

NÚMERO 322 / 2013

# 60

y más



## | LA NOTICIA

**El Gobierno destinará 3.200 millones de euros a familias en situación de vulnerabilidad**

## | CALIDAD DE VIDA

**Fifty-Fifty, un programa para cambiar los hábitos de salud y combatir la obesidad y el sedentarismo**

# La Salud También Viaja

El aumento del número de viajeros que se dirigen a países exóticos o tropicales ocasiona que muchas personas estén expuestas a enfermedades diferentes a las de su entorno habitual, siendo conveniente conocer los riesgos y las medidas preventivas a adoptar.



## Antes del viaje

No dejar para el final los aspectos sanitarios del viaje.

### PREPÁRELO:

Consulte con un **CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL**

al menos **un mes y medio** antes del inicio del viaje.



### SE FACILITARÁ:

- Información individualizada sobre vacunaciones y demás medidas preventivas para el viaje.
- Vacunaciones obligatorias o recomendadas.
- Certificado de Vacunación Internacional en caso de ser necesario.
- Medidas para prevenir el paludismo o malaria.
- Información sobre la prevención de riesgos relacionados con:
  - alimentos y bebidas
  - el entorno: sol, baños, insectos, altitud, clima, ...
- Consejos para prevenir Infecciones de transmisión sexual.

## Durante el viaje



## Después del viaje



## Enfermedades transmisibles más señaladas en los países con más visitas internacionales

### Dengue, 2011



### Fiebre amarilla, 2011



### Malaria, 2010



Dirigida a los viajeros:  
[www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm)  
 Dirigida a los profesionales:  
[www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm)  
 Centros de Vacunación Internacional:  
[www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm)

60

y más

**CONSEJO EDITORIAL**

César Antón Beltrán,  
Francisco A. Ferrándiz Manjavacas,  
Ángeles Aguado Sánchez,  
M.ª Luz Cid Ruiz e Inés González Rodríguez

**DIRECTORA**

Inés González Rodríguez

**REDACTORES**

Juan M. Villa y Rosa López Moraleda

**MAQUETACIÓN**

Francisco Herrero Julián

**FOTOGRAFÍA**

Eduardo Vilas Chicote y  
M.ª Ángeles Tirado Cubas

**PORTADA**

Archivo

**ADMINISTRACIÓN**

Elena Garvia Soto  
Concha Largo Rodríguez

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

Inés González, Juan M. Villa y  
Rosa López Moraleda

**EDITA IMERSO**

Avda. de la Ilustración s/n  
c/v a Ginzó de Limia, 58. 28029 Madrid

**DIRECCIONES DE INTERNET**

www.imerso.es

**REDACCIÓN**

Avda. de la Ilustración s/n,  
c/v a Ginzó de Limia, 58. 28029 Madrid  
Tel.: 91 703 34 03 Fax: 91 703 39 73

**ADMINISTRACIÓN Y SUSCRIPCIONES**

Tel.: 91 703 34 03

**DEPÓSITO LEGAL**

M-11-927-1985  
NIPO PAPEL: 686-13-001-3  
ISSN: 1132-2012  
TIRADA: 26.000 ejemplares

**IMPRIME**

Estilo Estugraf Impresores, S.L.  
Pol. Ind. Los Huertecillos. Nave 13  
28350 Ciempozuelos (Madrid)  
Tel.: 91 808 62 00

**6| LA NOTICIA**

El Gobierno destinará 3.200 millones de euros a familias en situación de vulnerabilidad

**8| REPORTAJE**

2013, Año Español de las Enfermedades Raras

**14| ACTUALIDAD****18| ENTREVISTA  
CONSEJEROS****20| IMERSO ACTIVO****25| CUADERNOS**

Encuentro: "Cuidados de larga duración en Europa y en España: Necesidades, perspectivas y respuestas".

Encuentro: "La coordinación sociosanitaria, clave para una atención integral: necesidades, perspectivas y respuestas"

**38| EN UNIÓN**

Fundación Amigos de los Mayores, a su lado y contra la soledad

**42| CALIDAD DE VIDA**

Fifty-Fifty, un programa para cambiar los hábitos de salud y combatir la obesidad y el sedentarismo

**46| INFORME**

La salud bucodental en las personas mayores

**52| MAYORES HOY**

Rafael del Campo: "El humor nos hace más libres"

**56| CULTURA**

Tricentenario de la Real Academia Española

**58| MAYOR GUÍA****62| OPINIÓN**

Carmen Sam



6/7 La Noticia



25/37 Cuadernos



46/51 INFORME

Las colaboraciones firmadas expresan exclusivamente la opinión de sus autores sin identificarse en todos los casos con la línea editorial de la revista. La revista no se compromete a publicar ni a mantener correspondencia sobre los originales que se envían.

TELÉFONOS DEL IMERSO PARA  
CUALQUIER INFORMACIÓN:  
Centralita: 91 703 30 00  
Información: 901 109 899

## LA SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO DEL BIENESTAR

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, aseguraba recientemente en el Curso de Verano de El Escorial de la Universidad Complutense de Madrid “Los retos de la sociedad española más allá de la crisis”, que nunca en la historia de nuestro país se necesitaron tantas reformas y de tanto calado como ahora.

En su ponencia, titulada “La sostenibilidad del Estado del Bienestar”, Ana Mato indicó que las reformas son la herramienta indispensable para que España vuelva a la senda de la estabilidad, y son la guía que ha marcado toda la acción de gobierno durante el último año y medio. La Ministra se centró, fundamentalmente, en lo que calificó como uno de los grandes retos de esta legislatura: garantizar la sostenibilidad de la sanidad y los servicios sociales.

Por ello, habló de la reforma sanitaria como la más ambiciosa de la democracia, que ha conseguido dotar de sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud; que garantiza una sanidad pública, universal y gratuita a todos los ciudadanos, y que respeta el marco competencial de las comunidades autónomas. Con ella, se ha clarificado el concepto de asegurado y beneficiario, haciendo incluso más universal la sanidad, al incorporar colectivos, como ciertos profesionales, hasta ahora excluidos.

En relación a las reformas puestas en marcha en el ámbito de los servicios sociales, la Ministra destacó que “por primera vez” contamos con un catálogo básico de servicios sociales. El mismo para todos los españoles. En esta misma línea, y con el fin de que las administraciones mejoren su coordinación y prestar el mejor servicio posible al ciudadano, un objetivo central de la legislatura será la creación de un Espacio Sociosanitario Común. Con él se pretende conseguir que los servicios básicos

como la sanidad y los servicios sociales caminen juntos, de manera coordinada y en la misma dirección, al servicio de las personas.

Dentro de los servicios sociales, destacó la reforma del Sistema de Atención a la Dependencia y recordó que, al inicio de la legislatura, la falta de previsión había originado un desfase de 2.700 millones de euros y una deuda de más de 1.000 millones, debido a cuotas impagadas de cuidadores familiares a la Seguridad Social. Además, el sistema generaba desigualdades porque, ante una misma situación, cada comunidad autónoma reaccionaba con una respuesta diferente.

Con la reforma se ha saldado la deuda con la Seguridad Social y se ha puesto fin a las deficiencias detectadas por el Tribunal de Cuentas. También aseguró que en 2012 se han incorporado casi 132.000 nuevos beneficiarios al sistema, y la lista de espera se ha reducido un 25%, llegando al nivel más bajo desde el inicio de la ley.

Ana Mato también destacó la reciente aprobación del nuevo Sistema de Información de la Dependencia, un modelo que garantizará la fiabilidad, seguridad, disponibilidad y transparencia de la información y permitirá saber, año a año, cómo se aplican los créditos de los Presupuestos Generales del Estado para la financiación de la dependencia.

Concluyó su intervención reafirmando su “empeño” en lograr un pacto sociosanitario que garantice la sostenibilidad y la calidad de los servicios públicos. Nuestro deber es legar a las generaciones presentes y futuras un sistema del bienestar renovado, eficiente y sostenible. Por ello, las reformas llevadas a cabo en el ámbito de la sanidad y de los servicios sociales giran en torno a esa premisa fundamental.

## Cuéntame, abuela

¡Cuéntame, abuela!  
Cuéntame, por favor;  
no me dejes sola  
ni lejos de tu calor.

Dime por qué no sonríes,  
ni levantas casi tu voz,  
ni los colores del arco iris  
hacen brillar tu corazón.

¡Cuéntame, abuela!  
Cuéntame, ¿qué te pasó?  
Ya no vienes a la escuela  
ni te veo en mi habitación.

Yo contigo me dormía  
escuchando tu opinión,  
y el consejo me decía  
piensa bien tu decisión.

De ti siempre presumía  
como del mar el pescador,  
como la risa de su alegría  
y como el sol de su calor.

Abuela, ven a besarme,  
y mientras yo te acaricio,  
déjame de ti saciarme  
y meterme en tu cobijo.

*Con cariño a todas las  
abuelas porque no están  
en el olvido.*

**Antonia Navarrete  
Lebrato**

## Mi agradecimiento

Me dirijo a ustedes para darles las gracias por haber publicado el escrito que les mandé. Solo deseo les dé Dios muchos años de vida y felicidad para que puedan desarrollar la labor tan bonita que hacen hacia los mayores, que generalmente estamos un poquito olvidados aquí en Torrejón de Velasco. Recibimos muchos la revista, pero ahora la solicitarán algunos más, pues mis amigos la quieren tener. Muchas, muchas gracias. Reciban un abrazo con todo mi agradecimiento por hacerme tan feliz a mis setenta y más.

**Concepción Pérez (Madrid)**

## Sería tan bonito que...

Retrocediendo en el tiempo  
y siendo niña otra vez,  
mirando hacia la noche  
cuajada de estrellas,  
preguntarle a mi padre...  
¿cuál es la estrella del norte?  
Él, ante mi inocencia, me lo diría; yo,  
seguiría preguntando.  
Me gustaría ser una estrella fugaz  
para saber dónde va a parar  
el suspiro de su recorrido.  
¿Por qué no podemos acabar con el hambre,  
la sed y la incultura de los pobres?  
Me gustaría resolverlo y...  
cambiar la impotencia del no poder.  
¡Sería tan hermoso ver sonreír al mundo!  
Me gustaría...  
que el amor de verdad  
existiera entre los humanos.  
Para mí, me gustaría...  
la inteligencia y el poder suficientes  
para que el “razonamiento de esta era”  
hiciera un mundo justo para siempre,  
con dignidad, amor y justicia.  
Si no puede ser, todo seguirá muy mal.  
Yo solo soy una humilde poeta  
y el viento se llevará mis versos.  
¡Ah, si algún día un ser superior los escuchara!  
¡Me gustaría, sí...  
me gustaría!

**Felisa Granda Martínez  
La Santolaya (Oviedo)**



Foto de familia con la ministra Ana Mato

## Reunión del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia

# El Gobierno destinará 3.200 millones de euros para ayudar a las familias en situación de vulnerabilidad

Coordina: Inés González

Fotos: MSSSI

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, presidió el pasado mes de julio el pleno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, en el que informó, entre otras cuestiones, de la reforma del sistema de subvenciones sociales. Se trata, dijo la Ministra, de reorientar la convocatoria de ayudas sociales con cargo al IRPF y las de régimen general para orientarlas “a quienes más lo necesitan”.

En concreto, el sistema de distribución de las subvenciones con cargo al 0,7% del IRPF, que cumple 25 años de existencia, se sustituye por uno más flexible, eficiente y objetivo, basado en áreas de actuación en lugar de en colectivos (mayores, jóvenes, personas con discapacidad, etc.), como hasta ahora. En la convocatoria de 2013 se distribuirán 210,1 millones de euros.

Con esta nueva planificación, la Ministra anunció que se van a priorizar los programas de urgencia social con los siguientes objetivos: atender las necesidades básicas de personas en situa-

ción de pobreza; apoyar a las familias con necesidades especiales de atención, en particular las que tengan menores, mayores o personas dependientes a su cargo; ayudar a las familias a una adecuada nutrición de los hijos menores, y acciones dirigidas a adolescentes en riesgo de exclusión.

En cuanto a las subvenciones de régimen general, se modifican para reconocer a las organizaciones que componen el Tercer Sector de Acción Social (unas 29.000 en España) como entidades colaboradoras de la Administración general del Estado.

Por otra parte, la Ministra informó a los consejeros de la puesta en marcha de un Plan Social de pago a ONG, en colaboración con el Ministerio de Hacienda, para hacer frente a las deudas de las comunidades autónomas y ayuntamientos con el Tercer Sector.

El Plan incluye más de 1.000 millones de euros para transferencias a entidades que desarrollen proyectos de ayuda a las familias, infancia, mayores y personas con discapacidad. En concreto, 687 millones de euros para las comunidades autónomas y 332 millones para las entidades locales.

Asimismo, se destinarán 1.986 millones de euros a los impagos de conciertos en materia sanitaria, educativa y de servicios sociales.

Si se suma esta cantidad a las mencionadas subvenciones con cargo al IRPF, se van a destinar 3.200 millones de euros “para ayudar a aquellas familias que están sufriendo los peores efectos de la crisis” y para aliviar la situación en la que se encuentran muchas organizaciones sociales por las deudas acumuladas.

Por otro lado, el Consejo Territorial aprobó el Plan Integral de Atención a Menores de Tres años en Situación de Dependencia. Se trata de un proyecto contemplado en el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, que también estaba previsto en la Ley de Dependencia, pero que no se ha puesto en marcha hasta ahora.

La Ministra explicó que en España hay más de 140.000 niños y niñas con discapacidad (unos 5.900 menores de tres años), y señaló que “es imprescindible

## Ministerio y comunidades autónomas acuerdan un nuevo sistema de información de la dependencia, por el que las autonomías enviarán cada mes un certificado con las altas, bajas y modificaciones

que todos los menores, desde el primer día, tengan los mismos derechos y oportunidades”. Por ello, se va a establecer un marco normativo básico con criterios comunes en todo el territorio para garantizar que la atención temprana sea un servicio público, universal y gratuito.

Entre las medidas concretas que se contemplan están las siguientes: se concederán ayudas a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas a favor de los menores de tres años con dependencia; se les garantizarán plazas en escuelas infantiles o centros de atención socioeducativa, y se desarrollarán programas de apoyo y formación a los cuidadores.

### Sistema de información de la dependencia y evaluación

Otro de los principales acuerdos alcanzados en la reunión entre la Ministra y los consejeros es el nuevo sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Esta revisión tiene por objeto hacer más transparente la gestión y evitar las irregularidades detectadas por el Tribunal de Cuentas entre 2007 y 2011. La norma garantizará fiabilidad, seguridad, disponibilidad y transparencia en la información.

Para ello, las comunidades autónomas enviarán todos los meses un certificado con las altas, bajas, modificaciones, revisiones y traslados.

También expedirán un certificado anual que reflejará la aplicación de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado para financiar la atención a la dependencia y la aportación de la comunidad autónoma al sistema.

En cuanto a la evaluación anual del Sistema de Dependencia, presentada también en el Consejo, cabe destacar que durante 2012 las nuevas incorporaciones han superado a las bajas: 132.000 personas más han sido beneficiarias. Asimismo, se ha reducido el número de personas pendientes de concesión de la prestación en un 24%, por tanto, la lista de espera se sitúa en los niveles más bajos desde el inicio del sistema. Y el nivel mínimo ha aumentado en 120 millones de euros.

La Ministra también adelantó algunos datos correspondientes al primer semestre de 2013. En los seis primeros meses del año se han reconocido 45.515 nuevos beneficiarios con derecho a prestación, y en el mismo periodo el número de personas con prestación reconocida y pendientes de recibirla se ha reducido en casi 21.000.

Mato señaló que, en el último año y medio (desde el 1 de enero de 2012), la lista de espera para recibir las prestaciones reconocidas se ha reducido en un 31,3%.

En definitiva, se siguen incorporando nuevos beneficiarios, se hacen valoraciones y se reducen las listas de espera.

# 2013 Año Español de las Enfermedades Raras

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, anunció a principios de año la declaración de 2013 como Año Español de las Enfermedades Raras, una iniciativa que busca acercar a los ciudadanos al conocimiento de estas patologías y despertar el interés de los investigadores, los profesionales y la industria para encontrar soluciones a las 7.000 enfermedades consideradas poco frecuentes.

Coordina: Inés González

Fotos: Archivo

La declaración de 2013 como el Año Español de las Enfermedades Raras tiene como objetivo acercar a los ciudadanos al conocimiento de las patologías consideradas como poco frecuentes, para establecer lazos de ayuda mutua más intensos, despertar el interés de investigadores, profesionales sanitarios y de la industria, y continuar avanzando en el conocimiento y tratamiento de estas dolencias.

Las denominadas enfermedades raras son un conjunto de más de 7.000 dolencias,

que afectan a un 7% de la población mundial y que en España padecen alrededor de tres millones de personas.

La declaración de Año Español, junto con la adhesión a la declaración del año 2016 como Año Internacional de la Investigación en Enfermedades Raras, son dos de las medidas que ha adoptado el Gobierno para afrontar el “reto” que suponen estas patologías.

La ministra Ana Mato señaló que, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “queremos proporcionar respuestas individualizadas para cada situación”, y ofrecer “una atención con enfoque multidisciplinar

y sociosanitario”, en la que se consideren las necesidades de los pacientes “no solo desde el punto de vista físico, sino también desde el ámbito asistencial, psicológico, económico y social”.

## Atención integral

En concreto, desde el Ministerio se va a desarrollar una estrategia coordinada para la atención integral de las necesidades de las personas que las sufren con tres ejes de actuación:

- Perspectiva sanitaria: se impulsará la puesta en funcionamiento de la Estrategia en Enfermedades Raras, que en la actualidad está en evaluación, en coor-



La ministra Ana Mato se comprometió a poner en marcha una estrategia de actuación sanitaria, científica y social



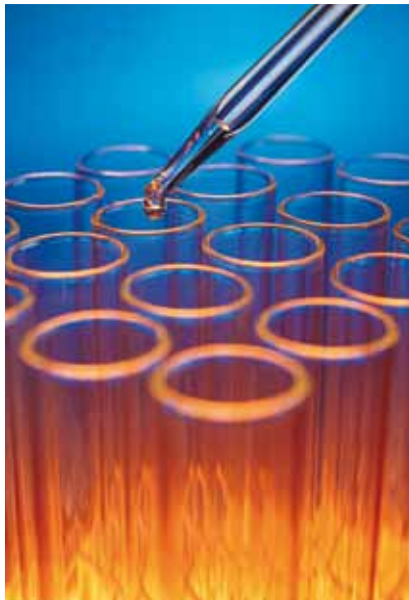
dinación con las comunidades autónomas, para promover la prevención y la detección precoz, la mejora de la atención sanitaria y sociosanitaria, así como la aplicación de terapias avanzadas.

- **Perspectiva científica:** se fomentarán las líneas de investigación sobre enfermedades raras y la creación de grupos de trabajo constituidos por expertos.
- **Perspectiva social:** se pretende mejorar el conocimiento acerca de las enfermedades raras a través de campañas de información y sensibilización dirigidas al público en general y también a la formación de los profesionales sanitarios.

Para lograr este objetivo, la ministra ha manifestado su “compromiso claro y decidido” para “movilizar todos los medios disponibles para fomentar el desarrollo de nuevos tratamientos orientados a alcanzar soluciones o, al menos, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares”. Una de las medidas es el tratamiento de enfermedades raras en nuevos centros, servicios y unidades de referencia (CSUR). En concreto, de los 34 nuevos centros de referencia pendientes de designación, al menos cinco patologías de baja prevalencia están entre las candidatas para ser tratadas en ellos.

Los CSUR, financiados a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, garantizarán la mejor asistencia posible y el mayor nivel de especialización en cada patología. Asimismo, asegurará la igualdad en el acceso de todos los ciudadanos, con independencia de la comunidad autónoma en la que vivan.

Además, el Ministerio apoyará las buenas prácticas desarrolladas por las



comunidades autónomas y también a nivel internacional. Estas medidas contribuirán a tener un mejor conocimiento y diagnóstico y “servirán para potenciar los procesos de prevención y detección precoz, así como la atención en el centro o unidad de referencia con mayor experiencia y capacidad”. El fomento de la investigación multidisciplinar para desarrollar nuevos fármacos y pruebas completa las medidas en relación a estas patologías poco frecuentes.

### **Mapa de recursos sobre enfermedades raras**

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, anunció la elaboración de un mapa de recursos sobre enfermedades raras. De este modo, las familias, desde el momento del diagnóstico, contarán con indicaciones concretas acerca de dónde dirigirse para recibir el tratamiento más adecuado para una determinada patología.

Esta iniciativa es una de las primeras que se ponen en marcha en el marco

del Año Español de las Enfermedades Raras, con el objetivo de apoyar a las familias afectadas, dar a conocer las características de estas enfermedades y “despertar así la empatía, la solidaridad y la colaboración de todos”. Tres millones de personas en España padecen alguna de las 7.000 enfermedades catalogadas como poco frecuentes, por existir menos de un caso por cada 2.000 habitantes.

Mato aseguró que “responder a las necesidades” de las personas afectadas constituye “un reto para el Sistema Nacional de Salud”, que se está afrontando desde tres ámbitos:

### **Perspectiva sanitaria**

Desde una perspectiva sanitaria, el objetivo es trabajar en coordinación con las comunidades autónomas para promover la prevención y detección precoz, la mejora de la atención socio-sanitaria y la aplicación de terapias avanzadas.

Dentro de este ámbito, la Ministra hizo una especial mención a la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, en la que se enmarcan los proyectos sanitarios dentro de este Año Español y que se actualizará a lo largo de 2013 en cuanto a objetivos, recomendaciones e indicadores de seguimiento.

La Ministra anunció la intención del Ministerio de definir de forma ordenada “los recursos de que disponemos y las características de las enfermedades a las que tenemos que hacer frente”. Para ello, se elaborará el mapa de recursos, que recopilará las unidades de experiencia que hay en España para tratar las enfermedades raras.

La metodología para su elaboración se acordó durante el mes de marzo, pues el Ministerio considera “fundamental” que, desde el diagnóstico, exista un do-

**En España hay tres millones de personas con alguna de las 7.000 enfermedades catalogadas como raras**

cumento de referencia para que la familia sepa dónde dirigirse para recibir el tratamiento más adecuado.

Además, la Ministra adelantó que los profesionales evaluadores de la discapacidad recibirán formación específica sobre enfermedades raras, con el fin de unificar criterios para determinar el grado de discapacidad y garantizar así

el acceso a servicios y prestaciones de los afectados por estas patologías. Los cursos se celebrarán a lo largo de 2013 y estarán tutelados por el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos, dependiente del Imsero.

Dentro del eje sanitario, Ana Mato anunció la creación de una “hoja de ruta

de derivación asistencial”, en atención a las peticiones de las asociaciones de pacientes, para evitar, en lo posible, los desplazamientos innecesarios.

## Perspectiva científica

Desde una perspectiva científica, fomentando el desarrollo de líneas de investigación sobre enfermedades raras.

# ENFERMEDADES RARAS

## Entre un 6 y un 8 por ciento de la población mundial está afectada por estas enfermedades

**Estrella Mayoral Rivero**

*Responsable de Acción Social de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder).*

### ¿Qué es una enfermedad rara (ER)?

Es una enfermedad que tiene una baja frecuencia o aparece raramente en la población. Para ser considerada como rara, cada enfermedad específica solo puede afectar a un número limitado de la población total, definido en Europa como menos de 1 cada 2.000 ciudadanos (“EC Regulation on Orphan Medicinal Products”).

Los pacientes y las asociaciones que los apoyan ponen de manifiesto que es crucial darse cuenta de que “le puede ocurrir a cualquiera, en cualquier etapa de la vida. Es más, no es extraño padecer una enfermedad rara”.

### ¿A cuántas personas afecta?

Del 6 al 8% de la población mundial, más o menos, estaría afectada por estas enfermedades, o sea, más de 3 millones de españoles, 27 millones de europeos.

Una cincuentena de enfermedades raras afectan a algunos millares de personas en España, unas 500 no afectan más que a unos centenares y algunos millares solo a decenas de personas. En España tenemos, por ejemplo:

- Alrededor de 10.000 personas afectadas por diversos tipos de anemia (talasemia, células falciformes...).
- Cerca de 6.000 personas afectadas de esclerosis lateral amiotrófica.
- De 4.000 a 5.000 enfermos afectados de fibrosis quística.

- 5.000 casos de esclerodermia.
- Unos 3.000 enfermos afectados de miopatía de Duchenne.
- 2.500 casos de síndrome de Tourette.
- 2.000 casos de osteogénesis imperfecta.
- 1.000 casos de patologías mitocondriales.
- De 250 a 300 afectados por leucodistrofias.
- 200 casos de la enfermedad de Wilson.
- 100 casos de la enfermedad de Pompe.
- 150 casos de anemia de Fanconi.
- 80 casos del síndrome de Apert.
- 6 casos del síndrome de Joubert.

### ¿Cuántos tipos de enfermedades raras hay?

Desde la perspectiva médica, las enfermedades raras están caracterizadas por el gran número y amplia diversidad de desórdenes y síntomas, que varían no solo de enfermedad a enfermedad, sino también dentro de la misma enfermedad.

La misma condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona afectada a otra. Para muchos desórdenes, hay una gran diversidad de subtipos de la misma enfermedad.

Se estima que existen hoy entre 5.000 y 7.000 enfermedades raras distintas, que afectan a los pacientes en sus capacidades físicas, habilidades mentales y en sus cualidades sensoriales y de comportamiento. Muchas discapacidades pueden coexistir en una persona determinada, y esta es definida entonces como paciente con discapacidades múltiples.

En esta línea, Sanidad va a continuar la colaboración con el Instituto de Salud Carlos III en el desarrollo de un Registro Epidemiológico Único. El registro será “un gran paso en la gestión coordinada de las enfermedades raras”.

En este eje, además, la Ministra anunció la celebración de un congreso nacional científico, alrededor del mes de

octubre de este año, en el que se darán cita los mayores expertos nacionales e internacionales en la materia con el objetivo de compartir los principales avances en investigación.

### **Perspectiva social**

En el ámbito social el objetivo es mejorar el conocimiento de estas dolencias

a través de campañas de información para el público general y a través de la formación específica para los profesionales.

La visibilización de la situación de las familias y el fomento de las redes de colaboración y apoyo mutuo es una prioridad. Por ello, el Ministerio ha dedicado este año el Día de la Familia,

### **¿Qué caracteriza a las enfermedades raras?**

Las enfermedades raras son, en su mayor parte, crónicas y degenerativas. De hecho, el 65% de estas patologías son graves e invalidantes y se caracterizan por:

- Comienzo precoz en la vida (2 de cada 3 aparecen antes de los dos años).
- Dolores crónicos (1 de cada 5 enfermos).
- El desarrollo de déficit motor, sensorial o intelectual en la mitad de los casos, que originan una discapacidad en la autonomía (1 de cada 3 casos).
- En casi la mitad de los casos el pronóstico vital está en juego, ya que a las enfermedades raras se le puede atribuir el 35% de las muertes antes de un año, del 10% entre 1 y 5 años, y el 12% entre los 5 y 15 años.

### **¿Cuáles son los principales problemas de quienes padecen una enfermedad rara?**

- Falta de acceso al diagnóstico correcto. El período entre la emergencia de los primeros síntomas y el diagnóstico adecuado implica retrasos inaceptables y de alto riesgo, así como diagnósticos erróneos que conducen a tratamientos inadecuados: el laberinto del pre-diagnóstico.
- Falta de información. Tanto sobre la enfermedad misma como sobre dónde obtener ayuda. En este sentido, es importante destacar la falta de referencia a profesionales cualificados y especializados en ER, puesto que en muchos casos son inexistentes.
- Falta de conocimiento científico. Esto origina dificultades para desarrollar las herramientas terapéuticas, para definir la estrategia terapéutica y de los productos terapéuticos, tanto los productos médicos como los mecanismos médicos apropiados.
- Problemas de integración social, escolar y laboral. Vivir con una enfermedad rara tiene implicaciones en todas las áreas de la vida, tanto en el colegio, elección del trabajo futuro, tiempo de ocio con los amigos o

en la vida afectiva. Puede llevar a la estigmatización, aislamiento, exclusión de la comunidad social, discriminación para la suscripción del seguro (seguro de vida, seguro de viaje, de hipoteca, etc.) y, a menudo, a oportunidades profesionales reducidas, cuando esta cuestión es de gran relevancia.

- Falta de apropiada calidad del cuidado de la salud. Combinando las diferentes esferas de conocimientos técnicos necesitados por los pacientes de enfermedades raras, tales como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, etc., los pacientes pueden vivir durante varios años en situaciones precarias sin atención médica competente, incluyendo intervenciones de rehabilitación; permanecen excluidos del sistema del cuidado sanitario incluso después de haberse hecho el diagnóstico.
- Alto coste de los pocos medicamentos existentes y cuidado. El gasto adicional de hacer frente a la enfermedad, en términos tanto de ayudas humanas como técnicas, combinado con la falta de beneficios sociales y reembolsos, causa un empobrecimiento total de la familia y aumenta dramáticamente la desigualdad de acceso al cuidado para los pacientes de enfermedades raras.
- Desigualdad en la accesibilidad al tratamiento y el cuidado. Tratamientos innovadores están, a menudo, desigualmente disponibles a causa de los retrasos en la determinación del precio o en la decisión de reembolso, falta de experiencia de los médicos que tratan (no hay médicos suficientes implicados en las pruebas clínicas de enfermedades raras) y la ausencia de recomendaciones sobre tratamientos consensuados.

### **¿Qué hacer ante el aislamiento social al que tienden los pacientes y la familia?**

Por razones diversas, la familia con un paciente con una enfermedad rara corre un grave riesgo de aislarse

socialmente. Dejan de participar en la vida social y los amigos no saben muy bien cómo reaccionar ante el enfermo. A veces ocurre que les resulta incómoda la relación y disminuyen los contactos. Pero en la mayoría de las ocasiones la carga de los cuidados ocupa tanto tiempo a la familia que no puede corresponder al entorno como lo venía haciendo anteriormente. El resultado es que cuando la familia necesita más contacto, tiende al aislamiento social.

La familia y el enfermo necesitan:

- Apoyo emocional.
- Información clara sobre el curso de la enfermedad y el acceso a prestaciones y recursos específicos adaptados a sus necesidades, a nivel social, psicológico, jurídico, sanitario, laboral, educativo.
- Ayuda material (limpieza de la casa, cuidado de los hijos, a veces del enfermo, compras, comida, transporte, gestiones ante el sistema sanitario, etc.).
- Necesitan tener los mismos derechos que las personas afectadas por una enfermedad frecuente.

En este sentido, Feder desempeña un papel muy importante como la organización que integra a los pacientes con patologías de baja prevalencia, personas sin diagnóstico (los retrasos diagnósticos son una de las características de estas enfermedades, por lo tanto no puede excluir a estas personas con sospecha de enfermedad rara pero aún sin diagnosticar) y representa su voz.

La misión de Feder es defender los derechos de las personas afectadas por ER, construyendo una sólida red de asociaciones en toda España. Feder trabaja para hacer visible la problemática de salud pública que suponen las ER, con el ánimo de promover la adopción de un Plan Nacional para las ER, que contribuya a mejorar la calidad y la esperanza de vida de los enfermos y sus familias, al mismo tiempo que realice una estrategia global que asuma el reto de equiparar los derechos de los afectados por estas dolencias a los del resto de afectados por enfermedades comunes.

Feder promueve también la creación de centros o unidades de referencia, dentro de su Plan de Acción para las ER, que tendrán como misión coordinar a todas las partes interesadas: pacientes, administración pública, científicos, profesionales de la salud, industria, entre otros, en la búsqueda de

soluciones concretas para mejorar la calidad de la atención a los afectados.

## **En relación a la dependencia, ¿cuál es la situación de los afectados por una ER?**

La dependencia que generan las ER es muy variada, dependiendo del tipo de patologías. En general, implican un deterioro importante de la calidad de vida, mayor cuando el curso de estas es degenerativo, como ocurre en buena parte de ellas. Existen enfermedades que desembocan en un proceso de dependencia, bien porque cursen con una demencia, bien porque lleven asociada una discapacidad. Como consecuencia, toda la familia se ve afectada por la enfermedad.

Vemos que los afectados por una ER tienen los mismos problemas de integración social, pero además sufren procesos de agravamiento que les obligan a la hospitalización, procesos degenerativos y gran dependencia del ámbito hospitalario, y todo ello dificulta su integración.

## **¿Cuáles son las dificultades del médico para diagnosticar y tratar una ER?**

- La baja frecuencia de estas enfermedades hace que no se puedan tener casos suficientes para adquirir experiencia por parte de los profesionales.
- Dificultad para hacer estudios sobre estas enfermedades.
- Ante la dificultad diagnóstica, el médico tiende a inhibirse derivando a otros médicos. Muchas veces no conoce si existen centros que puedan orientarles. Es por ello que Feder insiste en la importancia del Plan de Acción, ya que este incide en la acción conjunta de los planos autonómico, nacional y europeo, equilibrándose así el acceso a la información, los tratamientos, cuidados y apoyo para las personas con ER y sus familias.

## **Hacia una visión global de las ER. Un nuevo concepto de salud pública**

El término enfermedad rara es un concepto nuevo, que necesita diseñar un modelo de intervención sanitaria distinto al de las enfermedades más frecuentes. Entender esto por nuestra parte ayudará a que la administración pueda invertir recursos tanto humanos como materiales para el desarrollo de programas específicos que aborden el problema de las ER.

en el mes de junio, a los afectados por enfermedades poco frecuentes.

La ministra Ana Mato presentó también el sello distintivo del Año Español de Enfermedades Raras, un logo elaborado por un grupo de diseñadores de forma altruista.

Las acciones de sensibilización y visibilización del Año Español de las Enfermedades Raras se completarán con un “telemaratón”, a finales de 2013, que también servirá para recaudar fondos para la investigación, y un evento de carácter deportivo, para el que las asociaciones ya han entablado contactos con destacadas figuras del mundo del deporte.

Para concluir su intervención, la Ministra mostró su confianza en que,



Ana Mato posa con los responsables de las principales asociaciones de afectados.

“con la voluntad y el esfuerzo de todos, conseguiremos poco a poco sentar las bases para avanzar en el conocimiento científico de estas do-

lencias. Y puede que, en las próximas décadas, nuestro deseo de vencerlas de forma definitiva se convierta en realidad”.

## Cristalina de Bietti, una afectada por distrofia, nos ofrece el siguiente testimonio

“Cuando te diagnostican una enfermedad rara, te sientes diferente, en los estudios, en el trabajo, con los amigos, con la familia... La mayoría de ellos no entienden, no comprenden lo que te ocurre, ni por qué, e incluso es la primera vez que oyen ese nombre tan raro que es el de tu enfermedad.

Con el tiempo asumes y aceptas que eres distinto a los demás, pero eso no quita que muchas veces te detengas y te preguntes: ¿Por qué me ha tocado a mí?”

Si contactas con el SIO, aseguramos la confidencialidad. Trabajamos con una base de datos inscrita en la Agencia Española de Protección de Datos con el n.º 2070990403. El SIO informa y orienta en aspectos relativos a la falta de información general sobre ER. Una enfermedad modifica las circunstancias vitales de un afectado y las de su familia, a nivel físico, social, laboral, educativo, psicológico, etc. Esto hace que estas personas se sientan excluidas socialmente. El SIO por lo tanto, a través de sus técnicos, localiza información de todos estos ámbitos para facilitarla al afectado, pero también con la intención de identificar la problemática del colectivo y poderla plantear, sacarla a la luz ante nuestras administraciones y reivindicarlas por derecho. Así, el SIO de Feder se convierte en un registro de

información y fuente de recursos facilitados en muchas ocasiones por los propios afectados, familiares y profesionales que nos consultan.

Desde el SIO se facilita el acceso a toda la información y recursos existentes sobre patologías poco frecuentes. En concreto:

- Información sobre las patologías.
- Asesoramiento sobre recursos existentes (asociaciones, centros y especialistas).
- Facilitamos que personas afectadas por la misma patología o grupo de patologías puedan contactar e intercambiar experiencias.
- Incentivamos la formación de GAM (grupos de ayuda mutua).
- Incentivamos la agrupación de las familias y personas afectadas en asociaciones de pacientes.
- Facilitamos apoyo psicológico.
- Asesoramiento legal.
- Fomento del asociacionismo.

Si padeces una enfermedad poco frecuente o tienes dudas sobre si tu enfermedad es o no rara. Si estás a la espera de un diagnóstico y este proceso está siendo complicado, contacta con nosotros, queremos ayudarte.

**Contacta con el SIO en:**  
[sio@enfermedades-raras.org](mailto:sio@enfermedades-raras.org)  
 Teléfono: 902181725

## Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

# Los cribados de cáncer de colon, mama y cérvix y el consejo genético se implantarán en toda España con criterios comunes

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, presidió la reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el que se han acordado los criterios comunes para incluir los cribados de cáncer y el consejo genético en la cartera básica de servicios. En palabras de la Ministra, el Ministerio y las comunidades “hemos ido un paso más allá para mejorar las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos”.

La Ministra acordó con los consejeros implantar, por primera vez en toda España, el cribado de cáncer colorrectal, la prueba de detección de sangre oculta en heces, que formará parte de la cartera básica de servicios. Todos los hombres y mujeres de 50 a 69 años se podrán someter cada dos años a estas pruebas para detectar de forma precoz el tumor. La previsión es alcanzar una cobertura poblacional del 50% en 2015.

Se trata de una prueba de demostrado beneficio para tratar de forma precoz uno de los tumores de mayor incidencia en los países desarrollados, por lo que la Asociación Española contra el Cáncer había pedido, en reiteradas ocasiones, su implantación. Sin embargo, hasta ahora solo ocho comunidades llevaban a cabo estas pruebas, a través de programas piloto.

En cuanto al cáncer de mama, el cribado ya se realiza, pero el Ministerio y las comunidades han unificado el



Foto de familia con la ministra Ana Mato.

criterio para realizar estas pruebas (mamografías), en las que España es pionera dentro de la Unión Europea. Se realizará a todas las mujeres de entre 50 y 69 años, con una revisión cada dos años.

El cribado de cáncer de cérvix se realizará a mujeres de 25 a 65 años, con una periodicidad de entre tres y cinco años.

También se abordó en la reunión los cribados neonatales (la prueba del talón), que finalmente se realizará para detectar siete patologías poco frecuentes: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-coenzima A deshidrogenasa de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I) y anemia falciforme. Las comunidades que en la actualidad hacen análisis para otras enfermedades podrán se-

guir realizándolos a través de programas piloto.

En el área de genética, el Ministerio y los consejeros acordaron incorporar otra prestación de manera definitiva en la cartera de servicios: el consejo o asesoramiento genético. El objetivo es informar, a partir de estudios personalizados, a los pacientes que, por sus antecedentes familiares, estén predispuestos a padecer ciertas enfermedades. Para ello, la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias está diseñando un mapa de análisis genéticos, que determinará las líneas de actuación para incorporarlo a la cartera de servicios.

En cuanto a la reproducción humana asistida, se ratificaron las propuestas presentadas en el Consejo Interterritorial del pasado mes de diciembre. Los tratamientos de reproducción humana asistida incluidos en la cartera básica de servicios se realizarán con carácter terapéutico o preventivo.

Como novedad, se incluye el diagnóstico genético preimplantacional, que es una técnica para que padres y madres que sepan que pueden transmitirle una enfermedad genética a su hijo lo eviten. También se incluye el llamado lavado seminal, para evitar la transmisión de enfermedades virales crónicas para pacientes de VIH o hepatitis C.

En el área de cartera de servicios, también se ha establecido un catálogo común de implantes cardíacos. Asimismo, se presentaron los requisitos de especialización, calidad y actividad mínima que deben reunir las unidades y servicios hospitala-

rios propuestos por las sociedades científicas en las áreas de traumatología, otorrinolaringología y cirugía vascular. En todas estas áreas, la reorganización de servicios asistenciales estará basada en criterios científicos y técnicos, al mismo tiempo que buscará situar al paciente en el centro de todas las actuaciones.

El Consejo también abordó un informe sobre la prestación ortoprotésica, y la Ministra propuso a las comunidades que establezcan los mecanismos para que las personas con discapacidad (las principales usuarias de estos productos), en función de su renta, no tengan que adelantar el di-

nero para adquirirlos y luego esperar a que se les reembolse.

En cuanto al transporte sanitario no urgente, en el Consejo se aprobaron los criterios de valoración para su indicación. Los criterios de indicación serán evaluados por el médico prescriptor, así como por aquellos órganos de control que establezca cada comunidad. Se valorarán el estado de salud y el grado de autonomía para utilizar transporte ordinario, y lo fundamental a la hora de prescribirlo será el grado de limitación de la autonomía del paciente para poder desplazarse.

### **Asistencia sanitaria transfronteriza y ensayos clínicos**

El Consejo Interterritorial también aprobó dos proyectos de real decreto. En primer lugar, el que transpone la directiva de asistencia sanitaria transfronteriza, de obligado cumplimiento en la UE. Su objetivo es garantizar la movilidad de los pacientes, establecer unas reglas para facilitar su acceso a la asistencia sanitaria y promover la cooperación en esta materia entre los Estados miembros. La directiva también regula el reembolso de los gastos y la autorización previa, e incorpora un apartado que incluye el reconocimiento de recetas y la sanidad electrónica.

El segundo es el real decreto que regulará los ensayos clínicos. Entre las principales novedades que contendrá está un dictamen único, que eliminará las trabas innecesarias en la investigación. Además, contempla la creación, por primera vez en España, de un registro de ensayos clínicos.

## **El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad duplica el importe de las subvenciones para programas sociales en Ceuta y Melilla**

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha suscrito sendos convenios con Ceuta y Melilla, por los que se canalizarán subvenciones de dos millones de euros para cada ciudad autónoma en concepto de ayudas para programas sociales durante el ejercicio 2013. Se trata del doble del importe destinado al mismo fin el año pasado, una medida enmarcada en la lucha del Gobierno contra la pobreza y la exclusión.

El Consejo de Ministros ha aprobado, recientemente, el acuerdo por el que se ratifican las autorizaciones provisionales para la suscripción de estos convenios. Las subvenciones tienen por objeto hacer posible el desarrollo de programas y actuaciones en materia de asistencia social con el fin de fomentar la inclusión y cohesión social, asegurar la reducción de desigualdades y prevenir la exclusión de un amplio colectivo de personas con alto grado de vulnerabilidad, que precisan de asistencia social inmediata.

En concreto, las actuaciones, que se llevarán a cabo en colaboración con distintas entidades de apoyo a distintos colectivos vulnerables, están dirigidas a la promoción de la integración y el fomento de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por alguna discapacidad física, psíquica o sensorial, personas mayores, enfermos de alzhéimer y enfermos renales. La ejecución de las actuaciones se extiende hasta el 31 de diciembre de 2014.

# Bases reguladoras para subvenciones al Tercer Sector y las destinadas a fines de interés social con cargo al IRPF



El Consejo de Ministros aprobó el pasado mes de julio, a propuesta de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, los dos reales decretos por los que se establecen, respectivamente, las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a entidades del Tercer Sector y las bases reguladoras de las subvenciones estatales destinadas a programas de interés general con cargo a la asignación tributaria del IRPF, en el ámbito de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Este último real decreto tiene por objeto establecer las bases reguladoras de las convocatorias de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, para la realización de programas de interés general, con cargo a la asignación tributaria del

IRPF por parte de la Administración general del Estado, en sus ámbitos competenciales propios.

A la convocatoria de este año podrán acceder las entidades que tengan la consideración de entidades del Tercer Sector colaboradoras con la Administración, además de las entidades sociales y organizaciones no gubernamentales ya previstas el año pasado. En esta ocasión, se dará prioridad a los proyectos sociales de ayuda a las familias con problemas económicos, especialmente a las que tienen hijos, para combatir la pobreza infantil.

Se trata de reorientar la convocatoria de ayudas sociales con cargo al IRPF y las de régimen general, para orientarlas a quienes más lo necesitan.

En concreto, el sistema de distribución de las subvenciones con cargo al 0,7% del IRPF, que ya ha cumplido 25 años de existencia, se sustituye por uno más flexible, eficiente y objetivo, basado en áreas de actuación en lugar de en colectivos (mayores, jóvenes, personas con discapacidad, etc.), como hasta ahora. En la convocatoria de 2013 se distribuirán cerca de 211 millones de euros.

Con esta nueva planificación, la ministra ha anunciado que se van a priorizar los programas de urgencia social con los siguientes objetivos:

- Atender las necesidades básicas de personas en situación de pobreza.
- Apoyar a las familias con necesidades especiales de atención, en particular las que tengan menores, mayores o personas dependientes a su cargo.
- Ayudar a las familias a una adecuada nutrición de los hijos menores.
- Acciones dirigidas a adolescentes en riesgo de exclusión.

Por primera vez, se incluye en la convocatoria de este año un programa independiente para dar respuesta a las situaciones de urgencia social con el objetivo de atender las necesidades básicas de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad social.



En cuanto a las subvenciones de mantenimiento al Tercer Sector, se han modificado para reconocer a las organizaciones que componen el Tercer Sector de Acción Social (unas 29.000 en España) como entidades colaboradoras de la Ad-

ministración general del Estado. Esta nueva regulación va a garantizar el mantenimiento del régimen de ayudas a las entidades y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social que tengan ámbito estatal, que desarrollan un papel fundamen-

tal de colaboración con los poderes públicos para atender situaciones de emergencia social. Las ayudas se destinarán al mantenimiento, funcionamiento y equipamiento de las sedes centrales de las entidades y organizaciones beneficiarias.

## El Plan Social de Apoyo a las ONG estará dotado con más de 3.000 millones de euros



“Es insostenible que cualquier administración deje de pagar a aquellos que le prestan sus servicios. Pero mucho más lo es cuando a quien se adeuda es a las organizaciones que, desde el ánimo altruista, se dedican a resolver los problemas de los demás, a ayudar a los más vulnerables”. Así lo aseguró la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, en su intervención en el acto de presentación del Plan de Apoyo a las Entidades de Acción Social, celebrado en el Palacio de la Moncloa y en el que acompañó al presidente del Gobierno, Mariano Rajoy.

Esta importante labor la realiza en España el Tercer Sector de Acción Social. Se trata de más de 29.000 enti-

dades con miles de voluntarios que atienden a diario a más de seis millones de personas “desde el más absoluto de los desprendimientos”, en palabras de Ana Mato. Estas organizaciones “representan los mejores valores de nuestra nación: la solidaridad y la dedicación a los demás”.

Para hacer frente a las deudas de las administraciones públicas con estas entidades, el Plan Social de Apoyo a ONG, presentado en Moncloa, estará dotado con más de 3.000 millones de euros. La ministra agradeció al presidente del Gobierno este “nuevo capítulo” dentro de los denominados planes de pago a proveedores.

Ana Mato también recordó que el Gobierno acaba de incluir, por primera vez, a las organizaciones del Tercer Sector como entidades colaboradoras de la Administración general del Estado, para hacer explícito el reconocimiento jurídico

de su papel esencial a la hora de dar respuesta a las necesidades de la sociedad.

También explicó que “estamos trabajando conjuntamente en una ley del Tercer Sector”, pues el Gobierno quiere que en España haya un marco normativo que, de forma transparente, garantice a medio plazo los apoyos presupuestarios.

“La acción social de los poderes públicos es imprescindible”, dijo, “pero mucho más lo sois vosotros, porque siempre llegáis allí donde las administraciones públicas no pueden hacerlo”. “Queremos estar a vuestro lado para que vosotros podáis estar al lado de quienes más lo necesitan”, señaló Mato.

Estas medidas se complementarán con la convocatoria de las subvenciones del IRPF, que se han reorientado para adaptarlas a las nuevas realidades, y que estarán dotadas con 210 millones de euros.

La Ministra también recordó que el Ministerio está trabajando en un Plan Nacional de Inclusión Social y un Plan de Apoyo a la Familia, además del ya aprobado Plan de Infancia y Adolescencia. Y, “especialmente”, trabaja en un Plan de Lucha contra la Pobreza Infantil, “pionero en nuestro país”.



# Consejeros del Consejo Estatal de las Personas Mayores

Fermín Caballero Moreno, natural de Córdoba, es a sus 68 años de edad vicepresidente I.º del Consejo Andaluz de Mayores y representante en el Consejo Estatal de las Personas Mayores del Grupo de comunicación institucional. También representa a la ciudad de Sevilla en la Federación Española de Municipios (FEMP), coordinando las comisiones de trabajo en los temas de transportes urbanos y de gestión ambiental, y participando en congresos y conferencias en dichas materias a nivel europeo y en servicios municipales.

Coordina: Inés González  
Fotos: Archivo

**A**demás del tiempo que dedica a su organización y al Consejo, ¿cuáles son sus aficiones e inquietudes como ser humano?

Soy una persona a la que le gusta la lectura, sobre todo, en estos momentos, aquella que habla de los asuntos sociales actuales y cómo intervenir colaborando. Me gusta el fútbol y soy socio del Betis. También me encanta la música que proviene del flamenco. Aunque lo mejor en estos momentos, al disponer de más tiempo, es poder dedicarlo a mi familia, esposa, hijos, nietos y amistades, que sin duda son hoy mi alegría.

¿Podría decirnos a qué organización representa y cuántos socios la componen?

La Asociación Cultural de Mayores de Tussam (Transportes Urbanos de Sevilla, Sociedad Anónima Municipal) nace en los tiempos de la democracia y lo forma socialmente un

colectivo que ha realizado un gran esfuerzo para avanzar en la vida laboral y social de la empresa y en Sevilla. Somos conscientes de la aportación

que el transporte urbano realiza diariamente al funcionamiento de una ciudad como esta. Hoy, este colectivo lo forman algo más de 850 personas,

pero con una relación muy humana, ya que estamos presentes en los consejos de participación del municipio, de la provincia y de Andalucía, en los centros de mayores y otras muchas formas de colaboración con otras entidades sociales de barrios, etc.

¿Cuál es el ámbito territorial de esta organización?

Nace con vocación territorial a nivel de Andalucía, pues somos conscientes de que es necesaria una presencia efectiva de los mayores en la sociedad y se hace fundamental la unión de los esfuerzos con otras asociaciones y



con el respeto que lógicamente marca la pluralidad de nuestra sociedad, pero con los incentivos de apoyarnos solidariamente.

### ¿Qué objetivos y actividades, de cara a las personas mayores, realiza su organización?

Los fines están basados en todas aquellas actividades que nos permitan ayudar a la convivencia, a la mejora de los aspectos sociales de progreso de nuestro presente y desarrollar actividades culturales, de turismo, de formación... Sobre todo, los actos de relaciones sociales que realizamos anualmente con nuestros compañeros en reconocimiento a su trabajo en la sociedad, cooperar con los organismos de participación democrática de la ciudad de Sevilla y del gobierno de Andalucía. En fin, no estamos muy quietos que digamos. Se puede decir que hay tarea por delante y un buen equipo que arrima el hombro.

### ¿Cómo ve las necesidades, inquietudes y aspiraciones de las personas mayores en el territorio donde vive o desarrolla su actividad?

En estos momentos, la verdad que hay algo de asombro y desilusión por ver cómo se vienen abajo unos valores que tanto trabajo ha costado realizar. No obstante, estamos por considerar que, quizás, sea esta una



buena oportunidad para poner las bases del futuro de nuestros hijos y nietos; cuidando de mejorar los sistemas de solidaridad y cooperación con la participación y contribución al desarrollo de nuestra sociedad; cambiando algunas injusticias que se han venido cometiendo, con las políticas de educación, salud, dependencia, pensiones, fiscalidad, etc. Todos debemos contribuir a que no haya nadie sin el apoyo de la sociedad, y que la participación hoy de los mayores se hace fundamental.

### Para terminar, nos gustaría que nos diera su opinión sobre el Consejo Estatal de las Personas Mayores y sus sugerencias para poder mejorarlo.

Yo tengo la impresión de que la participación que en estos momentos existe en el Consejo Estatal de Mayores se ha quedado algo corta o, mejor dicho, insuficiente para el nivel de entidades y personas que lo

forman. Mi valoración personal me lleva a decir que existe un conjunto de entidades con una presencia y calidad intelectual y de compromiso con la sociedad que, sin duda, al objeto y fines de su nacimiento, hoy no sirve. Solo se puede ver los acuerdos y asuntos que se han planteado en los congresos anteriores, su contenido, y sobre todo las aspiraciones del proyecto del envejecimiento activo.

En mi opinión, se hace necesario la creación de un órgano que represente a los mayores de España, con independencia suficiente para su funcionamiento, que permita el diálogo con las administraciones, que produzca la necesaria colaboración en la sociedad y, sobre todo, que sirva realmente a las necesidades de los mayores hoy. A mi juicio, se hace muy prioritario, pues somos más de ocho millones de personas que estamos con el compromiso de colaborar y mejorar nuestra convivencia democrática.

# Subvenciones del Imserso para 2013



Coordina: Inés González

Fotos: M.<sup>a</sup> Ángeles Tirado Cubas

Como en años anteriores, se han publicado, también para este ejercicio 2013, las subvenciones del Imserso para entidades de atención a personas mayores, el programa de turismo y termalismo para personas con discapacidad y las subvenciones y ayudas para entidades y residentes en Ceuta y Melilla, mediante resoluciones del Imserso de 16 de mayo (BOE del 5 de junio) y 30 de mayo (BOE del 14 de junio).

## Atención a personas mayores

El objeto de estas subvenciones es la realización de actuaciones dirigidas a colaborar con el movimiento asociativo, en el área de personas mayores, facilitando la disponibilidad de medios básicos precisos para el cumplimiento de sus objetivos, tales como el mantenimiento, funcionamiento y actividades habituales de entidades de implantación estatal de mayores. Se dispone de un presupuesto de 2.134.740 euros.

El programa de turismo y termalismo para personas con discapacidad se realiza con la colaboración de entidades especializadas, que se dedican de forma exclusiva y habitual

a las personas con discapacidad.

Las actuaciones para turismo, vacaciones y turismo de naturaleza tienen por objeto facilitar la

vida independiente y lograr la máxima integración personal y social de las personas con discapacidad, mediante la realización de turnos en las condiciones de mayor accesibilidad, facilitando el acceso de las personas a los bienes del ocio, de la cultura y de la naturaleza, así como el descanso de las familias que tienen a su cargo personas con discapacidad.

Las actuaciones para termalismo están destinadas a favorecer la calidad de vida y autonomía de las personas con discapacidad, mediante la realización de turnos para tratamientos en balnearios que faciliten su acceso a los bienes de la salud. Para este programa se dispone de un importe total de 3.000.000 de euros.

Las personas físicas que deseen participar en las actividades de dichos programas deben dirigir su solicitud a las entidades que, al amparo de dicha convocatoria anual del Imserso, hayan recibido subvención.

## Subvenciones y ayudas económicas para entidades y residentes en Ceuta y Melilla

Subvenciones personales para facilitar la autonomía personal: su objeto

es facilitar la autonomía personal de los titulares de los derechos reconocidos por la Ley de Dependencia, mediante ayudas económicas para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptaciones del hogar.

Las subvenciones concedidas se financiarán con cargo al crédito presupuestario siguiente: Ciudad de Ceuta: 50.000 euros. Ciudad de Melilla: 100.000 euros.

El catálogo de subvenciones está formado por 67 tipos de ayudas, entre los que se encuentran: colchones y equipamiento para prevención de úlceras por presión, calzado ortopédico, ayudas para vestirse y desvestirse, accesorios para las ayudas para caminar, adaptaciones para automóviles, motocicletas y ciclomotores especiales, sillas de ruedas, mobiliario, ayudas para lavarse, bañarse y ducharse, barras y asideros de apoyo, plataformas elevadoras, equipos de seguridad para el hogar y otros locales, ayudas ópticas, teléfonos y ayudas para telefonar, sistemas de alarma, ayudas para el esparcimiento...

## Subvenciones a personas con discapacidad residentes en Ceuta y Melilla y en centros estatales del Imserso

La convocatoria va dirigida a personas con discapacidad residentes en las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla, y a personas beneficiarias de centros estatales para personas con discapacidad cuya titularidad corresponde al Imserso, así como a las entidades y organizaciones no gu-

bernammentales de atención de dichas personas, con ámbito de actuación circunscrito a estas ciudades, y a las instituciones públicas de las ciudades de Ceuta y Melilla, para el desarrollo de actividades y programas de atención, igualmente, al colectivo de personas con discapacidad.

Estas entidades y las organizaciones no gubernamentales de atención a las personas con discapacidad que concurran a esta convocatoria deberán dedicarse, en concordancia con sus normas estatutarias, con carácter habitual a la realización de programas y actividades en favor de las personas con discapacidad. El importe existente para esta actuaciones es de 273.860 €.

El catálogo de subvenciones fija las cuantías máximas e incluye ayudas individuales para la rehabilitación, para la asistencia especializada,

subvenciones complementarias de comedor, transporte y residencia, y para actividades profesionales.

En cuanto a las entidades y organizaciones no gubernamentales, se conceden subvenciones para mantenimiento de centros y servicios y promoción y sostenimiento de actividades.

Las subvenciones a las instituciones públicas de las ciudades de Ceuta y Melilla son para mantenimiento de centros y servicios y eliminación de barreras arquitectónicas.

### Subvenciones para personas y entidades de atención a mayores

La convocatoria va dirigida a personas mayores con residencia en las ciudades de Ceuta y Melilla, y a entidades y organizaciones no gubernamentales con ámbito de actuación

circunscrito a dicho territorio, que realicen actividades y programas a favor del citado colectivo.

Al igual que en el caso de las entidades de atención a personas con discapacidad, las entidades y las organizaciones no gubernamentales de atención a las personas mayores que concurran a la presente convocatoria deberán dedicarse, en concordancia con sus normas estatutarias, con carácter habitual a la realización de programas y actividades en favor de las personas mayores. Para 2013 se cuenta con un presupuesto de 175.820 €.

Las subvenciones individuales son para la rehabilitación y la asistencia especializada, y las de entidades y organizaciones no gubernamentales de personas mayores, para el mantenimiento de centros y servicios y la promoción y sostenimiento de actividades.

## Acuerdo interterritorial para la mejora del sistema de la dependencia

El Consejo Territorial en su reunión de 10 de julio del 2012 aprobó el Acuerdo para la Mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se pretendió con una serie de medidas actualizar y mejorar un modelo, después de cinco años de su puesta en marcha. Estas medidas se adoptaron como consecuencia de la evaluación de la gestión realizada por la Administración general del Estado, que puso de manifiesto la necesidad de simplificar, clarificar y hacer más transparente el sistema.

A través del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, fue creado el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, refundiendo el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, teniendo en cuenta que tanto la composición como las funciones de los dos órganos colegiados eran prácticamente idénticos.

Las razones que avalaron esta unificación fueron la simplificación y

homogeneización de las relaciones de coordinación y colaboración entre la Administración general del Estado y las comunidades autónomas, en aras de alcanzar una mayor eficacia, celeridad y economía de medios porque los servicios sociales y la dependencia han de caminar juntos.

En la primera sesión del Consejo Territorial, celebrada el pasado 16 de enero, fue aprobado su reglamento. La Ministra presentó la primera evaluación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia correspondiente al periodo 2007-2011. En ella se puso de manifiesto que el sistema finalizó el ejercicio anterior

con la menor lista de espera desde que la ley fue aprobada, ya que se redujo en más de 75.000 personas, lo que supone una disminución del 23%, y el 94% de las solicitudes que se cursaron fueron valoradas. Estos datos encuadran un modelo más igualitario, más sostenible económicamente, más equitativo y más accesible para el usuario, en el que se ha incidido en priorizar la atención a los que más lo necesitan, que son los grandes dependientes.

En la citada sesión se acordó completar el desarrollo de la normativa estatal sobre dependencia a través de un Proyecto de Real Decreto que estableció una regulación más amplia de las prestaciones y determinó las intensidades de protección de los servicios, compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos, así como la excepcionalidad de la prestación de cuidados en el entorno familiar, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a las personas en situación de dependencia.

Con el fin de mejorar el procedimiento y la transparencia en la gestión en los aspectos relativos al sistema de información, se presentó un Proyecto de Orden Ministerial, como instrumento eficaz de información y comunicación recíproca entre las administraciones públicas y la articulación entre los distintos sistemas, incorporando esta norma un certificado mensual de remisión de datos y de liquidación del nivel mínimo de protección por la Administración general del Estado, así como un certificado anual justificativo de la actividad realizada y la aportación económica destinada a la financiación del coste del sistema. Ambos certificados han de ser cumplimentados por las comunidades autónomas.

Se sometió asimismo a informe del Consejo Territorial el Proyecto de Real Decreto por el que se establece la regulación del nivel mínimo de protección garantizado por la Administración general del Estado, las cuantías por grado de dependencia, los criterios de asignación y la forma y procedimiento de abono a las comunidades autónomas.

Continuando con el mandato del Consejo Territorial de 10 de julio de 2012 y teniendo en cuenta el carácter preventivo de la ley, se acordaron los criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia que establece el artículo 21 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La Ministra consideró que se trata de una importante línea de actuación que se debe desarrollar, porque las acciones de prevención contribuyen, sin duda, a mejorar la autonomía personal y evitar, en la medida de lo posible, situaciones de dependencia.

Otros asuntos que fueron tratados en el seno del Consejo Territorial en materia de servicios sociales fueron: la elaboración de un Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, que pondrá énfasis en el apoyo a los colectivos más vulnerables (la lucha por la pobreza infantil, defensa de la integración social, garantía del ejercicio de los derechos sociales, inserción laboral); la configuración de un Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, que constituye un elemento de equilibrio y de vertebración, sin menoscabar el ámbito competencial de cada uno de los territorios; el reparto de los créditos para la ejecución de servicios sociales básicos

(el Plan Concertado, 27,5 millones de euros) y para el Plan de Desarrollo Gitano, 412.000 euros, un colectivo al que irá dirigida la Estrategia Nacional para su inclusión social, de pronta aplicación. También se acordó destinar 75.000 euros para la organización del Congreso Estatal del Voluntariado, que este año tendrá su sede en Navarra.

En la sesión siguiente del Consejo Territorial, que se celebró el 4 de julio de este año 2013, se informó en primer lugar el Proyecto de Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, por el que se refunden tres leyes: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad; la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. La Ministra puso en valor la complejidad técnica que ha supuesto, con la colaboración de las comunidades autónomas, dar cumplimiento a la delegación legislativa de refundir, aclarar y armonizar la normativa vigente en materia de discapacidad en España en un único texto legal. Con ello se ratifican los acuerdos firmados en la Convención Internacional de las Naciones Unidas, siendo su eje fundamental garantizar los derechos de las personas con discapacidad y su pleno ejercicio.

Asimismo, se acordó la aprobación del Documento de la Evaluación

Anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, destacando que durante este ejercicio las nuevas incorporaciones al Sistema han superado a las bajas: 132.000 personas más han sido beneficiarias. Se ha reducido también el número de personas pendientes de concesión de la prestación en un 24%, por lo que la lista de espera se sitúa en los niveles más bajos desde el inicio del Sistema, reduciéndose en un 31,3% desde el 1 de enero de 2012. Por último, la Ministra puso de manifiesto que la cantidad abonada a las comunidades autónomas por la Administración general del Estado en concepto de nivel mínimo se había incrementado en 120 millones de euros en ese periodo con respecto al año anterior.

Por otra parte, el Consejo Territorial acordó el nuevo sistema de información del SAAD para hacer más transparente la gestión y evitar las incidencias detectadas por el Tribunal de Cuentas entre 2007 y 2011. La Orden Ministerial que lo regula garantizará fiabilidad, seguridad, disponibilidad y transparencia en la información, estableciendo que las comunidades autónomas aporten certificados mensuales con las altas, bajas, modificaciones, revisiones y traslados, y certificados anuales que reflejarán la aplicación de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado para financiar la atención a la dependencia y la aportación de la comunidad autónoma al coste de la dependencia.

De conformidad con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se acordó la adopción de un Plan Integral de Atención a los menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla. Contiene las medidas a adoptar

por las administraciones públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar la atención temprana y rehabilitación de las capacidades físicas, mentales e intelectuales de este colectivo y establecer los criterios comunes que, en materia de atención temprana y rehabilitación, han de contemplarse en los diferentes planes de atención integral a menores de tres años. Se trata de un proyecto, indicó la Ministra, contemplado en el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, que también estaba previsto en la Ley de la Dependencia, pero que no se había puesto en marcha hasta ahora. Puntualizó que en España hay más de 140.000 niños y niñas con discapacidad (unos 5.900 menores de tres años) y señaló que es imprescindible que todos los menores tengan los mismos derechos y oportunidades.

Igualmente fue aprobada la Memoria Anual de Actividades 2012 del Consejo Territorial, que recogió toda la actividad desarrollada así como la composición y funciones, y se aprobó la constitución de dos grupos de trabajo con el fin de establecer mecanismos de coordinación en el ámbito del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del proceso de valoración de la dependencia. La propuesta incluyó que, en el conjunto de los grupos estén representadas las comunidades autónomas, junto con la Administración del Estado y las personas o colectivos que se consideren convenientes.

La Ministra informó de la reforma del sistema de subvenciones sociales, puesto que se ha reorientado la convocatoria de ayudas sociales con cargo al IRPF y las del régimen general para dirigirlas “a quienes más lo necesitan”.

Asimismo puso de relieve el Plan Social de pago a ONG destinado a hacer frente al pago de deudas de las comunidades autónomas y entidades locales contraídas con entidades sociales que ejercen su actividad en el ámbito de la infancia, la familia, las personas con discapacidad y los mayores. Este plan social está dotado con 332 millones de euros para hacer frente a las deudas de las entidades locales, 687 para atender las contraídas por las comunidades autónomas, y de 1.986 millones para saldar las deudas de conciertos suscritos en materia sanitaria, educativa y de servicios sociales, en gran parte con entidades del Tercer Sector. Además se le suman los 210 millones de euros de la nueva convocatoria de subvenciones del 0,7 del IRPF destinadas a fines sociales. En total, 3.215 millones de euros para atender situaciones de urgencia social en nuestro país.

Además la Ministra manifestó que se está trabajando en el Plan Nacional de Inclusión Social 2013-2016, dentro del que se articulará un Plan Especial de Urgencia Social para atender a la pobreza infantil. En ese ámbito se está negociando en el marco de la Unión Europea el fondo de ayuda europea para los más necesitados, con el que se complementarán las anteriores actuaciones en la lucha contra la pobreza en todo el territorio. Este fondo está contenido en el Fondo Social Europeo y se está negociando a través del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Se informó, por último, de la convocatoria de los Premios Estatales al Voluntariado Social 2013 y del próximo Congreso Estatal del Voluntariado, que se celebrará el próximo año en las Islas Baleares.

## Abierto el plazo de solicitud del complemento por alquiler para pensionistas no contributivos

Se trata de un complemento a los titulares de pensión de jubilación e invalidez de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva que residan en una vivienda alquilada en el año 2013.

### Requisitos

Podrán ser beneficiarias de este complemento las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- Tener reconocida una pensión de jubilación o invalidez de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva, en la fecha de la solicitud y en la de resolución.
- Carecer de vivienda en propiedad.
- Ser titular del contrato de arrendamiento de la vivienda.
- No tener con el arrendador de la vivienda alquilada relación conyugal o de parentesco hasta el tercer grado ni constituir con aquel una unión estable y de convivencia con análoga relación de afectividad a la conyugal.
- Tener fijada su residencia, como domicilio habitual, en una vivienda alquilada. Se entenderá que es el domicilio habitual cuando la vigencia del arrendamiento no sea inferior a un año y haya residido en la misma durante un periodo mínimo de 180 días anteriores a la fecha de la solicitud.

Si en la misma vivienda alquilada conviven dos o más personas que tuvieran reconocida una PNC, solo



tendrá derecho a este complemento aquel que sea el titular del contrato de arrendamiento o, de ser varios, el primero de ellos.

### Cuantía

En la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2013 es donde se determina la cuantía del complemento, que ha quedado fijado para este año en 525 euros anuales.

Asimismo las normas para el reconocimiento de este complemento son las establecidas en el Real Decreto 1191/2012, de 3 de agosto, por el que se establecen normas para el reconocimiento del complemento de pensión para el alquiler de vivienda a favor de los pensionistas de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva.

### Solicitud

Se pueden solicitar desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de

2013 en las oficinas de los Servicios Sociales de las propias comunidades autónomas, de las diputaciones forales del País Vasco y de Navarra y en las direcciones territoriales del Imerso en Ceuta y en Melilla.

### Datos sobre el complemento por alquiler abonado en el año 2012

El número total de complementos por alquiler correspondientes al ejercicio 2012 abonados a los pensionistas no contributivos en todo el Estado español ha alcanzado la cifra de 12.922. De ellos 6.740, el 52,16%, corresponde a pensionistas de invalidez en su modalidad no contributiva, y 6.182, el 47,84% son de pensionistas de jubilación.

El importe total abonado fue de 6.784.575 euros, de los cuales 3.246.075 euros son para jubilación y 3.538.500 euros para invalidez.

Es de señalar que el número total de complementos por alquiler abonados supone que al 2,90% de los pensionistas no contributivos existentes a diciembre de 2012 se les ha reconocido el citado complemento.

Del análisis en función del tipo de pensión no contributiva que tiene reconocida el beneficiario del complemento por alquiler, es posible concluir que el número de complementos reconocidos a pensionistas no contributivos de invalidez es mayor, ya que alcanza al 3,46% de los pensionistas no contributivos de invalidez existentes.



# 60

y más

## CUADERNOS

ENCUENTRO:  
“CUIDADOS DE LARGA  
DURACIÓN EN EUROPA  
Y EN ESPAÑA:  
NECESIDADES,  
PERSPECTIVAS Y  
RESPUESTAS”

- La perspectiva internacional de los cuidados de larga duración
- Modelos de cuidados de larga duración en Europa
- La sostenibilidad financiera del sistema
- Conclusiones

COORDINACIÓN  
SOCIOSANITARIA: URGE  
PASAR DE PROYECTO A SER  
UN DERECHO

- “Historia clínica única” y “Cartera de servicios”
- Lo primero, el ciudadano
- Conclusiones

### Cursos de Verano de San Lorenzo de El Escorial (Madrid)

Atender a las personas necesitadas de cuidados de larga duración en sus propios domicilios es la tendencia predominante en Europa y en España

Texto: Inés González  
Fotos: M.ª Ángeles Tirado



El director general del Imserso, César Antón Beltrán, el día de la inauguración del encuentro.

El pasado mes de julio tuvo lugar, en el marco de los cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid, en San Lorenzo de El Escorial, un encuentro organizado por el Imserso que, bajo el título “Cuidados de larga duración en Europa y en España: necesidades, perspectivas y respuestas”, reunió a expertos internacionales en el ámbito de los servicios sociales, con dos objetivos fundamentales: impulsar una reflexión entre los distintos agentes que intervienen en la gestión y provisión de estos cuidados, y promover un debate sobre diferentes modelos, de modo especial el modelo de atención a la dependencia existente en España, en los ámbitos de la gestión, financiación y participación.

La inauguración de este encuentro corrió a cargo del director general del Imserso, César Antón Beltrán, quien hizo una llamada de atención sobre el título y en particular sobre la palabra cuidados, porque al final cuidar tiene una sensibilidad muy importante, y el centro de atención de lo que se iba a hablar en este curso: “Obviamente, dijo, esos cuidados requieren del ámbito de la salud pero, fundamentalmente, tienen más componentes del ámbito social. Dentro de él, entran la familia y los cuidadores profesionales, formados y cualificados, para atender a las personas que requieren esos cuidados”.

¿Cuál es el reto? Es la primera reflexión que lanzó César Antón a los presentes en este curso, para señalar a continuación que no hacía falta ahondar más en qué tipo de cuidados hay y cómo están definidos; qué servicios y profesionales hay para atender estos en el ámbito de la salud y los servicios sociales; qué personas lo necesitan y con qué perfiles. El director general del Imserso recordó que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como las comunidades autónomas, se han puesto a trabajar ya en la garantía de una atención integral desde la coordinación de los servicios sanitarios y sociales: “Estamos trabajando en la confluencia de la asistencia para estos cuidados de larga duración común, continua y unificada, desde el aspecto social y sanitario. La definición fundamental son los cuidados o la atención socio-sanitaria”, dijo.

El director general habló sobre la situación en la que se encuentra el



La perspectiva internacional del encuentro contó con la intervención de Bernd Marin.

Sistema de Atención a la Dependencia, en España, en el ámbito de los servicios sociales. Después de sus seis años de existencia, se ha hecho una evaluación acordada en el Consejo Territorial. De esta evaluación se sacaron tres conclusiones: que el baremo del acceso a la situación de dependencia debe ser el mismo en todo el conjunto del territorio español, con el fin de preservar el principio de igualdad y equidad.

Asimismo, en palabras de César Antón, había un vacío en el desarrollo normativo estatal de la aportación del usuario y había que regularlo: “Se acordaron unos criterios comunes con las comunidades autónomas, un marco común para que, independientemente del territorio de donde se solicite y valore la dependencia, las garantías de medir la capacidad económica sea en función de su renta y patrimonio. Hay que tener un mismo indicador de medida para ser iguales y equitativos”. “Había que establecer unos criterios de cómo aportar a esa financiación de la dependencia con unas garantías. Aquellos que tengan una capacidad económica por debajo de 450 euros no aportan nada, pero también tiene que haber un tope por arriba, por ello

se acordó el 90% del coste del servicio. Fue un gran acuerdo que hacía falta”, señaló.

También habló del catálogo de servicios que está, íntegramente, igual que cuando se aprobó la ley, pero ampliado para todos los grados del asistente personal, señalando que: “El sistema de dependencia no podía estar ajeno a la situación económica y presupuestaria de nuestro país y de Europa. Por tanto, junto con las comunidades autónomas, se habló de posibles medidas de ahorro, sobre todo en la prestación económica, que: “Es excepcional y que, difícilmente, tiene unos efectos de generación de empleo, de actividad económica y retornos al Estado. Fue la única medida que se adoptó. Solo se le redujo un 15% a una de las ocho prestaciones”.

### **La perspectiva internacional de los cuidados de larga duración**

Tras la inauguración tomó la palabra Bernd Marin, director ejecutivo del Centro Europeo de Investigación y Política Social, que fue el encargado de pronunciar una de las ponencias del encuentro y dio su punto de vista de los cuidados de larga duración desde la perspectiva internacional.

Ofreció una visión de los diferentes modelos existentes en Europa y las diferencias entre unos países y otros, como un problema pero también como un desafío; señalando que en el futuro va a haber menos residencias. La tendencia es que, cada vez, las personas van a tener los cuidados de larga duración más en su propia casa: En Estados Unidos hay más ayuda de cuidados institucionalizados, porque la ayuda a domicilio es muy débil. “En la costa oeste, por ejemplo, las personas se sienten abandonadas, y por eso tienen que tener cuidados institucionalizados. Los hijos tienen que trabajar y solo existen residencias. En Europa hay más cuidados a domicilio y será el futuro para nosotros. Uno de cada 30 mayores tiene cuidados residenciales, pero el futuro tiene que ver con qué tipo de cuidados necesita cada uno”.

¿Quién cuida de los padres? En España y Portugal se ve claramente que deben ser los hijos los que deben cuidar de los padres: “En España, por ejemplo, dijo, en las casas viven varias generaciones. La familia suele vivir en la misma casa de los padres y cuidan de ellos. Por lo tanto, se trata de un fenómeno bastante frecuente”. En el norte de Europa no se vive con los padres y les ayudan a hacer la compra. En algunos países del norte prefieren que les cuiden los profesionales. “La mayor parte del trabajo no es remunerado y es muy injusto. En España el 83% de los cuidados lo hacen las mujeres y es la generación de los 40-64 años la que tiene mayor carga en el cuidado de las personas mayores”, señaló.

Bernd Marin se refirió también a que había que intervenir en el sistema de salud y de las pensiones, ya que, según sus palabras, se está tirando el dinero por la ventana: “Solamente se pueden consumir los ingresos. Ahora tenemos menos cotizantes para mantener a tantas personas mayores. Hay que arreglar esta situación porque, si no, no hay fondos para un Estado de bienestar. Tenemos que gastar en pensiones en función de lo que entra. ¿Por qué tienen que pagar las generaciones jóvenes nuestros excesos? Hay que realizar una redistribución. El sistema no es justo, además de insostenible, ineficiente e ineficaz”.

Resumió su intervención diciendo que tenemos que reformar el sistema de pensiones, porque si no el sistema de cuidados no funcionará, y buscar uno justo y sostenible en sí mismo. También dijo que se gasta mucho en sanidad sin motivo, puntualizando que: “Siempre se busca a alguien y se le pone en una cama y eso cuesta mucho dinero. Hay que ver en qué áreas se están produciendo derroches. Tenemos que reequilibrar el sistema y después podremos asignar mejor los fondos”.

### **Modelos de cuidados de larga duración en Europa**

La mesa redonda “Modelos de cuidados de larga duración en Europa” contó con tres ponentes de excepción, que expusieron los modelos alemán, sueco y francés.

Anna Gralberg, directora general adjunta del Departamento de Familia y Servicios Sociales del Ministerio

de Salud y Asuntos Sociales, habló del modelo sueco, que describió del siguiente modo: el Gobierno nacional, el Parlamento, se encarga de los objetivos de legislación y de las medidas financieras. A nivel regional están los Consejos, que proporcionan cuidados sanitarios y, por último, los municipios, que son los que dan los cuidados a las personas mayores: “En estos servicios proporcionados por los municipios hay un principio general: los cuidados sociales y sanitarios son tareas del sector público, mediante impuestos, la mayor parte, y otra por privados, pero son lo mismo. Los municipios son los responsables de garantizar la calidad, independientemente de quién proporciona esos servicios, y todos se hacen a domicilio”.

Alexis Rinckenbach, director general para la Cohesión Social del Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud en Francia, habló del modelo de cuidados de larga duración en su país. “En Francia, señaló, hay un sistema que estamos intentando mejorar durante muchos años. Nosotros tenemos un dicho francés que dice: ‘Imposible no es francés’, es decir, que nosotros conseguimos todo, de una forma u otra”.

Habló de la dependencia como un concepto francés de los años setenta del pasado siglo, que se basa en la dimensión médica y en una gran negatividad de la edad. Ha ido pasando de dependencia a falta de autonomía, de curas a cuidados, de cuidados a tratamiento social, y ahora se considera un asunto social y no de salud.

Destacó los principios dominantes de la solidaridad y de las familias

que revelan los distintos modelos de dependencia que hay en Europa, diferenciando unos de otros en su concepción. “Tenemos el tema de la co-familia en el sur de Europa. El modelo relativo a las aseguradoras de solidaridad profesional, que se ocupa de los temas de dependencia,

y el modelo socialdemócrata basado en la sociedad y en un conjunto de sistemas que permiten abordar la cuestión de la dependencia”.

Concluyó diciendo que en Francia los cuidados de la familia son muy importante, ya que ocho de cada diez

personas dependientes gozan de la compañía de algún familiar. “Tenemos un buen mensaje de nuestro presidente, la idea es que Francia sea un país pionero en los cuidados a la dependencia, se trata de que nuestro país recupere su triple A: anticipación, adaptación y acompañamiento”.

## CONCLUSIONES

1. La noción de “cuidados de larga duración” goza de un amplio consenso internacional, en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos y de la Unión Europea, para denominar el conjunto de cuidados sanitarios y sociales, formales e informales, recibidos en el propio hogar o en instituciones, por aquellas personas que necesiten el concurso de una tercera persona para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se trata de una noción equivalente a la atención a las situaciones de dependencia.

2. Aunque la atención a la dependencia ya existía con anterioridad en España, la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) supuso un notable avance, si bien se hizo con financiación insuficiente. El desbordamiento de las previsiones iniciales sobre número de beneficiarios, así como la crisis económica, ha obligado a realizar reformas en la ley ya desde el año 2010. Es preciso, sin embargo, mantener la eficacia (conseguir los mejores resultados) y la eficiencia (conseguir los mejores resultados al menor coste) del sistema.

3. No puede afirmarse que, en el ámbito de la UE, exista todavía un modelo homogéneo de cuidados de larga duración. La historia y circunstancias económicas y sociales de cada Estado miembro condicionan mucho la forma, prestaciones, gobernanza y financiación de los sistemas de cuidados de larga duración. Todos los países, sin embargo, están trabajando por mejorar, perfeccionar o ampliar sus respectivos modelos, pues es innegable la necesidad creciente de los cuidados de larga duración.

4. En Europa y en España la tendencia predominante es atender a las personas necesitadas de cuidados de larga duración en sus propios domicilios, por ser la alternativa preferida por ellas mismas y sus familiares. Esta atención debe tener un carácter profesional, de calidad y a través de servicios que incorporen los avances de gestión, de adaptación de los hogares y tecnológicos de hoy en día.

5. En el mismo sentido, se ha insistido en el encuentro en la necesidad de fomentar la autonomía personal y vida independiente en todas las personas, para lo cual debe fomentarse el uso de las nuevas tecnologías que faciliten la mencionada autonomía.

6. Si bien es innegable que los cuidados de larga duración, la atención a la dependencia, tiene un componente asistencial en muchas ocasiones, teniendo en cuenta, no obstante, la magnitud que está adquiriendo su extensión a la población, es necesario dar cada vez más importancia a la promoción de la salud, a la prevención y a la rehabilitación a lo largo de toda la vida.

7. En todo el ámbito de la Unión Europea existe una verdadera preocupación por la viabilidad financiera de los sistemas de protección social, en especial la sanidad, las pensiones y los cuidados de larga duración, pues el envejecimiento progresivo y constante de la población, así como la disminución de la natalidad, con el imparable aumento de la tasa de dependencia harán necesarios muchos recursos económicos en el futuro para ofrecer una atención de calidad. Será preciso redimensionar dichos sistemas en función de que puedan seguir siendo adecuados, sostenibles y financieramente viables.

Del modelo alemán habló Fabian Müller-Zetzsche, experto en política social del Departamento de Política Social de la Asociación Social Alemana, una ONG de 500.000 miembros que pagan una cuota anual. Desde su posición neutral, habló del modelo de seguros de cuidados

de larga duración en Alemania, un país que tiene una gran tradición de un seguro basado en el sistema de aportaciones, cuyo objetivo fue, principalmente, económico.

En Alemania, según aportó el Sr. Müller, el seguro de cuidados de larga du-

ración es obligatorio, no hay posibilidad de elegir y toda la población está asegurada: “Tenemos dos modelos de financiación y los mismos beneficios en los dos sistemas. El seguro del cuidado de larga duración sigue al seguro de sanidad, es decir, si uno tiene un seguro sanitario público tiene que

8. Si se quiere hacer sostenible económicamente el sistema de atención a las personas dependientes en España, se debe apostar por las prestaciones de servicios, porque a medio y largo plazo resultarán menos costosas en relación al PIB que las prestaciones económicas.

9. Se han expuesto avances y limitaciones que ha tenido la aplicación de la LAAD, en especial el relativo a su financiación, así como la necesidad de buscar una corresponsabilidad de todas las administraciones públicas, con el fin de procurar su convergencia efectiva en beneficio de todos sus ciudadanos. Se ha puesto claramente de relieve el interés manifiesto de los representantes de la Administración general del Estado y de las comunidades autónomas por buscar de manera conjunta dicha corresponsabilidad.

10. Es necesario procurar un mayor empoderamiento de las personas mayores. Ello significa que deben poder tomar sus propias decisiones a medida que envejecen, y elegir el servicio o la prestación que estiman es el más adecuado para sus necesidades de atención.

11. Se ha detectado la preocupación existente en toda Europa y en España por interrelacionar y asegurar financieramente, de cara al futuro, los sistemas sanitarios, de pensiones y de cuidados de larga duración.

12. Es imperiosa la necesidad de fomentar una buena calidad en los cuidados de larga duración. La calidad es la mejor garantía de su mantenimiento y eficacia. Entre los distintos componentes que ha de tener dicha calidad se resaltó en especial la



El secretario general del Imsero, Francisco A. Ferrándiz, junto a José María Alonso Seco.

necesidad de humanizar los cuidados y poner a la persona como centro de la atención.

13. En varios momentos del encuentro se puso de relieve la importancia que tienen los cuidadores, tanto los profesionales como los no profesionales, así como la necesidad de impulsar de continuo su formación, como requisito indispensable para procurar unos cuidados de larga duración con alto nivel de calidad.

14. Deberían fomentarse todos los instrumentos de previsión social, no solo públicos, sino también privados, con el fin de garantizar que las situaciones de dependencia pueden atenderse cuando las personas llegan a ellas.

15. Cada vez se hace más presente la conveniencia de articular fórmulas de colaboración entre el sector público y el privado para dar respuesta a la necesidad de cuidados de larga duración.

tener un seguro social. El 90% de la población está en el sistema social. También tenemos, señaló, el seguro privado para cuidados de larga duración, que es obligatorio y lo ofrecen las compañías de seguros y cubre a un 9% de la población. Y un seguro voluntario al que está afiliado solo un 2% de la población”.

### **La sostenibilidad financiera del sistema**

El segundo día de este encuentro internacional comenzó con la ponencia que, bajo el título “Desafíos para la sostenibilidad financiera de los cuidados de larga duración”, pronunció José Antonio Herce S. Miguel, profesor de la Universidad Complutense de Madrid y socio de Análisis Financieros Internacionales.

Para José Antonio Herce, el concepto de sostenibilidad en un sistema de cuidados de larga duración, que carece de un mecanismo financiero propio procedente de un seguro de recursos a través de una cotización o una prima de seguro, es una sostenibilidad que se debe conseguir e, incide, casi exclusivamente en el control del gasto: “No se trata de hacer coherente los recursos de los que se dispone por la vía financiera con el gasto que se acomete en cada ejercicio, ya que no hay esa contabilidad de gastos e ingresos. Se trata más bien de un control puro y duro del gasto”.

“En los momento actuales de consolidación fiscal –dijo–, los recursos



de un sistema de cuidados de larga duración como el español solo pueden venir de los Presupuestos Generales del Estado, de las comunidades autónomas o de los ayuntamientos. Esos recursos están ahora muy reducidos. Por lo tanto, el sistema de cuidados de larga duración se resiente, así como la necesidad de controlar el gasto, de reducirlo, incluso de ser más exigentes en los procesos de calificación de los diferentes grados. Se hacen muy duros y, por lo tanto, es muy difícil conseguirlos”.

Finalizó su intervención el profesor Herce diciendo que la solución a medio plazo consistiría en generar un mecanismo de financiación propio a base de cotizaciones o de primas de seguro: “Gestionado privadamente, pero supervisado públicamente”.

Durante los tres días que duró el encuentro se organizaron otras importantes mesas redondas, en las que se reflexionó sobre la atención a la dependencia en España, los cuidados

de larga duración en el marco territorial descentralizado, las alternativas para financiarlos, la evaluación y acreditación de estos modelos y la cooperación de entidades privadas en la provisión de este tipo de cuidados. Todas ellas contaron con expertos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,

del Imsero y del ámbito de la Administración autonómica, así como con representantes del sector privado, organizaciones no gubernamentales y asociaciones vinculadas con los servicios sociales.

El acto de clausura estuvo a cargo del secretario general del Imsero, Francisco A. Ferrándiz Manjavacas, quien señaló que, a pesar de que nuestro Sistema de Dependencia es muy joven: “Echando la vista atrás, el camino recorrido ha sido muy importante”. Asimismo, destacó que, a partir de la Ley de Dependencia, se centró y se creó una fórmula como derecho subjetivo: “Aunque todavía hay cosas por hacer y el sistema tiene elementos de desequilibrios territoriales”. Transmitió un mensaje de realismo: “Lo hecho ya debe ser un acicate para seguir avanzando. No es tanto que las administraciones públicas tengamos que aportar dinero, sino que habría que hacer un esfuerzo en relación a la racionalidad y la eficiencia”.

## Conclusión clave del Encuentro celebrado en la UIMP de Santander y organizado por el Imserso

# Coordinación sociosanitaria: urge pasar de proyecto a ser un derecho

Texto: Rosa López Moraleda

Foto: M.ª Ángeles Tirado

La puesta en marcha de una única “historia clínica digital” sería el primer paso para la necesaria coordinación entre los dos sectores –sanitario y social– actuales, dando una atención integral como demandan los ciudadanos. Urge, pues, pasar ya de proyecto a realidad en forma de derecho, según concluyeron expertos y responsables públicos reunidos en la UIMP de Santander, en el Encuentro “Coordinación sociosanitaria, clave para una atención integral: necesidades, perspectivas y propuestas”, organizado por el Imserso e inaugurado por su director general, César Antón.



César Antón, director general del Imserso, presidió la inauguración del encuentro y participó igualmente en algunos de los debates.

Durante los días 22, 23 y 24 de julio de 2013 se celebró un Encuentro organizado por el Imserso en el marco de la UIMP (Universidad Internacional Menéndez Pelayo) en Santander, inaugurado por su director general, César Antón, acompañado por otros altos cargos del Instituto. Coordinar los sectores sanitario y social, pero sin crear un tercero, es objetivo prioritario para evitar duplicidades y racionalizar el gasto sin menoscabo de la eficien-

cia que todo el sistema sociosanitario requiere, máxime inmersos como estamos en la crisis económica actual. Se trata de regular las prestaciones adecuadas en cada momento, teniendo a la “persona” como único objetivo, utilizando un servicio u otro, o los dos a un tiempo, en función de las necesidades del demandante en cada caso.

En él se abordó, en sus diferentes mesas, la colaboración entre las administraciones públicas (central, autonómica y local), el papel del sector privado (empresas más destacadas) y de asociaciones de usuarios y de personas con discapacidad (Alianza General de Pacientes y CERMI). El rol de las corporaciones locales y

el de los medios de comunicación, dentro del ámbito sociosanitario, fueron también materia de exposición y posterior debate.

Estos y otros objetivos para llevar a buen puerto la “coordinación socio-sanitaria” y en las mejores condiciones posibles de racionalidad, fueron los temas claves del encuentro, celebrado en el incomparable marco del Palacio de la Magdalena, sede de la prestigiada Universidad de Verano (UIMP) de Santander.

### “Historia clínica única” y “Cartera de servicios”

Crear una “cartera de servicios sociosanitarios”, como ya existe en lo relativo a los servicios de salud, es otra de las prioridades a poner en marcha cuanto antes, junto a la “historia clínica digital” única de cada paciente o demandante, según coincidieron los distintos ponentes participantes en el encuentro. También mejorar la formación de las personas que prestan estos servicios



El incomparable marco del Palacio de la Magdalena, sede de la UIMP de Santander, escenario del encuentro.

(profesionales o personas del entorno familiar más próximo) y conciliar las competencias del Estado y de las comunidades autónomas, tan necesaria como urgente según todas

las voces, conforman el núcleo duro de lo que se entiende pueda ser en un futuro, más o menos próximo, la coordinación sociosanitaria en nuestro país.



Julio Sánchez Fierro y Fernando Vicente, directores y activos participantes del encuentro.

### Lo primero, el ciudadano

De trascendencia decisiva se considera un “cambio de cultura” respecto a la financiación y a la idea de copago: no todo lo puede hacer el Estado y todos y cada uno de nosotros tenemos una responsabilidad por asumir, respecto a los gastos generados a lo largo de la vida, como ciudadanos potencialmente demandantes de este tipo de servicios. En esta línea, se barajó la creación de un “seguro de dependencia sociosanitaria” como una vía más complementaria de financiación.





“Los derechos no son de los territorios, son de los ciudadanos” fue una de las conclusiones allí vertidas y que más nivel de aceptación conciliaron del encuentro, así como que hay que pasar de las normas organizativas actuales a los derechos reales. Urge, por tanto y tras largos años de debates y proyectos (casi tres décadas), plasmar de una vez por todas la atención sociosanitaria como un derecho real más del ciudadano, sin continuar dejando que los acontecimientos y la realidad continúen yendo por delante, con la consiguiente decepción popular creciente por su causa.

### Conclusiones

De las muchas conclusiones alcanzadas a lo largo y ancho del encuentro, las más importantes fueron estas:

- La coordinación sociosanitaria constituye, en este momento, una

de las más importantes prioridades sociales, dado que contribuye a optimizar la utilización de los recursos sanitarios y de los servicios sociales, y permite ofrecer a las personas que padecen patologías de larga duración y que requieren otros cuidados y apoyo personal y familiar, una respuesta eficaz para mejorar su calidad de vida.

- Aunque este tipo de enfermedades que requieren cuidados de larga duración suelen vincularse a edades avanzadas, sin embargo, puede ser necesario contar con atención sociosanitaria desde edades tempranas, bien por razón de accidentes sobrevenidos o por la presencia del factor cronicidad.
- Los destinatarios de la atención sociosanitaria deben contar con un código de identificación única, válido para los servicios sociales y para los servicios de salud, ya que solo así se podrá ofrecer una asistencia integrada y continuada y gestionar su caso de manera personalizada.
- La historia clínica digital debería completarse con información de los servicios sociales, tal y como ya se está haciendo en algunas comunidades autónomas.
- La gestión de casos debería hacerse a través de equipos multidisciplinarios, con un papel destacado a cargo de los enfermeros.
- La coordinación sociosanitaria debe ser entendida como una de las tareas fundamentales para for-

talear y consolidar el Estado del bienestar, renovando su contenido, reorganizando su gestión y asentando sobre bases sólidas su sostenibilidad.

- Para promover políticas eficaces y medidas normativas adecuadas en el ámbito sociosanitario, es necesario un abordaje a medio y largo plazo, dado el incremento de las personas de mayor edad (un 36% de la población hacia el 2050), la diversidad de patologías concomitantes y la evolución de las mismas.
- Es necesario una mayor sensibilidad social hacia la atención sociosanitaria, similar a la que ya se ha conseguido en materia de pensiones. Prever con tiempo las situaciones de dependencia y de enfermedades crónicas no es solo una cuestión que concierna a los poderes públicos, sino que también entra en la responsabilidad personal de los ciudadanos.
- Aunque en el artículo 50 de la Constitución Española ya hay algunos elementos sobre los que construir la coordinación de los servicios sociales y sanitarios a favor de las personas mayores, lo cierto es que han transcurrido más de tres décadas sin que se haya regulado esta materia con suficiente perspectiva y visión de futuro. Desde entonces se han sucedido varios intentos fallidos (Real Decreto de 20 de enero de 1995, Real Decreto de 15 de septiembre de 2006), que pudieron y debieron ser en su día instrumentos jurídicos

para definir y poner en marcha la atención sociosanitaria desde una doble perspectiva: los derechos de los pacientes y la organización y gestión de los referidos servicios.

- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley de Dependencia apuntaron líneas en la buena dirección, pero faltó decisión para su desarrollo reglamentario.
- El Libro Blanco de la Dependencia apostó con acierto por la coordinación de todos los recursos disponibles (sanitarios y sociales) en lugar de crear un espacio sociosanitario entendido como una red propia, autónoma y diferente de los sistemas sanitario y de servicios sociales.

- A fin de promover una auténtica coordinación sociosanitaria, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha planteado la necesidad de un pacto socio-sanitario, que permita atender de forma integral y continuada a las personas que necesitan cuidados de larga duración y lograr así mayor calidad de vida para ellos.
- Entre las herramientas para avanzar en este ámbito es necesario establecer una cartera común de servicios (no solo asistencial, sino también de prevención y de promoción de la salud).
- También hace falta dotar a los centros sanitarios, a las residencias y a los centros de día, de una mayor capacidad resolutoria, además de promover una fluida re-



Participantes del encuentro en algunos de los breves descansos entre sus intensas y numerosas intervenciones.

lación entre los distintos niveles asistenciales, que habría de ser favorecida por la utilización de protocolos y guías consensuados y un flujo de información ágil a través de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

- También resulta fundamental una nueva política de recursos humanos, de modo que se ofrezca a los cuidadores profesionales condiciones de trabajo más atractivas, mayor estabilidad en el empleo y mejor formación.
- Las oportunidades de empleo en el sector para los próximos años aumentarán como consecuencia



El formato “mesa” facilitó la proximidad entre asistentes y participantes, ganando fluidez tanto exposiciones como debates posteriores.

- del incremento de la población que habrá de ser atendida, estimando la Comisión Europea que podrían ser necesarios 300.000 puestos de trabajo nuevos.
- Es imprescindible mejorar la información y la formación de los cuidadores familiares y de los propios pacientes (paciente experto), a través de formación (escuelas ciudadanas y escuelas de pacientes) y de la colaboración con el movimiento asociativo.
  - Habrá que estudiar en profundidad las infraestructuras disponibles y habrá que apostar por la innovación y la investigación.
  - La experiencia de las comunidades autónomas acumulada desde mediados de los años ochenta debería ser puesta en valor, así como diferentes planes y programas piloto que modernizan y hacen más eficaz la gestión socio-sanitaria.
  - La acreditación de centros y de profesionales y el establecimiento de indicadores que permitan evaluar los resultados, así como la determinación de un marco estable y sostenible en la colaboración público-privada, deberían ser cuestiones resueltas a la luz de la experiencia, que sitúa en cerca del 70% el papel de dicho sector en el ámbito de los servicios sociales, pero dotando a esta colaboración de una dimensión sanitaria que en este momento es reducida.
  - La atención domiciliaria constituye una alternativa de primer orden a considerar en el diseño de la coordinación sociosanitaria. La teleasistencia y la telemedici-



Clausura del encuentro, presidido por la vicerrectora de la UIMP de Santander.

- na habrían de estar presentes para potenciar dicha alternativa.
- Ante la reforma de las corporaciones locales, convendría prever el impacto que la misma pueda tener en la atención sociosanitaria, teniendo en cuenta, en todo caso, la necesidad de periodos transitorios en orden a evitar situaciones de dificultad que pudieran sobrevenir para las personas que reciben atención.
- El modelo de financiación sigue siendo un tema pendiente que habría de resolverse, al igual que ocurre en otros países, en base a impuestos, contando también con las aportaciones de los usuarios, cuando esto sea posible, y en función de criterios homogéneos sobre su capacidad económica.
- Para la coordinación sociosanitaria sería necesario establecer una nueva gobernanza, ya que sin ella la dispersión de iniciativas, las ineficiencias y la desorientación de los pacientes se convertirán, si no lo son ya, en males endémicos en el ámbito sociosanitario.
- Las reformas estructurales para promover la coordinación sociosanitaria deberían responder a los siguientes principios:
  - Los sistemas habrán de adaptarse a las personas y no a la inversa.
  - La igualdad de trato y la equidad en el acceso a las prestaciones debería quedar plenamente garantizada.
  - La gestión sociosanitaria debería tener en cuenta la fragilidad

de estos pacientes y los supuestos de soledad, así como la necesidad de apoyo a las familias.

### **Participantes y dirección**

Destacar, finalmente, la activa participación en el encuentro tanto de ponentes como de asistentes, donde el formato “mesa” facilitó sobremanera la fluidez y agilidad de exposiciones y posteriores debates. Claves de este éxito, la dirección del encuentro, compartida entre Julio Sánchez Fierro, vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, y Fernando Vicente Fuentes, vocal-asesor de la Dirección General del Imsero, además de su secretario general y coordinadora de Estudios y Apoyo Técnico, Francisco A. Ferrándiz y Mari Luz Cid, respectivamente.

## Director del encuentro y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad

# Sánchez Fierro: “También el Estado de bienestar está en fase de reforma”

Texto: Rosa López Moraleda

Foto: M.ª Ángeles Tirado

Hay que poner en valor calidez y cercanía, respecto de las necesidades de la persona que sufre soledad, “situación muy habitual entre las personas demandantes de estos servicios”, diría a “60 y más” Julio Sánchez Fierro, director del encuentro celebrado en Santander sobre “Coordinación sociosanitaria, clave para una atención integral”, y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad. “El Estado de bienestar también está en periodo de reforma”, en opinión de Sánchez Fierro, para quien “es urgente, y una prioridad por tanto, un pacto sociosanitario, que permita la creación de un marco jurídico mucho más preciso y más claro, entre las distintas administraciones y el sector privado”.

De reciente conclusión es el informe que sobre coordinación sociosanitaria ha realizado dicho Consejo Asesor, materia de debate en el citado encuentro celebrado en Santander y organizado por el Imsero. “Llevamos un retraso de unos 35 años en cuanto a regulación de la coordinación sociosanitaria: la Constitución, en su artículo 50, preveía que respecto a las personas mayores se adoptarían

medidas en favor de su salud con el apoyo de los servicios sociales, coordinados eso sí, para que fueran efectivos”, resume Sánchez Fierro a esta revista. “Cierto –añade– que desde entonces ha habido varios intentos sin que cuajase ninguno:



unas veces porque se ha puesto el acento en los temas de contenido en la atención sociosanitaria y otras en aspectos organizativos (competencias de las comunidades autónomas, otras del Estado...). Y con estos problemas de organización no se adoptaron decisiones de fondo o concluyentes”.

“¡Siempre hay que hablar del penúltimo intento: se produjo a finales del año 2011, cuando a cuatro días del relevo en el gobierno, se presentó un libro de coordinación sociosanitaria! Y como es evidente, el libro tendría poco futuro...

el problema seguiría pendiente y el gobierno actual –añade– desea impulsar y buscar soluciones, con una serie de acciones tendentes a alcanzar cuanto antes un gran pacto sociosanitario”.

### Un gran pacto sociosanitario

Sánchez Fierro habla de “un gran pacto, que incluya la participación de los distintos agentes e instituciones que operan en el sector, donde pudieran definirse los aspectos organizativos del sistema y, al mismo tiempo, pudieran configurarse los derechos de los ciudadanos en materia sociosanitaria”.

En esta perspectiva, y para contribuir precisamente a alcanzar estos objetivos, “el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, por su parte, elaboró y concluyó el pasado mes de marzo un exhaustivo informe sobre cuáles podrían ser las principales medidas a implementar para que, definitivamente, la coordinación sociosanitaria pase a ser de una vez por todas una realidad y cristalice en un derecho más del ciudadano”. De ahí la oportunidad de organizar el encuentro que, en la UIMP de Santander, “ha supuesto –en palabras de Sánchez Fierro– contrastar distintos puntos de vista de cómo hacer las cosas que hay que hacer...”.

Fundación Amigos de los Mayores,  
ayudando a las personas mayores

# A TU LADO Y CONTRA LA SOLEDAD

Una historia tan bella tenía que tener un motivo aún más hermoso... Un aristócrata francés, testigo de la crueldad de la II Guerra Mundial y de la huella de silencio y soledad en la que quedó París, decidió abrir su corazón para ayudar a todas aquellas personas que habían perdido a sus familiares, amigos y vecinos. La voluntad de muchos desconocidos empezó a paliar las necesidades más acuciantes. Sin faltar la comida había un vacío del que muy pronto se percató. Aquellas personas necesitaban, deseaban comunicarse, estar acompañadas. Así surgió esa filosofía de “las flores antes del pan” y que tantos años después mantiene Amigos de los Mayores con un deseo mayor: “acompañar a las personas mayores mediante el voluntariado”.

Texto y fotos: Miguel Núñez Bello

Una historia tan bella tenía que tener un motivo aún más hermoso... Un aristócrata francés, testigo de la crueldad de la II Guerra Mundial y de la huella de silencio y soledad en la que quedó París, decidió abrir su corazón para ayudar a todas aquellas personas que habían perdido a sus familiares, amigos y vecinos. La voluntad de muchos desconocidos empezó a paliar las necesidades más acuciantes. Sin faltar la comida había un vacío del que muy pronto se percató. Aquellas personas necesitaban, deseaban comunicarse, estar acompañadas. Así surgió esa filosofía de “las flores antes del pan” y que tantos años después mantiene Amigos de los

Mayores con un deseo mayor: “acompañar a las personas mayores mediante el voluntariado”.

Mercedes Villegas, directora de la Fundación Amigos de los Mayores, lleva algo más de diez años enriqueciendo su salud social y solidaria, aunque aún recuerda los inicios en España. La idea llegaba de Francia, y aunque la realidad y el contexto social es diferente en cada país, si observaban una necesidad poco trabajada. “Presentamos un proyecto en Servicios Sociales porque percibíamos que había muchas personas mayores que estaban solas y que demandaban acompañamiento”. Aquella percepción les ha dado la razón. “Cada vez hay

más voluntarios, gente que se queda sin trabajo que quiere aprovechar y ofrecer su tiempo a los demás. Bien es cierto que falta algo más de sensibilización para entender que, de alguna manera, todos podemos ser voluntarios. Solo hay que mirar a nuestro alrededor más próximo”.

Esta Fundación, con sedes en Madrid, Barcelona y Valencia, tiene en la actualidad más de 1.000 voluntarios repartidos por la geografía española esperando ayudar a una “demanda cada vez más elevada” de personas mayores que quieren estar acompañadas. Pero, ¿cuál es perfil del acompañado/a y del voluntario/a? “Normalmente son





personas de más de 80 años que no pueden salir de su casa solas, lo que les impide relacionarse con los demás. La realidad con la que trabajamos es la de mayores y aislados”. Junto a ellos, recuerda Villegas, está el voluntariado. Un perfil diferente, pero con una misma inquietud arrastrada por la solidaridad y el voluntariado. “La edad puede ir desde jóvenes de 20 años a mayores de 65 que desean acompañar a otras personas, pero que en ambos casos buscan recompensar la inquietud social que tienen. Lo que pretendemos es que haya intereses comunes y que se respete una visita semanal al domicilio de la persona mayor durante dos horas. También complementamos este acompañamiento con actividades en espacios como museos, encuentros en barrios, tomar un café, etc.”. La mayoría de los voluntarios que acuden a estos encuentros tienen una formación universitaria y complementan este espacio de solidaridad con más actividades. ¿Hay unos requisitos mínimos para ser voluntario? La pregunta que muchas personas se hacen tiene una respuesta concisa. “Tener ganas, escuchar y sensibilidad con los mayores, nada más”.

Muchas de las personas mayores llegan derivadas de los Servicios Sociales, y en función de lo que demanden y necesiten se les asigna un voluntario. Ahí está lo hermoso y curioso de esta función social. “Muchas personas mayores prefieren un voluntario joven con el que intercambiar ideas, comentarios, por eso intentamos fomentar los encuentros persona-persona para buscar la mejor respuesta”



## AMIGOS DE LOS PROYECTOS SOLIDARIOS

**Encuentros en el Barrio**, presentado por Rufina Romero, trabajadora social de la Fundación Amigos de los Mayores, y Mari Cruz Soriano, mayor usuaria de la Fundación. Ambas explicaron un proyecto que consiste básicamente en celebrar encuentros entre mayores que comparten un mismo barrio, “pero acompañados de los voluntarios con los que comparten experiencias habitualmente”. El encuentro se realiza en un entorno público, parque, bar o cafetería, y normalmente alrededor de un desayuno o merienda. El formato es el de una tertulia donde se tratan diversos temas. El objetivo es que los mayores establezcan relaciones entre ellos y amplíen sus redes sociales de forma autónoma sin depender de voluntarios. Este programa está teniendo una respuesta por encima de lo esperado, y lo que es más importante, “ya hay muchas personas mayores que han comenzado a llamarse por teléfono y quedar”, señala orgullosa Mari Cruz.

**La Bufanda de la Iaia.** Jaume Granja es el responsable de marketing de Amics de la Gent Grand. La iniciativa creada –recuerda– se desarrolló con éxito por Amigos de los Mayores el pasado 2012.

La iniciativa consiste en empoderar a las personas mayores en talleres donde enseñan a hacer punto a los más jóvenes. Básicamente se fabrican bufandas que después se comercializan como regalos

solidarios. La actividad de tejer se ha puesto muy de moda. Amics ha acuñado el término *bufanding* para denominarlo. Se han celebrado talleres públicos en las ramblas y simpáticos retos como forrar una furgoneta donada por Volkswagen con punto. El objetivo es concienciar a las personas mayores y hacerlas sentir útiles y valoradas.

**Portales solidarios**, presentado por Mainer González Garmendia, de Cruz Roja Guipúzcoa. Es un programa al que se han adscrito ya más de 4.000 portales de la provincia de Guipúzcoa con el objetivo de localizar portales donde haya personas mayores y establecer un vínculo de colaboración entre sus vecinos con las acciones más cercanas y sencillas, por ejemplo, ayudando al vecino de la puerta de al lado a bajar las escaleras del edificio, acompañarle a subir las bolsas de la compra, mostrar colaboración en trabajos en el domicilio... De entre las principales necesidades con las que se encuentran los voluntarios de la organización en el marco de este proyecto, Mainer González apuntó que “están aumentando los casos de familias en paro y que se están agrupando en la casa de los abuelos como única forma de subsistencia. Esto está aflorando, aparte de las dificultades económicas, en inseguridades y miedos de los abuelos ante la incertidumbre de no saber hasta cuánto van a poder resistir, acentuando la falta de control sobre la nueva situación familiar”.

### Evitar la soledad

La falta de contacto con los demás, la ausencia de relaciones sociales, el aislamiento, son manifestaciones a evitar por las personas mayores. “La soledad es el principal problema para ellos porque afecta a la salud y al estado emocional. La situación de aislamiento imposibilita las relaciones o contacto con los demás”. En este aspecto, en Amigos de los Mayores interesa más que la persona no esté sola “que saber por qué ha llegado a esta situación”. En ese camino que muchos recorren

durante muchos años de convivencia y buenos momentos, es conveniente que los voluntarios se adapten a los mayores y no al revés. Evitar la soledad debe ser un deseo diario que también necesita ser conocido en las fechas más señaladas. El día 1 de octubre ha sido declarado el Día Internacional de las Personas Mayores, una fecha en la que “realizamos actos conjuntos a nivel internacional en el que entregamos flores a las personas mayores”. Todos los años el primer domingo de mayo, la Fundación Amigos de los Mayores celebra también el Día de la Madre

entregando una rosa para el olvido: “la sensibilización es la mejor forma de expresar que más de 140.000 mayores viven solos en Madrid, por ejemplo”. En Navidad y en San Isidro es fácil encontrar a los voluntarios de Amigos de los Mayores en alguna celebración con las personas mayores. “En Barcelona han llegado a contar con más de 600 personas en las fiestas de San Juan”.

### Veranos en la mejor compañía

Cambiar la vida de una persona mayor es posible. Luisa ha sido siempre



# FUNDACIÓN AMIGOS DE LOS MAYORES

## PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO

### Acompañamientos a domicilio

Son visitas que se realizan al menos una vez a la semana con el objetivo de acompañar y dar cariño a aquellas personas que viven solas. Las visitas a domicilio son momentos de encuentro entre la persona mayor y el voluntario. Dependiendo de cada persona, se convierten en momentos de charlar, compartir experiencias, anécdotas o simplemente estar. Estos encuentros suelen producirse más por la tarde.

### Acompañamientos puntuales

Este es un servicio mediante el cual un voluntario acompaña y ayuda a la persona mayor en sus gestiones administrativas, sanitarias, etc. La mayoría de estas acciones se realiza por la mañana.

### Acompañamiento en residencias

Es una actividad puesta en marcha con el objetivo de acompañar a personas mayores que viven en residencias de la Comunidad de Madrid. En concreto, realizamos labores de acompañamiento en la residencia de personas mayores de la calle Goya.

### ¿QUÉ DEBEMOS SABER...?

- Que atender principalmente a las personas mayores que viven en su domicilio, en una situación de soledad y aislamiento social, con las limitaciones y dependencias propias de la edad y con escasez de recursos es uno de nuestros objetivos.
- Que con 10 euros al mes una persona mayor que ahora está sola podrá participar en actividades en compañía de otras perso-

nas mayores y voluntarios/as...

Con 30 euros al mes una persona mayor estará acompañada durante todo un año, y podrá participar en una salida cultural.

- Que ofreciendo tu compañía a una persona mayor que la necesita aprenderás mucho de las personas mayores, que son fuente de experiencia vital e historia viva, pero sobre todo porque te sorprenderá su actitud de respeto y agradecimiento.
- Que esta ayuda te permitirá ser consciente de las diferentes realidades sociales que existen, y así, enriquecerte como persona.

**AMIGOS DE LOS  
MAYORES**

913599305

info@amigosdelosmayores.org

activa, soñadora, pero sin pretensiones ni utopías. El último verano realizó uno de esos sueños que tenía... casi como perdidos. “He vuelto a disfrutar del campo, una sensación que había olvidado desde niña”. Aquel día fue especial para ella, pero también para Amigos de los Mayores, porque “entiendes que realizando esta actividad con ellos te sientes recompensado y valorado”. Durante el verano de 2012, apuntan desde la Fundación, se atendió a más de 300 personas en la Comunidad de Madrid con actividades de fines de semana en casas rurales o salidas culturales y de ocio de un día. El objetivo de este verano ha sido recaudar 5.000 euros para que 25 personas mayores tuviesen vacaciones. Aunque

esta iniciativa se prolonga durante el mes de septiembre, Fundación Amigos de los Mayores ha superado los 2.100 euros, con lo que 10 personas mayores han disfrutado de unas merecidas vacaciones... de momento. “Por cierto, que sepan que ellos nunca pagan nada”.

### El valor de los mayores

En Madrid hay más de 140.000 personas mayores que viven solas. Con ese dato se trabaja cada día en Amigos de los Mayores. ¿Cuántas sufren y padecen soledad esta realidad invisible? Cuando uno dedica su tiempo libre a estar con ellos se da cuenta “del valor que tienen en esta sociedad de la que han sido y

deben de seguir siendo protagonistas”, exclama otra voz sensibilizada de esta Fundación, que recuerda “que se están haciendo campañas de sensibilización e información de una situación que se desconoce muchas veces”. El apoyo de instituciones públicas es entonces fundamental. Ser visibles para los ministerios, el Ayuntamiento de Madrid o la Dirección General del Mayor posibilita generar ilusiones convertidas en proyectos, pese a que las subvenciones públicas se han reducido. “La aportación de empresas y particulares es un sustento que hace posible que el proyecto de ayudar a los más necesitados siga siendo una realidad”, sostiene Villegas.

## 50/50 Programa Fifty-Fifty

# Un programa para cambiar los hábitos de salud en los adultos y combatir la obesidad y el sedentarismo

En España, según datos aportados por la última Encuesta Nacional de Salud, de 2012, aproximadamente el 54% de la población adulta española de 18 y más años tiene exceso de peso y el 42% son sedentarios. Con el tabaquismo, estos son los principales factores de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de mortalidad.

Coordina: Inés González  
Fotos: Archivo



**P**ara invertir esta tendencia, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, presentó el pasado mes de julio, junto con el presidente del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, el Dr. Valentín Fuster, el Programa Fifty-Fifty.

Se trata de un programa de intervención en salud comunitaria cuyo objetivo fundamental es capacitar a la población adulta de entre 25 y 50 años con algún factor de riesgo cardiovascular en la adquisición y seguimiento de hábitos de vida

saludables y en el control de los principales factores de riesgo cardiovascular autocontrolables: obesidad, tabaquismo, sedentarismo e hipertensión arterial, a través de una formación específica y una dinámica de grupos de “ayuda entre iguales”.

Todo ello con la finalidad de mejorar la salud de manera integral y promover una visión positiva del concepto de salud, más centrada en los aspectos positivos que generan salud que en las limitaciones y aspectos que producen enfermedad.

En el acto se firmó un convenio marco entre la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan), la Fundación SHE, que dirige el doctor Fuster, y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), para poner en marcha este programa, que se iniciará este mes de de septiembre y tendrá una duración de 15 meses.

Para ello, también se firmó un convenio de colaboración específico como adenda al citado convenio marco con cada uno de los siete municipios participantes en el de-



sarrollo de esta experiencia piloto: Barcelona, Cambrils (Tarragona), Guadix (Granada), Manresa (Barcelona), Molina de Segura (Murcia), San Fernando de Henares (Madrid) y Villanueva de la Cañada (Madrid), todos ellos integrados en la Red Española de Ciudades Saludables.

La Ministra destacó en su intervención que prevenir la obesidad e in-

vertir su tendencia “es uno de los más importantes desafíos de salud pública que tenemos que afrontar”. Aunque reconoció que “es muy difícil cambiar los hábitos en los adultos”, resaltó que con pocos cambios en el estilo de vida, como por ejemplo haciendo una alimentación adecuada, variada y con menos calorías y más ejercicio físico, se puede “conseguir tener vidas más sanas”.

**Aunque no siempre sea posible modificar nuestra rutina, sí se pueden adquirir hábitos y conductas que reduzcan el riesgo cardiovascular**

El Programa Fifty-Fifty se inició por primera vez en 2012, en la población de Cardona-Barcelona dirigido por el Dr. Fuster y la Fundación SHE, con la hipótesis de que “si se capacita a los adultos en conocimientos, habilidades y actitudes sobre un estilo de vida saludable, entre iguales, mejorarán sus hábitos de salud integral y el autocontrol de los factores de riesgo”.

En base a ello, y como fruto de la iniciativa de la Fundación SHE y de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan), y en el marco de la Estrategia NAOS y del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, se firmó un convenio el 8 de abril de 2013 entre ambas instituciones, para la realización de un “Programa de intervención en adultos de salud comunitaria, a realizar en un número limitado de municipios, como proyecto de investigación piloto, con la finalidad de mejorar la salud de manera integral en personas adultas mediante la modificación de sus hábitos de salud, y de poder definir un modelo de buenas prácticas”, que da el punto de partida para el comienzo de la nueva etapa del Programa Fifty-Fifty. Este proyecto cuenta, además, con el apoyo científico del Centro Nacional de Investigación Cardiovascular (CNIC).

El convenio marco firmado es un paso más y tiene por objeto ampliar esa colaboración. El resultado perseguido es la definición de un modelo de buenas prácticas de intervención en población adulta para promover la mejora de hábitos de salud integral que pueda ser trasladable a las administraciones e instituciones públicas y privadas para su ejecución.

## Cambiar el estilo de vida

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo. La obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y la tensión arterial elevada actúan como principales factores de riesgo.

- Más del 50% de la población adulta española tiene exceso de peso (sobrepeso + obesidad).
- 3 de cada 10 españoles entre 15 y 64 años son fumadores.
- 4 de cada 10 adultos son sedentarios.

Aunque no siempre sea posible eliminar estos factores de riesgo, sí se pueden adquirir hábitos y conductas que los pueden reducir. En este sentido, ciertas intervenciones con aproximaciones, tanto individuales como grupales, permiten cambiar el estilo de vida y conducen a conseguir mejoras en la salud.

Basándose en este tipo de intervenciones se diseñó y desarrolló, por primera vez en España, un programa piloto en la localidad de Cardona (2012) del que se obtuvieron resultados preliminares positivos. Los resultados demostraron que, a partir de una evaluación inicial de los participantes y después de seis meses de intervención, estos habían modificado sus rutinas diarias y mejorado sus hábitos de salud.

El Programa Fifty-Fifty tiene como objetivo mejorar la salud integral de personas adultas de 25 a 50 años, ayudándolas a modificar sus hábitos de salud y autocontrolar los principales factores de riesgo car-

## El Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad

Es un sistema de información capaz de ofrecer, producir, aglutinar y recopilar datos y evidencias sobre la nutrición y la obesidad, así como servir de punto de encuentro entre las diferentes administraciones, instituciones, asociaciones o entidades de otro tipo en las que converjan los objetivos de la Estrategia NAOS. Se constituyó como un órgano colegiado adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, y está presidido por el Dr. Valentín Fuster. La primera reunión de constitución tuvo lugar el 13 de junio de 2013.

Para más información y datos

<http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es>

diovascular: sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo e hipertensión arterial, mediante la educación entre iguales.

Este programa de salud comunitaria es un estudio científico de intervención con evaluación, lo que permite determinar su eficacia.

**El 54% de los españoles adultos presenta exceso de peso y el 42% es sedentario**



Se desarrolla a través de talleres formativos y motivacionales. Todos los participantes reciben formación, dirigida a la promoción de hábitos saludables, para motivar a las personas a que modifiquen sus hábitos de salud y aprendan a controlar los factores de riesgo.

Contenidos: motivación para el cambio, gestión del estrés, alimentación saludable, práctica habitual de actividad física, cesación tabáquica y autocontrol de la tensión arterial.

Dicha formación se acompaña, durante los 12 meses siguientes, de una dinámica de grupo dirigida a promover cambios internos y a brindar a los participantes la posibilidad de desarrollar capacidades que les ayuden a superarse.

## Participantes

Los participantes previstos para este estudio son 900 personas, de entre los siete municipios participantes. Deberán tener entre 25 y 50 años, algún factor de riesgo de enfermedad cardiovascular como sobrepeso u obesidad, ser sedentarios (menos de 150 minutos de ejercicio físico moderado a la semana en periodos no

inferiores a 10 minutos), ser fumador o tener la tensión alta.

Las 900 personas que participen en el Programa Fifty Fifty de los siete municipios serán susceptibles de influir, a su vez, a sus familiares y amigos. De ser así, el impacto de esta experiencia piloto sería importante.

Este programa de salud comunitaria irá acompañado de una evaluación científica rigurosa de los resultados, de los procesos de implementación y del grado de satisfacción de los participantes.

### Instituciones que impulsan el Programa Fifty-Fifty

Bajo esta premisa, nace el Programa Fifty-Fifty dirigido por el Dr. Valentín Fuster, una iniciativa de la Fundación SHE (Science, Health and Education), y de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan) en el marco de la Estrategia NAOS y del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, con el fin de mejorar la salud de manera integral en personas adultas mediante la modificación de sus hábitos de salud.

Este Programa Fifty-Fifty se desarrollará de forma colaborativa junto a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y los ayuntamientos de los siete municipios donde se va a implantar: Barcelona, Cambrils, Guadix, Manresa, Molina de Segura, San Fernando de Henares y Villanueva de la Cañada. Cuenta también con el apoyo científico del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).

La Fundación SHE quiere incidir sobre los factores de riesgo que afectan a los niños, jóvenes y adultos, con el



Foto de familia con la ministra Ana Mato.

### El programa está dirigido a la población de 25 a 50 años con algún factor de riesgo cardiovascular

fin de disminuir el impacto de las enfermedades cardiovasculares.

Science, Health & Education (Investigación, Salud y Educación) son las claves de la fundación sin ánimo de lucro que nace de la iniciativa del Dr. Valentín Fuster. Basada en la investigación básica y clínica (*Science*), tiene el objetivo de promover la salud (*Health*) mediante la comunicación y la educación (*Education*) a la población.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan) es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; entre sus ámbitos de actuación se encuentra planificar, coordinar y desarrollar estrategias y actuaciones que fomenten la infor-

mación, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y en especial la prevención de la obesidad.

Desde el año 2005, la Aesan desarrolla la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad, con intervenciones en distintos ámbitos (familiar, educativo, empresarial, sanitario, laboral, comunitario) que contribuyan a provocar cambios en nuestra alimentación y en nuestros hábitos de vida. Para ello, y en cooperación con otros agentes públicos y privados, se promueven y potencian opciones y entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria y nacional que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada a la obesidad.

# La salud bucodental en las personas mayores

Texto: Dr. Eduardo Anitua

Fotos: Archivo

La salud bucodental es una cuestión que cada día cobra una mayor importancia en España. Las numerosas campañas sanitarias sobre este tema que se vienen desarrollando desde hace años, fomentadas tanto por las autoridades sanitarias, los colegios profesionales y las empresas del sector, han ido calando en una sociedad que cada vez se preocupa más por mantener una boca sana.

Sin embargo, quizás porque esas campañas se han enfocado mayoritariamente a los sectores de la población más jóvenes, entre las personas mayores parecía haber menos información y una menor concienciación sobre la importancia de la salud bucodental.

Un buen reflejo de esta situación de desinformación es el que muchas personas mayores asumieran que los problemas dentales eran parte del proceso natural de envejecimiento, y por tanto problemas sin solución. Nada más lejos de la realidad. Al hablar de salud oral en los mayores es necesario erradicar esta idea e informar de que la mayoría de estos problemas no son una consecuencia inevitable del paso de los años, sino que son enfermedades que pueden, y deben, ser tratadas.

Los grandes avances de la odontología en los últimos años han hecho que actualmente las soluciones para los

problemas de salud bucodental sean muy numerosas y variadas. Pero quizás precisamente por esa diversidad de tratamientos disponibles, y por la complejidad de algunos de ellos, muchos de los mayores que se plantean someterse a un tratamiento bucodental se encuentran un poco “perdidos” y tienen muchas dudas que los profesionales debemos aclarar. Es muy frecuente que no sepan qué criterios seguir a la hora de elegir entre un tratamiento u otro, se preguntan por qué existe tanta diferencia entre el precio

de un implante entre distintas clínicas, si hay una edad máxima para optar a un tratamiento con implantes, o qué hábitos deben adoptar para mantener una boca sana, evitando así otras enfermedades que puedan surgir a medio y largo plazo, derivadas de una mala higiene oral.

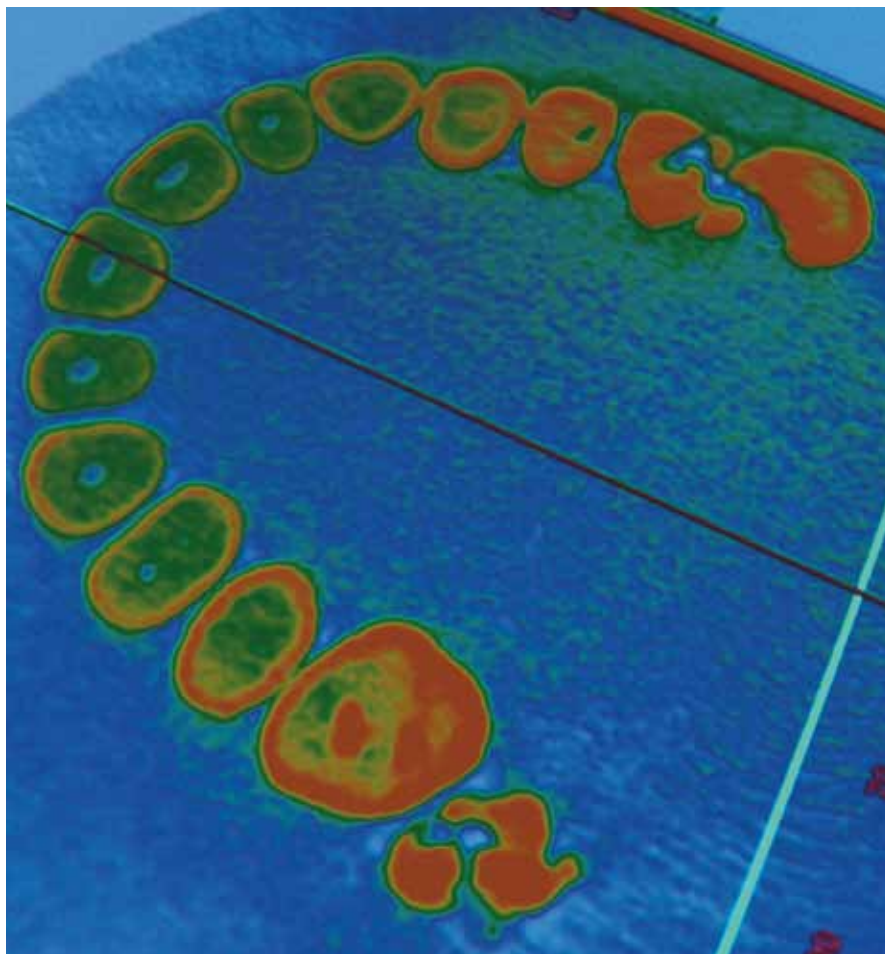
**¿Por dónde empezar? Lo primero es prevenir**

Una de las claves para resolver problemas dentales es detectarlos cuan-



do son incipientes, de ahí la importancia de acudir periódicamente al dentista (lo aconsejable es visitarlo cada seis meses). Entre las medidas de prevención fundamentales para aumentar la resistencia y buen estado de los dientes destaca la higiene bucodental. Su descuido puede resultar en enfermedades y, a la larga, incluso causar la pérdida de una o varias piezas dentales. Por eso es importante que el cepillado se convierta en una rutina: la regularidad es fundamental para evitar que la placa bacteriana tenga efectos nocivos y permanentes.

Otra cuestión preventiva a tener en cuenta es no fumar, ya que el tabaco es muy dañino para las encías, los



dientes, la lengua y, en general, para la boca. Igualmente, es necesario seguir hábitos alimenticios saludables. Tomar dietas equilibradas de hidratos de carbono, proteínas, frutas y verduras y evitar comer dulces con azúcar, en especial entre horas, para evitar la formación de placa bacteriana.

Las personas deben además estar atentas a ciertos síntomas comunes como el enrojecimiento o sangrado de las encías, la sensación de frío-calor al masticar, o la rotura de alguna pieza dental, para poder tratar los problemas bucodentales en cuanto se presentan. Si estos síntomas no son tratados a tiempo pueden derivar en enfermedades como la periodontitis, que suele evolucionar de forma rápida y en muchas ocasiones conlleva la pérdida dentaria.

Asimismo, es importante prestar atención al bruxismo durante el sueño, que consiste en apretar fuertemente los dientes, desgastándolos, ya que puede ser un síntoma de apnea del sueño. Habitualmente, las personas afectadas no son conscientes de este trastorno, siendo los familiares quienes advierten los ronquidos o las interrupciones de la respiración durante la noche.

### **¿Qué es un implante?**

Cuando la detección temprana no ha sido posible y se produce la pérdida de una o varias piezas dentales, es importante saber que existen soluciones disponibles. Hasta hace relativamente pocos años, las conocidas dentaduras postizas eran el “remedio” más empleado. Sin embargo, hoy en día las dentaduras removibles están pasando a un segundo

## Problemas dentales más comunes

### Sensación de frío y/o calor al masticar alimentos

Suele producirse cuando alguna pieza dental tiene alguna caries.

### Enrojecimiento de las encías

Puede ser la causa de un principio de gingivitis.

### Sangrado de las encías

Viene como una evolución del enrojecimiento.

### Mal aliento o halitosis

Si el problema persiste puede ser un síntoma de enfermedad gingival.

### Mala posición de los dientes

Redunda en una incorrecta masticación, dificultad a la hora de limpiarse los dientes, etc., lo que perjudica la salud bucal y favorece el aumento de las caries, enfermedades de las encías y en ocasiones puede producir trastornos en el habla y en el desarrollo de los maxilares, además de que deteriora la estética de las personas.

Es el caso de apiñamiento dental, prognatismo (dientes inferiores adelantados a los superiores), etc. Se corrige en general con ortodoncia.

### Dolor

Puede ser causado por algún problema en alguna pieza dental (caries), por problemas de encías, etc.

### Piezas dentales que se mueven

Suele ser la consecuencia de un problema en la encía.

### Rotura de parte de alguna pieza dental

Por ejemplo como consecuencia de haber masticado algún alimento duro. Es el caso de las cáscaras de los frutos secos.

### Pérdida de alguna pieza dental como

### consecuencia de un golpe

En este caso, se aconseja poner la pieza debajo de la lengua y acudir rápidamente al dentista. Seguir esta recomendación puede salvarle la pieza.

### Piezas que presentan tonalidades grises

Se pueden tratar mediante técnicas de blanqueamiento dental.

### Desgaste de las piezas dentales

Suele ser muy habitual en personas con estrés que aprietan mucho unos dientes contra otros (a estas personas se les llama “bruxistas”). Estos procesos no pueden controlarse durante la noche y para evitar la destrucción de las piezas dentales existen unos dispositivos llamados “férulas de descarga”, consistentes en unos plásticos especiales que su dentista adaptará a los dientes de su boca y que permiten eliminar tensiones, en especial durante la noche, eliminando el proceso de desgaste y otros problemas derivados, como los dolores de cabeza.

### Caries

Lesión del diente como consecuencia de la acumulación de bacterias (placa dental). Se corrige reparándola. Es lo que se llama obturación.

### Gingivitis

Enrojecimiento de las encías causado por las bacterias de la boca y de restos alimenticios. Suele producirse cuando la limpieza no es adecuada. Las encías aparecen rojas y a veces inflamadas. Esta enfermedad puede evolucionar, producir sangrado y hacerse crónica, creándose bolsas, movilidad dentaria y pérdida de hueso.

### Periodontitis

Es la situación a la que llega la gingivitis si no se trata. El periodonto es el tejido que sujeta los dientes y, de no realizarse el tratamiento adecuado, esta enfermedad suele evolucionar de forma rápida y conlleva la pérdida de piezas dentales.

plano y dando el protagonismo a los implantes dentales, que han supuesto una verdadera revolución en el mundo de la odontología y se han convertido en uno de los tratamientos más demandados por las personas que pierden piezas dentales.

Los implantes dentales son unas raíces artificiales que se insertan en el hueso mandibular o maxilar, estableciendo una base firme sobre la que se pueden efectuar tanto restauraciones de dientes individuales, como prótesis parciales o totales. El objetivo de los implan-

tes dentales es funcionar exactamente igual que nuestros dientes naturales, puesto que permiten no solo masticar con total comodidad, sonreír y hablar con la misma seguridad que con nuestros propios dientes, sino que también restauran la estética de nuestra boca.



Además, es importante tener en cuenta que, aparte de la pérdida de su funcionalidad, la falta de uno o varios dientes también causa un envejecimiento prematuro del rostro y la pérdida de hueso de la mandíbula, lo que puede hacer aún más difícil y complejo el tratamiento posterior. De hecho, cuando un paciente decide colocarse un implante dental, si ha pasado un período largo de tiempo desde que perdió la pieza, puede suceder que el hueso maxilar no tenga entonces suficiente volumen para retener el implante (maxilar atrófico). En estos casos, lo adecuado es regenerar el hueso antes de poner el implante, empleando técnicas de regeneración de tejidos como el plasma rico en factores de crecimiento, para aumentar la cantidad de hueso en la mandíbula y poder colocar una prótesis o un implante de forma adecuada y duradera.



### **Necesito un implante. ¿Qué hay que saber?**

La mayoría de los pacientes no cuenta con conocimientos específicos sobre implantes y se preguntan qué es lo que hay que tener en cuenta. Mi respuesta siempre es la misma: la calidad debe ser, ante todo,

el primer criterio. Resulta llamativo que a la hora de adquirir productos habituales de consumo como pueden ser una televisión, un teléfono o un coche, muchas personas investigan, preguntan y contrastan opiniones e información, pero no siguen ese mismo proceso cuando se trata de una decisión tan importante

## **Beneficios de la colocación de un implante dental**

### **1. Disminuir las sobrecargas de las piezas dentales restantes**

Al ir perdiendo dientes, las restantes piezas dentales tienen que soportar todas las fuerzas de la masticación, lo que hace que sufran una importante sobrecarga y acorten su vida útil.

### **2. Frenar la reabsorción ósea (pérdida de hueso)**

Cuando perdemos una o varias piezas dentales se inicia un proceso de reabsorción o pérdida ósea que, en muchos casos, se ve acelerado por la presión de las prótesis removibles (de quita y pon).

Al implantar las raíces artificiales se frena también la reabsorción ósea, cuyas consecuencias funcionales y estéticas pueden llegar a ser muy graves.

### **3. Mejorar la función dental**

Con los implantes podemos sustituir las dentaduras removibles (de quita y pon) por dientes fijos, mejorando la función dental, permitiéndonos masticar de igual modo que con un diente natural.



### **4. Mejorar la estética**

Las prótesis dentales fijadas sobre los implantes tienen la misma forma, color y tamaño que los dientes propios. No se ven como piezas artificiales, y los pacientes con implantes pueden reír y hablar con toda normalidad.

como colocarse un implante dental, que en definitiva permanecerá en su boca durante muchos años. Estamos hablando de una cuestión de salud y por ello la calidad es primordial.

En cuanto al material, recomiendo siempre a los pacientes exigir un implante de titanio, biomaterial por excelencia, compatible con los tejidos humanos, y que por lo tanto no genera rechazo. En la historia de la odontología se han utilizado muchos materiales pero, a día de hoy, los estudios demuestran que el titanio puro provisto de un adecuado tratamiento superficial es el biomaterial que ofrece más garantías y tiene gran resistencia mecánica a largo plazo. Además, el titanio se integra con el tejido óseo, produciendo lo que podríamos denominar una soldadura biológica con el hueso vivo.

La elección del centro donde llevar a cabo el tratamiento implantológico es casi tan importante como la elección del implante. Hay que tratar de buscar un centro que emplee sistemas de implantes de calidad y máxima precisión y que ofrezca un mayor rango de soluciones ajustadas a cada caso, para poder enfrentarse a los tratamientos con la máxima confianza y predictibilidad. Asimismo, debe contar con personal cualificado y con experiencia. Eso sí, hay que recordar que no basta con que el implante sea de calidad y su colocación haya sido correcta. El éxito del tratamiento también depende del com-



Dr. Eduardo Anitua

promiso del paciente con una correcta higiene bucal y con las revisiones periódicas.

### Fases del tratamiento con implantes

Examen, diagnóstico y planificación. Una de las claves para que un tratamiento implantológico sea exitoso es que se realice un diagnóstico minucioso y exacto, así como una buena planificación de la intervención quirúrgica. Para ello hay que hacer una correcta exploración de la boca, incluyendo diversas pruebas de imagen (radiografías, TAC, escáner) para disponer de una información exacta de la boca del paciente. Para planificar adecuadamente la intervención quirúrgica, funcionan muy bien los programas informáticos de simulación, que permiten ha-

cer una simulación digital de la intervención quirúrgica previa a la intervención real.

**Primera fase quirúrgica.** En una primera intervención se colocarán los implantes dentro del hueso (maxilar o mandíbula). Una vez colocados, los implantes quedarán “enterrados” en el hueso esperando el tiempo necesario para que se produzca la oseointegración (aproximadamente 3 meses para la mandíbula o maxilar inferior y 4-5 meses para el maxilar superior) y cubiertos por la encía. En casos de reabsorción o pérdida extrema de hueso (más frecuentes entre

las personas mayores), esta primera fase quirúrgica puede dividirse en dos subfases, siendo la primera para la colocación de injertos de hueso o implantes expansores que permiten regenerar parte del hueso perdido, y la segunda para la colocación de los implantes que constituirán la base de la futura rehabilitación protésica.

**Segunda fase quirúrgica.** En un periodo aproximado de 3 a 4 meses (que variará en función de la localización del implante y el tipo de hueso sobre el que asienta) puede comenzar la segunda fase quirúrgica. Esta intervención es mínima y consiste en hacer un pequeño ojal en la encía para conectar los implantes que se encuentran dentro del hueso con la cavidad oral. Para realizar esta conexión se atornilla al implante un aditamento de titanio que se

denomina pilar de cicatrización o transepitelial, que es un paso intermedio para poder colocar la prótesis definitiva o corona.

**Colocación de la prótesis.** Transcurridos aproximadamente 15-20 días desde la colocación de los pilares de cicatrización podremos colocar la prótesis provisional sobre los implantes. El procedimiento es sencillo y consiste básicamente en sustituir el pilar de cicatrización por la corona o prótesis.

**Controles periódicos y mantenimiento.** Una vez terminado el tratamiento es fundamental que el paciente haga una revisión periódica del estado de sus implantes y que siga una serie de pautas que repercutirán directamente en lo duradero del resultado del tratamiento, como por ejemplo un correcto cepillado diario de los dientes, la utilización del hilo o seda dental y de cepillos interproximales, o no fumar. En este sentido, es preciso señalar que el tabaco es una causa común e importante de fracaso de un tratamiento con implantes dentales, ya que perjudica gravemente la salud de los dientes.

### **Recuperaciones más rápidas y con menos dolor**

Los tratamientos odontológicos actuales han evolucionado muchísimo, siendo cada vez menos invasivos y traumáticos, por lo que hay que desterrar definitivamente el miedo a acudir al dentista. Además, el proceso de recuperación tras un tratamiento puede acelerarse, minimizando también el dolor postoperatorio, con técnicas como el plasma rico en factores de crecimiento, una tecnología



desarrollada y patentada por BTI Biotechnology Institute.

Esta tecnología consiste en extraer una pequeña cantidad de sangre del paciente y, a partir de ella, aislar del plasma sanguíneo las proteínas responsables de la cicatrización de las heridas y de la regeneración de los tejidos. Una vez aplicadas en la zona a tratar, estas proteínas permiten acelerar el proceso natural de cicatrización y regeneración de los tejidos (hueso y encía), reduciendo tanto el dolor como el riesgo de infección, de inflamación y de complicaciones postquirúrgicas, y disminuyendo sensiblemente el tiempo de recuperación.

### **Las claves: información y calidad**

En resumen, a la hora de enfrentarse a cualquier tratamiento de salud bu-

codental, es fundamental hacerlo en una clínica que ofrezca todas las garantías, en la que se realice un diagnóstico correcto y personalizado y se informe al paciente con un lenguaje cercano y comprensible cuál es su problema y qué posibles soluciones se le ofrecen.

Sabemos que para muchas personas que no están familiarizadas con este tipo de cuestiones, a veces es difícil saber por dónde empezar a buscar. Por eso en BTI contamos con una sección en nuestra web dirigida a ayudar a los pacientes a familiarizarse con los diversos tratamientos posibles, con el lenguaje utilizado, con consejos de prevención, etc., y también ponemos a su disposición un listado de centros acreditados que cuentan con profesionales formados con los máximos estándares de calidad y excelencia.

Palentino, a sus 76 años logra sobrevivir aún hoy del humor gráfico y los libros...

## Rafael del Campo: "El humor nos hace más libres"

Hasta Cervatos de la Cueva (Palencia) fue a nacer Rafael del Campo, hijo de maestra y secretario municipal. Y de Castilla a Madrid llegó para hacerse hueco en la élite del humor gráfico patrio, subido en "La Codorniz", con su maestro, director y, sin embargo, amigo Álvaro de Laiglesia, y compañeros de vuelo como Máximo, Tono, Chumy Chúmez o Mingote, entre otros grandes del género. Hoy, a sus 76 años, sobrevive aún del humor y de sus libros, "una tarea nada fácil...". Pero ahí sigue: "El humor —sonríe— es una forma de vivir, es cultura y consigue hacernos más libres".

Texto: Rosa López Moraleda  
Fotos: Mari Ángeles Tirado

Un pueblecito palentino, semi ignorado, y en día muy caluroso del estío", referencia entre irónico y enfático Rafael del Campo sobre su localidad natal y día de su nacimiento, "en julio del 37 y en Cervatos de la Cueva...". Pero Palencia es tierra que ha dado —"en general toda Castilla"— muy notables y aclamadas firmas en las letras como en el resto de las artes. "Y desde el medio rural". Cierto.

Diríase que Rafael del Campo encarna, por su apariencia inmediata, la imagen estereotipada que se tiene sobre el español medio: a caballo entre don Alonso Quijano y el



caballero andante medieval blandiendo espada... Y, sin embargo, es un hombre de su tiempo, hecho a sí mismo —"soy un auto-formado"— que consigue sobrevivir aún hoy —"¡una tarea nada fácil!"— de su sentido del humor y de sus libros. Ahí es nada.

Más aún, su máxima satisfacción aflora cuando recuerda que su "auténtico bautizo fue en *La Codorniz*", máximo referente en medios gráficos del humor patrio del siglo XX, semanario fundado por Mihura en 1941, por el que pasaron tantos y afamados nombres como Tono, Mena, Gila, Azcona, Mingote, Chumy Chúmez o Máximo, entre otros muchos, además de Álvaro de Laiglesia, su último director, de quien Rafael tiene a gala haber sido "compañero y, sin embargo, amigo". "La revista más audaz para el lector más inteligente", recuerda su viejo lema, tras el que se esconde el legendario emblema del humor gráfico hispano.

### Dibujaba sin descanso

Cuenta que, desde la infancia, se "dedicaba a leer todo cuanto caía en mis manos; pero también dibujaba y pintaba sin descanso". Hijo de maestra y secretario de administración local, Rafael fue trasladado, junto a su padres, a Elgóibar (Guipúzcoa), donde vivió sus "mejores años juveniles, lo que me permitiría cursar la carrera de mecánica en la Escuela de Armería de Éibar".

"¡De ahí —arguye con sorna— que viviera casi permanentemente rodeado de papeles, libros y legajos! De ahí, también, mi avidez por dibujar: todo era dibujable... De suerte que la fusión papel-dibujo



diera como resultado que me lanzase a crear historias, generalmente en clave de humor, iniciando así la senda del humor gráfico del que he podido vivir entonces, ¡y aun todavía consigo sobrevivir!”.

Fue, con todo, su paso –permanencia, mejor– por la revista/semanario *La Codorniz*, de la que Rafael del Campo se siente más orgulloso y satisfecho. No en vano, dice, “comencé con apenas 25 años y en ella colaboré hasta su cierre o desaparición, recién llegada la democracia..., por cierto”.

El mismo Rafael sostiene cómo “el declive de las revistas de humor gráfico, las más emblemáticas como *La Codorniz* y *Hermano Lobo*, se produjo porque el lector habitual pudo, con la democracia en ciernes, dejar de informarse entre líneas, como hasta entonces, para pasar a hacerlo abiertamente sin la mediación de los humoristas, como anteriormente se hacía... durante la dictadura”.

### Entre las redacciones

Así las cosas, ya profesional del humor gráfico, Del Campo pasa a moverse “como pez en el agua” por numerosas redacciones, de aquí y de allá, ya periódicos, revistas u otras, como él mismo dice, “gozándola entre linotipias (mecanismos de impresión de antaño), minervas y rotoplanas”.

En abono de su tesis –el gozo por las redacciones–, Rafael afirma que todavía hoy conserva en su pituitaria “aquellos olores de la tinta y el plomo de aquellas viejas imprentas destartadas” y cómo ahora, pese a los avances tecnológicos que las

han sustituido, se “me manifiesta – dice– en forma de síndrome de abstinencia en toda regla”.

Sobre sí es una leyenda urbana o no la singular y tal vez más discutida portada de *La Codorniz*, en la época de la censura, “aquella en la que con fondo negro y letra en blanco rezaba: bombín es a bombón lo que cojín es a equis y nos importa tres equis que nos cierren la edición”, Rafael del Campo es contundente: “Fue exactamente así: real entonces... ¡y de leyenda urbana nada!”.

### Historias de *La Codorniz*

Pero aún hay todavía más, según Rafael: “Otra portada en la que se veía un tren entrando a un túnel y el resto de la revista, hasta la contra-

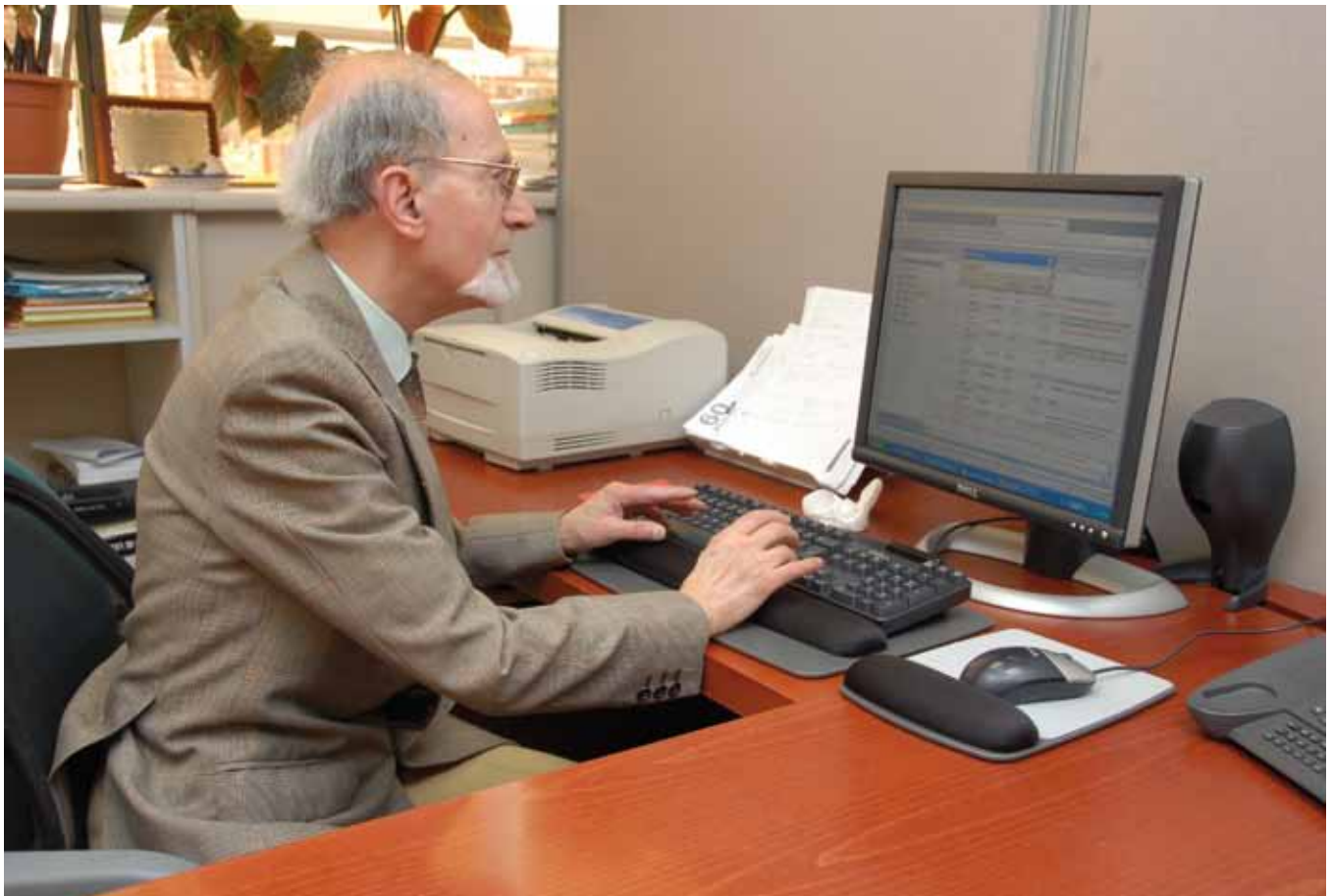
**“Me muevo como en mi casa entre las redacciones, donde colaboro asiduamente con artículos de fondo. Pero echo en falta el olor a tinta y al plomo de las viejas linotipias, minervas y rotoplanas del proceso de impresión de antaño”**

portada, era una única y uniforme mancha negra, dando a entender lo que la gente o el lector quisiera sobre la escasez de libertad reinante entonces...”.

“... Como el lector medio no pareció reírse mucho que digamos –ja tenor de las quejas memorables y no menos reproches!–, a la semana siguiente salimos (la revista) con gran profusión de chistes y al doble

de páginas, para acallar a aquellos que habían tachado de estafa el número anterior del túnel en su interior”.

“Por entonces eran muchos los humoristas gráficos de origen vasco, como Chumy Chúmez o el mismo Álvaro de Laiglesia”, comenta a continuación, quien se ha dedicado siempre “al humor y escribir libros”. Sirva de ejemplo *Vía libre*:





un (gráfico de un tren) de relatos, editado en Entrelíneas Editores y del que ya hay tres ediciones, con excelentes críticas por parte de los expertos en la cosa del humor.

### Tres libros y otros artículos

Pero son tres los libros ya publicados (*Prostituta de alto standing*, además de *Vía libre*), "más el otro, actualmente en fase de edición: corrigiendo galeras estoy ahora –aclara–, bajo el título *Un viaje espacial*.

Pareciera que Rafael del Campo no ha perdido el tiempo, sino todo lo contrario. A su intensa actividad dedicada al humor gráfico, se le une la literaria y una tercera no menos

febril y densa: la colaboración en prensa.

Son innumerables los artículos de fondo que, sobre los más variados temas, han sido puestos negro sobre blanco en publicaciones de distinta índole, como por ejemplo los publicados aquí, en esta revista de *60 y Más*, en la que ya es un entrañable y asiduo colaborador.

A la pregunta de si se puede vivir sin sentido del humor, Rafael del Campo es categórico: "Sinceramente creo que no. O al menos, estoy seguro, se vive mucho mejor con él. El sentido del humor es vida o una forma de entenderla; es cultura, nos refuerza anímica y físicamente y, por si todo esto fuera poco, ¡nos hace sentir y nos hace muchísimo más libres!".

**"Las cuestiones de la risa, la sonrisa, la carcajada... son importantes, pero no imprescindibles. El auténtico sentido del humor arranca del interior y es por ello, en mi opinión, más una actitud ante la vida o una forma de entenderla"**

### Fomentando el humor

De cuál es, en su opinión, la mejor manera de aprenderlo o cultivarlo se decanta radical: "Yo diría que en gerundio: ¡Se cultiva fo-men-tán-dolo...!". Para él "es algo muy muy parecido al deporte o al mismo músculo: si no se ejercita, si no se practica y esto se hace cada día, el músculo del humor se entumece y acaba por no funcionar".

¿Pasa fomentarlo por reírse de uno mismo? "El sentido del humor no quiere decir que acaba siempre a carcajada limpia, no, no. Pero sí, sí que es un ejercicio de higiene mental enormemente saludable aprender a reírse de uno mismo, lo que es una excelente forma de desmitificarlo todo; vamos: ¡un puntazo!".

En suma, para Rafael del Campo "toda esta cuestión de la risa, la sonrisa o la carcajada nace, o debería nacer, de lo más profundo del ser humano, por lo que suele decirse, y creo que comparto, que es más que otra cosa una actitud ante la vida, una forma de entenderla y de sobrellevarla de la forma más feliz posible y, eso sí, de una forma inteligente".

Del mismo modo, para este colaborador insigne y humorista de pro, "la persona que no cultiva o practica el humor, de alguna forma o en alguna medida, está llamada al hundimiento, de la misma forma que la persona que no come, come cada día menos y acaba por no necesitar más...". Ahí queda eso, parece que para Rafael la cosa tiene mucha más envidia de la que para más de uno tiene... o pudiera tener.

# 300 años de la Academia Española de la Lengua

La celebración incluirá diversas actividades culturales para conmemorar los tres siglos de vida

Texto: Juan Manuel Villa  
Fotos: Archivo

La Real Academia Española de la Lengua (RAE) va a cumplir 300 años de vida y se dispone a celebrarlo. Por ello, la RAE, para conmemorar tan importante aniversario, ha organizado un amplio programa de actividades que comenzará este otoño y terminará en octubre de 2014.

En la presentación del programa de actividades el director de la RAE, José Manuel Blecua, ha confirmado que el organismo que dirige se ha tenido que adaptar a la austeridad, en cuanto al impacto de los recortes presupuestarios en la consecución del programa. Así, Blecua indicó que “la RAE tiene que ser solidaria como servicio público que es con las dificultades generales de una sociedad, de un país, de un gobierno. Por lo tanto, vamos a procurar que todo esto se realice con la mayor austeridad, la mayor dignidad y la mayor calidad”.

Entre los actos conmemorativos del tricentenario destaca la exposición “La lengua y la palabra”. Se trata de una gran exposición que dará a conocer a todo el público interesado la historia y la evolución de la RAE en los trescientos años que han transcurrido desde su fundación, tanto en los aspectos de su trabajo diario y de



su compromiso de cuidado, conservación y enriquecimiento del español, como en su relación abierta con la sociedad. Este carácter abierto ha permitido adaptarse, como en la actualidad, a las nuevas tecnologías, a la modernidad, sin perder lo mejor de su historia y tradiciones, porque la Real Academia ha ido adaptando sus funciones a los tiempos que le toca vivir.

**La celebración del tricentenario de la Academia de la Lengua tiene como fin principal acercar esta institución a todos los ciudadanos**

“La lengua y la palabra” será la encargada de inaugurar este tricentenario y se desarrollará en un lugar tan fundamental para la cultura y la lengua como es la Biblioteca Nacional de España a partir del 26 de septiembre.

Pero no va a ser la única exposición que acerque, a todos los ciudadanos interesados, la labor que la RAE lleva a cabo desde 1713. La muestra “El rostro de las letras” presentará una amplia colección de retratos de escritores, fundamentalmente académicos, rastreados por decenas de archivos y colecciones públicas y privadas. Se han reunido más de 250 piezas artísticas de diferentes épocas y entre las que se encuentran pinturas, retratos, grabados, joyas bibliográficas y tesoros incunables, documentos gráficos o periódicos.



“El rostro de las letras” tiene como objetivo permitir iluminar elementos significativos de la historia de la RAE y los avatares comunes que han vivido la lengua, sus hablantes, la Academia y los ciudadanos en diferentes momentos históricos. Esta segunda exposición está prevista para septiembre de 2014, y puede que visite varias ciudades españolas después de su inauguración en Madrid.

La conmemoración del tricentenario culminará con la publicación de la 23.<sup>a</sup> edición del Diccionario de la Lengua Española, en octubre de 2014. Es una edición revisada que aparecerá con un nuevo formato y un número mayor de lemas, cerca de noventa mil. Para la creación de este diccionario cualquier ciudadano puede enviar sus solicitudes a la Academia sobre palabras que considere que pueden ser incluidas en la nueva edición; en este sentido, José Manuel Blecua indicó que “las que no tienen futuro se desechan rápido, y el resto se discuten”.

“Cómicos de la Lengua” es otra de las actividades que se proponen desde la RAE, en la que reconocidos actores y actrices españoles y jóvenes promesas leerán, de forma dramatizada, obras emblemáticas escritas en nuestro idioma desde la Edad Media hasta el siglo XX. Esta novedosa iniciativa estará dirigida por el académico y director teatral José Luis Gómez; el proyecto contará con la explicación de las peculiaridades de cada periodo por parte de un académico de la RAE.

La posibilidad de que cientos de libros circulen por lugares públicos es otra de las propuestas presentadas por la RAE mediante la iniciativa “Libros libres”; se trata de una red



de *bookcrossing* que permitiría dejar libros en lugares públicos para que sean recogidos por lectores anónimos, los cuales, a su vez, los dejarían en otro lugar cuando los hubieran leído, de forma que otros lectores se beneficien de esta red de fomento de la lectura. Además, habrá jornadas de puertas abiertas con la intención de difundir el conocimiento de la institución.

La celebración del tricentenario de la Academia de la Lengua tiene como fin principal acercar esta institución a todos los ciudadanos y mostrar la evolución de una academia con un inestimable trabajo (junto a las academias hispanoamericanas hermanadas) al servicio de la lengua que hablan casi 500 millones de perso-

nas en todo el mundo (según consta en el informe del Anuario 2012, “El español en el mundo”, del Instituto Cervantes).

Además, la evolución de la Academia se refleja en su utilización de las redes sociales (360.000 seguidores en Twitter) o la próxima aparición de su nueva página web (completamente renovada), que se presentará en octubre en Panamá. Además se encuentra el proyecto CORPES XXI con el que se busca crear un banco de datos con 300 millones de formas de español en todo el mundo.

La cuestión del futuro en cuanto a la tecnología global. El español tecnológico encuentra que, en Internet, solo el inglés y el chino son más requeridos por los usuarios. Su presencia en la Red registra un crecimiento sostenido de más del 800% en los últimos 10 años y se distancia cada vez con más velocidad del japonés, del alemán o del portugués. Otro dato: en Twitter el español es la segunda lengua más utilizada.

Diccionario  
panhispánico  
de dudas



#### Información:

[www.rae.es](http://www.rae.es)

[http://www.rae.es/rae/gestores/ges-pub000011.nsf/\(voanexos\)/arch7D11B6C1AFF56FF6C1257BA5002642BC/\\$FILE/DossierPrensaCentenario%20Buena.pdf](http://www.rae.es/rae/gestores/ges-pub000011.nsf/(voanexos)/arch7D11B6C1AFF56FF6C1257BA5002642BC/$FILE/DossierPrensaCentenario%20Buena.pdf)

# Iniciativa

## Acciones del Año Europeo de la Ciudadanía

2013 es el Año Europeo de la Ciudadanía, cuyo objetivo es informar y poner en valor aquellos derechos que tienen los ciudadanos europeos por el hecho de serlo. Desde la posibilidad de poder trabajar libremente en cualquiera de los 28 países de la UE, hasta disfrutar de unos alimentos con estrictos controles de calidad debido a normas comunes en toda la UE.

Durante este año, se quiere fomentar el diálogo entre todos los niveles de gobierno, la sociedad civil y las empresas en eventos y conferencias en toda Europa para discutir los derechos de la UE y crear una visión de cómo debería ser la UE en 2020.

Entre las diversas iniciativas que ha puesto en marcha la Comisión Europea, se encuentra la realización de dos encuestas para recopilar información acerca de la accesibilidad de los servicios e instalaciones de las empresas turísticas por un lado y de los turistas en el otro lado. Los resultados de estas encuestas se incorporarán en un informe para iden-

tificar las opciones para mejorar la oferta de servicios turísticos accesibles.

Por otro lado, se encuentra la celebración de la Semana Europea de la Movilidad, en la que se pretende que todos los ciudadanos y las autoridades locales se unan para crear una nueva cultura de la movilidad urbana.

De esta manera, cada año, del 16 al 22 de septiembre, más de 2.000 pueblos y ciudades europeas participan activamente en la celebración de la Semana Europea de la Movilidad (SEM), una campaña anual sobre movilidad urbana sostenible, financiada y apoyada por la Comisión Europea.

Aunque el compromiso político a nivel local es un requisito esencial pa-

ra unirse a la iniciativa, el éxito de la SEM realmente depende de la participación activa de miles de ciudadanos que se involucran en una serie de acciones públicas, como masas de bicicletas, días sin coches, a pie, iniciativas para la escuela y muchas otras actividades.

Muchos pueblos y ciudades están siendo diseñados para acomodar el tráfico de automóviles, con un resultado de calles congestionadas, mala calidad del aire, accidentes de tráfico y ruido. Aunque los coches más limpios y más inteligentes pueden resolver algunas de estas cuestiones, no cambian la realidad de un estilo de vida dependiente del coche y la falta de espacio público. Todo ello afecta a nuestra salud y a nuestro bienestar personal.

Para contrarrestar estos problemas, la Comisión Europea ha puesto en marcha una serie de políticas para apoyar la transición hacia ciudades más sostenibles y habitables. Estas políticas no solo se ocupan de la tecnología y la infraestructura, sino que también ponen de relieve la importancia de la sensibilización, la participación de los ciudadanos y de las personas implicadas en los procesos de planificación. Una iniciativa como la Semana Europea de la Movilidad –originalmente establecida en 2002 como una campaña ambiental–, por lo tanto, tiene un papel crucial que desempeñar a la hora de crear una “nueva cultura de la movilidad”.

SE TRATA DE EUROPA  
SE TRATA DE TI  
*Participa en el debate*

Año Europeo de los ciudadanos 2013  
[www.europa.eu/citizens-2013](http://www.europa.eu/citizens-2013)



Información:  
<http://europa.eu/citizens-2013/>

# Exposiciones

## XVIII edición de las Edades del Hombre

El pasado mes de mayo se inauguró la decimoctava edición de las Edades del Hombre con el título de “Credo”. Esta inauguración coincidió con el XXV aniversario de la primera exposición que se celebró en Valladolid y de la constitución de la Fundación a la que da nombre. De esta forma se cumplen 25 años de un gran proyecto cultural y 17 exposiciones, 18 con “Credo”, que han superado los 10 millones de visitantes, y que han mostrado en sus exhibiciones más de 4.000 edificios, pinturas, esculturas, piezas de orfebrería, obras musicales y documentos.

Para posicionar “Credo”, la marca “Las Edades del Hombre” y el turismo de Castilla y León a nivel nacional e internacional, la Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León está desarrollando un plan de promoción en el que destaca una importante apuesta por la colaboración público-privada.



Autor: Fundación Edades del Hombre. Iglesia de San Martín en Arévalo (Ávila).

Compañías como Grupo Avanza, Bankia, Once y Moleiro han colaborado en la promoción de este evento cultural, que durante su primer mes de exposición ha congregado a más de 27.600 visitantes. Como ejemplo, gracias a la Once, las Edades del Hombre contarán en Arévalo con una muestra totalmente accesible para personas ciegas o con deficiencias visuales. Su participación ha ayudado a que la mues-

tra se convierta en accesible con los carteles en braille en las piezas, la guía de mano en braille, la organización de visitas para sordos un día a la semana y el asesoramiento en las autoguías. Asimismo, Once ha colaborado con los restaurantes que ofrecen el “Menú Credo” y ha creado para el 10 de agosto un cupón especial XXV Aniversario Edades.

La exposición, que se desarrolla entre los meses de mayo y noviembre, tiene lugar en la localidad abulense de Arévalo, y se desarrolla en cuatro edificios más significativos: la Casa de los Sexmos, que se convierte en centro de recepción de los visitantes y punto de información turística de toda la comarca de La Moraña, y las iglesias de Santa María, San Martín y El Salvador. Esta muestra se ofrece bajo un preámbulo llamado “Creo” y tres capítulos titulados “Creo en Dios”, “Creo en Jesucristo” y “Creo en el Espíritu Santo”.



Autor: Fundación Edades del Hombre.

La accesibilidad es importante en esta edición desarrollada en Arévalo. En la imagen, visitantes del Centro Social “Las Cinco Llagas” (Astorga).

Para guiar al visitante, se ha creado un itinerario urbano hacia cada una de las sedes expositivas que, además, va mostrando el rico patrimonio de la localidad de Arévalo, dada su enorme importancia histórica y monumental.

Un total de 92 piezas, procedentes de toda España, se exponen en “Credo”, muchas de ellas pertenecientes a artistas que han trabajado alguna vez en Castilla y León, como Pedro Berruguete, Alejo de Vahía, Juan de Juni, Gregorio Fernández y Lucas

(continúa)

# Libros

Giordano; a grandes maestros de la pintura universal como El Greco y Goya; y a un elenco de los más destacados creadores contemporáneos del panorama español, entre los que figuran Pablo Gargallo, Venancio Blanco, Antonio López, Juan Bordes, Carmen Laffón y Daniel Quintero.

Asimismo, la Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León ha puesto en marcha como gran novedad la “Tarjeta Turística Las Edades”, en colaboración con cerca de 40 empresas, que aportará ventajas y descuentos en alojamientos, restaurantes, actividades turísticas y culturales o productos de las Edades del Hombre, para así continuar ofreciendo una experiencia especializada de turismo de calidad.

**Información:**  
<http://www.edadesdel-hombrearevalo.es/>  
 Para reservas de entradas, contactar con la Fundación las Edades del Hombre en el 920 300 646 o por correo electrónico: [expo@lasedades.es](mailto:expo@lasedades.es)  
[www.turismocastilla-leon.com](http://www.turismocastilla-leon.com)

## Personas mayores y enseñanza universitaria

Esta publicación recoge las ponencias y comunicaciones de las XI Jornadas Internacionales sobre Asociacionismo en los Programas Universitarios de Mayores, que anualmente convoca la Confederación Estatal de Asociaciones y Federaciones de Alumnos y Exalumnos de los Programas Universitarios de Mayores, CAUMAS.

Un aspecto clave es el resumen de las aportaciones de expertos y alumnado sobre la situación actual de los programas y las asociaciones vinculadas a los mismos, ante la coyuntura de crisis económica, en las que se subraya la necesidad de financiación estable de las Universidades de Mayores en virtud de la Estrategia europea de Educación Permanente y Aprendizaje a lo largo de la Vida, que repercuten en los retornos económicos, sociales y personales que generan los programas.

El conjunto del movimiento asociativo de los alumnos mayores universitarios de toda España no está a la expectativa, sino adelantándose a los acontecimientos con propuestas concretas que demuestran que el futuro les importa, y que quieren participar en su diseño, con capacidades que unen la experiencia a una formación que les adapta a los nuevos tiempos.



La educación y aprendizaje de las personas mayores ya no es un hecho extraño o extravagante, sino un proceso natural, y por tanto debe llevar a nuevos métodos y nuevas formas de hacerlo.

**Título:** XI Jornadas Internacionales sobre Asociacionismo en los Programas Universitarios de Mayores: “Envejecimiento Activo en la Sociedad del Conocimiento”  
**Autor:** Eva Leal Gil (Coord.)  
**Edita:** Asociación de Estudiantes del Programa Universitario para Mayores de la Universidad Autónoma de Madrid (AEPUMA)  
**ISBN:** 978-84-15519-86-7.  
**ISBN e-book:** 978-84-15519-87-4  
**Solicitud de e-book gratuito:** [caumas@caumas.org](mailto:caumas@caumas.org)

## Surrealistas antes del surrealismo. La fantasía y lo fantástico en la estampa, el dibujo y la fotografía

Los antecedentes del movimiento surrealista del siglo XX se encuentran en diferentes épocas artísticas y en numerosos artistas en un reflejo de lo onírico y de la fantasía del ser humano. La Fundación Juan March expondrá en su sede de Madrid, del 4 de octubre de 2013 al 12 de enero de 2014, la muestra “Surrealistas antes del surrealismo. La fantasía y lo fantástico en la estampa, el dibujo y la fotografía”.

Cerca de 200 dibujos, grabados, fotografías, libros y revistas, que abarca desde el medievo tardío hasta el surrealismo, se han reunido en una exposición única. Organizada

en colaboración con el Germanisches Nationalmuseum de Núremberg y comisariada por Yasmin Doosry, presenta obras de Martin Schongauer, Alberto Durero, Erhard Schön, Matthias Zündt, Wenzel Jamnitzer, Hendrick Goltzius, Jaques Callot, Giovanni Battista Piranesi, Francisco de Goya, Max Klinger, Alfred Kubin, Paul Klee, Hannah Höch, Pablo Picasso, Joan Miró, Salvador Dalí, Herbert Bayer, Hans Bellmer, André Masson, Brasai y Maurice Tabard, entre otros importantes artistas.

Esta muestra sigue el rastro de la legendaria exposición que, con el

título de “Fantastic Art, Dada, Surrealism”, organizó hace 75 años Alfred H. Barr, director fundador del Museo de Arte Moderno de Nueva York, y en la que se confrontaban por vez primera obras de artistas contemporáneos con obras de Hieronymus Bosch, Giuseppe Arcimboldo, Giovanni Battista Piranesi, William Hogarth, Francisco de Goya, Grandville y otros artistas, con el propósito de dotar de un árbol genealógico histórico al surrealismo. Sin duda, la sensibilidad artística y los procedimientos de los surrealistas aguzaron la mirada sobre una larga tradición de arte de la subjetividad, la que va desde el medievo tardío hasta la modernidad, pasando por el manierismo y el barroco.

La exposición y el catálogo, en triple edición española, inglesa y alemana, se han estructurado en once secuencias: 1. El ojo interior. 2. Espacios mágicos. 3. Perspectivas cambiantes. 4. Figuras compuestas. 5. El ser humano construido. 6. El (des)orden de las cosas. 7. El Capriccio. 8. Metamorfosis de la naturaleza. 9. Fantasmagorías. 10. Las sombras de las sombras. 11. Sueños diurnos-pensamientos nocturnos. El catálogo incluye textos de Yasmin Doosry, Juan José Lahuerza, Rainer Schoch, Christiane Lauterbach y Christine Kupper.



Autor: Fundación Juan March. *Urbanita solitario*, 1932. Herbert Bayer. Colección Dietmar Siegert.

## PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

**Carmen Sam**

Directora de Centro, Exploración  
y Desarrollo Cognitivo.  
Unidad de Memoria. Madrid.

“Mamá, han venido tus nietos a verte. ¿Has tomado la medicación?  
¿No sabes qué has comido hoy? ¿No recuerdas que habíamos  
quedado? Lo tienes donde siempre; no, nadie te lo ha cambiado de  
sitio; ya te lo dije, si hemos estado esta mañana...  
No, no son los hijos de Lola, son tus nietos...  
Mamá, papá ya no está... murió”.

La virulencia de la enfermedad de Alzheimer según la OMS es muy alarmante. Más de 35 millones de personas sufren algún tipo de demencia y de ellas el 70% sufre alzhéimer. Los datos no hacen sino reflejar la importancia de trabajar sobre la detección precoz, la prevención y el tratamiento.

Si hablamos de prevención y tratamiento nos remitimos, lo primero, a la utilización de fármacos que mejoren de forma leve o moderada los trastornos cognitivos. Pero hablamos de terapias no farmacológicas (TNF) al referirnos a aquellas intervenciones que, aun no siendo de carácter farmacológico, son compatibles y no excluyentes, y combinadas potencian la acción farmacológica en la lucha contra el proceso neurodegenerativo. Gracias a este trabajo conjunto, la prevención y el tratamiento del alzhéimer está siendo posible, y retrasar sus síntomas también.

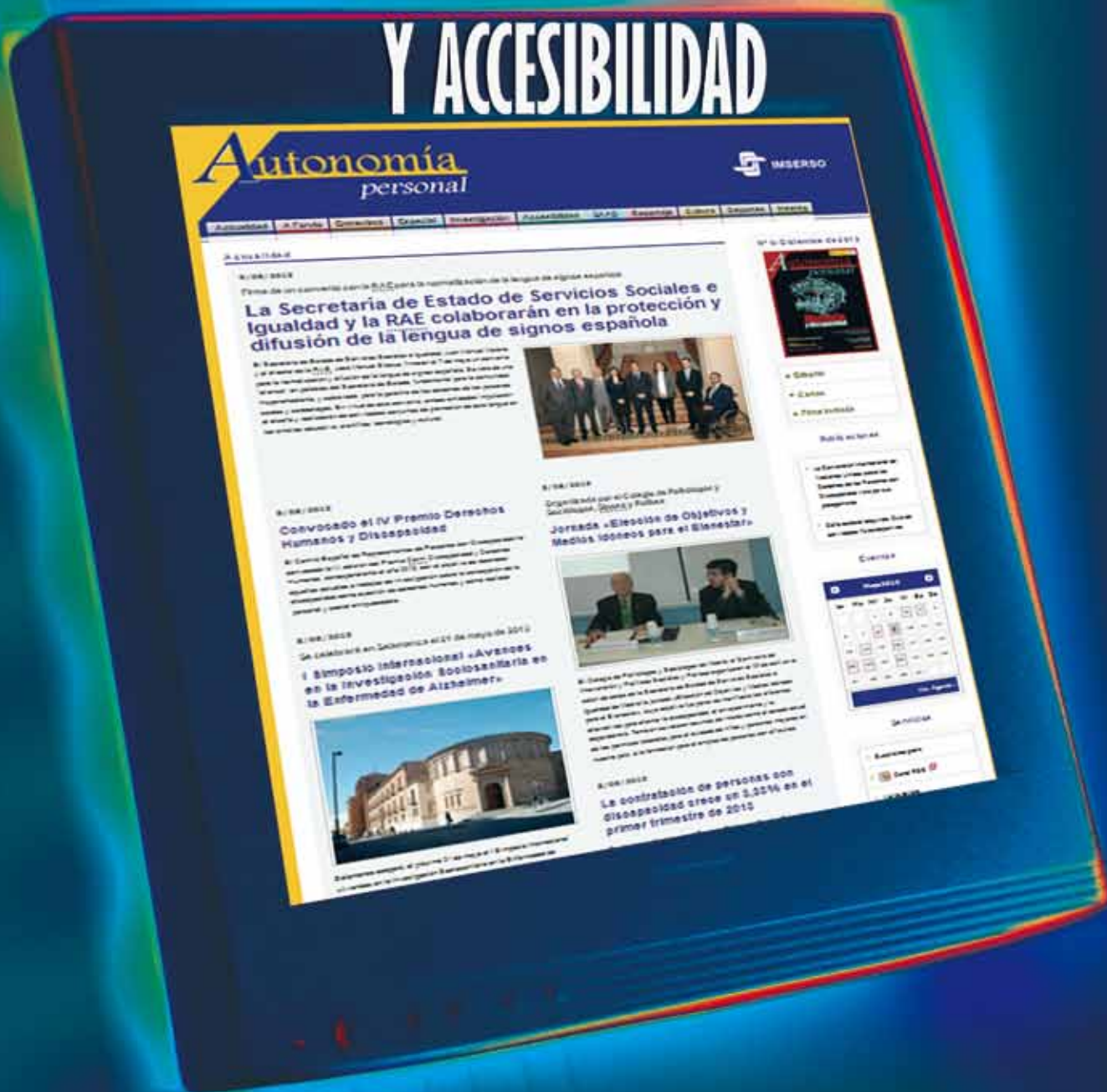
Hablamos de prevención cuando queremos anticiparnos a la enfermedad, cuando tomamos medidas que nos “protejan” de padecer una posible demencia tipo alzhéimer. Cognitiv@ cuenta con las TNF que favorecen el mantenimiento de las funciones cognitivas. Retardar la aparición de la enfermedad o sus síntomas es el objetivo que nos marcamos desde Cognitiv@ Unidad de Memoria.

En Cognitiv@ Unidad de Memoria se realizan ejercicios que abordan la intervención de forma individualizada según el perfil y el diagnóstico. Se desarrolla un plan de intervención sobre las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales o avanzadas) y se completa con una atención específica al cuidador trabajando sobre su sentimiento de carga y toma de conciencia de la enfermedad. Todo ello se completa con una planificación de las rutinas diarias que favorezcan su desempeño en el día a día. Como valor añadido se potencia la actividad física saludable para una prevención correcta y completa de las demencias como el alzhéimer.

Como pioneros y líderes en la prevención, tratamiento y rehabilitación no farmacológica de enfermedades neurodegenerativas, marcamos tendencia donde las nuevas tecnologías, los programas y la domótica refuerzan todo los procesos terapéuticos mediante módulos de estimulación cognitiva, táctil, AVD, estimulación sensorial auditiva y olfativa y de orientación a la realidad adaptando las tecnologías a las personas y no al contrario.

Los resultados de este modelo terapéutico refrendan que la base de la salud está en la prevención y en el tratamiento una vez diagnosticada la demencia, la única opción de mejora.

# LO ÚLTIMO SOBRE DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA, INVESTIGACIÓN Y ACCESIBILIDAD



TODA LA INFORMACIÓN ESTA EN LA RED

<http://autonomiapersonal.imserso.es>



# hay salida

a la violencia de género