

Autonomía

IMERSO - MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD - NÚMERO 2 AÑO 2010 - DICIEMBRE

personal



Coordinación SOCIOsanitaria

ENTREVISTA

Purificación Causapié
Directora General del Imerso

Dependencia y familia

Centros de Referencia,
promotores de la
autonomía personal

REPORTAJE

Discapacidad: crece
el empleo en época
de crisis

Entrega de Premios
Imerso

Infanta Cristina 2010

Medicamentos genéricos Mejoras tú. Mejoramos todos y todas.



Tienen la misma eficacia, calidad y seguridad

que los medicamentos originales de marca, **pero cuestan menos.**

Los medicamentos genéricos cuentan con una amplia experiencia de uso en la práctica clínica y su utilización reporta un doble ahorro: al Sistema Nacional de Salud, que lo puede emplear en otros recursos sanitarios, y a la propia ciudadanía, que tiene que abonar un menor precio.

Infórmate en
www.medicamentosgenericosefg.es



www.mspsi.es

EDITA:

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO)

CONSEJO EDITORIAL:

Purificación Causapé Lopesino,
Jaime Alejandro Martínez,
Nieves García Santaacruz,
Antonio Balbontín López-Cerón,
M^a Ángeles Aguado Sánchez,
Julio Murciano Bastias,
M^a Luz Cid Ruíz,
Milagros Juárez Bustos
y Jesús Zamarro Cuesta.

DIRECTOR:

Jesús Zamarro Cuesta.

REDACCIÓN:

M.^a Cristina Fariñas Lapeña.
Rosa Lucerga Revuelta

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Juan Ramón Aguirre.

FOTOGRAFÍA:

M.^a Ángeles Tirado Cubas.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN:

Víctor Bodipo Tango,
Concha Largo Rodríguez y
Elena Garvía Soto.

Avda. de la Ilustración, s/n.
(con vuelta a Ginzo de Limia, 58).
28029 MADRID.

Tels.: 917 033 403 y 917 033 628

Fax: 917 033 973.

rap@imerso.es

COLABORADORES

EN ESTE NÚMERO:

Mayte Alonso, María Eugenia Bolaños,
Cristina Cristóbal, Marta Fernández,
Carmen Morales, Mabel Pérez-Polo,
Olga Ruíz, Javier Salazar,
Carmen Serrano, Isabel de la Torre
y Juan Manuel Villa.

FOTOMECÁNICA:

ESPACIO Y PUNTO.

IMPRIME:

ALTAIR IMPRESA IBÉRICA.

DISTRIBUYE:

MAILING SHOP.

DEPÓSITO LEGAL:

TO-1087-2009.

NIPO: 841-10-005-0.

ISSN: 2172-3206

TELÉFONOS DEL IMERSO PARA
CUALQUIER INFORMACIÓN:

Centralita: 917 033 000 Información:
917 033 916/17/09

www.imerso.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción, distribución, comunicación pública y utilización, total o parcial, de los contenidos de esta publicación, en cualquier forma o modalidad, sin previa, expresa y escrita autorización. Las colaboraciones publicadas con firma en la Revista Autonomía Personal expresan la opinión de sus autores. Dentro del respeto a las ideas de los demás, éstas no suponen identidad con nuestra línea de pensamiento.

EDICIÓN DIGITAL

www.imerso.es y sid.usal.es

SALUDA

Saluda de la Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín Iraola, a los lectores de la revista "Autonomía Personal"



Como Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad quisiera aprovechar esta oportunidad para enviar un afectuoso saludo a los lectores y lectoras de la revista *Autonomía Personal*.

Las personas con discapacidad ocupan un lugar relevante en la agenda política del Ministerio que tengo el honor y la responsabilidad de dirigir. El Ministerio de las personas, de todas ellas pero especialmente de las que tienen más necesidades sociales. También es el Ministerio que salvaguarda muchos derechos de ciudadanía conquistados con esfuerzo, uno de ellos de reciente implantación, el derecho a recibir servicios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

Desde las entidades representativas del ámbito de la discapacidad se ha trabajado con dedicación y empeño por el reconocimiento de sus derechos, por su visibilidad y por la no discriminación. Y aunque en los últimos años han sido muchos los progresos conseguidos, debemos seguir avanzando en la consolidación de los logros alcanzados, en la conquista de otros nuevos y en la mejora de calidad de vida de las personas con discapacidades.

En el ámbito de las políticas para la discapacidad, España ha conseguido ser referente en Europa y así lo reconocieron los países europeos durante la Presidencia Española. Acabamos de aprobar el proyecto de ley que adapta a la Convención de Naciones Unidas para Personas con Discapacidad la normativa española, pero tenemos todavía trabajo por delante.

Las políticas sociales son y deben ser para todos y para todas, independientemente de nuestras circunstancias o características. Por ello, quiero expresar mi compromiso por reforzar las políticas sociales puestas en marcha y avanzar con propuestas, ideas y reivindicaciones surgidas desde la cooperación con las entidades sociales representativas del mundo de la discapacidad.

Autonomía personal es un excelente cauce para difundir la información que favorece la reflexión y el debate. Temas como la atención social, la accesibilidad, la investigación, la cultura, el ocio y la calidad de vida son aspectos clave para avanzar en hacer efectiva la protección de los derechos de las personas más vulnerables.

Quiero destacar el papel fundamental que juegan las asociaciones y entidades sociales. Sus reivindicaciones son esenciales para llegar más y mejor a todas las personas y su colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el desarrollo de la Ley de Dependencia ha sido fundamental. Además, su labor en la prevención y atención hacia las personas con discapacidad son un ejemplo del compromiso que a través de la política social apoyamos y fortalecemos.

Uno de los ejes futuros de trabajo del Ministerio es la coordinación sociosanitaria. Relacionar el sistema social y sanitario permite optimizar los recursos, mejorar la atención y la calidad de los servicios y dar una respuesta integral a las diversas necesidades de atención que requieren las personas.

Todavía queda mucho por hacer, y vamos a seguir trabajando para lograr más avances por y con las personas con discapacidad. No podemos desaprovechar el potencial de un sector de la población muchas veces más capaz de lo que creemos. Los esfuerzos compartidos constituyen una fortaleza que hemos de aprovechar para conseguir un objetivo común, mejorar la calidad de vida de las personas que más lo necesitan. Una sociedad más equitativa e incluyente también es una sociedad más eficiente y más próspera.



Autonomía personal

NÚMERO 2 - AÑO 2010

Nuestra portada

Como una cadena de eslabones, lo social y lo sanitario deben ir unidos y ofrecer una respuesta integral a las personas en situación de dependencia



24

A fondo / Dependencia y familia

SUMARIO

3	Saluda
6/7	Notas
8	Cartas de los lectores
9	Agenda
10/15	Entrevista Purificación Causapié
16/19	Especial Coordinación Sociosanitaria (UIMP)
20/23	Envejecimiento activo (UCM)
24/43	A fondo Dependencia y familia, una perspectiva socioeconómica
44/51	De la experiencia a la autonomía. La atención temprana
52/55	El autoempleo, alternativa de acceso laboral
56/57	Investigación



10



84



56

Entrevista / Purificación Causapé

Reportaje / Aumenta el empleo de personas con discapacidad

Investigación / Célula sintética

58/69

Esfera Social

70/71

Entrevista
José M^a Sánchez-Monje

72/75

Accesibilidad e Innovación

76/77

Sistema de Dependencia
Últimas cifras SAAD

78/83

Centros Activos
Centros de Referencia Estatal del IMSERSO

84/89

Reportaje
Aumenta el empleo de personas con discapacidad

90/91

Cultura
Renoir en El Prado

92/93

Entrevista
Tomás Castillo

94/95

Publicaciones / Enlaces Web

96/97

Deportes
Tenis de mesa: Siete medallas en Corea

98

Firma invitada
María Eugenia Bolaños

El equipo español de tenis de mesa consigue siete medallas en el Mundial de Corea





Los nuevos ministros posan con el Presidente de Gobierno en el Palacio de La Moncloa. De izquierda a derecha: Ramón Jáuregui, Valeriano Gómez, Pérez Rubalcaba, Rodríguez Zapatero, Trinidad Jiménez, Rosa Aguilar y Leire Pajín

La recuperación económica es el principal objetivo del Gobierno

Remodelación del Ejecutivo

El presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero dio a conocer el 19 de octubre en La Moncloa el cambio en la Vicepresidencia primera del Gobierno y en varios departamentos ministeriales, que se reducen a quince, dos menos que en el anterior gabinete.

Rodríguez Zapatero dijo que “el rumbo está trazado pero hay que recorrerlo hasta el final”, y, para ello, a su juicio, hace falta “un Gobierno renovado y políticamente reforzado” al que se incorporan nuevas personas, con un perfil político muy claro, con gran experiencia de gestión, con extensa trayectoria en puestos de responsabilidad y con gran capacidad de comunicación.

Alfredo Pérez Rubalcaba es el nuevo vicepresidente primero y portavoz del Gobierno,

en sustitución de María Teresa Fernández de la Vega, y compaginará sus nuevos cargos con el de ministro del Interior, que ya venía desempeñando desde abril de 2006.

Durante el acto de toma de posesión, celebrado en el Palacio de La Moncloa, Rubalcaba tuvo palabras de agradecimiento para María Teresa Fernández de la Vega de quien valoró especialmente su capacidad de trabajo. También señaló que la recuperación económica es el principal objetivo del Gobierno y esta recuperación exige reformas que

hay que explicar. “Reformas, austeridad, son palabras que nos van a oír mucho a los responsables de comunicación del Gobierno”, finalizó el vicepresidente primero.

Por su parte, el nuevo ministro de la Presidencia, Ramón Jáuregui aseguró que llega al cargo con espíritu de modernización y reforma. “Este espíritu reformista nos hace no quedarnos quietos para alcanzar la España que nos merecemos, una España de competitividad y de reequilibrio social. La igualdad es la estrella polar de los socialistas. Debemos ser capaces de que la modernización y las reformas que buscamos lleguen a la sociedad”.

Trinidad Jiménez, hasta ahora ministra de Sanidad y Política Social, es la nueva titular del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, en sustitución de Miguel Ángel Moratinos. Jiménez, que tomó posesión de su cartera en el Palacio de Santa Cruz aseguró que “tenemos un fuerte compromiso con el multilateralismo, la paz, la lucha contra el hambre y la pobreza

y la defensa de los derechos humanos. Para ello, la diplomacia española ha de utilizar como instrumento de acción el respeto y la convicción de que mantener el diálogo y la interlocución son la mejor opción para llegar a acuerdos”.

EN DEFENSA DEL ESTADO DEL BIENESTAR

En el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad tomó posesión la ministra Leire Pajín, que agradeció la labor de su predecesora, Trinidad Jiménez, y repasó los principales retos de su departamento. La ministra reafirmó la apuesta clara del Gobierno “por defender nuestro Estado del bienestar, porque éste es el Gobierno de lo social; y por ello, a pesar de enfrentarnos a unos presupuestos más austeros, seguiremos apostando por las personas”. Este nuevo Ministerio reúne el antiguo de Sanidad y Política Social con el de Igualdad, del que era titular Bibiana Aído, que ostenta el cargo de Secretaria de Estado.

Por su parte, en la sede del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino tomó posesión Rosa Aguilar, quien asegura que trabajará para los ciudadanos a través del diálogo permanente. Aguilar afirma que su gran empeño será la lucha contra el cambio climático y la protección de la biodiversidad y el agua. Aguilar releva a Elena Espinosa.

El último en tomar posesión de su cargo fue el ministro de Trabajo e Inmigración, Valeriano Gómez. El ministro recordó la importancia de los agentes sociales para acometer las reformas necesarias y también reafirmó la fortaleza de la Seguridad Social, que calificó como “uno de los bienes más importantes de nuestra democracia”.

Con la nueva remodelación del Ejecutivo, el Ministerio de Vivienda es absorbido por el de Fomento.

El Gobierno seguirá impulsando las políticas sociales

La nueva ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, afirmó durante el acto de traspaso carteras que aunque España “no se encuentra en una situación fácil”, el Gobierno seguirá impulsando las políticas sociales, al tiempo que señaló que va a dedicar un 58% de los Presupuestos Generales del Estado a estas “conquistas irrenunciables”.



Bibiana Aído, Leire Pajín y Trinidad Jiménez en el acto de toma de posesión celebrado en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Leire Pajín aseguró que su responsabilidad es que Igualdad, Política Social y Sanidad vayan de la mano y subrayó que “éste es el Ministerio de los mayores, los menores, las mujeres, las personas con discapacidad y aquellas que atraviesan un momento difícil”. En su ánimo está desarrollar la “hoja de ruta” marcada por sus antecesoras para construir un Ministerio “sólido” porque “todos vamos a ser susceptibles de necesitar sus políticas en algún momento”.

Ante un repleto salón de actos, la nueva ministra enumeró las diferentes tareas que abordará durante su mandato. Así, dijo que “recoge” el trabajo de la ex ministra de Igualdad, y anunció que “lo primero” que haría sería enviar al próximo Consejo de Ministros el nombramiento de Aído como nueva Secretaria de Estado para la Igualdad, a quien dio las gracias por el trabajo realizado y “por el que vas a hacer”, le dijo a Aído.

También apuntó que va a trabajar junto a las comunidades autó-

nomas y los partidos políticos en el desarrollo de la ley de Dependencia, en el envejecimiento activo, la lucha contra la violencia de género, la lucha contra la pobreza y el apoyo a las personas con discapacidad.

Otros de los retos que tiene por delante es “culminar” el acuerdo adoptado con las comunidades autónomas para mantener la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la ley de seguridad alimentaria que está en el Congreso, la nueva ley de Salud Pública o el desarrollo de la ley de Dependencia.

La nueva ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, estuvo acompañada en el acto de hasta ocho ministros: la de Cultura, Ángeles González-Sinde; Fomento, José Blanco; Interior, Alfredo Pérez Rubalcaba; Justicia, Francisco Caamaño; Defensa, Carme Chacón; Industria, Miguel Sebastián; y Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, así como los ya ex ministros de Igualdad Bibiana Aído, y Exteriores Miguel Ángel Moratinos, y el presidente del Senado, Javier Rojo.

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ LOZANO, SECRETARIA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO



Foto: Servimedia

Licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid y experta en género, la nueva Secretaria de Política Social y Consumo, tomó posesión tras el nombramiento el pasado 5 de noviembre por el Consejo de Ministros, sustituyendo en el cargo a Francisco Moza Zapatero.

Nacida en Vilches, Jaén, ha sido Coordinadora de Participación de la Mujer de la Comisión Ejecutiva Federal de PSOE y Asesora del Gabinete del Secretario General del PSOE en Política Social e Institucional entre 2000 y 2004. Desde abril de 2004 era Asesora Ejecutiva de la Vicepresidenta Primera del Gobierno y miembro del Consejo Asesor del Instituto de la Mujer. Desde abril de 2008 era Secretaria General de Igualdad.

Cartas

ROMPIENDO BARRERAS MENTALES

La discapacidad me produce fealdad cuando la veo, porque así me han educado, y sin embargo, siempre que veo a un niño en silla de ruedas o con Síndrome de Down, me da pena. Soy sensible ante la desgracia de las personas que por tener falta de movilidad en las piernas o ser distintos no se pueden desenvolver en la vida como los demás, ni tienen las mismas oportunidades.

Me gustaría que rompiera todo el mundo con las barreras mentales que nos hacen la vida más pobre, ya que conocer a estas personas nos enriquecería mucho.
M^a Sol Ruíz
Madrid

EL TRABAJO, UNA BENDICIÓN

El trabajo es una de mis mejores medicinas, tanto para mi salud mental como física, además como estoy en silla de ruedas, me libera mucho el estar enfrente de un ordenador, de pensar en mi situación personal y mis problemas.

Soy informática, y el trabajo para mí, ha sido una bendición, porque me llena de optimismo y ganas de hacer cada vez más actividades, en la medida que puedo, pues una cosa, lleva a la otra.

Cuando más activa estoy, más ganas tengo de hacer cosas.

Alicia Pérez
Barcelona

¿POR QUÉ EN LA TELEVISIÓN NO SE VEN PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

La televisión nos muestra personas siempre guapas, bien ves-

tidas, saludables, pero casi nunca nos muestra la realidad de las personas que conforman la sociedad, que somos todos: personas con discapacidad y personas sin ella.

Por este motivo, pienso que en la televisión también hay que contemplar la discapacidad y no hacerse el ciego cuando aparecen personas en silla de ruedas, o que los responsables de la televisión también se hagan los ciegos por no mostrarla.

Cristina Sánchez
Madrid

Para envío de cartas, puede dirigirse a la Redacción de la Revista Autonomía Personal en Ginzo de Limia, 58, 28029 MADRID, al correo electrónico: cfarinasl@imserso.es o al fax: 91 703 39 73.

La Redacción de la revista se reserva el derecho de suprimir o reducir el número de líneas.

agenda



II FORO DE DISEÑO UNIVERSAL

El Palacio de Ferias y Congresos de Málaga, FYCMA, organizará los días 17 y 18 de febrero de 2011 este encuentro que tiene como objetivo fundamental ofrecer soluciones novedosas para implantar el diseño universal en todos los ámbitos de la sociedad y conseguir la representación y participación de todos los sectores relacionados.

Más información en :
www.malagaciudadaccesible.com



V ENCUENTRO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FEAPS

Este 5º encuentro está dirigido a todas aquellas personas interesadas en procesos de mejora continua de las organizaciones FEAPS del 13 al 15 de abril del 2011 y se celebrará en Alcodia, Valencia. Página Web: <http://www.feaps.org/claidad/buenas-practicas-edicion5.htm>

III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

Congreso organizado por Edad&Vida, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Consejería de la Familia y Asuntos Sociales, se celebrará del 28 al 30 de marzo de 2011, en Madrid. Más información en el teléfono 934 882 720.



1ª FERIA DE DISCAPACIDAD Y EMPLEO

La Feria de Empleo para Personas con Discapacidad se celebrará en Barcelona los días 8 y 9 de junio de 2011. Página Web: <http://www.feriadiscapacidad.com/>

BIENAL INTERDISCIPLINARY CONFERENCE OF THE BRAIN INJURY AND FAMILIES

Esta Conferencia sobre daño cerebral y familias se celebrará en la Facultad de Derecho de la Universidad de Viena del 23 al 26 de febrero. Tel.:+43 1 405-13-83-11



VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN. III CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

Estos dos congresos se celebrarán conjuntamente del 29 de marzo al 1 de abril de 2011 en Valladolid. Página Web: <http://www.psicologiaeducacionvalladolid2011.com/>



Purificación Causapié

DIRECTORA GENERAL DEL IMSERSO

Las políticas sociales y de atención a la dependencia son una prioridad para el Gobierno

El Imsero tiene por delante un intenso trabajo para continuar el desarrollo y la aplicación de la Ley de Dependencia en los próximos años. Su directora general, Purificación Causapié, una mujer joven, emprendedora y con una dilatada experiencia profesional vinculada de manera especial a esa Ley, tiene como prioridad impulsarla hasta su total implantación en 2015 y desplegar todas aquellas políticas sociales que contribuyan a mejorar la situación de las personas en situación de dependencia en nuestra sociedad.

Jesús Zamarro Cuesta

Fotos: M^a Ángeles Tirado

Apunto de cumplir cuatro años de aplicación, ¿en qué momento se encuentra actualmente la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia?

Se encuentra en un momento muy importante de su desarrollo. Hasta ahora hemos trabajado intensamente junto a las comunidades autónomas para establecer las bases de su aplicación. Al mismo tiempo, se ha respetado el calendario de despliegue de la Ley y, a fecha

1 de diciembre, más de 654.000 personas son beneficiarias del sistema y reciben prestaciones y servicios gracias al derecho que les reconoce la Ley de Dependencia.

Se está realizando un buen trabajo entre todas las administraciones públicas implicadas, liderado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Imsero, que ha permitido alcanzar acuerdos importantes con las comunidades autónomas para garantizar que los procedimientos para ser reconocido como beneficiario o beneficiaria y para recibir las prestaciones y servicios que se necesiten por cada persona sean ágiles y que la atención que se reciba sea de calidad.



No obstante, aún nos queda camino por recorrer y estamos en un año crucial en el que iniciamos la evaluación de la Ley. El calado y la transversalidad de esta norma es tan grande y afecta a tantos aspectos que, de vez en cuando, hay que pararse a pensar en lo ya conseguido, seguir avanzando y mejorar, si es necesario, lo que ya hemos alcanzado.

Vivimos en una sociedad muy dinámica en la que cada día hay nuevos factores que tener en cuenta para dar una atención de calidad y nuevos retos que afrontar como la incorporación, el año que viene, de las personas que tienen una situación de menor dependencia. Este año, además de iniciar el proceso de evaluación e incorporar un grado menor de dependencia, estamos dando un nuevo impulso al Sistema, ampliando su implantación.

- Y de cara al futuro, ¿qué papel va a desempeñar el Imserso una vez que la Ley esté totalmente desplegada?

Estoy convencida que sucederá lo mismo que ha ocurrido con otros sistemas de nuestro Estado de Bienestar, como el sistema sanitario cuando se transfirieron sus competencias. Actualmente, el Estado, a través del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sigue teniendo un papel de liderazgo, de coordinación, e impulso de acciones nuevas. Por tanto, el Imserso tiene por delante, en los próximos años, un trabajo enorme en cuanto a seguir impulsando la aplicación de la Ley y actuar como líder para estimular nuevas acciones y plantear posibles nuevos acuerdos.

Es tan importante para nuestra sociedad lo que hemos conseguido con la Ley de Dependencia y la red de servicios sociales y prestaciones que estamos tejiendo al amparo de ella, que siempre tendremos trabajo que hacer, incluso cuando la Ley esté totalmente implantada. Pero esto ocurre también con otros sistemas como la Educación, la Sanidad y las Pensiones. Siempre estamos pendientes de ellos, poniéndolos al día, evaluándolos, invirtiendo en nuevas acciones que los mejoren para responder a las nuevas necesidades de la ciudadanía.

Por tanto, respecto al sistema de atención a la dependencia tenemos y tendremos siempre tarea por delante. Los más inmediatos: tra-



bajar en indicadores que refuercen la calidad en los servicios de atención a las personas en los centros residenciales, en los centros de día y en la ayuda a domicilio. También tenemos que impulsar acuerdos dirigidos a reforzar la atención a los menores de 3 años y avanzar en la mejora de servicios para adecuarlos, cada vez más, a las necesidades de cada una de las personas. Hay un recorrido enorme por delante.

- ¿Cómo va a ser la coordinación del Imserso con las Comunidades Autónomas en esta Ley?

Las Comunidades Autónomas son básicamente las responsables en cuanto a su gestión y desarrollo, pero la Ley hay que impulsarla con acuerdos permanentes para que la atención a las personas en situación de dependencia sea similar en todos los lugares, independientemente del lugar en el que vivan. Es el mismo derecho subjetivo de ciudadanía el que les asiste para que tengan servicios y prestaciones de calidad.

Para esta labor de coordinación e impulso de nuevas acciones e iniciativas, es fundamental el papel del Imserso. De hecho, ese impulso de nuevas acciones ya lo está haciendo, a través de los Centros Estatales de Referencia, los llamados "CRE", que son centros de

“Las políticas sociales son instrumentos fundamentales para la generación de empleo y riqueza”

“El Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria verá la luz en 2011”

investigación, innovación y liderazgo en sus ámbitos de competencia y que desarrollan buenas prácticas y estrategias de intervención con personas que, debido a determinadas causas, se encuentran en situación de dependencia.

- ¿Cree usted que se lograrán los objetivos previstos en la Ley de Dependencia a pesar de la crisis?

El Gobierno trabaja cada día para que la Ley cumpla sus ambiciosos objetivos, y, por lo tanto, para que se aplique de manera adecuada en tiempo y en forma a todos los ciudadanos y ciudadanas que están o llegan a estar en situación de dependencia. Evidentemente, hay una situación de crisis económica y no podemos dejar de estar preocupados por ella; sin embargo, creo que este gobierno ha dejado muy claro, y no sólo en el ámbito de la atención a las personas dependientes sino también en otros, que las políticas sociales son prioritarias porque en una situación de escasez hay que apoyar más a los que menos tienen. Y, por esto, para el Gobierno las políticas sociales y de atención a la dependencia tienen prioridad. Esta afirmación está avalada por los presupuestos que se están destinando a estas políticas.

- Uno de los temas prioritarios en política social es la coordinación socio-sanitaria. En el mes de febrero tuvo lugar la primera reunión entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y los consejeros de Bienestar y Política Social de las comunidades autónomas para reflexionar sobre esta cuestión. ¿Qué pasos se han dado desde entonces para abordar esa coordinación?

En esa reunión, la entonces titular del Departamento, Trinidad Jiménez, propuso abrir un debate sobre la coordinación sociosanitaria. Para ello, se acordó elaborar un Libro Blanco con el fin de realizar

una reflexión sobre qué queremos decir cuando hablamos de coordinación y en qué ámbitos necesitamos que se produzca.

También se puso el acento en la recogida de buenas prácticas que ya estén realizando las Comunidades Autónomas y sobre la importancia y el resultado de las mismas en la atención a las personas en situación de dependencia y en la promoción de la autonomía personal. En este sentido, hay que destacar las aportaciones de los responsables de las políticas sociales y de atención a la dependencia de ocho comunidades autónomas durante el encuentro académico celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) a principios de septiembre.

Es importante reflexionar, por ejemplo, sobre la coordinación que existe en la elaboración de los informes de salud, para que sean útiles a los profesionales que valoran la situación de dependencia de una persona o, también, sobre la necesaria coordinación que se requiere cuando estamos atendiendo a menores de tres años.

A partir de ahora, lo inmediato es trabajar en esa recogida de información, definir prioridades e impulsar proyectos de coordinación, algo fundamental para una buena atención integral de las personas en situación de dependencia.

De hecho, ya se está trabajando, junto a las comunidades autónomas, en la elaboración del Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria que verá la luz en el primer semestre de 2011.

- ¿Qué iniciativas relacionadas con las personas mayores y las personas en situación de dependencia se están potenciando actualmente?

Ahora mismo se está trabajando mucho desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en todo el desarrollo de actuaciones relacionadas con sus ámbitos competenciales. Respecto a temas relativos a políticas sociales, se está impulsado el debate sobre envejecimiento activo en el ámbito europeo. Queremos sobre todo reforzar propuestas que vayan dirigidas a promocionar ese envejecimiento activo y a generar una reflexión sobre qué políticas han de desarrollarse en el futuro para promocionar un envejecimiento participativo y saludable.

En este sentido, en el Consejo Estatal

de Personas Mayores, el 14 de octubre, presentamos un documento-resumen del Libro Blanco del Envejecimiento Activo para que las personas mayores aporten sus reflexiones.

Por otra parte, la Presidencia Española de la UE, en el primer semestre de este año, sirvió para reflexionar en toda Europa sobre la necesidad y el impulso de políticas sobre este tema tan importante, porque el envejecimiento de la población es una preocupación de todos los países europeos. Creo que debemos trabajar para transformarlo de preocupación en oportunidad.

La sociedad en general no debe entender envejecimiento de la población como un proceso generador de mayor gasto social sino como una inversión, ya que las personas mayores siguen contribuyendo a la comunidad desde diferentes espacios. Y en el orden meramente económico, no debemos olvidar que las políticas sociales son instrumentos fundamentales para la generación de empleo y riqueza.

Por tanto, creo que tenemos que hacer una reflexión amplia sobre nuestro modelo de sociedad futura; una cuestión que tiene mucho que ver con que el número de personas de más de 65 años va a ser muy superior al actual.

- Ese modelo de sociedad deberá resurgir de los actuales momentos de crisis. ¿Cree usted que puede peligrar ese Estado del Bienestar en el futuro?

Siempre que hay crisis se habla de los peligros que tiene para los Estados del Bienestar. Evidentemente son momentos difíciles, pero si algo nos ha demostrado la crisis es que el Estado es muy necesario y que, si no hubiera habido Estados fuertes la crisis hubiera sido mucho peor, no sólo en lo que afecta a la economía, sino en lo que afecta a las personas.

Hoy no se vive igual una crisis en España, con sistemas de protección social, sanitario y educativo universales, que en otros países donde, desgraciadamente, no existen tales sistemas. Lo que nos demuestra esta crisis, insisto, es que el Estado



es muy importante. Es el Estado del Bienestar quien sustenta nuestros derechos de ciudadanía básicos, como la Sanidad, la Educación, la Seguridad Social o el hecho de ser atendidos en una situación de dependencia, sea cual sea nuestra edad.

- En ese sistema de Bienestar Social, ¿cómo han evolucionado los servicios sociales?

Ha habido un elemento clave proporcionado por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia que ha sido incorporar como dere-

Purificación Causapié

Licenciada en Filosofía y Letras, Purificación Causapié Lopesino cumplirá el próximo mes de enero su primer año al frente de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). Es una mujer joven y diligente que viene precedida de una notable gestión como secretaria general para la Atención a la Dependencia en Andalucía. Su trayectoria profesional ha estado vinculada a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia desde su promulgación, por lo que confiesa "sentir una cierta debilidad" por ella. Como directora general del Imsero, su prioridad es impulsar el despliegue de esta Ley para que en 2015 esté implantada totalmente y todas las personas en situación de dependencia sean beneficiarias de sus prestaciones y servicios.

cho de ciudadanía la atención social a las personas en situación de dependencia. A partir de ese elemento fundamental, “el derecho”, la Ley nos ha dado, además, el marco legal, la urdimbre, para tejer un sistema de servicios sociales acorde con nuestro Estado del Bienestar. Hemos abierto un camino sin retorno: el de un derecho universal de la ciudadanía.

Estoy convencida de que este es el camino para ir ampliando los derechos sociales y para consolidar el sistema que les da cobertura práctica. Y tenemos que avanzar conjuntamente por esta vía todas las administraciones públicas: la de Estado, las de las comunidades autónomas y las locales, porque para que un sistema tan complejo como el de la Atención a la Dependencia se consolide es necesaria la participación y el trabajo de todos, también el de los ayuntamientos por su cercanía a los ciudadanos y ciudadanas y por su capacidad de implementar servicios de proximidad.

- En ese trabajo de consolidación del sistema, ¿cuál es el papel que desempeñan el movimiento asociativo de personas mayores y personas con discapacidad?

El movimiento asociativo tiene el papel fundamental de ser interlocutor ante las administraciones públicas de los intereses y necesidades de los grupos de población a quienes representan. Tiene un papel de reivindicación, de demanda y de propuestas constructivas que, sin duda, estimula

“Hemos abierto un camino sin retorno: el de un derecho universal de la ciudadanía”

el avance del sistema de servicios sociales. Dificilmente se puede avanzar en democracia, si no existe ese movimiento que permanentemente llame la atención sobre los problemas de los ciudadanos y ciudadanas.

Y también, en este mismo sentido, quiero destacar el importante papel que des-

empeñan las organizaciones que son prestadoras de servicios, a veces muy especializados, en la atención a las personas que están en situación de dependencia que, en su diálogo con los responsables de las políticas sociales, van más allá de su papel de gestores y son, asimismo, generadores de ideas y de proyectos

en favor de una atención mejor y más ajustada a las necesidades de los grupos sociales a quienes atienden.

- Por último, ¿desea transmitir algo más a los lectores de Autonomía Personal?

Deseo transmitirles la seguridad de que desde el Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y éste por medio del Imserso, estamos trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y las personas en situación de dependencia. Y no sólo en el ámbito de la autonomía personal, que es muy importante, sino también para que las personas mayores y las personas con dependencia tengan respuestas adecuadas a sus expectativas y necesidades.

Nos afanamos en hacer políticas sociales que contribuyan día a día a mejorar su situación en nuestra sociedad, buscando y coordinando acciones con otros ministerios para alcanzar un mismo fin: que las personas mayores y las personas en situación de dependencia desplieguen sus derechos de ciudadanía en todos los ámbitos sociales; es decir, en el educativo, en el participativo, en el de la igualdad de oportunidades, en el de la vivienda y en todos los demás. Creemos en el futuro de estas personas y trabajamos para hacer políticas transversales que mejoren su calidad de vida. En definitiva, trabajar por este objetivo es trabajar para nuestro propio futuro.

“Para la labor de coordinación e impulso de nuevas acciones e iniciativas es fundamental el papel del Imserso”

El Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria estará listo en 2011

El primer borrador del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, que están elaborando el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las comunidades autónomas, estará listo en el primer semestre de 2011, según se anunció durante el curso académico celebrado a primeros de septiembre en el Palacio de la Magdalena de Santander.

El anuncio lo realizó el entonces secretario general de Política Social y Consumo, Francisco Moza, durante la inauguración del curso “Buenas prácticas en la coordinación sociosanitaria: la coordinación sociosanitaria y la Ley de autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia”, celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) de Santander, bajo la supervisión de la directora general del Imsero, Purificación Causapié.

En su intervención, Moza aseguró que la coordinación “va a ser funda-

CURSO DE VERANO EN LA UNIVERSIDAD



mental” para el ahorro de recursos y para ofrecer una mejor atención a estas personas y defendió la necesidad de preparar a las distintas administraciones públicas para atender esa situación.

El Libro Blanco de coordinación Sociosanitaria será realizado por una comisión institucional con representantes de todas las autonomías y recogerá las líneas estratégicas necesarias para

En este sentido, la directora general del Imsero, Purificación Causapié, destacó que “el importante esfuerzo realizado en el incremento de los recursos sociosanitarios, junto a los acuerdos alcanzados y las buenas prácticas que potencian su cobertura, nos permite avanzar más y de forma global en esos recursos para garantizar la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas en situación de dependencia”.

COMPROMISO LEGAL

La coordinación sociosanitaria es uno de los compromisos adquiridos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Una ley, según reconoce la directora general del Imsero, con un despliegue “un poco desigual” en algunas regiones, pero que cuenta con el esfuerzo “cada vez se hace más visible” de todas las comunidades autónomas para su desarrollo.

Ese buen clima de trabajo entre el Ministerio, las comunidades autónomas y los profesionales fue uno de los puntos destacados por la vicepresidenta cántabra y consejera de Empleo y Bienestar Social, Dolores Gorostiaga, quien aseguró que esa circunstancia “ha permitido un gran avance en la aplicación de la Ley de Dependencia y ha permitido su desarrollo aunque pocos confiaban en que fuéramos capaces de desplegarla”.

Respecto a la aplicación de la ley, ha sido precisamente Cantabria la comunidad que se ha puesto como “ejemplo” en este encuentro académico. Sin duda el hecho de que el 99,5 por 100 de las personas que presentaron su solicitud ya estén dictaminadas da idea del desarrollo de la ley en esta comunidad. Con más de 15.500 personas receptoras de servicios o prestaciones, Cantabria es “la primera autonomía en la gestión de la Ley de Dependencia”, en palabras de María Luisa Real, directora del Instituto Cántabro de Asuntos Sociales.

Sobre este trabajo conjunto, Julio Soto, director general de Políticas Sociales de Cantabria, aboga por promover la coordinación sanitaria “en el ámbito local, desde abajo, con la intervención de los servicios de atención primaria de salud y los de los ser-

La coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de cuidados a la persona como elemento central del sistema

vicios sociales de cada ayuntamiento y mejorar el apoyo a los cuidadores”.

BUENAS PRÁCTICAS

Pero, como hemos podido comprobar en este encuentro, ya son varias las comunidades autónomas que han creado órganos de coordinación de las prestaciones sociosanitarias, centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales. Algunas de ellas han puesto en marcha planes de atención sociosanitaria.

Así, Cataluña ya puso en marcha en 1986 el programa interdepartamental Vida Als Anys que ha permitido la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio y equipos de valoración y soporte en el hospital.

En esa comunidad hay un claro ejemplo de coordinación sociosanitaria, basado en un modelo de asistencia integrado. Carolina Homar, directora general del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales centró su intervención en un proyecto piloto de gestión de un centro residencial asistencial que incluye plazas con módulo sanitario, en el que participan el Departament d'Acció Social i Ciutadania y el Departament de Salut.

Es un proyecto que está dando sus frutos, que tiene como objetivo

AD MENÉNDEZ PELAYO

**Francisco Moza,
Salvador Ordoñez y
Dolores Gorostiaga durante
el acto de inauguración**

establecer una coordinación eficaz, así como las buenas prácticas y las experiencias que se están llevando a cabo en las comunidades autónomas, que pueden servir como modelo para su generalización.

Para ello, se pretende aprovechar todas aquellas iniciativas que ya están en marcha y se desarrollan con éxito. Se trata, en definitiva, de aprovechar las buenas prácticas puestas en marcha en las diferentes autonomías autónomas, como las presentadas en este curso académico de la UIMP, para avanzar en la articulación de estrategias de coordinación.

último mejorar la calidad de vida, la satisfacción del ciudadano y la eficiencia del sistema.

Andalucía, en sus sucesivos Planes de Salud, incluye objetivos concretos de desarrollo de mecanismos de coordinación entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones. Julio Coca, secretario general de Atención a la Dependencia de Andalucía, destacó de forma concreta dos buenas prácticas: la atención a las personas con trastornos mentales graves y el modelo de atención temprana a los menores de 3 años. En la primera de ellas, Coca señala que “la propuesta de PIA debe ser consensuada entre los servicios sociales comunitarios y los servicios de salud mental antes de llegar a la Comisión intersectorial”.

La experiencia de Aragón se compendia en una gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como de atención especializada y desarrolla la coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Luis Miguel Bo, director general de Atención a la Dependencia de esta comunidad afirma que “la coordinación consiste en ordenar los sistemas para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención social y sanitaria que presentan los ciudadanos”.

OTRAS EXPERIENCIAS

En Castilla y León, los diversos Planes Sociosanitarios tratan de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones sociosanitarias con base territorial (provincia) que tiene funciones de gestión de casos y promueven sistemas de información compartidos. Jesús Fuertes, director general de Política Social y Atención a la Dependencia en esa comunidad, concibe esa coordinación como “la integración de las prestaciones asistenciales de dos redes autónomas que coordinan sus cuidados al ciudadano”.

Como ejemplo de buena práctica en Coordinación Sociosanitaria, Fuertes disertó sobre el “Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a Personas con discapacidad por Trastornos



José Blázquez, secretario general de la UIMP y Purificación Causapié durante el acto de clausura del centro



Mentales en Castilla y León”, un proyecto piloto que se desarrolla en Zamora y Segovia.

En Galicia, la ley de Ordenación Sanitaria (LOSGA), crea la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, con la finalidad de garantizar una adecuada, efectiva y eficiente coordinación institucional. Según Coro Piñeiro Vázquez, directora general de Dependencia y Autonomía Personal de Galicia, “La Comisión tiene por función orientar las directrices de la política sociosanitaria y garantizar una adecuada representación de los poderes públicos locales con competencias en la materia”.

La coordinación sociosanitaria en Extremadura es tangible sin necesidad de crear un tercer espacio junto al sanitario y al social. Juan Carlos Campón, director gerente del Servicio Extremeño de Promoción

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: DEFINICIÓN

En estas jornadas se definió la coordinación sociosanitaria como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas social y sanitario, con el fin de ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención social y sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas en situación de dependencia”.

Asimismo, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incluye la siguiente definición: “conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus características especiales pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

de la Autonomía y Atención a la Dependencia, asegura en este sentido que la coordinación “toma forma con programas intersectoriales concretos donde se definen adecuadamente los canales y los instrumentos de coordinación”.



En Navarra, los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, adscrito al Departamento de Salud, y el Instituto Navarro de Bienestar Social, adscrito al Departamento de Bienestar Social.

En este encuentro, Marta Álvarez Alonso, directora general de Asuntos Sociales y Cooperación al Desarrollo de Navarra, presentó dos buenas prácticas: el Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave y el programa CONCERTEP, un nuevo modelo de concertación que nace con la pretensión de terminar con las listas de espera y dar total cobertura a las personas en situación de dependencia que se encuentran en una plaza residencial de carácter privado (con o sin prestación vinculada).

A partir de la reflexión y el intercambio de informaciones, se ha constatado en este encuentro que la coordinación sociosanitaria en España es posible en áreas tales como la atención a las personas mayores dependientes (Extremadura, Cataluña, Navarra, Galicia y Aragón), la atención a las personas con enfermedad mental (Andalucía, Castilla y León y Madrid), y en la atención a los

menores de tres años en situación de dependencia o con riesgo de padecerla (Cantabria y Andalucía).

LA LEY COMO OPORTUNIDAD

La Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), ha constituido un gran avance en la consolidación del Estado de Bienestar en España y es una oportunidad de oro para impulsar la coordinación de los sistemas social y sanitario de nuestro país.

Para Ana Isabel Lima, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España “la coordinación socio-sanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos”.

A la hora de establecer una coordinación eficaz hay que tener en cuenta varios factores. Mayte Sancho, de la Fundación INGEMA, señala que la coordinación sociosanitaria se enfrenta a varios retos: “coordinar la promoción de la autonomía, construir modelos eficaces desde lo social, proporcionar heterogeneidad de respuestas, proponer un Itinerario de transición desde modelos segmentados y garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados”.

CONCLUSIONES

En este encuentro se ha puesto en evidencia que la coordinación sociosanitaria es una expresión afortunada que refleja el deseo de responsables de políticas sociales, profesionales y población en general de avanzar en este ámbito.

Las respuestas sociosanitarias y los conceptos coordinación, integración, colaboración ocupan un lugar prioritario generando múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc.

Una de las conclusiones apunta a que el aumento de la demanda de cuidados profesionales en el ámbito social y en el ámbito sanitario para

La coordinación sociosanitaria es uno de los compromisos adquiridos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia

hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia obliga a buscar nuevas fórmulas de abordar la respuesta socio-sanitaria que, en este contexto, ocupa un lugar prioritario.

En resumen, la coordinación socio-sanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de cuidados a la persona como elemento central del sistema. Sin embargo, la no coincidencia en los mapas de recursos sociales y sanitarios puede ser un problema que generalmente se manifiesta al analizar el modo cómo se organiza la prestación sociosanitaria.

Por otra parte, este tipo de coordinación nace del reconocimiento de las competencias que tienen atribuidas, en materia sanitaria y social, las distintas administraciones públicas: estatal, autonómica y local. El principio de equidad debe presidir todas sus actuaciones. Se estima como necesidad complementaria un acuerdo de mínimos entre ellas en este ámbito de la atención sociosanitaria.

Por último, un reto en que se está trabajando actualmente y cuyo anuncio se adelantó en este curso de verano: cuando vea la luz en el año 2011 el Libro Blanco sobre coordinación sociosanitaria se dará un paso fundamental para impulsar la coordinación de los sistemas de protección sanitaria y social y activar todos aquellos mecanismos de eficacia y eficiencia en los cuidados y atenciones que requieren las ciudadanas y ciudadanos.

La OMS construye un tipo ideal de envejecimiento con pruebas empíricas discutibles y sesgos estadísticos y metodológicos. De esta manera, el envejecimiento activo propugnado por la OMS no respondería a las necesidades de una población muy heterogénea y que tiene intereses personales muy diversos

Cauces para hacer del envejecimiento activo un activo social

Existen multitud de opciones para desarrollar un vejez plena

Texto: Juan M. Villa Fotos: M^a Ángeles Tirado

El Imsero organizó, en el marco de los Cursos de Verano de la Universidad Complutense de Madrid en El Escorial, el curso "Las promesas del envejecimiento activo: investigación, desarrollo e innovación en Europa" que sirvió para reflexionar y debatir sobre la evolución teórica y práctica del envejecimiento activo, desde que fue formulado por la Organización Mundial de la Salud en 2002, y sobre su proyección futura.

El término "promesas" hacía referencia a la formulación teórica inicial del documento de la OMS sobre el envejecimiento activo. La concreción de esas promesas en la dinámica política y social y las posibilidades de desarrollar acciones y establecer cauces que redunden en un envejecimiento activo real fueron elementos de debate durante el curso.

REFORMULAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La presentación del curso por parte del director del mismo, Mariano Sánchez, profesor de Sociología de la Universidad de Granada, se centró en la necesidad de responder a la pregunta de dónde nos lleva la formulación del envejecimiento activo desde una visión crítica y autocrítica por parte de los responsables de las políticas públicas sobre envejecimiento y por

parte de los expertos. Con esta propuesta de crítica y reformulación de lo que ya se conoce se inició el encuentro con el ánimo de avanzar en propuestas y acciones para potenciar un envejecimiento activo real que responda a los intereses de los ciudadanos mayores de 65 años.

La directora general del Imsero, Purificación Causapié, inauguró el encuentro al que calificó de foro de reflexión para trabajar en las perspectivas de futuro del envejecimiento activo. "Nada tiene más futuro que las políticas de envejecimiento activo" afirmó Causapié que explicó que pensar en una sociedad de futuro y diseñar esa sociedad, requiere pensar en el envejecimiento activo.

Acerca de la actuación del Imsero, la directora general indicó que la institución que dirige tiene dos líneas de acción, una de ellas es la que desarrolla la ley de autonomía personal y atención a la dependencia; mientras que la otra línea es el trabajo en envejecimiento activo sobre la que dijo que es una línea en la que se está trabajando en toda Europa. La participación de las personas mayores después de su actividad laboral y su aportación a la sociedad es un hecho en todos los ámbitos sociales; así Purificación Causapié subrayó el importante papel de las personas mayores como copartícipes de la vida social, económica o cultural. Por otro lado la directora general del Imsero



Laura Seara y Purificación Causapié durante las jornadas



envejecimiento



también destacó que “el envejecimiento activo es un elemento de prevención de las situaciones de dependencia”.

PARTICIPACIÓN ACTIVA

Desde una perspectiva social, Mariano Sánchez indicó que “los discursos de las instituciones apagan las voces que surgen desde la propia dinámica social”, de esta manera incidía en que los discursos desde arriba, la voz institucional, no permiten escuchar la voz de los movimientos sociales. Por otro lado, aludió a la proliferación de marcos teóricos con poco contenido. “Es la sociedad de a pie la que tiene que decir” afirmó, al tiempo que reflexionaba sobre la escasa efectividad de lo que surge de las instituciones si la sociedad civil no forma parte de las decisiones que se toman.

Acerca del envejecimiento activo, este especialista de la Universidad de Granada consideró que no existe una sola manera de envejecer activamente y que cada persona debe llevar a efecto de forma óptima su manera de envejecer.

Por ello apeló a que las personas tienen que tener la posibilidad de elegir y decidir sobre su forma de envejecer y por ello “es necesario información y formación”. Por otro lado explicó que existe un riesgo de minusvalorar a quienes no viven según los ideales que representa el envejecimiento activo normativizado.

Uno de los aspectos que se abordaron fue el de la educación como factor de envejecimiento activo. El catedrático de Pedagogía Social de la Universidad de Murcia, Juan Sáez, aludió tanto a las personas mayores como receptores de educación y en disposición de aprender, y como agentes educativos como transmisores de conocimientos y experiencias a través de la mentorización. Así, consideró a los mayores como educadores y educandos para sí mismos y para los otros.

Sáez destacó que “las personas mayores pueden educarse y pueden educar”, y que “a más educación, más esperanza de vida”. En cuanto al envejecimiento activo este especialista afirmó que las personas “o somos activas o no somos” y lo que importa es como se pone en juego esa actividad en función de nuestras necesidades. Además calificó la educación como acción y que “los mayores no debemos dimitir de nuestras responsabilidades como transmisores de nuestro mundo de experiencias.

Por otro lado, se confirmaron avances como la disminución de muertes prematuras o de situaciones de discapacidad, al tiempo que se ha incrementado la calidad de vida y la participación activa de las personas mayores en todos los ámbitos sociales.

En cuanto a investigación e innovación se plantearon cuestiones como el paradigma entre los avances en las investigaciones y la realidad. De esta manera, se incidió en la posible percepción parcial de la realidad en I+D+I al considerarse elementos externos en mayor medida, mientras se obvian elementos subjetivos y colectivos como por ejemplo son los valores familiares.

La cuestión de la participación política de los mayores fue motivo de debate al considerarse la posibilidad de cuotas de participación de las personas mayores mientras que por otro lado se indicaba que las personas mayores no forman un grupo homogéneo, de forma que no formarían un grupo con intereses y necesidades comunes a todas las personas mayores, y que si bien es necesario contar con la opinión de



**Los mayores tienen derechos y tienen derecho a decidir
derecho a participar en la sociedad**

los mayores, también es necesario no perder la idea de la persona individual al considerar sólo a un gran colectivo. Así, las personas mayores deben ser partícipes activos de las dinámicas sociales como ciudadanos plenos con derechos y deberes, y necesidades que deben tener respuesta.



Los expertos debatieron sobre las necesidades de las personas mayores

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las políticas de género tienen una labor muy importante que desarrollar en relación con el envejecimiento activo. Si la mitad de la población española la componen mujeres, las mujeres mayores de 65 años son el 60% del total de mayores en España. La directora general del Instituto de la Mujer, Laura Seara, aludió al riesgo de doble discriminación de las mujeres mayores por ser mujeres y ser mayores. Asimismo indicó que el papel tradicional de las mujeres como cuidadoras lleva a un proceso de envejecimiento en peores condiciones que el de los hombres, y a más situaciones de vulnerabilidad. En este sentido, explicó que en la situación de la mujer mayor existe un componente económico, otro personal y otro cultural.

En el aspecto económico, Seara recordó que existen bolsas de pobreza importantes de mujeres mayores y que están relacionadas directamente con sus niveles de ingresos; “viven con menos recursos económicos y tienen menor acceso a los recursos por lo que se existe un problema de feminización de la pobreza”. En cuanto al envejecimiento activo la directora general del Instituto de la Mujer indicó que se trata de un proceso que debe llevar a optimizar las oportunidades de salud y bienestar físico, mental y social, en el caso de la mujer mayor abogó por el desarrollo de políticas transversales con planteamientos que reconozcan la igualdad de oportunidades y de trato, al tiempo que se deben potenciar las acciones que fomenten la participación de las mujeres mayores.

Laura Seara anunció, junto a la directora general del Imsero, Purificación Causapié, la celebración en marzo de 2011 de un Congreso sobre Mujeres Mayores y Envejecimiento Activo que permitirá acercarse a la realidad de las mujeres mayores de manera que



Cada persona envejece de forma diferente y su actividad debe responder a sus necesidades

las actividades de la comunidad o hacer voluntariado, entre otras muchas posibilidades, afirmó Walker, que recordó que ser activo no es lo mismo que tener exceso de actividad.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: 100 PROPUESTAS PARA EL DEBATE

Trinidad Jiménez, presentó el 14 de octubre al Consejo Estatal de Personas Mayores un documento de trabajo que servirá para la elaboración final del Libro Blanco del envejecimiento activo, que verá la luz tras un proceso de consulta con diferentes organizaciones.

Este informe es un instrumento de trabajo cuyo fin es diagnosticar la situación real y actual de las personas mayores en nuestro país. En el documento se presenta un análisis de las diferentes etapas que viven las personas mayores y de las necesidades que se plantean en cada una de ellas.

El documento recoge 100 propuestas para el debate y abre un proceso de consulta con todas las organizaciones de mayores, ONG's, organizaciones sociales, profesionales, empresariales, sindicales, partidos políticos y administraciones autonómicas y locales.

Entre las propuestas cabe destacar la de impulsar las políticas dirigidas a promocionar estilos de vida saludables y la de reforzar la coordinación socio-sanitaria.

En la elaboración de este informe han participado 30 expertos que han trabajado con datos sobre la situación de las personas mayores aportados por diversas fuentes como: el Barómetro del CIS 2010, datos del INE, el Eurobarómetro y la Encuesta sobre personas mayores 2010 del IMSERSO (http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)

A la hora de elaborar este documento se han tenido en cuenta las propuestas del III Congreso Estatal de Personas Mayores, celebrado en Madrid en mayo de 2009, y de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento de la ONU, celebrada en Madrid en 2002, en cuyas conclusiones se acordó que todas las políticas dirigidas a los mayores contaran con la participación de los mismos a través del Consejo Estatal de Personas Mayores.

se pueda hacer un diagnóstico de su situación, sus necesidades y sus perspectivas.

La perspectiva europea se desarrolló en torno a la intervención de Alan Walker, profesor de de Política Social y Gerontología Social de la Universidad británica de Sheffield. Walker explicó que en la actualidad existe un consenso en toda Europa sobre el envejecimiento activo que consiste en alargar la vida laboral, “todos los países y gobiernos quieren ante el envejecimiento la gente trabaje más”, afirmó.

Para Alan Walker existe otra perspectiva del envejecimiento activo más global e integral, en cuanto a que el envejecimiento es toda la vida y eso supone actividad y participación. Según el profesor británico, desde esta perspectiva se da poder a la gente para que decida cómo puede desarrollar un envejecimiento activo, entendiendo por éste toda actividad mental y física y cualquier política que mejore el bienestar en las personas en los ámbitos individual, organizacional y social.

Walker explicó que los principios del envejecimiento activo, además del concepto preventivo de toda la vida, se encuentran en la actividad en todo lo que contribuye al bienestar como la educación, el deporte, las relaciones sociales o el voluntariado; en el respeto a la diversidad del envejecimiento en cuanto a que cada persona envejece de forma diferente; en la intergeneracionalidad; en los derechos y obligaciones; y en la participación y el derecho a decidir.

El envejecimiento activo “puede ser cualquier cosa que mejore el bienestar de las personas” como bailar, trabajar, hacer deporte, estudiar, participar en

Dependencia y familia

El avance en la atención institucional a las personas

en situación de dependencia a partir de la aprobación de la Ley 39/2006 ha intensificado el desarrollo de políticas sociales

para aliviar la importante carga social que han venido

soportando las familias en la cobertura de las situaciones y necesidades generadas en su entorno. El artículo central de

26/43

Olga Ruiz,
Isabel de la Torre
y Marta Fernández

DEPENDENCIA
Y FAMILIA:
UNA PERSPECTIVA
SOCIOECONÓMICA

ANEXO



esta sección sintetiza un amplio estudio, subvencionado por el Imsero, en el que se aborda desde una perspectiva social y económica la incidencia de las situaciones de dependencia en ese entorno familiar. Completamos estas páginas con un trabajo

sobre atención temprana, que propone acompañar a las familias en la tarea de construir un puente entre lo biológico y el desarrollo emocional, y otro artículo sobre el autoempleo como otra de las fórmulas de acceder al mercado laboral.

44/51

**Cristina Cristóbal
Mechó**

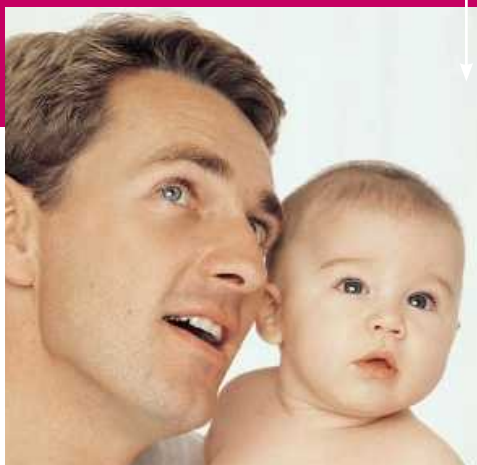
**DE LA EXPERIENCIA
A LA AUTONOMÍA
LA ATENCIÓN
TEMPRANA:
UNA FASE DEL
PROCESO**

52/55

**Mayte Alonso
Sánchez**

**EL AUTOEMPLEO,
ALTERNATIVA DE
ACCESO LABORAL**

INDO



Dependencia y familia: una perspectiva so

La situación de dependencia limita la autonomía personal y genera una forma de vida diferenciada de la normalidad cotidiana vigente, cuyas particularidades se manifiestan en múltiples consecuencias, tanto sociales como económicas. Éstas suponen la asunción de cargas en el seno de la familia y originan cambios en las relaciones familiares y sociales.

Olga Ruiz , Isabel de la Torre
y Marta Fernández *

La aprobación en España de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (denominada Ley de Dependencia) pone de manifiesto el interés de las Administraciones Públicas, proveedores de servicios, organizaciones e instituciones, personas con dependencia, cuidadores profesionales e informales, expertos, ... por dar respuesta al reto que implica atender esta creciente demanda social.

La importancia de las medidas institucionales aplicadas en los últimos años se pone de manifiesto al comprobar en los resultados de la "Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependen-



RESUMEN

El artículo profundiza en el conocimiento de la familia como instrumento esencial de atención a las personas con dependencia y analiza sus múltiples implicaciones con un enfoque multidisciplinar. La perspectiva económica estudia el papel de las personas con dependencia y sus familias como consumidores, como perceptores de ingresos y como sujetos fiscales. La perspectiva sociológica analiza la diferenciación social derivada de la situación de dependencia y sus consecuencias en la familia, mediante el análisis de los discursos proporcionados por los agentes implicados. Esta visión global permitirá disponer de elementos útiles para afrontar la atención de este colectivo en el marco de las políticas de protección social. Palabras clave: Protección social, dependencia, cuidado informal, redes asociativas de apoyo.

*Equipo investigador

Dolores Menéndez (Dir.) (Universidad Autónoma de Madrid –UAM–), Isabel de la Torre Prados (UAM), Olga Ruiz Cañete (UAM), Marta Fernández Moreno (UAM), Luis Ayuso Sánchez (Universidad de Málaga), Luciano Miguel García (UAM) y Jesús Rogero García (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).



cia” (EDAD) (INE, 2008), realizada por el INE, que un 80,5% de los 2,8 millones de personas con discapacidades que afectan en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, reconoce recibir algún tipo de ayudas, disminuyendo sensiblemente el porcentaje de quienes tienen un grado total de discapacidad que pasa de representar el 49,39% cuando no reciben ayuda al 30,84% cuando la reciben.

El avance en la atención institucional supone reconocer la necesidad de consolidar, ampliar e intensificar las políticas sociales a fin de aliviar la importante carga que ha venido soportando la familia en la cobertura de las situaciones de dependencia.

No obstante, a pesar del sistema de ayudas y apoyos vigente, siguen existiendo carencias y limitaciones para las personas dependientes y su entorno más próximo. En efecto, según se recoge en la EDAD, más de un millón de personas con discapacidad afirman no recibir ningún tipo de ayudas para realizar las actividades derivadas con su discapacidad¹.

Precisamente, estas inquietudes fueron las que impulsaron a los autores a llevar a cabo un análisis integral y multidisciplinar de la protección que recibe el colectivo de personas dependientes y sus familias, su aportación a la sociedad y la percepción que existe de dichos aspectos. Este

estudio se ha podido realizar gracias a la subvención otorgada al Proyecto, *Dependencia y familia: una perspectiva socioeconómica*, (Resolución del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de 11 de abril de 2007 –BOE del 22 de mayo–), dentro del Programa de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica del IMSERSO.

La investigación realizada partía de la formulación de tres hipótesis previas a contrastar. Primera, que las situaciones de dependencia remiten a un fenómeno plural y complejo, que aunque afectan primordialmente a sus más directos protagonistas, es decir, las personas con dependencia y sus cuidadores principales, también intervienen otros agentes responsables y proveedores de servicios, bien sean del ámbito público, privado o del denominado tercer sector. Segunda, que el apoyo del sector público y de las redes asociativas sólo resuelven parcialmente algunos efectos de las limitaciones provocadas por la dependencia en cuya evolución se percibe generalmente un incremento de la atención y de los cuidados con el paso del tiempo y una mayor incertidumbre económica. Y, finalmente, que la posible mejora de las limitaciones provocadas por las situaciones de dependencia, tanto para las personas afectadas como para sus cuidadores, sólo puede derivar de la fluida inte-

ABSTRACT

Long-term care and family: a socio-economic outlook

The article studies in depth the family care as an essential tool for people needing long-term care and analyzes its many implications in a multidisciplinary approach. The economic perspective examines the role of long-term care recipients and their families as consumers, as income earners and as tax subjects. The sociological perspective analyzes the social differentiation resulting from the situation of dependency and its consequences for the family, through the speeches provided by the stakeholders. This overview will provide useful elements to address the attention of this group in the framework of social protection policies.

Key words: Social protection, long-term care, informal care, associative networks.

Dependencia y familia

rrelación de los tres ámbitos implicados: familiar, público y asociativo, en la medida que se anteponga el interés de las personas directamente afectadas sobre los intereses institucionales.

El presente artículo sintetiza el estudio realizado estructurado en tres partes diferenciadas. En primer lugar, se especifica la metodología empleada en el estudio, a continuación se presentan los resultados más significativos del mismo y se concluye con una serie de consideraciones y elementos de discusión.

Método

El período temporal de referencia del estudio se concentra en los años 2007 y 2008, si bien las estadísticas disponibles en algunos indicadores obligan que los datos se refieran a años previos.

La investigación, en su enfoque económico, se ha basado en la explotación de diversas fuentes estadísticas

y documentales, con la aplicación de metodologías específicas de estimación y/o imputación en los casos en que ha sido necesario, así como en el análisis de la normativa vigente.

Las fuentes consultadas de ámbito internacional son las siguientes: Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS). Serie 1996-2004 (Eurostat), Health Care Expenditure Data. Serie 2003-2004 (Eurostat), Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (Comisión Europea) y Health Data de la OCDE 2008.

En el ámbito nacional las fuentes consultadas se corresponden con estadísticas elaboradas fundamentalmente por: el Instituto Nacional de Estadística (INE) –Censo de Viviendas del INE (2002), Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD-2008), Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud (EDDS-1999); Encuesta de Presupuestos Familiares (2006 y 2007), Encuesta de Condiciones de Vida (2006) y Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003–, por: el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) –Estadísticas del (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependen-

cia (SAAD), Servicios Sociales para personas mayores en España, a enero de 2007, Encuesta sobre Apoyo informal a las personas mayores–, por: El Ministerio de Trabajo e Inmigración –Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales y Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008– por: el Banco de España –Encuesta Financiera de las Familias (2002 y 2005)– el Instituto de Estudios Fiscales y Agencia Estatal de la Administración Tributaria –Muestra del IRPF (declarantes 2002 y no declarantes 2002 y 2003)– y otras fuentes como los Libros de Accesibilidad de España (2002-2003), el Estudio de Aceplan (2007), la Federación Española de Ortesistas y Protesistas (FEDOP) y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

En concreto, para cuantificar y comparar el gasto en dependencia a nivel internacional se aplica una metodología específica de imputación,



La valoración de la ley de la Dependencia está directamente relacionada con el grado de información y conocimiento de los afectados y con el nivel de desarrollo alcanzado en el sistema de atención de cada comunidad autónoma



La dependencia conlleva una serie de medidas especiales que suponen un incremento de costes e incluso, puede llevar aparejada una reducción

que consiste en identificar dentro de cada función de gasto, según SEEPROS, los gastos sociosanitarios vinculados a cuidados de larga duración, delimitando una función específica de dependencia. Las funciones de gasto en las que el SEEPROS incluye prestaciones (en dinero o en especie) dirigidas a personas dependientes son Enfermedad-Atención Sanitaria, Vejez e Invalidez.

El método para cuantificar la valoración económica del apoyo familiar a los cuidados de personas con dependencia se basa en una metodología ampliamente utilizada por el Instituto Nacional de Estadística en varios estudios². Consiste en aplicar un coste de sustitución al número de horas dedicadas al cuidado en cómputo anual y multiplicar este resultado por el número de cuidadores estimados para cada escenario contemplado (cuidadores familiares y cuidadores

retribuidos no profesionales). La estimación y ajuste de las cuatro variables a considerar (número de cuidadores, intensidad, frecuencia de cuidado y coste de sustitución) se ha realizado a partir de la explotación de las fuentes estadísticas y documentales enumeradas en párrafos anteriores.

La aportación económica se cuantifica bajo dos supuestos –cuidador familiar y cuidador no profesional contratado– y tres escenarios según el coste de sustitución utilizado en la estimación (salario mínimo interprofesional por hora efectiva trabajada en el Régimen de Empleados del Hogar; salario mínimo interprofesional anual vigente y prestación económica media cuidado familiar/salario anual medio neto del personal doméstico).

La investigación empírica aplicada en el enfoque sociológico se ha basado en la entrevista personal y en el grupo de discusión, es decir, dos

técnicas interpretativas que tratan de describir y descodificar el significado, no la frecuencia, de determinados fenómenos o situaciones, a partir del análisis de la información proporcionada por las personas en situación de dependencia, los cuidadores familiares, los directivos y técnicos de las redes asociativas de apoyo a la dependencia, así como de los responsables y técnicos de las Comunidades Autónomas seleccionadas según los criterios de tamaño, dispersión demográfica y política aplicada de bienestar social.

En concreto, se han aplicado dieciocho Entrevistas Personales y cuatro Grupos de Discusión durante los meses de Junio a Septiembre de 2008 en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Castilla-León, Cataluña y Madrid. La elección de la metodología cualitativa se consideró la más conveniente y adecuada ya que en el objeto de estudio concurren tres características: a) una gran heterogeneidad de situaciones afectadas por la dependencia y la aplicación de ayudas; b) los temas que se pretenden analizar son de respuesta compleja; c) la situación de dependencia tiene diversa repercusión en los ámbitos micro-sociales y macro-sociales y la interrelación entre ambos niveles puede comprobarse en el cruce de testimonios recogidos en los diferentes discursos.

Para el análisis de la información obtenida se ha recurrido también a otros informes recientes, como el realizado por el Colegio de Politólogos y Sociólogos de Madrid (Colegio De Politólogos y Sociólogos de Madrid,



**ie de gastos extras y/o
mento del gasto familiar
n de sus ingresos**

Dependencia y familia

2007) y a la detallada información cuantitativa proporcionada por la EDAD.

Resultados

Los principales resultados de esta investigación se presentan siguiendo la estructura desarrollada en la misma. Como punto de partida se examina el marco internacional y se delimita la población dependiente en España. A continuación, desde una perspectiva económica, se examina cuál es el papel que desempeñan las personas en situación de dependencia y sus familias como consumidores, como perceptores de ingresos y como sujetos fiscales; mientras que, desde una perspectiva sociológica, se analiza cómo afecta el cuidado de personas dependientes a la calidad de vida de las familias en sus múltiples facetas, qué necesidades manifiestan y cómo valoran los afectados las medidas de apoyo existentes.

Protección de la dependencia: marco internacional

Se constata que en el contexto internacional la protección social de la dependencia sigue modelos diversos, sometidos a continuos procesos de cambio y reformulación, fundamentalmente debido a problemas de sostenibilidad económica. No obstan-

te, pueden distinguirse tres modelos básicos: el modelo de seguro público obligatorio que considera dependencia como un riesgo de aseguramiento obligatorio y se introduce un seguro específico (Alemania, Francia, Japón y Luxemburgo); el modelo de cobertura pública universal, en él la dependencia se contempla como un riesgo colectivo a proteger y se delimita como un derecho universal (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Holanda Suecia y España); y, por último, el modelo de cobertura asistencial en el que el apoyo público a este riesgo sólo cubre a las personas que se sitúan por debajo de una determinada capacidad económica (Estados Unidos, Grecia, Italia, Portugal y Reino Unido). En general, se observa una tendencia hacia sistemas de protección universal o casi universal (para toda la población) mediante modelos públicos con regulación específica.

El nivel de gasto total en dependencia en la UE y otros países de referencia, se ha estimado que, como

media, se sitúa en el 2,3% del PIB, con un amplio intervalo de variación (entre el 0,4% y el 5,2%). España destina el 1,1% del PIB a la cobertura de este riesgo, porcentaje que si bien es menor que en otros países de nuestro entorno, el esfuerzo realizado durante los últimos años se ha reflejado en un aumento continuado de los recursos destinados a la protección de las personas con dependencia. En contrapartida, el habernos incorporado tardíamente a los países que contaban con sistemas específicos de protección a la dependencia, nos ha permitido sentar las bases de nuestro sistema dentro de los modelos de protección a la dependencia más avanzados, al reconocer el derecho como un derecho subjetivo.

El novedoso desglose del gasto total en dependencia entre el gasto social y el gasto sanitario, realizado en este trabajo, permite entresacar los rasgos principales de la protección a la dependencia en los países de referencia.



La aportación al gasto en dependencia: 3.300 millones

- El primero de ellos refleja que no existe un claro predominio de un componente sobre el otro. Si bien hay países en los que el gasto social supera ampliamente al sanitario, como en Bélgica, Chipre, Dinamarca, Estonia, Portugal y República Checa, otros el gasto sanitario es predominante (Alemania, Francia, Japón, Luxemburgo y Suiza) y un tercer grupo de países en los que el peso del componente social y sanitario es similar (Eslovenia, España, Estados Unidos, Lituania, Países Bajos y Polonia).

- Se confirma el predominio del gasto público sobre el gasto privado en la cobertura de la dependencia, puesto que representa, como media, casi el 80% del gasto total, aunque con importantes divergencias entre países; es muy alto en los países con fuertes sistemas públicos de protección a la dependencia (caso de Suecia y Noruega) y sensiblemente inferior en países con protección a la dependencia de carácter asistencial (como Estados Unidos o Reino Unido).

- Se observa una tendencia general a favorecer la atención en domicilio tanto para lograr una mayor independencia y satisfacción de los deseos de la persona con dependencia como para reducir el gasto derivado del uso de hospitales e instituciones de cuidados de larga duración ante los previsibles problemas de sostenibilidad financiera de los sistemas de protección a la dependencia.

- En todos los países el apoyo informal, principalmente la familia, constituye la forma predominante a través de la que se prestan cuidados a las personas con dependencia y supone un elevado “coste invisible”, cuya cuantía supera en algunos países, como Reino Unido, el gasto sanitario.

- Atendiendo al tratamiento del cuidado informal, se ponen de manifiesto dos modelos distintos: los sistemas que lo incentivan frente a los que no lo hacen. El incentivo más amplio consiste en el pago monetario al cuidador informal, junto con otro tipo de prestaciones de carácter no monetario (seguros de pensiones y de accidentes de trabajo, períodos de respiro, cursos de formación...). Ahora bien, se confirma que las ayudas monetarias no retribuyen plenamente el trabajo realizado dado que su cuantía se sitúa muy por debajo del salario mínimo y es inferior a la que se entrega para el cuidado

formal, al margen de que su acceso suele estar limitado a personas con bajos recursos.

- Se ha detectado, como un factor clave en las orientaciones futuras de las políticas públicas de atención a la dependencia, el reforzamiento del cuidado informal para la atención de las personas dependientes; en esta dirección se han movido incluso países como Finlandia, Irlanda y Reino Unido, que inicialmente diseñaron sus modelos en base a servicios profesionalizados.

Población con dependencia en España

La delimitación de la población objeto de estudio –población con dependencia– a partir de la *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD)* y de las *Estadísticas del SAAD*³,



El gasto medio total en dependencia en los países de la Unión Europea se sitúa en el 2,3% del PIB



La atención económica que representa el gasto público y privado de las personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales se estima en millones de euros

Dependencia y familia

permite la siguiente caracterización: las personas en situación de dependencia (que presentan dificultades para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria) representan el 74% de las personas con discapacidad -2,8 millones de personas-. Casi 6 de cada 10 personas dependientes son mujeres: la edad de la persona dependiente es muy avanzada (un 59% de las personas mayores dependientes son mayores de 80 años) y uno de cada dos son grandes dependientes. Desde el punto de vista territorial el 80% de la población con dependencia que recibe prestaciones se concentra en ocho comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco.



Aportaciones económicas y los recursos de las personas con dependencia y sus familias

La dependencia conlleva una serie de gastos extras y/o especiales que suponen un incremento del gasto familiar e incluso, puede llevar aparejada una reducción de sus ingresos. Uno de los objetivos de nuestra investigación fue estimar el sobre coste económico familiar que conlleva los cuidados de una persona con dependencia dentro de su seno.

- **La aportación económica del cuidado⁴ familiar a personas con dependencia**, constituye un componente fundamental del gasto familiar. En el estudio la valoración económica al cuidado dentro del hogar de personas con dependencia, se estima bajo dos supuestos: el primero cuando el cuidador es un familiar y no recibe retribución alguna (**cuidado informal**) y el segundo cuando el cuidador es una persona retribuida que no tiene formación profesional acreditada (**cuidador retribuido no profesional**, por ejemplo empleadas de hogar). Cuando el cuidado es realizado por un familiar el coste se traduce en un coste de oportunidad y cuando el cuidado está a cargo de una persona retribuida no profesional se trata de un coste económico directo. Asimismo cuando el cuidado de la persona con dependencia se realiza con cargo

a los servicios públicos profesionales de ayuda a domicilio, el gasto familiar es compartido (en función del copago) con las administraciones públicas.

En el estudio se limita la valoración económica del cuidado informal y del cuidado retribuido no profesional dentro del hogar, puesto que el objetivo del mismo se centra en el análisis socio-económico de la familia como instrumento de atención a las personas con dependencia.

A la hora de calcular los gastos ocasionados por la dependencia en un hogar, hemos valorado los mismos, diferenciando los gastos en cuidados personales de los gastos en promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia (adaptación de la vivienda y ayudas técnicas).

En relación con el gasto de atención a personas con dependencia en el entorno familiar a partir de la metodología descrita anteriormente, se ha estimado, en 1.653.730⁵ los cuidadores no profesionales (informales o retribuidos no acreditados) de per-



El análisis de los testimonios recogidos en la investigación sociológica muestra que las consecuencias de la dependencia en las familias tienen una dimensión más amplia que la estrictamente económica

Las personas en situación de dependencia (que presentan dificultades para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria) representan el 74% de las personas con discapacidad -2,8 millones de personas-

sonas con dependencia en el entorno familiar, de los cuales 1.512.398 son cuidadores familiares (cuidador informal) y el resto, 141.332 son cuidadores retribuidos no profesionales (similar a empleada de hogar).

La aportación económica del cuidado a personas con dependencia por parte de sus familiares (cuidado informal) se cuantifica en 12.000 millones de euros (1,14% del PIB de 2008) bajo el supuesto de utilizar como coste de sustitución la prestación económica media⁶ para el cuidador familiar, que hemos calculado en 7.947,8€/año. Si se aplica como coste de sustitución, el salario mínimo interprofesional por hora efectiva trabajada en el Régimen de Empleados del Hogar (4,7€/hora) o el salario mínimo interprofesional anual vigente (8.400€/año), la aportación económica resultante se estima en más de 24.000 millones de euros (2,4% del PIB de 2008) en ambos casos.

Por su parte, **el cuidado de personas con dependencia en el entorno**

familiar por parte de cuidadores retribuidos no profesionales se valora en más de 290 millones de euros (0,028% del PIB de 2008) si se aplica como coste de sustitución el salario mínimo interprofesional por hora efectiva trabajada en el Régimen de Empleados del Hogar (4,7€/hora) y en 296,6 millones de euros (0,028% del PIB de 2008), cifra muy similar, al utilizar como coste de sustitución el salario mínimo interprofesional anual vigente (8.400€/año). Si se utiliza como coste de sustitución el salario anual medio neto del personal doméstico (9.286,12€/año) el coste aumenta hasta 327 millones de euros (0,031% del PIB de 2008).

- La cobertura de **ayudas técnicas y para adaptación del hogar** supone un elevado coste para las personas con dependencia que además se concentra en el tiempo y requiere un periodo prolongado de amortización. El coste medio total para adaptación del hogar suele variar dentro de un intervalo muy amplio (entre 27.160 y

6.094€) en el que los costes de albañilería, en el interior de la vivienda, se configuran como la partida más importante (80% del coste medio total). En el acceso a la vivienda, la instalación de ascensor (12.000-14.000€, como media) constituye la medida más habitual.

Por otra parte, según datos de la OCDE el gasto de las ayudas técnicas se ha estimado en 1.740 millones de euros en el año 2006, de los cuales 191 millones de euros corresponden a gasto público (11%) y 1.549 millones de euros a gasto privado (89%). En términos relativos, estos gastos representan el 2,1% del gasto total en salud y el 0,2% del PIB.

- Por su parte, la **aportación económica que representa el gasto público y privado** de las personas mayores con dependencia que viven en **centros residenciales** se estima en 3.300 millones de euros, lo que supone el 0,3% en términos del PIB.

Con objeto de contrastar las aportaciones, en forma de gasto, con los recursos obtenidos, se ha procedido a estimar **los recursos de las personas con dependencia y sus familias** distinguiendo dos fuentes principales: los ingresos procedentes de prestaciones públicas, tanto monetarias como en especie, y los ingresos derivados del activo patrimonial.

- **Las prestaciones económicas dirigidas a personas con dependencia que incluye el SAAD** (según datos del SAAD a uno de octubre de 2009), representan el 58% del conjunto de prestaciones (económicas y en especie) reconocidas. Dentro de



cia (que presentan actividades básicas de la vida personas con discapacidad, unos

Dependencia y familia

las mismas existe un fuerte predominio de las prestaciones económicas vinculadas al cuidado en el entorno familiar que suponen el 88,6% de las prestaciones económicas seguidas por las prestaciones vinculadas al servicio cuya participación se sitúa en el 11,2%. Las prestaciones económicas de asistencia personal tan sólo representan el 0,24%.

La distribución territorial presenta sensibles divergencias, destacando la fuerte concentración de las prestaciones económicas vinculadas al cuidado en el entorno familiar en dos comunidades -Andalucía y Cataluña- donde se encuentran el 49% de las prestaciones de esta categoría reconocidas. La cuantificación en términos monetarios del conjunto de prestaciones económicas que ofrece el SAAD no es posible, de momento, al no disponer de información sobre su importe.

Las principales **prestaciones económicas monetarias**, de carácter público, que se han cuantificado en este estudio corresponden a prestaciones derivadas de discapacidad, prestaciones sociales (a mayores) destinadas a ayudas técnicas y adaptación de vivienda, así como al gasto sanitario en ayudas técnicas (prótesis y aparatos terapéuticos). El importe total de estas tres partidas asciende a 11.397 millones de euros en 2007 y representa poco más del 1% del PIB español.

El desglose pone de manifiesto la importancia de las prestaciones económicas derivadas de discapacidad (98,5% del total) que ascienden a 11.224 millones de euros al año. La desagregación de esta categoría por fuentes refleja el predominio de las pensiones (el 93% del gasto total, principalmente de naturaleza contributiva). Les siguen a mucha distancia las prestaciones familiares (6%) y las prestaciones derivadas de la LISMI (1%).

Se constata la elevada desigualdad en los importes medios, en sintonía con la distinta finalidad y naturaleza de las prestaciones derivadas de discapacidad. Así, las pensiones de invalidez de naturaleza contributiva alcanzan el valor más alto (761€/mes) frente a los apenas 392€/mes de las no contributivas. El resto de prestaciones económicas en importes medios alcanzan valores muy inferiores.

El perfil sociodemográfico de los perceptores de pensiones de invalidez contributivas corresponde al de un

hombre (66%) con incapacidad permanente (97%) y edad comprendida entre 45 y 64 años de edad (68%), que reside en Andalucía, Cataluña o Comunidad Valenciana (50%). Mientras que las prestaciones de invalidez no contributivas se perciben fundamentalmente por mujeres (56%) de edad comprendida entre 30 y 49 años (44,7%), residentes en las mismas comunidades autónomas.

El gasto social destinado a personas mayores para adaptación de vivienda y ayudas técnicas se cuantifica en 14,3 millones de euros con una enorme dispersión y diferencias por Comunidades Autónomas tanto en número de beneficiarios como en la cuantía que recibe cada uno de ellos. En el gasto destinado a ayudas para la adaptación de la vivienda dos comunidades, Andalucía y Madrid representan el 72% del total de usuarios y la cuantía media de la ayuda duplica la media nacional en el caso del Cataluña y País Vasco. Las diferencias observadas pueden explicarse por la



En la aplicación de la Ley de las Personas en Situación de los cuidadores, espec

dificultad en obtener dicha información por parte de las Comunidades Autónomas o por la desigualdad que realmente existe en las ayudas prestadas al usuario entre unas comunidades y otras. Este último aspecto constituye un dato más en la reflexión abierta bajo el prisma de la igualdad y la solidaridad interregional.

Por su parte, el gasto sanitario público destinado a ayudas técnicas (prótesis y aparatos terapéuticos) se estima en 158,14 millones de euros, lo que supone el 0,02% del PIB, con un gasto por persona protegida de 4€ a nivel nacional, apreciándose también en este caso importantes oscilaciones territoriales por comunidades (7-8€ en Andalucía y Comunidad Valenciana frente a 1-2€ que registran la mayoría de las comunidades autónomas).

- Los recursos derivados de los servicios dirigidos al colectivo de personas con discapacidad y/o personas con dependencia se concretan en cuatro áreas: servicios sociales,

atención sanitaria, atención educativa e inserción laboral.

- Los **servicios sociales** dirigidos a personas en situación de dependencia se encuentran regulados por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que establece unos criterios mínimos de cobertura, y pueden ser ampliados por la propia normativa autonómica y local correspondiente. El catálogo de prestaciones en especie contempla los siguientes servicios: atención residencial, servicio de ayuda a domicilio, servicio en centros de día/noche y servicio de teleasistencia. Las estadísticas del SAAD (a uno de octubre de 2009) muestran una concentración de las prestaciones en especie concedidas en el servicio de atención residencial y servicio de ayuda a domicilio, que representan el 71% de las mismas. Asimismo la distribución territorial de las prestaciones en especie muestra una fuerte concentración en Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y País Vasco.

En el **ámbito de las prestaciones sanitarias** existen actuaciones específicas entre las que se encuentran los programas de salud pública para grupos con especiales necesidades, la atención especializada a la salud mental, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, la nutrición enteral a domicilio con sonda, las prestaciones ortoprotésicas y la exención de la aportación económica en las prestaciones farmacéuticas de los discapacitados.

En **materia educativa** la atención a personas con discapacidad y/o personas con trastornos graves de conducta puede ser prestada en centros educativos ordinarios, mediante la adopción de medidas específicas y la flexibilización del período de escolarización, o bien en centros de educación especial en aquellos casos en los que se constata mediante una evaluación psicopedagógica que no se puede recibir la atención educativa en un centro ordinario.

En el **ámbito laboral** los recursos dirigidos a personas con discapacidad y personas dependientes en edad de trabajar se enmarcan dentro de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012, con dotaciones anuales de 740 millones de euros que se



Las personas con dependencia y los cuidadores familiares valoran, sobre todo, en la relación de ayudas existentes aquellos servicios que proporcionan apoyo económico

En la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se ha previsto la profesionalización inicial de quienes realicen los servicios a domicilio

Dependencia y familia

destinan en un 59% a bonificaciones en las cuotas de las Seguridad Social a cargo del empresario y en un 41% a medidas de fomento del empleo.

Las áreas de actuación dirigidas a la integración laboral de discapacitados pueden sintetizarse, según su tipología en: centros de atención a personas con discapacidad dedicados a la formación profesional y ocupacional; centros especiales de empleo, orientados a facilitar la integración laboral de este colectivo; y, por último, el fomento/incentivación de la contratación de personas con discapacidad, mediante la obligatoriedad de su contratación en un porcentaje mínimo de la plantilla, o mediante bonificaciones fiscales.

La aportación económica de los servicios dirigidos a personas con

dependencia requiere una estimación pormenorizada por Comunidades Autónomas, en tanto que se trata de políticas públicas transferidas. Puesto que el análisis diferenciado por Comunidades Autónomas no se aborda en el estudio, no se ha procedido a su estimación, si bien constituye un aspecto de indudable interés.

- El análisis de los indicadores de **ingresos que proceden de los activos patrimoniales** (disponibilidad de ahorro, formas de acumulación del mismo y nivel de endeudamiento), que a continuación se muestran, se refieren al colectivo de personas mayores debido a la escasez de fuentes que permitan definir los ingresos procedentes de activos patrimoniales para el colectivo de personas en situación de dependencia.

La renta media de los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 65 y 74 años se sitúa en 24.800€ como media y su riqueza neta alcanza un valor medio de 242.500€, cuantías que se reducen a 15.200€ y 201.200€ en el caso de los hogares de edad más avanzada (74 y más años). Ello supone que la renta de los hogares de mayores es entre 30%-47% inferior a la del conjunto de los hogares españoles (BANCO DE ESPAÑA, 2005). En el caso de la variable riqueza estas diferencias son menores (un 6% y un 30%, respectivamente).

Las posibilidades de ahorrar aumentan con la edad a medida que la situación laboral se consolida hasta alcanzar la jubilación, reduciéndose significativamente a partir de entonces. El valor medio de los activos sigue el ciclo vital:

crece progresivamente hasta alcanzar un valor máximo para los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 55 y 64 años (254.100€) y disminuye considerablemente a partir de los 65 años, hasta el valor mínimo para los hogares de 74 y más años.

El endeudamiento sigue una trayectoria inversa: su cuantía se reduce paulatinamente con la edad (sólo el 5,6% de los hogares de edad más avanzada se encuentra endeudado) y, a diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la solicitud de un crédito personal es el principal motivo de endeudamiento. Además, llama la atención la elevada cuantía de las deudas contraídas para adquirir propiedades inmobiliarias distintas a la vivienda principal en el segmento de población mayor de 74 años, con un valor mediano de la deuda pendiente de 68.000 euros.

Si atendemos a la estructura de los bienes y derechos, los activos reales suponen el 89,0% del valor de los activos totales y, dentro de ellos, las pro-

Los principales beneficios fiscales asociados a situaciones de dependencia se centran en el IRPF y en el IVA



La importancia de asegurar la permanencia del modelo de bienestar social es una prioridad colectiva de personas con dependencia y sus familias

iedades inmobiliarias (vivienda principal y otros inmuebles) representan alrededor del 91,0% de los mismos. El activo financiero preferido por las personas mayores para invertir son los depósitos (el 19,9% de los hogares) y, en menor medida, las acciones cotizadas en bolsa (el 10,3% de los hogares con edad comprendida entre 65 y 74 años y el 7,1% de los hogares con edad superior a 74 años). Sin embargo, estos productos financieros tradicionales no son los que canalizan el mayor volumen de ahorro ya que existe un número relativamente pequeño de hogares de mayores que invierte en valores de renta fija y fondos de inversión (el 16,0% y el 7,5%), pero que mantiene elevados valores medianos que duplican o incluso triplican los valores de los productos financieros tradicionales (35.600€ y 22.400€).

Como era de esperar, la carga financiera (pagos por deudas pendientes entre renta bruta del hogar) y el stock de la deuda (deuda entre renta bruta del hogar) disminuyen con la

edad, siendo los hogares de 74 y más años los que presentan una mayor solvencia financiera además de ser los que soportan una menor presión. El cambio de la situación económica que origina la jubilación puede ejercer algún tipo de efecto sobre la forma en que los hogares deciden afrontar sus decisiones de endeudamiento y resolver las deudas pendientes.

La fiscalidad de las personas en situación de dependencia y sus familias

La experiencia internacional en materia de incentivos fiscales vinculados a situaciones de dependencia muestra que los mismos pueden ir dirigidos tanto a las personas dependientes como a otros colectivos relacionados con ellas (familiares, cuidadores, centros...). Los incentivos se orientan en dos direcciones: excluir de gravamen las prestaciones monetarias y en especie que se obtienen de los sistemas de protección social y

establecer deducciones sobre la cuota en el impuesto sobre la renta, de cuantía fija o variable, para compensar los mayores gastos asociados a la situación de dependencia (DIZY *et al.*, 2006).

Hasta el año 2007, el ordenamiento tributario español no se refería de modo particular al término dependencia, sino que los incentivos fiscales que afectaban a este colectivo y sus familias se centran en el concepto de minusvalía y, en algunos supuestos, en la edad del contribuyente y/o beneficiario. Los principales beneficios fiscales asociados a situaciones de dependencia se centran en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).

- **Los incentivos fiscales contemplados en el IRPF** expresamente para **las personas con dependencia** y sus familias están relacionados básicamente con tres aspectos: a) la exención de las prestaciones públicas percibidas, b) la no sujeción del incremento patrimonial derivado de la venta de la vivienda habitual para afrontar las necesidades derivadas de la situación de dependencia y c) la desgravación por aportaciones efectuadas a seguros privados de cobertura de la dependencia.

Al margen de estos incentivos específicos, en el IRPF también existen otros relacionados con la edad y la discapacidad que también afectan a las personas dependientes y sus familias. Éstos comprenden (prestaciones públicas percibidas como consecuencia de la incapacidad permanente o por acogi-



ia del
nd para el
us familias

Dependencia y familia

miento de hijo a cargo con minusvalía); reducciones sobre la base (aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social y aportaciones a patrimonios protegidos de personas discapacitadas); mínimos personales y familiares (edad, discapacidad, gastos de asistencia); y deducciones (adecuación de la vivienda habitual a las necesidades del discapacitado, acogimiento de minusválidos y/o mayores de 65 años).

Por su parte, las Comunidades Autónomas, haciendo uso de su capacidad normativa, han establecido deducciones adicionales sobre la cuota, fundamentalmente, por razones de edad, discapacidad y acogimiento de mayores. Un caso particular lo constituye Navarra puesto que en esta comunidad los contribuyentes de edad superior a 65 años, o con un grado de minusvalía igual o superior al 65%, pueden reducir de la base imponible las cuotas sociales correspondientes a contratos formalizados con empleados del hogar.

Por otro lado según la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2006), el 58,3% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años afirmaba que no habían presentado declaración en el ejercicio impositivo 2005 y de los que sí presentaron declaración, dos terceras partes tuvieron derecho a devolución por importe medio de 368 euros (el 29,4%) mientras que

para el 12,3% la declaración fue positiva por importe medio de 734 euros.

- **En el IVA**, los incentivos fiscales relacionados con situaciones de dependencia, en operaciones interiores, se concretan en una exención total para los servicios sociosanitarios de asistencia médica, quirúrgica o sanitaria, prestados materialmente a personas físicas, relativos al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades y una exención limitada para los servicios sociales cuando son prestados por entidades de derecho público o por establecimientos privados de carácter social y se encuentran orientados a la asistencia al colectivo de las personas mayores, a la asistencia a personas con minusvalía y a la acción social comunitaria y familiar. Además, los servicios sociales no exentos tributan al tipo reducido del 7%, contemplándose asimismo tipos reducidos del 4% y del 7% para determinadas actividades relacionadas con servicios sociosanitarios.

A partir de la información suministrada por la Encuesta de Presupuestos Familiares (INE, 2006) se

estima que las personas de 65 y más años han satisfecho algo más de 5.000 millones de euros en el año 2006 por el IVA soportado en los consumos efectuados de bienes y servicios, siendo la carga impositiva individual ligeramente superior a 700€.

Aspectos sociológicos de la dependencia

El análisis de la percepción social de las limitaciones derivadas de las situaciones de dependencia, sus consecuencias económicas y las expectativas generadas en torno a la aplicación de la Ley de Dependencia han constituido el objetivo de la aportación sociológica del presente estudio⁷.

Con relación a las consecuencias económicas, se ofrece a continuación una relación descriptiva de las cuestiones más destacadas por las personas en situación de dependencia, sus cuidadores principales, los directivos de las asociaciones y fundaciones de apoyo a la dependencia, y los responsables y técnicos de las administraciones autonómicas que fueron seleccionadas.



El perfil de las personas que cuidan a las personas dependientes es casi en el 80% de los casos el de una mujer que presta cuidados

Los efectos económicos de la dependencia en la familia son percibidos de forma plural y con versiones opuestas entre las personas con dependencia y los cuidadores familiares, los directivos de las asociaciones y los responsables de las administraciones autonómicas, aunque predominan las apreciaciones negativas sobre las positivas en los dos primeros grupos. Las consecuencias negativas más destacadas afectan a la percepción de ser “una carga” económica para la familia, a la pérdida del empleo y/o de oportunidades de ocupación para el cuidador/a familiar; y de otra parte, a la repercusión en la renta familiar por el incremento de los gastos derivados del cuidado.

La apreciación más negativa es la que realizan las personas en situación de dependencia, que asocian la dependencia a una carga económica familiar genérica que enumeran en una relación de gastos directos (atención sanitaria especial, aparatos especiales, atención personal para el cuidado diario, reformas en el hogar y en el vehículo familiar), así como los gastos indirectos derivados de la pérdida de oportunidades y del empleo que afectan al cuidador/a principal y de las nuevas prioridades de distribución en el presupuesto familiar y los gastos imprevistos.

Los cuidadores familiares no son tan negativos en su apreciación, aceptan los gastos de la discapacidad en el presupuesto familiar pero tratan de compensarlos con las ayudas existentes en el sistema público, aunque señalan que casi siempre éstas son inferiores a los gastos y que no existe

un criterio homogéneo de aplicación entre las distintas comunidades autónomas. El grado de mayor o menor aceptación guarda relación con la edad de la persona cuidadora, según se acerque o se aleje de su perfil convencional: “mujer de 45 a 65 años con escasa o nula experiencia laboral”. Esta misma relación directa entre proximidad al perfil convencional y grado de aceptación se aprecia en la valoración de los efectos indirectos (mantenimiento del empleo y oportunidades en el mercado laboral de la persona cuidadora). Incluso en algunas Comunidades Autónomas, que potencian la profesionalización del cuidado, se detecta una valoración positiva hacia este reconocimiento social acompañado de una retribución económica.

Otras de las voces escuchadas es la de los directivos de asociaciones de apoyo a la dependencia. Para éstos profesionales, la percepción de la dimensión económica de la discapacidad abarca una amplia relación de sus consecuencias referidas tanto al momento presente como a las previsiones de futuro, ya sea con la intención de aliviar la situación actual de las familias y mejorar el bienestar de la persona dependiente (proporcionando directamente servicios de apoyo y asesoramiento o actuando como entidades mediadoras en la reivindicación de los diferentes tipos de ayudas y en los trámites necesarios para acceder a ellas ante los respectivos ámbitos de la administración) ya sea promoviendo iniciativas que puedan reducir la sensación de inse-

guridad y miedo de los cuidadores familiares para garantizar el cuidado a la persona dependiente en el medio y largo plazo, o ya sea para atender necesidades no cubiertas por el sistema público debido a la dispersión geográfica.

Es de reseñar que son los responsables de las administraciones autonómicas quienes anteponen las cuestiones relativas a la dimensión económica de la dependencia sobre el resto de las cuestiones, que puede ser el reflejo de la responsabilidad que ostentan. En parte, porque en el momento actual de desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia reclaman al Estado una ampliación de la dotación presupuestaria; de otra parte, porque reclaman más autonomía o más homogeneidad en los criterios del reparto de las ayudas existentes y en los procedimientos de valoración y compensación, manifestando en este punto dos líneas discursivas opuestas: quienes optan por mantener un trato diferenciado en la oferta de servicios y en los criterios de acceso y quienes pretenden corregir las desigualdades

Es necesario seguir incrementando el gasto en dependencia si se quiere alcanzar el nivel de otros países de nuestro entorno



Las prestadoras de cuidados dependientes es una mujer entre 45 y 64 años que, en muchos casos, reside en el mismo hogar de la persona a la

Dependencia y familia

territoriales aplicando criterios homogéneos que garanticen una gestión eficiente de los recursos.

La relación de las ayudas directas e indirectas del sistema público destinadas a las personas con dependencia y a las familias es percibida de forma parcial y heterogénea por los afectados, principalmente por dos razones: porque la información no es completa ni fácilmente accesible y porque en la oferta de servicios prevalece el criterio de resaltar el ámbito administrativo que los sufraga frente a la idea de ofrecer una cartera integrada de ayudas y apoyos, que pueda resultar más comprensible para el ciudadano.

La valoración positiva o negativa entre los cuidadores familiares con relación a las ayudas está influida por su propia experiencia, por el grado de información disponible ofrecido por los servicios administrativos, por el apoyo complementario recibido por parte de las asociaciones y por la orientación especializada de médicos y asistentes sociales. Especialmente valorada es la atención sanitaria proporcionada por la Seguridad Social y los diagnósticos realizados en los Planes Individuales de Atención.

En este sentido, es significativo que el canal de información más fiable sea, entre los cuidadores, la información personal del "boca a boca", incluyendo el asesoramiento

de médicos y asistentes sociales; entre los directivos de las asociaciones, sus propios centros; y, entre los responsables administrativos de las comunidades autónomas, las oficinas de información vinculadas a las consejerías de asuntos sociales, aunque en algunos casos la difusión informativa y la participación en los trámites se encarga también a los ayuntamientos.

Otra cuestión relacionada con el acceso a los servicios es la que se refiere a los procedimientos de solicitud establecidos para optar a ellos, considerados simples o complejos en función de la menor o mayor documentación exigida en cada ámbito administrativo y en relación al nivel formativo de los solicitantes. Por esta razón, la opinión entre los cuidadores familiares, los directivos de las asociaciones y los técnicos de la administración es dispar y contradictoria. Hay quienes renuncian antes de promover la solicitud y quienes se sienten asesorados desde su inicio por los trabajadores sociales de los ayuntamientos o de la administración autonómica y por los técnicos de las asociaciones de apoyo a la dependencia. Una vez presentada

la solicitud, el periodo de espera sobre su resultado puede variar entre las distintas administraciones autonómicas en función de los recursos humanos y económicos asignados.

Las personas con dependencia y los cuidadores familiares valoran sobre todo en la relación de ayudas existentes aquellos servicios que proporcionan apoyo económico, ya se aplique al cuidado directo de la persona dependiente, se destine a las ayudas técnicas o se emplee en la adaptación de la vivienda, así como los servicios concebidos en la modalidad de "respiro temporal del cuidado". Sugieren también aumentar la flexibilidad para disponer de plazas

La atención sanitaria que proporciona la Seguridad Social y los diagnósticos realizados en los planes individuales de atención son especialmente valorados



NOTAS

¹ Incluso los más de dos millones de personas discapacitadas que reciben asistencia, supervisión o cuidados personales y/o del casi millón y medio que reciben ayudas técnicas, persiste un número importante de limitaciones en la vida cotidiana que afectan a las personas dependientes, a sus núcleos familiares y al desenvolvimiento de la vida social.

² Ver Valoración económica del servicio doméstico en 2003; Las atenciones recibidas por los niños; Una cuenta satélite de los hogares en España. www.ine.es

³ Para la elaboración del presente artículo, la fecha de referencia de las estadísticas del SAAD es uno de octubre de 2009. En el estudio completo la fecha de referencia de las estadísticas del SAAD es noviembre de 2008, fecha de cierre de la investigación.

⁴ Distinguimos tres categorías de cuidadores: a) Cuidador profesional, tiene formación acreditada y recibe una retribución; Cuidador retribu-

do no profesional, no tiene formación acreditada y recibe retribución (empleadas de Hogar) y Cuidador informal: no tiene formación acreditada y no recibe retribución (familiar generalmente).

⁵ La estimación del número de cuidadores no profesionales (informal o retribuido) se realiza a partir de la información sobre personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal según relación que facilita la EDDES-99, extrapolando los resultados a los datos de la EDAD-08 y restando el número de cuidadores familiares remunerados por el SAAD. En tanto que el número de cuidadores no profesionales se ha estimado para el conjunto de personas con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal, abarca un ámbito mayor que el de población dependiente protegible por el SAAD. Asimismo en la valoración económica estimada no se han considerado los menores de seis años dependientes ya que no se incluyen en el

residenciales en periodos de estancias breves como fines de semana o vacaciones cortas. En el servicio de ayuda a domicilio destacan que la atención dispensada no suele ser realizada por las mismas personas y disminuye, por tanto, el esperado apoyo emocional que acompaña al servicio.

Finalmente, la valoración de la Ley de Dependencia está directamente relacionada con el grado de información y de conocimiento de los afectados y con el nivel de desarrollo alcanzado en el sistema de atención a la dependencia de cada comunidad autónoma. En aquellas Comunidades Autónomas, que con anterioridad a la ley contaban con una relación con-

sistente de servicios y ayudas, su aportación se considera complementaria y más dirigida a una imagen positiva en la política social que a conseguir resultados efectivos, mientras que en las autonomías con una dotación anterior escasa en servicios la aplicación de la ley supone aportar recursos que mejoran sustancialmente la atención a la dependencia.

En relación con las expectativas de futuro, éstas varían en función del tipo de dependencia y de las posibilidades de contar con apoyos del entorno familiar y de acceder a las ayudas del sistema público. Entre personas con dependencia y cuidadores se expresa abiertamente el temor a dejar de re-

cibir o a no proporcionar el cuidado requerido, ya sea por una incapacidad sobrevenida o por el fallecimiento del cuidador/a. Esta situación de posible desamparo se agrava en los casos de cuidadores de cierta edad y requiere encontrar fórmulas que alivien la sensación de riesgo y garanticen la estabilidad futura. La importancia de asegurar la permanencia del modelo de bienestar social es una prioridad para el colectivo de personas con dependencia y sus familias, así como el mantener como interlocutores de las administraciones públicas, las asociaciones de estos colectivos que ofrecen un apoyo muy apreciado por los afectados y sus familiares.



Discusión

A lo largo del estudio, en su perspectiva económica, y a través de distintos indicadores, tanto en términos de gasto total en dependencia como indicadores parciales, se advierte que, en nuestro país y a pesar del esfuerzo realizado en estos últimos años, es necesario seguir incrementando el gasto por este concepto, si se quiere alcanzar el nivel de otros países de nuestro entorno, principalmente en gasto público, ya que el diferencial en gasto privado se sitúa en torno a la media europea.

Otro apunte significativo es la enorme dispersión y las diferencias por Comunidades Autónomas (tanto en número de beneficiarios como en la cuantía que recibe cada uno de ellos) en diversos indicadores (gasto social para mayores en adaptación

ámbito de estudio de la EDD-99, una de las fuentes utilizadas y sin embargo, si están incluidos en el SAAD. La información disponible sobre beneficiarios del SAAD está muy agregada por lo que se limitan sus posibilidades de explotación como base de la valoración económica.

⁶ Este importe es el resultado de hallar el promedio de las prestaciones máximas establecidas por el SAAD para 2008 incluida la cantidad destinada a cotización social y formación del cuidador (660,89€/mes Grado III-N2; 559,92€/mes Grado III-N1 y 482,29€/mes Grado II-N2) = 567,7€/mes * 14 pagas = 7.947,8€/año.

⁷ El trabajo de campo realizado se basa en dieciocho entrevistas personales y cuatro grupos de discusión que incluyen a personas en situación de dependencia, sus cuidadores, directivos y técnicos de las redes asociativas y responsables y técnicos de la Administración Pública, de las cuatro Comunidades Autónomas seleccionadas: Andalucía, Castilla y León, Cataluña y Madrid.

⁸ La medición del grado de influencia de estas variables sociodemográficas y la previsible relación con otras variables de actitud, como son las creencias religiosas y las adscripciones ideológicas, requiere la aplicación de una encuesta a una muestra estadísticamente representativa de ámbito nacional.

⁹ Según la EDAD, el perfil de las personas prestadoras de cuidados a las personas dependientes es una mujer, entre 45 y 64 años que, casi en el 80% de los casos, reside en el mismo hogar de la persona a la que presta cuidados y vinculada a la persona dependiente por lazos familiares de consanguinidad. Este perfil se ha tenido en cuenta para la composición de los Grupos de Discusión del estudio prevaleciendo en la convocatoria una proporción mayoritaria de madres y esposas como cuidadoras principales, en menor medida de hijas y hermanas, y una menor presencia de esposos o padres.

Dependencia y familia

de vivienda y ayudas técnicas, gasto sanitario público destinado a ayudas técnicas...). Ello evidencia una gran desigualdad en las ayudas prestadas al ciudadano entre unas Comunidades y otras, que merece ser objeto de reflexión y análisis bajo el prisma de la igualdad y la solidaridad interregional.

Así mismo, por razones de equidad intrageneracional e intergeneracional, sería aconsejable a la hora de determinar la participación en la financiación de los servicios prestados a las personas con dependencia (el conocido copago), considerar el nivel de renta y el valor del patrimonio, no sólo de la persona con dependencia, sino también de las personas que residen con él (unidad familiar). Ello permitiría, a nuestro juicio, determinar la verdadera capacidad económica de las personas en situación de dependencia y su familia.

De la investigación emerge (como en otras muchas investigaciones) la necesidad de mejorar y desarrollar las estadísticas disponibles en este ámbito, tanto en términos de aportaciones de la persona dependiente y su familia como de recursos de este colectivo. De hecho, las estimaciones realizadas en este estudio constituyen una mera aproximación, dadas las limitaciones metodológicas de las fuentes consultadas.

Teniendo en cuenta, además, la riqueza informativa de la base de datos

que genera el Sistema de Información del SAAD (SISAAD), es una magnífica oportunidad su explotación con el fin de equiparar la información de los datos estadísticos con los de los países de nuestro entorno disminuyendo las lagunas y limitaciones analíticas actuales.

El análisis de los testimonios recogidos en la investigación sociológica, muestra que las consecuencias de la dependencia en las familias tienen una dimensión más amplia que la estrictamente económica destacando, sobre todas ellas, la situación de diferenciación y aislamiento social que provoca la dependencia. La percepción de las barreras físicas y psicológicas así como en las posibilidades de romper el círculo cerrado de la mutua dependencia, con una menor o mayor confianza en las ayudas externas proporcionadas por el sistema general, es diferente en la persona con dependencia que en el cuidador. Sin embargo, el cambio en la vida personal y familiar producido por la paulatina reducción de la vida social y el aislamiento que produce son destacados por los diferentes actores implicados como los objetivos centrales a combatir, debiendo potenciar los servicios que pueden proporcionar tiempo personal al cuidador como, por ejemplo, los centros de día que permitan unos días libres al mes, unas horas al día, en la idea de que cuanto más medios les permitan combatir su ansiedad y su agotamiento, mejor transmitirán su bienestar a la persona que están cuidando.

En cuanto a la reacción ante el aislamiento social y la superación de

barreras, se resume en dos tipos de respuestas por parte de los afectados: La pasiva con aceptación de la mutua dependencia entre la persona dependiente y su cuidador familiar, caracterizada por el cuidado directo y permanente y en la que la delegación del cuidado se asocia a sentimientos de culpabilidad. La segunda respuesta es la proactiva, que trata de normalizar el impacto de la dependencia en la vida familiar y contempla la delegación temporal del cuidado recurriendo a las medidas del sistema público y al apoyo de las redes asociativas, reservándose para sí mismo la supervisión. En esta tipología de respuestas se aprecia la influencia de ciertas variables sociodemográficas como la edad (con una relación directa entre el grado de pasividad y la mayor edad del cuidador familiar), el estatus socioeconómico,



BIBLIOGRAFÍA

AYUSO SÁNCHEZ, L. (2007): *Las asociaciones familiares en España*. Número 242, Colección Monografías (Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas).

BANCO DE ESPAÑA (2005): *Encuesta Financiera de las Familias* (www.bde.es).

BARTON, L. (comp.) (2008): *Superar las barreras de la discapacidad* (Madrid, Morata).

COLECTIVO IOÉ (2003): *La inserción laboral de personas con discapacidad*. Colección Estudios Sociales (Barcelona, Fundación La Caixa).

COLEGIO DE POLITÓLOGOS Y SOCIÓLOGOS DE MADRID (2007): *Análisis de la situación de personas con discapacidad, con enfoque de género* (Madrid, Mº de Trabajo e Inmigración).

COMISIÓN EUROPEA (2008): *Long-Term Care in the European Union*. DG de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades (www.europa.eu).

DE LA TORRE PRADOS, I. (2005): *Tercer Sector y participación ciudadana*. Serie Opiniones y Actitudes (Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas).

DIZY MENÉNDEZ, D., FERNÁNDEZ MORENO, M. Y RUIZ CAÑETE, O. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España* (Barcelona, I Premio Edad&Vida).

DIZY MENÉNDEZ, D., FERNÁNDEZ MORENO, M. Y RUIZ CAÑETE, O. (2008): *Economía y Personas Mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores 11003 (Madrid, IMSERSO).

el nivel de educación (a niveles más elevados en ambas variables corresponden una mayor tendencia a respuestas proactivas) y el hábitat (en los núcleos urbanos de dimensión media, es decir, ciudades y pueblos que mantienen relaciones vecinales de comunidad, se aprecia una mayor tendencia a la normalización de las situaciones de dependencia)⁸; también influye el origen de la dependencia: si es congénita o sobrevenida por causa de accidente o como consecuencia del deterioro producido por la edad. La doble tipología de respuestas puede relacionarse con diferentes consecuencias en las relaciones familiares y de amistad, ya que la respuesta proactiva tiende en mayor medida a transformar la situación de dependencia en elemento de cohesión y en nuevas formas de integración familiar, mientras que la respuesta

pasiva afecta generalmente de forma negativa las relaciones familiares.

Un modo de paliar los efectos de la diferenciación y del aislamiento social y de favorecer las respuestas proactivas de las personas con dependencia y las familias afectadas, sería la de garantizar la protección coordinada de las instituciones implicadas, anteponiendo la atención a las personas con dependencia sobre otro tipo de intereses institucionales por medio de una cartera integrada de servicios, que por su proximidad pueda resultar accesible a las personas afectadas.

El impacto emocional del cuidado en la persona con dependencia y en el cuidador principal; el nivel de atención del cuidador, generalmente cuidadora⁹, según el vínculo de consanguinidad; la influencia de las variables sociológicas y de actitud en el cuidado y en las expectativas de evolución de la dependencia; las funciones sociales que

ofrecen las asociaciones de apoyo a la dependencia y las características de los servicios que prestan a sus asociados; el acceso a la información y el nivel de difusión de las ayudas públicas existentes; y las diferentes orientaciones de las administraciones públicas para atender los distintos niveles y grados de la dependencia, son otros de los muchos temas que han surgido a lo largo de la investigación para indagaciones futuras.

Otra cuestión de especial interés, en la actual situación económica de recesión, es la estimación de empleo generado por la aplicación progresiva de la Ley de Dependencia. De hecho, en la aplicación de la Ley de Dependencia se ha previsto la profesionalización de los cuidadores, especialmente de quienes realicen los servicios a domicilio. Esta medida ha creado cierto recelo al considerar que las actuales ayudas destinadas a los cuidadores familiares puedan asimilarse a un reconocimiento de profesionalización, ya que en numerosos casos las ayudas a los cuidadores familiares se destinan a personas sin experiencia laboral previa y en algunos casos sin posibilidad de cotizar a la Seguridad Social debido a que su edad supera los 65 años. Por otra parte, se pone de manifiesto la necesidad de la formación profesional de los cuidadores tanto externos como familiares.

Hay que destacar también una demanda de potenciar el voluntariado en relación con las personas con dependencia por el apoyo emocional que pueden ofrecer a las personas con dependencia en situación de aislamiento y a sus cuidadores.



Este estudio pone de manifiesto la necesidad de formar profesionalmente a los cuidadores, tanto externos como familiares

DURÁN HERAS, M^a A. (2003): *Los costes invisibles de la enfermedad* (Madrid, Fundación BBVA).

EUROSTAT (2008): *Health Data* (www.europa.eu).

GARCÍA CALVENTE, MM ET ALIA (2004 b): *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*, Gaceta Sanitaria 18 (Supl. 2).

GARCÍA CALVENTE, MM ET ALIA (2004): *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*, Gaceta Sanitaria 18 (Supl. 1).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2006): *Encuesta de Condiciones de Vida* (www.ine.es).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (Varios años): *Encuesta de Presupuestos Familiares* (www.ine.es).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA-MINISTERIO DE

EDUCACIÓN, POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE (2008): *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008* (www.ine.es).

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES Y ALBOMA 2000 S.L. (2007): *Servicios Sociales para Personas Mayores en España*. Enero 2007. Perfiles y Tendencias, 32. (IMSERSO) (www.imsersomayores.csic.es).

OCDE (2008): *Health Data* (www.oecd.org).

RASCHICK, M. & INGERSOLL-DAYTON, B. (2004): *The Cost and Rewards of Caregiving among Aging Spouses and Adult Children*, Family Relations, 53.

ROGERO GARCÍA, J. (2006): *Costes ligados a la dependencia*, Trabajo Social y Salud, 54, pp. 145-172.

De la experiencia a la autonomía

La Atención Temprana promueve la observación de las capacidades que posee el niño o niña como base para su autonomía y acompaña a las familias en la tarea de construir un puente entre lo biológico y el desarrollo emocional.

LA ATENCIÓN TEMPRANA: UNA FASE DEL PROCESO

Cristina Cristóbal Mechó.
Psicóloga, psicoterapeuta y logopeda.

Participar en el nacimiento de una nueva publicación que ofrece un nuevo espacio informativo y formativo en torno a la Autonomía Personal, es tener una nueva oportunidad para (re)pensar en los diferentes aspectos y procesos que ayudan a desarrollarla; en el propio sujeto que la ejerce y en los diversos protagonistas que facilitamos o ralentizamos su acceso. Hacemos un alto en el quehacer diario para reflexionar en el como “entendemos” y “atendemos” a una parte de la ciudadanía que necesita de nuestro acompañamiento técnico y emocional no solo para realizar las actividades cotidianas si no para desarrollarse globalmente.

Globalidad y Autonomía suelen asociarse a la capacidad de los sujetos



RESUMEN

El bebé comienza a desarrollar su Autonomía cuando sus capacidades biológicas interactúan con su desarrollo emocional bajo la mirada de sus padres. Esta relación padres-bebé permite transformar las sensaciones en pensamiento, en experiencia. Se inicia de este modo un largo proceso que promueve la capacidad de cuidarse y de cuidar. La familia es el entorno básico donde los seres humanos satisfacen sus necesidades primarias y donde aparecen los vínculos esenciales con los que sostener el desarrollo. La Atención Temprana promueve la observación de las capacidades que posee el niño o niña como base para su autonomía, acompaña a las familias en la tarea de construir un puente entre lo biológico y el desarrollo emocional. Propone mirar a la persona y no el trastorno, potenciando lo que el sujeto nos muestra y no nuestro deseo de que sea lo que le tenemos diseñado o pronosticado.

Palabras clave: Proceso, Vínculo, desarrollo, procesos mentales primarios, familia, Atención Temprana.



Una de las tareas a realizar por todos los profesionales de la Atención Temprana es ayudar a reconstruir el vínculo entre padres e hijos, basado en las capacidades y no en el trastorno

para realizar sin ayuda las actividades básicas de la vida diaria, comúnmente asociadas a la movilidad, a los hábitos de higiene y alimentación, a entender y a realizar tareas, a poder reconocer a las personas y a los objetos de nuestro entorno; de este modo, nuestra mirada se centra en las capacidades físicas y psicológicas del individuo. Pero si ampliamos la perspectiva incluyendo el desarrollo emocional en la comprensión de lo que es la Globalidad y la Autonomía, modificamos no sólo su definición, sino que proponemos una comprensión más amplia en la que se incluye los procesos mentales y el cómo estos inciden en el desarrollo global. Así, la Autonomía Personal haría referencia a la capacidad de cuidarse en lo biológico, en lo psicológico y en lo emocional. El propio individuo y su entorno coparticipan en el proceso de convertirse en persona, pero ¿con quién, dónde y cuándo iniciamos este proceso?

ABSTRACT

From experience to Autonomy: early intervention a stage of the process. Babies start to develop their Autonomy when their biological capacities interact with their emotional development under the gaze of their parents. This relationship parents-babies lets turn the feelings into thinking, into experience. Thereby a long process starts which encourages the capacity of taking care of oneself and of the others. Family is the main environment where human beings fulfil their basic needs and where the essential bonds to uphold the development appear. Early Intervention encourages the observation of the capacities that children have as the basis for their autonomy, goes with the families in the task of building bridges between biological and emotional development. It proposes to look at the person not the disorder, fostering what the individual shows us and not our wish of being what we have designed or forecasted.

Key words: Process, bond, development, basic mental process, family, Early Intervention.

De La experiencia a la autonomía

“La idea de infancia es una de las grandes invenciones del Renacimiento, puede que la más humana. Hacia el siglo XVI, a la par que la ciencia, el estado-nación y la libertad religiosa, la infancia surge como un principio social y una condición psicológica. Antes de esto, simplemente no se consideraba que los niños a partir de los seis años fuesen fundamentalmente diferentes de los adultos, El lenguaje de los niños, su forma de vestir, su trabajo y sus derechos legales coincidían con los de los adultos.”

(Neil Postman, 1995).

El bebé humano es un de los pocos mamíferos que necesitan de un largo periodo de cuidados y aprendizajes antes de poder hacerse cargo de sí mismo, de tal forma que nuestro entorno social considera que no estamos preparados biológica, psicológica y socialmente para responsabilizarnos de la propia vida hasta alcanzar la mayoría de edad. Pero hasta llegar a este rito de paso, nos será necesario realizar un complejo proceso que se inicia en el nacimiento y que en realidad no se detiene a los dieciocho años, sino que se transforma y adapta a lo largo de los diferentes momentos del ciclo vital.

Desarrollo infantil

Esta parte de nuestra vida que transcurre hasta la mayoría de edad

no había sido objeto de un estudio sistemático hasta hace poco tiempo, fue a lo largo del siglo pasado cuando se empezó a considerar la especificidad del desarrollo infantil como una parte esencial del desarrollo longitudinal del individuo: la medicina, la neurología, las ciencias del comportamiento, los aportes del psicoanálisis, los avances tecnológicos, la física, la química... desplegaron un amplio abanico de conocimientos que desmontaron ideas y criterios reinantes en relación a la infancia y a su crianza.

La infancia, las relaciones padres-bebe, el psiquismo, etc., adquirieron identidad propia.

Es importante señalar que las primeras concepciones sobre las relaciones entre padres y bebés proponían entenderlos como seres pasivos sobre los que recaían las acciones de los adultos que les asistían. El bebé era considerado como alguien fácilmente manejable que no era capaz de retornar respuestas.

Fue alrededor de la década de los sesenta del siglo pasado, cuando la concepción de lo que es un bebé



El grupo familiar se convierte en el principal donde se llevará a cabo el aprendizaje, el lugar donde aprenderemos a resolver los problemas propios del crecimiento según el estilo de vida que lo caracterice

y de lo que necesita para desarrollarse sufre un cambio radical. La observación de los bebés que propuso E. Bick en Inglaterra, nos acercó a los procesos mentales primarios desde la observación directa de las relaciones madres-bebé durante el primer año de vida. Winnicott en 1958 nos dice que “un niño sólo no existe”, plantea que siempre hay una madre que lo sustenta, que madre e hijo forman una dualidad, y que esta dualidad existe dentro de una relación. Dicho de otra forma estamos describiendo a una

relación con tres actores: el bebé, la madre y el padre. Sin esta relación, sin vínculos afectivos no puede llevarse a cabo el desarrollo. Estamos hablando de cómo el nacimiento de un bebé transforma a una pareja en una familia y de cómo este triángulo se convierte en el motor del desarrollo del recién llegado.

Es a partir de ese momento cuando se concibe al bebé como un ser capaz de influir sobre los otros, autores como Colwyn Trevarthen (1979 y 1980) nos hablan de la intersubjetividad, del diálogo que se establece entre las madres y sus bebés, y de la capacidad de comunicación con la que los pequeños vienen al mundo. Se parte de un diálogo interactivo entre padres e hijos, donde unos influyen en los otros, de tal modo que las respuestas de los padres varían en función de las características de sus hijos, y cada bebé ofrece un estilo propio de entrar en relación con ellos. A través de este diálogo inicial van entretejiendo las diferentes maneras de vincularse y se van diseñando los diferentes estilos de crianza que cada familia desarrolla.

Nuevas tecnologías

Una de las últimas revoluciones no cruentas que han modificado lo

cotidiano en la sociedad occidental, ha sido la entrada masiva de Nuevas Tecnologías en nuestra vida diaria, pero cuando esta tecnología se aplica a la atención de las personas, se abren nuevas propuestas de conocimiento.

La revolución en ginecología se inició con la aplicación de las ecografías. Este hecho cambió radicalmente la espera del bebé, las familias pudieron conocer el sexo de sus hijos con anterioridad al parto y se ha podido detectar posibles malformaciones en el feto entre muchas otras posibilidades. Pero los avances tecnológicos nos han permitido realizar filmaciones del feto dentro del útero materno. Nos hemos adentrado en el conocimiento de la conducta fetal al mismo tiempo que a su desarrollo biológico. Observar esta conducta nos ha ayudado a inferir lo que se define como el psiquismo fetal. Brazelton y Cramer (1993), opinan que el feto, en el tercer trimestre de embarazo, responde de manera fiable a la estimulación visual, auditiva y cenestésica.

Las imágenes y los videos de las observaciones realizadas por Romana Negri y Alexandra Piontelli entre otros, nos permiten ver los diferentes movimientos y reacciones del feto: cómo se lleva los dedos a la boca, cómo se aparta cuando se le practica la punción de la amniocentesis, como los gemelos se buscan dentro del seno materno, etc. Técnicas que nos dan acceso a ver, lo que hasta este momento no podíamos ver.

Cuando los padres establecen una interacción en la que pueden acoger el mundo interno de sus hijos y el suyo propio, ofrecen un espacio físico y mental donde la infancia aprende el proceso necesario que va de la dependencia al desarrollo de su autonomía

**Marco
desarrollo y el
r los conflictos
o relacional**



De La experiencia a la autonomía

Estas investigaciones nos plantean la cuestión de si el incipiente estilo de conducta en el útero, se mantiene y desarrolla después de su nacimiento. Los seguimientos realizados a lo largo de los primeros años de vida de los niños observados en su periodo fetal, constatan que en efecto después del nacimiento, se mantienen los patrones de conducta observados durante el embarazo. ¿Podemos relacionar el desarrollo neurobiológico y el mental?, ¿unir genética y ambiente?.

Entorno familiar

Si aceptamos estas premisas, y el hecho de un pre-inicio de los procesos mentales a través de psiquismo fetal, nos lleva a nuevas cuestio-

nes: ¿cuándo consideramos que el ser humano inicia su proceso de autonomía?, y ¿qué ocurre cuando el propio desarrollo no se realiza dentro de los cánones previstos?, ¿puede la Atención Temprana promover experiencias para acceder a ella?

La familia, como sistema de vínculos, en sus distintas y cambiantes formas es una estructura estructurante; es decir, el lugar donde se proveen los recursos varios que necesita el “cachorro” humano para su acceso a lo psíquico, es decir, al ser sujeto. Dentro de ella el sujeto aprende el proceso que va de ser cuidado a ser cuidar. (José Leal).

El grupo familiar se convierte en el marco principal donde se llevará a cabo el desarrollo y el lugar donde aprenderemos a resolver los conflictos propios del crecimiento según el estilo relacional que lo caracterice. La familia pasa a ser la institución responsable de cubrir las necesidades biológicas, psicológicas, afectivas, económicas, sociales de todos los miembros del grupo.

Ser madre o padre es una de las funciones con más trascendencia que se pueden realizar en la vida, y una de las responsabilidades más llenas de incertidumbre, nos despierta multitud de expectativas y preguntas sin respuesta inmediata y amplía las experiencias vitales que ya tenemos como hijos, hijas, maridos, esposas, compañeros, compañeras.

La llegada del recién nacido cambia los roles, los proyectos, los obje-

tivos, las prioridades, de forma que transforma nuestra manera de sentir y de atender. Supone además de un cambio físico en la madre, un cambio en el psiquismo de cada uno de los miembros de la pareja e implica una re-situación vital de cada uno de los miembros de la familia y del grupo como tal.

Para los padres el bebé que tienen entre sus brazos, no siempre corresponde al que habían deseado con anterioridad. El embarazo permitió a la pareja fantasear sobre cómo será su personalidad, a quién se parecerá, o sobre las posibles actividades que querrá desarrollar. Silenciosamente durante estos meses ensoñaron imágenes proyectadas al futuro y se representaron aspectos de su futura autonomía, se relacionaron en su fantasía con toda una multitud de experiencias aún por llegar.

El nacimiento marca ese primer encuentro real entre ese bebé imaginado y el aún desconocido ser, les ofrece la posibilidad de tenerlo en

Casi todas las familias que solicitan ser atendidos en un centro de Atención Temprana (CDIAT) llegan con una “mochila emocional” cargada con una experiencia de dolor, que ha modificado el encuentro con su bebé, o con su hijo



El impacto emocional ante la comunicación del diagnóstico modifica el rol que la pareja parental ha desempeñado hasta ese momento

sus brazos, de acariciarlo, de mirar como duerme, como se mueve, como sonríe o como llora, la familia empieza la aventura de conocerse.

La maternidad y la paternidad van frecuentemente acompañadas de sentimientos de inseguridad ante las tareas de crianza que se han de realizar. Los padres se encuentran ante una nueva situación en la que han de ofrecer un espacio físico y mental a ese pequeño que ha transformado su dualidad: el ser pareja, en un trío de relaciones: bebé-madre y padre. Deberán sobrellevar las posibles parejas que se puedan establecer entre ellos, aceptando ser excluidos de los encuentros a dos: mamá y bebé, papá y bebé, papá y mamá.

Cada familia se organiza y tiene unas características propias que le vienen determinadas por la historia biológica, psicológica y cultural de cada uno de sus miembros. Supone diferentes maneras de sentir, de actuar y de entender la maternidad y la paternidad, maneras que se reflejarán en los diferentes estilos de

crianza, de tal forma que es a través de esta cuando comenzamos hacer Experiencia. Las palabras, los gestos, los abrazos, representan el cómo se nos cuida. La crianza da un primer significado a la unión entre lo biológico y lo emocional.

Las madres activan la capacidad de contacto emocional, de “reverie”, con los sentimientos que el bebé les transmite, metabolizan sus ansiedades y se las retornan de forma que les son más tolerables a los pequeños, Bion (1962 y 1967).

Dentro de estas primeras relaciones entre madres, padres e hijos se inicia el proceso de pensar, las diferentes maneras de resolver ansiedades y conflictos. Si el ser humano necesita para desarrollarse de una forma sana, que haya alguien junto a él que ejerza esta “capacidad de reverie”, cuando la incorpora como una capacidad integrante de su propio desarrollo, ésta le ayuda no sólo a situarse emocionalmente ante las ansiedades que aparecen en este momento inicial, si no que le acom-

pañará a lo largo de la vida ante los diferentes conflictos internos o externos que le van a surgir como consecuencia mismo de estar vivo, pudiendo así desarrollar su capacidad de empatía.

Vemos pues que el vínculo que se establece es único y diferente en cada hijo e hija y en cada tríada familiar. Este vínculo es uno de los elementos que hacen posible el desarrollo de los bebés como personas, y que las relaciones constantes establecidas con los padres, promueven el sentimiento de seguridad necesario para potenciarlo.

El desarrollo depende de las capacidades biológicas y psíquicas del bebé, y de la manera de cómo los padres puedan entender y resolver esta realidad a través del tipo de interrelación que se instaura en el seno familiar, la crianza lo pone de manifiesto y observándola podremos detectar signos y síntomas de alerta que puedan aparecer en relación a su desarrollo global.

La familia es un grupo de gran complejidad, siempre en movimiento y en cambio, donde los miembros que la componen pertenecen a diferentes generaciones y en la que cada miembro desempeña roles diferentes.

Se constituye como un sistema interno de relaciones, un marco para el aprendizaje y una matriz para el pensamiento (Meltzer y Harris 1989). Como estructura viva y única participa y da forma al aparato mental de cada uno de sus miembros, en especial la de los hijos e hijas., (Thomas 1987) y promueve la salud de sus miembros cuando es capaz de contener las ansiedades de los



De La experiencia a la autonomía

mismos, de forma que favorece: la generación de amor, fomenta la esperanza, contiene el sufrimiento depresivo y el pensamiento (Meltzer 1989).

Presencia de dificultades

Pero ¿qué sucede cuando las ensoñaciones del embarazo no se cumplen, cuando las familias ven truncados sus proyectos ante el nacimiento de un bebé con dificultades, o cuando aparecen más tarde, en los años posteriores a su nacimiento?

Las madres y los padres sienten que aquel deseo inicial en el que sus bebés serían sujetos independientes que llegarían a organizar sus vidas por sí solos, queda alterado por la presencia de un trastorno. En su lugar la preocupación y las dudas invaden su maternidad y paternidad.

La construcción de sus vínculos con el bebé queda afectada, de repente lo natural se convierte en extraño de tal forma, que las interrelaciones quedan muy impregnadas por el trastorno. En el grupo familiar aparece la desesperanza, disociaciones y aspectos depresivos que bloquean las capacidades para generar esperanza y contener el sufrimiento.

La Atención Temprana (...), tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con

trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (...), las intervenciones, deben considerar la globalidad del niño, según contempla el Libro Blanco de Atención Temprana.

No podemos hablar de Atención Temprana sin entender que las actuaciones que realizamos desde este marco asistencial son con la familia: con el grupo que se encarga de los cuidados de sus pequeños y colateralmente, con los demás profesionales que también intervienen en su atención desde otros ámbitos asistenciales: sanitarios, educativos o sociales.

La Atención Temprana irrumpe en la vida de muchas familias en unos momentos muy particulares de sus vidas. Una gran mayoría de las que demandan ser atendidas, han sido recientemente informadas de los posibles o tangibles trastornos en el desarrollo de sus hijos e hijas. Emocionalmente están envueltas en la confusión y en la perplejidad.

Preguntándose sobre un posible culpable de lo que ha ocurrido, a veces dentro de ellos, otras veces lo hallan fuera de su entorno. Algunas Inician una búsqueda interminable de soluciones que les ofrezcan pronósticos con los que acallar sus



BIBLIOGRAFIA

MELTZER, D. y MACK SMITH, C. (2008): BEBÉS. Experiencias desde un vértice psicoanalítico. (Barcelona, Grafein ediciones Colección GPB)

PIONTELLI, A. (2002): Del feto al niño. (Barcelona Espax)

BION, W.R. (1962): Aprendiendo de la experiencia. (Buenos Aires. Paidós.)

BRAZELTON TB. Y CRAMER, B C. (1993): La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. (Barcelona, Paidós)

MELTZER, D. y HARRIS, M. (1989): El paper educatiu de la família. (Barcelona Espax)

SALVADOR BELTRÁN, G. (2009): Familia: experiencia grupal básica.

(Barcelona, Fundación Vidal y Barraquer y Ediciones Paidós.).

MANZANO, J. y PALACIO ESPASA, ZILKHA, F.: Los escenarios narcisistas de la personalidad. (Bilbao. Ed. Asociación ALTXA).

STERN, D. (1997): La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. (Barcelona, Paidós)

TREBARTHEN, C. (1994): Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology*, 6, 597-633.

POSTMAN, N. (1995): Com la televisió i les noves tecnologies porten cap a pèrdua de la infantesa. *Revista FORUM*, 2 pp. 52,57

BOWLBY, J.: Vínculos afectivos. Ed. Paidós.

preocupaciones y resolver el mar de dudas que les acechan. El grupo se preocupa más que se ocupa de las dificultades.

Casi todas las familias que solicitan ser atendidos en un centro de Atención Temprana, CDIAT, llegan con una “mochila emocional” cargada con una experiencia de dolor, que ha modificado el encuentro con su bebé, o con su hijo.

Pero la complejidad emocional aumenta cuando el nacimiento del bebé no se ha producido a término y nace con prematuridad; para todas estas parejas el inicio de su parentalidad lo constituye la experiencia de:



La llegada del recién nacido cambia los roles, los proyectos, los objetivos, las prioridades, de forma que transforma nuestra manera de sentir y de atender



De nuevo en casa, pero más tarde y en multitud..., El paso por la unidad de cuidados neonatales altera las expectativas ante la maternidad y la paternidad, la manera de crear los vínculos afectivos, la experiencia de ser hijo y las primeras experiencias de contacto con el entorno y consigo mismo. La incertidumbre ante las posibles secuelas aparece flotando en la mente de los padres y el proceso de mutuo conocimiento sigue unos patrones diferentes de los imaginados durante el embarazo.

El impacto emocional ante la comunicación del diagnóstico modifica el rol que la pareja parental ha desempeñado hasta ese momento, pero de igual modo la familia extensa se tambalea ante la nueva situación, los abuelos, los tíos, los hermanos.... sufren también las consecuencias del diagnóstico.

El grupo familiar y el entorno que les acompaña corren el riesgo de hablar de diagnósticos, de enfermedades, de pronósticos, quedando prisioneros de estos conceptos al aplicar un modelo en el que el trinomio enfermedad-tratamiento-cura diseña el trato de las dificultades. Se desplaza las posibilidades que ofrecen Atender ayudados de la plasticidad neuronal en compañía del desarrollo emocional.

comprender a un grupo familiar, es comprender lo que ha llevado a un grupo a crear una dinámica y una manera de relacionarse internamente con el impacto del diagnóstico y de cómo éste modifica lo que esperamos y exigimos de nuestros hijos e hijas.

Una de las tareas a realizar por todos los profesionales de la Atención Temprana es ayudar a reconstruir el vínculo entre padres e hijos, basado en las capacidades y no en el trastorno. Ayudar a los padres a observarse para conocer como sus propias dificultades son trasladadas a la relación con sus hijos.

Cuando los padres establecen una interacción en la que pueden acoger el mundo interno de sus hijos y el suyo propio, ofrecen un espacio físico y mental donde la infancia aprende el proceso necesario que va de la dependencia al desarrollo de su independencia, de su Autonomía, entendemos su globalidad como sujeto. De este modo se facilita, no se exige. Se ayuda a que cada persona alcance el grado de autonomía global que sus capacidades le permitan. Puede ser de utilidad recordar que las experiencias vividas modifican las conexiones neuronales o dicho de otro modo que la interacción ayuda a que la estructura biológica pueda desarrollarse.

La Atención Temprana acompaña a las familias en los complejos procesos de cuidar y de cuidarse, está en constante adaptación a las necesidades emergentes de la población que atiende, y finalmente queremos exponer que la manera de entender para atender la salud de la población que asistimos es primordial, porque nos posiciona ante nuestra tarea.

Tarea de los profesionales

El diagnóstico no es una definición dentro de una clasificación de enfermedades, ni una etiqueta universal. Diagnosticar es

LEAL, J.: Las referencias éticas en la prevención y los cuidados. Revista Catalana de Atención Precoz. Año 2006 nº 25 pagina 13-2
NEGRI, R.: El significado de los síntomas de alarma en psicología precoz. Revista Catalana de atención Precoz 15-16, 2007, 7-31
BAUMAN, Z (2005): Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. (Madrid. Fondo de Cultura Económica)
SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1974): La relación asistencial. (Buenos Aires Amorrortu editores).
VILLANUEVA, R. BRU, J M^a. (2004): Niños con autismo, Experiencia y experiencias. (Valencia Ed. Promolibro)
PALLARS, C.R. y DE LA CRUZ, J.: Antes de tiempo, nacer muy pronto. (Madrid. Exlibris ediciones)
LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. (2000): (Madrid. Real Patronato para la discapacidad).

BARUDY, J., y DANTAGNAN, M. (2005): Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. (Barcelona, Gedisa)
PEREZ SÁNCHEZ, M.: Observación de bebés. (Barcelona. Ed. Paidós)
PIONTELLI, A. (1992): Del feto al niño (Barcelona Expaxcs)
WINNICOTT: La familia en la formación del individuo. Ed. Hormé. Buenos Aires.

El autoempleo, alternativa de acceso

Un análisis objetivo de la realidad nos indica, que hay colectivos que no tienen empleo y que probablemente no lo tendrán a corto plazo y en estas circunstancias, suele ser práctica habitual que la mayoría de las personas, que se encuentran en edad de trabajar, se inclinen por buscar un empleo por cuenta ajena, que se adapte a su formación y que les asegure unos ingresos suficientes y una estabilidad laboral. Pero la escasa oferta de empleo que existe en nuestro mercado laboral, nos indica que esta solución en la actualidad hay que intentar cambiarla por ser la que menos empleo y estabilidad genera.

Mayte Alonso Sánchez
*Licenciada en Derecho,
Máster en Derecho Laboral*



Por ello y teniendo en cuenta las dificultades que hoy día se presentan a los demandantes de empleo, tanto para conseguir un primer empleo, asegurarse el que se tiene o la necesidad de acceder a otro empleo, por haber perdido el que se tenía, surge el interés de los mismos por una mayor autonomía y responsabilidad en su trabajo, llegando así al planteamiento

de lo que se conoce como autoempleo.

El autoempleo suele conocerse como la forma de emplearse a sí mismo, convirtiéndose a su vez en empleador y empleado. El autoempleador suele serlo por vocación, porque le atrae la gestión de su propia empresa y tiene aptitudes suficientes para generar su propio negocio, convirtiéndose así, en pequeños empresarios o microempresarios y por otra parte están aquellos que recurren al autoempleo por necesi-

dad ya que después de una búsqueda intensa en el mercado de trabajo, no encuentran empleo a su medida y deciden probar el autoempleo o la constitución de una empresa como opción laboral.

Este es el momento en que el futuro empresario debe conocer y analizar cuales van a ser sus obligaciones como empresario y para ello deberá buscar los canales más eficaces de información acerca de la financiación y comercialización, que se adapten a

RESUMEN

El autoempleo es una de las soluciones más habituales al desempleo. Crear tu propio puesto de trabajo, ser tu propio jefe y crear tu propia empresa son sus principales. La Administración convoca cada año diversas ayudas con el fin de promover la creación de empleo, la modernización de las empresas y la realización de diversos proyectos de inversión. Cada Comunidad Autónoma dispone de un cualificado equipo de profesionales especializados en esta materia.

Palabras clave: autoempleo, proyecto empresarial, subvenciones, financiación.



su negocio y que estén incluidos en los Programas de ayudas Públicas, que las Administraciones Públicas tiene previsto para estos supuestos.

El conjunto de Comunidades Autónomas que conforman el Estado Español, cuentan entre sus competencias, con la existencia de una Red formada por diferentes Servicios cuya finalidad consiste en prestar ayuda a todas aquellas personas que estén interesadas en la creación de su propia empresa. Para ello, cada Comunidad Autónoma dispone de un cualificado equipo de profesionales especializados en esta materia.

Como sería muy extenso exponer las ayudas y subvenciones establecidas en cada una de la Comunidades Autónomas dirigidas al fomento de autoempleo citaremos a modo de ejemplo las que presta la Comunidad de Madrid a través de la Cámara Oficial de Comercio concretamente

te el Departamento de Creación y Desarrollo de Empresas.

Aquí cabe añadir, que cada una de las C.C.A.A. que conforman nuestro Estado, con diferentes matices pero con contenidos similares, ofrecen las mismas prestaciones dentro de su ámbito territorial, por lo que los interesados deberán dirigirse en demanda de información a la Comunidad Autónoma donde vaya a tener el comienzo de su actividad empresarial.

Una vez hecha esta aclaración, vamos a tratar de esquematizar de forma más breve y más concisa que sea posible, en que consisten estas ayudas y cuales son los diferentes servicios que se ofrecen en el Área de Creación de Empresas integradas en la Cámara Oficial de Comercio de Madrid.

Ayudas públicas

En primer lugar vamos a centrarnos en las Ayudas públicas.

La Administración, convoca cada año diversas ayudas con el fin de promover la creación de empleo, la modernización de las empresas y la realización de diversos proyectos de inversión. Estos Programas contemplan desde la concesión de subvenciones a fondo perdido y la prestación de asistencia técnica, hasta la obtención de créditos blandos.

Concretamente la Cámara ayuda a:

- Conocer los Programas de ayudas de las diferentes Administraciones.
- Seleccionar aquellas que mejor se adaptan al proyecto a desarrollar.

- Preparación de la documentación necesaria para tramitar la solicitud.

- Seguir el desarrollo del expediente presentado.

Financiación

Un lugar preferente cabe darle a la financiación, ya que es uno de los pilares básicos de todo proyecto empresarial.

Definir las necesidades económicas del proyecto, determinar los recursos que se deberán obtener, analizar las fuentes de financiación existentes y seleccionar los más adecuados, son labores en que los promotores deberán centrarse a la hora de iniciar su actividad y la Cámara presta su ayuda en:

- Analizar la estructura financiera del Proyecto.

- Determinar los recursos económicos necesarios para su puesta en marcha y elaborar el plan de financiación.

- Acceder a las líneas de financiación privilegiada a través de convenios suscritos por la Cámara de Entidades de Crédito.

- Realizar las tramitaciones de una forma ágil y eficaz.

- Acceder al Capital Riesgo a través del Capital Riesgo Madrid.

Proceso de planificación

Dentro de este proceso que debe preceder a la puesta en funcionamiento de una nueva empresa, los promotores deberán realizar un doble análisis sobre sus obligaciones.

ABSTRACT

Self-employment is one of the most common solutions to unemployment. Create your own job, be your own boss and create your own company are its main. Government convenes each year various aid in promoting job creation, modernization of enterprises and various investment projects. Each autonomous community has a qualified team of professionals specialized in this field.

Key words: self-employment, business project, grants, funding.

El autoempleo

1º Obligaciones que deberá hacer frente para constitución de la empresa.

2º Obligaciones que van a surgir como consecuencia del inicio y desarrollo de su actividad.

Proceso de contabilidad laboral y fiscal

Las normas existentes en materia contable, laboral y fiscal, deberán ser conocidas a fin de establecer los mecanismos adecuados para poder cumplir con sus exigencias y en este tramo la Cámara ayuda a:

- Determinar las obligaciones de la empresa, en materia contable, laboral y fiscal.
- Conocer los libros y declaraciones que hay que presentar para cumplir con ellos.
- Conocer las modalidades de contratación existentes y las ayudas establecidas para la contratación de determinados colectivos de trabajadores.

La idea de negocio es la base de partida para estructurar todo proyecto empresarial y antes de realizar ninguna inversión hay que:

- Estudiar el mercado.
- Selección de un nuevo negocio.
- Definir un nuevo proyecto a desarrollar.

- Analizar su viabilidad.

Y a partir de aquí la Cámara se pone al servicio de los nuevos promotores para ayudarles a:

- Definir el concepto de negocio.
- Obtener información sobre el mercado.
- Analizar su viabilidad
- Planificar el proceso de creación de la empresa.

La formación

La formación es otro de los pilares en los que se basa el éxito de la empresa y en este apartado la Cámara imparte:

- Seminarios de motivación empresarial que tiene como objetivo presentar las oportunidades que ofrece el mundo de la empresa y favorecer la aparición de nuevas vocaciones empresariales.
- Cursos básicos de creación de empresa, en los que de una forma rápida, se analizan los principales aspectos, relacionados con la puesta en marcha de una nueva empresa.
- Cursos de creación de empresas de larga duración, en la que los asistentes elaboran sus proyectos de negocio.
- Una amplia oferta de cursos monográficos, relacionados con el mundo de la empresa.

Ámbito jurídico

Apartado muy importante a tener en cuenta es proceder a la elección de la forma jurídica de la empresa que mejor se adapte a la actividad a desarrollar, así como a planificar los trámites administrativos necesarios para que la empresa pueda iniciar su actividad.

Asimismo la Cámara asesora en materia jurídica, proporcionando

información sobre las diferentes formas jurídicas y sus principales características, sobre el proceso de constitución de la empresa cuando se trate de una Sociedad y sobre la resolución de gran parte de los trámites relacionados con la creación de la empresa a través de la ventanilla única empresarial.

Esta ventanilla ha sido creada por la Administraciones Públicas y la Cámara para facilitar la labor de los nuevos empresarios, ofreciéndoles en un mismo espacio físico, la oportunidad de obtener una completa información sobre el desarrollo de sus proyectos y las ayudas públicas existentes así como la posibilidad de agilizar los trámites ligados al proceso de creación en un único lugar, evitando tener que acudir a diferentes centros administrativos. Dispone así mismo de información integral que comprende:

- Trámites Fiscales:
 - Obtención del Código de Identificación fiscal (CIF).
 - Alta en el Impuesto de actividades Económicas IAE.
 - Declaración Censal.
 - Emisión de etiquetas Censales.
- Trámites de Trabajo y Seguridad Social:



El autoempleo suele conocerse como la forma de emplearse a sí mismo, convirtiéndose a su vez en empleador y empleado

- Inscripción de la empresa en la seguridad Social.
- Apertura de cuenta de cotización.
- Alta en el Régimen Especial de Trabajadores autónomos.
- Solicitud de afiliación.
- Número de comunicación de Alta de los trabajadores.
- Sellados de Libros de Matricula.
- Visita.

- Trámites Comunidad

Autónoma:

Comunicación de apertura de centro de trabajo.

- Autorizaciones.
- Licencias y registros específicos.
- Industrial.
- Sanitario.
- Agroalimentario.
- Comercio.
- Transporte.
- Hostelería.
- Turismo.

Obtención de carnés profesionales de las distintas consejerías.

- Trámites Ayuntamiento:

- Licencias municipales de Obras (inocuas o calificadas de actividad).
- Licencia sobre ocupación de dominio público municipal.
- Licencia de Apertura.

Subvenciones para el autoempleo de la Comunidad de Madrid.

- Subvención por establecimiento como trabajador autónomo o por cuenta propia.

Exige una inversión mínima de 5.000 € en inmovilizado que se justificará mediante facturas correspondientes a los seis meses posteriores al alta

en Hacienda, que serán reintegradas en un plazo máximo de un año.

Los importes máximos a solicitar son los siguientes:

- Desempleados en general: 5.000 €.
- Menores de 30 años 6.000 €.
- Mujeres desempleadas 7.000 €.
- Personas con discapacidad 8.000 €.
- Mujeres con discapacidad 19.000 €.

Tendrán la consideración de personas con discapacidad las comprendidas en el número 2 del artículo 1 de la Ley 51/ 2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (Disposición adicional decimonovena).

Estas subvenciones van dirigidas a desempleados que se constituyan en autónomos o que constituyan una sociedad civil o comunidad de bienes.

La solicitud deberá presentarse antes de darse de alta en cualquiera de las formas posibles, hasta 6 meses después. No es necesario ser demandante de empleo para solicitarlas.

Todos estos trámites a seguir, cuando se pretende la apertura o iniciación de una actividad profesional autónoma y por cuenta y riesgo propio, no son exclusivos de ninguna actividad en particular, sino que es común a todas ellas, ya que no existe ninguna normativa específica, que afecte a unos sí y no a otros, en función de la rama que elijan, por lo que las personas que decidan optar por esta alternativa que existe de acceso al trabajo por cuenta propia, tendrán que someterse a los mismos trámites, gozarán todas ellas de los mismos derechos y estarán sujetos

a las mismas obligaciones que están establecidas con carácter general para todos los que decidan poner en marcha su propia empresa.

Propuestas de mejora

Por su parte, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) ha expuesto recientemente una serie de consideraciones y comentarios en relación con aquellas medidas que podrían incluirse en la Administración Tributaria, con el fin de mejorar la fiscalidad de las personas con discapacidad en el autoempleo.

A pesar de la situación de crisis, en línea con lo previsto en la Estrategia Global de Empleo de las personas con discapacidad, aprobada por el Consejo de Ministros en 2008, el CERMI ha propuesto diversas medidas, con el fin de incrementar la tasa de autoempleo entre las personas con discapacidad.

Una de ellas es la reducción incrementada en 2011 del rendimiento neto calculado por el método de estimación objetiva. Responsables del CERMI proponen “que la reducción del 5% que se prevé para el año 2011, se incremente hasta un 8% en el caso de que los contribuyentes sean personas con discapacidad en un grado igual o superior al 33%”.

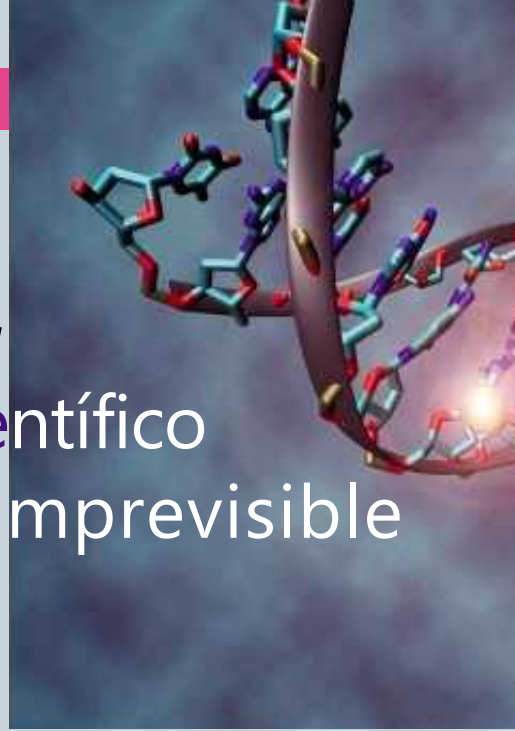
Direcciones de interés en Madrid

Servicio Regional de Empleo en Vía Lusitana 21. Para pedir cita se puede llamar por teléfono al 91580054 o en la Consejería de Empleo y Mujer en la C/ Santa Hortensia 30.

Una solución al desempleo

El mercado laboral se caracteriza por su complejidad y por la dificultad que tienen determinados colectivos (jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, inmigrantes, mayores de 40 años,...) en encontrar empleo estable.

El autoempleo es una de las soluciones más habituales al desempleo. Crear tu propio puesto de trabajo, ser tu propio jefe y crear tu propia empresa son los objetivos del autoempleo, una situación que puede darse como empresario individual o como parte de una sociedad. Hay muchas razones por las que una persona decide escoger el autoempleo como salida profesional. Algunas de ellas son: obtener un beneficio económico, trabajar para uno mismo y sin jefes, como salida al desempleo, desarrollo profesional o simple reto personal.



Premios Príncipe de Asturias para investigaciones contra el Dolor

Los norteamericanos David Julius y Linda Watkins y el israelí Baruch Minke han obtenido el premio Príncipe de Asturias 2010 de Investigación Científica y Técnica y lo hicieron por la puerta grande, con el aval de seis premios Nobel. Los tres investigadores, referentes mundiales en el campo de la neurobiología, han abierto "un nuevo capítulo en el conocimiento molecular de las sensaciones, en general, y del dolor en particular". Así lo afirma el Nobel de Medicina de 1991, Erving Neher, pero es la opinión de todos.



Los miembros del Jurado aseguran en su fallo que los tres han logrado abrir "vías para paliar un mal que afecta a la calidad de vida de millones de personas". Uno de cada cinco españoles sufre dolor crónico y en Estados Unidos, las cifras son semejantes. El 90% de los enfermos afirman que su dolor está insuficientemente controlado.

Para más información puede visitar el portal de la Fundación Príncipe de Asturias: www.fpa.es

Célula sintética

Un avance científico poderoso e imprevisible

El equipo de Craig Venter (uno de los padres del genoma humano) anunció en la revista Science la creación de la primera "célula sintética". Su genoma está copiado de un genoma natural, el de la bacteria *Mycoplasma mycoides*, pero ha sido sintetizado por métodos químicos de la primera a la última letra.

La célula sintética es idéntica a su modelo natural, y por tanto no es útil en sí misma, sino como prueba de principio: la técnica funciona, sirve para generar células vivas a partir de una mera secuencia genética guardada en un ordenador, y a partir de ahora podrá usarse para crear otros organismos con genomas más inventivos. Ensamblar un genoma de un millón de 'bases' (las 'letras' del ADN) es un hito tecnológico que parecía imposible hace sólo unos años. Esta célula no es valiosa en sí, pero supone la prueba de principio de que se pueden crear células con genomas enteramente artificiales.

Arthur Caplan, de la Universidad de Pensilvania, que no sólo es uno de los bioéticos más respetados del mundo, sino también uno de los que mejor conoce estas investigaciones, opina que "el logro de Venter" parece acabar con el argumento de que la vida requiere de una fuerza o poder especial. Caplan no dudó en clasificar el hallazgo como uno de los más importantes de la historia de la humanidad.

En todo caso, el biólogo molecular y premio Nobel David Baltimore precisa: "Venter no ha

creado vida, sólo la ha imitado". Y El ingeniero biomédico James Collins, de la Universidad de Boston, coincidía con Baltimore en la revista Nature: "Los científicos no saben lo suficiente acerca de la biología como para crear vida". Collins admite que el trabajo es un importante avance en la ingeniería de organismos, "pero no significa que fabriquemos nueva vida desde cero".

Los principales objetivos de Venter son energéticos, como diseñar bacterias que produzcan combustible a partir de la energía solar y el CO2 atmosférico. Pero su trabajo agita el fondo de mares filosóficos muy hondos.

Casi todos los sectores -empezando por el propio Venter- piden regulaciones legales de una técnica poderosa e impredecible. El presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, encargó a la Comisión Presidencial para Asuntos de Bioética que analice las implicaciones de esta tecnología: tanto sus riesgos como sus beneficios potenciales sobre la medicina, el medio ambiente y la seguridad. La comisión deberá publicar en seis meses sus recomendaciones al Gobierno federal, en lo que puede conducir a la primera regulación legal de la creación de células sintéticas.

Generar vida sintética es el gran logro de Craig Venter y de su equipo.



cientes. Se trata de pacientes clasificados de "grado A" (lesión completa) por la Asociación Americana de Lesión de la Médula Espinal (ASIA) y deben recibir las inyecciones de células en un plazo de 14 días después de haber sufrido el daño. Las células utilizadas por Geron provienen de embriones humanos sobrantes de los tratamientos de fertilidad. La idea es que estas células viajen al punto clave de la lesión medular y ayuden a los nervios dañados a regenerarse.

Quienes se oponen a su uso dicen que está mal utilizar embriones para extraer sus células y, de hecho, dos investigadores han demanda-

Un hito de la medicina

EEUU trata al primer paciente con células madre embrionarias

Los médicos de EEUU han comenzado a tratar al primer paciente del mundo con células madre embrionarias, en lo que supone la primera y, hasta el momento, única prueba clínica autorizada por la Agencia estadounidense del medicamento (FDA), según ha informado Geron Corporation, la compañía que llevará a cabo la hazaña y que también ha indicado que los detalles del paciente y del ensayo se mantendrán en secreto.

El paciente procede del Shepherd Center, un centro de investigación y de rehabilitación para personas con lesiones en la médula espinal y lesiones cerebrales con sede en Atlanta (Georgia) y uno de los siete lugares en Estados Unidos que puede reclutar participantes para este tipo de ensayos. El objetivo principal de la primera fase del estudio no es curar al paciente sino analizar si el uso de estas células madre embrionarias es seguro y si las personas las toleran sin problema.

La compañía Geron es la primera en tener la aprobación de la FDA para usar estas células en humanos, exclusivamente para aquellas personas con lesiones medulares muy

do a los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EEUU. Pero hasta que el caso sea juzgado, una corte de apelaciones federal ha permitido continuar con la financiación pública de estos trabajos.

Las células madre tienen capacidad para dar lugar a todo tipo de tejidos y células. Aquellas que se extraen de embriones con pocos días de vida son las más potentes de todas.

Otro de los temores que existen alrededor de esta terapia y que ha retrasado su aplicación en la práctica clínica es su potencial para dar origen a la formación de tumores, aunque la mayoría benignos.

Además de Geron, sólo hay otra compañía cuyo tratamiento con células madre embrionarias está cerca de lograr la aprobación de la FDA, Massachusetts-based Advanced Cell Technology.

Su producto consiste en células madre embrionarias tratadas para transformarse en células de la retina. La empresa ha pedido permiso a la agencia del medicamento estadounidense para utilizarlo en pacientes con distrofia macular de Stargardt, una enfermedad genética de los ojos que provoca ceguera.

Sabías que...

El amor produce el mismo efecto analgésico que los calmantes

Un equipo de investigadores de la Stanford University School of Medicine, de Estados Unidos, ha constatado que los sentimientos de amor apasionado pueden aliviar el dolor con la misma eficacia que los calmantes e incluso que algunas drogas ilegales, como la cocaína.

Según los científicos, este alivio es posible porque el amor intenso activa las mismas áreas del cerebro que tratan los medicamentos destinados a paliar el dolor, es decir, aquellas regiones en las que se encuentran los sistemas de recompensa del cerebro.

En estos sistemas es donde se genera la dopamina, que es una hormona y un neurotransmisor que influye en nuestro estado de ánimo, en nuestra gratificación y en nuestra motivación, explica el especialista Sean Mackey, director del estudio, en un comunicado de la Universidad de Stanford.

Mackey afirma que: "Cuando la gente se encuentra en la fase más apasionada del enamoramiento se producen alteraciones significativas en su estado de ánimo que impactan en su experiencia del dolor".

Comprender de qué manera se produce este impacto o cómo se establecen las vías de recompensa neuronal que alivian el dolor físico gracias al amor podría servir para desarrollar nuevos métodos calmantes, afirman los investigadores. Fuente: Universidad de Stanford.

Entrega de "Premios Imserso Infanta Cristina"

El pasado 26 de octubre de 2010, Su Alteza Real la Infanta Cristina hizo entrega de los "Premios Imserso Infanta Cristina" en su edición 2010. En este acto estuvo acompañada de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, y la directora general del IMSERSO, Purificación Causapié, así como otras autoridades.



MADRID/ J. Zamarro
Foto: M^a Angeles Tirado

Los Premios Imserso Infanta Cristina están dirigidos a personas físicas o jurídicas que se hayan destacado en el trabajo a favor de las personas mayores y/o personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras.

En su intervención, S.A.R. la Infanta Cristina resaltó la importancia de los premios que "suponen, no sólo el homenaje a las encomiables tareas que motivan su concesión; también representan una llamada a la sociedad para seguir el ejemplo que nos brindan los premiados y extender cada vez más el alcance de las iniciativas solidarias".

La Infanta Cristina también tuvo palabras de elogio hacia todos los premiados porque con su aportación a la sociedad se mejora la vida de las personas mayores y las personas en situación de dependencia, así como la de sus fami-

lias. "Vuestro quehacer -afirma la Infanta Cristina- es un estímulo para que nuestros servicios sociales mejoren en calidad asistencial y acrecienten la calidad de sus prestaciones y el trato de quienes las llevan a cabo. Con las tareas que realizáis, al igual que hace el Imserso, vais configurando el carácter de nuestra sociedad y contribuís a la España del porvenir, que debe afrontar los retos del cambio demográfico y asegurar la participación de todos los colectivos en las actividades sociales".

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, aseguró que era "un privilegio" comenzar su tarea como ministra, inaugurando estos premios "tan importantes". Circunstancia que aprovechó para reafirmar su compromiso por "por consolidar y reforzar las políticas sociales y avanzar con nuevas propuestas". Y para conseguirlo afirma que es necesario "contar con la colaboración de todos, desde la cooperación y el consenso".

Pajín señaló que "tenemos todavía un gran trabajo por delante: adaptar la normativa española a la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, y sobre todo tenemos que sentirnos muy orgullosos de la puesta en marcha de la ley de la dependencia, una ley que confirma el cuarto pilar del estado de bienestar y de la que ya son beneficiarias más de 630.000 personas".

El objetivo de estos galardones, de ámbito nacional e iberoamericano, es sensibilizar y concienciar a la sociedad sobre la problemática que afecta a las personas mayores y personas que se encuentren en situación de dependencia y a las familias cuidadoras, así como impulsar la investigación social y técnica en la búsqueda de soluciones que faciliten su integración social, laboral y familiar.

Mérito Social

En la modalidad de Mérito Social, fueron premiadas dos entidades con una larga trayectoria en el ámbito de los Servicios Sociales:

- El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), por su extensa labor en el desarrollo de programas y acciones solidarias a favor de las personas con discapacidad en general y, más concretamente, por su colaboración en la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD).

- El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales por su especial dedicación para conseguir el bienestar de las personas mayores más vulnerables y por su especial colaboración en la puesta en marcha de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Calidad y buenas prácticas

- La “Fundació Privada pel Foment de las Societat del Coneiximent” recibió el premio por su programa “SeniorLab. La tecnología a tu ritmo”. Un programa que promueve la calidad de vida de la gente mayor a través de la innovación social, las tecnologías de la información, la comunicación y la participación de los mayores.

- El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados del Gobierno de Argentina recibió una mención honorífica de esta modalidad por el programa “Abordaje sociosanitario con inserción comunitaria como política preventiva para los adultos mayores”, donde se fija un nuevo modelo de servicios con el que ofrece a sus afiliados toda la cobertura sanitaria y social que necesitan.

Investigación al desarrollo e Innovación

En la modalidad de Investigación, el jurado de los premios acordó conceder ex aequo a:

- Laura Ponce de León Romero, por su trabajo “Modelos de envejecimiento activo aplicados al diseño del programa adaptado de entrenamiento de memoria, Método Activa (PRADEMACTIVA)”, en el que se ha valorado su calidad y claridad expositiva, la rigurosa metodología empleada así como el análisis de resultados que facilita su aplicabilidad y generalización.

- Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez, por su trabajo sobre “Evaluación de la atención a las personas en situación de dependencia y desventaja social”. El jurado ha valorado el análisis del modelo de calidad de vida en personas en situación de dependencia.

En la modalidad de “Desarrollo e Innovación”, premio ex aequo, a:

- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación S.A. (INTECO), por el trabajo

“Televisión Digital Terrestre (TDT) accesible para personas con dependencia”. En este trabajo se valoró el rigor y la calidad científicos, su impacto en la sociedad y el beneficio que supone para un gran número de personas poder acceder a los programas y servicios que la televisión ofrece.

- Fundación CNSE para la supresión de Barreras de Comunicación por el proyecto “TELPES Soluciones de teleasistencia para personas sordas”. Un proyecto con alto compromiso social, innovación, calidad y ejemplaridad. Además, permite la utilización de las ventajas de la teleasistencia a las personas sordas o con discapacidad auditiva.

Fotografía

En la modalidad de Envejecimiento Activo y Satisfactorio a:

- Jordi Cohen Colldeforns, por la fotografía denominada “60 Travesías” que contribuye a proporcionar una nueva imagen del envejecimiento activo libre de estereotipos y acorde con la realidad de nuestro entorno.

En la modalidad Promoción de la autonomía personal y/o atención a personas en situación de dependencia, a:

- Consuelo Cardenal Milla, por la colección de fotografías denominada “Noventa y ocho primaveras y media. Homenaje a la labor de su cuidadora” por su mensaje positivo, integrador y de sensibilización social, así como por su calidad técnica y artística.

Comunicación

En esta modalidad el galardón fue para el Grupo “Senda Editorial, S.A.”, plataforma de comunicación especializada en información dirigida a las personas mayores, por transmitir una imagen real de las personas mayores, promocionar el envejecimiento activo e informar, desde una perspectiva práctica, de diversos ámbitos de interés de la situación de las personas mayores.

El Consejo de Ministros aprobó el 3 de diciembre el proyecto de ley de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, coincidiendo con el Día Internacional de las Personas con Discapacidad.

Con motivo de este día, la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, se reunió con el Comité Ejecutivo del CERMI y visitó la Semana de las “Distintas Capacidades”, celebrada en Alcorcón (Madrid).

Durante su intervención en la Semana de las “Distintas Capacidades” Leire Pajín aseguró que “no vamos a renunciar a la agenda social ni a la salida social de esta crisis”. Y añadió: “garantizaremos los derechos de ciudadanía, desarrollaremos nuevas leyes y mantendremos la agenda de la discapacidad en el corazón de nuestras políticas”.

España fue uno de los primeros países en ratificar la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, y el primer país en remitir a la ONU su informe sobre el grado de cumplimiento de esta Convención. Con este proyecto, España se convierte también en el primer país que traslada a su legislación el contenido de la Convención.

Con la adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU, se aumentará del 5% al 7% la reserva de las plazas para personas con discapacidad en las ofertas públicas de empleo. Además, todas las infraestructuras deberán incluir un informe previo en términos de accesibilidad.

Igualmente, este proyecto abarca otras cuestiones, como la modificación de diversas leyes en materia de sanidad para que una persona con discapacidad pueda tomar por sí misma decisiones en procesos sanitarios, recibiendo para ello la información necesaria en formatos accesibles. O la contratación de seguros, en la que no podrá haber trabas ni gravámenes discriminatorios.

Leire Pajín destaca las líneas políticas fundamentales de su ministerio en el Congreso de los diputados

Leire Pajín, Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, presentó en el Congreso de los diputados las líneas principales de trabajo de su ministerio, el pasado mes de noviembre, para lo que destacó el valor de las políticas sociales como generadoras de empleo, entre las actuaciones que se llevarán a cabo próximamente se encuentran el impulso constante a la Ley de Dependencia, la protección a la infancia y la tramitación de una nueva Ley sobre servicios de atención al cliente en el ámbito del consumo.



MADRID/Cristina Fariñas
Foto: MSPSI

Durante una comparecencia de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad en la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados, expresó las líneas de su ministerio en materia de sanidad y política social, además también hizo mención de las competencias de igualdad que recientemente ha adquirido el Ministerio.

Política Social y Consumo

La tramitación en de la Ley sobre Servicios de atención al cliente, Ley SAC, establecerá los requi-

sitos mínimos de estos servicios, con el fin de proteger los derechos de los consumidores y usuarios, esta medida corresponde al área de sanidad y consumo.

En materia de discapacidad, se pondrá en marcha el Plan de Acción Juguetes para Todos, en colaboración el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, para promover la oferta de juguetes para niños con discapacidad diferenciada.

La protección a la infancia es otro de los objetivos del Ministerio para los próximos meses, mediante la modificación de la normativa estatal vigente en esta materia, para adaptarla a los menores en dificultad social.

Desde el punto de vista de la Ley de Dependencia, la ministra

subrayó que las prestaciones por dependencia se están garantizando, al igual que el calendario de implantación. En este sentido, en enero de 2011 entrarán en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD, las personas con dependencia moderada, valoradas con Grado I Nivel 2. Desde enero de 2007, fecha en que entró en vigor la Ley, se han generado 242.000 altas en la Seguridad Social.

Los Programas de Vacaciones y de Termalismo Social del Imsero, generarán para la temporada 2010/2011, 140.000 empleo directos e inducidos, aproximadamente, con una oferta de más de un millón de plazas.

Por otra parte, señaló la ministra, la adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.

En cuanto a la prevención de las drogodependencias, en diciembre, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, presentará una campaña dirigida a menores y mujeres embarazadas sobre consumo de alcohol para reducir el consumo en estos dos grupos de población.

Sanidad

Partiendo de la base, de que el sistema sanitario español es uno de los que tienen mejores

resultados en salud entre los países desarrollados del mundo, la ministra señaló que se seguirán las líneas de actuación marcadas en el Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del pasado 18 de marzo. En este sentido, la ministra recordó que la colaboración de los profesionales sanitarios será esencial, ya que su gran capacidad y entrega profesional es un elemento clave en la alta valoración que los ciudadanos

tienen del sistema sanitario.

Pajín anunció, que posteriormente, se iniciará la tramitación de una norma que asegure la universalización efectiva del derecho a la atención sanitaria. Esta normativa, permitirá que se incorporen a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud, SNS, doscientos mil ciudadanos que, actualmente, se encuentran sin cobertura por distintas circunstancias.

Necesidades y derechos de los mayores y las personas con discapacidad

La X Convención Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica para el Desarrollo de Políticas Integrales para las Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad, RIICOTEC se reunió el 21 al 24 de septiembre bajo el lema "De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento", en Asunción, Paraguay.

MADRID/RAP

Foto: Javier Vázquez De Prada

En este encuentro iberoamericano participaron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Honduras, Méjico, Panamá, Paraguay, Portugal, República Dominicana y Uruguay.

Los informes que presentaron los distintos países asistentes a la Convención se centraron en acciones realizadas en el periodo comprendido entre los meses de septiembre de 2008 a septiembre de 2010, en la puesta en marcha del Programa Operativo Bidual, así como en el cumplimiento de las resoluciones de la Comisión Permanente, en las reuniones celebradas en Río de Janeiro.

Las políticas públicas españolas están a favor de las personas mayores

Purificación Causapié, directora del Imsero, inauguró el acto, invitando a los países iberoamericanos y caribeños, a seguir trabajando pese a los problemas económicos y mundiales, y la crisis económica española, para impulsar las políticas públicas a favor de los adultos mayores y personas con discapacidad con el objetivo de mejorar su calidad de vida y asegurarles con ello una vejez más digna.



El Gobierno y las Comunidades Autónomas acordaron los servicios y prestaciones económicas que recibirán los dependientes moderados, en este acuerdo también se impulsa el servicio de promoción de la autonomía personal y destaca el carácter prioritario de la prestación de servicios.

El 1 de enero de 2011 se incorporan al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia las personas con dependencia moderada valorados con Grado I Nivel 2, mientras que aquéllas evaluadas como dependientes moderados con Grado I Nivel 1 entrarán en el SAAD, a partir de enero de 2013.

Con este acuerdo se impulsa el servicio de promoción de la autonomía personal, con lo que se evita el avance de la situación de dependencia en los primeros momentos de su aparición y se crea una nueva actividad económica.

Los servicios de promoción de autonomía personal son:

- **Habilitación y terapia ocupacional,**
- **Atención Temprana,**
- **Estimulación cognitiva,**
- **Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional,**
- **Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual y,**
- **Apoyos personales y cuidados en viviendas tuteladas.**

En cuanto a la cuantía de las prestaciones económicas para 2011, las correspondientes al Grado I Nivel 2 son las siguientes:

- **Prestación económica vinculada al servicio: 300 euros mensuales.**
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar: 180 euros mensuales.**

Además, la directora general del Imsero, hizo énfasis en que los gobiernos dispongan de una protección jurídica que les permita construir activamente los derechos de las personas adultas mayores y personas con discapacidad que les garantice la igualdad y autonomía para decidir su destino, al finalizar, dijo que RIICOTEC es un importantísimo instrumento de cooperación intergubernamental para la construcción y consolidación de los derechos de estos colectivos.

Esperanza Martínez, ministra de Salud de Paraguay, expresó el espíritu de cooperación y solidaridad entre los pueblos iberoamericanos y caribeños, y el afán de Paraguay de avanzar en los derechos de los adultos mayores y personas con discapacidad y contra las desigualdades sociales de nuestras poblaciones.

Personas mayores

Dirk Jaspers, director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, enfatizó la necesidad de fortalecer instancias de negociación entre países, fortalecer movimientos de organizaciones de la sociedad civil y de personas mayores como impulsores de la convención.



Ordenar los derechos de las personas mayores fue una de las propuestas

Un instrumento jurídicamente vinculante que estandarice y ordene los derechos de las personas mayores lo defendió Mónica Roqué, directora nacional de Políticas para Adultos Mayores de Argentina. Además, precisó los riesgos asociados a la vejez, de los cuales hay que proteger a las personas mayores, tales como la pobreza, la marginación, la discriminación, la invisibilización, etc.



En el mundo hay 650 millones de personas con discapacidad

Personas con discapacidad

Jaime Alejandro, presentó la ponencia marco titulada “De la necesidad a los derechos de las personas con discapacidad”. Director general de coordinación de políticas sectoriales sobre discapacidad en España, este ponente, hizo una introducción en la que hizo alusión a los avances y desarrollos obtenidos en España que parten de diversas perspectivas: en los económico,

al confrontar el crecimiento económico con el sostenible, en lo tecnológico, al comparar lo físico versus lo intangible, y lo centralizado versus lo distribuido así como en los coail, de un modelo asistencialista a un modelo de derechos humanos y del uso de términos como las de deficiencias al

de la capacidad diferenciadas, entre otros.

De una población en el mundo en torno a 650 millones de personas con discapacidad, de los que el 20% son pobres que presentan una discapacidad, muchos de ellos son jóvenes que habitan en las calles. Este fue el plantamiento hecho por Soledad Cisterna, Miembro del Comité de Expertos de la ONU sobre la

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Chile.

Izabel de Loureiro Mayor, secretaria nacional de Promoción de la Persona con Deficiencia, tras presentar que en su país, Brasil, hay 14,5 millones de personas que tienen alguna limitación funcional, de ellas el 70% viven bajo condiciones de pobreza, el 33% es analfabeta o tiene un bajo nivel de escolaridad y el 90% está por fuera del mercado laboral. El gobierno de Brasil adoptó una Agenda Social por los Derechos de Ciudadanía de las Personas con Discapacidad, bajo los siguientes pilares: trabajo, empleo, órtesis y prótesis, habilitación, transporte y entornos accesibles y escuelas accesibles.

En cuanto a la accesibilidad como un principio orientador y rector, identificando una ciudad accesible como aquella en la que las actitudes y prácticas reflejan el respeto por los Derechos Humanos, destacando una frase de Lisa Kauppinen: “Una sociedad que es buena para las Personas con Discapacidad es buena para todas las personas”.

Hubo sesiones simultáneas, coordinadas por Oscar Rosales, en relación a la protección jurídica en materia de discapacidad, quien reseñó los principales Tratados Internacionales en materia de discapacidad y las apuestas de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CAPACITALIA 2010, La Feria de las capacidades

Las personas con discapacidad también tienen sus capacidades, lo único que éstas son diferentes, esta idea fue la que se defendió en Capacitalia 2010, el primer Salón Nacional para la Capacidad que abrió sus puertas en el pabellón ferial de Ciudad Real, del 20 al 22 de octubre, donde numerosos expositores relacionados con la discapacidad y unas jornadas paralelas centraron el evento.



Numerosos profesionales participaron en Capacitalia 2010

Malos tratos en las Instituciones, una lacra de nuestros tiempos

El maltrato en todas sus vertientes: física y física, que se puede generar en las instituciones hacia las personas mayores puede convertirse en una práctica común que hay que prevenir sobre todo mediante la formación de los profesionales y el buen ambiente que se cree en los centros y residencias. De este y otros temas relacionados, se habló en estas jornadas que organizadas por el Imsero, tuvieron lugar el pasado mes de octubre.

MADRID/Cristina Fariñas

El curso dedicado a maltrato institucional se dirigía a personas dedicadas a los servicios sociales y sanitarios.

El maltrato institucional se entiende a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de la persona en situación de dependencia. La directora general del Imsero, Purificación Causapié inaugurará estas jornadas en las que señaló: "cuando se producen los malos tratos, tenemos que romper la vulnerabilidad familiar e institucional".

Además insistió en que existe un maltrato social, psicológico y físico y que la mayor dificultad de los profesionales está en detectar el maltrato.

El maltrato institucional se relacionaba en estas jornadas a las inadecuadas o insuficientes prácticas llevadas a cabo por los siguientes sectores: ámbito sanitario, justicia, educación, etc..., incluyendo tanto las formas más conocidas de malos tratos llevadas a cabo extrafamiliarmente –físico, negligencia, emocional, sexual–, como de los programas –salud, nutrición, sociales– y de los sistemas sociales-políticas públicas y/o sociales –inadecuadas–.

"Las actuaciones del buen trato se basan en fomentar el bienestar y la autoestima", según expuso Miguel Ángel Vázquez, profesor de la Universidad de Vigo.

El modelo de centro que defendió este profesor es el centro como espacio de vida, que significa que en él se aprovechan las capacidades de las personas, que la residencia convierte en su espacio propio, el centro como entorno de apoyo y la intervención para y desde el proyecto de vida individual.

Ángel Moreno, trabajador social de una oficina de accesibilidad en Huelva, afirmó que cuando se habla de accesibilidad se está haciendo referencia al bordillo de la acera, de escaleras imposibles, de rampas, pero que no sólo son éstas barreras, las mencionables.

CIUDAD REAL/Cristina Fariñas
Foto: Capacitalia

Purificación Causapié, directora general del evento, lo calificó de un salón "importante" y consideró el nombre el evento apropiado, ya que la denominación "Capacitalia" implica una nueva visión de la discapacidad y la dependencia así como la aportación de estos dos colectivos y de las personas mayores a la sociedad.

Causapié afirmó: "Capacitalia constituye un importante momento para la reflexión y para analizar cómo tenemos que seguir avanzando en ese camino y el recorrido que tiene que hacer la sociedad

para permitir a todas las personas su desarrollo".

El Gobierno Central, en este reto, continuó Causapié que seguía apostando poniendo en marcha la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y que había avanzado, en este sentido, ya que en el año 2011 se incorporarán a ese derecho las personas que están en una situación de dependencia moderada.

Además, la directora general del Imsero, adelantó que se está desarrollando el III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad donde se recogen los objetivos y se van marcando las políticas del Gobierno para los próximos años.

“Capacitalia es un reto para seguir avanzando en esa línea, para demostrar que, quienes trabajamos en esto, somos capaces de hacer una sociedad cada día más justa que aprovecha todas las posibilidades de las personas que viven en ella, sea cual sea su situación o su condición”, concluyó Causapié.

Nemesio de Lara, presidente de Capacitalia y de la Diputación dijo, que han organizado este Salón porque les interesan las personas, y han puesto especial énfasis “en aquellas que más nos necesitan”.

“Había que cerrar el círculo con nuevas iniciativas, con Capacitalia, un espacio posibilista donde la discapacidad y la dependencia serán concienciadamente revisadas por los mejores especialistas de España; y se originará una apuesta de futuro que viene a dignificar los intereses de estos campos tan potentes que se cruzan como son la discapacidad y la dependencia”, aclaró de Lara.

Por su parte, el presidente de Castilla-La Mancha, José María Barreda, destacó la iniciativa de la Diputación y la de su presidente, y lo felicitó porque ha sido capaz de transformar su conocida preocupación por las políticas sociales y por los colectivos que más lo necesitan “en un motor que empuje al conjunto de las administraciones y que suscite una unidad que hace que todos nos sentemos juntos en torno a una cuestión que es absolutamente fundamental”.

La alcaldesa de Ciudad Real, Rosa Romero, aseguró que trabajan porque la capital sea más accesible y que nadie se sienta discriminado, aunque ha matizado que “está claro que queda aún mucho por hacer”.

José Luis Requena, director de Capacitalia, señaló durante la inauguración que ha alcanzado tintes de realización un proyecto “ilusionante, oportuno, necesario e integrador”.

Además explicó, igualmente, que con el I Salón Nacional para la Capacidad “hemos querido convertir la capital de la provincia en un foro profesional, demostrativo, empresarial y experimental de referencia nacional en el campo de la discapacidad y la dependencia”.

Educación inclusiva

“Una respuesta adecuada educativa a los alumnos, sólo se puede conseguir por la inclusión”, señaló M^aLuz Sanz, vicepresidenta del CERMI.

Además, esta ponente destacó, en cuanto a lo que la educación inclusiva se refiere, que esta es el medio de mejora para las oportunidades futuras de las personas con discapacidad.

La atención de los alumnos que presentan problemas especiales de discapacidad, centró la intervención de Santiago Palacios, jefe de servicio de Necesidades Educativas Especiales de la Subdirección General de Alumnos, Participación e Igualdad del Ministerio de Educación, quien señaló que son cuatro los pilares fundamentales que sustentan la atención que se debe atender y dar para conseguir la educación inclusiva. En primer lugar, el acceso de los alumnos a los centros de educación, mayoritariamente a los centros ordinarios. En segundo lugar, que puedan permanecer en estos centros a lo largo de toda su escolaridad. En tercer lugar, que progresen en el aprendizaje igual que el resto de los alumnos y, por último, que participen en la vida de los centros.



A la izquierda Purificación Causapié, directora general del Imsero y arriba diversos stands correspondientes al salón de Capacitalia



Accesibilidad universal

En esta Mesa Redonda se habló de que uno de los pilares de las reivindicaciones de las personas con discapacidad es que los espacios sean accesibles para todos.

Miguel Pereyra, asesor del CERMI Estatal y secretario del CERMI, Castilla-La Mancha, en Toledo, señaló que durante la etapa de la LISMI, la silla de ruedas era el icono de la accesibilidad para las personas con discapacidad.

Cuando ya transcurrido el tiempo se comenzó a hablar de Diseño para todos. Accesibilidad Universal. Accesibilidad Global, se expresaba Pereyra, esto significó que existía una ciudad para todos los que tenían dificultad, que podían pasar a todos los sitios.



Numerosos visitantes de la Feria se acercaron a los stands

José Antonio Romero, gerente del CERMI, trató el tema, a través de tres espacios que consideró que eran inherentes a la vida cotidiana y de socialización de las personas con discapacidad.

El primero de ellos era el espacio comunitario, todo aquel que incluye el urbanismo, la vivienda, la ciudad y los pueblos, el transporte, los edificios, etc. El segundo, el espacio personal en el que las personas se desenvuelven a nivel individual y familiar y en el que se deben centrar todos los apoyos que hagan lo posible por favorecer la plena autonomía de la persona.

Finalmente, se pasaba al plano virtual, donde los medios de comunicación e información, especialmente los basados en las Nuevas Tecnologías, muchas veces no hacen de su parcela un lugar accesible; lugares que, sin embargo, deberían serlo para favorecer el acceso de las personas con discapacidad a la información, a la formación y a la participación. Esto se convierte, así en un paso previo a la participación y a la toma de decisiones.

Ambos, abogan por el Diseño Universal como la única forma de ver un mundo que debe ser para todos; y coinciden en que no

hacen falta más de leyes o cambios en las mismas, simplemente es necesario que se cumplan las ya existentes.

Nuevas tecnologías

En la Mesa de Nuevas Tecnologías se habló de que existían grandes desarrollos tecnológicos escasamente aplicados, múltiples ámbitos de aplicación de las tecnologías de apoyo, actividades a potenciar como la movilidad, la orientación, la comunicación, la manipulación y la cognición, y que en determinados sectores emergentes había grandes oportunidades.

Asimismo, se explicaron actividades de la biomecánica que es el estudio del comportamiento de los seres vivos desde el punto de vista de la mecánica.

Los sistemas biomecánicos permiten ayudar al clínico en decisiones clínicas, en la resolución de problemas de salud.

Familia y diversidad

Lo que planteó Isabel Bayonas, presidenta de la Comisión de Familias del CERMI, es que la discapacidad más dura es la sordoceguera.

“El pilar más importante es la familia, pero somos un 50%, porque familias y profesionales tenemos que trabajar siempre juntos para ayudar a todas las personas con esta discapacidad”, afirmó Bayona.

Alicia Beatriz Rosaz, madre de una persona con sordoceguera, señaló que cuando se tiene en la familia una persona con esta discapacidad se cambian los hábitos familiares y los sistemas de comunicación y hay que conservar el respeto individual de cada uno de los miembros de la familia, y para eso es más importante ser un individuo.

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, defendió en el Consejo de Ministros de 26 de noviembre un acuerdo de reforma del Código Civil para prohibir expresamente la atribución de la custodia individual de los hijos e hijas al cónyuge incurso en un proceso por un delito de violencia de género. Además, está previsto que el Consejo de Ministros dé el visto bueno a la inclusión de la condena por violencia de género entre las causas de indignidad sucesoria y deshederación.

“No podemos permitir que quienes golpean y asesinan tengan la custodia de sus hijos. Como tampoco podemos ni vamos a permitir que quienes golpean y asesinan además, se queden con el patrimonio de sus víctimas” explicó.

Pajín realizó este anuncio en el acto institucional de homenaje a víctimas de la violencia machista, celebrado en el Instituto de la Mujer coincidiendo con el Día Internacional contra la Violencia de Género. También asistieron la secretaria de Estado de Igualdad, Bibiana Aído; el secretario de Estado para el Deporte, Jaime Lissavetzky; la directora general del Instituto de la Mujer, Laura Seara, y el delegado del Gobierno contra la Violencia de Género, Miguel Lorente.



Leire Pajín, en el centro de la imagen, durante el acto contra la violencia de género celebrado el 25 de noviembre

Evaluación de un Proyecto Educativo

“Sensibilización”, palabra estrella del Proyecto IMSERSO-PROGRESS

Encaminado a los alumnos para prevenir la discriminación de las personas con discapacidad y personas mayores, colectivos, prioridad del Imserso. Puesto en marcha durante el año 2009 en centros educativos de diversas Comunidades Autónomas. Era hora de evaluar el Proyecto IMSERSO-PROGRESS, y así lo realizó el Instituto, el pasado mes de octubre, mediante unas jornadas de intercambio de experiencias y evaluación, celebradas en el Rectorado de la Universidad Autónoma de Madrid.



La secretaria general del Imserso, Nieves García Santacruz, acompañada por autoridades de la Universidad Autónoma de Madrid

MADRID/ Cristina
Fotos: M^a Ángeles Tirado

Experiencias diversas y evaluación del Proyecto IMSERSO-PROGRESS, fueron abordados durante unas jornadas de intercambio sobre este proyecto que persigue la sensibilización de los alumnos en los centros educativos hacia las personas con discapacidad y mayores con el objetivo último de prevenir que estos colectivos sean discriminados, no sólo



Cuentos educativos de Progress que fomentan actividades positivas hacia las personas mayores

en la actualidad, sino en el futuro, poniendo en marcha un programa de sensibilización de los alumnos desde pequeños.

En el Proyecto han colaborado 65 centros educativos de las Comunidades Autónomas de Madrid, Galicia, Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha y La Rioja. Esta cifra la expuso Nieves García Santacruz, durante la inauguración del evento, quien señaló que lo que se pretendía era mostrar la eficacia del mismo y la sensibilización hacia los colectivos más débiles.

Al Proyecto PROGRESS, se refirió Santacruz, como aquel que aborda diversos planos de trabajo, desde la escuela en la solidaridad y respeto a las diferencias; desde el punto de vista de que los niños y niñas interiorizan muy bien estos principios; de que éstos serán los profesionales del futuro que atenderán las necesidades sociales y que éste entrenamiento de niños y niñas, dará lugar a un futuro libre de prejuicios hacia las personas con discapacidad y mayores.

En el acto de inauguración, estuvieron presentes también, el Sr. Alfaro Arniero y la vicedecana Ana Razoy.

M^a Luz Cid, coordinadora de Estudios y Apoyo Técnico, y responsable del Proyecto PROGRESS, habló de los objetivos del mismo: “fomentar actitudes positivas hacia las personas con discapacidad y mayores como medida de prevención contra la discriminación”.

Los objetivos hacia los alumnos del Proyecto, son destacar los aspectos que rodean a las Personas con Discapacidad y Personas Mayores, la empatía, que se comuniquen de manera positiva y las relaciones intergeneracionales.

Asimismo, Cid se refirió al material didáctico que se había utilizado en los centros educativos: la guía de recursos y los libros de cuentos infantiles.

Los cuentos infantiles han sido realizados por la prestigiosa psicóloga experta en inteligencia emocional Begoña Ibarrola.

En cuanto a la evaluación del Proyecto, las conclusiones a las que se han llegado son excelentes y el grado de participación de los centros educativos participantes ha sido muy alto.

Progresos de los CRMF

Los CRMF expusieron sus experiencias que habían llevado a cabo, en relación al Proyecto PROGRESS, desde el CRMF de Albacete, la directora, Natividad Pérez, dijo que es el mundo el que está mal hecho, no las personas, y es el mundo el que hay que cambiar, sin dejar nada atrás.

Teresa Pena, trabajadora social del CRMF de Bergondo, señaló que en su centro habían creado la Comisión PROGRESS y que 48 personas habían participado en la realización de actividades. El Grupo I de niños más pequeños realizaron un mural artístico y el grupo II, de niños más mayores realizaron una gincana para salvar obstáculos con el objeto de ver las dificultades en el desplazamiento en silla de ruedas y coger objetos.

Francisca Rubio, directora del CRMF de Lardero, en la Rioja, señaló que lo que se persiguió era a través del juego llegar a los niños para sensibilizarlos sobre que la discapacidad es algo real, y que la tienen que conocer porque también a ellos les puede pasar.

La responsable del área del CRMF de Salamanca, Carmen Lazcano, destacó que a través de las actividades en el centro en relación al proyecto PROGRESS, lo

que quisieron transmitir es que “hoy estamos muy bien, pero en cualquier momento nos puede venir la discapacidad”.

En el CRMF de San Fernando, en relación al PROGRESS, se realizaron con escolares: actividades deportivas, talleres, visitas guiadas al CRMF y al CEAPAT, coloquios y charlas en CEIP y convivencia en las calles de San Fernando para vivenciar el tema de la accesibilidad.

Debate de los centros educativos

Representantes de los centros educativos intervinieron durante el acto.

Los colegios plantearon, por ejemplo, que en una sociedad, donde se vive de prisa, lo que antes se transmitía en las familias, ahora se transmite en la escuela, como la idea de que personas mayores vamos a ser todos, y personas con discapacidad puede ser que lo seamos.

Este proyecto, que tiene vocación de apertura, desde el punto de vista de que nosotros seremos mayores más tarde, y lo que se explica a los niños y niñas, más tarde se recibe. Esta idea de dar y recibir concretada en el proyecto PROGRESS, fue compartida también por algún colegio.

Además se habló de que se trata de hacer consciente en los niños y las niñas, que tanto las personas mayores como las personas con discapacidad forman parte de la realidad cotidiana.

Si este proyecto, va a tener continuidad, fue otro planteamiento de los colegios, que expusieron que falta mucha concienciación, puesto que hay muchas personas que tienen difícil acceso a los servicios.

Desde el Inerser se les dijo que intentarían llevar a cabo una segunda fase del Proyecto para que calara en la sociedad.

La Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro que se constituyó en 2009. Sus fines son promover y defender los derechos e intereses de las mujeres con discapacidad, coordinar a las entidades y delegaciones que la integran, denunciar las discriminaciones hacia las mujeres por razón de género y discapacidad, y fomentar el asociacionismo y la unidad del colectivo de mujeres con discapacidad.



Es una confederación que aglutina a seis de las entidades más representativas del país: Federación LUNA Andalucía, Federación LUNA Castilla-La Mancha, Dones no Estàndards de Catalunya, LUNA Valencia, Asociación Amdas-La Fonte Asturias y ACADAR en Galicia.

Al cumplir su primer año la Confederación, su presidenta M^a Ángeles Cózar, valora de forma muy positiva la andadura de la entidad, “pues estamos logrando algunos de nuestros objetivos iniciales: por un lado, las mujeres con discapacidad están obteniendo compromisos por parte de las administraciones públicas, y por otro, estamos fomentando el asociacionismo, como queda patente con la incorporación de nuevas organizaciones”.

Entre los proyectos que se desarrollarán en 2011 se encuentra uno centrado en la violencia que se ejerce contra las mujeres del colectivo y que, según el Consejo de Europa, afecta al 40% de ellas. Por ello, la CEMD el próximo año pondrá en marcha un proyecto de sensibilización y prevención en materia la violencia de género a nivel estatal.

Premio Cultura de la Salud para el Imserso

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) ha sido galardonado con el Premio Cultura de la Salud por sus programas de promoción del envejecimiento activo y de la autonomía de las personas mayores. El galardón fue recogido por la directora general del Imserso, Purificación Causapié, en el transcurso de un acto celebrado el 24 de noviembre en el consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).



MADRID/ J. Zamarro
Fotos: ADEPS

Más de 250 personas asistieron a la entrega de los Premios Cultura de la Salud 2010, en un acto en el que, además de galardonar a profesionales, instituciones y programas que son una referencia en el campo socio-sanitario, la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) celebró un cuarto de siglo dedi-

cado a la educación para la salud.

En su intervención, la doctora María Sáinz, fundadora y presidenta de ADEPS, tuvo palabras de agradecimiento a todos los profesionales, instituciones y entidades con los cuales ADEPS ha compartido su camino en estos 25 años y recordó un

Purificación Causapié recibe el premio de manos de Matilde Fernández, ex-ministra de Asuntos Sociales



viejo adagio pedagógico: “Lo que se dice se olvida, lo que se lee se recuerda, pero lo que se hace se sabe”. Por eso, remarcó que “invertir en salud es invertir en futuro”, e insistió en que “la salud debe ser enseñada y aprendida desde la infancia y hasta la vejez, porque es un continuo vital”.

En el acto también intervinieron el ex ministro de Sanidad, Julián García Vargas; la vicepresidenta adjunta de Organización y Cultura Científica del Consejo Superior de Investigación Científicas (CSIC), Pilar Tigeras; y la directora general del Imserso, Purificación Causapié, en representación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, quienes felicitaron a ADEPS por sus 25 años de vida y auguraron muchos años más de trabajo conjunto.

Premiados

En la categoría de entidades o instituciones, además del Imserso, recibieron el galardón el Hospital Clínico San Carlos, la Obra Social Caja Madrid, el Gobierno de Aragón, la Universidad Rey Juan Carlos y la Junta de Extremadura.

Por su trayectoria profesional fueron premiados, además de García Vargas, el director de Diario Médico, Javier Olave; la investigadora María Ángeles Durán; el investigador y jurista experto en promoción de la salud, Honorio Bando; y dos referentes históricos de la educación para la salud en España, Miguel Costa y Ernesto López.

Por último, en la categoría de proyectos, programas y actividades fueron galardonados la Fundación MAPFRE, la Fundación Española del Corazón, la Escuela Nacional de Sanidad, los Scouts de España (ASDE), la Fundación THAO y el programa “Documentos TV” de RTVE.

El CAMF de Alcuéscar cumple 25 años

El centro de atención a personas con discapacidad física (CAMF) de Alcuéscar conmemoró sus 25 años de existencia en un acto en el que se puso de manifiesto el buen hacer de sus funcionarios y la importante labor desarrollada para conseguir una mayor integración de los residentes.

MADRID/J. Zamarro
Foto: M^a Ángeles Tirado

El acto, celebrado el 29 de octubre en el CAMF, contó con la presencia del anterior presidente de la Junta de Extremadura, Juan Carlos Rodríguez Ibarra; la alcaldesa de Cáceres, Carmen Heras; la secretaria general del Imsero, Nieves García Santa Cruz; el subdelegado del Gobierno en Cáceres, Fernando Solís; y el director del centro, Isidro Moreno, entre otras autoridades.

Durante la celebración se rindió homenaje a empleados y residentes del CAMF y se entregaron los premios "Alquercus" del IX Certamen de Pintura Nacional para Personas con Discapacidad Física que organiza el citado centro. En esta edición se han presentado 53 obras de 33 artistas procedentes de toda España y el ganador del primer premio fue el pintor José Luna por su obra "Ataraxia". En segundo lugar quedó Enrique Muñoz Nieto con el tríptico titulado 'Luz de otoño',

y el accésit recayó en Jesús Valle Julián con su óleo, 'Espacio'.

Nieves García expresó su satisfacción por estar presente en el 25 aniversario del centro "que es un referente a nivel nacional", felicitó a los galardonados con los Premios Alquercus y a los trabajadores, "por su labor a favor de la integración de las personas con discapacidad",

Rodríguez Ibarra, que inauguró el centro en 1986, aseguró que se siente "orgulloso de estar con ustedes 25 años después" y animó a los residentes a "vivir la vida, si lamentarse, aprovechando todo aquello que uno puede hacer; que cada uno aproveche las posibilidades que tiene, que son buenas o malas en función de cómo cada uno quiera observarlas".

También tuvo palabras de elogio para los profesionales del centro: "hay funcionarios que hacen una obra encomiable. Hay que tener mucha vocación para hacer determinados trabajos y las personas que trabajan aquí están asistiendo a otras que no pueden valerse para hacer ciertas cosas, algo que tiene un mérito extraordinario".



Galardonados con los Premios Alquercus y autoridades en la conmemoración del 25 aniversario del CAMF



Serwimedia

La ministra de Sanidad y Política Social, Leire Pajín, afirmó durante el acto de entrega de la IX edición de los Premios 'cermi.es' 2010, que "la integración plena de las personas

con discapacidad se materializa en el empleo".

Pajín señaló el empleo como uno de los ejes de su política, además de la accesibilidad universal o la formación, "como derechos exigibles para las personas con discapacidad y como parte del compromiso por una sociedad más inclusiva y más justa".

Los Premios "cermi.es" distinguen la labor de iniciativas, acciones o la labor de personas o instituciones que destaquen en ámbitos como la inclusión laboral, la investigación social y científica, la accesibilidad universal o en la esfera institucional, en favor de las personas con discapacidad y sus familias. A través de estos galardones "queremos reconocer a aquéllos que han hecho una alianza con la discapacidad", afirmó Luis Cayo Pérez Bueno, presidente del CERMI Estatal. Los galardonados en esta edición han sido: el Grupo Acciona, el Grupo Diles, la Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil, el Centro de Atención a Universitarios con Discapacidad de la UNED, AENA, Encarnación Blanco Egido, Juan Antonio Ledesma, el Ayuntamiento de Málaga, RIINEE, el Grupo BBVA, Pedro Otón, José Rodríguez y Octavio Granada.

Encarnación Blanco Egido fue galardonada con el Premio a la Mejor Acción en beneficio de las mujeres con discapacidad, por su compromiso claro y permanente en favor de las mujeres con discapacidad promoviendo, tanto en la esfera nacional como internacional, así como la transversalidad del género en la discapacidad.



Presidente de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

José María Sánchez-Monje

Una buena salud física mejora las condiciones de salud mental

Equipos multidisciplinares completos en todo el ámbito nacional para una atención integral personalizada a las personas con problemas de salud mental, son recursos esenciales para la mejora de su calidad de vida y una de las exigencias básicas que reivindica el presidente de FEAFES con el fin de recuperar a estas personas para la sociedad en las mejores condiciones.

Cuáles son los principales problemas y carencias de las personas con el trastorno de la enfermedad mental en España?

Son variados. Lo más importante es la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y que los recursos que existen no se desarrollan adecuadamente para atender esos tratamientos personalizados que la persona afectada necesita. De tal manera que un tratamiento comprenda no sólo todo lo que afecta a su parte física sino también lo que afecta a una serie de condicionamientos para poder desarrollarse adecuadamente. Yo diría que hay que desarrollarse dentro de la sociedad y por tanto hay que ver la parte social. Eso implica que en el tratamiento tiene que haber una parte farmacológica y una parte psicoterapéutica, así como rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral. Esto es, lo que nosotros pretendemos es la recuperación para la sociedad en las mejores condiciones. Y respetar sus derechos fundamentales. Información y formación se suman a estas carencias.

Por otro lado, es evidente que hay que respetar los derechos fundamentales de la persona que en muchos casos se sienten conculcados y buscarles situaciones de igualdad de condiciones.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

¿Por qué la sociedad percibe el trastorno mental como un estigma?

Es evidente. Hay una falta de información, y un desconocimiento. Ambas cosas llevan consigo que a veces se produzcan prejuicios y a que se llegue a un estigma y a una discriminación. Nosotros creemos que hay que informar sobre los trastornos mentales y eliminar en lo posible los prejuicios. FEAFES ha hecho distintas campañas como la de "mentalízate" dirigida a los chicos que están en Secundaria y en Bachillerato para que estén informados de los que es la enfermedad mental y que tengan en cuenta que van a encontrarse con situaciones como puede ser el consumo de tóxicos, que pueden favorecerla y hacer que se desarrolle. Es muy importante que vean la enfermedad como otra patología.

Principales Programas y actuaciones de FEAFES

La información y la orientación a la persona con enfermedad mental y sus familias para desarrollar algo tan importante como tener una atención adecuada, buscar y hacer programas de sensibilización y promoción de la salud mental, buscar asesoría jurídica, promoción y formación de voluntariado, también programas de psicoeducación - muy importante para nosotros - lo que llamamos formación de Escuela de Familias, para que aquéllas con alguien afectado sepan en qué consiste la enfermedad y buscar soluciones para resolver problemas, atención domiciliaria, etc... son programas que consideramos básicos. Dentro de FEAFES hay otras muchas actividades que englobamos en acciones, programas de Atención Directa, como programas de inserción laboral, ocio y tiempo libre, actuaciones en el ámbito penal penitenciario que creemos muy importantes, desarrollar empoderamiento de estas personas y buscar programas de sensibilización en general, así como la promoción de la autonomía de la persona y lograr que los recursos de promoción de centros estén adecuados para el fin para el que han sido creados.

Dentro de poco firmaremos un convenio con el IMSERSO para que se sepa en qué consisten esta enfermedad.

En FEAFES hemos creado un Comité de Calidad y establecido un sistema de Gestión de Calidad. Hemos conseguido este mismo año la certificación del sistema de calidad con la Norma USO 2008 con AENOR.

¿CEIFEM, único centro de ámbito estatal en el sector?

Es un valor añadido dentro de FEAFES, como un sistema de Buenas Prácticas en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Ofrece servicios de Información externa e interna, asesoría jurídica, otro específicamente de formación, centro de documentación, publicación y relación con los medios externos. Cinco campos muy complejos y requieren de muchos profesionales para establecer los contactos para dar, en cada caso, la respuesta adecuada a la demanda requerida.

¿Ha evolucionado la investigación en psicofármacos?

Nosotros en la parte clínica no entramos, sí creo que ha evolucionado, pero creemos que hay que investigar mucho más, porque los psicofármacos son mucho mejores en teoría, pero tienen muchos efectos secundarios. Pensamos, y así lo establece la Estrategia de Salud Mental, y creemos que el tratamiento tiene que ser completo, farmacológico y psicoterapéutico, y cohabita-

Creemos imprescindible que se desarrolle la implantación de la Cartera de Servicios en Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Salud



do, pues esta es una parte que consideramos muy importante.

LA FAMILIA, UN PILAR FUNDAMENTAL

¿Cómo debe tratar la familia a un enfermo mental?

La familia necesita tener información de qué consiste la enfermedad, porque se implica enormemente en los problemas de salud mental para que su allegado mejore. Si no tiene una ligera información o formación es difícil que pueda resolver sus problemas. Por eso FEAFES ha desarrollado el doble aspecto de formación e información a las familias. Eso es fundamental. En España más del 88% de las personas con problemas de salud mental viven en familia, con la familia del tipo que sea. Somos dentro del mundo y de Europa el país donde más se acoge a las personas con este trastorno.

¿Qué destacaría del Manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental?

El lema promovido por la Federación Mundial junto con la OMS, nosotros creemos que la salud física es importante y que una buena salud física mejora las condiciones de salud mental.

Ese Día entregamos los Premios Albert Solana de FEAFES, uno, para premiar a personas que trabajan con el tema de la salud física de personas esquizofrénicas relacionadas con el lema, y el otro, relacionado con proyectos de acción social realizado por personas con problemas de salud mental.

Servicios
para
mayores

Atención al Alzheimer: la Witerapia.

La terapia tradicional utilizada con los enfermos de Alzheimer se combina con el uso de la videoconsola Wii de cara a mejorar el funcionamiento de las áreas cognitiva y social de estos pacientes. En el IMSERSO, al igual que se ha venido haciendo en otras entidades, se ha trabajado en esta terapia, en concreto, utilizando el juego Big Brain Academy Wii Degree. Los resultados demuestran que esta iniciativa fomenta, a partir de una base puramente lúdica, la estimulación cognitiva, el ejercicio físico moderado y la interacción social entre los participantes.

En las Jornadas de Puertas Abiertas, celebradas el pasado mes de mayo en el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, Raquel Santelesforo, del Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, del IMSERSO, profundizó en este tema y en sus principales beneficios.

Los objetivos:

- Probar la eficacia terapéutica de Wii-terapia en pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.
- Promoción de un estado de bienestar y mejora de la calidad de vida.
- Fomento de la socialización entre los participantes en la terapia, así como de la autoayuda.
- Estimulación de las funciones cognitivas superiores como la atención, percepción, memoria, orientación, cálculo, razonamiento y lenguaje.

DISEÑO
UNIVERSAL

Colección 'Dolls for All'

El diseño universal ha sido uno de los ejes centrales de las Jornadas de Puertas Abiertas celebradas por el CEAPAT en junio y una de las iniciativas más aplaudidas ha sido la de la empresa alicantina Llorens.

Tras estudiar más de un millar de juguetes y comprobar que, en su mayoría, eran inaccesibles, la empresa comenzó a trabajar en el lanzamiento de la primera colección de muñecas fáciles de usar, al alcance de cualquier niño, incluyendo a aquellos que padecen discapacidades físicas o visuales. Los muñecos están diseñados con materiales ligeros, sus trajes son fáciles de colocar e incorporan elementos diferenciadores al tacto, así como velcros y aberturas amplias.

La experiencia, pionera en el mundo, ha estado coordinada desde la Asociación de Investigación de la Industria del Juguete y ha contado con la financiación del Instituto de la Mediana y Pequeña Industria Valenciana. Los aspectos relativos a la discapacidad física fueron abordados por CEAPAT-IMSERSO y CRMF-Albacete, los referentes a la discapacidad intelectual y física por ASPRONA-La Roda y los concernientes a discapacidad visual por la ONCE.



Niños con deficiencias visuales integrados en el aula

La completa integración en el aula de los alumnos con discapacidades visuales es el principal objetivo del nuevo juego desarrollado por la ONCE, destinado a alumnos de los últimos cursos de Educación Infantil y el primer ciclo de Primaria y que se distingue porque puede ser utilizado indistintamente por alumnos con o sin ceguera, lo que favorece la integración al permitirles compartir el juego.

El protagonista, el caracol Serafín, comparte diecisiete actividades con los niños: cuentos, música y adivinanzas. El juego se completa con una Ludoteca, que refuerza el aprendizaje del sistema braille. "El caracol Serafín" incluye información auditiva y refuerzos verbales, utiliza voces

naturales y juega con la claridad de las imágenes, los contrastes visuales y la disposición de la información visual. El juego está disponible en CD y a través de Internet.

<http://educacion.once.es>



Telecentros útiles

La superación de las barreras de comunicación a las que se enfrentan las personas con discapacidad o de la tercera edad a partir de la aplicación de las Nuevas Tecnologías es el objetivo perseguido por el convenio recientemente firmado por la Fundación Orange y la Asociación Comunidad de Redes de Telecentros. Se trata de fomentar el uso de las aplicaciones desarrolladas por la Fundación dirigidas a estos colectivos en la red de centros de acceso público a Internet de las Comunidades Autónomas.

En una primera fase, los usuarios de los telecentros podrán acceder a diferente software descargable de Internet, como es el caso de: EDAD (Estimulación Dinámica y Alfabetización Digital), un curso de iniciación al uso del PC e Internet que previene el deterioro cognitivo de las personas mayores; el proyecto AZAHAR, aplicaciones de comunicación, ocio y planificación ejecutadas desde el teléfono móvil, que mejoran la calidad de vida de las personas con autismo o discapacidad intelectual; e IN-TIC, que permite que personas con diversidad funcional incrementen su autonomía personal.

www.comunidaddetelecentros.net // www.fundacionorange.es



Centro de Referencia en Accesibilidad y Estándares Web

Dependiente del Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO), este centro persigue la completa accesibilidad de las páginas web de la Administración General del Estado, a partir del estudio de su estado actual y la aplicación de los estándares W3C, organiza acciones formativas orientadas a la creación de contenidos accesibles y ofrece acceso libre a múltiples guías sobre el tema desde su página web.

www.inteco.es/Accesibilidad

Una cita: I Congreso Nacional de Nuevas Tecnologías Accesibles para la Discapacidad

El Auditorio de la Ciudad de León acogió, a finales de noviembre, la primera edición de esta convocatoria, impulsada por el Centro de Tecnologías Accesibles (CENTAC). El objetivo pasa por dar a conocer las posibilidades que las nuevas tecnologías ofrecen en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

En el próximo número de Autonomía Personal incluiremos más información sobre el evento.

Vivienda domótica del CRMF de San Fernando "Aprendiendo a vivir"

La vivienda domótica, impulsada por el Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF) de San Fernando, centro dependiente del IMSERSO (Ministerio de Sanidad y Política Social), nace con objeto de ayudar a las personas con discapacidad a vivir de forma autónoma en un entorno accesible. Su origen se remonta a la organización por parte del CRMF en 1996 de unas jornadas sobre accesibilidad dirigidas a profesionales de la arquitectura donde una de las empresas participantes presentó una vivienda con mecanismos de control, en la que el Centro vio amplias posibilidades para las personas con discapacidad y de la tercera edad. Tras la realización de diferentes reuniones que desembocaron en una maqueta experimental con funcionamiento real, en 1997 se presentó el "Proyecto de vivienda accesible con sistema de control electrónico integral y energía limpia".

Se inicia, de este modo, en el CRMF a través de la correspondiente Delegación del CEAPAT, la adaptación de una amplia vivienda existente en el recinto, dotándola de sistemas técnicos que realizan múltiples funciones, conectados entre sí y a la red interior y exterior de comunicaciones. Se insistió en la aplicación de soluciones que facilitarían el desarrollo de las tareas cotidianas así como la seguridad en el entorno. Periódicamente, pasan por esta vivienda grupos de personas con discapacidad que forman parte del denominado "Taller de Vida Independiente", mediante el que se persigue que los usuarios aprendan a decidir cómo vivir de acuerdo a sus preferencias, así como a desarrollar actividades cotidianas: mantenimiento de la casa, higiene personal, tareas domésticas y gestión de la economía doméstica.

La experiencia dura entre dos y cuatro meses y la incorporación de cada grupo exige la reprogramación del sistema de la vivienda en función de las limitaciones funcionales de los nuevos inquilinos. A su llegada, la actitud suele ser un tanto reticente, por la falta de confianza en las posibilidades de las Nuevas Tecnologías. Sin embargo, a la salida, el sentimiento general es la seguridad de estas personas en su capacidad

Sigue pag. siguiente

Servicios
para
mayores

Móviles a medida

Simple, fáciles de usar, con buena visibilidad y mejor ergonomía. Estas son las características que los más mayores exigen a cualquier teléfono.

La compañía Doro ha convertido los móviles para la tercera edad en el centro de su actividad. Los terminales se caracterizan por disponer de amplios botones y de una pantalla que despliega números y caracteres en gran tamaño, así como por incorporar un botón de emergencia en la parte trasera, programado para mandar mensajes cortos a cinco números previamente seleccionados y hacer llamadas preprogramadas en caso de urgencia.



La empresa sueca comercializa tanto teléfonos inalámbricos como terminales móviles. En España los productos

pueden encontrarse en El Corte Inglés o en los Centros Gaes. www.doro.com

NUEVOS PROYECTOS nuevas investigaciones

La rehabilitación virtual, el futuro de "la especialidad de la dependencia"

La rehabilitación virtual está llamada a revolucionar el sector de la dependencia en un futuro inmediato ante la necesidad de ahorrar costes y de poder atender a un mayor número de pacientes. Así lo ha declarado Inmaculada García, presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), en la 48 edición del congreso de la entidad, celebrado el pasado mes de junio.

Se trata de un área multidisciplinar que aúna campos como la realidad virtual, la imagen médica, la bioelectrónica, la inteligencia ambiental o las interfaces naturales entre hombre y máquina para lograr terapias mejoradas y sostenibles. A partir de la utilización de programas informáticos, así como de tecnologías gráficas, interactivas y de comunicación, se



evitan desplazamientos, pudiendo tratarse todo tipo de enfermedades, en especial crónicas, como es el caso de los pacientes tetrapléjicos o con daños cerebrales. Entre 2010 y 2030, existirá un "déficit grave" de rehabilitadores, de ahí que la SERMEF haya solicitado al Ministerio de Sanidad que se incremente el

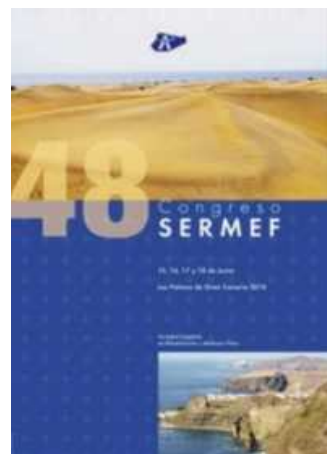
cupo anual de Médicos Internos Residentes

www.sermef.es

Un blog: Empléate a fondo

Auspiciado por la Fundación ONCE y enmarcado en el Programa "Por Talento", se trata de un punto de encuentro para todas aquellas personas con discapacidad interesadas en el empleo y la formación. Los usuarios pueden compartir comentarios, sugerencias y análisis en un entorno en el que se fomenta la discapacidad.

<http://port talento.weblogs.port talento.es/>



Software gratuito para personas con parálisis cerebral

El Proyecto Sitplus es una aplicación de software dirigida a personas que padecen parálisis cerebral, a quienes permite, de forma gratuita, desarrollar actividades lúdicas. Desarrollado por la Asociación Provincial de Parálisis Cerebral (APPC) de Tarragona y CREA Sistemas Informáticos, la primera versión pública de Sitplus acaba de ver la luz, tras tres años de investigación. El software ofrece nuevas formas de interacción basadas en visión artificial y voz, para generar un resultado inmediato en forma de imagen y sonido.

Con la publicación de la herramienta, así como de un espacio web dedicado al proyecto, se persigue el doble objetivo: ofrecer esta tecnología a entidades y familias y abrir la puerta a la colaboración para continuar mejorando la herramienta. Ya son varias en España las entidades que están utilizando y colaborando con el proyecto a través de dicho espacio.

<http://sitplus.appctarragona.org>



Una oferta

Vodafone España ha firmado un acuerdo con COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica) que permite a las entidades pertenecientes a la misma disfrutar de descuentos de hasta el 40% en sus comunicaciones de voz y datos, así como en dispositivos. La operadora ha desarrollado ofertas específicas de oficina móvil, ADSL y llamadas.

para vivir solos y de forma autónoma. Con frecuencia, sus experiencias han permitido la incorporación de nuevas prestaciones en el sistema domótico y la mejora de las prestaciones, favoreciendo la evolución del mismo.

- Prestaciones del proyecto básico entre los años 1997 y 2009
- Control de iluminación: encendido y apagado de luces a partir de detectores pasivos o barreras de paso y conforme la intensidad de la luz solar mediante un detector crepuscular. Las luces se accionan de forma temporizada o fija. Pulsadores en lugares accesibles. Función guía para la activación por la noche de las luces del recorrido establecido por el usuario.
- Ahorro energético: conexión y desconexión de la corriente de acceso a los electrodomésticos. Conexión conforme a las prioridades marcadas por el usuario. Acumuladores de calor.
- Control de climatización: por zonas y horarios. Control del riego.
- Control de persianas y toldos: temporización semanal de la subida/bajada de las mismas. Control general automático a través de detectores: anemómetros (bajan las persianas al detectar viento), crepusculares (las suben y bajan conforme la luz solar), etc.
- Seguridad activa: simulación de presencia mediante un pulsador.
- Funciones especiales: el sistema permite la conexión al mismo de multitud de periféricos estándar (sensores de paso, etc) o específicos para personas con discapacidad.
- Control remoto: mediante mando a distancia infrarrojos o la voz.
- Mejoras de las prestaciones del proyecto básico año 2010
- Control remoto mediante pantalla táctil: equipada con 50 páginas de distintos escenarios que pueden controlarse táctilmente. Dispone de conexión IP y puede recibir correos electrónicos.
- Control remoto mediante PC: se puede acceder a la pantalla por IP y manejar la instalación de forma remota.
- Control remoto mediante mandos amigables: todas las funciones de la casa pueden ser controladas mediante mandos adaptados a las necesidades específicas de cada persona.
- Mejora en las condiciones energéticas, medioambientales y funcionales: paneles solares para el abastecimiento de agua caliente sanitaria, mejora del envolvente del edificio mediante una fachada ventilada y mejoras de las condiciones funcionales.

El 67 por 100 de las personas beneficiarias son mujeres

Ya son 654.499 personas las que disfrutan, a 1 de diciembre de 2010, de alguna prestación o servicio de los regulados en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La mayoría, un 67 por 100, son mujeres.

MADRID/ Rosa Lucerga

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles.

El Catálogo de Servicios del Sistema es el siguiente:

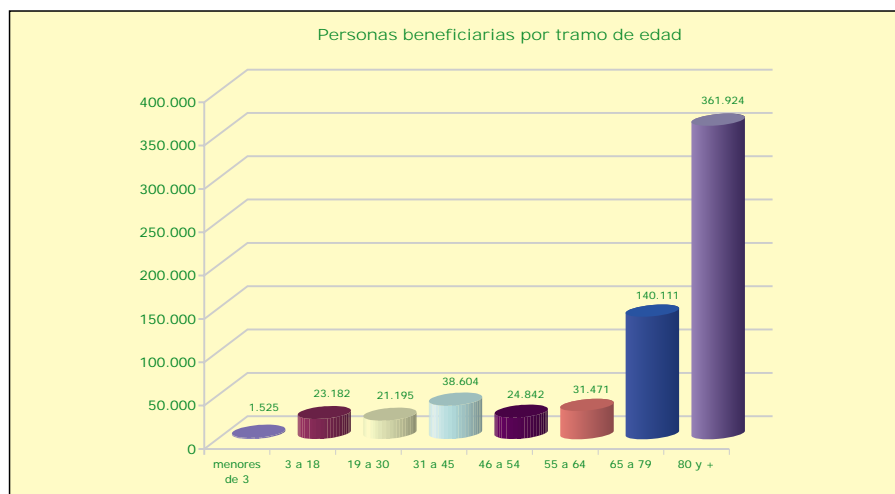
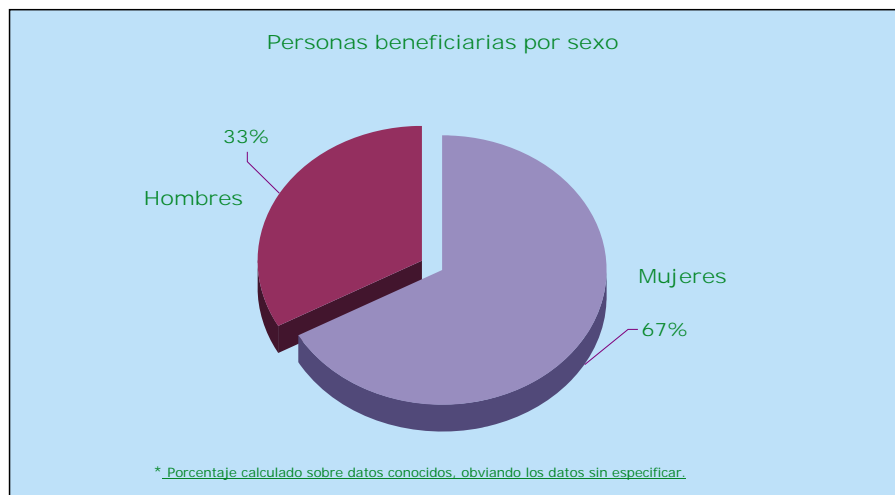
- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
 - Servicio de Teleasistencia.
 - Servicio de Ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
 - Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para mayores.
 - Centro de Día para menores de 65 años.
 - Centro de Día de atención especializada.
 - Centro de Noche.
 - Servicio de Atención Residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

– Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Según los datos registrados a 1 de diciembre de 2010 las solicitudes presentadas en todo el territorio nacional ascienden ya a 1.482.375 y sigue siendo Andalucía la Comunidad con más solicitantes:

398.216, lo que representa casi un 27% del total.

Respecto al porcentaje de la población general que ha presentado solicitudes, también los andaluces van en cabeza. Un 4,80 % de personas residentes en Andalucía solicitan reconocimiento de dependencia. Frente a Canarias, con 1,68%, o Madrid con 1,81 %, que



por alguna razón se retraen a la hora de pedir ayudas.

En cuanto al perfil de solicitantes, es significativo que el 65% de los mismos sean mujeres y sólo un 35% sean varones. Esta diferencia tan pronunciada parece estar motivada por la diferencia en esperanza de vida, teniendo en cuenta que el 79% de las solicitudes es de personas mayores de 64 años.

Si nos fijamos en la marcha del proceso valorador, observamos que el porcentaje nacional de dictámenes realizados respecto a las solicitudes presentadas es del 91,38%. En cabeza de la valoración está Cantabria con un 99,54% de dictámenes realizados, frente a Canarias con un 79,30%.

Si queremos conocer la gravedad de las personas que ya han sido dictaminadas, vemos que un 36,06% están calificados con un grado III, un 29,57 con un grado II, un 22,22% con un grado I y un 12,16 sin grado. En todo caso estos datos cambiarán significativamente según entren en vigor nuevas fases de aplicación de la ley que incluyan la concesión de prestaciones grados más moderados.

Respecto al tipo de prestaciones, la más habitual es la prestación económica para cuidados familiares que supone un 48,38% del total de prestaciones.

Y es particularmente significativa la escasez de prestaciones para asistente personal. Sólo 735 beneficiarios disfrutan de esta prestación, lo que supone el 0,09% del total de prestaciones. Y lo que es más significativo aún, 569 prestaciones para asistente personal se han concedido en el País Vasco. Es conveniente recordar que los asistentes personales apoyan en gran medida a las personas con limitaciones funcionales muy importantes, pero con actividad social y laboral. En este mismo número publicamos un reportaje sobre empleo de personas con discapacidad donde Paco Guzmán nos cuenta la trascendencia de esta figura en su desempeño profesional.

En cuanto al porcentaje de personas que son ya beneficiarias con prestaciones del sistema, vemos que hay 1,40% de toda la población del Estado Español. Son Cantabria y la Rioja las Comunidades con mayor proporción de beneficiarios: un 2,32% y un 2,37% respectivamente.

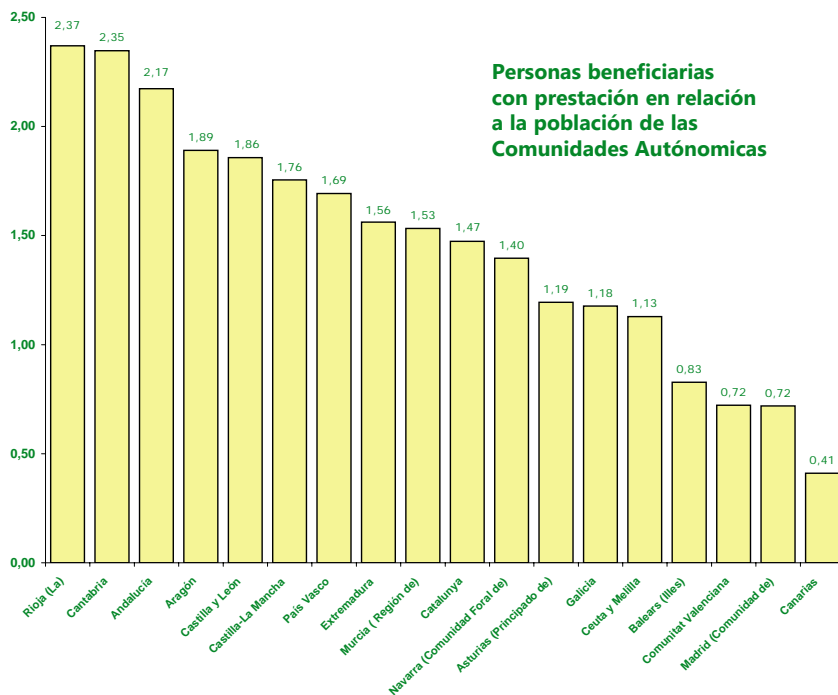
Las Comunidades que viajan en vagón de cola, con menos proporción

de beneficiarios son: Canarias con un 0,41, Madrid con un 0,72 y la Comunidad Valenciana con un 0,72.

Para ampliar información y consultar todos los datos relacionados con el SAAD, puede visitarse la página del Portal de la Dependencia, a través de la página web del Imserso: www.imserso.es

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Personas beneficiarias con prestaciones	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.302.923	17,76	180.402	2,17
Aragón	1.345.473	2,88	25.434	1,89
Asturias (Principado de)	1.085.289	2,32	12.964	1,19
Baleares (Illes)	1.095.426	2,34	9.060	0,83
Canarias	2.103.992	4,50	8.645	0,41
Cantabria	589.235	1,26	13.832	2,35
Castilla y León	2.563.521	5,48	47.598	1,86
Castilla-La Mancha	2.081.313	4,45	36.541	1,76
Catalunya	7.475.420	15,99	110.140	1,47
Comunitat Valenciana	5.094.675	10,90	36.776	0,72
Extremadura	1.102.410	2,36	17.215	1,56
Galicia	2.796.089	5,98	32.897	1,18
Madrid (Comunidad de)	6.386.932	13,66	45.910	0,72
Murcia (Región de)	1.446.520	3,09	22.178	1,53
Navarra (Comunidad Foral de)	630.578	1,35	8.801	1,40
País Vasco	2.172.175	4,65	36.765	1,69
Rioja (La)	321.702	0,69	7.624	2,37
Ceuta y Melilla	152.134	0,33	1.717	1,13
TOTAL	46.745.807	100,00	654.499	1,40

(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2009. Real Decreto 1918/2009, de 11 de diciembre.



CEN de TROS

R E F E R E N C I A



Los centros tienen como uno de sus fines promover la eficacia de sus recursos

PROMOTORES DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Buques insignia del IMSERSO, los centros de referencia, recursos de los servicios sociales, están dedicados a la innovación y mejora de centros y servicios que trabajan para las personas en riesgo o en situación de dependencia en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Madrid/Cristina Fariñas. Fotos: M^aÁngeles Tirado

Creados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y gestionados directamente o en colaboración con otra Administración o Entidad Pública o privada.

Los centros tienen como fin promover la innovación o la mejora de la calidad y eficacia de los recursos, sean estos centros,

servicios y programas, métodos o tecnologías para un sector determinado de personas con discapacidad o de personas mayores en situación de dependencia, con el objeto de servir de referencia para todos los recursos del Estado en el sector o materia objeto de su especialización.

En este sentido podrán desarrollar los siguientes cometidos:

- Centro de gestión del conocimiento para la promoción, desarrollo y difusión de datos e informaciones sobre una materia o sobre alguno de los sectores de personas en situación de dependencia, a efectos de impulsar la innovación y la mejora de la calidad de los recursos de ese sector.
- Centro de alta especialización en el desarrollo de experiencias innovadoras o buenas prácticas en materia de prevención, promoción de la autonomía personal y atención integral a un sector determinado de personas en situación de dependencia.

Los Centros de Referencia Estatal podrán dedicarse en exclusiva a la gestión de conocimiento o, además, podrán desarrollar funciones de alta especialización, a cuyo fin, podrán disponer de servicios de atención directa, generadores de buenas prácticas para el desarrollo del catálogo de servicios establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

MISIÓN

La misión de estos centros es la promoción y mejora de los recursos de un sector de atención a personas mayores o a personas con discapacidad en riesgo o en situación de dependencia, a través de:

- Recopilación, análisis y difusión de datos, informaciones y conocimientos en la materia en la que están especializados.
- Fomento y desarrollo de estudios e investigaciones sobre estos colectivos o materias.

- Impulso, programación e impartición de acciones de formación y cualificación de profesionales
- Desarrollo y validación de programas innovadores y de métodos y técnicas de intervención en la atención sociosanitaria de personas en situación de dependencia.
- Promoción y desarrollo de buenas prácticas en materia de prevención de la autonomía personal y atención a las personas dependientes en quienes están especializados, de acuerdo con el catálogo de servicios de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Atención a las familias y a las asociaciones a través de acciones de información, asesoramiento, formación y apoyo.

apoyo.

- Impulso de planes de mejora de la calidad y desarrollo de criterios comunes de acreditación y de evaluación de centros, programas y servicios.

• Asesoría técnica a las entidades, públicas y privadas, y a los profesionales que desarrollen su trabajo en el ámbito de su especialización.

“El centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (CREA) tiene como principal objetivo convertirse en Centro Especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre Alzheimer u otras demencias y en la atención e intervención con las personas afectadas y sus familias”, según afirma María Isabel González Ingelmo, directora del centro.



**CENTRO DE REFERENCIA
ESTATAL DE AUTONOMÍA
PERSONAL Y AYUDAS
TÉCNICAS, CEPAT**

El Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, Ceapat, tiene como misión contribuir a hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad y personas mayores, a través de la accesibilidad integral, los productos y tecnologías de apoyo y el diseño pensado para todas las personas.

Dirección: c/Los Extremeños,1-28018-Madrid-
Tfno: 91-703-31-00



Cristina Rodríguez Porrero,
directora del CEPAT

El CEPAT trabaja en redes nacionales e internacionales, y es miembro activo de foros y plataformas tecnológicas. La celebración del vigésimo aniversario ha servido para hacer un balance de estos años. El foro iProa se crea para difundir la información sobre productos de apoyo en todo el territorio, a través de los centros colaboradores en las Comunidades Autónomas. Este año se ha inaugurado el primer Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Productos de Apoyo, CIAPAT, en Buenos Aires, Argentina, que ayudará a facilitar la colaboración e intercambio de conocimiento en los países de iberoamérica. El CEPAT dispone de un Catálogo informativo de productos de apoyo. En el Plan Estratégico para los años 2010-2013 se recogen las acciones relevantes para cumplir las metas propuestas en el entorno presente y próximo. EL CEPAT ha sido galardonado con el premio CERMI de I+D+I”.

Cristina Rodríguez Porrero, directora del Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas señala: “uno de los trabajos principales del CEAPAT es elaborar documentación de referencia y tenerla disponible con el fin de difundir el conocimiento y facilitar avances significativos y sostenibles en los campos de la accesibilidad, el diseño para todos y los productos de apoyo”.

Inmaculada Gómez Pastor, directora del Centro de Atención al daño Cerebral, CEADAC, declara: “nuestro principal objetivo es que nuestra labor repercuta en todos los territorios del Estado, encaminándonos hacia la innovación de nuestro sector, difundiendo determinados conocimientos, tecnologías o métodos de probado impacto en la mejora de nuestro ámbito”.

ORGANIZACIÓN

Los procesos fundamentales de trabajo, relacionados con su misión que interactúan entre sí, son:

- Atención directa: incorpora, desarrolla o valida experiencias o prácticas de atención, de organización, de gestión, de cooperación y de coordinación.
- Generación de conocimiento: diseña y realiza estudios monográficos e investigaciones traslacionales, participa en redes nacionales o europeas de investigación y elabora normas técnicas.
- Transferencia de conocimiento: mediante la formación de especialistas y el desarrollo de productos formativos, la creación de Foros de debate e intercambio de experiencias y la difusión a través de portales temáticos y centros de documentación.

Nuria Mendoza directora del centro, señala: “Los servicios que presta el CRE de San Andrés de Rabanedo en León son servicios de prevención y promoción de la autonomía personal y de apoyo social para personas con grave discapacidad física, servicio de consulta, servicio de información y documentación, servicio de formación especializada, servicio de promoción de estudios e investigaciones y servicio de consultoría y asistencia técnica, entre otros”.

ESTRUCTURA

Estos centros cuentan con dos unidades diferenciadas que trabajan, no obstante, de manera interconectada:

- ✓ Área de gestión de conocimiento.



CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL, CEADAC

El Ceadac es un Centro de Referencia Estatal dependiente del Imsero dedicado a la rehabilitación integral e intensiva de personas con lesión cerebral adquirida y no progresiva.

Dirección: c/Río Bullaque, 1-28034-Madrid-
Tfno: 91-735-51-90



Inmaculada Gómez Pastor
directora del CEADAC

“El CEADAC nace por orden TAS/55/2002, como centro de referencia público, lo que nos sirve de estímulo y refuerzo para continuar en la línea de trabajo comenzada y en la que falta tanto por hacer. Los programas de rehabilitación son diseñados de manera individualizada para cada usuario y tienen un tiempo determinado, trabajando por consecución de objetivos. Este modelo de actuación, evidenciado científicamente por diferentes autores (COPE DN et al., Fryer LJ, Haffey WJ., Johnston MV, Lewis FD. Malec et al., Evans RW, entre otros), pretende aprovechar la plasticidad cerebral, y mediante una rehabilitación de carácter holístico, y teniendo en cuenta tanto el aspecto físico como el cognitivo, conseguir la mayor autonomía posible para el usuario, que ha tenido un daño cerebral adquirido y no progresivo. Además del abordaje propio del propio usuario no podemos olvidar la importancia del tratamiento familiar. Este año la Fundación Caser, ha concedido al CEADAC dos premios a la investigación e innovación”.

Esta área utiliza “el capital intelectual” (conocimientos, datos e informaciones), el desarrollo del “capital humano” y la extensión de las nuevas tecnologías como factores de innovación y de cohesión del sector de atención a las personas con dependencia.

La gestión del conocimiento se basa en general y/o recopilar los conocimientos actualmente disponibles sobre estas materias, validar o acreditar las buenas prácticas y difundir estos conocimientos y prácticas de forma selectiva entre profesionales y organizaciones mediante:

- Estudios e investigaciones.
- Innovación.
- Información y documentación.
- Formación especializada.
- Cooperación institucional.

✓Área de atención directa.

El Área de atención directa de los CRE está orientada al desarrollo de buenas prácticas en aplicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia a diferentes colectivos de personas en situación o en riesgo de dependencia y a sus familias, que serán objeto de difusión posterior en formato de “experiencias innovadoras”, “guías”, “protocolos”, “indicadores”, etc.

Los CRE ofrecen, en coordinación con las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, los siguientes servicios:

- Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Atención residencial.
- Centro de día/centro de noche.
- Apoyo a familias y ONGs.

USUARIOS

Los usuarios de los servicios de atención directa de prevención y promoción de la autonomía personal y del programa de respiro familiar del servicio de intervención en familias y cuidadores y organizaciones no gubernamentales, en régimen residencial, de centro de día o de centro de noche, deberán reunir los siguientes requisitos:

✓Requisitos generales.

- Residir en el territorio español y haberlo

hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

- Ser beneficiario del Sistema de la Seguridad Social o tener derecho a las prestaciones de Servicios Sociales en virtud de ley o convenio internacional.
- Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados.
- Estar en la franja de edad objeto de atención del centro.



CRE DE ALZHEIMER DE SALAMANCA

EL CRE de Alzheimer de Salamanca dependiente del Imsero, se configura como un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre el Alzheimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y sus familias.

Dirección: C/ Cordel de Merinas de Chamberí, 117,c/v a c/Río Mondego,s/n-37008-Salamanca- Tfn: 923-285-700



María Isabel González Ingelmo
directora del CREA de Salamanca

EL CREA de Salamanca es un centro especializado y avanzado en investigación psicosocial, análisis, conocimiento del Alzheimer u otras demencias y de intervención con las personas afectadas y sus familias de cualquier punto de España.

Desde su puesta en marcha, un amplio y formado equipo de profesionales trabaja desde el CREA en el ámbito de la investigación, la formación y la intervención directa para avanzar en estos tres ámbitos.

El CREA tiene entre sus prioridades, impulsar las líneas de investigación específicas sobre la enfermedad de Alzheimer y promover otras a desarrollar en distintas Universidades y Centros de Investigación. Se trata de ofrecer un servicio estatal que posibilite el trabajo en red, que permita el desarrollo y la transferencia del conocimiento sobre estas enfermedades y su adecuado tratamiento interdisciplinar. Para ello, lleva a cabo investigaciones que valoran el impacto de la enfermedad.

Pretende, además, desarrollar la especialización sectorial de la intervención en el sistema de atención a las personas dependientes y promover e impulsar, de una forma coordinada, foros de encuentro, intercambio de conocimientos y cooperación con todos los actores relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias”.

• No padecer enfermedad transmisible, en fase activa, y no necesitar de atención médica cualificada, de forma continuada, en instituciones hospitalarias.

• No presentar crisis en fase activa con alteraciones graves que puedan perturbar la normal convivencia en el centro o que impidan beneficiarse de dichos servicios.

• Superar el periodo de adaptación y observación para ser usuario del centro, que no podrá ser mayor de tres meses, prorrogables, en casos excepcionales, por otros tres.

✓Requisitos específicos.

Además de los requisitos generales los usuarios necesitan reunir unos requisitos específicos:

• Ser persona en situación de dependencia del sector objeto de especialización del centro.

• Estar comprendido en el tramo de edad al que sea aplicable cada programa o servicios que se desarrolle en el centro.

- Presentar características personales que hagan a la persona susceptible de beneficiarse de los servicios y programas establecidos en el centro.

Los requisitos específicos se valoran por el equipo multiprofesional, mediante criterios técnico-facultativos. Este equipo también hará una propuesta de selección de los usuarios que cumplan con los requisitos establecidos en el Real Decreto por el que se regulan los Centros de Referencia Estatal del Imserso y ámbito de actuación de los Centros de Referencia Estatal del Imserso.

FUNCIONES DE LOS CENTROS DE REFERENCIA

Los Centros de Referencia Estatal para el cumplimiento de sus fines tendrán como funciones principales las siguientes:

- Recopilar, analizar y difundir datos, informaciones y conocimientos sobre el colectivo o materia en la que están especializados.
- Fomentar y desarrollar estudios e investigaciones sobre materias de su especialización.
- Impulsar, programas e impartir acciones de formación y de cualificación para profesionales y personal cuidador.
- Desarrollar o validar nuevos modelos, programas, métodos y técnicas de intervención.
- Promocionar o desarrollar experiencias innovadoras y buenas prácticas en materia de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, atención integral e inserción social de personas en

situación de dependencia, a partir de la atención especializada directa.

- Colaborar con las familias, grupos y asociaciones a través de acciones de información, asesoramiento, formación y apoyo.
- Impulsar la utilización de los productos de apoyo y la accesibilidad universal y diseño para todos como medios de equiparación de oportunidades.
- Impulsar planes de mejora de la calidad y desarrollar criterios comunes de acreditación y de evaluación de centros, programas y servicios.

- Establecer cauces de cooperación y colaboración con entidades públicas y privadas que trabajan en el sector o materia de su especialidad.

- Llevar a cabo cualquier otra función que en materia de su especialidad y en orden al cumplimiento de sus fines le sea encomendada por el Ministerio de Sanidad y Política Social o a propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

“El Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras y sus Familias, Creer, tiene funciones de recopilación de información e investigación sobre todos aquellos aspectos sociosanitarios relacionados con las enfermedades raras”, según declara Miguel Ángel Ruiz, director de Creer.

PERSONAL

Los centros están integrados por:

- Equipos multidisciplinares, integrados



CRE DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA DE SAN ANDRÉS DE RABANEDO, LEÓN

El Centro de Referencia Estatal de San Andrés de Rabanedo, León, dependiente del IMSERSO, se configura como un centro especializado y avanzado en investigación, innovación, información y documentación sobre personas con grave discapacidad física, intelectual o sensorial en riesgo o situación de dependencia, y para su atención personal, habilitación o rehabilitación, formación e integración psicosocial.

Dirección:

C/Limonar de Cuba, c/v c/Antonio Pereira
24010- San Andrés de Rabanedo, León-
Tfno: 987-843-300



Nuria Mendoza

directora-gerente del CRE de San Andrés de Rabanedo, León

“El centro intenta realizar un análisis de la especial significación y relevancia estratégica para la sociedad, la investigación, el desarrollo y la innovación en las áreas del deporte, rehabilitación y de las Tecnologías Accesibles, intentando llevar a cabo las acciones necesarias para acercar el deporte y las tecnologías a todos los ciudadanos, independientemente de sus diversidades funcionales. El centro se plantea, en el futuro, el fomento de las estancias de investigadores nacionales e internacionales dentro de las líneas de referencia del centro. Es de especial importancia el promover las estancias en las mismas del personal investigador predoctoral y posdoctoral de Universidades Nacionales e Internacionales, con el objeto de promocionar, enriquecer, divulgar y cooperar con otros organismos, poniendo especial énfasis en la proyección social de sus actividades. También presentará trabajos y publicaciones originales derivadas de su ámbito de actuación, en Congresos Nacionales e Internacionales, en especial en Deporte Adaptado y sobre la rehabilitación en plataformas tecnológicas de bajo coste”.

por profesionales procedentes de diferentes áreas de conocimiento y con competencias y cualificaciones profesionales complementarias. Del ámbito de la salud, con perfil psicosocial y expertos en empleo.

- Personal de apoyo. Expertos e investigadores asociados de carácter temporal.

ESPACIOS E INVERSIÓN EN LOS CENTROS

Los centros se han construido siguiendo los criterios de accesibilidad universal y diseño para todos. Las instalaciones son modernas y funcionales y todos los espacios están dotados de la necesaria infraestructura para el funcionamiento de las nuevas tecnologías de la información.

La organización de los espacios se estructura en:

- Dirección y Administración.
- Servicios Generales.
- Área de Gestión del Conocimiento.
- Área residencial y centro de día.

La Atención Residencial se organiza en Unidades de Convivencia. Los espacios de estas unidades responden a un diseño lo más normalizado posible, en el que se tienen en cuenta las necesidades de los usuarios y se ofrecen soluciones lo más parecidas a las de un hogar. Permiten la personalización de los apartamentos y de las pertenencias y son cuidadosos de la intimidad y privacidad de los residentes.

Los Cre son recursos públicos. La dotación económica para el funcionamiento de estos centros se contem-

pla anualmente en el Presupuesto de Gastos y Dotaciones del Imserso.

CENTROS DE REFERENCIA EN 2010

Centros en funcionamiento:

- CEAPAT, Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, en Madrid.
- CEADAC, Centros de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral, en Madrid.

- CRE de Alzheimer de Salamanca.

- Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de San Andrés del Rabanedo, en León.

- CREER, Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus familias, en Burgos.



CRE DE ENFERMEDADES RARAS, CREER DE BURGOS

El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus familias de Burgos, Creer, dependiente del Imserso, se configura como un centro avanzado en la promoción, desarrollo y difusión de conocimientos, experiencias innovadoras y métodos de atención a personas con enfermedades raras, y de alta especialización en servicios de apoyo a familias y cuidadores y en servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y participación social de las personas con dichas enfermedades.

Dirección: C/Bernardino obregón,24-09001-Burgos-
Tfno: 947-253-950



Miguel Ángel Ruíz Carabias
director del CRE de Burgos

“Es necesario diferenciar y conceder rango propio a las enfermedades raras como una de las líneas de intervención social y soporte comunitario más importantes y prioritarias en la esfera de los poderes públicos y el sistema de protección social. Cicerón ya dijo hace unos años, que no basta con adquirir sabiduría, que además es preciso saber usarla, pues bien este afán y con el convencimiento absoluto de que el conocimiento puede viajar a través del espacio y del tiempo, y no así las personas con enfermedades raras o sus familias, es necesario difundir cuantas iniciativas llevamos a cabo a través de la investigación, la formación y la intervención directa con personas afectadas y sus familias. EL CRE de Burgos es un centro de personas con enfermedades raras y no de enfermedades raras. Los Proyectos Futuros se enmarcan en la línea de conseguir una mayor calidad de vida, autonomía personal e integración social del colectivo, y para ello, estamos trabajando en modelos de atención a personas con enfermedades raras y sus familias, modelos de coordinación sociosanitaria con CCAA y Tercer Sector, etc...”

Además están en creación otros centros de referencia. En construcción o proyecto.

- CRE de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, en Valencia.

- CRE de Atención a Personas Mayores en Soria.

- CRE para Personas Mayores en Situación de Dependencia, en León.

- CRE para Personas con Graves Discapacidades Neurológicas, en Langreo, Asturias.

Información:

www.imserso.es
Tel.:901 109 899

Reportaje

por
Rosa Lucerga

La contratación de trabajadores con discapacidad ha aumentado en 29.606 personas en los seis primeros meses del año, una cifra que supone un incremento del 19,2 por ciento con respecto al mismo período de 2009. En un momento de crisis económica en el que se superan los 4 millones de parados, ¿cómo es posible que en el sector de la discapacidad, se incremente el empleo? La noticia resulta sorprendente, aunque el empleo de personas con discapacidad tiene sus luces y sus sombras y su valoración, matices.

Crece el empl en época de c



La tasa de contratación de per

Como los hechos son sagrados y la opinión libre conocemos en primer lugar, antes de valorar y matizar, los datos del Servicio Público de Empleo Estatal, según el análisis que realiza el Observatorio Estatal de la Discapacidad (ver Cuadro 1).

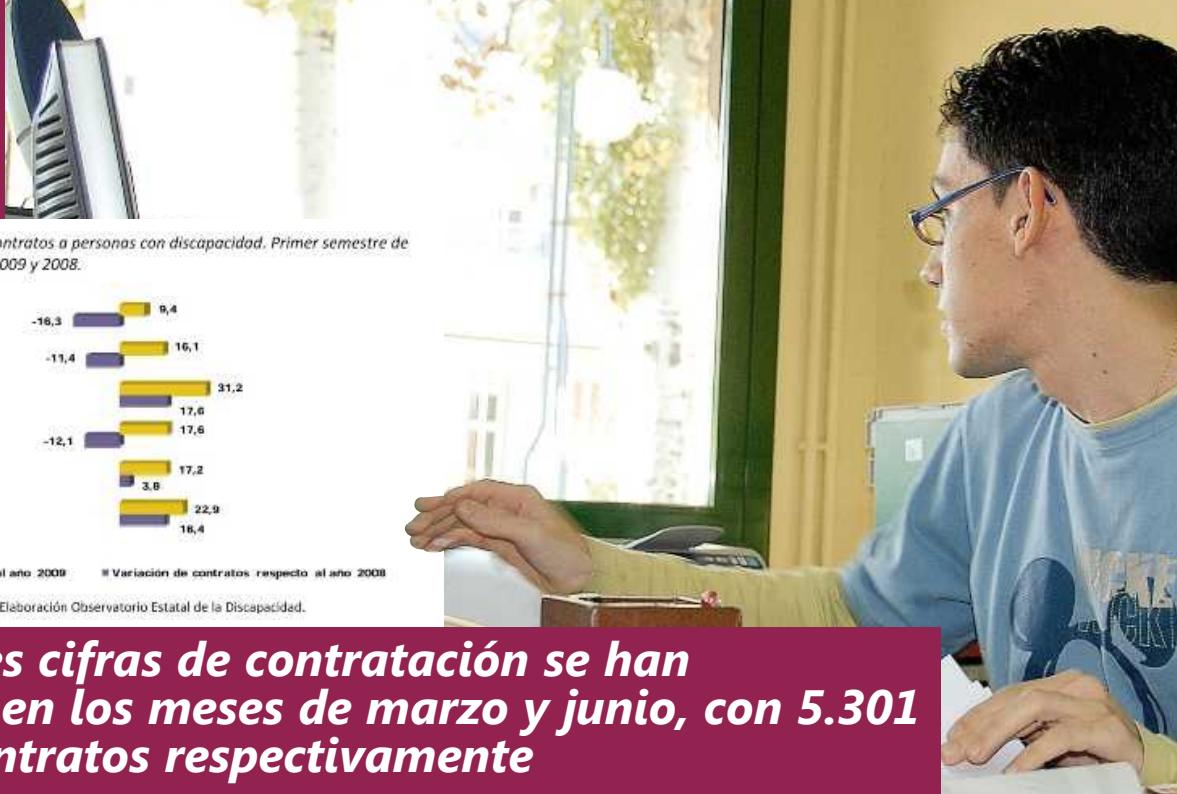
La evolución de los contratos a personas con discapacidad en este primer semestre del año 2010 es positiva respecto al mismo periodo del año 2009. En el mes de junio de 2010 se registraron un total de 5.730 contratos a personas con discapacidad, un 22,9% más que



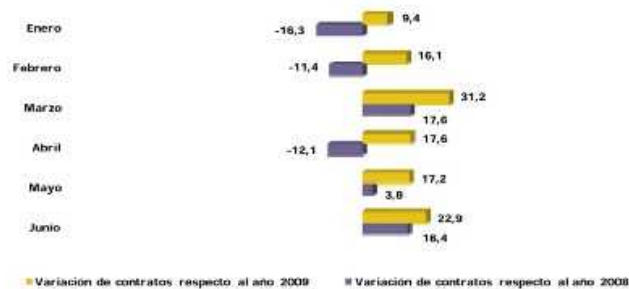


**eo
rasis**

***sonas con discapacidad se ha incrementado
en el primer semestre***



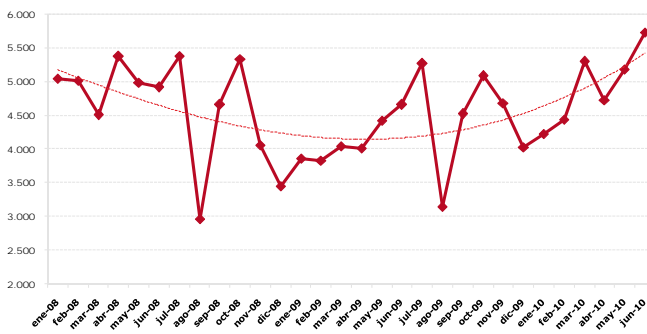
Variación mensual del número de contratos a personas con discapacidad. Primer semestre de 2010 respecto primer semestre de 2009 y 2008.



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Las mejores cifras de contratación se han producido en los meses de marzo y junio, con 5.301 y 5.730 contratos respectivamente

Evolución mensual del número de contratos a personas con discapacidad. Años 2010-2009-2008.



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.



el mismo mes del año anterior, en el que se firmaron 4.662 contratos.

En el mes de mayo de 2010 se registraron un total de 5.180 contratos a personas con discapacidad, un 17,2% más que el mismo mes del año anterior, en el que se firmaron 4.421 contratos. El mes de abril también registró una importante subida respecto al mismo mes del año anterior (17,6%), con un total de 4.725 contratos a personas con discapacidad frente a los 4.018 contratos firmados en abril de 2009. El mayor incremento interanual se registró en marzo, con un total de 5.301 contratos a personas con discapacidad, un 31,2% más que el mes de marzo del año anterior. Febrero, con 4.444 contratos y enero, con 4.224 contratos, también han superado a los mismos meses de 2009 en un 16,1% y un 9,4% de incremento, respectivamente.

Si analizamos la situación de la contratación a personas con discapacidad desde enero de 2008 (ver Cuadro 2), se observa que en el primer semestre de 2009 el número de contratos es significativamente inferior respecto al mismo periodo de 2008. Además a partir de noviembre de 2008 y hasta el primer cuatrimestre de 2009, estas cifras rondan los 4.000 contratos, produciéndose a comienzo del segundo cuatrimestre un aumento significativo que alcanza en julio la mayor cifra de 2009, con 5.270 contratos. En los seis primeros meses de 2010, las mejores cifras de contratación se han producido en los meses de marzo y junio, con 5.301 y 5.730 contratos respectivamente.

Con los datos acumulados del primer semestre de 2010 (ver Cuadro 3), el 27,6% de los contratos realizados a personas con discapacidad parte fueron indefinidos (8.182), mientras

que el resto tienen duración determinada, ya sean temporales, interinidades, de sustitución, de prácticas o de formación. De los contratos indefinidos, 380 fueron ordinarios, 1.155 de fomento de la contratación indefinida (indemnización por despido de 33 días por año trabajado), 4.345 indefinidos y 2.302 fueron conversiones de contratos temporales en fijos. Siete de cada 10 contratos son de duración determinada, de estos, una cuarta parte (7.491) se refiere a contratos temporales para personas con discapacidad, seguidos de los de obra o servicio (4.780), de los eventuales (4.739) y de los de interinidad (4.083). Por último, en el primer semestre de 2010 hubo 249 contratos de formación y 12 de prácticas, mientras que los 70 restantes se agrupan en el epígrafe de "otros contratos".

En comparación con el primer semestre de 2009, se producen varia-

Los protagonistas

Paco Guzmán: "El asistente personal me resulta imprescindible"

Investigador en el Instituto de Filosofía del Centro de Ciencias Sociales y Humanas. Accedió a una beca contrato para realizar su investigación para tesis doctoral en este centro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) tras finalizar un contrato asociado a un proyecto de investigación sobre discapacidad, envejecimiento y calidad de vida. En la actualidad continúa investigando sobre temas relacionados con la percepción social y la inclusión de las personas con diversidad funcional (discapacidad) en la sociedad.

Cuando le contrataron para el proyecto de investigación, valoraron su perfil académico y una entrevista personal. Para la beca contrato que disfruta desde septiembre de 2009, se acogió al cupo del 5% para personas con discapacidad que contemplaba la convocatoria.

Respecto a las adaptaciones del puesto de trabajo, Paco nos cuenta que su centro es bastante accesible y que únicamente le asignaron un lugar amplio para la silla de ruedas. Él utiliza un ratón de bola y un programa de dictado ya que no puede mecanografiar, "aunque en realidad este programa está disponible para todos los demás investigadores que lo deseen" -nos comenta Paco-.

Paco Guzmán dispone de un asistente personal que le apoya y posibilita su autonomía. Tiene la posibilidad

de contratar a un asistente personal durante su jornada de trabajo (7 horas) gracias a participar en el Programa de Apoyo a la Vida Independiente financiado por la Comunidad de Madrid".

Paco nos dice: Soy una persona evaluada como gran dependiente, grado 3, nivel 2, por lo que necesito apoyos de manera continua para casi toda tarea física. Desde levantarme de la cama, conducir mi coche adaptado al trabajo (vivo a unos 20 km), hasta empujar mi silla en mis desplazamientos dentro del centro de trabajo o asistirme en las comidas, el manejo de fotocopiadoras, teléfonos, libros, etc., todas ellas son actividades para las que me es imprescindible mi asistente personal. En general su trabajo es básicamente de tipo intelectual, y todas aquellas tareas que implican un desempeño físico las realiza con la colaboración de su asistente personal. Cree que Los asistentes per-



sonales se integran bien en los ambientes laborales, siempre que sepan mantener una actitud profesional y discreta durante las reuniones de trabajo o las relaciones con los compañeros.

Pero volvamos de nuevo a la literalidad de las declaraciones de Paco Guzmán que plasma maravillosamente la importancia de esta figura para las personas con limitaciones funcionales altas.

Las personas con diversidad funcional (discapacidad) evaluadas como grandes dependientes, grado 3, y con dependencia severa, grado 2, necesitamos de manera imprescindible, además de cualquier otra medida de promoción al empleo, el apoyo de los asistentes personales para acceder con garantía de igualdad de oportunidades al mercado laboral. Sin la asistencia personal muchos ni siquiera podríamos levantarnos de la cama y acudir a nuestro puesto de trabajo.

Álvaro: "recursos bajo mínimos"

Trabaja en un "helpdesk" (que es un recurso de información y asistencia para resolver problemas informáticos) para un servicio de banca por Internet. Sin la capacitación profesional de Álvaro no hubiera conseguido este trabajo, pero en igualdad de condiciones con otros competidores, ayudan los incentivos de las diferentes administraciones. En este caso la empresa después de un año recibe bonificaciones de la comunidad por darle empleo. Álvaro tiene movilidad reducida y cree que no tiene muchas dificultades derivadas de su discapacidad, pero que se

podrían tener algunas consideraciones. Por eso cuando le preguntamos qué obstáculos se encuentra en el desempeño de su puesto de trabajo, nos responde: "obstáculos referentes a la minusvalía, ninguno; quizás podrían habilitar, algunas de las muchísimas plazas libres, para gente con movilidad reducida".

Él entiende que, al margen de la temporalidad de los contratos, las condiciones de trabajo son precarias y nos dice: "condiciones mínimas salariales sin ningún incentivo y bajo mínimos en lo que a recursos de herramientas se refiere".

Luis: "No sólo por las ayudas" Luis trabaja como teleoperador dando asistencia a una página de Internet de un importante banco español. La empresa le ha conocido por medio de su currículo que estaba a disposición en la página Web de Infojobs.

Luis considera aceptables las condiciones laborales de su trabajo, pero también cree que se podrían conseguir algunas adaptaciones que le facilitarían mucho su calidad de vida y su desempeño profesional. Luis tiene problemas visuales y necesitaría disponer de herramientas más idóneas: "tengo problemas con la cuestión visual y las pantallas no son las más adecuadas".

Antes de despedirnos preguntamos si quiere añadir alguna consideración final y dice que cuando las empresas contratan a personas con discapacidad "lo hagan no sólo movidas por las ayudas del Gobierno, sino que también deben tener en consideración algunas necesidades derivadas de la propia discapacidad".

ciones positivas en todos los tipos de contratos, excepto en contratos indefinidos ordinarios donde se produce una variación de un 4,3% (17 contratos menos que en 2009) y los de formación, donde la variación es de -30,3% (con 108 contratos de formación menos que en 2009). Las mayores variaciones en este primer semestre de 2010 con respecto al mismo periodo de 2009, se recogen en los contratos de duración determinada, con un 23,1% de incremento de la contratación temporal frente a un 10,6% de incremento de la indefinida respecto al año 2009.

INTEGRACIÓN Y EMPLEO

Los datos son reconfortantes para el gobierno que señala la contribución de las medidas que incentivan la contratación de personas con discapacidad, las iniciativas de algunas

empresas y el esfuerzo personal de muchas personas con discapacidad.

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, afirma que "hemos avanzado hacia la universalización de los servicios sociales, pero la integración plena de las personas con discapacidad se materializa a través del empleo". Así lo declaró durante el acto de entrega de la novena edición de los Premios 'cermi.es' 2010, convocados por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), con motivo del Día Internacional y Europeo de las Personas con Discapacidad.

Según Pajín, con cifras del último semestre del año, "se han creado más de 45.000 contratos a personas con discapacidad, lo que supone un 19% más que el año pasado". Además, asegura que "ahora se han sumado 5.000 puestos más". Sin embargo,

destaca que aunque la evolución es buena sigue sin ser suficiente.

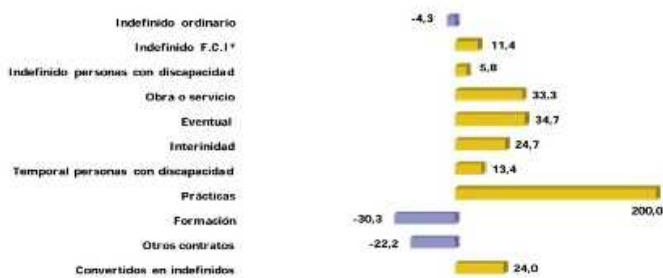
De esta forma, la ministra marca el empleo como uno de los ejes de su política, además de la accesibilidad universal o la formación, "como derechos exigibles para las personas con discapacidad y como parte del compromiso por una sociedad más inclusiva y más justa". Por otra parte, se aumentará del 5% al 7% la reserva de las plazas para personas con discapacidad en las ofertas públicas de empleo.

El objetivo que se propone Pajín es mejorar la vida de millones de personas de nuestro país, al mismo tiempo que resalta los avances de España en esta materia y la defensa de estos nuevos retos ante Europa. Desde el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI, dan la bienvenida a las cifras pero no quiere echar aún las campanas al vuelo.



El incremento de las cifras de contratación laboral en el sector de la discapacidad es esperanzador y resulta significativo en un momento de crisis económica como el que está atravesando nuestro país

Variación del número de contratos a personas con discapacidad, por tipo de contrato. Datos acumulados. Primer semestre 2010-2009.



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Observatorio Estatal de la Discapacidad.



“Todo aumento de la contratación, en un momento tan aciago para el empleo, y en especial para un grupo excluido como el de las personas con discapacidad, es una buena noticia y se recibe con satisfacción”.

“Queda probado –subraya el CERMI– que incluso en las peores condiciones del mercado de trabajo, la discapacidad puede aumentar su cuota de participación, tan baja por lo demás. Es alentador, aunque nunca hay que confiarse”.

Pero respecto a la incidencia de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012 y el Plan de Acción para su ejecución, no lo ven tan claro.

“Es difícil determinarlo. La Estrategia en sí misma es positiva, en tanto está obligando a revisar y a replantearse muchas de las herramientas de nuestra política de inclusión laboral, pero no creemos, por el grado

de desarrollo que ha alcanzado, muy escaso todavía, que haya tenido efectos reales en la contratación. Su repercusión será a más largo plazo”.

Para el CERMI no resulta fácil decidir cuáles son los factores más determinantes, porque son varios y concurrentes, pero destacan las medidas de la reforma laboral de 2009 y el tesón de la iniciativa social solidaria. “Quizás uno de ellos sean las medidas para paliar la crisis que se adoptaron en 2009, en la reforma laboral de ese año, y que dieron cierta sensación de seguridad a la hora de afrontar lo más virulento del momento de destrucción de empleo. Pero también, y con mayor peso, el hecho de que buena parte del empleo de la discapacidad depende de la iniciativa social solidaria, que tiene por definición el empleo como valor superior. Surgieron para generar oportunidades laborales, y eso hace que se esfuercen en no destruir y hasta

en generar nuevos puestos de trabajo, a pesar de la coyuntura”.

En mitad de esta celebración de cifras, según el CERMI, encontramos algunos fenómenos preocupantes: el aumento generalizado de contratos temporales y la escasez de contratos indefinidos y esto afecta a toda la población. “Uno de los efectos perversos de la crisis es que ha agudizado un mal muy extendido del mercado de trabajo en España, a saber, la extrema precariedad de las contrataciones. El desmesurado índice de temporalidad. Con la crisis, esto se ha disparado para toda la población, con y sin discapacidad. Es cierto que el índice de contratación temporal ha aumentado para las personas con discapacidad, pero en mucha menor medida que los datos generales; nos comportamos mejor que la tendencia general del mercado.”

El CERMI considera que el gran problema en relación con la discapaci-

150 personas con discapacidad trabajarán en Alcampo

Entre los convenios con empresas es muy reciente el firmado por Alcampo y la Fundación ONCE, en virtud del cual la compañía se adhiere al Programa Inserta de la Fundación ONCE y se compromete a dar empleo a 150 personas con discapacidad en el plazo de tres años.



Este acuerdo responde al compromiso de ambas entidades por aunar esfuerzos y adoptar proyectos y acciones conjuntas para promover la integración plena de personas con discapacidad en la sociedad.

Según ha informado José Vicente Esteban, director de Desarrollo Humano de Alcampo, en la actualidad el porcentaje de personas con discapacidad en la cadena supera el 3,10%. El objetivo, ha dicho, es superar esa cantidad siendo conscientes de que detrás de esa cifra hay personas, que es lo más importante.

El director general de Fundación ONCE señaló los tres elementos que hacen especialmente importante este acuerdo: el número de inserciones y la cantidad de actuaciones que le acompañan; el que sirve de referente para otras empresas,

y la visibilidad que ofrece del colectivo de personas con discapacidad.

En concreto, según recoge el documento, ambas entidades se encargarán de promover la formación y la inserción laboral directa de personas con discapacidad. Además, colaborarán en materia de accesibilidad, en la promoción de acciones de difusión y sensibilización y en todos aquellos proyectos que contribuyan a la mejora de la inserción laboral e integración social del colectivo de las personas con discapacidad.

El documento firmado, que tendrá un periodo de vigencia de tres años, también establece la inclusión de la discapacidad en los planes de Alcampo y en sus estrategias de responsabilidad social.

La incorporación de Alcampo al Programa Inserta de

la Fundación ONCE conlleva su adhesión al Foro Inserta Responsable, espacio de participación e innovación sobre la responsabilidad social empresarial y discapacidad y sobre la inclusión social.



El director general de Fundación ONCE, Luis Crespo, y el director general de Alcampo, Pedro Alonso tras firmar el convenio de colaboración

A modo de conclusiones

El incremento de las cifras de contratación laboral en el sector de la discapacidad es esperanzador y resulta significativo en un momento de crisis económica como el que está atravesando nuestro país. El Gobierno

de España con su política de incentivos, el mundo empresarial con su oferta de puestos de trabajo y las personas con discapacidad con sus capacidades están aunando sus esfuerzos y apostando por una nueva realidad social. Pero

queda mucho por hacer. La sombra del empleo temporal y la cantidad de contratos en prácticas que se plasman en los gráficos del Observatorio, nos ponen en alerta de la necesidad de persistir en dichos esfuerzos para

conseguir mejores condiciones de trabajo que permitan a las personas con discapacidad disfrutar una vida satisfactoria con un esfuerzo razonable y para hacer realidad el proyecto de una sociedad verdaderamente inclusiva.

dad es la inactividad, el gran número de personas que estando en edad laboral ni trabajan ni están buscando empleo. Y dicen: "ahí es donde reside el núcleo duro de la exclusión laboral de las personas con discapacidad, y donde hay que incidir con mayor intensidad".

EMPRESAS Y CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Uno de los elementos más importantes en el panorama laboral de las personas con discapacidad son las empresas. Por una parte destacan los centros especiales de empleo, como es FLISA. En la actualidad FLISA Guadalajara es una planta especializada en prestar servicios a clientes hoteleros. Junto con la planta hotelera de Vallecas y con el apoyo de la planta mixta de Segovia, la compañía presta servicio a toda la Comunidad de Madrid y zonas

límitrofes. Tiene 28 lavanderías industriales propias y está presente en once comunidades autónomas. Pero lo más importante es que: FLISA cuenta con una plantilla de 2.500 empleados de los que más del 85% son personas con discapacidad.

Trinidad Jiménez se ha referido a FLISA como "un grupo fuerte" que no sólo hace una apuesta por integrar a las personas con discapacidad sino que también hace un esfuerzo para gozar de rentabilidad económica. En su opinión, la mejor manera de integrar a las personas con discapacidad es fomentar la creación de empleo.

Además de estos centros especiales existen hoy día algunas empresas que a través de convenios o motivadas por los incentivos de la Administración estatal o autonómica están tomando algunas iniciativas por las que se contratan grupos de personas con discapacidad más o menos numerosos.

Cabe destacar al respecto la actividad llevada a cabo por Inserta. El programa Inserta es un proyecto de la Fundación ONCE, en colaboración directa con Grupo Fundosa, dirigido a promover y posibilitar la integración socio-laboral de las personas con discapacidad.

Este objetivo se lleva a cabo mediante la firma de convenios de colaboración con distintas empresas, lo que les confiere un estatus de empresa socialmente responsable.

Entre estas empresas están: Accenture, Acciona, Alcampo, Arcelor Mittal, Axa, Banco Popular Barclays, Cap Gemini, Carrefour, Deloitte, Dinoslo, Endesa, Eroski, EUREST, el Corte Inglés, Ferrosfer, Grupo Pascual, Grupo Sigla (VIPS), Ikea, Indra, McDonald, Mercadona, Microsoft, MRW, Paradores, Repsol, YPF Santander, Sanitas, Siemens, The Eat Out Group Tragsa...

RENOIR EN EL PRADO

El Museo del Prado acoge una exposición monográfica de Renoir, pintor impresionista de renombre internacional, por primera vez, dedicada a la colección del artista que se conserva en el Clark Art Institute (Williamstown, Massachussets), en Norteamérica, patrocinada por el BBVA.

MADRID/Cristina Fariñas
Fotos: Museo del Prado.

Durante tres meses, del 19 de octubre del 2010 al 6 de febrero de 2011, el Museo del Prado acoge esta colección de 31 obras que coincide con géneros permanentes de la pintura impresionista que el cultivó: el retrato, la figura femenina, el desnudo, el paisaje, la naturaleza muerta y las flores.

OBRAS EXPUESTAS

Entre las obras expuestas destacan el Autorretrato (h.1875), una pintura que difiere en cuanto a su tratamiento de su habitual estilo delicado y revela, en cambio, una honda voluntad expresiva; el Retrato de Madame Monet (h.1874) es otro de los cuadros importantes que recoge la muestra que está en el límite entre el retrato y la pintura de género, y de pincelada poco convencional; la Barca-lavadero de Bas_Mendon (hg. 1874) y el Puente de Chatoau (h.1875), paisajes de mayor experimentalismo y del mejor periodo impresionista de Renoir; Palco en el teatro (1880), en la que



Palco en el teatro

destacan los fuertes contrastes tonales entre negros, blancos y negros alejándose de la paleta azul que había caracterizado su obra de los cinco años precedentes; Peonías (h.1880), una de las composiciones de las flores más esplendorosas del artista y un ejemplo del modo en que gustaba de llenar los lienzos hasta las márgenes y evitar todo espacio abierto; Cebollas (1881), la obra preferida del señor Clark, de pincelada fluida y carácter informal pero cuidadosamente estructurada; y Bañista peinándose (1885), una de

las figuras del dibujo más preciso y exquisito y el punto culminante de su superación de la técnica impresionista.

EL PINTOR

Renoir, nacido en Limoges, Francia en 1841, fue un pintor impresionista que ofreció una interpretación más sensual del impresionismo, más inclinada a lo ornamental y a la belleza. No suele incidir en lo más áspero de la vida moderna, como a veces hicieron Manet y Van

FOTOGRAFÍAS Y JARDINES EN EL THYSSEN

Del 21 de septiembre del 2010 al 9 de enero del 2011, la obra del fotógrafo Mario Testino se expone en el Museo Thyssen-Bornemisza, una exposición que bajo el título "Todo o nada" incluirá 54 fotografías para mostrar estos dos conceptos opuestos, presentes en su obra, la moda y el desnudo. Asimismo, del 16 de noviembre del 2010 al 13 de febrero del 2011, la exposición Jardines Impresionistas contiene obras de jardines franceses de grandes figuras impresionistas, entre ellos, Delacroix, Corot o Courbet, así como artistas anteriores como Klimt o Sargent. Gracias a la introducción de cientos de plantas y especies de flores "nuevas" procedentes de Asia, África y América, así como a la inauguración de los parques reales, los jardines gozaron de gran popularidad en Francia desde la década de 1860.

Exposiciones en museos

Federico Fellini, El circo de las ilusiones en Caixaforum, del 15 de julio al 26 de diciembre.

Selecciones de la colección del Museo Guggenheim de Bilbao, del 16 de febrero del 2010 al 16 de enero del 2011.

Jean-Léon Gérôme en el Museo Thyssen-Bornemisza, del 21 de marzo al 22 de mayo.

Heroínas en el Museo Thyssen-Bornemisza del 8 de marzo al 5 de junio.



Muchacha con abanico

Gogh. Mantuvo siempre un pie en la tradición; se puso en relación con los pintores del siglo XVIII que mostraban la sociedad galante del rococó, como Watteau. En sus creaciones muestra la alegría de vivir, incluso cuando los protagonistas son trabajadores. Siempre son personajes que se divierten, en una naturaleza agradable. Se le puede emparentar por ello con Henri Matisse, a pesar de sus estilos distintos. Trató temas de flores, escenas dulces de niños y mujeres y sobre todo el desnudo femenino, que

recuerda a Rubens por las formas gruesas.

En cuanto a su estilo y técnica se nota en él un fuerte influjo de Corot. Renoir es un artista que sólo se puede contemplar en España en la colección del Museo Thyssen-Bornemisza.

En cuanto al Clark Institute, se fundó en la ciudad de Williamstown (Massachusetts), gracias al patrocinio de los Clark en 1995, comprende colecciones muy ricas y diversas, entre las que destaca la de pintura impresionista y dentro de ella la colección de Renoir.



Director-gerente de AMICA

Tomás Castillo

"APRENDIENDO A VIVIR", UN MANUAL PARA CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD

En la antigüedad, se atribuía la procedencia de la enfermedad al "fatum", y era este destino, el que marcaba su aparición y su cura.

Hoy en día, la relación entre paciente como protagonista de la misma y partícipe de la mejoría y el especialista, se convierte en el centro de la curación, tal como plantea el libro "Aprendiendo a vivir" de Tomás Castillo, psicólogo y escritor del alma humana.

Después del éxito de su libro "Déjame intentarlo. La discapacidad: hacia una visión creativa de las limitaciones humanas", Tomás Castillo, presidente de la AMICA y de la Federación Española de Fibrosis Quística, ha publicado este nuevo libro "Aprendiendo a vivir. La enfermedad: descubrir las posibilidades que hay en mí", cuyos derechos de autor serán dedicados a programas de ayuda para las personas con Fibrosis Quística de países empobrecidos.

Como ya hiciera en su anterior libro con la discapacidad, Tomás Castillo, sitúa de nuevo en primer plano a la persona y trata la enfermedad como una mera circunstancia. Nos enseña la difícil tarea de vencer el miedo ante ésta, y de vivir con optimismo ante esta circunstancia vital, aprovechando cada momento de nuestra vida.

Conmovido por el accidente aéreo acontecido en Madrid-Barajas el 20 de agosto de 2008, escribe usted este libro ¿qué pretende transmitir a los lectores?

Coincidió cuando estaba escribiendo el libro el accidente de Barajas, sobre todo la reflexión de la cantidad de oportunidades que perdemos en la vida, de manifestar a otras personas el aprecio que les tenemos, lo importante que son nuestras vidas, de compartir muchos momentos.

Nos muestra que hemos perdido esas oportunidades de cerrar enemistades absurdas, de reconciliarnos con otras personas.

La vida es una serie de oportunidades ante enfermedades crónicas y la propia discapacidad, y quizás nadie nos ha enseñado a sacarle partido a la vida en cualquier circunstancia, siendo algo habitual como que todos vamos a conocer la enfermedad, todos vamos a conocer la discapacidad, sobre todo cuando vamos para mayores.

Enfrentarse a enfermedades crónicas, a la discapacidad y afrontarlas en positivo, aprendiendo a disfrutar de cada momento, esto es lo que pensaba yo contribuir, con el libro "Aprendiendo a vivir".

La felicidad se podría definir como la satisfacción y alegría del ser humano ¿se puede ser feliz estando enfermo?

Hay una asignatura pendiente que hay que aprobar que es ser felices en medio de la adversidad.

Se puede ser feliz estando enfermo, muchas personas están consiguiendo convivir con la enfermedad más que padecerla. Es

una de las propuestas que yo planteo en el libro y que aprendamos a convivir con la enfermedad, es superar la cultura fatalista, de la desgracia como que algo catastrófico ha sucedido en nuestra vida.

AFRONTAR LA ENFERMEDAD

¿De qué forma hay que enfrentarse a la enfermedad para sufrir lo menos posible?

Cada persona tiene que encontrar su propio remedio, no se trata de dar recetas, que puedan servir a cada persona por igual, las enfermedades son diferentes y las personas son diferentes.

Se pueden dar algunas claves, la enfermedad no se puede entender como algo que se adquiere, me ha tocado a mí, no es cierto. La enfermedad convive con nosotros desde que nacemos, la vida conlleva la enfermedad, el mismo cáncer se produce cada día en nosotros, porque hay células que se reproducen de forma anómala, la enfermedad convive con nosotros.

La enfermedad tiene que tener una toma de conciencia porque cuando nos diagnostican una enfermedad no nos la han diagnosticado antes de ayer, y sin embargo eramos felices hasta que nos la comunican.

MANTENER UNA ACTITUD POSITIVA

El optimismo como tendencia a pensar que el futuro nos va a deparar cosas favorables, ¿cómo influye en la enfermedad?

El optimismo es un instrumento facilitador para que salgamos adelante ante la cirugía, ante el cáncer, como actitud para que en la vida nuestro sistema inmunológico tenga capacidad para combatir los continuos ataques que está recibiendo.

Para mantener una actitud positiva de combatir los continuos ataques de que el organismo está continuamente recibiendo. A partir de ahí, cada persona tiene sus propias estrategias: charlar con la gente, la lectura, la tranquilidad, etc...

“No hay enfermedades, sino enfermos”, ¿qué significado tiene esta frase en la actualidad?

Las enfermedades existen pero se manifiestan en personas concretas. Nos hemos olvidado de que las enfermedades en términos generales se pueden definir, pero en cada persona se manifiestan de forma distinta. No se puede generalizar la misma enfermedad en cada persona. Tenemos que tratar a la persona individualmente.

PERCIBIR LA VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

¿Cuál es el papel del profesional en la enfermedad, y si lo ve usted mejor preparado y más humano que hace años?

Yo creo que tenemos buenísimos profesionales y cada vez más especializados.

“Se puede ser feliz estando enfermo, muchas personas están consiguiendo convivir con la enfermedad más que padecerla”

Necesitaríamos más que los profesionales tuvieran más tiempo y percibieran como viven las personas las enfermedades, no sólo cómo se manifiestan.

Por ejemplo en la fibrosis quística deberían incidir en una mayor adherencia al tratamiento, para que los jóvenes estén más involucrados.

El diagnóstico informativo al paciente ¿en qué medida contribuye a que este siga luchando por la vida?

Tenemos un problema bastante frecuente y es cómo se comunican las enfermedades, hay un componente, ser consciente de que el diagnóstico cuando se comunica no es algo nuevo, la enfermedad probablemente existía desde hace tiempo, y también conseguir que las enfermedades se comuniquen de forma más positiva.

Por otra parte, también se trata de que la persona no tenga que buscar la información sobre la enfermedad en internet y tener en cuenta a la hora de comunicar el diagnóstico, la psicología de la persona que lo recibe.

Asimismo, es cierto que la actitud ante el diagnóstico es una actitud de ansiedad, de esperanza. Es muy importante a la hora del diagnóstico, resituarse, pero como quien ordena su habitación.

DISFRUTAR DE LAS PEQUEÑAS COSAS

Después de padecer una enfermedad grave ¿qué se suele valorar en la vida?

Hay una oportunidad en esto, de disfrutar de lo importante que son las pequeñas cosas, de buscar los grandes logros como es la felicidad, de disfrutar del presente, es una de las claves para darnos cuenta de que tenemos una capacidad enorme de disfrutar que desconocemos. Hay demasiadas distracciones cuando estamos bien.



TOMÁS CASTILLO

Era un joven estudiante de psicología cuando empezó a no aceptar las ideas del ámbito académico que dividían a las personas en dos grupos: capaces y no capaces.

Nacido en Torrelavega, Santander, fundó la asociación AMICA, formada por profesionales y personas con discapacidad, cuya idea fundamental es buscar las capacidades de todo ser humano. Esta idea innovadora la asumió la OMS, de la cual es experto. Tomás Castillo, varió la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y a Salud (CIF), que hoy nos invita a ver que toda persona está cargada de capacidades. Hoy en AMICA trabajan más de 500 personas y ha ganado un enorme prestigio: obtuvo el premio Helios de la Unión Europea en 1990, el Premio IMSERSO a la Integración Laboral en 1995, fue seleccionada por la Presidencia Inglesa de la UE en 2005 entre las entidades ejemplo de buenas prácticas en Europa, en 2006 recibió el premio MAPFRE a la “Innovación en medidas de superación de la discapacidad”, en 2007 el Premio a los Valores Humanos del Ayuntamiento de Torrelavega y en 2008 obtiene una certificación de plata según el modelo de excelencia europea EFQM.



Título: Guía de ayudas sociales para las familias 2010
Autor: MSPSI
Editorial: Centro de Publicaciones

Facilitar una información ágil y clara sobre las ayudas sociales que existen para los ciudadanos y ciudadanas que han formado una familia o quieren hacerlo es el objetivo que persigue esta guía.

Actualizada para este año 2010, recoge principalmente las ayudas establecidas a nivel estatal y se facilitan las direcciones de los organismos autonómicos que tienen competencias en esta materia.

La guía aborda las prestaciones familiares de la seguridad social, permisos parentales y excedencias, las ayudas en materia de empleo y las ayudas para familias con personas en situación de dependencia, entre otras.



Título: SOS... Soy dependiente
Autor: Albert Lisbona, Leila Nomen y May Pliego
Editorial: Pirámide

Este libro pretende ser un manual para todo aquel que se enfrenta a situaciones de dependencia, bien sea porque la padece en primera persona, porque acompaña

a una persona que la sufre o porque trabaja con ella.

El manual está dividido en tres apartados: la persona dependiente, el familiar cuidador y el profesional.

En el capítulo dedicado a las personas dependientes han incluido referencias conceptuales básicas sobre la dependencia.

En el capítulo dedicado a familiares se ha filtrado la información y se han presentado medidas que demuestran que son eficaces.

En el caso de los profesionales que se quieren dedicar al cuidado de las personas con dependencia, se necesita una profesionalización que está en vías de desarrollo, tal como plantea el libro.

Título: Discapacidad intelectual en la empresa, las claves del éxito

Autor: Dolores Izuzquiza y Agustín de la Herrán
Editorial: Pirámide

Este libro es un proyecto pedagógico centrado en el potencial de las personas con discapacidad intelectual que, desde su diversidad funcional, se forman para ser contratadas en un puesto de trabajo ordinario, lo consiguen y se mantienen en su empleo.

Este manual ofrece las claves y la metodología necesarias para contratar con éxito una persona con esta diversidad funcional,

así como casos de empresas que acreditan que su inclusión

laboral fue posible y positiva para todos los agentes implicados.

Título: Guía de prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de dependencia. Recursos Estatales Autonómicos
Autor: IMSERSO
Editorial: IMSERSO



Esta guía constituye un documento informativo sobre los servicios, ayudas o presta-

ciones a las que pueden acceder los ciudadanos mayores de 65 años con discapacidad y/o en situación de dependencia o en exclusión social.

Hay razones por las que surge esta guía: el peso específico de la población a la que van dirigidas estas prestaciones.

El fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento" que supone que de los 7.529.879 de personas mayores de 65 años censadas en España, el 27,2% se corresponden con población de 80 o más años.

El mundo de personas con discapacidad que supone el 8,5% de la población total, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de dependencia.



Normativa de Dependencia

www.normativadependencia.org



Promovida por la Fundación Caser para la Dependencia, esta web facilita un amplia y permanentemente actualizada información sobre normativa estatal y autonómica a texto completo en materia de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La consulta de las bases de datos que soportan la web se facilita por medio de cuatros formularios de búsqueda habilitados en el margen izquierdo de la página: texto libre, clave o denominación resumida de la norma, categoría (ámbito territorial, fecha, estado y tipo normativo) y por descriptores.

Los resultados de las búsquedas aparecen en dos grandes apartados; el primero de ellos con los datos más significativos de la disposición localizada (clave, título, versión, vigencia, publicación, fecha e información) y el segundo con el texto completo de la norma, vigente o derogada. Señalar que también se incorporan, a lo largo del texto, notas de alcance y referencias que hiperenlazan las normas con otras disposiciones relacionadas con aquéllas.

Barrera Cero: turismo y ocio para todos

<http://www.barrera-cero.com>

Como señalan sus promotores Barrera Cero tiene como visión mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de movilidad, facilitando a usuarios de sillas de ruedas y/o con problemas de movilidad, el acceso a información de ocio, turismo y actividades saludables para cuerpo y mente en España, participando así a mejorar la calidad de vida de todas las personas.



Los establecimientos que no tienen un nivel de accesibilidad como mínimo practicable con ayuda son excluidos de la web, presentando información sólo de aquellos que cumplen unos niveles mínimos junto con los comentarios correspondientes más significativos, calificando su accesibilidad en muy buena, media o con ayuda.

Significar que la información que alberga la web se actualiza y amplía de forma continua gracias a la colaboración de las empresas anunciadas y de las asociaciones afines, siendo no obstante más significativo la aportación que pueden realizar los propios usuarios con discapacidad que pueden valorar y opinar sobre los establecimientos que están en la web o proponer la inclusión de nuevos establecimientos accesibles.

Apuntes web

<http://www.guiasalud.es>



El pasado 27 de septiembre fue presentada GuíaSalud, en www.guiasalud.es, una web para mejorar la calidad de la atención sanitaria en la que participa el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) y todas las comunidades autónomas, si bien la de Aragón se encarga de la coordinación de los contenidos. Entre la abundante información de la web destacan las 20 Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS), basadas en las líneas estratégicas de SNS, como son la salud cardiovascular o el cáncer. Más información: www.mspsi.es



Aprovechando que el pasado julio tuvo lugar el 20 aniversario de la *Americans with Disabilities Act (ADA)*, ley estadounidense para las personas con discapacidad pionera en la materia que además de demostrar su eficacia en EE.UU., ha influido en el ordenamiento jurídico de muchos países, entre ellos España a través de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, es un buen momento para visitar su web siempre interesante, en www.ada.gov, así como la de la Agencia Federal de la Accesibilidad, en www.access-board.gov.



Finalmente y con el afán de dar a conocer el fenómeno blog en lo concerniente a discapacidad, se apunta el que mantiene el periodista madrileño experto en el mundo del deporte para personas con discapacidad, Manuel González, en www.deportessinbarreras.net, que recoge amplia información relacionada con el deporte adaptado.



Comité Paralímpico Español

TENIS DE MESA

Siete medallas para el equipo paralímpico en el mundial de Corea

Del 27 de octubre al 2 de noviembre en Gwangju, Corea del Sur, se celebró el Mundial de Corea, donde siete deportistas españoles se repartieron dos medallas de oro, dos de plata y dos de bronce.

MADRID/RAP

José Manuel Ruíz, se proclamó Campeón del Mundo en la categoría open, imponiéndose en la final a Lin Ma por (3-2). En la competición individual, tuvieron que verse las caras en el partido por el tercer y cuarto puesto, tras caer eliminados en semifinales por el chino Yan Fe (3-0) y el checo Ivan Karabec (3-2), respectivamente. Finalmente, la

Alberto Valera, jugándose la medalla de bronce en los juegos de Pekín 2008

medalla de bronce fue para Ruíz que se impuso, no sin dificultades, por (3-2).

En la ronda individual, el barcelonés Jordi Morales (clase 7) fue quien obtuvo un mejor resultado. Morales, que alcanzó la final al derrotar al alemán Jochen Wollmert en semifinales (3-2) y al estadounidense Michael Seidenfeld en cuartos (3-1), se midió en la lucha por el título al chino Chao Qun Ye, ante quien cedió en el último set tras un partido igualadísimo (3-2).

El sevillano Álvaro Valera fue tercero en el clase 7. Morales y Valera fueron pareja en la competición por equipos, en la que se proclamaron campeones del mundo.

Los granadinos Tomás Piñas y Miguel Rodríguez consiguieron el bronce para España por equipos.

Plan Adop, Londres 2012

Proporcionar a los deportistas paralímpicos españoles las mejores condiciones posibles para poder llevar a cabo su preparación y propiciar su éxito en la participación del Equipo Español en los Juegos Paralímpicos es el objetivo del Plan ADO.

MADRID/RAP

El Plan de Apoyo al Deporte Objetivo Paralímpico Español, iniciativa del Comité Paralímpico Español, del Consejo Superior de Deportes

y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ADOP, Londres 2012 ha sido posible gracias a las aportaciones económicas de una serie de grandes empresas españolas: Telefónica, Groupama Seguros, Liberty Seguros, Persán, AXA, Iberdrola, El Corte Inglés, Gadis, Grupo Leche Pascual, Sanitas, Fundación ONCE, RENFE, Fundación ACS y RTVE, lo que supone un presupuesto al Equipo Paralímpico Español de 17 millones de euros para el periodo 2009-2012.

El programa de apoyo directo a deportistas y el Programa de Alto Rendimiento Paralímpico (ARPA), son proyectos estrella

del Plan ADOP. El primero prevé becas económicas para que puedan dedicarse al deporte como actividad principal, y el segundo consiste en un sistema integral de apoyo al entrenamiento, personal de apoyo, material deportivo, entrenamiento en centros de alto rendimiento, asistencia a competiciones internacionales o el servicio médico, entre otras.



Presentación del plan Adop, en Julio del 2009

Comité Paralímpico Español



Comité Paralímpico Español

Carrera de fondo de ciclismo en los juegos paralímpicos de Pekín 2008

CICLISMO

BUENOS RESULTADOS PARA ESPAÑA EN LA COPA DE EUROPA

El velódromo de Kaarst, en Alemania, acogió del 15 al 16 de octubre, la Copa de Europa en Pista, donde el equipo Paralímpico Español tuvo una buena actuación.

MADRID/Rap

En ésta, segunda y última prueba de la Copa de Europa, la delegación de la Real Federación Española de Ciclismo consiguió un total de cuatro primeros puestos, tres segundos y dos terceros, destacando que todos nuestros ciclistas llegaron a las finales en las pruebas de persecución.

La ciclista con discapacidad física, Raquel Acinas, volvió a demostrar su excelente estado de forma y se impuso en las dos pruebas en las que participó, el kiló-

metro y la persecución individual, mientras que en la categoría de tandems para ciegos y deficientes visuales, la pareja Miguel Ángel Clemente-Diego-Javier Muñoz, acabó imponiéndose a Christian Venge-David Lleurdó. Pedro Jaramillo en la prueba de kilómetro logró otro primer puesto.

Para el seleccionador nacional, Félix García Casas, estos resultados son satisfactorios, ya que en la competición había un elevado nivel —todos los países importantes de Europa y la selección sudafricana— y suponen un buen punto de partida para la preparación de la temporada de pista, con la vista puesta en el Campeonato del Mundo de Montechiari, Italia, en el primer trimestre de 2011.



La autonomía personal

María Eugenia Bolaños

La nueva revista "Autonomía Personal" viene acompañada de una serie de personas que estamos convencidas de que nuestro trabajo - a veces afortunado, a veces no tanto - responde a una aspiración colectiva, bien por derecho propio o por el de alguna persona conocida o desconocida.

Ahí está lo realmente importante: creer que la dignidad personal individual se inicia con nuestro nacimiento y concluye en el punto final.

Esta tarea será de titanes si con el esfuerzo propio intentáramos conseguir unos buenos resultados. Aparece un término que no ahora no está muy de moco: el sentimiento colectivo de la dignidad, el convencimiento sincero y profundo de que si todos no progresamos en nuestros niveles de vida, nadie progresará al final, porque representarán una minoría tan pequeña que no serán representativos de una sociedad.

La autonomía personal se puede concebir desde distintas perspectivas: la física - también podemos enfocarla como tener una vida sin patologías serias - jurídica, familiar, personal y social. Y a ninguna de ellas debemos renunciar.

Sé que el lenguaje es generoso y sólo tiene un peligro: la demagogia. Cuando esta perversión de la palabra no se produce, el mensaje se convierte en un reto para todos y todas.

A mí particularmente me interesa, en esta ocasión, el enfoque de la persona como el centro de una serie de políticas - sin ideología - que comparten el fin último: la atención y el apoyo social de quienes lo necesitan y tienen que hacer frente a la vida cotidiana con unos problemas que, si no los conocemos de primera mano, ni los podríamos imaginar.

La utopía es posible, pero no la regalan. Es una persistencia diaria, permanente, con la ayuda indispensable que necesitamos. Así podemos vivir y trabajar para hacerla realidad.

Yo desearía que a través de "Autonomía Personal" se logre - para quienes duden o se sientan vulnerables - abrir nuestro potencial para ponerlo al servicio de todos y, por supuesto, al del que nos rodean y al nuestro propio.

Somos un pequeño caracol, al que le han colocado una mochila con muchísimo peso. Vayamos soltando lastre, aquí y allá, para sentirnos vivos, queridos y realizados.

El camino no es fácil, pero hasta ahora podemos soñar y aspirar a crear un entorno favorable para quienes más lo necesitan. Yo a esto no lo llamo privilegio ni tan siquiera discriminación positiva, solo igualdad.

El camino
no es fácil,
pero hasta
ahora
podemos
soñar y
aspirar a
crear un
entorno
favorable
para quie-
nes más lo
necesitan

Productos de apoyo para la vida autónoma

Los productos de apoyo favorecen la autonomía en las actividades diarias y las relaciones sociales.



CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AYUDAS TÉCNICAS (CEPAT)

C/Los Extremeños, nº 1 (esquina Avda. Pablo Neruda) 28018 Madrid

Tel.: 91 703 31 00 Fax: 91 778 41 17

Correo electrónico: cepat@imserso.es

Información sobre el CEPAT en Internet: www.cepat.org



¡Estamos para informarle y asesorarle!

No somos un centro de venta, pero podemos ayudarle a conocer estos productos y sus distribuidores



Quiérete
Hazte la prueba. Usa preservativo.

1 de Diciembre, Día Mundial del Sida.

900 111 000

DETÉN EL SIDA. STOP AIDS. ATURA LA SIDA. GELDIARAZI HIESA. DETÉN A SIDA. STOP SIDA. PARA LA SIDA

ОСТАНОВИТЕ СПИД. 拒绝爱滋. لنوقف الإيدز.



www.mpsi.es