



Nafarroa Bai

**ENCUENTROS
SOCIALES
PARA EL CAMBIO**

**GIZARTE
TOPAKETAK
ALDAKETARAKO**

PERSONAS MAYORES ADINEKOAK

Marzo de 2007ko Martxoan

Primer texto a debate
Eztabaidarako lehen testua



Nafarroa Bai

ENCUENTROS SOCIALES PARA EL CAMBIO

**10 de marzo de 2007
Cines GOLEM Iruña**

**9.45h. - Inauguración Encuentros
10.00-11.30h. - Sesiones
simultáneas**

1. Acción Social con Personas Mayores, Diversidad funcional e Inclusión social
2. Violencia de género
3. Infancia y Adolescencia,
4. Vivienda social y de integración
5. Salud y Atención Sanitaria
6. Precariedad y sectores sociales desfavorecidos, que incluye Precariedad Laboral juvenil, Empleadas de Hogar y cuidadoras y Medidas Presupuestarias para sectores más desfavorecidos
7. Inmigración
8. Cooperación al Desarrollo

11.30-11.45. - Descanso, café

11.45-12.30. - Plenario

**Conclusiones de las sesiones
simultáneas**

12.30-14.00. - Mesa redonda:

Luis Sanzo, miembro de la Red Renta Básica

Antonio Antón, profesor sociología Universidad Autónoma de Madrid

GIZARTE TOPAKETAK ALDAKETARAKO

**2007ko Martxoaren 10a
GOLEM ZINEMAK Iruña**

9.45h. - Hasierra-ekitaldia

**10.00-11.30h. - Gaikako saioak
aldi berean**

1. Gizarte Ekintza Adinekoekin, Aniztasun funtzionala eta Gizarte barneratzea
2. Genero bortizkeria
3. Haurtzaroa eta Nerabezaroa
4. Etxebizitza soziala eta integratzaileak
5. Osasungintza eta Osasun Arreta
6. Prekarietatea eta gizarteko atal baztertuak; honen barnean dira Gazteen Lan Prekarietatea, Etxeko langileak eta zaintzaileak eta atalik baztertuak
7. Inmigrazioa
8. Garapenerako Lankidetzak

11.30-11.45. - Atsedena, kafea

**11.45-12.30. - Osoko Batzarra.
Aldi bereko saioen ondorioak**

12.30-14.00. - Mahai-ingurua:

Luis Sanzo, Oinarrizko Errenta Sareko kidea

Antonio Antón, Soziologia irakaslea Madrilgo Unibertsitate Autonomoan

PRESENTACIÓN

Este documento, que tienes en tus manos es, junto con otros, fruto del trabajo de varios grupos de personas pertenecientes a Nafarroa Bai y de otras personas independientes de izquierdas. Desde Na-Bai -y creemos, igualmente, desde las otras izquierdas de Navarra- la *cuestión social* será uno de los ejes centrales del cambio alternativo a la derecha. A ello pretenden contribuir estos "Encuentros sociales para el cambio".

Uno de los objetivos fundamentales de Nafarroa Bai es trabajar, desde el Gobierno o desde la oposición, por fortalecer las políticas sociales públicas a favor de las mayorías y por reducir drásticamente las desigualdades sociales mediante la decidida atención a los sectores más desfavorecidos. Y esto pasa, a nuestro juicio, por reforzar y repensar el Estado del Bienestar.

El temario es parcial y quedan fuera capítulos fundamentales como educación.

Se abordan los siguientes temas:

1. Acción Social
2. Personas Mayores
3. Diversidad funcional
4. Inclusión social
5. Violencia de género
6. Infancia y Adolescencia,
7. Vivienda social y de integración
8. Salud y Atención Sanitaria
9. Precariedad y sectores sociales desfavorecidos, que incluye Precariedad Laboral juvenil, Empleadas de Hogar y cuidadoras y Medidas Presupuestarias para sectores más desfavorecidos
10. Inmigración
11. Cooperación al Desarrollo

Con estos Encuentros pretendemos iniciar un diálogo permanente con organizaciones sociales y con personas que trabajan en los diferentes ámbitos sociales. Te invitamos a tomar parte en ellos y agradeceremos tus análisis, propuestas, críticas, aportaciones y sugerencias. Perseguimos, asimismo, un objetivo común a las izquierdas de Navarra: el anhelado cambio social.

AURKEZPENA

Eskuartean duzun dokumentu hau, beste zenbaitekin batera, Nafarroa Bai kide batzuek osatutako talde zenbaiten eta ezkerreko independenteak diren beste hainbat en lanaren emaitza da. Na-Baitik-eta, uste dugunez, Nafarroako gainerako ezkerretatik ere- *gizarte-auzia* izanen da ardatz nagusietako bat eskuinaren alternatiba osatzerakoan. Auzi horretan ekarpena egitea da, hain zuzen, "Aldaketarako gizarte-topaketa" hauen helburua.

Nafarroa Bairen helburu nagusietako bat, hain zuzen, Gobernutik nahiz oposiziotik arituta ere, gehiengoan aldeko gizarte-politika publikoak indartzeko eta gizarte-desberdintasunak nabarmen murrizteko lan egitea da, hori lortzeko baztertuenen gaineko arreta indartzuz. Gure ustez, horretarako bidea Ongizatearen Estatua indartzea eta horren gaineko gogoeta berriz egitea da.

Gai-sorta hau osatu gabea da, eta hainbat atal, hezkuntza, besteak beste, kanpoan geratu dira. Hona hemen landuko diren gaiak: 1. Gizarte Ekintza; 2. Adinekoak; 3. Aniztasun funtzionala; 4. Gizarte barneratzea; 5. Genero bortizkeria 6. Hautzaroa eta nerabearoa. 7. Etxebizitza soziala eta integratzailea. 8. Osasungintza eta Osasun Arreta. 9. Prekarietatea eta gizarteko atal baztertuenak; honen barnean dira Gazteen Lan Prekarietatea, Etxeko langileak eta zaintzaileak eta atalik baztertuenen aldeko Aurrekontu alorreko Neurriak 10. Inmigrazioa; 11. Garapenerako Lankidetzak.

Topaketa hauek antolatzerakoan, gizarteko alor desberdinetan lanean ari diren pertsona eta erakundeekin etengabeko elkarrizketa hasteko asmoa dugu. Horrenbestez, bertan parte hartzeko gonbitea luzatzen dizugu, zeure analisiak, proposamenak, kritikak, ekarpenak zein iradokizunak estimatuko baititugu. Aldi berean, Nafarroako ezkerren helburu komuna dugu gogoan: gizarte aldaketa.

PERSONAS MAYORES EN NAVARRA

INTRODUCCION

Las personas mayores constituyen hoy en día un colectivo de gran interés desde el punto de vista cuantitativo, ya que representa un porcentaje considerable en nuestra pirámide de población de los últimos años. El término "envejecimiento poblacional" resulta familiar y a nadie se le escapa que el mismo conlleva diversas consecuencias tanto a nivel político, social como económico.

Es social y culturalmente aceptado, si bien hay que admitir que ello va cambiando, que la inclusión en ese colectivo viene dada por un factor objetivo: la edad. Coincidente en un buen número de casos con la jubilación, los 65 años inician la pertenencia al mismo. Y esta es la principal característica que comparten las personas que forman parte de él porque las diversas circunstancias que presentan cada una de ellas hace que la heterogeneidad sea su seña de identidad.

Así podemos señalar que no es la misma situación la de los hombres mayores que la de las mujeres mayores, ni la de los que cuentan con pensión, e incluso elevada, que aquellos cuya mensualidad sea insuficiente o inexistente. Quienes viven solos y quienes viven acompañados, los que tienen familia que les pueden y quieren ayudar y los que no, los que viven en el ámbito rural y los que lo hacen en el ámbito urbano. Los que tienen un elevado nivel de formación educativa y cultural y aquellos en los que su nivel es bajo y/o inexistente. Los que tienen buena salud y los que no la tienen. Los que conservan una razonable autonomía personal y los que se encuentran en situación de dependencia y dentro de la dependencia que esta sea leve, moderada o absoluta.

Esto, que parece tan obvio, es necesario tenerlo muy presente para poder comprender en toda su complejidad la realidad de estas personas que hemos acordado en llamar mayores. Además de las cuestiones aludidas que resultan más objetivables (vivienda, situación de convivencia, ingresos, nivel de formación etc.); también su mundo de valores, ideas, creencias, necesidades y aspiraciones, va a presentar, entre unas personas y otras, diferencias y de ahí que las propuestas formuladas por cualquier grupo, asociación, gobierno o administración, aun cuando todas estén encaminadas a aumentar su calidad de vida, deberán tener en cuenta esa gran diversidad y, por supuesto, su participación. Lo contrario estaría condenado al fracaso.

Abordar todos los aspectos que afectan a la vida de los mayores resultaría muy ambicioso pero se escaparía quizás del objetivo, tal vez más discreto, que persigue el presente trabajo. A través de él nos acercaremos a la realidad de este grupo, centrándonos en aquellos aspectos; no por tanto en todos, con los cuales se

vinculan éstos en mayor medida. De ahí que hagamos referencia en páginas siguientes al sistema de pensiones, al sanitario y al de servicios sociales, introduciendo en primer lugar datos acerca de nuestra pirámide de población a fin de conocer cual es la dimensión real del envejecimiento.

En el año **2000**, la población de nuestra comunidad ascendía a 543.757 habitantes, de los cuales 18,2% eran personas mayores de 65 años, lo que significaba dos puntos por encima de la media nacional. En el **2003** la población que se había incrementado en 34.453, presentaba una leve disminución de ese porcentaje: un **17,85%**. En el año **2005**, la población continúa incrementándose aunque en menor medida, en 15.362 personas y el porcentaje de mayores continúa disminuyendo, un **17,46 %**. Y en el **2006**, que la población navarra ha alcanzado la cifra de **600.231**, el porcentaje referido se mantiene prácticamente idéntico, tan solo ha aumentado dos décimas: **17,48%**.

Las causas de este cambio demográfico han radicado posiblemente en la llegada del flujo migratorio, por un lado y en un mas que moderado pero aumento al fin y al cabo de la natalidad, a lo que así mismo ha contribuido dicho fenómeno.

A pesar de estos datos, que como hemos podido apreciar, nos pronostican un freno al envejecimiento a corto y medio plazo, no se puede pasar por alto el llamado sobre envejecimiento, el cual sí que va a afectar a Navarra en breves años y algunos cálculos apuntan que en el año 2020 alcanzarán la edad de jubilación la generación del baby-boom y entonces los octogenarios superarán, en número, a las personas comprendidas entre 65 y 75 años.

EL SISTEMA DE PENSIONES

El sistema público de pensiones, al cual, obviamente, hay que dotarlo de recursos puesto que es uno de los soportes de todo estado de bienestar; se vincula estrechamente con el colectivo que nos ocupa, ya que supone en la mayoría de los casos su principal, cuando no única, fuente de ingresos económicos.

En los últimos años se ha culpabilizado a los mayores de consumir excesivos recursos poniendo en peligro, así, la financiación de dicho sistema y, simultáneamente, se han promulgado medidas de "salvación" como, por ejemplo, retrasar la edad de jubilación con todo lo que ello conlleva, que ya se ha anunciado, frente a las actuales prejubilaciones que si bien no se va a imponer, si se va a incentivar económicamente, de acuerdo así a los criterios del Pacto de Toledo.

Curiosamente, quien estaba detrás de este discurso tan catastrofista, no eran otros que la banca y las compañías de seguros que con la resonancia que obtuvieron de

la mano de los medios de comunicación, consiguieron crear un estado de opinión a favor de la privatización de las pensiones. Evidentemente, la preocupación que mostraban por la insostenibilidad del sistema, encubría su auténtico objetivo de conseguir su propio enriquecimiento.

Sin embargo, numerosos datos de últimos estudios, referidos tanto a nivel del Estado como de Navarra, nos proporcionan cierta tranquilidad en cuanto a la estabilidad del sistema. (sin olvidar que, como bien señala Vicenç Navarro en su libro "*Bienestar insuficiente, democracia incompleta*"; fue en el 2000, cuando se anunciaba por estos agentes interesados la gran catástrofe, y mientras la Seguridad Social ese mismo año presentaba superávit)

Recientemente, con fecha 1 de Febrero, los medios de comunicación locales se han hecho eco de los datos que, sobre la revalorización de la pensiones, fueron facilitados en rueda de prensa por el delegado el gobierno en Navarra, el director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Subdirector de Información. De la lectura de los mismos se obtiene la siguiente información:

- En Navarra existen 112.255 pensionistas
- La pensión media asciende a 724 euros y es previsible que en el presente año 2007, llegue a 770 euros.
- Casi el 50% de las pensiones son de jubilación, el 24% de viudedad y el resto casi la otra cuarta parte se distribuye entre invalidez, orfandad y familiares.
- El 76% del total rebasa la cuantía mínima.
- Muchas de las pensiones mas bajas corresponden a las de viudedad,(mas de 28.000) Su cuantía media es de 486, 935 euros mensuales (ello afecta a mujeres de mas de 80 años) y a las de empleadas de hogar con 359,928 euros. Como se puede ver distan mucho de la media general.
- Se observa, por tanto, cómo una de las características del sistema es la gran diferencia entre hombres y mujeres. Las percibidas por una mayoría de éstas resultan a todas luces insuficientes para poder llevar una vida digna.
- De ello se deduce la necesidad de que el sistema de pensiones se actualice periódicamente acorde con las transformaciones de la realidad social. Para ello es imprescindible que los esfuerzos que se pongan en marcha, no sólo vayan encaminados a mantener este sistema, sino que lo revitalicen periódicamente. Las mismas fuentes oficiales afirmaron que el sistema como ya se ha manifestado antes, no corre peligro ya que por un lado, el fondo de reserva que garantiza las pensiones alcanzará en breves días, según anuncio del propio Presidente del

Gobierno, los 400.000 millones de euros y por otro lado por cada pensionista hay 2,5 de trabajadores en activo. Y es que dada la lógica del sistema, éste se asegura a partir del número de trabajadores cotizantes. Si éstos son muchos y bien remunerados las bases de cotización también pueden ser mas altas y generar así mayor riqueza.

Para esto último es necesario fomentar políticas de pleno empleo, adoptando simultáneamente otras medidas que faciliten la incorporación de toda persona con independencia de su sexo y origen y sin discriminar tampoco en sus remuneraciones: "a igual trabajo, igual salario".

SISTEMAS SOCIAL Y SANITARIO. CONSIDERACIONES GENERALES

La gran parte de las necesidades que presentan las personas mayores se sitúan en el ámbito de la Salud y/o de los Servicios Sociales.

Se considera, por tanto, que desde ambos sistemas se han de producir las diferentes y adecuadas respuestas a las mismas. Sin embargo, el eterno desencuentro entre dichos sistemas, impide incluso que compartan la misma zonificación en sus respectivas coberturas, dificultando así la coordinación en la intervención. Lo mas gravoso resulta que estén sustentados por distinta naturaleza y organización. Esto último, sobre todo, hace que mientras las prestaciones obtenidas desde los Servicios Sociales estén en función de la voluntad política, incluso de cierta arbitrariedad técnica y, sobre todo, de las disposiciones presupuestarias de cada momento; las que se vinculan al campo de la Sanidad, están reguladas por un marco legal y cualquier persona puede reclamar, incluso ante los Tribunales de Justicia, si no recibe un servicio contemplado en la Ley y reglamentos que la desarrollan.

Y así en este contexto, conviene señalar que se suceden diversas incongruencias. Valga para explicación, el siguiente ejemplo: una persona que presenta dificultades para la movilización, aspecto éste frecuente en personas mayores, aspira a minimizar los efectos que de esta circunstancia se derivan. Para ello debe existir a su alcance ciertas ayudas técnicas, (grúa, cama articulada, cojin y colchón antiescaras, andador, silla de ruedas....)y éstas, dependiendo únicamente de criterios político-administrativos, pertenecen a un sistema (salud) u a otro (social) y en consecuencia su accesibilidad varía de tal manera que el cojín antiescaras es una prescripción médica y el colchón también antiescaras, es graciable. Y la pregunta es: no persiguen los dos instrumentos el mismo fin?

Pues bien, al margen de estas consideraciones generales, pasemos a valorar, en primer lugar, la situación de los mayores en cuanto al uso que hacen de la asistencia sanitaria y a la asistencia social después.

ATENCIÓN SANITARIA

ATENCIÓN PRIMARIA

Cabe pensar que de todos los habitantes pertenecientes a una zona básica de salud y que son atendidos por el Centro de Salud correspondiente, ubicado en dicha zona, son las personas mayores las más frecuentadoras del Centro.

Además de esto a menudo se les ha atribuido también la responsabilidad del aumento de gasto farmacéutico por ser consumidores de medicación en mayor medida.

Al respecto es preciso señalar algunas cuestiones. Puede ser cierto que acudan un mayor número de veces por mes al Centro. Cada vez más los mayores demuestran una gran capacidad para convivir con diversas patologías crónicas, aún en el caso de que concurren varias de ellas: hipertensión, diabetes... Es necesario controlar sus valores periódicamente así como los tratamientos que se siguen. Así se lo ha propuesto en los últimos años, el sistema sanitario y ha "bombardeado" a los mayores con mensajes en ese sentido.

Ahora bien, ello no ha de llevarnos a pensar que es la causa directa y única que subyace al gasto en farmacia. Existen otras variables que se han de tener en cuenta: los intereses y criterios economicistas y expansionistas de la empresa farmacéutica, la voluntad del Gobierno de controlar o no a dicha empresa, la actitud de los facultativos hacia la prescripción y también, porqué no decirlo, la falta de educación, por parte de la población, a la hora de aceptar medicamentos que, aun siendo a veces más baratos, mantienen igualmente su poder terapéutico (genéricos).

Hay estudios que avalan la teoría de que cada persona consume más medicación en sus dos últimos años de vida, con independencia de la edad.

En cuanto al grado de satisfacción cuando se trata de valorar la atención que reciben en los Centros de Salud, los mayores consideran que es medio-alto aunque esta percepción varía, en sentido negativo, cuando comprueban que su médico de cabecera no dispone de más tiempo para escucharles. En él depositan confianza y, a menudo, ejerce en un papel más terapéutico hablar de sus inquietudes: cómo se encuentran en la familia, de su soledad, de su miedo a la muerte que cada vez la perciben más próxima, etc.

Por último señalar que la Atención Primaria, a pesar de presentar una gran accesibilidad y de haber implantado de manera progresiva en todos los centros de salud de la comunidad el Programa del Anciano, el cual sistematiza las intervenciones en este colectivo, decir que la asignatura pendiente que tiene es ofrecer una atención

más específica al anciano con problemáticas complejas y /o con pluripatologías. Se sabe que la prevalencia del infradiagnóstico es muy elevada aún cuando no esta bien cuantificada.

Es cierto que no hay geriatras en ese primer nivel. Ni siquiera se sule esta falta con una buena coordinación con estos profesionales. A ello se añade además la escasez de formación mas específica en esa materia. Y así se dificulta la oferta de una atención de calidad dándose a veces una gran incapacidad de intervención en abordar en algunos aspectos como ajustes de medicación, trastornos de comportamiento, alteraciones de sueño...que tanto dificultan la convivencia en el domicilio con estas personas mayores afectadas y que pueden convertir a la familia o persona cuidadora en muy demandante.

SALUD MENTAL

En la actualidad, concurren diversos factores en torno a la atención en salud mental ambulatoria: la organización y diseños de agendas de los actuales equipos de Salud Mental, las listas de espera, la priorización de la patología severa, la escasa coordinación con el nivel primario, la inexistencia de visitas a domicilio, la tendencia a minimizar el malestar de los mayores... La interrelación de todos ellos contribuye a que la atención psicológico/psiquiátrica dirigida a los mayores quede reducida a su mínima expresión.

Y cuando la persona mayor requiere hospitalización, por alteraciones de comportamiento, alucinaciones, etc., los únicos recursos son la unidad de Psiquiatría de agudos ubicada en el recinto del hospital de Navarra y las dos clínicas privadas existentes en Navarra: Padre Menni en Pamplona y Elizondo y Josefina Arregui en Alsasua, ambas con conciertos.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los diversos especialistas a los que son derivados los mayores, presentan unas largas listas de espera.

Las consecuencias que se derivan de ello son nefastas: si la patología que presenta genera un grado de dependencia, dicho grado se instala en el tiempo. Si en otras ocasiones, un diagnóstico certero posibilita el tratamiento adecuado, éste tarda en aplicarse, cronificándose precozmente el mismo. Esto último cobra mayor relevancia, si cabe, cuando se trata de neurología, pues el comienzo de un tratamiento mixto (medicamentoso y rehabilitador) bien en la unidad de memoria o bien en un centro de día, depende del diagnóstico. Obtenerlo supone la realización de pruebas y

la espera de los resultados. Es todo un proceso que puede prolongarse en el tiempo hasta seis meses y en este tipo de procesos resulta muy perjudicial.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Si bien es verdad que las dificultades del sistema sanitario, recaen por igual en toda la población, no cabe duda de que cuando se trata de los mayores, los resultados son más gravosos si cabe.

Si entra por urgencias, largas horas de espera; si, finalmente, ingresa, la no existencia de habitación individual sumado a la desorientación que sufren muchos de ellos, complica la situación para ellos y sus familiares.

La falta de camas, a veces, en la planta en que la que la persona mayor debe ingresar (habitualmente geriatría) hace que la atención médica sea de peor calidad: dificultosa coordinación, menor garantía de seguimiento, etc.

Por último, mencionar en este apartado el recurso de San Juan de Dios, igualmente privado, pero con plazas concertadas.

La derivación es por prescripción médica y más allá de la, todavía, leyenda poco favorable que existe en nuestra comunidad acerca del citado centro, conviene destacar que ofrece una muy buena atención contribuyendo, a veces, a que la persona regrese, después de un prolongado ingreso, con más autonomía al domicilio y junto a familiares más descansados que han contado con mas tiempo para adaptar y organizar, en ese ámbito, la oferta de cuidados o la búsqueda de un recurso residencial.

ATENCION SOCIAL (SERVICIOS SOCIALES)

El Servicio de Atención a Domicilio -SAD- es un programa específico de los Servicios Sociales de Base. Financiado por los ayuntamientos, presenta como objetivo general posibilitar a las personas dependientes la permanencia en su domicilio cuando se hallan incapacitados, temporal o permanentemente, por motivos de índole física, psíquica o social, para realizar las tareas de la vida cotidiana, manteniéndolos en su hogar e integrados en su entorno, a la vez que se mejora su calidad de vida.

Al respecto cabe resaltar algunas cuestiones: está dirigido a cualquier edad y problemática, pero el 90 % de sus destinatarios son mayores de 65 años.

Puesto que consideran un máximo de dos horas de atención, es obvio que, en muchos casos resulta insuficiente.

Se produce un agravio comparativo dependiendo del lugar de residencia ya que no todos los SAD ofrecen las mismas prestaciones o servicios: por ejemplo el servicio de comida no está implantado en todas las zonas.

En el caso de Pamplona ha sido significativa la polémica acerca de la empresa adjudicataria AMMA, tanto por cómo se adjudicó, como por las deficiencias de calidad del servicio que han prestado. La tendencia a la privatización se hace cada vez más patente en este campo.

AYUDAS ECONOMICAS DE ATENCIÓN A DOMICILIO

Estas están referidas a las que existían desde hace años hasta finales del pasado 2006 las cuales al parecer han quedado a extinguir. (No pueden ser revisadas ni se pueden solicitar) Han sido gestionadas por el I.N.B.S. y son incompatibles con el nuevo plan de ayudas a la dependencia.

Sus principales características, desde su implantación, han sido:

1. se ha penalizado a la familia cuidadora, pues se ha contabilizado los ingresos de todos los convivientes
2. no contemplaban situaciones de urgencia(ej: un alta hospitalaria)
3. el periodo de resolución podía durar meses
4. tan sólo se ha contemplado la necesidad superior a dos horas, pero con un tope de cinco, insuficiente en muchos casos
5. el control desde la administración que existía sobre las mismas ha sido escaso
6. Han sido incompatibles con ayudas para acudir a Centros de Día o con SAD
7. Han obviado, en muchas ocasiones y a pesar del informe social, las circunstancias personales y familiares de la persona solicitante

A partir del pasado 2 de Enero, se han regulado a través de una orden foral (293/2006), las nuevas ayudas económicas Se puede decir que ha podido mas el afán propagandístico electoral del equipo de gobierno que el interés real de apoyar a las personas con dependencia. De ahí que se hayan adelantado a tanta velocidad a la fecha de entrada en vigor de la ley estatal que lo único que han creado es una gran confusión.

Se destinan para el presente año 20.000.000 de euros. Se aplica una escala de valoración que deja fuera un gran número de personas, en principio dependientes, porque necesitan al menos la vigilancia de otra persona y se ignora el entorno personal y familiar.

Se cierra los ojos a la realidad de las mujeres inmigrantes trabajadoras, sin papeles, en el domicilio ya que aunque sus jornadas sean de 80 horas mensuales no pueden ser dadas de alta en la seguridad social e ignora igualmente a la hija o familiar más directo que opta por ofrecer cuidados aun dejando su puesto de trabajo remunerado pero que tampoco va a cotizar pues la Tesorería no se ha posicionado al respecto. Para cuantificar y valorar el patrimonio considera a la unidad familiar en lugar de a la persona, cuestión ésta recurrida por la oposición.

Si se cuenta con otro recurso como el SAD, el máximo que se puede conceder son 365 euros, con lo que se espera que haya personas / familias que renuncien a este servicio.

Diríase por tanto, que estas nuevas ayudas contemplan tantas deficiencias que efectivamente persiguen más un impacto preelectoral que cualquier otro fin más loable y digno. Mientras tanto, los déficit de algunos servicios orientados a la dependencia, como el número de plazas de centro de día, continúan sin paliar.

TELEASISTENCIA

Servicio que ayuda a la permanencia del mayor en su domicilio, proporcionándole la seguridad de ser atendido de inmediato por el 112. Patrocinado por Caja Navarra, lo que supone discriminación para aquellos mayores que por no cobrar su pensión por esta entidad y, consecuentemente, no disponer de la Tarjeta Oro, deben abonar el coste, si les corresponde, tras aplicar la baremación económica. Últimamente han sido publicadas en prensa varias quejas sobre el tiempo de espera desde la solicitud hasta la instalación: de dos a tres meses.

Aunque parece probable que se modifique el condicionado de concesión del servicio, hoy por hoy contempla como uno de los criterios, el número de horas que transcurre solo, dándose la paradoja de que alguien que es cuidado durante toda la semana, cuando queda solo el fin de semana, no se puede beneficiar de este servicio.

CENTROS DE DIA

La finalidad de estos recursos intermedios es mantener a las personas dependientes en la comunidad, tratando de optimizar su funcionamiento físico,

psíquico y social, durante el mayor tiempo posible. En otras palabras mantener el máximo nivel de autonomía posible en cada caso.

Pero así mismo, y de manera simultánea, ofrecen soporte y alivio a los familiares. La clasificación de todos ellos es variada. Atendiendo al criterio de titularidad, se llaman públicos, privados y concertados. En función, sin embargo, de sus usuarios, se denominan: centros para válidos, para asistidos y psicogeriátricos. Estos últimos atienden a personas afectadas por demencias, normalmente en grados iniciales o moderados y personas que padecen enfermedad mental.

En ellos se proporcionan cuidados de mantenimiento y actividades terapéuticas encaminadas a la rehabilitación de funciones.

La normativa establece que el horario habitual de permanencia en el centro será de 8 horas diarias, pudiendo flexibilizarse según las características de los centros. Permanecen abiertos de lunes a viernes (Decreto Foral 633/2003 de 6 de octubre).

En Navarra contamos con los siguientes Centros:

	<u>PUBLICO</u>	<u>Nº PLAZAS</u>	<u>PRIVADOS CON</u>	<u>PLAZAS CONCERTADAS</u>
FISICOS	VERGEL	15 plazas	-----	-----
PSIQUICOS	S.FJAVIER	C.Día 30, Estancia diurna .15	PADRE MENNI, LANDAZABAL, VAGUADA	30 C. y 8 Priv. 26 C. y 4 Priv. 20 C. y 40 Priv.
DAÑO CEREBRAL			ADACEN	40 (Unidad I y II)

Algunos de ellos cuentan con transporte gestionado por Cruz Roja, como es el caso de Padre Menni, Landazabal y Vergel, debiendo abonar una cantidad que asciende a 60,74 euros al mes y otros como S. Fco. Javier y La Vaguada cuyo transporte subvenciona Bienestar Social e iguala los precios con el resto.

Ahora bien, los medios de comunicación -radio y prensa- se han hecho eco en los últimos días, de un estudio llevado a cabo por CONSUMER EROSKI en 134 Centros de Día para personas mayores ubicadas en distintas provincias, entre ellas Navarra.

En cuanto al estado de conservación y limpieza, servicios e infraestructuras y atención asistencial, que son los grandes bloques valorados, Navarra obtiene una calificación media de muy bien, a pesar de que entre los seleccionados para la

muestra, uno de los centros mantiene una tarifa superior a los 900 euros y en otro el servicio de peluquería ascendía a 25 euros. Las tarifas oscilan entre 300 euros de una plaza concertada y 600 de una privada.

En número, resultan insuficientes, en su localización ha primado el centralismo de Pamplona y Comarca, y la mayoría de ellos actualmente son privados.

De todo esto se deduce un agravio comparativo entre la ciudadanía navarra, pues dependiendo de su situación económica y/o de su lugar de residencia, no pueden acceder a ellos.

Las listas de espera para las plazas concertadas son considerables y teniendo en cuenta que un servicio de estas características contempla el doble objetivo de proporcionar respiro familiar a los cuidadores, y de estimulación y rehabilitación a la persona afectada, sobre todo de deterioro cognitivo, si la concesión de una plaza se prolonga en el tiempo, pierde dicha finalidad.

Por último cabe destacar en este apartado, la existencia de la llamada *unidad de memoria*. Ubicada en el Hospital Psico geriátrico San Francisco Javier de Pamplona, ofrece a la persona afectada por un deterioro cognitivo en primera fase y a través del trabajo en grupos, la posibilidad de que dicho deterioro se ralentice. Esta no debe hacer ninguna contribución económica

El déficit que presenta es la carencia de transporte y, sobre todo y por el hecho de no estar expandido en el resto de Navarra, genera de nuevo agravio comparativo similar al que hemos señalado en otros servicios.

VIVIENDAS COMUNITARIAS

Iniciativa del Ayuntamiento de Pamplona, se sitúan en la capital. De gestión privada, actualmente la oferta esta congelada. Ofrece un modelo de convivencia diferente al de las residencias, favorece el contacto y la relación entre convivientes así como la participación en la organización de la casa.

APARTAMENTOS TUTELADOS

Diríase así mismo que es otro modelo de convivencia para mayores. Únicamente es para personas válidas entre las cuales se prima quien presenta problemas de vivienda y/o conflictividad en la convivencia. Se localizan en Pamplona: los llamados Txoko berri, en la calle Monasterio de Tulebras y los abiertos recientemente en la calle Serafín Olave.

Están pendientes de apertura, actualmente en construcción, los de la calle Ansoleaga, en el Casco viejo de la ciudad.

Existe lista de espera.

Se conoce una experiencia similar en Estella y Doneztebe. Ambas fracasaron pues quizás por educación es un modelo que no termina de ser aceptado en el medio rural.

ESTANCIAS TEMPORALES EN CENTROS GERIATRICOS

Su principal objetivo es proporcionar respiro familiar y/o posibilidades de convalecencia a fin de recuperar mayor grado de autonomía o estancia cuando temporalmente se debe abandonar el domicilio: enfermedad, viaje de la cuidadora, instalación de ascensor, obras en casa etc. Se puede disfrutar un máximo de tres meses al año.

A fecha del mes de Enero, no había plazas en Pamplona por estar congelados los conciertos con la mayoría de los centros que las ofrecen, excepto el MIRADOR

RESIDENCIAS

La información que se aporta en el presente apartado se ha obtenido del Informe de la Defensora del Pueblo para el Parlamento de Navarra *"La atención a la dependencia de las personas mayores en Navarra"* y del Informe de Axola titulado *"Las residencias para personas mayores en Navarra: una atención en riesgo"*.

En Navarra existen 70 centros residenciales y algo mas de 5000 plazas distribuidas entre todos ellos.

En primer lugar distinguir según la titularidad, existen tres tipos de residencias:

1. De propiedad pública: sean del Gobierno de Navarra o de Ayuntamientos
2. De propiedad privada social o sin ánimo de lucro, como las dependientes de religiosos, fundaciones etc y
3. De propiedad privada mercantil, o sea con posibilidad legal de obtener beneficios.

A esta clasificación es preciso añadir según el destino de las plazas si son para:

Personas válidas o asistidas, las cuales precisan de otra persona.

Veamos con datos:

**LOS DATOS A FIN DE 2003 SOBRE TIPOS DE PLAZAS
Y PROPIEDAD DE LOS CENTROS (RPMN pg. 6)**

PROPIEDAD	VALIDAS	ASISTIDAS	TOTAL	Nº CENTROS
PÚBLICA	577	454	1.031	20
P. SOCIAL	1.677	866	2.543	35
MERCANTIL	155	1.290	1.445	15
TOTAL	2.409	2.610	5.019	70

Como también se resalta en el documento elaborado por el Observatorio del Mayor, llama la atención que el 48% de las plazas sean para personas válidas. No ocurre así en el norte de Europa, (Alemania, Dinamarca y Noruega, por ejemplo), donde las residencias casi en su totalidad se dedican a personas con necesidad de asistencia promocionando para las personas válidas una asistencia domiciliaria, apartamentos tutelados o viviendas comunitarias. En Dinamarca incluso se prohibió la construcción de más residencias y en su lugar se desarrolló una política de viviendas adaptadas a los mayores con el objetivo de mantenerlos en su entorno social y de reforzar la vida independiente

EVOLUCION 2001-2003 (CREACION DE NUEVAS PLAZAS) RPMN, pg. 8

TITULARIDAD	CENTROS	VALIDAS	ASISTIDAS	TOTAL	%
PUBLICA	2	40	0	40	6,65%
PRIVADA SOCIAL	3	89	0	89	14,81%
PRIVADA MERCANTIL	6	33	439	472	78,54%
TOTAL	11	162	439	601	100,00%

Estos datos hablan por sí solos. Lo más llamativo quizás es, por un lado, el aumento notable del número de plazas pero por otro lado, en el caso de las asistidas, todas han sido por iniciativa de las empresas privadas.

Mientras, la iniciativa pública (Aytos. y GN) ha sido casi nula. Es más, del GN-INBS han desaparecido 35 plazas del Pabellón Azul y efectivamente hace años que no se crean plazas asistidas públicas. En contraposición, como ya hemos comentado en líneas anteriores, ha cobrado gran impulso la iniciativa privada con ánimo de lucro que

trata de implantarse con importantes planes de desarrollo, no sólo en Navarra sino también en el conjunto del Estado, y con una previsión de obtener importantes beneficios económicos. Esta ha sido capaz de ver, desde una perspectiva de negocio, cómo los cambios en la estructura familiar, en los patrones culturales, la movilidad geográfica, la crisis de los cuidados informales, el aumento de la esperanza de vida, etc; son factores, todos ellos, cuya interrelación contribuye a la demanda de plazas por parte nuestros mayores.

COMENTANDO LAS LEYES

Todo ello, se produce, en Navarra, al amparo de cierta normativa, la cual regula la atención en residencias pero sobre todo, legitima esta práctica.

Y es que la **Ley Foral 3/88, de 12 de mayo de Presupuestos Generales de Navarra**, suprimió la referencia a "sin ánimo de lucro" legalizando así la concertación con las empresas mercantiles. Fue el arranque hacia la privatización mercantil.

Estas entidades privadas-mercantiles tienen su base y desarrollo en la normativa legal que nace, como se ha puesto de manifiesto en líneas anteriores, a partir de la citada ley. Se financian con importantes cantidades de dinero público a fondo perdido, primero para la construcción de las residencias (gran operación de marketing, magníficos edificios) y después con la financiación de plazas concertadas. La administración pública ha acompañado todo ello de una falta de control suficiente tanto de las instalaciones, como del personal que asiste a los ancianos, de la cualificación y número de los mismos, como en general de la calidad de atención requerida.

Y aunque a veces las familias observen irregularidades, el miedo a las represalias sobre el residente familiar, impide que se adopten medidas. A pesar de ello se conocen quejas tanto de usuarios que finalmente, en mas de una ocasión, han tenido que acudir a los tribunales (nula participación, poco control en la medicación, negligencias) como de trabajadores que incluso han recurrido a la huelga (precariedad de empleo, bajas remuneraciones, escasa medidas de salud laboral, falta de formación y reciclaje etc...)

Actualmente, la cadena AMMA (que va consolidando su ya anunciado en prensa plan de expansión) cuenta en su capital con una parte importante de Caja Burgos, Caja Duero y Caja Navarra. El consejo de administración de ésta última está presidido por la misma persona que a su vez ostenta la presidencia de la Comunidad Foral: D. Miguel Sanz .

¿Acaso no resulta cuando menos, poco ético además de políticamente irresponsable que un cargo de estas características mientras fomenta la iniciativa privada eluda la responsabilidad pública de la institución que preside la cual ha de velar porque se satisfagan las necesidades de los mayores?

Por si fuera poco y dentro de la normativa general a la que antes nos hemos referido, nos encontramos también con la **Ley Foral 17/2000**. A través de ella se regula la aportación de los usuarios a la financiación de las plazas que ocupen, propias del Gobierno de Navarra o concertadas, y, por otra parte se fijan las prestaciones económicas con que la administración ayuda a los usuarios para el pago de la estancia en centros no pertenecientes al gobierno. Se establece también que los usuarios contraerán una deuda con el Gobierno de Navarra siempre que no lleguen a pagar los precios de las plazas propias o concertadas, así como por las ayudas concedidas.

En este caso, cabe destacar así mismo que con la aplicación de dicha Ley, se están cometiendo según palabras de algunos expertos, diversas violaciones constitucionales.

Parece ser que la principal finalidad de la misma ha sido paliar los fraudes que se han producido tiempo atrás cuando la persona, en el momento de afrontar el pago de la estancia hacía una ocultación de sus bienes. Ahora bien, de las consecuencias de su aplicación, cabe pensar que está promovida por el efecto péndulo, dicho de otra manera: se ha pasado al otro extremo.

Veamos cuales son en términos generales y desde una perspectiva social y económico-financiera, el déficit más destacable:

DESDE UNA CONSIDERACIÓN GENERAL

Considera que la atención residencial a personas ancianas que se encuentren en pleno uso de sus facultades físicas y mentales tiene la misma naturaleza, como servicio social, que la que necesitan aquellas personas que tienen limitadas esas facultades o carecen de ellas, por poner un ejemplo, las afectadas por una demencia. En este caso puesto que se trata de una enfermedad, crónica e invalidante, se deberá considerar que requiere una atención sanitaria profesionalizada e incluso especializada.

El documento que la Defensora del Pueblo presentó, mediante comparecencia, en el Parlamento, hace referencia a cómo "el ordenamiento jurídico ordena, sin paliativos, que los ciudadanos sean atendidos correctamente por los problemas de

salud que padezcan, lo que debería determinar que las Administraciones Públicas asumieran sus obligaciones en esta materia y pusieran a disposición de los enfermos todos los servicios de atención necesarios, aunque los daños que sufran sean crónicos. Las personas mayores no sólo son legalmente beneficiarios de servicios sociales sino también sujetos titulares del derecho a la salud. Si bien es verdad que los límites entre los ámbitos social y salud son frágiles, no es menos cierto que, hoy por hoy, las fuentes de financiación de los servicios son distintas, así como el conjunto de derechos y deberes que derivan de dichos preceptos y del ordenamiento jurídico que los desarrollan."

Por todo ello, la realidad actual de las residencias, consideradas únicamente como un recurso social, nos señala que se está incurriendo en un trato injusto hacia aquellas personas mayores con afecciones crónicas invalidantes pues recae sobre ellos la financiación que corresponde por atenderles como enfermos crónicos a la vez que en una vulneración del derecho a la salud recogido en la Constitución. Sin olvidar además que de esta manera el sistema público de salud incumple sus obligaciones.

DESDE UN PUNTO DE VISTA SOCIAL....

El artículo 50 de la Constitución, al aludir a los servicios sociales, otorga a los poderes públicos un papel complementario, no subsidiario, respecto a las atenciones familiares, ya que estos "con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar social mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura, ocio." Sin embargo la filosofía que ampara esta ley se olvida de ello y considera que la familia debe hacerse cargo en su seno de la persona si se quiere beneficiar después de la herencia. De alguna manera olvida por completo las necesidades (de atención sanitaria sobre todo en el caso de la demencia y de otras patologías invalidantes) de la persona, para centrar toda la atención en la familia, que parece que se "liberaría" tras el ingreso; cuando la realidad y cada vez de manera mas frecuente, es que las atenciones y cuidados (tanto cuantitativas como cualitativas) que precisan muchas personas sobre todo con enfermedades crónicas e invalidantes, generan situaciones auténticamente insostenibles en un domicilio, pero no solo para la familia, sino para la propia dignidad de la persona.

Y es que es preciso recordar que el llamado Estado de Bienestar descansa, en la teoría del riesgo social. Ello supone que todas las personas en situación de necesidad no provocada por ellos mismos, están protegidos por la sociedad a través de las Administraciones Públicas. Dicho de otra manera, la Constitución está regulando derechos de las personas, con independencia de que sus familias puedan o quieran mantener su nivel de vida en los niveles de un estándar medio de calidad de vida de la sociedad. Y ello además no sólo ha de ocurrir en un estado de indigencia,

porque de ser así se trataría de una situación con tintes marcadamente asistencialistas.

Además de dar por descontado que las personas afectadas, en este caso, los mayores presentan una mayor vulnerabilidad e indefensión y en ese sentido menor capacidad de respuesta; el sistema político que sostiene esta ley sin querer reparar en los efectos tan adversos que la misma produce, se ha dotado de recursos (grupos de presión, profesionales, medios de comunicación, entre otros ..), gracias a los cuales, a través de los mensajes que lanzan, le garantizan la construcción de un estado de opinión, compartido al parecer por una gran mayoría de la sociedad , a favor de estos postulados. De manera que optar por un ingreso en residencia llega a ser juzgado y penalizado por unos valores (sociales y socializados) que culpabilizan a las familias por "no hacerse cargo..., por ser egoístas en definitiva "

DESDE UN PUNTO DE VISTA ECONOMICO -FINANCIERO

Han surgido, alrededor de esta misma ley, interrogantes que señalan más agravios comparativos y más atropellos, en definitiva. Y es que...¿por qué este tipo de ayudas para el ingreso en centros para la tercera edad se plantean como totalmente reintegrables, en origen, y no todas las demás que configura nuestro ordenamiento jurídico? Porque no ocurre lo mismo con becas para estudio, para termalismo, vacaciones, para adquisición de vivienda...? Y es que a la persona mayor, con la obligatoriedad de este reintegro se le está privando del derecho que toda persona tiene al ordenamiento de sus últimas voluntades, entre las cuales suele estar el nombramiento de sus herederos. Si bien es cierto que es discutible que deba de primar este derecho sobre el del resto de contribuyentes a recuperar lo concedido por las arcas publicas; no olvidemos que otras situaciones no se les está dando el mismo tratamiento.

Por último señalar, que también desde un punto de vista más técnico, la ley que nos ocupa incurre en una serie de irregularidades casi ilegalidades que la hacen según los mismos expertos totalmente rechazable.

Ante todo lo expuesto se concluye que la atención a nuestros mayores ofrece mas sombras que luces. El cuadro que por último se expone a continuación, reafirma, con números, esta conclusión y nos proporciona información de cuál ha sido la evolución de la inversión. Detrás de ella, la escasa voluntad política de que esta realidad cambie.

Evolución del gasto presupuestario (2002-2005)

Ejercicio	Gastos 3ª Edad (en millones de euros)	% sobre total gastos del INBS	% gastos 3ª Edad sobre PIB de Navarra	Gasto per cápita sobre población >65 años
2002	20,33	19	0,16	197,89 €
2003	20,94	17	0,16	202,92 €
2004	18,88	14	0,13	182,60 €
2005	20,45	18	0,13	197,37 €

Observamos que los gastos en tercera edad se han reducido en el periodo analizado en un 0,62%. Sobre el PIB de Navarra, se mantiene en los dos últimos años en un 0,13 por ciento, lo que implica una reducción en el periodo del 18%.

Es claro, por tanto, que para mejorar es preciso, entre otras medidas, cambiar normativas, fomentar la participación de la población, aumentando su sensibilización por el tema, que se abra un debate público, que aumente el gasto social y quela izquierda se ponga las pilas para promover un giro.

Por su interés y por estar elaborado por los propios afectados, reproducimos a continuación Ideas o criterios globales que se establecen desde el Observatorio del Mayor de Navarra para mejorar la vida de las personas mayores.

Anexo 1 - PROTOCOLOS DEL OBSERVATORIO DEL MAYOR DE NAVARRA

En la líneas que siguen, se establecen las ideas o criterios globales que, inspirados por el Manifiesto fundacional y los Estatutos, deben regir en la elaboración y publicación de informes, estudios, artículos, toma de posición en las diferentes áreas y ante problemas concretos, por parte del Observatorio en cuanto tal o por parte de los miembros del mismo, en su expresión pública.

Economía

1) Defensa del llamado Estado de Bienestar, equiparable a la media europea. El gasto social está lejos de alcanzar los porcentajes de los países europeos de similar desarrollo económico. Exigencia, en consecuencia, de que la titularidad, financiación y gestión de todos los servicios sociales sean públicas. Colaboración con organizaciones, movimientos, plataformas etc., que reivindiquen y/o propongan iniciativas en esta dirección, frente al proceso de privatización dominante. Aumento de los presupuestos en este capítulo para la creación de plazas públicas en residencias o en sistemas alternativos (pisos tutelados, centros de día, familias cuidadoras...), cuyo resultado sea una atención generalizada y digna, además de la creación de numerosos puestos de trabajo.

2) Reivindicación de pensiones públicas universales, equiparables las pensiones mínimas al salario mínimo interprofesional, tanto en las contributivas como en las no contributivas.

3) Rechazo al retraso de la edad de jubilación obligatoria más allá de los 65 años, junto a la articulación de medidas para seguir contando con el capital humano, de conocimiento, experiencia y valores, de los mayores a partir de esa edad, que no impliquen eliminar puestos de trabajo.

Sociedad

4) Promoción de la solidaridad y de las relaciones intergeneracionales. Promoción de un voluntariado libre y altruista que exprese la solidaridad del conjunto de la sociedad con los mayores y la defensa activa de sus derechos, sin que cubra u oculte deficiencias y obligaciones -ni quite puestos de trabajo-, que deben ser cubiertas por los poderes públicos. El voluntariado deberá ser una pieza esencial por su labor crítica y alentadora de transformaciones en los servicios públicos de atención a los mayores.

5) Promoción de la participación pública de los mayores en todos los ámbitos de la sociedad, sobre todo en la definición y diseño de las políticas que directamente les afecten.

6) Reivindicación de unas leyes específicas que reconozcan y amplíen los derechos de los mayores. Por ejemplo, a favor de la ley contra la violencia doméstica y en contra de la ley de financiación de las residencias.

7) Promoción a través de proyectos y leyes de discriminación positiva hacia los sectores y colectivos de los mayores más desfavorecidos y discriminados (enfermos, discapacitados psíquicos y físicos, inmigrantes, pobres, etc.) y especialmente a la problemática de la mujer mayor.

Salud

8) Formación de médicos en gerontología y geriatría, e investigación, creación y desarrollo de servicios específicos en los centros de salud.

9) Mantenimiento del sistema actual en cuanto a medicamentos. Rechazo al sistema del copago, complementado con información sobre una vida sana y el uso de medicamentos.

10) Derecho a la información y conocimiento informado sobre las situaciones médicas del mayor.

11) Apertura de un debate, con la participación de los mayores, sobre los problemas de tecnoética en medicina y salud, como el ensañamiento médico o la eutanasia.

Servicios

12) Dada la privatización, directa o indirecta (encubierta), de muchos servicios de atención a los mayores, control estricto de los conciertos, de la capacitación del personal, de las relaciones laborales y condiciones de trabajo, de la calidad del servicio y de la satisfacción de los/as usuarios/as.

13) Apoyo asistencial profesional y económico a los mayores dependientes y sus familias por parte de las instituciones.

14) Recuperación de servicios públicos perdidos por las privatizaciones.

15) Transporte público adaptado y subvencionado para los mayores.

16) Eliminación progresiva de todas las barreras físicas en el urbanismo y la arquitectura, a través de rampas, plataformas y ascensores. Adaptación subvencionada de las viviendas a las condiciones de la persona mayor.

Cultura

17) Acceso a una educación, una cultura y un ocio de calidad -gratuito o subvencionado - para todos los mayores. Creación de ámbitos y medios para la cultura del mayor.

18) Acceso gratuito o subvencionado a las nuevas tecnologías de la información (formación, compra de ordenadores, conexión, etc) para todos los mayores y preferentemente a los discapacitados. Respeto a todos los mayores que no puedan o no deseen acceder a ellas.

19) Reconocimiento y respeto a la figura del mayor en los medios de comunicación y la publicidad, así como creación de participación del mayor en los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, etc.).

Varios

20) Reconocimiento de la memoria histórica, de la labor democrática de los mayores y de las pensiones de la guerra civil. Rehabilitación de las víctimas de la represión franquista.

21) Denuncia en todos los ámbitos institucionales y sociales de las situaciones, problemas y casos de abuso, maltrato, violencia, abandono, discriminación, denigración o manipulación de las personas mayores.

22) Apoyo a las organizaciones internacionales que trabajen desde una perspectiva crítica y reivindicativa por mejorar la situación del mayor en la Comunidad Europea y en todo el mundo.