inhibirse ante la realidad de la situación. Una parte sigue consumiendo de forma insostenible para su economía personal, sin tener ninguna previsión de ahorro, mientras que otra afirma que no tiene margen de maniobra para ahorrar.

De hecho, es muy posible que así sea para muchas familias, puesto que la reciente crisis económica está favoreciendo el viraje hacia un modelo más anglosajón, basado en la responsabilidad personal, puesto que muchas personas mayores jubiladas ya no cuentan con el soporte de su familia. Al contrario, se está produciendo el fenómeno inverso: las personas jubiladas y sus pensiones se han convertido en el soporte de muchas familias durante la actual crisis económica, en un sueldo complementario para llegar a cubrir las necesidades.

Todo apunta a un cambio de modelo en el que cada ciudadano deberá cambiar su estilo de vida, encaminado a realizar un consumo más sostenible, y basado en la cultura de la previsión y el ahorro para garantizarse fondos suficientes para poder mantenerse durante la etapa de jubilación por sí mismo y, en caso de que le sobrevenga una situación de dependencia, poder sufragar los gastos de los cuidados que deba recibir. Confiar en que, llegado el momento de la vejez, la familia o el Estado se harán cargo de las necesidades de cada persona es, hoy por hoy, asumir un riesgo evitable, con la debida planificación, previsión y ahorro.

La cultura de la previsión y del ahorro está muy poco extendida entre la población española. Aunque parte de las personas mayores sí tienen esta mentalidad, son las capas intermedias

de la sociedad –los adultos de ahora y que en el futuro se encontrarán de frente con la crisis del modelo de pensiones públicas españolas, a menos que se complemente y se corrija– las que tienen actitudes y comportamientos de mayor consumo, es decir, actúan de modo cortoplacista, pero no piensan en ahorrar o dicen que no pueden para garantizarse un futuro durante la etapa de la jubilación.

No obstante, atendiendo a sus actitudes y comportamientos referentes a la previsión y el ahorro para la jubilación, la población de personas mayores se puede segmentar en cuatro grupos. Son los siguientes⁽⁴⁾:

5.2.1. Reconocimiento del problema de las pensiones

Las pensiones constituyen un problema para los ciudadanos, por dos razones principales. En primer lugar, porque la mayoría no se podrá jubilar a la edad deseada, produciéndose un decalaje entre el porcentaje de personas que desean jubilarse a una edad y el porcentaje que podrán jubilarse a la edad prevista.

La población también admite que no solo no podrá jubilarse a la edad deseada, sino que las pensiones no podrán cubrir su nivel de vida y que sus ahorros no les alcanzarán para sus necesidades. A pesar que reconocen la necesidad de ahorrar para la jubilación, sólo un 30% ahorra para ello.

Gráfico 7. Edad deseada de jubilación vs. edad prevista

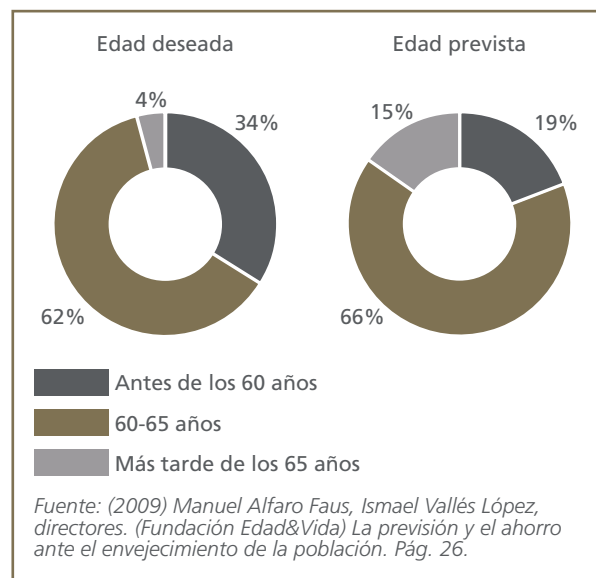


Tabla 2. Actitud hacia el ahorro para la jubilación

Valoración de la pensión pública (cuando me jubile)	No reconozco la necesidad	Sé que tengo que ahorrar, pero no lo hago	Sé que tengo que ahorrar y me lo estoy planteando	He ahorrado en el pasado, pero no sistemáticamente	Reconozco la necesidad y ahorro sistemáticamente	Total
Alta	30,0%	20,7%	9,7%	14,8%	24,8%	100%
Suficiente para cubrir mis necesidades	30,7%	23,9%	11,4%	6,4%	27,5%	100%
Baja. Lo debería complementar con ahorros propios	19,5%	38,1%	15,2%	7,7%	19,5%	100%
Nula, creo que no cobraremos nada del sistema público	20,9%	31,5%	16,4%	5,9%	25,3%	100%
NS/NC	37,5%	32,7%	8,3%	1,1%	20,4%	100%
Total	25,2%	31,4%	13,3%	6,9%	23,2%	100%

Fuente: (2009) Manuel Alfaro Faus, Ismael Vallés López, directores. (Fundación Edad&Vida) La previsión y el ahorro ante el envejecimiento de la población. Pág. 46.

5.2.2. Optimismo/despreocupación

Las actitudes de la población basculan entre el optimismo y la despreocupación. La mayoría no adopta una actitud activa ante el problema de la jubilación. La mayoría dice no haber calculado nunca el ahorro que necesitará para cubrir sus gastos durante esta etapa. Por esta razón se hace conveniente informar a los ciudadanos de la pensión a la que podrán aspirar en función de sus cotizaciones a la edad en que se jubilen, para que sean conscientes de qué cuantía necesitan para complementar su pensión.

Al respecto, se tropieza con la realidad de que, a pesar de disponer de una muy escasa información sobre productos financieros para ahorrar para la jubilación, no muestran un mayor interés en informarse más.

En consecuencia, los ciudadanos mantienen una actitud de optimismo ante el problema y a la vez de preocupación, pero no hacen nada. Se muestran pasivos porque piensan que no disponen de recursos suficientes para empezar a ahorrar y que no pueden hacer otra cosa y, simplemente posponen su decisión.

5.2.3. Pasividad

La pasividad respecto a la resolución del problema de las pensiones, es pues, una actitud y un comportamiento muy extendido entre los ciudadanos. Estos no asumen su responsabilidad al respecto y no deciden emprender acciones para resolverlo, a pesar de reconocer que la jubilación es un tema importante.

En muchos casos, las personas consultadas piensan que llegado el momento podrán volver a contar con el soporte de la

familia, para contrarrestar las deficiencias del sistema de pensiones, pero no caen en la cuenta de que este modelo familiar probablemente no soportará las embestidas de las tendencias sociodemográficas y económicas actuales y de que, indefectiblemente, se está produciendo ese viraje hacia el modelo de mayor corresponsabilización del ciudadano.

5.2.4. Aplazamiento

El cuarto tipo de actitud y comportamiento observado, ligado a esa pasividad, es el aplazar el afrontamiento y la resolución del problema. A pesar de considerar que el problema es importante, muchos ciudadanos siguen sin ahorrar sistemáticamente para sus pensiones y aplazan la toma de decisiones respecto a la realización de aportaciones a sus planes de pensiones, a la espera de que disminuyan sus necesidades más inmediatas.

Ante este panorama, todos los actores implicados en el futuro de las pensiones, pero muy especialmente los ciudadanos, tendrán que realizar cambios, a fin de ajustarse a esta "otra verdad incómoda": la necesidad de extender la cultura responsable del ahorro, no sujeta a actuaciones coyunturales, sino a actuaciones sistemáticas. Esta cultura del ahorro finalista para la jubilación está muy poco extendida, especialmente entre los grupos de edad que más la necesitan.

5.3. Las pensiones, principal fuente de rentas para las personas mayores

España cuenta con un sistema de pensiones de reparto en que el Estado garantiza que todos los ciudadanos reciban una pensión a través de la Seguridad Social. Este sistema se define como solidario porque las personas jubiladas no cobran de forma proporcional a su aportación. De hecho, las aportaciones

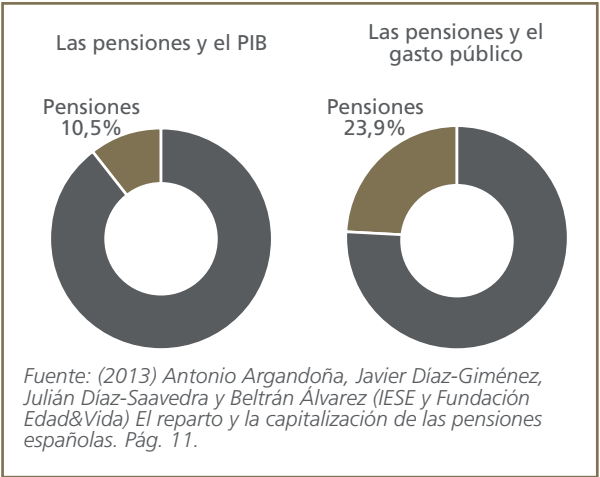
de los trabajadores al sistema sirven para proveer las pensiones de las generaciones precedentes que ya dejaron de estar en activo en el mercado laboral.

A pesar de todo, disponer de una pensión universal no significa que todas las personas al llegar a la vejez tengan la vida solucionada. Puede que la cantidad que se perciba no sea la adecuada para mantener el nivel de vida del que se ha disfrutado durante los años productivos. Aquellos ciudadanos senior que disponen de otros ingresos, son los que realmente pueden encarar esa etapa dorada de la vida con tranquilidad.

En nuestro país, el gasto público en pensiones es la segunda partida más alta de los presupuestos generales del Estado y sólo es superada por la remuneración a los asalariados públicos (de 122.286 millones de euros en 2011). Al sumar estas cantidades, el gasto total en pensiones supuso el 10,51% del PIB anual, que, en 2011, fue de 1.063.355 millones, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el 24% de todos los gastos de las Administraciones públicas⁽⁵⁾.

Estas cifras demuestran, sin lugar a dudas, la importancia cuantitativa de las pensiones públicas españolas y nos avisan de un grave problema potencial: su capacidad de arrastre de los presupuestos del Estado⁽⁶⁾. Si el sistema de pensiones no es financieramente sostenible, las administraciones públicas tampoco serán sostenibles y se pondrá en peligro el bienestar futuro de los ciudadanos.

Gráfico 8. Importancia de las pensiones españolas 2011



5.4. Principales problemas de las pensiones

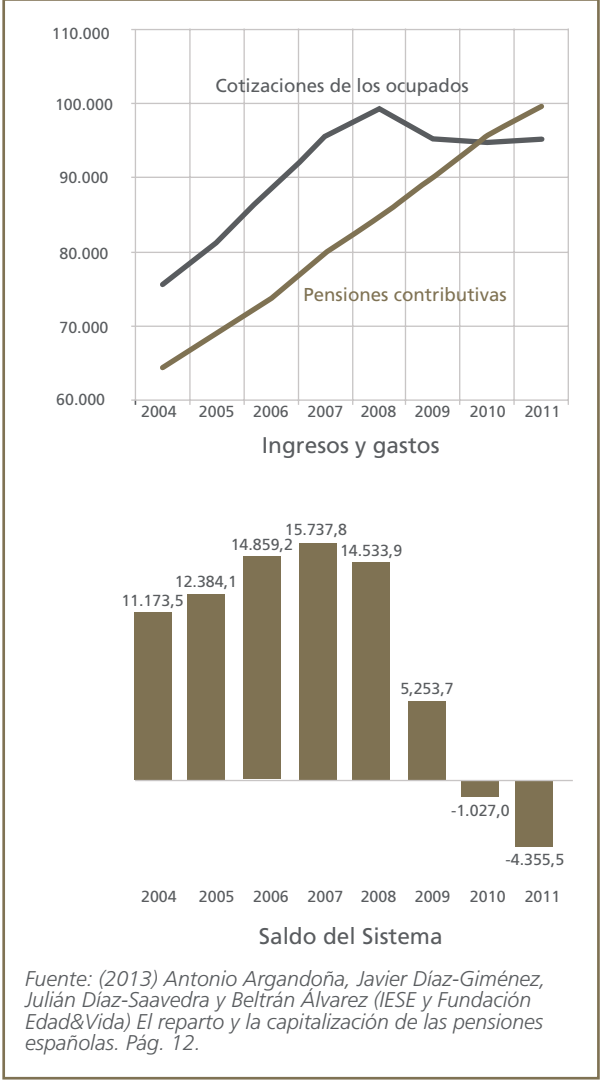
El sistema de pensiones español no dispone de un modelo flexible, adaptado y adaptable a las distintas coyunturas sociodemográficas y económicas con las que tiene que convivir y que, de forma insoslayable, tendrá que seguir afrontando en

los próximos años. Las deficiencias, que están en el origen de su diseño y que no permitirán dar una respuesta satisfactoria a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, son amplias.

Las grietas que amenazan la sostenibilidad del sistema son⁽⁶⁾:

- El sistema de pensiones públicas españolas está excesivamente basado en el reparto y es demasiado rígido, porque obliga a los trabajadores a jubilarse a unas edades determinadas, para no ser penalizados al cobrar la pensión y porque las pensiones son esencialmente incompatibles con la obtención de rentas del trabajo.

Gráfico 9. Situación financiera de las pensiones españolas



- Este sistema de reparto es menos contributivo que el de otros países del entorno y los métodos que se emplean para hacer el cálculo de la pensión pueden generar arbitrariedades y distorsiones.
- También es muy vulnerable a las perturbaciones demográficas y económicas, al ser un sistema de prestación definida y carecer de un factor de sostenibilidad.

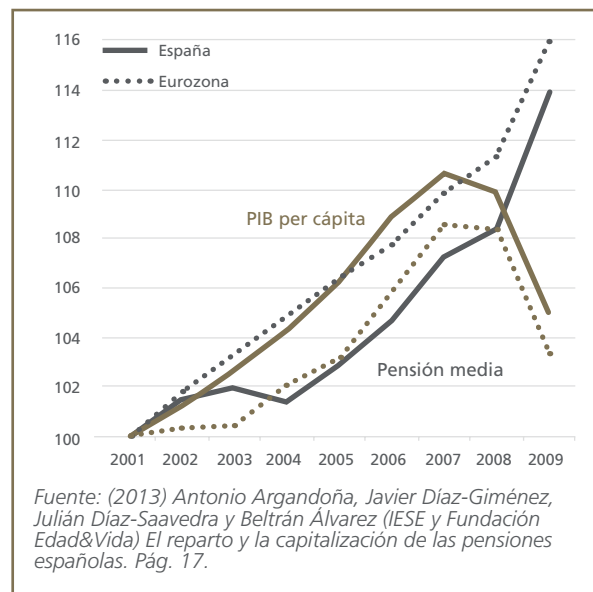
El Gobierno Español tiene previsto aprobar próximamente el proyecto de Ley reguladora del Factor de Sostenibilidad y del Índice de Revalorización del Sistema de Pensiones de la Seguridad Social. El Factor de Sostenibilidad se define como un instrumento que con carácter automático permite vincular el importe de la pensión inicial de jubilación a la evolución de la esperanza de vida de los pensionistas.

- Es ineficiente, al tener numerosos regímenes, sistemas especiales y excepciones.
- Es deficitario y la transición demográfica española ha conducido a que sus problemas de sostenibilidad se conviertan en estructurales.
- Un aspecto crucial es que la sucesión de reformas que se han acometido para intentar mejorar el sistema y corregir sus deficiencias (en concreto, mediante cuatro reformas paramétricas llevadas a cabo entre 1985 y 2011), hace más difícil la previsión y genera mucha incertidumbre para los trabajadores y jubilados. Por ello, no es de extrañar que en España las cotizaciones a la Seguridad Social se perciban como un impuesto y no como un salario diferido.
- El cálculo de la base reguladora y de las penalizaciones por historiales laborales incompletos y por jubilación anticipada es arbitrario, no responde a ningún criterio de equidad actuarial y, por lo tanto, discrimina a trabajadores que han cotizado para el mismo sistema.
- Los métodos para actualizar las cotizaciones y revalorizar las pensiones que se utilizan en España reducen sistemáticamente la tasa de reposición de las pensiones.

Además de los problemas referenciados, cuando se compara el sistema de pensiones español con los de otros países de la Eurozona, se constata claramente que va a la zaga, en muchos aspectos, donde ya se están aplicando medidas para corregir el impacto de las presiones demográficas y económicas que están experimentando estos sistemas en las sociedades desarrolladas europeas. Entre los principales problemas cabe destacar:

- Los tipos medios de cotización españoles son menos progresivos que los tipos medios de la Eurozona.
- El papel del ahorro capitalizado en España sigue siendo muy inferior al de otros países de la Eurozona. Prueba de ello es que los activos en fondos de pensiones de los países que pertenecen a la OCDE y a la Eurozona es del 21% del PIB y en España no llega al 8%.

Gráfico 10. Pensión media y PIB per cápita en España y en la Eurozona (2001=100)



- En 2009, solo el 3% de los españoles estaban cubiertos por planes ocupacionales y el 16% por planes personales de ahorro para la jubilación, mientras que estas tasas de cobertura ya eran más altas en la Eurozona, del 15% en el caso de los planes ocupacionales y del 22% en el de los personales.
- Cabe tener en cuenta que las cuantías y las tasas de cobertura de los sistemas de los planes de capitalización del ahorro en España son mucho menores que en el resto de países de la Eurozona.
- Asimismo, las pensiones mínimas españolas son mucho mayores que la media de la Eurozona, no están ligadas ni a la renta ni al patrimonio de las personas que las perciben ni se penalizan cuando se produce una jubilación anticipada.

5.5. Características de los mejores sistemas de pensiones

En contraposición a los problemas y deficiencias descritas en el apartado anterior, los mejores sistemas de pensiones se caracterizan por una serie de aspectos que se reseñan a continuación⁽⁶⁾:

- Multiplicidad de las fuentes de la renta para los mayores, lo que significa que combinan los sistemas de reparto con los sistemas capitalizados y que los complementan con un sistema de pensiones mínimas, que están enfocadas y reducidas para garantizar un nivel mínimo de renta de los mayores sin desincentivar el ahorro a largo plazo. Al respecto, el modelo

sueco es el que mejor combina el sistema de reparto con el de capitalización y el que más ventajas saca de ambos.

- La sostenibilidad garantizada indefinidamente es una de las características de los mejores sistemas de reparto. Las pensiones que prometen pagar a los ciudadanos son siempre creíbles y, para conseguirlo, además de ser sistemas de aportación definida, incluyen factores de sostenibilidad que van ajustando automáticamente los derechos pensionables a las circunstancias demográficas y económicas que afectan a cada país.
- Son completamente contributivos, universales, flexibles, progresivos y transparentes.
- Combinan rentabilidades altas con costes de gestión bajos, diversifican geográficamente sus inversiones y permiten el rescate parcial de fondos en determinadas circunstancias, además de garantizar cuantías mínimas para sus anualidades.

5.6. Líneas de reforma de las pensiones

Ante las coyunturas económica y demográfica tan adversas descritas en este capítulo, sólo cabe una acción posible: Reformar el sistema público de pensiones en España para evitar desequilibrios que pongan en peligro el actual sistema de reparto. Más allá de eso, con estos cambios se pretende asegurar la sostenibilidad futura de nuestro sistema.

Esta tarea compete a la Comisión del Pacto de Toledo y al Parlamento. Los sistemas se pueden reformar de dos formas, una de ellas es la reforma paramétrica, que ya ha aplicado el Gobierno en 2011 y que consiste en mantenerlo, pero cambiando sus parámetros para conseguir un aumento de los ingresos y una reducción de los gastos, esto es, para mejorar la solvencia del sistema. En España, el ajuste de los parámetros realizado en esta última reforma ha conseguido ambos objetivos. Este ajuste ha consistido en modificar dos parámetros:

- Retrasar la edad legal de jubilación de los 65 a los 67 años.
- Ampliar de 15 a 25 años el período de cotización necesario para calcular la base reguladora de las pensiones.

Pero no hay duda de que estas medidas, que han logrado aumentar los ingresos al sistema, también reducirán la cuantía de las pensiones que se percibirán y resultará dolorosa para los ciudadanos, en especial, de las clases medias. Y tiene otras consecuencias negativas para reducir la duración de la jubilación, alargar la vida laboral, aumentar así las cotizaciones y, por lo tanto, reducir el gasto total en pensiones.

En su lugar, el otro tipo de reforma que cabe plantearse es una reforma estructural. Estas reformas estructurales consisten en sustituir total o parcialmente el sistema de reparto vigente y en reemplazarlo por uno de capitalización⁽⁶⁾:

- Reemplazar el sistema de reparto vigente en la actualidad,

con “una reforma estructural que lo sustituya por otro de aportación definida, completamente contributivo, con cuentas nocionales, un tipo de cotización reducido y destopado, ajustes actuariales automáticos en las pensiones según la edad de jubilación y la esperanza de vida, edad de jubilación flexible y un factor de sostenibilidad que se tenga en cuenta para actualizar las cotizaciones y revalorizar las pensiones y que garantice la viabilidad financiera permanente del sistema”.

- Complementarlo “con planes capitalizados obligatorios o casi-obligatorios que podrían ser ocupacionales o personales y que deberían aportar, aproximadamente, la mitad de las rentas para la jubilación”.
- Dotarlo “con unas pensiones mínimas enfocadas, que dependieran de la renta y el patrimonio de sus perceptores y que garantizaran una renta mínima para los mayores, que sería independiente de sus historiales de cotización”.
- La transición hacia este nuevo sistema debería hacerse minimizando los costes a los pensionistas y respetando los derechos adquiridos de los trabajadores en la medida de lo posible.

Como ya hemos comentado al principio de este apartado, ya vivimos inmersos en el cambio. Parece que las nuevas medidas que se preparan para dar respuesta a cuestiones como el importe de las pensiones que cobrarán los jubilados a partir de ahora o cómo se revalorizarán, consideraran aspectos como la esperanza de vida de los ciudadanos del futuro, que como ya hemos comentado a lo largo de todo este documento, ha aumentado. Pero además, se tendrán en cuenta aspectos como los ingresos y gastos del sistema, al margen de la evolución de la inflación.

Resultados de la encuesta 8. Necesidades en el sector financiero

La información es el factor más importante a la hora de contratar productos financieros entre el colectivo de personas mayores. Demandan una información clara, más transparente y fácil de entender en los productos financieros que se ofrecen, utilizando un lenguaje adecuado al cliente al que van dirigidos.

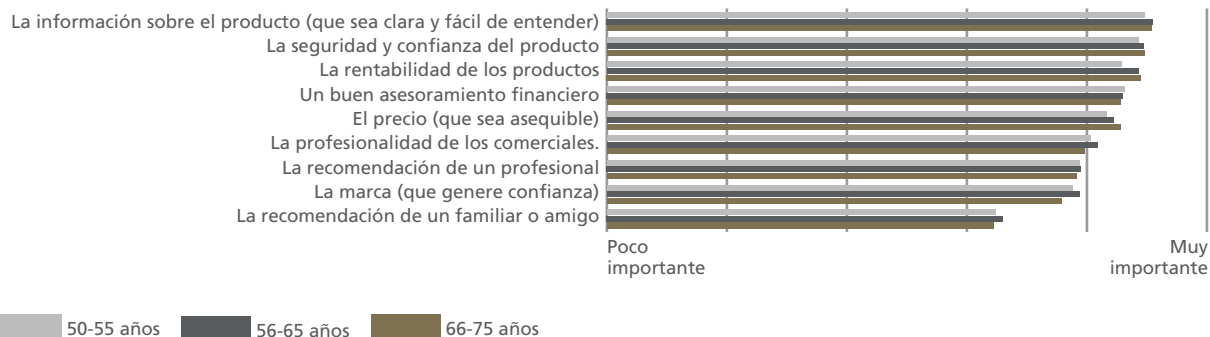
La seguridad y confianza en el sector financiero es clave. Se pide que esté sujeto a un control y supervisión estricta por parte de los organismos responsables y sujeto a normativas

de responsabilidad. Además denuncian el abuso de la letra pequeña en los contratos y la ocultación de información.

La rentabilidad de los productos financieros es un factor muy valorado, si bien las personas cuyas edades están comprendidas entre los 50 y 55 años le conceden menor importancia.

El buen asesoramiento financiero está ligado a la falta de confianza que se percibe hoy con las entidades financieras y a la poca credibilidad que poseen ante los clientes.

Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore su grado de acuerdo con las siguientes frases



6. Colaboración público-privada

6.1. ¿Por qué la colaboración público-privada?

La crisis económica actual y los problemas de déficit que deben afrontar muchos gobiernos han puesto sobre la mesa la discusión sobre la viabilidad y sostenibilidad del esquema público de financiación y provisión de los servicios de garantía pública, como es el caso de los servicios de atención sanitaria y a la dependencia y que afectan directamente a la calidad de vida de las personas.

La inversión pública también se está viendo afectada por esta coyuntura y la construcción y mantenimiento de muchas de las infraestructuras necesarias para prestar estos servicios de garantía pública están viendo ralentizado o parado su desarrollo.

La escasez de recursos públicos, el cambio demográfico y el envejecimiento de la población que se verá acentuado en los próximos años, con la consiguiente presión sobre los sistemas de pensiones, sanitarios y de atención a la dependencia, hacen necesario analizar el potencial de las estrategias de colaboración público-privada y trabajar en la promoción de nuevas formas de colaboración, con el objetivo último de ofrecer servicios de calidad, económicamente viables y sostenibles en el tiempo, al conjunto de los ciudadanos. Unos ciudadanos que disponen cada vez de mayor información y se muestran más críticos y exigentes con los servicios que reciben.

En España la colaboración público-privada se ha desarrollado en los últimos años de forma desigual según el sector de actividad económica y en lo que respecta a la gestión general de los servicios públicos o a la construcción y explotación de infraestructuras públicas, sigue estando muy poco extendida, al igual que sucede a nivel europeo, que representa alrededor del 4 % de todas las inversiones del sector público⁽¹⁾.

6.2. Claves del éxito para la colaboración público-privada

Al mismo tiempo que se ha ido intensificando la situación de crisis económica, ha aumentado el estándar de servicios de garantía pública que prestan empresas del ámbito público y privado de diversos sectores, como el sanitario y el sociosanitario. A la vez que la exigencia de calidad para la prestación de estos servicios es mayor, aumenta la presión sobre los costes y la necesidad de mayor eficiencia y eficacia en la provisión. Los ciudadanos senior, receptores de estos servicios, están cada vez mejor informados, más formados, son más exigentes y no dudan en hacer llegar sus demandas ante la falta de calidad de un servicio, la aparición de un incidente, o de una negligencia en su prestación.

Surge así un nuevo paradigma en la contratación de servicios

públicos donde aumenta la competitividad y se demanda una mayor eficiencia. Este marco ha provocado un cambio en la oferta de servicios, sin que la Administración haya cambiado la forma de comprar servicios. El modelo tradicional de contratación pública adolece de demasiada inflexibilidad, criterios obsoletos para las circunstancias de este nuevo paradigma económico y sociodemográfico y debería virar hacia la puesta en marcha de un nuevo modelo en los procesos de contratación. En líneas generales, éste debería mejorar la calidad no sólo sobre el papel, sino procurar una mejora de la calidad de vida real y efectiva en el entorno, aumentar la eficiencia y tener presente la responsabilidad social corporativa de las empresas adjudicatarias, mediante pactos y acuerdos.

El margen para ampliar la colaboración público-privada es, pues, considerable. Sin embargo, ésta no se podrá desarrollar a menos que se produzca un cambio de paradigma, basado en un cambio de filosofía, de manera que esta colaboración público-privada deje de consistir en la mera administración burocrática de la contratación pública, y pase a convertirse en una gestión estratégica de colaboración público-privada. Ahora bien, esta no puede lograrse si la cooperación entre ambas partes no se fundamenta en dos principios: la confianza en la relación y la transparencia en la actuación. Para conseguirlo, también es imprescindible que la colaboración nazca de un liderazgo público y privado fuerte, con capacidad para conciliar diversos intereses.

Siendo fiel a esta filosofía y principios que deberían regir la colaboración público-privada, el actual marco legislativo vigente debería modificarse para dar cabida a nuevas e imaginativas fórmulas de colaboración-público privada, enfocadas siempre a mejorar y optimizar la oferta de los servicios de garantía pública.

En ese deseable futuro escenario, sería preciso fomentar también una mayor profesionalización y capacitación técnica de los empleados del sector público, además de fomentar el desarrollo de la capacitación directiva pública y privada, para adecuar esta responsabilidad a la complejidad que supone gestionar las colaboraciones público-privadas.

La relación basada en la confianza y la transparencia en la actuación debería orquestarse, a fin de ser lo máximo duradera posible, mediante marcos de actuación claros y estables, con un buen reparto de las responsabilidades que competen a cada parte y acuerdos para incentivar las inversiones, tanto en infraestructuras como en servicios, para poder desarrollar los servicios de garantía pública con la calidad necesaria y demandada por la sociedad. Esta estabilidad en la relación también debería implicar un sistema de pago a largo plazo para el sostenimiento de la relación, que se caracterice por cumplir los plazos de pago, respetar la igualdad de condiciones para los proveedores de servicios, pagar las inversiones en función

de los riesgos transferidos a los proveedores y asumidos por estos, y hacerlo con un precio acorde con el coste real de la prestación de los servicios.

Asimismo, la distribución de responsabilidades sobre las funciones debería servir para potenciar la función política, estratégica y de control de la Administración en el sentido de que ésta se encargue del análisis de la demanda, la planificación de la oferta y la supervisión, mientras que la iniciativa privada debería ser la responsable de la inversión, la innovación y la gestión operativa. Esta división clara de responsabilidades sobre las funciones permitiría una colaboración público-privada más eficaz, muy necesaria en el contexto actual.

Con la situación de estrechez presupuestaria en que vivimos para la prestación de infraestructuras y servicios, cuya provisión deben garantizar las Administraciones públicas, contar con la iniciativa privada permitiría aprovechar su capacidad de inversión, su flexibilidad para adaptarse a cada situación y todo su know-how en diversos aspectos, como su experiencia en gestión, optimización de procesos y una clara orientación al cliente, que redunden en una mayor eficiencia y calidad de los servicios que se prestan y, por lo tanto, en una mayor satisfacción de los ciudadanos. Esta implicación de la iniciativa privada moderna debería contribuir a sustituir los modelos de colaboración público-privada orientados a reducir costes por un nuevo modelo basado en la máxima eficiencia y la calidad de los servicios.

La colaboración público-privada es una realidad, aún poco extendida en nuestro país, pero que comienza a ser palpable. En algunos sectores como el sanitario y el energético existen

casos reales de establecimiento de alianzas estratégicas público-privadas que permiten aprovechar los recursos con que ya cuentan las distintas partes, evitar inversiones innecesarias que podrían resultar altamente costosas y acelerar la puesta en marcha de las iniciativas y planes que decidan llevarse a cabo. No obstante, el proceso de contratación pública puede resultar excesivamente lento, poco operativo e injusto para las empresas que concurren a los concursos públicos y precisan de cambios y mejoras en la línea de las recomendaciones expuestas anteriormente.

La contratación del sector público tiene un papel muy relevante en el conjunto de la actividad económica, ya que representa el 18%⁽²⁾ del PIB en la Unión Europea (UE) y el 18,5%⁽³⁾ del PIB en España. El marco legal que regula la contratación pública se encuentra en revisión, puesto que el Parlamento Europeo y el Consejo de la UE están trabajando en la elaboración de una nueva Directiva sobre ésta. En España, por el momento, el régimen de contratación pública está regulado por el Decreto Legislativo 3/2011, del 14 de noviembre, que aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y las Directivas 2004/CE y 2004/18/CE).

El actual modelo de contratación adolece de pliegos de condiciones cerrados, con modelos poco flexibles, realizados y valorados por técnicos no siempre expertos en la materia tratada, y no dan opción a ser defendidos públicamente por las entidades que participan en el concurso. El sistema tiene el precio como principal factor de contratación, sin que la exigencia de coste se ajuste a los requerimientos demandados del servicio. Aspectos como la calidad, la eficacia, la eficiencia o la innovación quedan fuera de valoración.

Resultados de la encuesta 9. Colaboración público-privada

En la encuesta no se preguntó directamente a las personas mayores sobre sus necesidades vinculadas a la colaboración público-privada, ya que éste era un tema transversal, no directamente relacionado a sus necesidades. A pesar de ello, y como ha ocurrido, esperábamos que en las preguntas aparecieran temas vinculados a este aspecto.

Como se ha apuntado en el capítulo de salud y sanidad, los encuestados tienen una opinión contraria a todo aquello que tenga que ver con la colaboración público-privada, que definen como "privatización". En su reflexión, los mayores vinculan la gestión público-privada de la sanidad con pérdida de calidad en la atención recibida. A su entender, las empresas adjudicatarias priman su beneficio económico frente a la salud y el bienestar de los pacientes.

Defienden que se debe poner en el centro de atención a

los pacientes, que sean tratados como personas, y no como meros clientes. Se teme que, con la colaboración público-privada, la sanidad pública deje de ser gratuita y universal.

Para que el modelo de colaboración público-privada en la sanidad sea asumido por las personas mayores, éste debe primar la calidad en la atención recibida. De la encuesta se desprende que el modelo no debe basarse en el factor precio, sino que debe poder resolver problemas endémicos del sistema como, por ejemplo, las listas de espera o el trato médico-paciente. Poner en valor la innovación puede ser un mecanismo que permita reducir costes a largo plazo, a la vez que se mejora el servicio recibido para las personas mayores, y la población en general. En este sentido, es necesaria una clara distribución de responsabilidades entre los distintos agentes implicados, que repercuta en un mejor servicio ofrecido.

Parte IV. Principales Conclusiones

1. Nuestro país se enfrenta a una revolución demográfica. En 2052 se habrá producido una inversión en la pirámide de población, donde el porcentaje de personas mayores de 65 años alcanzará el 37%.

2. Las personas mayores quieren tener una vida activa tras la jubilación, ser autónomas, prefieren vivir en su casa, rechazan que se les llame o se les considere “ancianos”, quieren ser respetados, buscan cierto reconocimiento, son fieles a las marcas, evitan malgastar, compran en comercios próximos, priorizan sus compras en productos de alimentación y salud y desconfían de la publicidad.

3. Las necesidades de las personas mayores para mejorar su alimentación y, por lo tanto, su nutrición e hidratación son evidentes y requieren una respuesta por parte de la industria de la alimentación, así como de los establecimientos responsables de su distribución y también de los profesionales de la salud.

Tanto los fabricantes de la industria de la alimentación como los distribuidores deben ser conscientes pues, de las necesidades de adaptar sus productos a un subgrupo de consumidores cada vez más numeroso, a fin de facilitarles la actividad de compra, que puede considerarse un acto social, ya que rompe el aislamiento de las personas mayores al favorecer que salgan de sus domicilios, y procurarles una dieta más saludable y adaptada a las dificultades que presenten debido a la edad. Los médicos y otros profesionales de la salud, deben implicarse en la promoción de hábitos de nutrición e hidratación saludables de los mayores. Por su parte, los consumidores senior deben ser conscientes de sus necesidades de alimentación y características físicas y no deben renunciar al placer de la comida, para lo cual deben intentar seleccionar los productos mejor adaptados a su edad y características físicas.

4. El envejecimiento poblacional y la escasez de recursos asistenciales va a producir un exceso de la demanda de servicios respecto a la oferta en los próximos años. No hay duda, pues, de que una reforma profunda del sistema sanitario, que comprenda cambios estructurales, es ineludible. En este sentido, es preciso mejorar la vinculación entre éste y el sistema sociosanitario, a fin de crear el continuum asistencial y el abordaje integral y multidisciplinar que necesitan las personas mayores.

5. El marco de envejecimiento poblacional, presiona la capacidad de financiación del sistema sanitario y afecta a su sostenibilidad, lo cual exige la puesta en marcha de medidas en las que deben implicarse todas las partes relacionadas.

La adopción de medidas, unilateralmente, por parte de la Administración sanitaria destinadas a contener el gasto farmacéutico generan descontento popular, puesto que los ciudadanos, especialmente los mayores, van a tener que gastar cada vez más dinero para adquirir los medicamentos que necesitan para tratar sus enfermedades, y además reducen los márgenes de la industria farmacéutica, principal sector industrial en inversión en I+D, indispensable para el desarrollo de nuevos avances farmacológicos que redunden en beneficio de los ciudadanos.

Cada una de las partes implicadas en este campo, debe realizar un esfuerzo para encontrar el equilibrio entre el ahorro y el crecimiento, para permitir un triple objetivo: aumentar la salud de los ciudadanos, mantener la sostenibilidad del sistema y permitir el crecimiento del sector industrial farmacéutico y de la inversión en I+D+i.

6. Los nuevos mayores no se consideran “ancianos”. Están entrando, como se ha visto, en el uso de las nuevas tecnologías pero quieren que se les tenga en cuenta para su diseño, tanto al inicio como al final, para asegurarse de que se consideran sus necesidades (ergonómicas o sus limitaciones para la audición o la visión), pero sin que estas modificaciones del diseño para dar respuesta a sus necesidades sean perceptibles para los demás. Esto significa que las mejoras pensadas para las personas mayores deberían ser de utilidad y beneficiosas para individuos de todas las edades.

Y es que este colectivo no se siente “anciano”, en el sentido clásico, y no reclama equipos de teleasistencia, que los mayores consideran un dispositivo más propio de individuos de la cuarta edad, para la discapacidad y la dependencia. En cierto modo, se sienten “jóvenes” y demandan usar las nuevas tecnologías, como los demás, pero con prestaciones que les resulten prácticas y sencillas de utilizar. La usabilidad, la funcionalidad y la calidad deben ser los tres pilares de las tecnologías para mayores.

Las nuevas tecnologías, y en particular las TIC, son herramientas potencialmente muy útiles para las personas ma-

yores, pero sólo si les ofrecen los servicios que necesitan y están diseñadas de forma que puedan utilizarlas muy fácil e intuitivamente. Los mayores deben adaptarse al mercado, pero el mercado debe adaptarse a ellos, si no quiere perder a esta gran cartera de potenciales clientes. Procurarles formación e información es, sin duda, el reto, a la par que la clave para que las TIC no sean un secreto para ellos, algo ajeno a sus momentos de tiempo libre y para el ocio y ayudarles a disfrutar de un envejecimiento activo.

7. Las personas quieren vivir activamente cuando llegue la etapa de jubilación. Disponer de ahorro tanto público como privado, que permita mantener el nivel de vida tras la etapa laboral y disfrutar de la jubilación, es clave. Promover una cultura financiera favorable al ahorro para la jubilación entre los ciudadanos, la necesidad de reformar estructuralmente el sistema público de pensiones para garantizar su sostenibilidad y la incorporación de incentivos fiscales para el ahorro, son la base para asegurar el futuro bienestar de los ciudadanos que se jubilen en las próximas décadas, momento en el cual nuestro país experimentará de manera radical el impacto del envejecimiento.
8. El impulso y fomento de estrategias de colaboración público-privada constituye una oportunidad para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de la prestación de los servicios de garantía pública.

Los riesgos y retos que deben asumir las partes implicadas en una estrategia de colaboración público-privada es, en el caso del sector público, realizar una asignación inadecuada de capacidades. En cambio, para el sector privado las principales amenazas, a la par que retos a solventar son la ambigüedad e inestabilidad de los marcos reguladores vigentes en la actualidad, así como el desequilibrio económico de la contratación pública que, indudablemente, supone un grave perjuicio para los proveedores de servicios.

Parte V. Retos y Oportunidades

A partir del estudio de las necesidades de las personas mayores, análisis de las tendencias demográficas, estudios elaborados por Edad&Vida y otras entidades y del diálogo con diversos grupos de interés, hemos identificado una serie de retos y oportunidades para la innovación y el emprendimiento ante el progresivo envejecimiento de la población española.

El objetivo no es otro que el de facilitar la reflexión e impulsar la actuación de la Administración, empresas, organizaciones y ciudadanos para dar una respuesta adecuada a las consecuencias predecibles del cambio demográfico.

Alimentación, nutrición e hidratación

Retos y oportunidades para la Administración:

- La prevención de la desnutrición es un factor determinante para un envejecimiento activo y saludable. Es imprescindible reforzar las políticas de prevención y fomentar los hábitos saludables en la alimentación, del conjunto de la población, especialmente en el colectivo de las personas mayores, y favorecer un envejecimiento más saludable.
- Intensificar los esfuerzos de supervisión, control y sanción que garanticen la trazabilidad de los productos, con el fin de garantizar la seguridad alimentaria.
- Promover desde el ámbito de la salud y la sanidad los beneficios de una alimentación equilibrada.
- Fomentar la investigación sobre la alimentación y la hidratación de las personas mayores.

Retos y oportunidades para la industria:

- Introducir nuevos productos en el mercado para cuidar la salud de las personas mayores, que sufren importantes limitaciones debido a su edad, como la pérdida de dientes, sequedad bucal o menor salivación, disfagia y dificultad para masticar, a menudo debido a enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o el Alzheimer.
- Adecuar productos para las personas mayores que también mejoren la salud de los jóvenes.
- Diseñar un etiquetado accesible y adaptado de los productos, para que lo pueda leer y entender el consumidor mayor, es decir, con un tamaño de letra adecuado, pues hay que tener en cuenta que muchas personas de edad avanzada tienen disminuida su visión.
- Diseñar envases adaptados para que sean fáciles de abrir,

pues a menudo la fuerza física y destreza de las personas mayores para abrir y manipular los cierres de los objetos disminuye.

- Desarrollar productos funcionales enriquecidos con nutrientes deficitarios en muchas personas mayores, como la vitamina D, el calcio o los ácidos Omega 3.
- Realización de ofertas de producto de alimentación exclusivas para las personas mayores.

Retos y oportunidades para los distribuidores:

- Las personas mayores consideran que en los grandes comercios, los clientes no tienen un trato personalizado, muy importante para ellos. Por eso, se recomienda a los responsables de grandes superficies que para contrarrestar el efecto negativo de este sentimiento, utilicen imágenes y mensajes que les resulten familiares cuando diseñen la distribución de los productos.
- Facilitar la orientación y desplazamiento mediante paneles explicativos y una distribución de elementos que resulte intuitiva de los clientes mayores dentro para las grandes superficies.

Retos y oportunidades para el comprador / consumidor senior:

- Adaptar la dieta a las características de la edad y, por lo tanto, optar por una compra saludable. Una dieta saludable está directamente relacionada con una compra saludable. Para realizarla, es necesario la planificación y el orden a la hora de comprar, se recomienda ir con una lista, y elegir el tipo de tienda, según las necesidades –centros comerciales o tiendas de proximidad-. Cabe tener en cuenta que comer bien no está reñido con el ahorro. Se puede gastar menos sin disminuir el potencial nutritivo y es importante que la población mayor que, en ocasiones tiene un menor poder adquisitivo, sea consciente de ello.
- Solicitar ayuda de un nutricionista para complementar la dieta y saber así qué productos son los más adecuados para cada uno, antes de ir a comprar.
- Buscar sustitutos de los alimentos que ya no se pueden comer.
- Seguir una dieta equilibrada porque es imprescindible para mantener un adecuado estado de salud.
- Tomar a diario un mínimo de 2 litros de agua al día, aunque

no se tenga sed.

- El agua es la mejor bebida, aunque también ayudan a hidratarse las infusiones, los caldos, los zumos, los refrescos o algunos alimentos como las verduras y las frutas.
- En verano y en ambientes calurosos, es preciso beber más, pero en pequeñas cantidades y frecuentemente.
- Si se ha comido más de lo normal, también hay que beber algo más de lo habitual.
- Las bebidas alcohólicas no sirven para hidratar y se desaconsejan.
- Las personas que se atragantan al beber líquidos, deben consultarlo con su médico. La gelatina puede ser una buena opción para hidratarse y evitar estos episodios de atragantamiento.
- No obstante, si las personas mayores padecen enfermedades renales o cardíacas, la ingesta de líquidos puede no ser demasiado buena y se debe consultar al médico.

Salud y sanidad

Retos y oportunidades para la Administración:

- Se debe plantear una reconversión de la atención sanitaria y social, a través de una reorganización hospitalaria y de la media y larga estancia y de una mejora en la colaboración y el soporte de la atención primaria de salud, racionalizando de esta forma el uso de los diferentes recursos y niveles asistenciales, lo que además de evitar duplicidades en el sistema, supondrá un ahorro en el gasto público. El principio general que debe inspirar las reformas estructurales es el de prestar en cada momento la atención que precisa la persona/paciente en el dispositivo asistencial (social y sanitario) óptimo y más eficiente:
 - La atención hospitalaria debería centrarse en la intervención y trato de las enfermedades agudas y de reagudización y las urgencias.
 - Los centros de media estancia o centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada por sanidad se ocuparían de los casos de paliativos, convalecencia, post/sub-agudos, hospital de día y enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja. De esta forma, los casos de post-agudos, sub-agudos y convalecientes deberían ver incrementada su rotación en los centros hospitalarios, produciéndose un trasvase hacia centros de media estancia. Asimismo, habría que derivar pacientes a los centros de media estancia directamente desde los servicios de urgencias hospitalarias.
 - La atención de larga duración se inscribe en el ámbito social y sanitario por dirigirse a personas en situación de gran dependencia y dependencia severa, y por tanto, su financiación debería tener en cuenta estas dos vertientes.
- Dada la gravedad de la situación en la que, a la falta de decisiones políticas adecuadas (no) tomadas a tiempo se añade una situación de crisis económica con problemas de liquidez en el sector sanitario, y a su vez se anuncian nuevos ajustes presupuestarios derivados de presiones internacionales, se podrían considerar una serie de medidas que tendrían impacto a corto plazo:
 - La definición de un catálogo de prestaciones común para el conjunto del Estado. El catálogo debería regirse por criterios clínicos y de coste-efectividad, lo que consecuentemente implica una evaluación periódica de las prestaciones. Aquellas prestaciones no incluidas en el catálogo común ni por las prestaciones sanitarias establecidas como complementarias por las Comunidades Autónomas, podrían ser cubiertas por parte de seguros privados. En este sentido, cabría la posibilidad de fomentar un “seguro voluntario subvencionado” para aquellas prestaciones consideradas especiales y que no queden cubiertas por el catálogo, como por ejemplo la atención buco-dental. Asimismo, se deberían fomentar los centros de referencia, ya que resulta ineficiente que cada centro ofrezca el conjunto de los servicios sanitarios del sistema.
 - Habría que fomentar la corresponsabilidad de los usuarios a través de la financiación en el punto de consumo, con una finalidad doble: evitar los consumos inadecuados responsabilizando al usuario y contribuir a la financiación del sistema. Ello incluiría:
 - Modificar el diseño del copago farmacéutico estableciéndolo en función del nivel de renta, eliminando la distinción entre activos y pensionistas. Asimismo, el copago farmacéutico se vincularía al catálogo de prestaciones, que excluiría medicamentos para síndromes menores para los cuales no se requiere receta médica (medicamentos de confort).
 - Se debería contemplar la posibilidad de que el precio para determinados productos sanitarios lo financiara parcialmente el sistema público de forma homogénea en el conjunto del Estado. El usuario podría acceder a estos productos complementando con su aportación económica el diferencial hasta el PVP real.
 - Introducir un copago significativo que, más allá del efecto disuasorio, tenga efecto recaudatorio fijo en las visitas a consultas y en las urgencias.
 - Introducir tasas por servicios complementarios cubiertos (por ejemplo, las comidas en los hospitales) y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas.
 - Modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad.

- Establecer mecanismos de protección de los usuarios con menos recursos económicos y los más enfermos/enfermos crónicos.
- Lógicamente, los costes de transacción derivados de la introducción del copago no deberían superar los ingresos derivados de la misma, por lo que tan importante es “el qué” (medidas específicas de copago) como el “como” (forma de implementarlo).
- Fomentar la colaboración público-privada, realizando un análisis de los partenariados público-privados existentes, así como de las concesiones administrativas.
- Evaluar de forma más rigurosa el coste-efectividad en el aprovisionamiento de productos y tecnologías sanitarias.

Retos y oportunidades para los operadores sanitarios:

- Mayor focalización en la atención integral al paciente, en detrimento de la enfermedad. La persona mayor es el centro y no la enfermedad.
- Potenciar la atención geriátrica desde una visión general del envejecimiento y no tanto desde cada especialidad sanitaria.
- Mayor enfoque en los pacientes no agudos, potenciando la prevención como mecanismo de mejora de la calidad de vida.
- Innovar en nuevos establecimientos de atención sanitaria enfocados a la problemática del envejecimiento.
- Potenciar la investigación sobre las problemáticas del envejecimiento.
- Establecer alianzas con otros sectores como el financiero, las telecomunicaciones, la distribución, el turismo que pueden aportar soluciones en el ámbito de la financiación, la generación de ingresos y la provisión de nuevos servicios sanitarios.
- Promover la certificación de calidad para el ámbito hospitalario privado, con el objetivo de facilitar una información más clara y transparente para que el ciudadano pueda elegir con mayor libertad.

Recomendaciones para los pacientes:

- Realizar un uso responsable de los servicios sanitarios, cuando sea necesario.
- Adoptar estrategias preventivas basadas en una alimentación equilibrada, la realización de ejercicio físico y hábitos saludables como manera de evitar, o alargar la aparición de enfermedades.

Los dos pilares básicos para un envejecimiento satisfactorio son una dieta adecuada y la actividad física. Además, los beneficios de ambos hábitos de vida están interrelacionados y se potencian mutuamente.

Farmacia

Retos y oportunidades para la Administración:

- Desarrollar acciones de concienciación, dirigidas a las personas mayores, de los peligros de la medicación y fomento del uso racional de los medicamentos.
- Incentivar la inversión y el desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas.
- Definir explícitamente incentivos que fomenten la I+D en medicamentos huérfanos.
- Favorecer la inversión en tecnología sanitaria, para desarrollar modelos asistenciales más eficientes que hagan que el Sistema Nacional de Salud sea sostenible a largo plazo.
- Hacer compatibles las necesidades de todos los grupos de interés participantes del sistema nacional de salud (pacientes, profesionales sanitarios, industria y Administración) para hacer posible su subsistencia, teniendo en cuenta las necesidades de todos ellos.
- Tener en cuenta que las medidas del control del gasto sanitario basadas en la reducción del gasto farmacéutico, son soportadas por la industria farmacéutica, dificultando su capacidad para invertir en innovación.
- Generar un escenario de certidumbre normativa.
- Elaborar un marco regulatorio específico que fomente la estandarización de la calidad de los productos sanitarios.
- Evitar la compra centralizada únicamente basada en el precio.
- En relación con los operadores residenciales, la Administración debería:
 - Mejorar la calidad y la eficiencia de la prestación farmacéutica incluyendo los productos sanitarios y los de nutrición enteral. El paciente debe tener los mismos derechos y prestaciones que si estuviera en su domicilio.
 - Mejorar el circuito de prestación, dispensación y administración.
 - Mejorar el seguimiento y control farmacoterapéutico de los tratamientos y de la utilización de los productos sanitarios y nutrición enteral.
 - Prevenir y detectar problemas relacionados con los medicamentos, productos sanitarios o productos de nutrición enteral y mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
 - Facilitar la libre elección de la oficina de farmacia o del servicio de farmacia responsable del suministro al centro residencial.
 - En el caso de suministro por oficina de farmacia, que el

médico de la residencia responsable de la prescripción de medicamentos, disponga de talonarios de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la posibilidad de visado.

Retos y oportunidades para la industria farmacéutica:

- Seguir invirtiendo y desarrollando medicamentos y vacunas.
- Continuar potenciando el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías sanitarias para mejorar diagnósticos y tratamientos, aumentando la esperanza y la calidad de vida.
- Crear prospectos más comprensibles para los ciudadanos y legibles para estos, pues muchos presentan problemas oculares o de memoria.
- Desarrollar productos adaptados a los mayores, ya que muchos presentan dificultades para abrir los envases, o con presentaciones más favorables para adaptarse, por ejemplo, a sus problemas de masticación y deglución.
- Formar e informar a los pacientes sobre la adherencia terapéutica a los tratamientos, desarrollando programas educativos y herramientas de apoyo.

Retos y oportunidades para los médicos prescriptores:

- Evaluar el tratamiento de los polimedicados con el fin de evitar problemas relacionados con los medicamentos.
- Delimitar la prescripción en el tiempo.
- Prever y organizar el seguimiento del paciente.
- Reevaluar la efectividad de cada medicamento en cada visita.
- Fomentar programas de adherencia.

Retos y oportunidades para las oficinas de farmacia

- Informar a los pacientes, durante el acto de dispensación, sobre el nombre del fármaco y cómo, cuándo y durante cuánto tiempo se debe tomar.
- Crear Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) destinados a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes polimedicados, de edad avanzada, crónicos y con varias patologías.
- Facilitar el desarrollo de aplicaciones que ayuden al cumplimiento del tratamiento.

Retos y oportunidades para los ciudadanos:

- Tomar la medicación siguiendo las pautas exactas del médico en cuanto a horarios, posología y duración de los tratamientos.
- No automedicarse.
- Utilizar pastilleros y sistemas de recordatorio para tomar la

medicación, como los que ofrecen las nuevas tecnologías (PDA, agendas electrónicas, etcétera).

Las nuevas tecnologías para la información y comunicación – TIC

Retos y oportunidades para la Administración sobre la e-administración:

- Establecer políticas de difusión de las TIC entre las personas mayores para que se puedan beneficiar de ellas.
- Apoyar el desarrollo de TIC adaptadas a las necesidades de las personas mayores con el fin de reducir la brecha digital.
- Fomentar el uso de las TIC para permitir a las personas mayores seguir siendo activas y creativas socialmente, mediante la creación de redes sociales y el acceso a los servicios públicos y comerciales, reduciendo su aislamiento social, especialmente en las zonas rurales.
- Garantizar la privacidad y el poder de control de acceso a la información sensible y privada que concierne a cada individuo, con el fin de favorecer la aceptación y familiaridad con las TIC.
- Desarrollar herramientas de e-administración con una mayor adaptación al administrado, especialmente cuando éste puede tener ciertas dificultades que, en un grado extremo, podrían motivar cierto grado de exclusión o hacer que perdiera su autonomía en la realización de trámites administrativos, al tener que pedir apoyo a su entorno de familiares o amigos.

Retos y oportunidades para los fabricantes de TIC y aplicaciones:

- Trasladar el gran avance de las TIC en los últimos años debería a los productos y servicios en el entorno de las personas mayores fomentar su autonomía personal y la mejora de su calidad de vida.
- Familiarizar a las personas mayores en el uso de estas nuevas tecnologías, mediante interfaces que les resulten familiares.
- Apostar por diseños que se ajusten a las necesidades de los usuarios, de modo que sean fácilmente usables y totalmente transparentes, en el sentido de que estos no tengan que saber cómo funciona internamente.
- Diseñar equipos que permitan la comunicación mediante distintos protocolos o tipos de terminales, de manera que el usuario no necesite intercambiar el tipo de comunicación, como el teléfono, la dirección IP y la conexión de la cámara web integrados en un mismo servicio.
- Diseñar terminales, de telefonía móvil o de otras tecnologías, adaptados para personas mayores con discapacidad motora o visual, ya que les resulta difícil utilizar aquellos que tienen pantallas o teclas muy pequeñas.

Retos y oportunidades para los distribuidores de TIC y aplicaciones:

- Difundir y poner en valor los servicios que ofrecen las nuevas tecnologías, destacando qué mejoras y utilidad van a tener en su vida y qué servicios ofrecen.
- Realizar ofertas de promoción ajustadas al colectivo de las personas mayores, puesto que si les gustan los servicios que ofrecen los acabarán contratando.

Retos y oportunidades para los consumidores de nuevas tecnologías:

- Utilizar las nuevas tecnologías para facilitar la comunicación con los familiares, que puede ser más frecuente y resulta especialmente útil si se vive lejos.
- Solicitar información y cursos de formación para aprender a utilizar Internet y otros equipos para la comunicación.
- No rechazar directamente las nuevas tecnologías que se les ofrezcan, lo nuevo en general, sino informarse de qué ventajas y servicios les puede ofrecer.

Financiación de las personas mayores

Retos y oportunidades para la Administración:

- Se recomienda iniciar un proceso de profundo debate a nivel político y social que permita a los ciudadanos y a las instituciones tomar conciencia sobre la necesidad de llevar a cabo una reforma estructural del sistema de pensiones en España, que fortalezca su contribución al bienestar de las personas mayores, mantenga su función solidaria y permita su viabilidad financiera a largo plazo.
- Las reformas del sistema de pensiones que se lleven a cabo deben hacerse con la máxima responsabilidad y transparencia por parte de todos los agentes implicados, buscando el máximo consenso sobre los principios que debería cumplir el nuevo sistema, asumiendo que habrá unos costes de transición y que deberá trabajarse para minimizarlos.
- Deben evitarse los mensajes partidistas y contradictorios y mejorarse la información que recibe el ciudadano en relación al sistema de pensiones y los riesgos a los que está sometido, las aportaciones que realiza el trabajador y la empresa y la cuantía de la pensión pública probable en el momento de la jubilación.
- También es necesario clarificar las contribuciones del usuario para la financiación de los servicios de garantía pública, sanitarios y de atención a la dependencia.
- Debe ponerse en valor y fomentarse el ahorro privado de los ciudadanos para la jubilación, con el fin de complementar la pensión pública, sea a través de planes ocupacionales y/o personales. En este sentido, tal y como se ha actuado en otros países de nuestro entorno como Suecia y Reino Unido,

podría vincularse de manera obligatoria el ahorro privado para la jubilación con la actividad laboral o profesional.

- Deben estudiarse las medidas fiscales más adecuadas para incentivar el ahorro privado ocupacional y personal, también en el ámbito de los seguros de salud y dependencia.
- Deben simplificarse los trámites administrativos para la constitución de planes de pensiones en general y especialmente para las PYMEs.

Retos y oportunidades para las compañías aseguradoras y de previsión:

- Es necesario que se impliquen en la labor de concienciar y sensibilizar a los ciudadanos sobre la importancia de la planificación y el ahorro para la jubilación.
- Debe mejorarse el asesoramiento a los clientes y centrarlo en las necesidades concretas para la jubilación de cada persona, en función de su edad y expectativas de gasto futuro, con información clara, transparente y completa, exponiendo los riesgos de la inversión, las comisiones y la rentabilidad.
- Debe potenciarse la formación de los profesionales para mejorar el asesoramiento a los clientes.
- Deben desarrollarse productos de previsión y ahorro finalista que se ajusten a las características específicas del individuo, como edad, tipo de contrato laboral, nivel salarial...entre otros.

Retos y oportunidades para los ciudadanos:

- Es necesario un cambio de actitud y comportamiento hacia el ahorro y la planificación para la jubilación, asumiendo una mayor responsabilidad individual.
- Empezar a ahorrar cuanto antes, de forma constante y sistemática, es la mejor forma de asegurarse una buena situación económica futura y la que requiere un menor esfuerzo.
- Es necesario planificar el nivel de ingresos necesario y el origen de los mismos para poder cubrir las necesidades en la etapa de la jubilación. Hay que tener en cuenta que hay una serie de gastos que disminuyen pero también hay que prever el incremento de otros tales como los relacionados con el ocio o la salud.
- En este sentido, cualquier persona debería plantearse la cantidad de ahorro necesaria para complementar la pensión de jubilación, en qué modo va ahorrarse, el riesgo que se está dispuesto a asumir y si se tiene la intención de dejar algún capital a los familiares.
- En función del momento o etapa vital en que se esté considerando ahorrar para la jubilación debería optarse por una u otra forma de ahorro. En cualquier caso es aconsejable diversificar las formas de ahorro, aprovechar las ventajas fiscales de determinados productos y, en la etapa próxima a la

jubilación, consolidar el ahorro, adecuando el nivel de riesgo de las inversiones. Buscar un asesoramiento profesional es importante para elegir la mejor opción.

- En el momento de la jubilación es importante tener una visión de conjunto del ahorro total acumulado y planificar la mejor forma de utilizarlo, buscando el asesoramiento necesario.

Colaboración público-privada

- Es necesario un cambio de paradigma en la comprensión del significado de la colaboración público-privada, pasándose de la administración burocrática de la contratación pública a la gestión estratégica de la colaboración público-privada, basada en la confianza en la relación y la transparencia en la actuación, con liderazgos fuertes tanto en el ámbito público como en el privado.
- Garantizar un marco fiscal y normativo estable y adecuado.
- Desarrollar una estrategia clara y estable, capaz de sobrevivir a ciclos políticos y electorales.
- Distribuir las responsabilidades claramente, de forma que se potencie la función política, estratégica y de control de la Administración, trasladando a la iniciativa privada los aspectos relacionados con la inversión, innovación y gestión operativa.
- Efectuar una gestión correcta del riesgo.
- Tener el conocimiento en el centro del sistema.
- Asegurar el conocimiento mutuo de las capacidades y necesidades de cada una de las partes.
- Fomentar una mayor profesionalización del sector público mejorando la formación técnica y de gestión de los empleados públicos, así como desarrollar la capacitación directiva pública y privada adecuada a la complejidad de la gestión de las colaboraciones público-privadas.
- Llevar a cabo un seguimiento y evaluación de las experiencias.
- Aplicar modelos y estándares de calidad.
- Rendir cuentas de las distintas experiencias de colaboración público-privada.

En definitiva, la colaboración público-privada debería impulsar la provisión de infraestructuras y servicios de garantía pública con la participación de la iniciativa privada, aprovechando su capacidad de inversión, su flexibilidad, y la experiencia en gestión y optimización de procesos, así como una clara orientación al cliente que debería permitir mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios que reciben los ciudadanos.

Uno de los ámbitos clave de la colaboración público-privada es el marco de contratación. En este sentido, algunos elementos de reflexión serían los siguientes:

- Los criterios de contratación han de tener en cuenta y por lo tanto adjudicar las compras en función de los resultados esperados (outputs) y no en función de los requerimientos de estructura y personal (inputs).
- Para la redacción de los pliegos de condiciones ha de fomentarse la creación de equipos mixtos formados por técnicos expertos de los ámbitos público y privado.
- Respecto a los proveedores, dar la posibilidad de defender públicamente las propuestas presentadas por éstos, especialmente la oferta técnica.
- En la valoración de las propuestas, incrementar el peso de los aspectos relacionados con la calidad, la eficacia, la eficiencia y la innovación, así como dotar de mayor coherencia a la relación precio-requerimientos-calidad exigidos en el pliego de condiciones y premiar o penalizar la experiencia previa en la relación contractual con el proveedor.
- Establecer un sistema de pago con visión a largo plazo, teniendo en cuenta la evolución del IPC en los precios acordados, según la propuesta de la Directiva del Parlamento Europeo y el Consejo sobre contratación pública, que retribuya las inversiones en función de los riesgos transferidos y que garantice los plazos.

Notas

Introducción

1. (2012) Comisión Europea. *The 2012 Ageing Report*.

Parte I. Estado de la situación

1. (2010) IMSERSO. *Las personas mayores en España*.
2. (2012) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Proyecciones de Población*.
3. (1996) Peter Laslett. *A fresh map of life: the emergence of the third age*.
4. (2004) Dolores Dizy Menéndez, directora. (Universidad Autónoma de Madrid y Fundación Edad&Vida). *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*.
5. (2011-2012) INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*.
6. (2005) David Elvira (Universitat Autònoma de Barcelona) Paula Rodríguez (Universitat Politècnica de Catalunya) Zoa Tomás (Universitat Autònoma de Barcelona), (Fundación Edad&Vida) *Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España*.
7. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida) *Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores*.
8. (2007) Axa Retirement. *Sueños y realidades de la jubilación (caso España)*.
9. (1997) Servicio de estudios "la Caixa". *La generación de la transición entre el trabajo y la jubilación*.
10. (2013) AT Kearney. *Understanding the Need and Consequences of The Ageing Consumer*.
11. (2012) Fundación Vodafone España. *TIC y mayores, conectados al futuro*.
12. (2011) César Molina, director. (Papeles de la Fundación nº24 de la Fundación de Estudios Financieros). *Instrumentos financieros para la jubilación*.
13. (2005) José A. Herce, director. FEF. *Informe Pensiones y ahorro a largo plazo: un viejo problema en busca de nuevas soluciones*.

Parte II. Las necesidades de las personas mayores

1. Alimentación, nutrición e hidratación

1. (2013) Fundación Edad&Vida. *Guía para la Alimentación y Nutrición de las personas mayores*.
2. (2011-2012) INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*.
3. (2010) Manuel Alfaro Faus, Ismael Vallés López, directores. (Observatorio del Comportamiento: Sociedad y Consumo de ESA-DE) *Estudio sobre las actitudes y comportamientos saludables de la gente mayor en su hidratación*.
4. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida) *Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores*.

2. Salud y sanidad

1. (2014) Analistas Financieros Internacionales (Fundación Edad&Vida). *Rol de las aseguradoras privadas en el sistema sanitario público*. (Estudio inédito, publicación prevista en 2014)
2. (2012) Lluís Rosado (Generalitat Valenciana, Agència Valenciana de Salut). *Sanidad 2012-2020: Gestión eficiente en un entorno de crisis*.
3. (La Vanguardia, 11/03/12) Xavier Pomés, Josep Maria Vía. *Nuestra sanidad peligra*.
4. (2004) José Miguel Baena Díez, coordinador; Mónica Papiol Rufias, Josefina Tomàs Pelegrina. *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria (Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC)*. Capítulo Manejo farmacológico en el anciano.
5. (2013) Estudio Fradea en Albacete, Estudio de envejecimiento saludable en Toledo, Estudio Peñagrande en Madrid y Estudio FRALLE en Lleida Nota de prensa. 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG).
6. (El País, 11-6-2013). *La Sociedad de Geriátría alerta de la falta de especialistas en la sanidad pública*.
7. (2013) Antares Consulting. *Claves para la construcción del espacio sanitario en España. Informe de posicionamiento*.
8. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida) *Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores*.
9. Margalida Gili (UINCS). *Hiperfrecuentadores: cinco de cada cien pacientes consumen un tercio del trabajo de un médico de atención primaria*.

10. (Consumer, 30-octubre-2012) Clara Bassi : Entrevista a Justo Menéndez, coordinador de Urgencias del Grupo HM Hospitales Madrid: "Los servicios de urgencias son espacios hostiles para el paciente anciano".

3. Farmacia

1. (2013) Strategic Research Center de EAE Business School. Estudio El gasto farmacéutico en España. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional.
2. (2004) José Miguel Baena Díez, coordinador; Mónica Papiol Rufias, Josefina Tomàs Pelegrina. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria (Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC). Capítulo: Manejo farmacológico en el paciente anciano.
3. (2011) Farmaindustria. Memoria.
4. (2012) Farmaindustria. Boletín La coyuntura: El Mercado del Medicamento en España.
5. (2011) PWC y Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). El Sector de Tecnología Sanitaria y su papel en el fortalecimiento de la economía española,
6. (2012) Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Resumen ejecutivo: Innovación. ¿Qué es importante para que la innovación tenga éxito en las empresas de tecnología sanitaria?
7. (2013) Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Memoria 2012
8. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida). Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores.

4. Las nuevas tecnologías para la información y comunicación – TIC

1. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida). Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores.
2. (2012) Fundación Vodafone España y Fundación Edad&Vida. Jornadas Los Mayores ante las TIC.
3. (2008) INE Encuesta sobre equipamiento y uso de la información y comunicación en los hogares.

Parte III. Financiación y colaboración público-privada

5. Financiación de las personas mayores

1. (2005) AECOC. El mercado de los seniors en España: ¿oportunidad o burbuja de negocio?
2. (2006) INE. Encuesta de presupuestos familiares.
3. (2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida). Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores.
4. (2009) Manuel Alfaro Faus, Ismael Vallés López, directores. (Fundación Edad&Vida). La previsión y el ahorro ante el envejecimiento de la población.
5. (2013) Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
6. (2013) Antonio Argandoña, Javier Díaz-Giménez, Julián Díaz-Saavedra y Beltrán Álvarez (IESE y Fundación Edad&Vida) El reparto y la capitalización de las pensiones españolas.

6. Colaboración público-privada

1. (2007) Siemens Estudio mundial.
2. (2013) Observatorio de Contratación Pública y Análisis de las relaciones entre el sector público e iniciativa privada.
3. (2013) Mónica Reig. ESADE, Presentado en el IV Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida (Fundación Edad&Vida). La aportación de la colaboración público-privada al sistema de dependencia.

Bibliografía

(2005) AECOC. El mercado de los seniors en España: ¿oportunidad o burbuja de negocio?

(2014) Analistas Financieros Internacionales (Fundación Edad&Vida). Rol de las aseguradoras privadas en el sistema sanitario público. (Estudio inédito, publicación prevista en 2014)

(2010) Manuel Alfaro Faus, Ismael Vallés López, directores. (Observatorio del Comportamiento: Sociedad y Consumo de ESADE) Estudio sobre las actitudes y comportamientos saludables de la gente mayor en su hidratación.

(2009) Manuel Alfaro Faus, Ismael Vallés López, directores. (Fundación Edad&Vida) La previsión y el ahorro ante el envejecimiento de la población.

(2013) Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio sanitario en España. Informe de posicionamiento.

(2013) Antonio Argandoña, Javier Díaz-Giménez, Julián Díaz-Saavedra y Beltrán Álvarez (IESE y Fundación Edad&Vida) El reparto y la capitalización de las pensiones españolas.

(2013) AT Kearney. Understanding the Need and Consequences of The Ageing Consumer.

(2007) Axa Retirement. Sueños y realidades de la jubilación (caso España).

(2004) José Miguel Baena Díez, coordinador; Mónica Papiol Rufías, Josefina Tomás Pelegrina. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria (Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC). Capítulo: Manejo farmacológico en el paciente anciano.

(2012) Comisión Europea. The 2012 Ageing Report.

(Consumer, 30-octubre-2012) Clara Bassi. Entrevista a Justo Menéndez, coordinador de Urgencias del Grupo HM Hospitales Madrid: "Los servicios de urgencias son espacios hostiles para el paciente anciano".

(1997) Servicio de estudios "la Caixa". La generación de la transición entre el trabajo y la jubilación.

(2004) Dolores Dizy Menéndez, directora. (Universidad Autónoma de Madrid y Fundación Edad&Vida). Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España.

(2013) Estudio Fradea en Albacete, Estudio de envejecimiento saludable en Toledo, Estudio Peñagrande en Madrid y Estudio

FRALLE en Lleida Nota de prensa. 55 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Margalida Gili (UINCS). Hiperfrecuentadores: cinco de cada cien pacientes consumen un tercio del trabajo de un médico de atención primaria.

(2011-2012) INE. Encuesta Nacional de Salud.

(2013) Strategic Research Center de EAE Business School. El gasto farmacéutico en España. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional.

(El País, 11-6-2013). La Sociedad de Geriatria alerta de la falta de especialistas en la sanidad pública.

(La Vanguardia, 11/03/12) Xavier Pomés, Josep Maria Via. Nuestra sanidad pelagra.

(2006) Rakel Poveda, Ricard Barberà, Jaime Prat, Pedro Vera. (Fundación Edad&Vida) Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores.

(2012) Lluís Rosado (Generalitat Valenciana, Agència Valenciana de Salut). Sanidad 2012-2020: Gestión eficiente en un entorno de crisis.

(2012) Fundación Edad&Vida. Informe Gestión de medicamentos y productos sanitarios para personas mayores en centros residenciales.

(2013) Fundación Edad&Vida. Guía para la Alimentación y Nutrición de las personas mayores.

(2005) David Elvira (Universitat Autònoma de Barcelona) Paula Rodríguez (Universitat Politècnica de Catalunya) Zoa Tomás (Universitat Autònoma de Barcelona), (Fundación Edad&Vida) Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España.

(2011) Farmaindustria. Memoria.

(2012) Farmaindustria. Boletín La coyuntura: El Mercado del Medicamento en España

(2013) Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(2012) Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Resumen ejecutivo: Innovación. ¿Qué es importante para que la innovación tenga éxito en las empresas de tecnología sanitaria?

(2013) Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Memoria 2012.

(2005) José A. Herce, director. FEF. Informe Pensiones y ahorro a largo plazo: un viejo problema en busca de nuevas soluciones.

(2010) IMSERSO. Las personas mayores en España.

(2006) Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de presupuestos familiares.

(2008) INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.

(2008) INE Encuesta sobre equipamiento y uso de la información y comunicación en los hogares.

(2010) INE. Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010.

(2012) INE. Proyecciones de Población.

(2011-2012) INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

(2011) César Molina, director. (Papeles de la Fundación nº24 de la Fundación de Estudios Financieros). Instrumentos financieros para la jubilación.

(2013) Observatorio de Contratación Pública y Análisis de las relaciones entre el sector público e iniciativa privada.

(2011) PWC y Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). El Sector de Tecnología Sanitaria y su papel en el fortalecimiento de la economía española.

(2013) Mónica Reig. ESADE, Presentado en el IV Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida (FundaciónEdad&Vida). La aportación de la colaboración público-privada al sistema de dependencia.

(2004) Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez. Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.

(2007) Siemens. Estudio mundial.

(2012) Fundación Vodafone España y Fundación Edad&Vida. Jornadas Los Mayores ante las TIC.

Anexo 1. Cuestionario

Buenos días, estamos realizando un estudio para conocer qué aspectos son importantes en las personas de su edad para poder mantener un buen nivel de vida.

1. De la siguiente lista valore la importancia que usted da a los siguientes factores para mantener una buena calidad de vida a partir de la edad de jubilación. Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

(Disposición aleatoria)

- ☐ Tener una alimentación equilibrada
- ☐ Tener una higiene adecuada
- ☐ Practicar deporte
- ☐ Viajar
- ☐ Disponer de ahorros y una capacidad económica adecuada
- ☐ Disponer de un sistema público de salud garantizado
- ☐ Tener acceso al sistema privado de salud
- ☐ Seguir estudiando
- ☐ Vivir en la propia casa
- ☐ Vivir en casa con la familia
- ☐ Vivir en una residencia
- ☐ Comprar productos adecuados para cubrir mis necesidades. (salud, alimentación, nuevas tecnologías, finanzas)

2. Pensando en el momento de comprar cualquier tipo de producto o servicio, por favor, valore del 1 al 5 cada una de las siguientes frases, siendo 1 “estoy en desacuerdo” y 5 “estoy muy de acuerdo”

(Disposición aleatoria)

- ☐ Las empresas piensan en las personas mayores a la hora de diseñar sus productos.
- ☐ La información en las etiquetas de los productos es clara, completa y se entiende.
- ☐ Los formatos de los envases de los productos son adecuados.
- ☐ El personal de los comercios está bien formado y responde adecuadamente a mis necesidades.

- ☐ La proximidad de la tienda al domicilio es un factor importante a la hora de comprar.
- ☐ La publicidad influye en mi decisión de compra.
- ☐ Que los productos aporten beneficios para la salud y el bienestar.
- ☐ Que los productos sean respetuosos con el medio ambiente.

3. Valore la importancia que usted da a los siguientes aspectos para mantener una buena calidad de vida a partir de la edad de jubilación. Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

(Disposición aleatoria)

- ☐ Sentirse seguro
- ☐ Tener una buena salud
- ☐ Encontrarse en un ambiente familiar
- ☐ Mantener la capacidad intelectual
- ☐ Tener una vida activa tras la jubilación
- ☐ Vivir con espiritualidad
- ☐ Tener vida afectiva
- ☐ Tener amigos
- ☐ Ser generoso y altruista con los demás
- ☐ Tener el reconocimiento de los demás

A continuación le realizaremos unas preguntas vinculadas a la compra o contratación de productos en distintos sectores.

4. Indique la importancia que otorga a cada uno de los siguientes factores a la hora de contratar productos del sector de Salud y Sanidad (p.ej. ir a un hospital, contratar un seguro privado de salud). Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

- ☐ El precio (que sea asequible)
- ☐ La marca (que genere confianza)
- ☐ La información sobre un seguro de salud (que sea clara y fácil de entender)
- ☐ La calidad (que sea bueno para mis necesidades)

- o La recomendación de un familiar o amigo
- o La recomendación de un profesional
- o Un buen asesoramiento médico
- o Que cubra mis necesidades de salud y bienestar
- o La residencia esté próxima al domicilio.

5. ¿Tiene alguna demanda o petición concreta de mejora de los productos y servicios de Salud y Sanidad?

(Respuesta abierta)

6. Indique la importancia que otorga a cada uno de los siguientes factores a la hora de contratar productos del sector de Farmacia (p.ej. medicamentos sin receta). Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

- o El precio (que sea asequible)
- o La marca (que genere confianza)
- o La información sobre el producto (que sea clara y fácil de entender)
- o La calidad (que resuelva mis problemas de salud)
- o Facilidad de uso
- o La recomendación de un familiar o amigo
- o La recomendación de un profesional
- o Un buen asesoramiento médico

7. ¿Tiene alguna demanda o petición concreta de mejora de los productos de Farmacia?

(Respuesta abierta)

8. Indique la importancia que otorga a cada uno de los siguientes factores a la hora de contratar productos del sector de Alimentación y Nutrición (p.ej. comida y bebidas). Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

- o El precio (que sea asequible)
- o La marca (que genere confianza)
- o La información sobre el producto (que sea clara y fácil de entender)
- o La calidad (que sea bueno para mis necesidades)
- o El establecimiento (que esté próximo al domicilio)
- o La recomendación de un familiar o amigo
- o La recomendación de un profesional
- o Un buen asesoramiento nutricional

- o Que el envase sea cómodo

9. ¿Tiene alguna demanda o petición concreta de mejora de los productos de Alimentación y Nutrición?

(Respuesta abierta)

10. Indique la importancia que otorga a cada uno de los siguientes factores a la hora de contratar productos Financieros (p.ej. productos de ahorro). Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

- o El precio (que sea asequible)
- o La marca (que genere confianza)
- o La información sobre el producto (que sea clara y fácil de entender)
- o La recomendación de un familiar o amigo
- o La recomendación de un profesional
- o Un buen asesoramiento financiero
- o La seguridad y confianza del producto
- o La rentabilidad de los productos
- o La profesionalidad de los comerciales.

11. ¿Tiene alguna demanda o petición concreta de mejora de los productos Financieros?

(Respuesta abierta)

12. Indique la importancia que otorga a cada uno de los siguientes factores a la hora de contratar productos del sector de las Nuevas Tecnologías (p.ej. teléfonos móviles). Valore del 1 al 5, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

- o El precio (que sea asequible)
- o La marca (que genere confianza)
- o La información sobre el producto (que sea clara y fácil de entender)
- o La calidad (que sea bueno para mis necesidades)
- o Facilidad de uso
- o El establecimiento (que esté próximo al domicilio)
- o La recomendación de un familiar o amigo
- o La recomendación de un profesional
- o Un buen asesoramiento técnico

13. ¿Tiene alguna demanda o petición concreta de mejora de productos de Nuevas Tecnologías?

(Respuesta abierta)

Para terminar, le haremos algunas preguntas sobre usted.

14. ¿Qué edad tiene?

- ☐ 50-55 años
- ☐ 56-65 años
- ☐ 66-75 años

15. ¿Es usted...?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

16. ¿Vive usted...?

- ☐ Sólo
- ☐ Con su pareja
- ☐ Con su familia (hijos...)
- ☐ En una residencia
- ☐ Otro

17. ¿Cuál es el tamaño de su municipio de residencia?

- ☐ Menos de 2.000 habitantes
- ☐ 2.000 a 10.000 habitantes
- ☐ 1000 a 50.000 habitantes
- ☐ 50.000 a 500.000 habitantes
- ☐ Más de 500.000 habitantes

18. Aproximadamente, su nivel de ingresos mensuales brutos propios se situaría en?

- ☐ Menos de 600 euros
- ☐ De 600 a 1.000 euros
- ☐ De 1.000 a 1.500 euros
- ☐ De 1.500 a 2.000 euros
- ☐ De 2.000 a 3.000 euros
- ☐ De 3.000 a 5.000 euros
- ☐ Más de 5.000 euros

19. ¿Conoce usted la esperanza de vida en España?

- ☐ 66-70 años
- ☐ 71-75 años
- ☐ 76-80 años
- ☐ 81-85 años

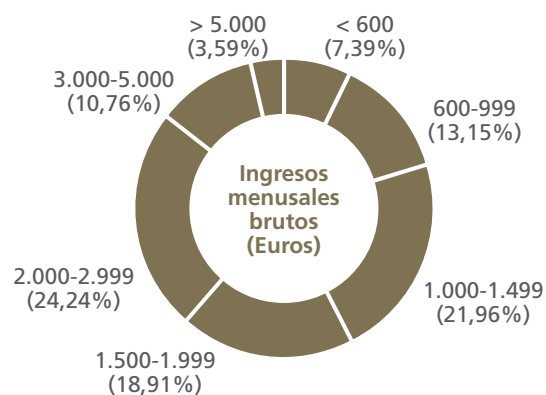
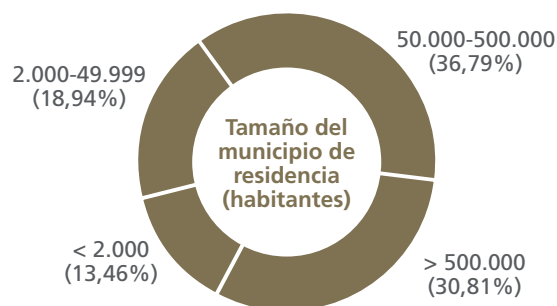
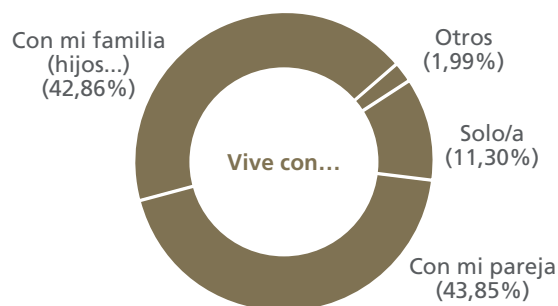
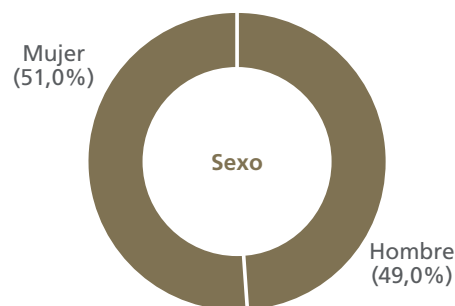
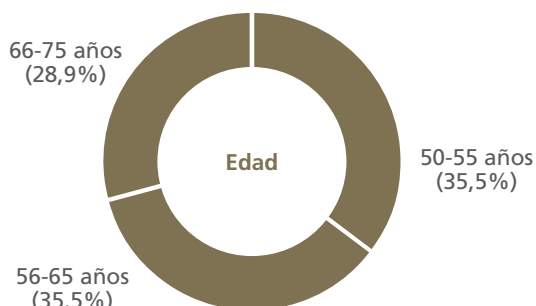
- ☐ 86-90 años
- ☐ 91-95 años
- ☐ 96 años o más

20. ¿Y hasta qué edad piensa que vivirá usted?

- ☐ 66-70 años
- ☐ 71-75 años
- ☐ 76-80 años
- ☐ 81-85 años
- ☐ 86-90 años
- ☐ 91-95 años
- ☐ 96 años o más

Muchas gracias por su participación.

Anexo 2. Descripción de la muestra



(284 personas han preferido no responder esta pregunta)

Ficha Técnica

Universo	Personas de 55 a 75 años
Muestra	1.204 encuestas online
Ámbito	España
Tipo de muestra	Estratificado
Nivel de confianza	95%
Error muestral	±2,88

Se ha dividido la muestra en tres segmentos a partir de la edad de los encuestados: 50-55 años, 56-65 años y 66-75 años para poder obtener resultados extrapolables y representativos de cada subconjunto poblacional. Los grupos se han estratificado por edad y sexo teniendo en cuenta la distribución real de la población española entre 50 y 75 años.

El error muestral es de ±4,83 para los segmentos 50-55 años y 56-65 años y de ±5,36 para el segmento 66-75 años.

Anexo 3. Mesas de diálogo

Alimentación, nutrición e hidratación

Empresas

- Nestlé Healthcare Nutrition
- Grupo Sanyres
- Personalia
- Grupo Amma
- SARquavitae
- Caser Residencial
- Compass Group
- Sodexo
- ISS Facility Services
- Valores&Marketing
- Hartmann

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- SEMER
- SEMERGEN
- FATEC
- ESADE

Salud y sanidad

Empresas

- DKV
- SegurCaixaAdeslas
- PSN
- Arbora&Ausonia
- Hartmann
- Esteve
- ISS Facility Services
- Compass Group
- Caser Residencial
- SARquavitae

- Personalia
- Eulen Servicios Sociosanitarios
- Hestia Alliance
- Grupo Amma
- IDCsalud
- Cogesa
- PWC

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- FATEC
- SEMERGEN
- FEDEA

Farmacia

Empresas

- Esteve
- Arbora&Ausonia
- Hartmann
- Grupo Indas
- Grupo Sanyres
- SARquavitae
- Eulen Servicios Sociosanitarios
- Grupo Amma
- Caser Residencial
- IDCsalud

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- FATEC
- SEMER
- Consorcio Sanitario Parc Taulí de Sabadell
- Consorci de Salut i Social de Catalunya
- Universidad de Extremadura

- Universitat de Valencia
- AFI (Analistas Financieros Internacionales)

TIC

Empresas

- Vodafone España
- SARquavitae
- Caser Residencial
- Personalia
- Hestia Alliance
- Grupo Amma
- Novaire

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- FATEC
- SEMERGEN
- Instituto de Biomecánica de Valencia
- Universidad da Coruña

Financiación

Empresas

- Vidacaixa
- CONFIDE
- DKV
- Allianz
- Zurich
- SARquavitae
- Grupo Amma
- Caser Residencial

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- FATEC
- Afal Contigo
- CAEPS. Universitat de Barcelona
- ESADE
- IESE
- Universidad Autónoma de Madrid

Colaboración público-privada

Empresas

- ISS Facility Services
- Compass Group
- Sodexo
- Hartmann
- Grupo Amma
- Caser Residencial
- GrupoSanyres
- Cogesa
- Mémora
- Grup Soler
- PWC

Universidades, instituciones y organizaciones del sector de las personas mayores

- ESADE. Instituto de Gobernanza y Gestión Pública.
- Universidad Autónoma de Madrid

Anexo 4. Índice de gráficos, tablas y resultados de la encuesta

Gráficos

1. Pirámide de población en España y en la Unión Europea (miles de personas)	10
2. Distribución de actividades en un día promedio. (horas:minutos)	13
3. Proyección del gasto público en pensiones (porcentaje del PIB)	16
4. Actitudes de los mayores frente a la necesidad de hidratarse	25
5. Panorámica de la discapacidad en España (miles de personas)	31
6. Ratio uso disponibilidad de tecnologías	40
7. Edad deseada de jubilación vs. edad prevista	44
8. Importancia de las pensiones españolas 2011	46
9. Situación financiera de las pensiones españolas	46
10. Pensión media y PIB per cápita en España y en la Eurozona (2001=100)	47

Tablas

1. Gasto farmacéutico total en España (millones de euros)	35
2. Actitud hacia el ahorro para la jubilación	45

Resultados de la encuesta

1. Percepción de la esperanza de vida	11
2. Aspectos para mantener una buena calidad de vida	18
3. Factores que influyen en la compra de productos y servicios	19
4. Necesidades en el sector de la alimentación, la nutrición y la hidratación	26
5. Necesidades en el sector de la salud y la sanidad	33
6. Necesidades en el sector farmacéutico	38
7. Necesidades en el sector de las TIC	42
8. Necesidades en el sector financiero	49
9. Colaboración público-privada	52

Fundación Instituto Edad&Vida

Aribau, 185, 5º, 7ª
08021 Barcelona

www.edad-vida.org
e-mail: edad-vida@edad-vida.org
Tel. información: 93 488 27 20

MIEMBROS PROMOTORES



MIEMBROS COLABORADORES

- **AFALcontigo** – Asociación Nacional del Alzhéimer
- **CAEPS** – Universitat de Barcelona
- **Confederación Española Aulas de Tercera Edad**
- **CEOMA** – Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- **CSIC** – Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- **EADA** – Escuela de Alta Dirección y Administración
- **ESADE** – Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- **Fundación Aequitas** – Fundación del Consejo General del Notariado
- **Fundació Bosch i Gimpera** – Universitat de Barcelona
- **Fundación Consejo General de la Abogacía Española**
- **Fundació Pere Tarrés** – Universitat Ramon Llull
- **Fundación Universitaria San Pablo-CEU**
- **IBV** – Instituto de Biomecánica de Valencia
- **IESE - Escuela de Dirección de Empresas** – Universidad de Navarra
- **Loyola Leadership School**
- **POLIBIENESTAR**
- **SEAUS** – Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad
- **SECOT** – Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- **SEGG** – Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
- **SEMER** – Sociedad Española de Médicos de Residencias
- **SEMERGEN** – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- **semFYC** – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- **UDP** – Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- **Universidad de Almería**
- **Universidad Autónoma de Madrid**
- **Universidade da Coruña**
- **Universidad de Córdoba**
- **Universidad de Extremadura**
- **Universidad de Granada**
- **Universitat Politècnica de Catalunya**
- **Universitat de Vic**