

Retos de futuro de la Ley de Dependencia



Los hitos más importantes que han marcado el desarrollo de la Ley de Dependencia en estos nueve años, las medidas adoptadas para su mejora y los retos de futuro centraron la jornada, organizada por el Imserso, titulada *Presente y futuro de la Ley de Dependencia*.

El director general del Imserso, César Antón, señaló la importancia de analizar si el baremo da respuesta a las necesidades reales que existen y de consolidar el sistema de información para aportar un mayor conocimiento relacionado con los servicios y las prestaciones. “Pero, sobre todo, es necesario abordar y reflexionar sobre el modelo de financiación”, apuntó.

Actualmente, ya se han dado los primeros pasos para alcanzar estas metas. Se ha constituido un grupo de expertos para determinar si el baremo refleja adecuadamente todas las situaciones o es necesario una adaptación. También se ha creado un grupo de trabajo para evaluar la Ley de Dependencia en su conjunto y, por supuesto, nuevos instrumentos de financiación.

De hecho, el aspecto económico y financiero tuvo gran peso

en este encuentro profesional. En este sentido, el socio director de Archer Partners, Eduardo Vinuesa, desgranó los criterios, hipótesis y metodologías empleadas en el estudio de estimación de costes del sistema de dependencia. Con este estudio cuantitativo, el Imserso pretende tener un modelo de estimación de costes transparente y sobre el que sentar unas bases, que le permita afianzar acciones y corregir posibles fallos. Vinuesa reconoció que el modelo de financiación de la dependencia es complejo, porque intervienen múltiples factores: distintos servicios, beneficiarios, aportaciones, etc.

Por su parte, el director de la Fundación Caser, Juan Sitges, y la profesora titular de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid, María Dolores de Prada, presentaron el estudio *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Uno de los datos más novedosos de esta investigación es que “nos hemos atrevido a hacer una aproximación de la aportación de los beneficiarios a la financiación”, apuntó De Prada.

Pág. 10

ENTREVISTA

“Los sistemas sanitario y social se sientan en la misma mesa para diseñar y aplicar las políticas”



José María Vergeles
Consejero
de Sanidad
y Políticas
Sociales de
Extremadura

Pág. 6

FORMACIÓN

Los profesionales sociosanitarios están expuestos al estrés o *burnout*. La causa más destacada de este agotamiento laboral es el peso de responsabilidad. Aprender a gestionar las emociones y mejorar la comunicación previene la desmotivación del profesional.



Pág. 42

INNOVACIÓN

Uno de los principales problemas que plantea el cuidado de una



persona con demencia es la dureza del proceso y lo agotador del mismo. Por ello, la adaptación y adecuación de la infraestructura asistencial para atender a estos pacientes ha pasado de ser un reto a ser una necesidad.

Pág. 36

Cada tres segundos una nueva persona desarrolla alzhéimer en el mundo

SANITAS RESIDENCIAL CAMINA CONTRA EL ALZHEIMER

Para hacer frente a esta enfermedad, nació *Caminando juntos con Sanitas contra el Alzheimer*, una caminata solidaria que se celebró en todas las ciudades en las que las residencias para mayores de Sanitas tienen presencia. Los residentes, sus familiares y los trabajadores del centro participaron en la iniciativa que tuvo lugar el pasado 18 de septiembre para conmemorar el Día Mundial del Alzheimer, que se celebró el 21 de septiembre.

Además, cada residencia organizó actividades complementarias como meriendas, recaudación de fondos para diversas asociaciones, reivindicaciones de la memoria mediante acciones musicales y suelta de globos.



El Informe Mundial sobre la Demencia 2015, titulado *El Impacto Global de la Demencia: Un análisis sobre prevalencia, incidencia, coste y tendencias*, indica que en la actualidad alrededor de 46,8 millones de personas en el mundo viven con demencia, y se estima que los números casi se duplicarán cada 20 años, y alcanzarán los 74,7 millones en 2030 y los 131,5 millones en 2050. Actualmente, hay más de 9,9 millones de nuevos casos de demencia cada año en el mundo, lo que supone un nuevo caso cada 3,2 segundos.

El informe, elaborado por la Alzheimer's Disease International (ADI), con el apoyo de Bupa (matriz internacional de Sanitas), muestra que el coste social y económico de la demencia asciende a 818 mil millones de dólares estadounidenses, y se espera que la cifra alcance el billón de dólares en los próximos tres años. Sólo en España hay 1.200.000 personas que padecen alzhéimer.

Los resultados del estudio también reflejan que el coste de la demencia se ha incrementado un 35 % respecto a la cifra estimada en el Informe Mundial sobre la Demencia publicado en el año 2010, donde se preveían unos costes de 604 mil millones de dólares.

Los datos del informe son una revisión de las cifras anteriores de Alzheimer's Disease International's (ADI) sobre prevalencia, incidencia y coste de la demencia a nivel mundial, y reflejan un incremento en el impacto de la enfermedad en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que el 58 % de todas las personas que actualmente viven con demencia en el mundo residen en estos países, un porcentaje que se espera que aumente hasta alcanzar el 68 % en el año 2050, debido principalmente al incremento y al envejecimiento de la población. El informe también refleja que en el año 2050, casi la mitad de las personas con demencia en el mundo vivirán en Asia.

Estas estimaciones se basan en un nuevo estudio liderado por el profesor Martin Prince, del Observatorio Global sobre Envejecimiento y Cuidado de la Demencia de King's

College London. Las nuevas conclusiones han tomado en consideración el incremento del número de personas mayores, nuevas y más precisas evidencias sobre el número de personas con demencia y los costes incurridos.

"Ahora sabemos que en el Informe Mundial sobre la Demencia 2009 subestimamos el alcance de esta epidemia entre un 12-13 %, ya que los costes están creciendo más rápido que el número de personas afectadas", explica el profesor Prince.

A la luz de estos datos, el informe hace un llamamiento a todos los grupos de interés para crear un plan de trabajo que se centre en ayudar a los países de ingresos bajos y medianos a desarrollar programas para concienciar y fomentar el diagnóstico precoz y el cuidado. ADI insta a los responsables políticos de todo el mundo a que aborden este tema con una perspectiva más amplia y con una mayor representación de países y regiones, especialmente aquellos que forman parte del G20. Una de las recomendaciones principales del informe insta a un incremento significativo de las inversiones en investigaciones relacionadas con el cuidado, tratamiento, prevención y cura de la demencia.

Glenn Rees, presidente de ADI, señala una serie de prioridades urgentes: "Debemos utilizar las conclusiones de este informe para proponer acciones urgentes en foros internacionales para combatir así el estigma asociado a la demencia y fomentar la creación de comunidades y países inclusivos para personas con demencia. Estas acciones deben incluir el diagnóstico precoz de la demencia, apoyo post-diagnóstico y un mejor acceso al cuidado, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos."

Por su parte, José Francisco Tomás, director ejecutivo Médico de Sanitas, añade que: "Las conclusiones del informe también resaltan la importancia de los centros de trabajo como lugares clave para combatir la demencia. Con casi la mitad de la población mundial en edad de trabajar y teniendo en cuenta que las personas cada vez trabajan durante más años, los empleadores tienen la responsabilidad de actuar porque el impacto de estas actuaciones puede ser enorme. Las empresas pueden apoyar a las personas que viven con demencia y a sus cuidadores, y también potenciar los hábitos de vida saludables entre sus empleados, y reducir así el riesgo de que puedan desarrollar demencia en el futuro".

Sanitas

PARTE DE **Bupa**

Directora-editora:

Matilde Pelegrí: direccion@balancesociosanitario.com

Subdirectora:

Sonia García: sgarcia@gruposenda.es

Redacción:

Esther Eugenio: eeugenio@gruposenda.es,

Carmen Moreno: cmoreno@gruposenda.es,

Juani Loro: jloro@gruposenda.es

Director desarrollo de negocio:

Ruth González: rgonzalez@gruposenda.es

Diseño y diagramación:

Clara Trigo, José Ribera

Fotografía: Fernando Sauce, Archivo Propio

Portal:

Diego Díaz web@balancesociosanitario.com

Publicidad:

Conchi Gutiérrez: cgutierrez@gruposenda.es

Felipe Ribagorda: fribagorda@gruposenda.es

Suscripciones:

suscripciones@balancesociosanitario.com

Consejo Editorial

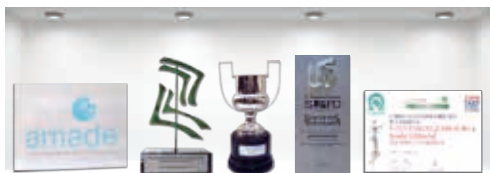
Juan I. VELA (Presidente de LARES), Fernando BENAVENTE (Presidente de AESTE), Ramón BERRA DE UNAMUNO (Director General de SANYRES), Alfredo BOHÓRQUEZ (Director Técnico Comercial y de Calidad de EULEN SOCIOSANITARIOS), Sabina CAMACHO (Directora General de ASISPA), Domènec CROSAS (Director General de SANITAS RESIDENCIAL), José Alberto ECHEVARRÍA (Presidente de la FED), Mar ENTRAMBASAGUAS (Directora de Desarrollo Estratégico de TUNSTALL-TELEVIDA), Ignacio FERNÁNDEZ-CID (Presidente del Grupo Casablanca), Valentín GARCÍA (Director General de CASER RESIDENCIAL), Antonio GUZMÁN (Director General del Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente de FUNDACIÓN MAPFRE), José Antonio LÓPEZ TRIGO (Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología-SEGG), Pablo MARTÍN CALDERÓN (Director General de ILUNION Sociosanitario), Florencio MARTÍN TEJEDOR (Director General de ATENZIA), Fernando MATALLANOS (Jefe Nacional del área de Sanidad y Gerontología de EL CORTE INGLÉS), Eduardo RODRÍGUEZ ROVIRA (Presidente de EDAD & VIDA), Javier ROMERO (Director General de AMMA), José Luis ROSELLÓ RIERA (Director General de SARQuavitae), Adolfo TAMAMES (Presidente del Grupo Neat), Ignacio VIVAS (Director General del Grupo Ballesol).



Esta publicación está asociada a la AEEPP, que a su vez es miembro de CEOE, CEPYME, EMMA y FIPP.



Balance de la Dependencia no se responsabiliza de las opiniones expresadas por sus colaboradores



www.facebook.com/balancedependencia



@Balance_web

Edita:

Senda Editorial, SA.
Capitán Haya, 56 - 7ºD
28020 Madrid.
Tel. 91 373 47 50.
Fax 91 316 91 77.

Depósito legal: M -13287- 2015

Suscripción:

10 números mensuales:
50 euros/año, IVA incluido

Precio del ejemplar: 5 euros



Un número para el balance

Matilde PELEGRÍ

Directora

El 1 de julio de 2015 se incorporaron al sistema las personas en situación de dependencia con grado I. De esta forma, se ha completado la implantación de la Ley de Dependencia, puesta en marcha en 2007.

Este hito invita a reflexionar sobre los logros conseguidos y los retos que aún plantea el futuro. Así lo refleja el reportaje central de este número de *BALANCE Sociosanitario*, en el que se analizan las oportunidades de mejora de la Ley, que en su momento marcó el rumbo de un sector aún joven, atomizado y que ha evolucionado en medio de la crisis hacia una profesionalización cada vez mayor.

Por otra parte, desde la implantación de la Ley, la figura del cuidador ha generado un importante debate alrededor de su papel dentro del Sistema de Dependencia y la repercusión de su trabajo en la calidad de la atención que recibe la persona dependiente.

Sin embargo, el cuidador no es una figura nueva. Ha existido desde siempre, y su perfil es claro: mujer y mayor, esposa o hija, y en muchas ocasiones necesitada de cuidados para sí misma.

Transcurridos casi nueve años de la puesta en marcha de la Ley, la situación parece que avanza hacia un equilibrio razonable y necesario entre los cuidados profesionales brindados por las entidades del sector, y la figura del cuidador informal.

Pero, en cualquier caso, sí es evidente que la atención debe ser la mejor posible, y por ello se hace necesario promover acciones de formación y de apoyo, sin olvidar el cuidado al cuidador, que en muchas ocasiones se encuentra atrapado en una permanente situación de dedicación, sin respiro y en condiciones de tensión que pueden afectar a su salud física y emocional.

Destaca, en este sentido, la iniciativa de la SEGG que, un año más, reivindica el establecimiento del Día del Cuidador, a la que nos sumamos desde Grupo SENDA.

El proyecto europeo para la satisfacción laboral de los cuidadores de atención domiciliaria, el nuevo modelo residencial para personas con discapacidad o la gestión farmacéutica en los centros residenciales son otros temas de interés que se analizan también en esta edición.

Continuamos, además, con la presentación de los responsables de Sanidad y Políticas Sociales de las comunidades autónomas. Viene a las páginas de *BALANCE* el consejero de Extremadura, José María Vergeles, médico de profesión y cuya Consejería aglutina ambas responsabilidades.

Dedicamos también espacio a la preocupación de las organizaciones de discapacidad por el nuevo catálogo ortoprotésico, a las novedades en limpieza e higiene en los centros, a la apuesta tecnológica del Hospital Universitario Puerta del Sur de Móstoles, o al modelo de envejecimiento digno y positivo de la Fundación Ageing Lab.

Y todas las noticias, día a día, en www.balancesociosanitario.com



A vueltas con los nombres

José Manuel Ribera Casado

El problema no está
en el nombre, sino
en la carga negativa
y esencialmente
discriminatoria que
la edad avanzada
representa en
nuestra sociedad

”

Hace pocas fechas tuvo lugar la presentación de un libro titulado “Envejecer sin ser mayor”(*) donde se recogen, como reza el subtítulo, posibles “nuevos roles en la participación social en la edad de la jubilación”. No es mi propósito comentar el libro. Un libro, por otra parte, de lectura altamente recomendable, oportuno y espléndido, realizado por expertos en el tema a partir de los datos de una encuesta original e interesante, que se enmarca dentro de una fundación meritoria y activa en su lucha por mejorar la situación y los derechos del colectivo español de más edad como es la Fundación Pílares.

Mis comentarios –reflexiones realmente– se circunscriben al título y a la dificultad para encontrar una nominación adecuada que nadie pueda considerar ofensiva, cuando se trata de definir e identificar al segmento de población con edad más avanzada. Cuando tuve ocasión de ver el libro por primera vez, mi impresión –y mi sorpresa– vino dada por el aparente rechazo, evidentemente no pretendido, que su título muestra hacia la palabra “mayores”. Un término que aparece de forma inequívoca con una connotación negativa, ya que el propio título niega la posibilidad o el deseo de alcanzar esa condición en el curso del envejecimiento. Mi sorpresa y mi desagrado fue aún mayor considerando de quien procedía la obra. Unos autores y una fundación del todo comprometidos en este terreno pero que, al menos formalmente, expresan un rechazo a la palabra mayor y, cabe interpretar, a todo lo que ello conlleva. Conociendo el contexto resulta evidente para cualquier lector informado que se mueva en este campo que la intención de quienes han discurrido ese título dista mucho de la negatividad y, como se desprende de su lectura, más bien el objetivo es el contrario, potenciar las capacidades del anciano y facilitar su inserción social.

Expuesto lo anterior vamos con las reflexiones. La palabra “mayor” es francamente mala para definir nada. Se trata de un comparativo y puede ser aplicada en muchos contextos que no tengan que ver con las personas ni con la edad. Nuestros compañeros de Latinoamérica hablan de “adulto mayor”, otra mala definición pero algo más matizada. En el fondo, el problema pienso que no está en las palabras sino en la visión negativa, cargada de connotaciones discriminatorias, que la sociedad tiene acerca del colectivo al que nos referimos lo que hace difícil encontrar la palabra idónea.

Antes que “mayor” fueron cayendo en desgracia otras denominaciones probablemente más adecua-

das, como pueden ser las de viejo o anciano. Los motivos fueron los mismos. Si uno acude a un diccionario de sinónimos los que aparecen ligados a estas palabras, entre 20 y 40 según cual sea el diccionario consultado, incluyen términos como inútil, achacoso, carcamal, vejestorio, carroza, y un largo etcétera de lindezas similares. A los interesados no les gusta que se les llame así y buscan algo distinto. Con anterioridad, ya habían desaparecido del lenguaje diario por razones similares expresiones como senil o geronte.

Más tarde y con cierta lógica se recurrió a lo de “tercera edad”. Lo importamos de Francia y tuvo bastante éxito hasta el punto de estar recogida esta expresión en algún artículo de la constitución de 1978. Tampoco duró demasiado el invento. Por razones parecidas, chistes y bromitas de mal gusto, alusiones negativas de todo tipo, etc. el término acabó cayendo. Quien lo había oficializado en mayor medida y con más autoridad, el Imserso, renegó del mismo, de manera que lo que habían sido, programas, viajes, residencias, etc “de (o para) la tercera edad” pasaron a serlo “de (o para) las personas mayores”.

Lo curioso es que según las encuestas, y hay muchas, a día de hoy lo que los interesados prefieren es lo de “mayores”. Probablemente porque sigue siendo un término bastante neutro y no ha dado tiempo aún a que, como ocurrió con las denominaciones anteriores, haya recogido una carga negativa suficiente. Ya vendrá. Y con títulos de libros escritos desde dentro como el que da pie a estos comentarios lo que hacemos es acelerar el proceso.

Como he señalado, a mi juicio, el problema no está en el nombre. Podría valer cualquiera, sino en la carga negativa y esencialmente discriminatoria que la edad avanzada representa en nuestra sociedad. El problema está en la gerontofobia no superada. Los organismos internacionales lo ven bien y establecen lemas y fechas que nos hablan de “envejecimiento activo” o de “una sociedad para todas las edades”. En la búsqueda de ese logro es donde habrá que poner el énfasis y mientras tanto que nos llamen como quieran pero, eso sí, procurando no tirar en paralelo piedras contra nuestro propio tejado.

(*) Prieto Sancho D, Herranz Andujar D, Rodríguez Rodríguez P.- Envejecer sin ser mayor. Fundación Pílares para la autonomía del mayor. Madrid. 2015 (ISBN:978-84-606-8682-8)



Método Montessori

Teresa Marín

Terapeuta ocupacional

Como terapeuta ocupacional del centro de día El Enebral, propongo adaptar el Método Montessori a los residentes que padecen una enfermedad neurodegenerativa en estadios iniciales y moderados. Aunque esta metodología fue enfocada por la doctora María Montessori hacia niños en un proceso educativo, a lo largo de este siglo se han descubierto los beneficios que se obtienen al trabajarlos con personas mayores.

El Método Montessori se basa en actividades que incluyen, tanto estimulación cognitiva como oportunidades para poder interaccionar de forma satisfactoria con el entorno físico y social. De esta manera, las actividades son interesantes, estimulantes y retadoras, que ayudan a las personas a solventar necesidades básicas como: "Sentir valía personal, expresar sentimientos y pensamientos, tener un sentimiento de pertenencia y de realización, y la necesidad de tener una rutina". Es importante pensar en el resultado final de las actividades, dándoles un propósito para promover las habilidades que aumentan la independencia en las actividades de la vida diaria.

La aplicación de este método se desarrolla en grupos de cuatro o cinco personas según el deterioro cognitivo. La sesión tiene una duración máxima de 30 minutos, donde se trabaja con materiales residuales y cotidianos fáciles de adquirir como jarras de plástico, lana, legumbres, embudos, cubiertos, flores y plastilina. Las actividades están diseñadas para aprovechar la memoria procedimental o implícita (mejor conservada que la verbal), y reduciendo al máximo exigencias lingüísticas, de manera que se proporcionan señales externas para compensar los déficits cognitivos, realizando un acompañamiento individualizado durante toda la sesión.

Las actividades propuestas con el Método Montessori permiten:

- Comenzar desde lo más simple a lo complejo y de lo concreto a lo abstracto.
- Trabajar de derecha a izquierda y de arriba a abajo (paralelo a los movimientos de ojos y de la mano).
- Ordenar los materiales de más grande a más pequeño y de más a menos cantidad.
- Desglosar las tareas en pasos para después realizarlas de manera secuenciada.
- Utilizar el menor lenguaje oral posible al explicar las actividades.

Algunas de las actividades en base a este método son:

- Buscar objetos. Escondemos 6 objetos cotidianos (pinza, peine, cuchara, pelota goma, dado, anillo) entre legumbres de manera que tengan que localizar el objeto y después colocarlo en diferentes recipiente donde está su nombre.
- Clasificar objetos. Entregamos una fotografía recortada en tres partes (ojos, nariz y boca) y deben reconstruirla.
- Actividad de seriación. Con pajitas, ovillos de lana o vasos de plástico de diferentes tamaños, los pacientes las colocan en orden de mayor a menor, por colores o por formas.
- Discriminación sensorial. Con los ojos cerrados o tocando objetos que se encuentran dentro de una caja tapada, los pacientes reconocen mediante el tacto objetos de diferentes texturas, pesos, olores...

Durante el tiempo que llevo trabajando con este método son numerosos los beneficios que he visto y se han logrado. Los residentes controlan su cuerpo y experimentan la alegría de desafiarse a sí mismos y de obtener éxito en este desafío. Se produce una reducción de los niveles de ansiedad, disminución de episodios de agresividad, interacción y comunicación con otros residentes. En definitiva, mejora su estado de ánimo y, por lo tanto, su calidad de vida.

Tras realizar un seguimiento de las personas que realizan este tipo de actividades, pienso que la puesta en práctica del Método Montessori ha podido interferir de manera positiva en algunas de las actividades de la vida diaria como es la alimentación (coger de manera adecuada cubiertos, distinguir los elementos de la mesa), baño (lavado de dientes), vestirse (distinguir la ropa, abrocharse los botones).



Después del ictus, el daño cerebral adquirido

Valeriano García

Director gerente de la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE)

El ictus se produce por la interrupción, más o menos repentina, del flujo sanguíneo en una zona del cerebro. Es la primera causa de muertes en las mujeres, la segunda en hombres y, aunque el 75 % de los afectados es mayor de 65 años; la incidencia entre personas más jóvenes está creciendo a causa de nuestro estilo de vida lleno de estrés y sedentarismo. Esta sería la radiografía rápida de los accidentes cerebrovasculares; una imagen que no enfoca la realidad de aquellos que sobreviven al ictus. De los 152.526 ictus que se producen al año en nuestro país, 99.284 tendrán consecuencia en forma de daño cerebral adquirido. El ictus se tiene que conocer también por ser una lesión súbita en el cerebro que, en la mayoría de los casos, produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. El ictus es daño cerebral adquirido (DCA).

En España viven 420.064 personas con DCA. El 89 % de esta población presenta alguna discapacidad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria por las alteraciones que se producen en la cognición, la comunicación, el control motor, las emociones, la personalidad, la recepción de la información y el nivel de alerta. Desde hace 20 años, la FEDACE representa a este colectivo, compuesto hoy en día por 37 asociaciones de familiares y personas con daño cerebral.

En el contexto del Día del Daño Cerebral, el pasado 26 de octubre, presentamos en el IMSERSO alguno de los datos con los que abrimos este artículo, extraídos de un informe elaborado por la FEDACE con el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad. Las conclusiones de este informe deberían de ser tomadas como una inequívoca señal de alarma para la Administración y la sociedad de que se están pasando por alto las necesidades de atención de un colectivo tan amplio y en crecimiento como es el del DCA. Y es que las personas con diagnósticos considerados DCA son dadas de alta en el hospital para volver al hogar: en el 73 % de los casos tras un ictus y el 65 % tras un TCE. Las implicaciones de este hecho, tanto para la familia que se convierte en cuidadora sin recursos, información ni preparación para serlo; como para la persona con DCA que pierde gran capacidad de recuperación y de reconstrucción de su proyecto de vida en la medida que no recibe rehabilitación; resultan dramáticas. Por eso, en nuestra lucha por los derechos de las personas con daño cerebral y sus familias, creemos que la Administración debe de asumir responsabilidades con el colectivo y consideramos fundamental:

- El reconocimiento de la realidad DCA en el ámbito sanitario estableciendo un criterio diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido al alta hospitalaria.
- La elaboración de un censo DCA que permita conocer con detalle datos epidemiológicos y necesidades estas personas.
- La puesta en marcha de una Estrategia Integral de Atención al DCA por parte de la Administración.
- Garantizar la atención a la familia facilitando su acceso a la información, el entrenamiento para afrontar la nueva situación y al apoyo psicológico.

Desde FEDACE seguimos trabajando en revertir esta situación, mejorar la situación del colectivo y prevenir los casos de DCA. Para ello, nuestras puertas están abiertas a la colaboración con sociedades médicas profesionales, sociosanitarios e instituciones con la intención de lograr que las vidas salvadas de las personas con DAC merezcan ser vividas con dignidad.

“Los **sistemas sanitario y social** se sientan en la misma mesa para diseñar y aplicar las políticas”

ENTREVISTA A

José María Vergeles

Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de Extremadura

José María Vergeles es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Extremadura, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vergeles ha desarrollado su trayectoria profesional en el mundo sanitario: fue presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina Familiar, gerente del Área de Salud de Badajoz y director general de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria y de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias. Desde 2011 y hasta julio de 2015, trabajó como médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Mérida-Norte. Desde un profundo conocimiento de los sectores sanitario y social, Vergeles defiende la coordinación sociosanitaria que, además, “nos conducirá a la sostenibilidad de los servicios”. “Huimos de un espacio sociosanitario, porque significaría crear un tercer sistema con la consiguiente fragmentación de la atención integral a la persona”, subraya. La historia clínica y social unificada, la interoperabilidad entre prestaciones sanitarias y sociales, la atención a las personas en situación de dependencia y el fomento del ámbito de la salud mental son algunas de sus principales líneas de trabajo.

» Sonia GARCÍA «

¿Qué proyectos se propone sacar adelante en la presente legislatura? ¿Va a ser una legislatura de cambios?

El principal reto es que Extremadura funcione y que resolvamos los problemas a la gente. Para ello, tenemos que reconstruir los servicios públicos esenciales que han sufrido los mayores ataques en esta época de crisis, generando profundas desigualdades y una pérdida de la justicia social. Si eso es un cambio, será la legislatura de cambios.

La sociedad actual tiene que contar con servicios sanitarios, sociales, de atención a la dependencia de calidad y sostenibles. La atención a las personas con discapacidad desde la justicia social es una prioridad clara.

Pero, además, debemos asegurar el acceso a la vivienda.

¿Cuáles son sus prioridades en políticas sociales, sobre todo de aquellas relacionadas con las personas mayores o en situación de dependencia?

Las personas en situación de dependencia necesitan que se potencien las prestaciones y los servicios que deben atender-

les, una vez que se encuentran en esa situación. Pero es una prioridad el incluir la promoción de la autonomía personal en todas y cada una de las políticas. Priorizar la promoción de la autonomía significa trabajar en envejecimiento activo, pero no sólo. Significa trabajar en un sistema sanitario potente y orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero también significa atender a la accesibilidad en su concepto más integral. Significa dotar a las personas para que estén más años viviendo de forma autónoma.

¿Y las prioridades en Sanidad?

La sanidad extremeña nos la hemos encontrado en un serio riesgo económico. La deuda a final de 2015 se irá a 430 millones de euros, lo que supone que el Servicio Extremeño de Salud (SES) tiene una deuda de más de un tercio de su presupuesto anual. Rescatar al SES de esta situación es fundamental. Para ello, se necesita aportar dinero, pero también trabajar en orientar el sistema hacia un sistema más preventivo y orientado a la cronicidad. Ordenar el funcionamien-

to de los centros de salud y hospitales. E invertir en reparar las infraestructuras sanitarias. Las listas de espera están en unos máximos históricos y a eso debemos dedicar todo nuestro esfuerzo.

Para mantener la sanidad pública y universal, se habla de realizar un Pacto por la Sostenibilidad. ¿En qué consistiría y a quién implicaría?

Esto es una labor de todos. A nadie le interesa que la sanidad como la conocemos sea insostenible, salvo aquellos que lo que les interesa es el negocio de la sanidad. Para ello, sería muy adecuado definir la sanidad que queremos, que a ese modelo le acompañe la financiación suficiente. Pero, además, necesitamos reorientar el sistema sanitario hacia las necesidades que tiene la población, la atención a los pacientes más mayores, con más enfermedades (pluripatológicos) y con enfermedades crónicas. Pero debemos potenciar también el ámbito de la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es insostenible un sistema sanitario puramente asistencialista.



Debemos implicar en la gestión a los profesionales y a los pacientes y debemos buscar las economías de escala, tanto en la compra de productos sanitarios, como en la incorporación de las innovaciones tecnológicas con evidencia suficiente.

La búsqueda de la eficiencia y la sostenibilidad medioambiental del sistema sanitario es muy importante y debemos esforzarnos en encontrarla.

Extremadura es la única comunidad autónoma que unifica en una misma consejería Sanidad y Servicios Sociales. ¿Qué lo ha motivado?

Lo ha motivado la necesidad de ser austeros en la estructura de la Junta de Extremadura y la necesidad de coordinación entre esas políticas para que los servicios a las personas sean sostenibles. Huimos de un espacio sociosanitario, creemos en la coordinación sociosanitaria. Un espacio sociosanitario sería un tercer espacio con la consiguiente fragmentación de la atención integral e integrada a la persona. Unos servicios sanitarios potentes, unos servicios sociales

Tenemos que reconstruir los servicios públicos esenciales que han sufrido durante la crisis, generando desigualdades y una pérdida de justicia social

”

potentes y una estrecha coordinación entre ellos, sería lo que de verdad le da respuesta a las necesidades de la gente y esto es lo que hemos querido traducir en la estructura de la Junta de Extremadura.

¿En qué líneas está trabajando para alcanzar una coordinación sociosanitaria real y efectiva? ¿Cuáles serán sus beneficios (historia unificada, atención a la cronicidad, etc.)?

Por supuesto, la atención a la cronicidad. Pero ya el Consejo de Dirección

de la Consejería tiene esa vocación de coordinación. Todos los lunes a primera hora los sistemas sanitarios y sociales se sientan en la misma mesa para diseñar y aplicar las políticas. Ese es el primer paso. Posteriormente, hay muchos campos de encuentro, donde se abordan los problemas de las personas, poniéndolas en el centro, ya que son la clave de la coordinación. Se tiende a la historia clínica y social unificada, se tiende a la interoperabilidad entre prestaciones sanitarias y sociales, se debe fomentar aún más el ámbito de la salud mental...

SOBRE LA LEY DE DEPENDENCIA
¿Qué valoración realiza del desarrollo de la Ley de Dependencia en Extremadura?

La Ley de Dependencia tiene varias etapas. La primera que va del 2007 al 2011 es la época de consolidación y puesta en marcha de un derecho, que fue muy importante. Implicó mucho trabajo para incorporar a las personas en situación de dependencia y se hizo bastante bien. La segunda etapa está marcada por el Real Decreto 20/2012 con revisiones de oficio

Debemos promover la salud y la prevención de la enfermedad. Es insostenible un sistema sanitario puramente asistencialista

”

y pérdida de derechos de las personas, pero además retrasos en la incorporación de nuevas personas en situación de dependencia. Ahora se plantea un nuevo reto de incorporar por Ley a los dependientes de Grado I.

Recientemente, se ha celebrado el Consejo Territorial de Dependencia, ¿qué opina del Grupo de Trabajo que se ha creado para evaluar la Ley de Dependencia y, sobre todo, la financiación?

La propuesta que hizo Extremadura de la creación de este grupo de trabajo estaba en consonancia con lo acordado en la Comisión Delegada y a lo que el Ministerio hizo caso omiso. Creo que merece la pena valorar en su conjunto lo que ha supuesto la aplicación de la Ley y todas las etapas por las que ha pasado. Esto resulta imprescindible para tomar decisiones de futuro.

En el mismo encuentro, se acordó que las cualificaciones de las categorías profesionales del Sistema de Dependencia serán exigibles a partir de 31 de diciembre de 2017. ¿Qué



está haciendo su Comunidad al respecto?

Estamos ofreciendo la formación necesaria para poder hacer frente a la necesidad de homologación de estas personas. Y, en segundo lugar, estamos descentralizando la formación para que sea accesible a las personas en el medio rural.

En numerosas ocasiones, el sector empresarial de atención a la dependencia reivindica un marco claro de actuación y, entre otras medidas, solicitan un sistema de acreditación de los servicios prestados.

Creo que esto debe formar parte de la aplicación de la Ley de la Dependencia. Lo primero es incluir a las personas en situación de dependencia y, de la misma forma, debemos trabajar en los criterios de acreditación de centros como un sistema de calidad adecuado.

ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

La atención a la discapacidad es otro colectivo que requiere una atención especial. ¿Qué propone para lograr su plena integración en la sociedad?

Esta es una de las grandes oportunidades que tiene que en el mismo departamento de la Junta de Extremadura se aglutinen las competencias en materia sanitaria y social. Debemos apostar por la verdadera coordinación en la detección precoz y en la respuesta temprana. Pero, además, debemos hacer sostenible el Marco de Atención a la Discapacidad (MADEX) para dar una respuesta adaptada a las necesidades de la persona, independientemente de la fase del ciclo vital individual en el que se encuentre.

¿Y con respecto a las personas con enfermedad mental?

Esta es la gran asignatura pendiente de los sistemas sanitarios en general y Extremadura no es una excepción. Lo primero es valorar la aplicación del Plan de Salud Mental que ha concluido y planificar, junto a profesionales y pacientes y afectados, el futuro en un nuevo Plan de Salud Mental realista, que priorice las necesidades de atención a las personas con estos problemas de salud. ☑

Relación con los profesionales

“Mantengo buena relación, tanto con los profesionales del sector sanitario como de atención a la dependencia. Lógicamente, es más prolongada con el mundo de la sanidad, ya que es mi ámbito de profesión. Pero lejos de la relación que pueda tener, he venido a dialogar, a escuchar y a proponer lo que entiendo que son las soluciones para los problemas que puedan surgir. Insisto en mi apuesta firme por el diálogo y la concertación social”.

La salud mental es la gran asignatura pendiente de los sistemas sanitarios. Debemos planificar, junto a profesionales y pacientes, el futuro en un nuevo Plan de Salud Mental

realista

”

Castilla y León cumple el objetivo de incorporar al sistema a la mitad de los dependientes de Grado I al finalizar septiembre



Según los datos hechos públicos por el Imserso, la Junta ya ha incorporado al Sistema de Dependencia a la mitad de los dependientes de Grado I, frente al 17 % de la media nacional. Además, desde la entrada en vigor del Grado I, Castilla y León es la comunidad que más dependientes ha incorporado en el conjunto de España, con 8.063.

La Junta de Castilla y León ha cumplido con el compromiso expresado por la consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Alicia García, de incorporar a la mitad de dependientes al sistema al finalizar el mes de septiembre. Según los datos del Imserso, Castilla y León tiene ya incorporados al Sistema de Dependencia al finalizar septiembre un 48,61 %, frente al 17 % de la media nacional. Los datos de dependencia del mes de septiembre del Imserso señalan que la Comunidad atiende ya a 70.180 personas dependientes que acumulan un total de 89.493 prestaciones.

Además, Castilla y León es también la comunidad que más casos de dependencia ha incorporado al sistema tras la entrada en vigor el 1 de julio del reconocimiento del derecho para el Grado I, con un acumulado en los tres meses de 8.063 personas. En septiembre, el Gobierno autonómico incorporó 2.982 beneficiarios al sistema.

En relación a las personas reconocidas como dependientes severos y grandes dependientes –grados II y III–, los datos del Imserso señalan que en septiembre Castilla y León atendía al 99,74 % de beneficiarios, por lo que no tiene lista de espera, mientras que la

lista de espera en el conjunto del país es del 11,3 %. Según los datos del Imserso, Castilla y León se sitúa a la cabeza de las comunidades autónomas españolas en la concesión de este tipo de prestaciones, ya que el porcentaje de personas que tienen concedida prestación en relación con la población es del 2,81 %, frente al 1,64 % de la media nacional.

Las 70.180 personas acumulan un total de 89.493 prestaciones, ya que pueden recibirse dos prestaciones de dependencia de forma simultánea. En la Comunidad, 9.942 prestaciones son de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, 5.985 de teleasistencia, 16.936 de ayuda a domicilio, 8.068 de centros de día/noche, 7.244 de atención residencial, 19.647 son vinculadas al servicio, 21.483 de cuidados familiares y 188 de asistencia personal.

En Castilla y León el número de personas que están recibiendo prestaciones en relación con la población está muy por encima de la media nacional, el 2,69 % frente al 1,62 % nacional. La Comunidad se encuentra también por encima de la media española en lo que respecta a solicitudes en relación con la población, un 4,47 % frente al 3,41 % nacional.

“ En relación a los dependientes severos y grandes dependientes, **Castilla y León atiende al 99,74% de beneficiarios y, por lo tanto, no tiene lista de espera** ”



Alicia García, consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León

DEPENDENCIA



RETOS DE FUTURO EN LA LEY DE DEPENDENCIA

Han pasado nueve años desde que se aprobara la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este paso supuso una conquista social importante, que no ha estado exenta de polémica, sobre todo en lo que respecta a su gestión y financiación. Su desarrollo ha pasado por momentos complicados, pero “se ha cumplido el calendario de implantación y se han seguido incorporando beneficiarios”, aseguró el director general del Imsero, César Antón, en la inauguración de la jornada *Presente y futuro de la Ley de Dependencia*, que se celebró recientemente en el Imsero. En su opinión, hay oportunidades de mejora y retos que perseguir, pero sin duda la Ley sigue adelante y “ya no hay quien la pare”.

» Carmen MORENO «

Este año, 2015, se postulaba como la fecha de plena implantación de la Ley de Dependencia según su Memoria Económica. Y a efectos prácticos ha sido así. El 1 de julio se incorporaban al Sistema los dependientes con grado I, y con ello se cerraba un ciclo. ¿Cuál es el siguiente paso ahora?

Para debatir y reflexionar sobre lo que ha supuesto la Ley en todos estos años, los logros conseguidos, las dificultades surgidas y los retos futuros, el Imsero congregó en su sede en Madrid a profesionales del sector sociosanitario en la jornada *Presente y futuro de la Ley de Dependencia*.

El director de esta institución, César Antón, que inauguró el encuentro, explicó que la Ley de Dependencia ha sido un revulsivo importante en la atención personalizada como derecho individual, con un catálogo de prestaciones perfectamente especificado y una prioridad de la atención a través de los servicios. También reconoció que quizá no se han cumplido plenamente las expectativas, pero “no es fácil la implantación de un sistema que reconoce derechos subjetivos individuales, porque tiene que tener unas garantías específicas, se tiene que hacer a través de las Administraciones Públicas y requiere de unos tiempos”. Además, se diseñó en un momento eco-

nómico positivo y, debido la crisis de los últimos años, ha pasado por momentos difíciles y complicados al tener que ceñirse a los ajustes, “que a nadie le hubiera gustado hacer”. No obstante, sostiene que se ha cumplido el calendario de implantación, el Sistema ha seguido incorporando beneficiarios y los tiempos de respuesta de concesión de la prestación están mejorando.

A pesar de ello, hay que seguir trabajando. “Debemos apuntalar los aspectos positivos y cambiar los que sean susceptibles de mejora, porque la Ley sigue adelante y hay que ir avanzando”, señaló.

Entre los retos que proponen desde el Imsero están los siguientes:

- Analizar si el baremo da respuesta a las necesidades reales que existen.
- Consolidar el Sistema de Información para que aporte mayor conocimiento sobre la financiación y las prestaciones y servicios.
- Reflexionar seriamente sobre el modelo de financiación.

Baremo adaptado

Analizar cómo ha evolucionado la Ley de Dependencia en estos años es clave para conocer tanto las virtudes como los fallos de su gestión y mejorar en lo posible. Durante este tiempo, la Ley se ha adaptado a las necesidades que han ido surgiendo. El catálogo de prestaciones y servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de día, centro de noche, residencia, prestación vinculada al servicio...) es quizá uno de los aspectos que menos se ha modificado. Prácticamente, es el mismo desde que se aprobó la Ley en 2007, la única variación ha sido la incorporación de la figura del asistente personal.

No ocurre lo mismo con el baremo de valoración de la dependencia que es el que permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y de gran dependencia en base a los Grados I, II y III. En 2010 hubo un nuevo baremo por acuerdo de las co-

munidades autónomas, que se aprobó en Real Decreto en 2011 y se empezó a aplicar en 2012. A pesar de ello, se sigue trabajando para adecuarlo a las necesidades reales de los usuarios. De ahí, que en el Consejo Territorial de este año se aprobara la creación de un grupo de trabajo para evaluar la implantación de ese baremo en estos años, cómo se ha concretado, sus aplicaciones, “y por qué no, plantear posibles mejoras, adaptaciones o necesidades para el futuro”, concretó César Antón.

SISAAD por la transparencia

Consolidar el Sistema de Información es uno de los retos para mejorar la información y la transparencia del Sistema de Dependencia, así como la gestión de los recursos económicos. Con este objetivo, el Consejo Territorial del 10 de julio de 2012 modificó la orden que regula este Sistema de Información, estableciendo los datos que tienen que incorporar las comunidades autónomas de la gestión que realizan pa-

ra el reconocimiento de la dependencia al sistema.

“Algunos datos servirán para obtener información, lo que mejorará la transparencia de la gestión que se está realizando. Pero otros son obligatorios para que la Administración General del Estado (AGE) liquide mensualmente a las comunidades autónomas el nivel mínimo”, indicó la subdirectora general de Planificación, Ordenación y Evaluación del Imserso, Isabel Herranz, durante su intervención.

Debemos apuntalar los aspectos positivos y cambiar los que sean susceptibles de mejora, porque la Ley sigue adelante y hay que ir avanzando

César Antón



¿Estimaciones cumplidas?

La Memoria Económica de la Ley de Dependencia sirve como punto de partida para saber dónde nos encontramos actualmente. En este documento, que se elaboró con la aprobación de la Ley, se hacían estimaciones sobre el número de beneficiarios con derecho a ser atendidos, los costes y el empleo que generaría el Sistema de Dependencia para el año 2015 (año de plena implantación progresiva de la Ley).

El director general del Imserso, César Antón, durante la jornada *Presente y futuro de la Ley de Dependencia*, consideró oportuno comparar los datos que se preveían en la Memoria Económica para 2015 con los últimos anuales publicados, que son los de diciembre de 2014, para conocer si se parecían o diferían mucho.

Cobertura: La Memoria Económica de la Ley preveía para 2015 una cobertura de 1.373.248 beneficiarios y hacía una estimación por grado. Según explicó Antón, las estimaciones respecto al grado II son muy similares, las del grado III están por encima de lo que eran las estimaciones, y las del grado I también son parecidas a las previsiones, aunque está pendiente que se complete estos tres últimos meses de implantación. Pero, según apuntó, en tres meses desde la implantación del grado I han pasado a ser 18.000 beneficia-

rios. Para el director general del Imserso, “las comunidades autónomas están teniendo un comportamiento consolidado en estos últimos meses de la implantación de la concesión de prestación efectiva, no sólo de los grados II y III, sino del grado I que es el que llevaba más tiempo esperando”.

Costes: En todos estos años, el coste total del sistema de dependencia se encuentra alrededor de los 7.000 millones de euros, no muy lejos de las estimaciones de la Memoria Económica de la Ley. El coste mayoritario es el de la atención residencial.

Empleo: En la Memoria Económica, las previsiones se basan en que la Ley de Dependencia se crea con el objetivo de ofrecer atención en base a su catálogo de servicios y prestaciones, lo que supone una adquisición de servicios que generan empleo profesional, cualificado, estable y vocacional. Pero durante mucho tiempo la prestación económica vinculada al entorno familiar, que nació como algo excepcional, se convirtió en la norma general, y esto desajusta los datos. Aunque, si bien es cierto, en los últimos años se está tratando de invertir esta tendencia, y el catálogo de prestaciones y servicios está teniendo un aumento sostenido y continuado, que influye en la generación de empleo en los servicios.

Los datos obligatorios exigidos son: tipo de prestación o servicio que se da a los beneficiarios, capacidad económica (renta y patrimonio) del beneficiario y aportación que está haciendo el beneficiario.

Otra novedad que incorpora esta orden es la elaboración, por parte de las comunidades autónomas, de unos certificados mensuales de gestión que tienen que remitir al Imsero, y que también servirán para la liquidación y cálculo del nivel mínimo. Asimismo, tendrán que elaborar una certificación anual de lo que aporta la comunidad autónoma al Sistema.

Claves de la financiación

César Antón destacó que la financiación es el tema que requiere de más debate y reflexión con el fin de garantizar el futuro de la Ley de Dependencia. Por eso, en el último Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, celebrado el pasado 7 de octubre, se dio el visto bueno a la constitución de un grupo de trabajo que evalúe la Ley en su conjunto y, por supuesto, nuevos instrumentos de financiación.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en su origen, ya especifica cómo va a financiarse este derecho subjetivo. Y concreta que se trata de una financiación por tres vías en la que va a participar la Administración General del Estado (AGE), las comunidades autónomas y las aportaciones de los beneficiarios.

Isabel Herranz afirmó que, en el caso de las Administraciones Públicas (AGE y comunidades autónomas), la financiación es corresponsable y compartida “porque el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia está encuadrado en los Servicios Sociales, y éstos, según la constitución, son competencia exclusiva de las comunidades autónomas”. En este sentido, la AGE tiene que destinar su aportación para financiar el Sistema, a través de los Presupuestos Generales del Estado (PGE), y las comunidades autónomas deben aportar, al menos, lo mismo que la AGE. La aportación de las comunidades autónomas proviene de los presupuestos de Servicios Sociales, que

El Sistema de Dependencia es una realidad increíblemente amplia. Existen muchas posibilidades y no tenerlas en cuenta altera el resultado

Eduardo Vinuesa

”

incluyen infancia, personas mayores, discapacidad, servicios sociales básicos, etc. En la mayoría de los casos, no hay una partida específica de dependencia.

La transferencia mensual que la AGE va a destinar a las comunidades autónomas estará condicionada en función de unas variables que responden al nivel mínimo de protección garantizado y el nivel acordado (que estaría efectivo desde que se aprueba la ley en 2007 hasta el 2015 con su plena aplicación).

El nivel mínimo de protección garantizado se calcula en función de dos criterios:

- Grado de dependencia de la persona que se reconozca por la CCAA.
- Número de beneficiarios que reconozca la CCAA con efectividad del derecho.

En 2012, el Consejo Territorial, que es el órgano de coordinación y desarrollo de aplicación de la Ley, consensua una nueva regulación de este Real Decreto de nivel mínimo e introduce una nueva forma de cálculo y de liquidación dentro del nivel, incorporando la variable del tipo de prestación del servicio, para premiar a aquellas comunidades que den preferencia a los servicios en lugar de a las prestaciones (que son de carácter excepcional). Así, “la cantidad consignada en los PGE es la misma, pero gradualmente, desde la entrada en vigor de este Real Decreto en 2014 hasta 2017, cada año, las comunidades autónomas van a ser ponderadas positivamente las

que estén por encima de la media en prestación de servicios en detrimento de las prestaciones económicas. En 2014, un 10 % de esa cantidad consignada en los PGE se distribuyó a las comunidades autónomas que más servicios reconocieron. En 2015, con esas fórmulas que se establecen, es el 20 % de ese montante que se consigna a los PGE; hasta llegar en 2017 al 40 %”.

A partir de 2017, el total que está consignado en los PGE para transferir a las comunidades autónomas en concepto de nivel mínimo de protección garantizado será un 60 % igual para todas las comunidades autónomas, con los dos criterios variables (personas reconocidas y grado

de dependencia). Y la tercera variable por las prestaciones o servicios que reconozcan.

Para la financiación del Sistema de Dependencia por parte de la AGE, también se aprobó en el Consejo de Política Fiscal y Financiera en 2009 una partida adicional para distribuir a las comunidades autónomas. Los criterios son los mismos que se establecieron para la transferencia a las comunidades autónomas del nivel acordado: población potencialmente dependiente y personas dependientes. La diferencia con el nivel mínimo es que no se trata de una aportación finalista, es decir, no están afectadas al gasto y al coste que les supone a las comunidades autónomas la atención a las personas dependientes. Y esto ha sido motivo de confusión, porque no se conoce si las comunidades utilizan este presupuesto exclusivamente para atención a la dependencia. Para controlar posibles desfases, Herranz sugiere una revisión del sistema de financiación para garantizar que todo lo que se gaste por las comunidades sea para atender a las personas dependientes. “Ahora hay una dualidad normativa que no garantiza que todo el gasto sea para dependencia”, opinó.

Estudios para la estimación del coste

El aspecto económico y financiero tuvo gran peso en este encuentro profesional. En este sentido, el socio director de Archer Partners, Eduardo Vinuesa, desglosó los criterios, hipótesis y metodologías empleadas en el estudio de estimación de costes del Sistema de Dependencia, que ha realizado junto a su equipo de consultores, a petición del Imsero.



Con este estudio cuantitativo, el Imserso pretende tener un modelo de estimación de costes transparente y sobre el que sentar unas bases, que le permita afianzar acciones y corregir posibles fallos. En opinión de Vinuesa, este tipo de estudios son necesarios “porque lo que no se mide no se puede operar”. A pesar de ello, reconoció que el modelo de financiación de la dependencia es complejo porque intervienen múltiples factores: distintos tipos de servicios, de beneficiarios, de aportaciones, etc.: “Es una realidad increíblemente amplia. Existen muchas posibilidades y no tenerlas en cuenta altera el resultado”.

A pesar de ello, el resultado ha sido un estudio muy completo, cuya información objetiva servirá para obtener datos cualitativos que pongan en valor “las ineficiencias del Sistema o los errores en el modelo de imputación de costes, algo que creemos imprescindible”, subraya Vinuesa.

Por su parte, el director de la Fundación Caser, Juan Sitges, y la profesora titular de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid, María Dolores de Prada, presentaron el estudio *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*, una iniciativa de Fundación Caser que pusieron en marcha en 2014, a cierre de datos de 2013, y que este año han vuelto a repetir con los datos de 2014 de la mano de la profesora María Dolores de Prada. “Con este estudio hemos sido una referencia para otros trabajos, valga citar el estudio del Tribunal de Cuentas del año 2014 que hace referencia a él”, acentuó Juan Sitges.

Tal y como explicó la profesora De Prada, el trabajo está dividido en tres partes. “Primero establece una aproximación al coste de la atención a la dependencia (sin tener en cuenta la gestión). Valora lo que cuesta la dependencia de los beneficiarios que están siendo atendidos de manera efectiva y ahora en la dependencia (sin incluir las personas que están pendientes de recibir el derecho). Lo hemos hecho a nivel nacional. Es una aportación global y utilizando unos indicadores de precios comunes para todas las comunidades, lo cual sabemos que es muy injusto, porque si atendemos a los datos que tiene publicados el propio Imserso las variaciones son impresionantes”, contó De Prada.

La parte más novedosa es que se han atrevido a hacer una estimación de la

Aportación de los beneficiarios

Además de la contribución del Estado y de las comunidades autónomas, otra pata de la financiación del Sistema de Dependencia la constituye la aportación de los beneficiarios. Actualmente, existe poca información al respecto, pero esta deficiencia se irá solventando porque el nuevo Sistema de Información exige a las comunidades autónomas incluir datos sobre la capacidad económica y aportación del beneficiario.

Según explicó la subdirectora general de Planificación, Ordenación y Evaluación del Imserso, Isabel Herranz, en el Consejo Territorial de 10 de julio de 2012, se aprobaron los criterios mínimos de determinación de la capacidad económica del beneficiario y la aportación al Sistema de Dependencia.

Las aportaciones de los beneficiarios vienen determinadas por su capacidad económica, entendida como renta y patrimonio, por su grado de dependencia y por el servicio o prestación que reciba. Pero entre las premisas básicas se resolvió que “nadie puede quedarse fuera del Sistema por no disponer de recursos económicos”.

El indicador de referencia para determinar la capacidad económica se basa en el IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), que actualmente se sitúa en 532 euros mensuales. Es decir, “aquella persona cuya capacidad económica, renta y patrimonio no supere los 532 euros no debería aportar nada al Sistema, con excepción de los servicios residenciales, en los que el usuario tendrá que aportar lo que tenga, pero siempre se le asegura que tendrá alrededor de 100 euros al mes para gastos personales”, aseguró Herranz.

Otra premisa importante, según esta experta es la progresividad en la aportación del usuario al Sistema: “Quien tiene menos capacidad económica va a aportar menos hasta llegar al tope del 90 %. No aporta el 100 % del servicio”.

Actualmente, con los datos que constan en el Sistema y con los datos de pensiones contributivas y no contributivas de la Seguridad Social que ahora mismo están recibiendo una prestación, el 39,83 % de los beneficiarios están por debajo del IPREM, con lo cual no aportan nada.


aportación de los beneficiarios a la financiación. “Es la más atrevida porque realmente no hay ningún dato, ni sobre capacidad económica ni sobre lo que realmente están aportando”, aclaró la profesora de la Universidad de Valladolid.

Por último, la investigación compara los datos de coste y aportación en 2013 y 2014.

Algunas de las principales conclusiones de este estudio que puede descargarse en www.fundacioncaser.es son que el coste está muy influenciado por el tipo de estructura que tengan las comunidades y hay gran diferencia entre ellas. Las comunidades que tienen la dependencia basada en atención residencial tienen una estructura mucho más cara que las comunidades que la tienen ba-

sada en prestaciones económicas, sobre todo de tipo familiar. En este sentido, De Prada reconoció que le parece muy positivo el acuerdo de que en el reparto del nivel mínimo se ponderen los servicios.

Por otra parte, el estudio revela que la mayor parte de los cambios se han dado en ayuda a domicilio, “incrementando este servicio y reduciendo la prestación por entorno familiar”. También la aportación del beneficiario ha sufrido cambios espectaculares, sobre todo las prestaciones económicas, que han pasado de un 15 a un 6 %.

Por todos los cambios que se están produciendo, esta experta considera que “hay que pensar que el coste de la dependencia va a ir incrementándose, por lo tanto es necesario trabajar para abordar las nuevas necesidades”. 

SANIDAD

Hospital Universitario HM Puerta del Sur de Móstoles, *a la vanguardia tecnológica con unos servicios competitivos*



El Hospital Universitario HM Puerta del Sur de Móstoles abrió sus puertas en octubre de 2014. Con una superficie de más de 25.000 metros cuadrados, cuenta con 119 habitaciones distribuidas en cuatro plantas. En cuanto al equipo humano, más de 450 profesionales cubren todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Su diseño y construcción han permitido que se convierta en referencia de la sanidad privada, con un equipamiento tecnológico de última generación y una competitiva cartera de servicios, como lo demuestra la implantación del Centro Integral de Neurociencias, donde se desarrollan diferentes líneas de investigación destinadas, desde un enfoque multidisciplinar, al diagnóstico y tratamiento de pacientes con patologías neurológica y neuropsiquiátrica. Este centro hospitalario se encuentra también a la vanguardia de la eficiencia energética, que ha dado como resultado un edificio totalmente sostenible.

» Sonia GARCÍA «

El Hospital Universitario HM Puerta del Sur de Móstoles, ubicado en el sur de Madrid, cubre una zona de influencia que supera el millón de habitantes, siendo referencia para los cerca de 250.000 usuarios de sanidad privada que hay en esa área.

“En el centro se desarrollan la totalidad de los servicios sanitarios, incluyendo medicina nuclear, radioterapia y psiquiatría. Cuenta, además, con un edificio exclusivo dedicado íntegramente a la investigación en neurociencias”, explica el director técnico del Área de Ingeniería Hospitalaria HM Hospitales, Borja Ribed.

SERVICIOS DIFERENCIADORES

El centro cuenta con un equipamiento tecnológico de última generación, que

proporciona una amplia y competitiva cartera de servicios.

Las instalaciones sanitarias más representativas son las siguientes: 4 Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), 6 camas de Hospital de Día, 14 boxes de urgencias, 61 consultas de todas las especialidades, 11 quirófanos, Salas de Radiología Vascular Digital, 8 camas UCI de adultos, 16 camas UCI de neonatal, Servicio de Diagnóstico por Imagen completo -equipo integrado de ultrasonidos de alta intensidad para el tratamiento de patologías neurológicas sin necesidad de cirugía-, Servicio de Medicina Nuclear y Servicio de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Radiofísica completo.

“El objetivo es ser la referencia de la sanidad privada en toda la zona sur de

Madrid, que tradicionalmente tenía un escaso dispositivo asistencial hospitalario. Por ello, se ha cuidado hasta el más mínimo detalle para que los pacientes cuenten con la solución a sus problemas de salud en nuestro centro”, asegura el Dr. Santiago Ruiz de Aguiar, director médico del HM Puerta del Sur.

Por otra parte, destaca el esfuerzo que se ha realizado en el área de las neurociencias con la incorporación a la cartera de servicios de especialidades como psiquiatría y psicología clínica. “Esto ha supuesto abrir una unidad de agudos de psiquiatría y el desarrollo de líneas de tratamiento absolutamente vanguardistas en el área de las neurociencias”, explica Ruiz de Aguiar.

Además, el Hospital nace con vocación docente y científica. Para ello, cuenta con

docencia de pregrado y postgrado, así como un proyecto científico relacionado con las neurociencias.

NOVEDADES TECNOLÓGICAS

Entre las novedades tecnológicas que afectan a los tratamientos médicos, el director médico de HM Puerta del Sur subraya “la primera instalación de PET-RMN de adquisición simultánea de España, que permite aunar en la misma prueba y de forma concurrente el mejor diagnóstico por imagen, con una RMN de 3 Teslas y la adquisición de un PET. Además, se ha incorporado un RMN-HIFU, que permite el tratamiento intracerebral de patologías que hasta ahora era necesario hacer mediante cirugía abierta”.

El Dr. Santiago Ruiz de Aguiar destaca también un acelerador lineal de última generación, que permite realizar el tratamiento más preciso disponible actualmente en el campo de la oncología radioterápica.

“En el área de investigación, se ha hecho un especial esfuerzo con la im-

Premisas sobre las que se cimienta

- Comodidad y confort de los pacientes, con una distribución óptima que evite desplazamientos innecesarios.
- Seguridad y comodidad para los profesionales sanitarios, que les permita desarrollar su profesión sin ninguna traba o preocupación.
- Predominio de la distribución horizontal para evitar desplazamientos verticales.
- Ha de ofrecer la mayor cantidad de luz natural, gozar de amplias zonas comunes y ser un edificio abierto al público y de fácil uso y distribución.
- Ha de estar diseñado para funcionar ininterrumpidamente 24 horas al día los 7 días de la semana. Por ello, todas las instalaciones han de tener uno o dos sistemas de back-up, en función de su criticidad, mediante suministros de seguridad y socorro.

plantación de tecnologías basadas en la magnetocéutica, imagen funcional e investigación en nuevas moléculas y tecnologías médicas, sobre todo aplicadas a las neurociencias”, asegura.

SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA ENERGÉTICA

“La calificación energética de un edificio de nueva construcción se calcula mediante programas informáticos a los que hay que alimentar con todos los datos de materiales, espesores, aislamientos, dimensiones, superficies, orientación, etc. Los resultados de estos cálculos nos indican de forma objetiva que, efectivamente, estamos a la vanguardia de la eficiencia energética”, manifiesta el director técnico del Área de Ingeniería Hospitalaria de HM Hospitales.

Un edificio considerado de alta eficiencia energética nace del trabajo conjunto entre los equipos de arquitectura y los ingenieros desde el comienzo del diseño y a lo largo de toda la vida del proyecto constructivo del centro. Juntos definen materiales de construcción, dimensiones, usos, ergonomía de pacientes y profesionales, etc.

El Código Técnico de la Edificación es cada vez más exigente en lo que se refiere a la eficiencia energética en la construcción y, debido a la obligatoriedad en su cumplimiento, los edificios son cada vez más sostenibles. “Sin embargo, nosotros

lo hemos superado ampliamente en multitud de aspectos. Por ejemplo, en los espesores de aislamientos o en la calidad de la carpintería exterior, instalando vidrios de control solar en las ventanas en función de su orientación”, apunta Ribed.

La climatización y la iluminación también se han diseñado dando prioridad a la eficiencia energética. Concretamente, la climatización es el principal consumidor de energía en la mayoría de los edificios. “En un centro hospitalario donde las exigencias de calidad del aire interior son mucho más altas, con necesidades de aporte de aire exterior filtrado, el consumo destinado a la climatización se incrementa considerablemente”, señala.

El hospital pone a disposición de los pacientes los medios tecnológicos y terapéuticos disponible en todo tipo de patologías, especialmente en el área de las neurociencias



Centro Integral de Neurociencias

En el mismo recinto hospitalario, pero en un edificio independiente, se encuentra el pabellón de investigación del Centro Integral de Neurociencias AC (CINAC), que cuenta con todas las instalaciones necesarias para el desarrollo de líneas de investigación en el ámbito de las neurociencias y cuenta, entre otras instalaciones, con un laboratorio de tejidos y quirófanos experimentales.

En cinco años, HM Hospitales quiere consolidarse en los siguientes aspectos:

1. Fortalecimiento de varios de sus jóvenes profesionales como investigadores (clínicos o básicos) de primera línea y competitivos, con equipo humano y técnicas de primera línea.
2. Publicaciones del máximo rango y proyectos europeos.
3. Desarrollo de aproximaciones terapéuticas validadas o en proceso, con el objetivo de incidir sobre los mecanismos de la neurodegeneración.
4. Referencia nacional e internacional como centro de atención y tratamiento de pacientes con trastornos del movimiento (Parkinson), pero también en deterioro cognitivo (Alzheimer), neuropsiquiatría de la conducta y emociones, epilepsia, neurorehabilitación, esclerosis múltiple y genética molecular.
5. Centro de referencia para realizar estudios piloto y ensayos clínicos en fase de desarrollo inicial de fármacos o técnicas terapéuticas dirigidas a detener mecanismos de degeneración neuronal.

Teniendo en cuenta estas premisas, la construcción eficiente comienza por el diseño y orientación del centro. En el caso del Hospital HM Puerta del Sur, se ha optado por la orientación norte-sur, con fachadas largas y muy abiertas. Por el contrario, las fachadas este y oeste son cortas y prácticamente ciegas. “Esto permite aprovechar mejor la iluminación natural, evitando las insolaciones este y oeste que afectarían negativamente a la refrigeración del centro en épocas estivales”, reconoce este experto.

Además, las ventanas son longitudinales, ocupan toda la fachada y son de altura reducida. De esta forma, se conserva la entrada de luz indirecta, aprovechando la propia sombra del marco superior. Asimismo, el diseño arquitectónico contempla luz natural en todas las plantas, incluido el semisótano por medio de patios y lucernarios. Por otra parte, las luminarias instaladas incorporan tecnología LED, lo que garantiza un consumo eléctrico moderado y una duración muy superior a las convencionales.

La producción de agua fría se realiza mediante unidades enfriadoras aire-agua de alto rendimiento, parte de ellas con “free-cooling”. Por tanto, se produce agua fría en invierno de manera gratuita para las zonas y equipos que lo necesiten. Mientras, la producción de agua ca-

Los profesionales tienen capacidad de investigación, docencia y están a la vanguardia tecnológica en las patologías más complejas y, por tanto, de mayor morbilidad

liente, tanto para calefacción como para agua caliente sanitaria, se realiza con calderas de condensación de alto rendimiento energético, apoyadas por paneles de energía solar térmica situados en la cubierta.

“Mediante un sistema centralizado se tiene un control global, que puede ser monitorizado y controlado remotamente en función de nuevas necesidades o ante posibles incidencias y averías que pudieran surgir”, concluye Ribed.

MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO

El departamento responsable de elegir el mobiliario de habitaciones y zonas comunes forma parte de HM Hospitales y, por tanto, se sirve de la experiencia

adquirida a lo largo de los últimos 25 años. “Es de vital importancia aunar comodidad para los pacientes y acompañantes, con la practicidad y facilidad de uso para el personal sanitario”, destaca el director técnico del Área de Ingeniería Hospitalaria.

En el caso de las habitaciones, Borja Ribed indica que las camas han de ser cómodas y seguras para los pacientes y que, además, permitan un fácil acceso a los sanitarios. De la misma manera, la iluminación de las habitaciones debe permitir el descanso de pacientes y acompañantes, y ofrecer un nivel de luz adecuado para que los profesionales puedan desarrollar su trabajo a cualquier hora del día.

PAVIMENTOS Y REVESTIMIENTOS


“La tecnología ha evolucionado mucho, permitiéndonos disponer de materiales específicos para el desarrollo de cada actividad a un precio razonable y con una paleta de colores y tonalidades prácticamente ilimitada”, señala Ribed.

Hace años, los únicos materiales utilizados en construcción provenían, y sin apenas tratamiento, de la naturaleza: piedras, granitos, mármoles, maderas y metales. Actualmente, los materiales artificiales incorporan y mejoran las calidades de los naturales a un precio más reducido.

Por ejemplo, las zonas de trabajo sanitario intenso como laboratorios o farmacia disponen de pavimentos de materiales vinílicos termosoldados, con un rango de temperatura muy amplio y una gran durabilidad. Sus propiedades impermeables y su alta resistencia a sustancias químicas (muy utilizadas en limpieza), permiten evitar filtraciones y facilitan la limpieza de las superficies sobre las que se instalan.

LIMPIEZA E HIGIENE

El mayor grado de limpieza e higiene debe estar en las unidades críticas como quirófanos, central de esterilización, paritorios, etc. “En estas zonas, se ha puesto especial énfasis en los materiales constructivos y en su colocación: suelo vinílico conductivo, pintura plástica lavable, carpintería exterior estanca, climatización con cuatro etapas de filtrado, etc.”, matiza Ribed.

Una elección e instalación adecuadas de todos estos materiales hace que la limpieza sea más sencilla y eficaz. Además, el proceso está “protocolizado y coordinado por el Departamento de Medicina Preventiva que, periódicamente, chequea actividades y resultados”, insiste el director técnico del Área de Ingeniería Hospitalaria de HM Hospitales. 

Un concepto de aseo revolucionario

Solicite
información
y muestras
gratuitas

arioniberia@arion-group.com



**“Más eficaz, rápido y
significativamente más
higiénico que el método
tradicional.”**

-José Antonio García

Subdirector, Residencia Sta. María del Monte Carmelo, Madrid



- Mayor higiene comprobada.
- Cuidado y protección de la piel óptimos.
- Ahorra tiempo, reduce costes.
- Mayor confort y dignidad para el paciente.
- Pacientes más felices, cuidadores más felices y familiares más felices.

Swash es un concepto innovador de aseo diseñado para proporcionar un aseo completo en cama a personas con distintos perfiles. Los perfiles varían desde personas con movilidad reducida y grandes dependientes, a personas con trastornos conductuales a la hora del aseo por aversión al agua, cuidados paliativos, incontinentes, post-operatorios o incluso pacientes con problemas de epidermis. Swash consiste en un paquete de 8 toallitas o manoplas desechables impregnadas de una loción especial que limpia, cuida, hidrata y protege la piel en profundidad. Cada toallita se utiliza para una zona del cuerpo y no es necesario aclarar ni poner crema hidratante tras su uso. Además, tampoco es necesario secar con toallas porque la loción se evapora a los pocos segundos. Este método es mucho más beneficioso que el método tradicional de lavado con agua, jabón, esponja, toallas, crema y palangana o baño geriátrico. Además de eliminar los costes de estos materiales de aseo, evitamos el riesgo de transmisión de infecciones nosocomiales causadas por los microorganismos contenidos en el agua, las palanganas o las silla geriátricas. Este concepto de aseo sin agua está implementado desde hace años en los sistemas sanitarios de otros países como EEUU, Holanda, Alemania y Dinamarca, entre otros. España también puede dar el paso hacia la innovación y optar por un sistema de aseo más eficaz, rápido, higiénico y humano con las personas que dependen de nosotros. La revolución Swash ha comenzado.

SANIDAD



La gestión farmacéutica en centros residenciales

EL PERFIL SANITARIO DE LOS USUARIOS REQUIERE UN CAMBIO EN EL MODELO DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS Y, SOBRE TODO, EN LA FINANCIACIÓN

El perfil de las personas mayores atendidas en los centros residenciales en España es claramente sanitario. Según un informe elaborado por la Fundación Edad&Vida, el 66 % de los usuarios consumen siete o más medicamentos de forma simultánea. Por tanto, la atención sociosanitaria de los residentes requiere una prestación farmacéutica compleja y, por tanto, su prescripción, dispensación y administración debería, en opinión de los expertos consultados, gestionarse desde los propios centros residenciales.

» Sonia GARCÍA «

El informe *Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales* analiza la situación de las personas ingresadas en 111 centros residenciales, que representan un total de 14.489 plazas distribuidas en 15 comunidades autónomas. El 44 % de las plazas son privadas, el 40,3 % concertadas y el 15,5 % públicas.

Las cifras del estudio revelan que el 76 % de las personas que ingresan por primera vez en un centro residencial tienen tres o más diagnósticos médicos activos. Se trata, por tanto, de pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados, que conllevan una prestación farmacéutica compleja.

En este sentido, el informe pone de manifiesto que los

centros residenciales están atendiendo, actualmente, a personas que cada vez presentan más necesidades sanitarias. Por ello, la Fundación Edad&Vida insiste en la importancia de impulsar un modelo integrado de atención sanitaria y social en España.

MODELOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El responsable del estudio *Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas*, Lluís Segú,

explica que el modelo más frecuente continúa siendo el vinculado a receta y suministro de medicamentos desde las oficinas de farmacia: "La residencia contacta con una farmacia comunitaria que le suministra los medicamentos. Puede haber ofi-

La mayoría de las residencias

continúan siendo extensiones

del hogar y, sin embargo, cada

vez atienden a pacientes

más complejos con claras

necesidades sanitarias

”

cinas de farmacia que, además del suministro, aportan horas de servicio farmacéutico". También hay empresas que agrupan a diferentes farmacias y ejercen como intermediarios.

"Existen, además, experiencias puntuales en comunidades autónomas, vinculadas al suministro de medicamentos desde un centro hospitalario, que actúa como suministrador y, normalmente, aporta servicios farmacéuticos", apunta.

En opinión de Segú, el problema es que la mayoría de las residencias continúan siendo extensiones del hogar y, sin embargo, cada vez atienden a pacientes más complejos con claras necesidades sanitarias. "Por tanto, la residencia debería poder asumir la responsabilidad de prescribir y gestionar el medicamento. Pero eso requiere disponer del dinero necesario, mediante la incorporación a la tarifa de una partida para comprar medicamentos y servicios farmacéuticos", asevera.

Actualmente, como la prescripción final del medicamento la realiza el médico de Atención Primaria, los centros residenciales no tienen ninguna responsabilidad económica sobre el suministro del medicamento. Por ello, este experto entiende que la gestión de un presupuesto farmacéutico, al igual que tienen los hospitales, supondría un mayor incentivo económico para las residencias. "Si lo gestionaran mal, iría contra su cuenta de resultados. Pero como no tiene una partida que gestionar, tampoco existe una eficiencia que conseguir", matiza.

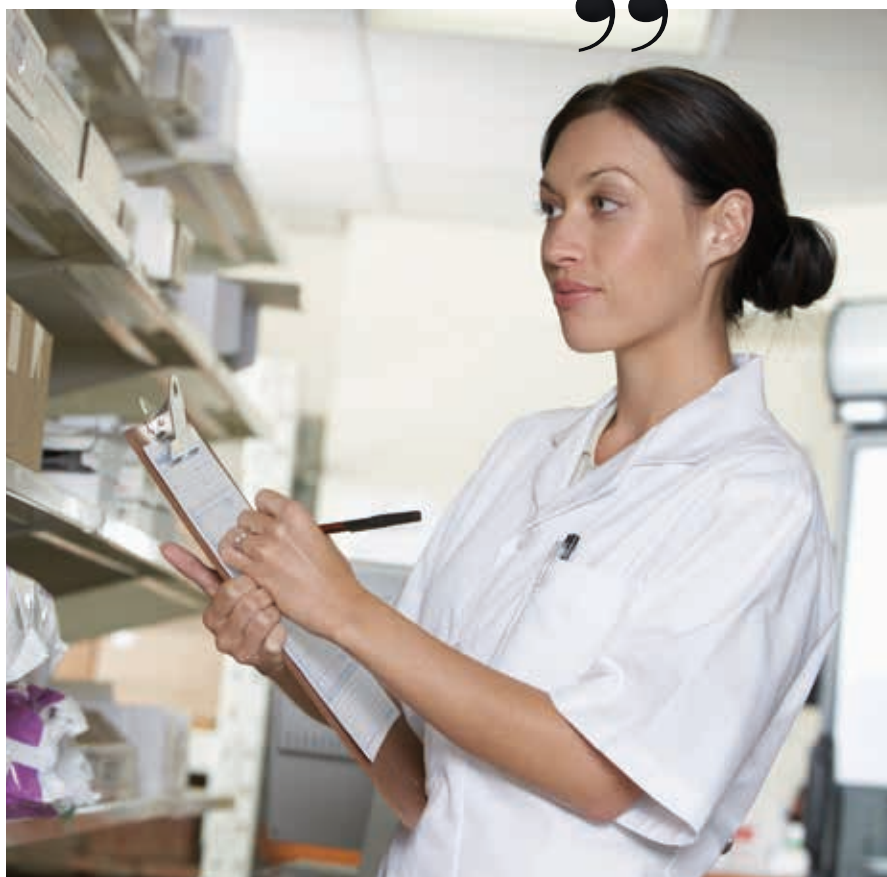
Segú subraya también que como los usuarios de los centros residenciales tienen necesidades sanitarias cada vez más complejas, "sería interesante incorporar un farmacéutico al equipo de profesionales. El problema es que el presupuesto de farmacia no está en las residencias y, por tanto, es un coste adicional que nadie paga". A pesar de ello, recuerda que las residencias han incorporado a un médico y personal sanitario.

Actualmente, se están desarrollando diferentes experiencias en algunas comunidades autónomas. En Cataluña, por ejemplo, existen prácticas vinculadas al suministro de los medicamentos por parte del servicio de farmacia hospitalaria.

Por otra parte, en Navarra un grupo residencial cuenta con un presupuesto para la compra de medicamentos y la gestión del servicio de farmacia, que suministra al resto de centros.

"Se deberían desarrollar fórmulas con un doble objetivo: dotar a los centros residenciales de un presupuesto para gestionar su propia farmacia y, al mismo tiempo, incorporar el servicio farmacéutico para mejorar la seguridad y adhe-

**Para mejorar la gestión
farmacéutica es esencial un
cambio legal que permitiera
a los médicos de residencia
prescribir medicamentos**



rencia a los tratamientos. Y, por qué no, mejorar también los costes", señala Segú.

Para ello, el responsable del estudio concluye que los médicos de residencia deberían tener la capacidad de prescribir, "sin tener que pasar por ningún intermediario (*prescriptor*) que tuviera que revisar las recetas. El siguiente paso lógico sería que el centro tuviera la capacidad de comprar los medicamentos".

POSICIONAMIENTO DE EDAD&VIDA

La consideración de las residencias como centros de atención sociosanitaria debería,

según Edad&Vida, significar un cambio en el modelo de acceso a los medicamentos y productos sanitarios y, sobre todo, en el modelo de financiación.


En este sentido, el presidente de la Comisión de Farmacia y Productos Sanitarios de la Fundación Edad&Vida, Eugeni Sedano, destaca que el informe, además de realizar un análisis de la situación actual en España, propone un cuestionario que sirve de instrumento para que cualquier director pueda analizar en qué situación se encuentra su centro residencial en lo que concierne a la administración de medicamentos y productos sanitarios y, de esta manera, pueda identificar y detectar aquellas áreas de mejora. "Debe garantizarse la correcta administración de medicamentos y productos sanitarios a las personas ingresadas en los centros residenciales. Para ello, debe

homogeneizarse el circuito de adquisición, distribución, almacenamiento, registro de efectos adversos, etc.", añade.

La Fundación Edad&Vida no se define por un modelo de farmacia u otro, "lo que sí defendemos es que las residencias, internamente, deben tener un sistema que garantice que el medicamento y producto sanitario llegue al usuario en buenas condiciones, que se registra la administración de los medicamentos y los posibles efectos adversos".

"Para ello, en el informe pedimos que haya un farmacéutico que esté en la residencia un número determinado de horas a la semana, en función de las plazas. Es conveniente que el farmacéutico se responsabilice de todo lo que implica la gestión de los medicamentos: alma-

cenamiento, correcta distribución, sistemas personalizados de dosificación, acordar y definir con el médico guías farmacoterapéuticas, etc.", señala Sedano.

Independientemente del modelo de suministro de medicamentos que está muy condicionado por la política farmacéutica de cada comunidad autónoma, los esfuerzos deben centrarse en "cómo llega el medicamento a la residencia, en qué estado, su almacenaje, preparación de la medicación para ser administrada, registro de la medicación, etc. Y también la conveniencia de hacer formación continua de enfermeras, auxiliares y médico responsable", detalla. 

DISCAPACIDAD



COCEMFE preocupado por el nuevo catálogo ortoprotésico

El Consejo Estatal de la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (Cocemfe), el máximo órgano representativo de la organización formado por 33 representantes de sus entidades miembros, se reunió para abordar las principales cuestiones que preocupan al colectivo de las personas con discapacidad física y orgánica, como el borrador del nuevo catálogo ortoprotésico, “porque perjudica la calidad de vida de las personas con discapacidad”. Entre otros temas de interés que también abordaron destacan la Ley de Propiedad Horizontal, las subvenciones a ONG, la ILP contra el copago confiscatorio en dependencia, los Centros Especiales de Empleo, las reivindicaciones de las personas con enfermedad renal y la situación de los refugiados con discapacidad.

» Sonia GARCÍA «

Las organizaciones de discapacidad física y orgánica mostraron su máxima preocupación ante la publicación del borrador del nuevo catálogo ortoprotésico y acordaron exigir al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad consensuarlo con el movimiento asociativo de la discapacidad.

“No es de recibo aprobar un catálogo ortoprotésico que los representantes de sus beneficiarios no comparten y que supone un paso atrás en la calidad de vida de las personas con discapacidad y en la prevención del empeoramiento de su estado de salud. Por eso, exigimos que se incorporen las alegaciones que estamos realizando desde el sector de la discapacidad”, aseguró el presidente de Cocemfe, Mario García.

La Confederación rechaza que se obligue a aportar el 100 % del coste del producto cuando éste supera el máximo de financiación fijado en el catálogo y que se haya reducido este máximo en algunos productos con respecto al anterior catálogo, del año 2000. Cocemfe explica también que el borrador recoge importes máximos de financiación como 352 euros para una silla de ruedas ligera o 2.912 euros para una silla de ruedas eléctrica estándar, y si el usuario requiere un producto de gama superior se vería obligado a abonar íntegramente el coste del producto, “en lugar de pagar sólo la diferencia como se ha hecho hasta ahora”.

Además, la Confederación señala que se incrementa de forma generalizada la vida útil de determinados productos ortoprotésicos, doblándola en muchos casos, lo cual obligaría a los usuarios de los mismos a tener que esperar más tiempo para poder renovarlos. “No contempla que, según las circunstancias de cada persona, el mismo producto va a requerir

No se ahorrarán
gastos sanitarios,
sino que los multiplicará. El
abaratamiento de la prestación
ortoprotésica acarreará un
agravamiento de la calidad de
vida de las personas con
discapacidad

su renovación con mayor o menor periodicidad. Por ejemplo, establecer cinco años para la renovación de una silla de ruedas eléctrica infantil, en pleno periodo de crecimiento, es un disparate. Al igual que no tener en cuenta otros factores como la edad o el tipo de vida que lleva cada persona para fijar la duración de los productos”, subraya García.

FAMMA se suma a la reivindicación

“La modificación del catálogo ortoprotésico supondrá, en la práctica, una importante restricción de las ayudas al fijarse un tope a las subvenciones para la adquisición de material ortoprotésico”, reclama la Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad de Madrid (Famma-Cocemfe Madrid). En el nuevo borrador se han fijado importes máximos de financiación para cerca de 4.000 productos, entre los que se incluyen prótesis, órtesis y sillas de ruedas.

A juicio de Famma, este nuevo escenario supondrá que miles de personas de todo el país tengan dificultades para acceder a ayudas técnicas y que los usuarios se vean limitados a tener que elegir el producto de gama más inferior y no el que realmente se adapte a sus necesidades.

Su presidente, Javier Font, señala que “con esta nueva modificación del catálogo ortoprotésico se recortará el bienestar de miles de personas con discapacidad y sus familias, al limitarse por un criterio puramente económico el acceso a las ayudas técnicas más idóneas, lo que agravará las patologías de base de las personas con discapacidad”.

Otros temas tratados

Durante el encuentro de Cocemfe, los repre-

Supondrá
una importante
restricción de las
ayudas al fijarse un tope a
las subvenciones para la
adquisición de material
ortoprotésico



sentantes de las personas con discapacidad reiteraron la necesidad de que el Gobierno cumpla con su compromiso de modificar la Ley de Propiedad Horizontal antes de que acabe la legislatura para eliminar las trabas actuales para realizar obras de accesibilidad.

En relación a la sentencia del Tribunal Supremo que anula las subvenciones a entidades del Tercer Sector de ámbito estatal, el Consejo Estatal de Cocemfe reconoció la solución que el Gobierno ha adoptado para los próximos años, al tiempo que mostró su preocupación por las subvenciones del 0,7 % de IRPF si el Supremo dicta una sentencia en el mismo sentido, puesto que Cocemfe y sus entidades reciben más de ocho millones de euros para desarrollar proyectos “imprescindibles dirigidos a la prestación de servicios de atención directa a personas con discapacidad, la construcción y/o rehabilitación de centros de atención, la creación de empleo, la atención integral a mujeres con discapacidad, la realización de estudios, jornadas, investigaciones y publicaciones sobre discapacidad, así como proyectos de apoyo al alumnado con necesidades educativas especiales”.

En cuanto a la Iniciativa Legislativa Popular (ILP) contra el copago confiscatorio en dependencia, promovida por el Cermi y que finaliza el 2 de diciembre, el Consejo Estatal de la entidad destacó la participación activa de las organizaciones miembros de Cocemfe que, junto al resto de organizaciones del Cermi, “permitirá superar ampliamente las 500.000 firmas necesarias para su presentación en el Congreso de los Diputados”.

La Asociación Empresarial de Centros Especiales de Empleo de Cocemfe (Aecemco), formada por 54 centros asociados donde trabajan cerca de 4.000 personas, fue otro asunto a tratar en la reunión. Tras abordar su situación actual y estudiar el futuro de la entidad, se puso de manifiesto la necesidad de incorporar a la totalidad de los Centros Especiales de Empleo de Cocemfe para, de este modo, fortalecer su carácter representativo y dotar de una mayor fuerza sus reivindicaciones dirigidas a la mejora del empleo de las personas con discapacidad.

Miles de
usuarios tendrán
dificultades para acceder a
ayudas técnicas y se verán limitados
a tener que elegir el producto de
gama más inferior y no el que
realmente se adapte a sus
necesidades





Hacia la normalización de la lengua de signos

El Real Patronato sobre Discapacidad, a través del Centro de Normalización Lingüística de la Lengua de Signos Española (CNLSE), y la Federación de Asociaciones de Personas Sordociegas de España (Fasocide) han firmado un convenio de colaboración para el fomento de la normalización de la lengua de signos española.

En virtud de este convenio, ambas entidades impulsarán la realización de actividades conjuntas con el objeto de impulsar la promoción, difusión e investigación de esta lengua en lo que respecta a las personas sordociegas usuarias de la misma.

El presidente de Fasocide, Francisco Javier Trigueros, afirmó que “el objetivo de este convenio es avanzar en la lengua de signos”, y recordó que “tal y como establece la Ley que reconoce lengua de signos”, se acuerda impulsar “adaptaciones específicas a personas sordociegas, línea “en la que nos gustaría seguir trabajando”. Asimismo, destacó “la importancia de una formación de calidad para los futuros profesionales de la mediación y de la guía interpretación”.

Por su parte, el director del Real Patronato sobre Discapacidad, Ignacio Tremiño, afirmó que “este convenio viene a cumplir con la obligación que tiene el CNLSE de impulsar la promoción y el desarrollo de la lengua de signos española, siempre teniendo en cuenta a su población usuaria”. Asimismo, destacó que el convenio contribuirá a visibilizar “la presencia de las personas sordociegas en la discapacidad española”.

Tremiño también señaló que “el camino por la integración de las personas con discapacidad sigue con un ritmo lento, pero continuo y este avance es mérito exclusivo de las personas con discapacidad y las organizaciones que están detrás de ellas”.

INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES SORDAS

La Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) aplaude la iniciativa del Gobierno que consiste en poner en marcha el Marco de Actuación para las Personas Mayores, “porque busca impulsar la autonomía, la calidad de vida

y la participación” de este colectivo en la sociedad, y que incluye medidas a favor de la protección e inclusión de las personas mayores sordas.

Entre ellas, destaca la creación de servicios comunitarios que favorezcan la inclusión de las personas mayores en situación más vulnerable, como en el caso de las personas sordas, y les ofrezca información acerca de sus oportunidades. Una propuesta que, según afirman desde el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, se articularía mediante la creación de un grupo de trabajo coordinado por el propio Ministerio, e integrado por comunidades autónomas y la CNSE.

Para la entidad, esta iniciativa va a dar respuesta a algunas de las principales conclusiones que la CNSE expuso, el pasado

mes de marzo, durante la presentación del estudio *Hacia la autonomía y participación de las personas mayores sordas*

**El camino por la
integración de las personas
con discapacidad sigue
con un ritmo lento,
pero continuo** ”

en España, elaborado en colaboración con la Fundación Vodafone España. El estudio revela la importancia de garantizar la accesibilidad de este colectivo a la teleasistencia, así como a aquellos recursos, programas y servicios disponibles para la población mayor que siguen sin adaptarse a las personas mayores sordas.

El mismo estudio pone en valor el papel del movimiento asociativo de la CNSE en materia de promoción de la autonomía y participación de las personas mayores sordas, al brindarles servicios especializados y actividades accesibles a su realidad social y comunicativa.



En 2014 se firmaron más de 200.000 contratos con personas con discapacidad, un máximo histórico según Báñez

La ministra de Empleo y Seguridad Social, Fátima Báñez, transmitió al Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi) su satisfacción porque, gracias al esfuerzo conjunto, “en esta legislatura se ha creado más empleo de personas con discapacidad que en toda la serie histórica. Concretamente, se han firmado más de 680.000 contratos”.

En la misma línea, Báñez ha puesto de relieve que 2014 ha sido el año en el que más contratos con personas con discapacidad se han celebrado de toda la serie histórica, más de 200.000, y se ha mostrado convencida de que el año 2015 concluirá con un nuevo récord. “Vamos por buen camino, dado que los datos de que disponemos hasta ahora

muestran que en el primer semestre se firmaron 20.000 contratos más que el año pasado”, ha asegurado.

Asimismo, Báñez ha señalado que los datos apuntan a que el empleo creado es de calidad, y que en el primer semestre de 2015 los contratos estables han aumentado un 22 % respecto al mismo semestre del año anterior.

COMPATIBILIZAR EMPLEO Y PENSIÓN

La ministra ha hecho hincapié en que el empleo es el mejor instrumento para la inserción de las personas con discapacidad y ha anunciado la aprobación de una enmienda que facilita la compatibilidad del empleo con el cobro de una pensión.

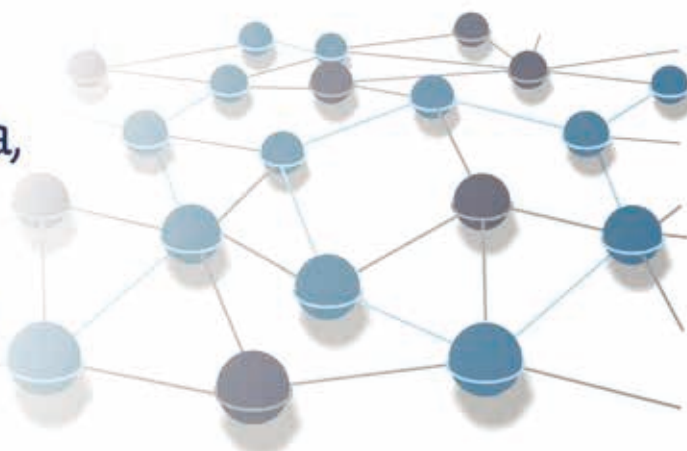
Además, desde el 1 de enero de 2016, se aumenta el límite de ingresos para que las personas discapacitadas puedan compatibilizar el cobro de la pensión de invalidez no contributiva, con el ejercicio de una actividad, sea o no lucrativa. Con esta medida, Báñez considera que se da un paso más para eliminar las barreras que separan a las personas con discapacidad del mercado de trabajo.

Por todo lo expuesto, la titular de Empleo ha trasladado a los representantes del Cermi su satisfacción porque gracias al trabajo que se ha llevado a cabo “codo con codo” durante esta legislatura, se han podido tomar medidas importantes para las personas con discapacidad.



Castilla y León te ayuda,
una persona,
una respuesta

Infórmate Teléfono 



RED
DE PROTECCIÓN
ALAS
FAMILIAS

Nuevo modelo de atención residencial para las personas con discapacidad

La Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad de Madrid (Famma-Cocemfe Madrid) defiende un nuevo modelo de atención residencial para personas con discapacidad y/o movilidad reducida centrado en fomentar y potenciar al máximo nivel posible la autonomía personal del colectivo en detrimento de la dependencia.

En opinión de Famma, urge avanzar hacia un nuevo modelo de atención residencial que evite la dependencia prematura del colectivo de personas con discapacidad, dado que en la actualidad los centros de atención al colectivo se rigen en base a modelos fundamentalmente asistencialistas ligados al sistema de dependencia, que no fomentan la autonomía personal de quienes tienen discapacidad y/o movilidad reducida en la medida de lo posible.

Precisamente, esta es una de las principales demandas del colectivo de personas con discapacidad gravemente afectadas, porque en la actualidad el sistema residencial establece unos criterios

**La sociedad debe potenciar
lo máximo posible
la autonomía y no abocar
a las personas con discapacidad
a una dependencia prematura
y forzosa** ”

de prestación asistencial que no tienen en cuenta, por ejemplo, sus necesidades en cuanto a horarios o momentos de ocio y esparcimiento. “En los centros de atención a personas con discapacidad los horarios de comidas o para dormir no facilitan, en modo alguno, que las personas con discapacidad, especialmente las de mediana edad, puedan llevar un estilo de vida autónomo, con momentos de ocio y esparcimiento fuera del entorno residencial”, aseguran desde Famma.

Es por ello por lo que, a juicio de la Federación, urge que se abra un debate



sobre el modelo residencial que se debe aplicar al colectivo de personas con discapacidad, con el objetivo siempre de potenciar su autonomía e independencia al máximo nivel posible y evitar su institucionalización y dependencia forzosa y prematura.

Según el presidente de Famma, Javier Font, “el modelo de atención residencial para personas con discapacidad debe fomentar siempre la autonomía personal e independencia de las mismas, de lo contrario se abocará al colectivo a una dependencia forzosa que no facilitará, en

modo alguno, su integración y participación social”.

Por último, la Federación estima que es preciso diferenciar la atención residencial que debe ser aplicada a colectivos como el de las personas con discapacidad con la que es aplicada a otros colectivos, como el de mayores. Según estima Famma, en la actualidad los centros de atención residencial que atienden a ambos colectivos se rigen por patrones similares, cuando esto no debería ser así, “puesto que ambos colectivos no tienen las mismas necesidades en cuanto a atención sociosanitaria”.


La importancia de la autonomía

Con el objetivo de potenciar la autonomía personal de las personas con discapacidad, Famma-Cocemfe Madrid impartió la jornada *La persona con discapacidad: Fomentando la autonomía*, que ofreció pautas de acción a personas con discapacidad y sus familiares para evitar la sobreprotección familiar e institucional del afectado y fomentar, en todos los niveles y en la medida de lo posible, su plena autonomía e independencia.

Durante la jornada, se presentaron testimonios e historias de vida de personas con discapacidad que, gracias a programas como el de Transición a la Vida Independiente (PTVI) de Famma,

han emprendido con éxito su camino hacia una vida autónoma e independiente. Se abordaron aspectos tales como la toma de decisiones, el establecimiento y logro de metas, las habilidades sociales y la relación con los demás o la autoconciencia del propio afectado, así como las decisiones sobre el hogar y la intimidad, la alimentación, la vida en comunidad o el ocio y tiempo libre.

El presidente de Famma, Javier Font, reiteró que “las personas con discapacidad deben dirigir su propia vida” y subrayó que es “preciso fomentar la autonomía en detrimento de la dependencia”. En este sentido, añadió que “el modelo actual de atención a la persona con discapacidad es asistencialista” y que fomenta la dependencia y lamentó que “no está desarrollada la figura del asistente personal” para fomentar la autonomía personal de la persona con discapacidad.

Además de proporcionar estrategias a los familiares para que sepan cómo lograr que su familiar con discapacidad sea “el propio protagonista de su vida”, se resolvieron dudas sobre cómo evitar la sobreprotección familiar e institucional de la persona con discapacidad y se ofrecieron abundantes pautas para fomentar la autonomía de las personas con discapacidad, partiendo de unas premisas básicas de comportamiento aplicables, por una parte, a los propios afectados y, por otra, a los familiares, dado que desempeñan un papel fundamental para avanzar en el fomento de la autonomía de la persona con discapacidad y/o movilidad reducida. 



Gracias a programas como

el de Transición a la Vida

Independiente (PTVI) de Famma,

personas con discapacidad han

emprendido con éxito su camino

hacia una vida autónoma

”



¿Qué servicios quiero?

Natalia Roldán Fernández

Directora de Servicios Sociales EULEN
Servicios Sociosanitarios

Antes de escribir una columna de opinión suelo recordar cuál debe ser su estructura, su lenguaje, el estilo más adecuado y, fundamentalmente, su finalidad.

Resumo. Estructura: introducción; argumento o apreciación, siendo la condición subjetiva la característica más relevante, y cierre. Estilo: el tuyo propio, pero manteniendo la continuidad del mismo a lo largo de todo el artículo. Lenguaje: sencillo, comprensible y escrito en primera persona. Finalidad (en este caso ya me había hecho una idea previa): dar tu opinión acerca de un tema concreto. Hasta ahí, ¡bien!

La cuestión se complica cuando me viene a la cabeza la importancia de saber a qué “audiencia” o colectivo diriges tu artículo. Balanc es una publicación profesional, especializada en el ámbito de la dependencia, que trata de llegar a la diversidad de agentes que formamos parte de este sector: administraciones, operadores, proveedores, profesionales... Y de pronto, me asalta la duda: ¿puedo considerarnos un mismo “colectivo”? ¿Formamos parte de un indivisible? En muchas ocasiones creo que no. Y no porque no compartamos un objetivo común, sino porque veo la incapacidad de mantener el mismo “tono” para lograrlo. El discurso es compartido por todos pero también, entre todos, acabamos representando una realidad contraria. Es de sentido común entender que los servicios a personas deberían estar sujetos y medidos en base a proyectos de atención, a niveles de calidad..., por no extenderme, a compromisos con las personas, pero en estos últimos años ¿estamos dibujando un sector caracterizado por todo esto?

Me pregunto cada día qué quiero para mí, como potencial futura usuaria de esta tipología de servicios, y lo tengo claro: la realidad actual, no. Quiero tener la tranquilidad que los profesionales que forman parte de los servicios tienen su cabeza centrada en mi atención; que las entidades que gestionamos los recursos tenemos visión de continuidad y de futuro; que las administraciones velan, de forma permanente, porque los compromisos adquiridos se cumplan. Quiero que se deje a un lado la predisposición existente en función de las corrientes políticas y económicas. Quiero que los servicios de los que puedo ser objeto de atención, no sean moneda de cambio y que su sostenibilidad no pase por un mero ahorro de partidas presupuestarias, sino por diseños evolucionados, sinérgicos y eficientes. Me gustaría que todos los que trabajamos para establecer otro hoy, y otras bases de futuro, hagamos mayores ejercicios de empatía. Quizá nos falte eso: un ejercicio empático para ponernos en la realidad del otro y para quienes no posean ésta capacidad, un ejercicio egoísta de imaginarse como futuro beneficiario de estos servicios que hoy representamos. ¿Tan difícil es realizar una sincera reflexión? Difícil, seguro que no, duro sí, porque, ¿qué haríamos entonces con las evidencias? Antes de continuar, escribamos en un papel un marco de referencia sobre “qué sí siempre; qué no nunca”, estoy segura que coincidiríamos todos (o casi todos...).

Como os contaba al inicio, recuerdo también la importancia de tener un cierre entretenido (opción que descarto, al no ser ese mi estilo) o una conclusión que deje satisfecho al lector. Pues bien, no sé si lo lograré porque como persona, como psicóloga y como apasionada de nuestro sector, aspectos que me acompañan siempre, no se me ocurre otra manera de terminar que no sea aludiendo a la corresponsabilidad que tenemos los que formamos parte de este intenso entramado que aún tiene tanto por crecer, como por reflexionar.

PERFIL PROFESIONAL

“El profesional sanitario que más habla con sus pacientes es el menos demandado”

» Carmen MORENO «

¿En qué contexto y ante qué necesidades se crea la Asociación Española de Derecho Sanitario?

La consagración en nuestra Carta Magna del derecho a la protección de la salud, hizo que la idea de Salud se convirtiera en el aglutinante de toda una serie de objetivos que abarcaban actividades que o bien habían estado dispersas o bien tendían a desgajarse con sustantividad propia por su íntima relación, por lo que era necesario construir una base asociativa multidisciplinar que expresara la radical superación de la legislación sanitaria caracterizada por presentarse fragmentada, dispersa y difícilmente sistematizable, para construir un cuerpo normativo completo, obediente a principios jurídicos propios que partían del derecho a la salud.

¿Cuál es el objetivo principal del Derecho Sanitario?

La Asociación Española de Derecho Sanitario nació con el deseo de propiciar el encuentro adecuado entre dos grandes humanismos: el derecho y la medicina, entendida esta última en su más amplio sentido de ciencia sanitaria o ciencia de la salud.

El punto de partida fue el reconocimiento de la complejidad de la materia sobre la que debía proyectarse su esfuerzo y su pertenencia a realidades científicas diferentes.

En estos momentos, el derecho sanitario constituye una de las materias que



mayor auge ha experimentado en las últimas décadas. Su ámbito es interdisciplinar y abarca materias de carácter jurídico, ético, sanitario y económico, razón por la cual atrae el interés de profesionales provenientes de diferentes disciplinas y especialidades.

En este sentido, ¿cuáles son las principales funciones de la Asociación?

Nuestra asociación tiene entre sus funciones favorecer, mediante sus actividades, la organización, promoción, difusión y progreso de estudios e investigaciones relacionados con el derecho sanitario y con la salud y su protección en relación con las normas jurídicas.

¿El derecho y la sanidad se complementan bien o suelen existir motivos de confrontación frecuentes?

Se complementan muy bien, y es lógico una vez que lo analizas, puesto que

este nuevo concepto del derecho sanitario partía, desde el principio, de su reconocimiento como ciencia disciplinar, de unión y punto de encuentro de realidades diversas.

La incompreensión o la confrontación, casi siempre desde el desconocimiento, es perfectamente superable cuando existe la necesidad y el deseo de comprender recíprocamente las informaciones, las novedades, los avances técnicos y jurídicos. También cuando, por parte de los profesionales sanitarios, se crea la necesidad de conocer las implicaciones jurídicas de su ejercicio profesional, y, por parte de los abogados, jueces y fiscales, las circunstancias en las que el ejercicio profesional se desenvuelve.

La confluencia del derecho y la ciencia sanitaria o ciencia de la salud era fundamental para muchos aspectos de la vida social, como se ha demostrado. Y esa aspiración personal es hoy una realidad, en la que estos dos grandes humanismos,

Ricardo De Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

En estos momentos, el derecho sanitario constituye una de las materias que mayor auge ha experimentado en las últimas décadas. Los pacientes cada vez son más exigentes, lo que ha propiciado un cambio en la relación médico-paciente. Del paternalismo tradicional se ha pasado a la participación del paciente en la toma de decisiones sanitarias. Y el aprendizaje de esta relación “requiere cambios de mentalidad en los profesionales, que no se consiguen sólo a golpe de ley, sino mediante la implantación de medidas educativas, formativas y de participación de los profesionales”, explica Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación de Derecho Sanitario. No obstante, este experto asegura que “nos encontramos con un gran desconocimiento de la normativa reguladora de los derechos y obligaciones de los pacientes”, lo que provoca una falta de comunicación que propicia mayor número de reclamaciones y demandas a los profesionales. En su opinión es fundamental que la calidad de la relación médico-paciente sea tan importante en la formación de los médicos como los conocimientos técnicos y científicos.

servidos por sus respectivas profesiones, puedan coincidir y comprenderse.

¿Cómo definiría la relación actual entre pacientes y profesionales de la sanidad?

La relación actual tiene su punto de inflexión en el Convenio del Consejo de Europa. Popularmente es conocido como Convenio de Oviedo, fue suscrito el día 4 de abril de 1997 y constituyó una iniciativa capital, puesto que, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo precedieron, fue el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscribieron, residiendo su especial valía en el hecho de establecer un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina.

En él se trató explícitamente, con detenimiento y extensión, la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias.

Éste fue el precedente obligado de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que vino a plasmar el derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de nuestra Constitución,

El derecho
sanitario constituye
una de las materias
que mayor auge ha
experimentado en las
últimas décadas

en lo relativo a las cuestiones más estrechamente ligadas a la condición de sujetos de derechos de los usuarios de servicios sanitarios.

Uno de los valores que, de forma sobresaliente, le otorga a los seres humanos el estatuto de la dignidad lo representa la autonomía del paciente, entendida ésta como la capacidad de autogobierno que permite al paciente elegir razonadamente en base a una apreciación personal sobre las posibilidades futuras, evaluadas y sustentadas en un sistema propio de valores.

Se pretende que los pacientes se conviertan en actores protagonistas de su salud, pero esto debería pasar por conocer sus derechos, ¿considera que están bien informados de ello?

No es que se conviertan, es que lo son, lo somos. La institución de la autonomía del paciente ha tenido y tiene su mayor respaldo en la citada Ley 41/2002. Y, aun cuando el perfeccionamiento de

esta institución todavía encuentra ciertas resistencias, debe hacerse referencia particular al disenso, a la discrepancia entre el profesional sanitario y el paciente, puesto que éste sigue generando conflictos en algunos casos entre el hacer del prestador de servicios de salud (el profesional sanitario) y los deseos autónomos del paciente. De hecho, el consentimiento informado debería definirse ya, con más propiedad, como “decisión informada o bajo información”, término éste con el que se abarcarían tanto los supuestos de aceptación, de rechazo y de selección o elección ante las diversas proposiciones y alternativas de atención a la salud que se le hubieren presentado al paciente.

¿Qué ventajas tendría para estos pacientes y familiares, e incluso para los propios profesionales, que conocieran sus derechos y obligaciones?

Todas las del mundo. Ni el derecho sanitario, ni la ética son asignaturas de la Licenciatura de Medicina. Son asignaturas de posgrado y, como tales, sin expresa obligación a ser estudiadas. En cambio, he de reconocer que el derecho sanitario está haciéndose lentamente un hueco. De hecho, el derecho sanitario nació para completar la esfera formativa del profesional sanitario que, como vemos, ha de poseer. Hoy, el médico se va formando por medio de cursos, jornadas, etc., o por el periodismo especializado que le informa de leyes, sentencias...

La falta de información no es tanto un problema legal como un problema de



En el Convenio de Oviedo (1997) se estableció la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información

¿Quiénes forman parte de la asociación?

Como señalan los Estatutos, en la asociación se agrupan todas aquellas personas que manifiesten un interés concreto en las cuestiones relacionadas con el derecho sanitario y con la salud y su protección en relación con las normas jurídicas.

Al ser ciencia multidisciplinar, agrupa entre nuestros asociados no sólo juristas, o médicos y juristas, sino farmacéuticos, enfermeros, economistas etc., siempre unidos por el concreto interés que suscitan las actividades de nuestro objeto social como son el derecho y la salud.

cambio de las relaciones sanitarias: del paternalismo tradicional a la participación en la toma de decisiones sanitarias. Y el aprendizaje de esta nueva relación exige cambios de mentalidad en los profesionales que no se consiguen sólo “a golpe de ley”, sino mediante la implantación de medidas educativas, formativas y de participación de los profesionales.

Creo que las facultades de Medicina deberían tomar este testigo. Asimismo, es una de las funciones por desarrollar de los colegios profesionales y las propias sociedades científicas. Cualquier acto médico de la vida profesional resulta de una importancia decisiva: informar, lograr su consentimiento para una actuación, etc. Y todo va unido, nada es banal. Por ello, es muy importante asumirlo para evitar vulnerar los derechos que todo paciente tiene. Así, estas carencias de las que hablábamos antes, en ocasiones convierten lo que deberían ser procesos dialógicos en procesos administrativos.

Y los profesionales, ¿conocen sus derechos y los de los pacientes? ¿Cómo afecta esto a la calidad de la atención que se presta?

Queda mucho camino por recorrer. Frente a la excelente preparación técnica de nuestros profesionales sanitarios, su ilusión por el aprendizaje, su preocupación por lo que será su entorno y su futuro ejercicio profesional, nos encontramos con un gran desconocimiento de la normativa reguladora de los derechos y obligaciones de los pacientes.

La aspiración al mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios y de la asistencia sanitaria se enfrenta a dos afirmaciones que hoy son discutibles,

aunque parezcan contradictorias: el incremento de reclamaciones en materia de responsabilidad profesional en el ejercicio de la medicina, por un lado, y por otro, el avance de la propia medicina y de la cirugía. Quizás el *quid* de la cuestión pudiera encontrarse en el muy profundo distanciamiento que se está produciendo, sobre todo en los grandes hospitales, entre el médico o cirujano y el paciente o sus familiares, distanciamiento a su vez propiciado por la falta de comunicación, por las prisas y, fundamentalmente, en mi opinión, por unos planes de formación de los médicos más presididos por enseñar la prescripción de exploraciones o tratamientos, que de la calidad de la relación médico-paciente.

Los ojos de sorpresa de los profesionales sanitarios cuando se les explica que el profesional sanitario que habla más con sus pacientes es el menos demandado; que la autonomía de los pacientes es una nueva cultura en la que se consagra el consentimiento informado como un derecho directamente enraizado en el derecho a la libertad personal proclamado en las constituciones, convenios y normativas estatales, lo pone de manifiesto.

La humanización se ha convertido en una premisa clave en la atención al paciente. Bajo su punto de vista, ¿cómo puede conseguirse este objetivo?

El reto de la información adecuada, del consentimiento informado, de las instrucciones previas, etc. nos compete a todos, pero fundamentalmente a los médicos. En este sentido, es fundamental propugnar que la enseñanza de los profesionales sanitarios en formación incluya el más alto nivel técnico y científico, pero poniendo al mismo nivel la relación médico-paciente desde el punto de vista humano.

Un debate muy presente desde hace tiempo es el de la coordinación socio-sanitaria a favor de una mejor atención, ¿el derecho sanitario contempla también el ámbito sociosanitario? Si no es así, ¿cree que debería abordarlo?

Se trata de una materia que es prioritaria dentro de la política sanitaria en razón al fenómeno del envejecimiento demográfico, pero que todavía carece de una ordenación jurídica bien articulada.

Es cierto que en los últimos años se ha elaborado un *Libro Blanco* y que se está

negociando entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas una Estrategia de atención sociosanitaria, pero aún estamos sin un marco regulatorio propiamente dicho.

Haría falta definir con suficientes garantías el perfil de estos pacientes, las prestaciones a las que tienen derecho y sus garantías, así como el apoyo a las familias y el estatuto de los cuidadores profesionales.

A día de hoy, sólo hay escuetas referencias a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios en la Ley de Dependencia de 2006, y con esto no basta.

Las nuevas tecnologías se han convertido en una herramienta imprescindible en Sanidad. No obstante, todavía existen ciertas reticencias sobre todo por la protección de datos, ¿cómo puede resolverse este dilema, porque es necesario avanzar?

El desarrollo de las nuevas tecnologías sanitarias durante las últimas décadas ha contribuido a mejorar notablemente el nivel de salud de la población, disminuyendo la mortalidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Pero mejorar la salud de la población tiene un coste y los decisores sanitarios se encuentran frente al difícil reto de conciliar una demanda creciente de servicios sanitarios con unos recursos que son limitados. Por ello, es necesario establecer prioridades, y uno de los criterios más utilizados para este fin es el de eficiencia, entendiendo como tal el análisis de la relación entre los recursos consumidos (costes) y los resultados obtenidos, sean estos intermedios o finales.

Prioridades que requieren un marco legislativo en el ámbito del derecho sanitario que, afortunadamente, ha evolucionado en función de las necesidades y exigencias sociales y sectoriales, y ofrece, tanto a nivel de la legislación comunitaria como española, un marco adecuado para garantizar la salud de la población con productos sanitarios de calidad, seguros y eficaces, capaces de agilizar el acceso a terapias innovadoras y de facilitar la práctica profesional.

En lo que se refiere a la protección de datos, hasta la fecha, la Directiva 95/46/CE ha venido constituyendo el texto de referencia a escala europea en materia de protección de datos personales. Esta directiva creó un marco regulador destinado a establecer un equilibrio entre un nivel elevado de protección de la vida privada de las personas y la libre circulación de datos personales dentro de la Unión Europea, fijando los límites estrictos para la recogida y utilización de los datos personales y germen de las Agencias estatales en cada estado miembro encargadas de la protección de los mencionados datos.

Lamentablemente esta normativa con una antigüedad de más de 20 años requiere una actualización, necesaria para reforzar la protección de los datos personales y responder a los retos que suponen las nuevas tecnologías de la información, la globalización y la tendencia cada vez más extendida de utilizar datos personales en infinidad de procesos. Un ejemplo: las investigaciones criminales, o como ya en el nuevo Código Penal, en vigor desde el pasado 1 de julio introduce la posibilidad de incluir perfiles de condenados en la base de datos de ADN, para dar cumplimiento a las exigencias del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual.

En estos momentos, estamos a la espera del nuevo e inminente Reglamento, que será una pieza central de la reforma de la protección de datos en la UE y tendrá un impacto significativo y de gran alcance en general para las empresas y

especialmente para las sanitarias en el contexto de una economía cada vez más basada en los datos. Así se actualizarán principios jurídicos existentes y otros que se aplicarán para afrontar los retos derivados de la globalización y los avances tecnológicos a fin de garantizar una protección efectiva del derecho fundamental a la protección de datos.

Actualmente, ¿cuáles son los retos principales del derecho sanitario?

El ámbito de aplicación del derecho sanitario no deja de crecer, y lógicamente surgen temas de trabajo constantemente. Nos preocupan cuestiones tales como la unificación del derecho sanitario, que se produce como consecuencia de la producción normativa de la Unión Europea; la nueva dimensión del derecho sanitario como consecuencia de la doctrina del Tribunal Constitucional que conecta directamente el consentimiento informado con la protección de la integridad física y moral; la diferenciación entre responsabilidad de los servicios sanitarios y responsabilidad de los profesionales sanitarios; el análisis de las nuevas competencias sanitarias derivadas de la evolución incesante de las ciencias de la salud, tales como la investigación biomédica... También las decisiones al final de la vida; la posibilidad o no de la objeción de conciencia en diversos procedimientos sanitarios; la delimitación cuantitativa y cualitativa de las prestaciones sanitarias; la regulación, en muchas ocasiones diversa, que llevan a cabo las comunidades autónomas en relación con sus competencias sanitarias, y muchas otras. ☺

Derechos y obligaciones de profesionales sanitarios y pacientes

La Ley 41 /2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, especifica cuáles son los principios generales de esta relación médico-paciente.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

La
autonomía
del paciente es uno
de los valores que
otorga dignidad a
las personas

CALIDAD

*Mayores niveles
de higiene y limpieza*

**garantizan
una mayor calidad
del servicio en
los centros
socio-sanitarios**

La higiene condiciona la calidad de vida y el estado de salud, máxime en instalaciones colectivas. Un condicionamiento que hay que tener mucho más presente cuando esas instalaciones están dedicadas al cuidado de personas más vulnerables como las personas mayores o aquellas que están enfermas. Es decir, la limpieza e higiene de los centros socio-sanitarios son valores añadidos que determinan no sólo la calidad de los cuidados que se dispensan en ellos sino también la calidad de vida de quienes viven allí.

» Juani LORO «

Los niveles de higiene y limpieza en los centros socio-sanitarios son, cada vez más, elementos esenciales a la hora de determinar la calidad del servicio que se ofrece en ellos, ya que repercuten de forma directa en la vida de los residentes. Según el presidente del Instituto Técnico Español de Limpiezas, ITEL, Valentí Casas, aunque existen algunos centros que están cuidando con eficiencia estos niveles, “en una mayoría estos niveles son mejorables”. Estos aspectos, de suma importancia en el desarrollo de la actividad cotidiana que se lleva a cabo a diario en estos centros, centran el interés de muchos profesionales que velan para



conseguir los mayores niveles de eficiencia en este ámbito. Casas afirma que, aunque algunos directivos son conscientes de que enseñar en una residencia una habitación y la cocina limpias es fundamental para ganarse la confianza de sus potenciales clientes, “aún siguen siendo demasiados los que ignoran la importancia de la limpieza y la higiene”.

Además, estos aspectos cobran más importancia al hablar de centros socio-sanitarios, ya que en ellos se debe extremar la limpieza “en todos los aspectos”, como explica Casas, ya que “estos centros son ocupados por personas que por razones de edad tienen enfermedades sus resis-

tencias”. Y no sólo se refiere a la limpieza a nivel estético o en superficies, sino también a la higiene aeróbica, es decir, al control del aire interior de los propios edificios.

Para establecer el grado de limpieza necesario para la mejora del servicio y para la mejora en la atención que recibe el usuario es necesario establecer protocolos específicos en base a las características peculiares de cada centro. Además hay que establecer los sistemas de control correspondientes para garantizar su cumplimiento.

Queda claro, por tanto, que en este tipo de instalaciones no es suficiente con conseguir la limpieza de las diferentes

superficies. “Hay que garantizar la limpieza e higiene de todo el recinto, lo que incluye la higienización del aire que se respira y que en este tipo de centros, por razones obvias, tiene un nivel de contaminación superior al de otros centros”. Para conseguir los niveles que necesitan estos edificios hay que, como aclara el presidente de ITEL, corregir la calidad aeróbica y utilizar sistemas de limpieza que eviten los productos tóxicos. “Actualmente, a nivel de los países más avanzado, se está implantando la limpieza con agua ionizada, que desintegra suciedades a la vez que higieniza en niveles de 99,99997%”.

Otro aspecto a tener en cuenta es el impacto que pueden ocasionar las visitas en los niveles de higiene alcanzados. En este sentido, y aunque no existe una normativa concreta al respecto, “está comprobado que la instalación en los accesos de un centro socio-sanitario

“Los avances tecnológicos permiten reducir un 36 % el tiempo, garantizando la máxima calidad”

de alfombras de prevención debidamente dimensionadas, garantiza la reducción de un 72% de la suciedad que entra en el centro", apunta Casas, quien además añade que otro de los aspectos preventivos importantes para minimizar ese impacto sería la instalación de higienizadores de manos a la entrada de los edificios.

Diferentes zonas de riesgo

A pesar de que la limpieza en todas las estancias es muy importante, los profesionales reconocen algunas zonas de mayor riesgo, como aquella que está destinada al lavado de los residentes. Casas especifica que "está considerado que para un auxiliar de geriatría que trabaje allí durante toda la jornada, su riesgo puede ser asimilable al de un forense que trabaje en la zona de autopsias de un centro hospitalario. Por eso hay que tomar todas las medidas de higiene y protocolizarlas". Otras zonas de mayor riesgo son en las que residen las personas con demencia, "ya que en muchas ocasiones esta circunstancia coincide con el hecho de que sufran incontinencia. Como consecuencia, al finalizar el día, una vez que se acompaña a los residentes a sus habitaciones, debería corregirse la calidad aeróbica. No se trata solo de eliminar los olores sino que principalmente hay que corregir la calidad aeróbica".

Los baños son igualmente zonas de riesgo "ya que la urea de las personas mayores contiene más patógenos, por regla general".

En el lado opuesto encontra-

mos las zonas que se consideran "de menor riesgo", como las áreas públicas de los centros y sus oficinas. Aunque el presidente de ITEL reconoce que aquí también deben

extremarse las condiciones de higiene puesto que forman parte del conjunto, del mismo edificio, para evitar algunas infecciones cruzadas que podrían producirse.

SIGNIFICACIÓN ESPECIAL DE LA LIMPIEZA E HIGIENE EN CENTROS RESIDENCIALES

La residencia es el domicilio habitual de las personas que conviven en él, y como ello hemos de tratarlo en el aspecto higiénico y de limpieza. Desde este punto de vista, la higiene y la limpieza juegan un papel muy importante en los centros sociosanitarios porque proporcionan bienestar al usuario y esto repercute en su calidad de vida. Tener los espacios ordenados, limpios, bien colocados, luminosos y en perfecto estado de higiene dan una mejor imagen a lo que es la limpieza final y, por tanto, sugiere que el servicio prestado en el centro es un servicio de calidad y profesionalidad. Transmite que no sólo el personal de limpieza ha pasado por la estancia, sino que transmite que el compromiso del equipo del centro con los residentes va más allá de cubrir sus necesidades fisiológicas y se extiende a ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de los residentes, en un ambiente confortable, que proporciona una convivencia armoniosa entre nuestros mayores en interrelación con el entorno de la residencia, mejorando así su calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción tanto de los residentes como de sus familiares.

Con el cambio de paradigma en la atención a las personas mayores que nos lleva de un modelo asistencial a un modelo centrado en la calidad de vida de la persona, entendemos que no debemos establecer sólo programas generales de limpieza sino que debemos adaptarnos constantemente a los gustos, expectativas y necesidades de las personas que conviven en nuestro centro.

Una organización al detalle, centrada en la persona y la implicación diaria del equipo de trabajo son las claves para conseguirlo.

Evelia Álvarez; Jefa de Servicios Generales de la residencia Elías Martínez Santiago, en Zaragoza.

www.araliaservicios.es

Formación

Tanto los empleados dedicados directamente a las tareas de limpieza como el resto del personal de los centros sociosanitarios deberían tener algunos conocimientos concretos

Fregadora-aspiradora BR35/12

C, de Karcher. Es ligera, ágil y silenciosa. Cuenta con una batería de iones de litio de alto rendimiento que se carga rápidamente, cabezal de cepillos giratorio, manillar ajustable a la altura necesaria, función de barrido, tecnología de cilindros, KRAT y nivel ecoefficiency. Gracias a él ahorra recursos y alarga el tiempo de marcha hasta un 50 %. Además, es más silenciosa (su nivel sonoro es un 40 % más bajo). Este producto es muy manejable y eficaz, sobre todo en superficies estrechas. Como se trata de un equipo compacto, el usuario puede alejarse de la pared en un ángulo de 90°. Su manejo es muy sencillo.

Más información:

www.kaercher.com/es



markatex

La solución definitiva para la identificación permanente de las prendas de vestir de sus residentes.

Marca permanente. No se borra ni se despega. Dura más que la vida de la prenda.

Suave y elástica. Ideal para pieles sensibles.

Para todo tipo de prendas. Camisas, camisetas, blusas, faldas, pantalones, jerseys, medias, calcetines, ropa interior...

Ahorra tiempo y facilita la organización y recomposición de las prendas en la lavandería del centro. Diseña, imprime y adhiera la marca, fácil y rápidamente y **evite las pérdidas** de prendas de los residentes.

www.markatex.com  **93 575 22 20**



hogar tintorero, s.l. / markatex

Pol. Ind. Pla d'en Coll - c/Segre, 16 - 08110 Montcada i Reixac (Barcelona) - Spain

Telf. 93 575 22 20 / Fax 93 575 33 54 www.hogartintorero.com hogar@hogartintorero.com

sobre el tema y darle la importancia real que tiene para conseguir unas instalaciones de la mayor calidad. Los profesionales dedicados a la limpieza deben conocer en profundidad los métodos, los sistemas y los programas, “saber interpretar los protocolos, utilizar las dosificaciones adecuadas e incluso han de estar preparados para mantener conversaciones en positivo con los residentes”, explica Casas.

Él habla de una formación técnica completa, pero también de “saber estar”, haciendo especial hincapié en el trato con el resto de los compañeros de trabajo pero sobre todo con los residentes.

El resto del personal del centro debe contribuir a marcar el concepto global de higiene a través de sus prácticas. Está comprobado, por ejemplo –argumenta el presidente– que la higiene de manos del personal en los centros sanitarios es muy importante.

Nuevas tecnologías

Con los protocolos de actuación adecuados, se puede reducir notablemente el tiempo empleado en las labores de limpieza. Una reducción que, a la vez, influye decisivamente en la calidad del servicio que se presta. El presidente de ITEL reconoce que gracias a la aplicación de los avances que la tecnología pone a disposición de los profesionales es posible reducir alrededor de un 36 % del tiempo, garan-

Principios en los que se basa la eco eficiencia

- Reducir el consumo de recursos mediante prácticas de ahorro y eficiencia.
- Reducir la dispersión de contaminantes en el medio.
- Potenciar la reciclabilidad de los materiales.
- Maximizar el uso de recursos renovables.
- Alargar la durabilidad de los productos mediante buenas prácticas de mantenimiento y conservación de instalaciones y materiales.
- Incrementar la intensidad de servicio de los bienes y servicios sin necesidad de aumentar el consumo de recursos.

Fuente: Valentí Casas. www.itelpain.com.

tizando la máxima calidad en las labores de limpieza e higienización.

Con respecto al papel que juega en este ámbito la tecnología, Valentí Casas reconoce que juega un papel decisivo. “Hoy estamos limpiando las residencias sin escobas, sin mocho, sin cubo de agua, sin productos químicos y sin bayetas. Esta es la nueva tecnología que permite los ahorros mencionados del 36 % y una calidad total a nivel de limpieza estética e higiene”.

Se trata de tecnologías basadas en la limpieza en húmedo, no en seco o en mojado. Avances que permiten el uso de la microfibra, de agua ionizada para la limpieza de superficies, y de ozono para la higiene ambiental. “No se utilizan bayetas ya que generan demasiados tiempos semiproductivos y, en su lugar, se uti-

lizan mopas mango llana para superficies planas y manoplas con tirabuzones de microfibra para el resto de superficies”, explica.

Limpieza e higienización de residencias certificadas como anti alérgicas

Es garantía de calidad, según el presidente de ITEL, ofrecer a los usuarios del centro la tranquilidad de que las instalaciones están tratadas con garantías anti alérgicas.

En los centros residenciales los focos de alérgenos son varios “y requieren un control en la limpieza de un tratamiento aeróbico y de un proceso especial de lavado en la lencería”, argumenta Casas, quien explica que la comercialización de instalaciones residenciales co-

mo anti-alérgicas tiene muy buena acogida en países como Japón, Estados Unidos y Canadá, “y desde ITEL somos referencia a nivel europeo para su implantación”. Un sistema que contempla los filtros, utiliza el ozono, usa la microfibra en la limpieza de las habitaciones y que presta un especial cuidado al lavado de los textiles.

SISTEMA NECESARIO PARA CONSEGUIR RESIDENCIAS ANTIALÉRGICAS

- **Filtros HEPA:** incorporarlos a los aspiradores actuales o a futuras adquisiciones, puesto que retienen las partículas que normalmente vuelven al ambiente en el proceso de aspiración de los aparatos convencionales.
- **Utilización del ozono en la limpieza y acondicionamiento de la habitación.** El ozono elimina los contaminantes microscópicos y penetra en las bacterias y agentes alérgenos destruyéndolos.
- **Tratamiento periódico** de choque con ozono de colchones y almohadas, para garantizar la eliminación absoluta de ácaros.
- **Uso de microfibra** en las habitaciones ya que retiene el polvo y evita su proliferación.
- **En el lavado de textiles,** complementar el proceso con agua ionizada que ahorra hasta un 40 % de producto y garantiza a los usuarios que los textiles están exentos de restos de detergentes.

www.itelpain.com

Concepto Green Building

Este concepto se basa en el diseño y construcción de bajo impacto ambiental, reduciendo el uso de recursos naturales, como el agua y el consumo de energía, y desarrollando productos que mejoren la calidad y bienestar de los ocupantes.

Aplicando protecciones fotocatalíticas conseguiremos:

- Reducción de la contaminación exterior: aplicado sobre superficies exteriores contribuye a la reducción de la contaminación del aire.
- Reducción de la contaminación interior: reduce los VOC, tanto los producidos por materiales como por la ocupación de las personas.
- Reducción del uso de agua y productos químicos de limpieza: se elimina la acumulación de suciedad y biofilm; la limpieza se realiza sólo con agua activada electroquímicamente (agua ionizada).

Fuente: Valentí Casas.



Limpiador bactericida Concentrado C-8, de Eurosanex. Formulado para la limpieza, desodorización y desinfección de cualquier superficie, este producto es apropiado para la limpieza

de duchas y servicios públicos gracias a su poder desinfectante. Para obtener el mejor resultado, hay que disolverlo en agua (una parte de producto por 20 de agua). Se aplica en las proporciones adecuadas dependiendo de la suciedad que exista. Normalmente la dosis será de 200 ml por cubo (8-10 litros) de agua. Sólo queda aplicar esta solución sobre la superficie, bien con una bayeta o fregona o bien por pulverización y dejar secar. Este producto está disponible en distintos formatos: 250 ml, 5 litros y 1,5 litros para los sistemas de dosificación Ecomix y Ecoshot. Más información:

www.eurosanex.com

Limpieza e higiene: factores claves

Por el respeto de los derechos humanos de los mayores y la búsqueda y las garantías de brindar una mejor calidad de vida a dichas personas por parte de las instituciones públicas y privadas, la limpieza e higiene son factores claves en los centros de mayores. Son elementos muy importantes para todo aquel que busque el mejor servicio. Por supuesto de no ser así, las implicaciones médicas que supone una desinfección deficiente para la salud de los residentes es transcendental.

El equipo de limpieza e higiene, cocina y la asistencia médica determina la calidad de atención hacia el residente.

Preguntas a tener en cuenta antes de poner en marcha las actuaciones del trabajo:

- ¿Qué presupuesto destina limpieza?
- ¿Contratación del personal profesional?
- ¿Formación de los profesionales?
- Importancia de una buena organización y unos registros diarios.
- Material utilizado.

Estos centros están considerados depósitos de bacterias, por eso hay que hacer un hincapié en su desinfección e higiene. Las patologías más frecuentes de los residentes son por infecciones (respiratorias y de vías urinarias), las cuales son muy fáciles de ser contagiadas. Por tanto, la higiene del residente es muy importante para evitar contagios e infecciones de repetición.

La limpieza de las habitaciones y una buena desinfección proporcionan seguridad y confort al residente. Las zonas comunes de un centro deberán ser limpiadas varias veces en cada turno, tanto aseos como comedores y salones. Una correcta desinfección y lavado de ropa evita muchos problemas de contagios, tanto la ropa de cama y aseo como la del propio residente.

Muy importante la buena y correcta limpieza de la cocina del centro, algo fundamental.

Todo esto son factores a tener en cuenta para el bienestar de los residentes y para que puedan disfrutar de una buena calidad de vida.

Marta Rodríguez Becerri. Supervisora de la residencia Ensanche de Vallecas en Madrid. Aralia Servicios Sociosanitarios.



Vive!

El lujo y el confort de una Residencia Sanyres
Con los mejores profesionales especializados
Donde tú decidas vivir: ciudad, playa o montaña

La seguridad de elegir siempre lo mejor

gruposanyres | sanyres. sanyres. sanyres.

Córdoba: Córdoba Centro y Córdoba Sierra · Huelva: Aljaraque · Jaén: Andújar
León · Logroño · Lugo Madrid: Madrid Loreto, Guadarrama, Aravaca,
Las Rozas, Villanueva de la Cañada, Collado-Villalba y San Lorenzo del Escorial
Málaga: El Limonar, Benalmádena y Puerto Banús · Valladolid

902 200 065
info@sanyres.es
www.gruposanyres.es

Más de 30 expertos de todo el país evalúan el Modelo de Envejecimiento Digno y Positivo de la Fundación Ageing Lab



Una propuesta de intervención flexible, medible y progresiva que ofrece soluciones al reto del envejecimiento en base a sus principios y criterios es lo que impulsa la Fundación Ageing Lab, a través de su modelo de “Envejecimiento Digno y Positivo (EDP)” y lo que recientemente tuvieron oportunidad de debatir y analizar en la Universidad de Jaén más de 30 personas vinculadas al ámbito del envejecimiento -tanto desde el entorno académico, planificadores, gestores, consultores, profesionales de la atención directa, familiares y usuarios finales de los diferentes servicios (todas las partes interesadas de la cadena de la valor)- que participaron en un interesante panel de expertos.

Las dos validaciones piloto del modelo EDP, especializado en mayores y basado en los pilares mundiales del envejecimiento activo, realizadas hasta el momento en residencias y ayuda a domicilio han permitido identificar 265 buenas prácticas, así como futuras mejoras en la intervención. Los resultados arrojan que EDP es una propuesta coherente en cuanto a las posibilidades de aplicación, siendo el principal esfuerzo necesario invertido

en la sensibilización, desarrollo y especialización del capital humano de las organizaciones que consideren como su mo-



delo de intervención el envejecimiento digno y positivo; así como el compromiso de seguimiento, medición y evaluación para su mejora.

En este sentido, las personas que participaron en el citado panel de expertos organizado por Ageing Lab habían trabajado de forma previa el documento con el fin de que ese día lo evaluaran y lo validaran tras dos años de concreción y pilotaje.

En la inauguración del acto celebrado en la Universidad de Jaén intervinieron el vicerrector de Profesorado y Ordenación Académica de la Univer-

sidad de Jaén, Alfonso Cruz Lendínez, que también preside la Fundación Ageing Lab y el vicepresidente de dicha fundación, Andrés Rodríguez González. Asimismo, estuvo presente en la jornada el director gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), Manuel Martínez Domene, como coordinador de la mesa de expertos.

Tal y como explicó el presidente de la Fundación Ageing Lab, Alfonso Cruz, Envejecimiento Digno y Positivo “es un modelo de intervención que parte de la premisa del envejecimiento como oportunidad de desarrollo vital para las perso-

nas que envejecen”. Asimismo, añadió que “plantea un nuevo reto para los actores que debemos dar soluciones creativas al mismo (envejecimiento positivo), que a su vez respeta y mantenga derechos fundamentales (envejecimiento digno)”.

Por su parte, Manuel Martínez Domene, destacó que “todo lo que sea investigación e innovación va a generar nuevos desarrollos en la atención a las personas mayores, que es por la que debemos estar hoy en día, ya que más del 15 % de la población andaluza es mayor de 65 años y este porcentaje va a aumentar más de un 7 % en menos de 15 años”.

En cuanto a metodología, EDP parte de la praxis y se enriquece del conocimiento experto profesional, teniendo en cuenta tanto a la persona como su contexto, desde la perspectiva de una práctica libre y equilibrada.

Como principales resultados, destaca la evaluación piloto de EDP en un centro residencial y en un caso de gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio (ambos sin proceso de implantación previo de EDP), identificando un total de 265 buenas prácticas en la materia y resultando en ambos casos un nivel de aplicación básico (entre 50 y 75 puntos, de un máximo de 100); lo cual lleva a concluir a Ageing Lab que se trata de un modelo “factible *a priori* y con potencialidad en identificación de mejoras”.



Opiniones de algunos de los expertos participantes en el panel



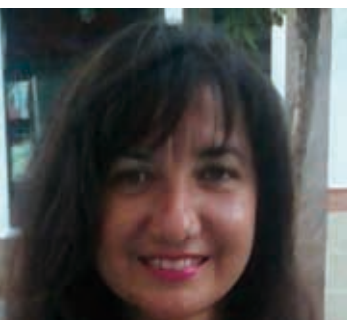
Cristóbal Fábrega
Fiscal de familia, extranjería y personas con discapacidad

“Se centra en una consideración humana y activa de la persona mayor, basando su atención en su condición de sujeto activo de la sociedad y no un mero objeto de una atención asistencial”



Isabel García
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

“Me parece interesante el planteamiento del modelo de gestión, particularmente la operacionalización del mismo en dimensiones. También me gusta la evaluación del sistema”



Mª Jesús Cueva. Jefatura de Coordinación de la Dependencia de Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA)

“Del modelo destaca la concreción metodológica y la aplicabilidad de las herramientas de seguimiento y evaluación del modelo”



Antonio Cardona
Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología (SAGG)

“El EDP busca mediante el apoyo a las personas mayores, la participación activa en la sociedad a la vez que potencia la calidad de vida a través de servicios humanizados que garantizan los derechos fundamentales de la persona”



Rafael Arredondo
Presidente Colegio de Trabajo Social de Málaga y miembro Consejo General de TS

“Propuesta muy bien estructurada y elaborada, diseñada de cara a desarrollar una intervención con el mayor, donde este sea protagonista de su destino”



Felipe Ribagorda
Balance Sociosanitario

“Es importante destacar su sistema de evaluación, a través del cual todos los miembros implicados en su desarrollo son partícipes de la correcta ejecución del mismo, gracias a la utilización de una metodología de evaluación definida y concreta”



Josep Martí
Inforesidencias

“Un modelo de atención a mayores que combina el conocimiento actual, la praxis y la experiencia en atención a mayores de una forma que permite ser replicada y mejorada”



Sagrario Segado
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

“Si hay una forma de hacer bien las cosas desde el principio, de construir conocimiento, en mi opinión, hemos asistido a ella. La reunión de gestores y cuidadores de diversos niveles, académicos, usuarios, incluso políticos, crea un conocimiento muy superior a la simple suma de las partes”



David Mustiel
Grupo 5

“Creo que el modelo es una iniciativa bienvenida, que intenta aglutinar todas las figuras que participan en el proceso, desde el principio hasta el final”



Aitor Pérez
Gerokon

“Todo lo que se pueda avanzar para mejorar las prácticas del cuidado para gestar nuevos modelos que mejoren la calidad y la eficiencia siempre será bienvenido”



Fernando Aguiar
IESA-CSIC

“Una de las virtudes del modelo de intervención EDP, entre otras, es que hace frente al problema de la gerascofobia (asco a viejos) al poner el acento en la autoestima de las personas mayores”



Toñi Aguilar
Directora técnica regional de Macrosad Cuidados a Domicilio

“El modelo EDP aporta valor a los servicios de proximidad. En el caso de los cuidados en el domicilio, lo hace replanteándonos el ‘cómo’ más allá de la propia gestión”

INNOVACIÓN

La atención al paciente con demencia: UNA LABOR DE TODOS

Uno de los principales problemas que plantea el cuidado de una persona con demencia es la dureza del proceso y lo agotador del mismo. A pesar de que las investigaciones realizadas durante los últimos años han dado lugar a numerosos y significativos avances, todavía no existen tratamientos muy efectivos. Sin embargo, hay muchas cosas que se pueden hacer, como la adaptación y adecuación de la infraestructura asistencial para atender a estos pacientes, que ha pasado de ser un reto a ser una necesidad, en aras de optimizar los recursos, retrasar la dependencia y aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares y cuidadores.

» Esther EUGENIO «

Las personas que están cerca de alguien que padece algún tipo de demencia -existen más de 80 formas diferentes-, necesitan información sobre qué hacer, cómo comportarse y cómo ayudar al enfermo. Síntomas como la pérdida de memoria y de las habilidades comunicativas y cognitivas o la falta de habilidades para llevar una vida cotidiana normal son comunes en este tipo de enfermedades, pero cada individuo puede verse afectado de diferente manera.

“No cabe duda de que la atención al paciente geriátrico con demencia es una labor de todos, sin exclusiones. Pero

tampoco a nadie se le escapa que es la Geriátrica, como especialidad integradora y multidisciplinar, la que posee todos los escalones asistenciales especializados (consulta, centro de día, unidad de agudos, de media y larga estancia, asistencia a domicilio, centro gerontológico y unidad psicogeriátrica en centros de media estancia), tanto para el diagnóstico como para el seguimiento hasta el fallecimiento del paciente”, explica el doctor Enrique Arriola, coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

La demencia en el paciente de edad se considera, por tanto, un síndrome ge-

riátrico y, aunque las disciplinas implicadas sean variadas, sólo el esfuerzo planificado de todos es capaz de integrar un programa de asistencia eficaz. Al respecto, el doctor Arriola insiste en que “la coordinación más importante es con Atención Primaria (AP), que es la que trabaja el día a día del enfermo y su familia”. Y como grandes puntos que se deben cumplir en la atención al paciente con demencia señala los siguientes:

- Realizar una valoración geriátrica completa, incluyendo aspectos médicos, funcionales, cognitivos, conductuales, afectivos y sociales.
- Incluir tanto al paciente como a su cuidador principal.
- Valorar también el entorno ambiental del paciente.
- Equipo multidisciplinar que incluya, como mínimo, geriatra, enfermero y trabajador social. En función del nivel asistencial, es aconsejable ampliar este equipo con otros profesionales:
 - Neuropsicólogo en unidades de valoración especializadas.
 - Terapeuta ocupacional en medio residencial y unidades diurnas.

- Fisioterapeuta en unidades de media estancia.
- Psicólogo para intervención en familias y unidades de mejora de rendimiento cognitivo.
- Un circuito ágil de consulta con un neurólogo y un psiquiatra.
- Potenciar el papel de los diferentes equipos como “responsables de casos”.

En palabras del coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG, “la planificación de los cuidados siempre va dirigida a cubrir objetivos que, en este caso, podríamos diferenciar en globales, dirigidos al paciente y dirigidos a la familia y/o cuidador”. Entre los objetivos globales destaca, impulsar la coordinación sociosanitaria como el mejor método para la asignación de recursos de forma ágil. “Pensamos que la metodología de trabajo más idónea es la gestión de caso, que debería implicar la responsabilidad y la capacidad de asignación de recursos”, señala el doctor Arrieta.

Asimismo, como objetivos generales, añade: “Universalizar la valoración geriátrica integral como metodología de abordaje de los problemas y para la intervención; garantizar la calidad, cantidad y la continuidad de los cuidados, fomentando la creación de los recursos necesarios que se precisen; ubicar al paciente en el nivel asistencial correcto a lo largo de la evolución de la enfermedad en cada momento, retrasando su institucionalización; mejorar la situación cognitiva, funcional y conductual de los pacientes, favorecer el abordaje integral del enfermo y su familia; garantizar una mejor calidad de vida, y consolidar un compromiso social hacia las personas que padecen algún tipo de demencia, evitando el rechazo y la estigmatización”.

En cuanto a los objetivos dirigidos al paciente con demencia, para el doctor Arrieta es fundamental el “diagnóstico causante del deterioro cognitivo”. Igualmente, sostiene que debería mantenerse al paciente en su entorno familiar “el mayor tiempo posible, siempre que no suponga un deterioro significativo de su calidad de vida o la de su familiar o requiera otro nivel de recursos”. Evitar los abusos económicos hacia estos pacientes, hacer respetar sus derechos fundamentales y favorecer la incapacitación legal de los pacientes una vez llegados a determinado estadio o circunstancia que lo justifique son otros de los puntos que señala este experto de la SEGG.

Urgencias y unidades de agudos de los hospitales

Como se señala en la publicación de la SEGG que lleva por título *Demencias en Geriatría*, es prácticamente imposible no encontrar a un paciente con demencia, un día cualquiera, en los servicios de urgencia o las unidades de agudos de los hospitales. La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes ancianos que acuden a urgencias es alta (entre un 25-40%) y es mayor en mayores de 80 años y en aquellos que viven en residencias. Sin embargo, sólo en el 18 % de los enviados a su domicilio se dan instrucciones en cuanto al manejo posterior. La detección de estos pacientes en los servicios de urgencias serviría para planificar el nivel asistencial más adecuado, así como identificar la existencia del cuidador principal y las nuevas necesidades de éstos.

Asimismo, en dicha publicación se recogen recomendaciones para la asistencia al paciente con demencia en los servicios de urgencia y también en las unidades de agudos. Se sugiere, por ejemplo, que en los pacientes con diagnóstico previo habrá que asegurarse de quién realizó el diagnóstico, si fue valorado correctamente en una unidad especializada, el grado de deterioro cognitivo, funcional y repercusión en actividades de la vida diaria, así como el tiempo de evolución de los mismos. Mientras permanecen en urgencias, se aconseja que estén

La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes ancianos que acuden a urgencias es alta (entre un 25-40 %) y es mayor en mayores de 80 años y en aquellos que viven en residencias

acompañados en todo momento por un familiar y evitar siempre que sea posible medidas intervencionistas molestas para el paciente como sondas nasogástrica y vesical.

Las recomendaciones para los profesionales que atienden a estos pacientes en unidades de agudos van dirigidas a la prevención de riesgos; detección precoz de problemas; tratamientos activos de la demencia, y planificación del alta, garantizando el *continuum* asistencial. Algunas de las indicaciones que pueden ser útiles son: promoción de la actividad física, movilización precoz del paciente con sedentación y deambulación en cuanto sea posible y estimulación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se aconseja también mantener la vía oral el máximo tiempo posible y valorar los hábitos alimentarios e ingesta durante el ingreso, con la finalidad de detectar la disfagia y prevenir los atragantamientos.

Sobre el uso de sujeciones, los autores indican que la contención física es una

Intervención con familia y cuidadores

Cuidar de una persona con demencia no es fácil. La incertidumbre de la familia y los cuidadores acerca de si están realizando bien su papel o no, es un factor importante que puede generar cierto grado de inseguridad e impotencia, además de suponer una sobrecarga emocional y física.

En este sentido, el doctor Enrique Arriola, coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), asegura que es prioritario “implicar a la familia en el proceso terapéutico y de toma de decisiones, así como facilitar, mediante la información, el acceso a los servicios sociales o sociosanitarios; además de apoyar social, sanitaria, psicológica y económicamente a los cuidadores informales, con el fin de prevenir el síndrome del cuidador”.

También es importante mejorar el conocimiento de la enfermedad en sus aspectos psicosociales y compatibilizar el cuidado de los pacientes con la vida familiar y sociolaboral de los cuidadores.



Intervenciones deseables serían la estimulación cognitiva, reminiscencia, psicomotricidad, musicoterapia, aromaterapia, actividades ocupacionales y lúdico-recreativas

medida excepcional y precisa de un consentimiento previo. Si la contención es imprescindible, es obligado registrarla en la historia clínica y hacer un seguimiento en el que figure: razón que justifica la inmovilización; medidas preventivas llevadas a cabo antes de la inmovilización; orden facultativa (tipo, duración, periodicidad, material homologado utilizado), y constancia de la información al paciente/familia mediante consentimiento informado.

Por último, en el informe de alta recomiendan que conste la siguiente información:

- Tipo de demencia y estadio.
- Situación funcional basal y al alta.
- Problemas médicos activos y recomendaciones.
- Presencia de trastornos del comportamiento.
- Tratamiento farmacológico.
- Soporte familiar/social.
- Capacidad de autocuidado. Necesidad de incapacitación.
- Objetivos del paciente.

Centros de día y residencias de mayores

En primer lugar, los autores de *Demencias en Geriatría* afirman que lo esencial en el proceso de admisión es que una persona con formación en demencias, facultades gestoras y capacidad de liderar un equipo entreviste a la familia/cuidador y al paciente. La valoración inicial debe ser multidimensional (médica, funcional, cognitiva, afectiva, conductual y sociofamiliar), con especial atención a los síndromes geriátricos (inestabilidad y caídas, incontinencia, dolor, polifarmacia, etc.). La valoración inicial se seguirá de una reunión de equipo multidisciplinar, en la que se establecerán los objetivos y el plan de actuación.

En opinión de los expertos del Grupo de Demencias de la SEGG,


Condiciones para un abordaje integral

- **Visión global**
 - Biológica, psicológica y social.
 - Centrada en la persona y en su enfermedad.
- **Asistencia coordinada**
 - Implica recursos médicos y sociales.
 - En distintos niveles asistenciales.
 - Con una relación reticular.
- **Asistencia continuada**
 - Requiere visión de conjunto.
 - Combina protocolización y flexibilidad.
- **Incluye al cuidador**
 - Representa al paciente.
 - Administra y coordina recursos.
 - Recibe cuidados sociolaboral de los cuidadores.

Fuente: Demencias en Geriatría. Grupo de Demencias de la SEGG.



un centro de día para personas con demencia debe ser capaz de administrar programas de entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria, actividad física, socialización y apoyo a las familias. Intervenciones deseables serían, además, la estimulación cognitiva, reminiscencia, psicomotricidad, musicoterapia, aromaterapia, actividades ocupacionales y lúdico-recreativas. Por otro lado, aseguran que es necesario establecer unidades diferenciadas para personas con deterioro cognitivo ligero y demencia que aún conserven la capacidad de desenvolverse de forma autónoma. Con todo, es inevitable y deseable que cada centro de día diseñe sus programas de intervención en función de las características del centro y de los pacientes.

La diferencia con las residencias es que los pacientes institucionalizados suelen ser más mayores, muestran una mayor gravedad en la evolución de la demencia y presentan una mayor comorbilidad. Dentro de las recomendaciones, se advierte la posibilidad de derivar a estos pacientes a Atención Especializada (Geriatría en aquellas áreas de salud en que esté implantada) en caso de duda o confirmación diagnóstica, búsqueda de una segunda opinión o necesidad de realizar pruebas complementarias que no se encuentren a su alcance. Asimismo, ponen de manifiesto el hecho de que diversos estudios han valorado positivamente diferentes métodos de intervención cognitiva sobre la población general con el diagnóstico de demencia. Estos estudios hablan de un mejor funcionamiento cognitivo y un menor declive en el periodo de seguimiento. 

La importancia de la psicoestimulación

La psicoestimulación activa llevada a cabo por un monitor es hoy en día uno de los tratamientos no farmacológicos más utilizados y recomendables para pacientes con demencia, y una de las mejores actividades para prevenir el envejecimiento cerebral en personas sanas. Los resultados positivos justifican el uso de esta terapia no farmacológica como coadyuvante de la terapia farmacológica.

Según los expertos, es un hecho comprobado que la actividad psicomotriz mejora la coordinación, tono muscular, deambulación y equilibrio. Igualmente, es conocido que los procesos de deterioro cognitivo son agravados por la disminución o carencia de estímulos del medio que envuelve al enfermo. De ahí que la intervención en pacientes con demencia sea efectiva no sólo a nivel cognitivo, sino también en áreas relacionadas con la calidad de vida (socialización, integración grupal y actividades de la vida diaria).

La psicoestimulación es el conjunto de técnicas, programas y medidas de carácter ambiental, cuyo objetivo es el mantenimiento y la optimización de las capacidades de carácter cognitivo y del comportamiento no cognitivo (conducta). En las sesiones se trabajan diferentes áreas como son la memoria episódica y semántica, cálculo, inteligencia abstracta, lógica, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, atención, praxias, gnosias, etc.



SUSCRÍBASE A

Balance  **SOCIOSANITARIO**
DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD

Entre y suscríbase en: www.balancesociosanitario.com

Suscripción anual

Periódico en versión DIGITAL

30 €

Periódico en versión PAPEL
+6 meses en versión DIGITAL ¡GRATIS!

50 €

Periódico en versión PAPEL
+ versión DIGITAL

60 €

¡Ahora también en formato digital!!



Envejecer con CALIDAD

Nos encaminamos hacia un futuro en el que la mayoría de las personas vivirán más de 100 años. Esto es debido a los avances médicos y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, el proceso de envejecimiento es inevitable e irreversible, pero no necesariamente negativo. Hay pautas para vivir más y mejor, y la tecnología también puede ayudarnos a conseguirlo. Las personas a partir de los 65 años se enfrentan al deterioro de sus capacidades físicas y, en muchas ocasiones, a la incomprensión de cuidadores, profesionales de la salud y otras personas del entorno. Para mejorar la sensibilidad hacia este grupo de población y satisfacer los requerimientos que esperan de un producto o servicio se ha desarrollado el traje simulador de edad MAX*.

» Esther EUGENIO «



*La marca MAX y el diseño del traje de simulación de edad se utilizan con el permiso y licencia del propietario de Volkswagen AG.

MAX es un traje simulador de edad que permite sentir en su propia piel los achaques que el propio proceso de envejecimiento conlleva, con el objetivo de mejorar la sensibilización y la empatía hacia las personas mayores y percibir sus limitaciones. De esta forma, ayuda a conocer y entender mejor a un amplio colectivo de población que quiere vivir con mejor calidad de vida, ganando tiempo al tiempo. Su diseño se basa en 200 estudios científicos de medicina, gerontología, ciencias del deporte y psicología (diseño basado en evidencia).

“Sólo poniéndoselo y sintiendo los efectos del envejecimiento podremos ser capaces de orientar nuestro trabajo como asistentes. Es una magnífica forma de ser consciente de la calidad del trabajo asistencial y su posibilidad de mejora. Los profesionales sentirán con el traje puesto las limitaciones de visión, de movimiento, la pérdida de fuerza muscular, del sentido del tacto y la disminución de la capacidad auditiva que van unidas a la evolución del proceso de envejecimiento”, afirma el director de I+D+i y cofundador de Tioman & Partners, Javier Ganzarain.

MAX, diseñado y producido en Alemania por parte del fabricante de automóvi-

les Volkswagen AG, ha sido adquirido en exclusiva para España y Latinoamérica por parte de Tioman & Partners, con el fin de facilitar el desarrollo de soluciones sostenibles y amigables con el envejecimiento. “A corto plazo, el objetivo es ofrecer MAX en acciones formativas prácticas dentro de residencias, centros de día, hospitales, etc., para sensibilizar al personal directo e indirecto, incluso a los familiares, en la atención de las personas mayores”, explica Ganzarain, que añade que “MAX promueve un enfoque holístico y facilita a las organizaciones la implementación de un modelo de atención centrada en la persona”.

Pero MAX no sólo está dirigido al sector asistencial. La media de edad de la población activa aumenta y la vida laboral se prolonga cada vez más. Las empresas están, pues, obligadas a reaccionar y la meta es el puesto de trabajo adaptado a la edad. “Las empresas con empleados mayores de 50 años pueden enfocar su uso a la prevención de riesgos laborales, desde un punto de vista ergonómico”, argumenta Ganzarain. Asimismo, continúa, “las Administraciones Públicas tienen la oportunidad de mejorar, por ejemplo, la planificación

urbanística y la atención al ciudadano. Y también es de gran utilidad para todas aquellas empresas y profesionales interesados en aprovechar las oportunidades que el creciente, cambiante y pudiente *silver market* ofrece para desarrollar soluciones, productos, servicios y entornos amigables con el envejecimiento”.

De manera práctica y rápida, MAX permite a las organizaciones, entidades o empresas que estén o quieren estar en contacto con las personas mayores:

- Sentir:
 - Cambiar su perspectiva y sentir cómo percibe realmente el mundo el sector de la población de personas mayores de 50 años.
 - Sensibilizar acerca del comportamiento y conducta de y hacia la persona mayor.
- Entender:
 - Fortalecer habilidades.
 - Hacerse consciente de las necesidades y requerimientos de las personas mayores y de los trabajadores de más edad.
 - Conocer la importancia de la ergonomía y la salud (higiene postural) en relación con la práctica profesional.
- Generar ideas:

- Obtener ideas para nuevos servicios, productos y entornos.
- Ayudar a la planificación urbanística y de procesos.

PRIMERAS PRUEBAS EN UNA RESIDENCIA

La residencia La Font de Sabadell (Barcelona) ha efectuado con éxito las primeras pruebas con MAX. Todo el equipo de profesionales ha podido probar el traje y ponerse en la piel de sus residentes, con las siguientes limitaciones: de visión, movimiento, pérdida de fuerza muscular, disminución de la capacidad auditiva y reducción de la percepción háptica (sensibilidad y sentido del tacto). El motivo por el que se ha elegido una residencia es, según explica Ganzarain, porque “actualmente en nuestro país se está llevando a cabo un cambio de paradigma en el cuidado de mayores hacia una atención centrada en la persona”.

“Las instituciones que implementan dicho modelo requieren que todo el personal sea más sensible y empático con las personas mayores y MAX, como herramienta de sensibilización que es, ayuda de una manera sencilla, práctica y útil en este camino”, afirma el



© Tioman & Partners, SL 2015

Áreas de INNOVACIÓN



otras soluciones sostenibles y amigables, como productos y servicios que comprenden y satisfacen la demanda y expectativas actuales y futuras de los nuevos perfiles de usuarios; entornos normaliza-

dos, para sentirse como en casa, facilitadores y amigables con el envejecimiento, y modelos de negocio que aprovechan las oportunidades que ofrece el cambio demográfico y el creciente y pudiente *silver market* y que llevan al crecimiento deseado y a la diferenciación de la competencia.

“Aplicamos las herramientas necesarias y aportamos los *insights* obtenidos tras más de 25 años de experiencia acumulada a nivel internacional en los ámbitos sanitario, gerontología social, TIC, calidad, estrategia, innovación y creatividad. Así, para facilitar la generación de valor y soluciones (productos, servicios y entornos) amigables con el envejecimiento, innovadoras, sostenibles y orientadas al mercado, hemos desarrollado nuestro propio proceso de innovación para un mejor envejecimiento, que está basado en *design thinking* (pensamiento de diseño) y el diseño centrado en el usuario”, concluye Ganzarain. 

“**Algunas residencias privadas ya han demostrado su interés de incluir MAX en sus próximos planes formativos**”

director de I+D+i y cofundador de Tioman & Partners, que añade que “hemos optado bien en comenzar ofreciendo los servicios de MAX en residencias”. Por su parte, los profesionales del centro comentan que no esperaban esa experiencia con el traje y coinciden en que ahora entienden mucho mejor las reacciones de los mayores cuando se les pide algo y no lo pueden hacer por causas relacionadas con las limitaciones derivadas del propio proceso de envejecimiento.

Algunas residencias privadas ya han mostrado su interés por incluir MAX en

sus próximos planes formativos. “Ya tenemos diez cursos planificados para el próximo año y la patronal ACRA ha programado varios cursos con el traje MAX dentro del territorio catalán”, manifiesta Ganzarain. Asimismo, se encuentran en contacto y negociaciones con las Administraciones Públicas para realizar cursos en las residencias públicas. “Nuestro propio equipo técnico cualificado y especializado es el que gestiona, coordina y modera las acciones de formación, talleres, testeo, eventos, etc., que se realizan con el mismo, ya que el traje simulador de edad MAX no se vende”, añade.

OTROS PROYECTOS

MAX es una parte integral de las actividades relacionadas con demografía, salud y ergonomía con la que Tioman & Partners “contribuye a la sostenibilidad y competitividad de las empresas y entidades que apuestan por la innovación para un mejor envejecimiento”. Pero también impulsa

FORMACIÓN

Profesionales de ayuda a domicilio **MOTIVADOS FRENTE AL BURNOUT**

Los profesionales sociosanitarios y, sobre todo, de atención a domicilio están especialmente expuestos a estrés o *burnout*. Las causas de este agotamiento laboral son diversas, pero quizá la más destacada es el peso de responsabilidad en el cuidado de personas que se encuentran en situaciones complejas. Aprender a gestionar las emociones y mejorar la comunicación favorece un control de estas situaciones y previene la desmotivación del profesional, que puede acabar influyendo negativamente en su vida personal y en la atención del usuario.

» Carmen MORENO «

La implicación directa y emocional en profesiones vocacionales, como la asistencial, es inevitable y también necesaria, porque demuestra que el profesional tiene capacidad de empatizar con el paciente y los familiares. Esto, sobre todo cuando no se saben canalizar las emociones y convertirlas en oportunidades, puede provocar cierta inseguridad profesional y desembocar, a largo plazo, en lo que se conoce como estrés laboral o *burnout*, que se puede traducir como “estar quemado”.

Este síndrome se caracteriza principalmente por fatiga crónica, insomnio, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, taquicardia... Pero no sólo afecta al plano físico, sus síntomas también pueden ser de tipo mental, principalmente, nerviosismo, desconcentración e in-

quietud. Asimismo, el profesional puede tener baja autoestima, impotencia, sensación de fracaso, etc.

Por otra parte, también es frecuente un cambio de comportamiento en el profesional, que se vuelve más conflictivo en el trabajo y en el ámbito familiar y tiene más riesgo de adquirir o reforzar ciertas adicciones (café, alcohol, fármacos). Absentismo laboral, bajo rendimiento y despersonalización son otras consecuencias del *burnout*.

VULNERABLES AL ESTRÉS

Los profesionales sociosanitarios son más susceptibles de sufrir este tipo de estrés laboral, y sobre aquellos que se dedican a atención domiciliaria, ya que estos profesionales, a diferencia de los que trabajan en consulta o en centros residenciales, invaden el espacio privado del paciente, donde están sus fo-

tos, su historia, su familia... Y esto tiene ciertas ventajas aprovechables a la hora de empatizar y de conseguir información sobre la persona que está cuidada, pero también los hace más vulnerables ante ciertas situaciones, si no se cuenta con las herramientas adecuadas. Así lo explica Pilar Escotorín, doctora en Psicología de la Comunicación: “Los profesionales que se dedican a la atención domiciliaria tienen una particularidad, están más expuestos que otros profesionales a situaciones humanamente extremas, a enfermedades crónicas, dependencias severas, deben dialogar más con las familias y entran de pleno en el mundo privado del paciente, por lo que se confunde más lo privado y lo profesional; por todo esto están más expuestos al estrés y al *burnout*”.

Estos profesionales están viendo casos severos desde que se levantan hasta que llegan a casa. Además, se trata de una labor que, dependiendo del perfil del paciente, se puede adaptar mejor o con mayor dificultad a los protocolos y tiempos exigidos por sus empresas, lo que les mantiene bajo presión.

GESTIONAR LAS EMOCIONES

Según esta experta, existen estudios que concluyen que este síndrome está determinado principalmente por una falta de expresión de las emociones. Sin duda, cuando el profesional está preocupado y no lo puede decir y expresar, estará más presionado. Por eso, asegura que “cuan-

to mayor es la distancia entre las emociones reales percibidas y las emociones declaradas, mayor riesgo de *burnout*".

En este sentido, Escotorín destaca la importancia de que el profesional cuente con canales sanos y adecuados para expresar lo que le pasa y evitar que se bloqué o que decida no vincularse o implicarse con ningún paciente, lo que considera contraproducente para el profesional, el usuario y sus familiares y la relación entre ambos. Además, insiste en que los profesionales que más agradan a los pacientes y familiares son aquellos que saludan, se muestran cálidos, transparentes, hacen su trabajo correctamente y favorecen la participación de la familia en el cuidado.

GANANDO CONFIANZA

El secreto para que estos profesionales consigan realizar una labor encomiable con el paciente está en aprender cómo realizar los cuidados físicos, sin olvidar que la parte psicológica importa tanto o más. Asimismo, estos empleados de atención a domicilio deben conocer cómo autocuidarse y cómo gestionar sus emociones.

“

La comunicación prosocial es la comunicación sana, la comunicación que genera vínculos y confianza

”

La relación con los pacientes y sus familiares constituye la tercera base para una atención integral. Pilar Escotorín aconseja establecer un vínculo de confianza con el paciente, pues está comprobado que mejora la efectividad en la atención a domicilio: "Si el paciente ve en el profesional la capacidad de empoderarle y de que cada vez esté mejor cuando se marcha, porque le permites autorrepararse, sentirse más capaz, más autónomo, con más ganas de vivir, su trabajo será más fácil y más satisfactorio".

Además, apunta que hay que involucrar a los familiares porque son los principales socios del profesional: "El familiar es la persona que observa al paciente todo el tiempo, por lo tanto, vincularse y asociarse con él es clave para que el trabajo resulte efectivo. Una de las prin-


cipales ventajas está en el cumplimiento del tratamiento".

CONCIENCIA Y FORMACIÓN

Aunque los profesionales sociosanitarios son conscientes de que las habilidades comunicativas y de las relaciones interpersonales son esenciales para su trabajo, "sus currículos formativos tienen una carencia de estos espacios de conocimiento personal", constata la doctora en Psicología de la Comunicación.

Esta especialista explica que el entrenamiento de los profesionales que trabajan en ayuda a domicilio se hacen en dos dimensiones: física (cuidado del cuerpo del paciente, cómo moverlo, cómo limpiarlo, farmacoterapia...) y psicosocial.

El aspecto físico, está muy cuidado en los planes de estudio. Sin embargo, la parte psicosocial nadie niega que es importante, pero "el peso que se le da no está acorde con lo que se declara".

Por esta razón, considera muy positivo el desarrollo de programas formativos que doten a los profesionales de herramientas y técnicas para motivarse en su trabajo y ofrecer una atención de calidad y humanizada a los usuarios de ayuda a domicilio. 



Siempre pensando

 EN ELLOS

Con más de 40 años de experiencia, PARDO es una de las compañías internacionales líderes en la fabricación de camas y mobiliario geriátrico y proveedor de las más modernas soluciones en habitaciones de residencias geriátricas.



Mejorar la satisfacción laboral de los cuidadores de asistencia domiciliaria



Experiencia en el extranjero

Europa está haciendo un esfuerzo considerable para apoyar la movilidad de los profesionales en los países europeos, a través de la creación de modelos de formación que permitan facilitar el reconocimiento de las competencias reales, como también aquellas adquiridas en modo formal e informal. Por ello, el modelo de formación adoptado en *Together* ha sido propuesto en clave de créditos ECVET (European Credit system for Vocational Education and Training), orientado a los resultados de aprendizaje, con lo que se busca avanzar hacia la acreditación de la formación válida para las empresas de otro país.

La atención domiciliaria es una profesión de servicio a los demás con un fuerte carácter vocacional que precisa de una formación adecuada con el fin de que el profesional cuente con los recursos necesarios para sacar lo mejor de sí y ofrecer un servicio acorde a las necesidades de pacientes y familiares. En este sentido, Europa se ha dado cuenta de que existe una carencia importante en atención sanitaria humana que impide a los trabajadores de ayuda a domicilio conectarse con los usuarios, enfrentarse y gestionar de un modo apropiado las fuertes emociones a las que están sometidos y autocuidarse para evitar el *burnout* o estrés laboral. Por eso, está dedicando inversión a iniciativas que trabajan en esta línea. Un ejemplo, es *Together*, proyecto europeo que busca humanizar el cuidado de las personas mayores con discapacidad o problemas de movilidad a través de la potenciación de las competencias psicológicas y relacionales de los operadores sanitarios y sociosanitarios.

Together promueve un modelo de formación que busca fortalecer las habilidades de estos profesionales, acompañando los aspectos operativos básicos para el cuidado de los pacientes con una relación humanizada.

El entrenamiento de las capacidades comunicativas y la motivación son la base en la que se asienta el proyecto con el fin de determinar una mejor adhesión de los pacientes a los tratamien-

tos prescritos y a estilos de vida saludables, lo que beneficia la calidad de vida de los asistidos y sus familias.

La doctora en Psicología de la Comunicación y una de las responsables del Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la Universidad Autónoma de Barcelona, Pilar Escotorín, explica que *Together* innova porque "une dos modelos teóricos muy aplicativos: el modelo motivacional y el modelo prosocial".

Motivación al cambio

El modelo de motivación al cambio facilita a los profesionales sociosanitarios herramientas y habilidades para entender el estado de ánimo de los pacientes y/o usuarios de atención a domicilio para, en función de eso, intervenir. "Parte de la base de que no se le puede pedir a un paciente que tome la medicina, si no tiene ganas de vivir. Si la persona está desganada, hay palabras que no sirven de nada. Es más, en lugar de motivar, les

puede afectar negativamente", indica la doctora Escotorín, que asegura que este modelo motivacional, enseña al profesional cómo debe vincularse con el paciente con el fin de motivarlo y conseguir un cambio de actitud, que le beneficiará.

Modelo de prosocialidad

La comunicación prosocial posibilita que el profesional aprenda a comprender, a ser empático, a vincularse... Además, sirve para reparar daños, por tanto, "para los profesionales sanitarios es muy importante porque, además de con la medicina, pueden sanar con las palabras", afirma esta responsable de LIPA.

En este sentido, el modelo de comunicación prosocial provee al profesional de un espacio de autoformación y autodiagnóstico con el objetivo de conocer su propio estilo comunicativo y detectar sus puntos débiles y fuertes, sin que nadie le esté diciendo lo bien o lo mal que lo hace. Esto le ayudará a diseñar

un entrenamiento que le permita sentirse más satisfecho con su manera de comunicarse y conectar con los demás. "No sólo con los pacientes, también con los familiares, con su compañeros de trabajo, con sus superiores y con las personas de su ámbito privado", puntualiza Pilar Escotorín.

Esta experta en psicología de la comunicación considera que optimizar la capacidad de conectar permite aprender permanentemente de nosotros y de nuestro interlocutor. Y esto, "influye en la motivación profesional y en una mayor satisfacción vital.

La clave de la formación

En el contexto de *Together*, se están desarrollando cursos de formación dirigidos a profesionales de la atención a domicilio. En España, el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la Universidad Autónoma de Barcelona ha tomado el liderazgo de esta actuación y pone a disposición de los profesionales el curso gratuito *Prevención de burnout. Empowerment y mejora de la satisfacción laboral para cuidadores de asistencia domiciliaria*, que tendrá lugar en enero de 2016 (lipauab@gmail.com).

Con esta formación, además de adquirir nuevas habilidades de comunicación prosocial y motivacionales, los profesionales diseñarán, en conjunto con expertos, un sistema que aumente sus competencias y satisfacción laboral, para mejorar las habilidades de resolución de problemas propios de quienes trabajan en la atención domiciliaria.

Este curso, que es un piloto que paga la Unión Europea, pero que está valorado en 2.000 euros, es gratuito, innovador y muy personalizado. "Avanza en la innovación de los estilos de formación para los profesionales de atención domiciliaria, porque los profesionales son considerados como expertos que colideran su formación y no alumnos que tienen todo por aprender", explica la doctora Pilar Escotorín.

Para más información:
<http://cursoslipa.com>



Palabras Mayores

En toda España



ANDALUCIA	98.2
ARAGÓN	90.3
COM. VALENCIANA	105.5
CASTILLA-LA MANCHA	94.1
CASTILLA Y LEÓN	92.7
CATALUÑA	106.4
GALICIA	105.6
ISLAS BALEARES	99.4
ISLAS CANARIAS	92.5
MADRID	95.1
MURCIA	90.7
NAVARRA	104.4

También a través de la web de la revista SENDA para gente activa www.sendasenor.com

En la cadena generalista
INTERECONOMIA todos los **sábados**
de **10:00** a **11:30 h** de la mañana

ENTREVISTAS INTERNET
ACTUALIDAD VOLUNTARIADO
SALUD NUTRICIÓN OCIO

La SEGG ofrece formación gratuita a los cuidadores de personas en situación de dependencia

Por segundo año consecutivo, la Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología (SEGG) y la Fundación Envejecimiento y Salud, con el apoyo de Lindor Ausonia, organizaron, en la sede central del Imserso en Madrid, un acto para celebrar el Día del Cuidador, bajo el lema “Por ti, por ellos”. En el mismo, intervinieron el director general del Imserso, César Antón; el presidente de la SEGG, José Antonio López Trigo; el presidente de la Fundación Envejecimiento y Salud de la SEGG, Iñaki Artaza; el responsable de Comunicación de Lindor, José Manuel Martín; la cuidadora y trabajadora social María Ángeles García Antón, y el secretario de la SEGG, Primitivo Ramos.



» Esther EUGENIO «

En primer lugar, el presidente de la SEGG recordó que en nuestro país viven más de 2,5 millones de personas con algún grado de dependencia que requieren del cuidado de otra persona. “Hace tres años que decidimos conmemorar y hacer visible la labor de los cuidadores que hacen posible que estas personas reciban atención y cuidados; personas que ponen a su familiar en el centro de su vida y que dedican todo su tiempo y entrega a cuidar de ellos”, declaró López Trigo.

“Pero para seguir cuidando, los cuidadores necesitan formación, apoyo y reconocimiento social”, señaló. Por ello, además de celebrar el Día del Cuidador y reconocer el encomiable trabajo que realizan estas personas, la Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología (SEGG) y la Fundación Envejecimiento y Salud, con el apoyo de Lindor Ausonia, presentaron el *Curso online para cuidadores familiares y profesionales sociosanitarios*, totalmente gratuito, y la segunda

edición del *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*, ambos disponibles en la web de la SEGG (www.segg.es).



Para seguir cuidando, los cuidadores necesitan formación, apoyo y reconocimiento social

“Se trata de un curso eminentemente práctico para ayudar al cuidador a generar capacidades, habilidades y destrezas en su día a día, que consta de dos módulos: Introducción

y cuidados básicos de las personas dependientes y Cuidados específicos y guía de buena práctica”, explicó el secretario de la SEGG. El doctor Primitivo Ramos aseguró que un 42 % de las personas mayores cuidadas por familiares en su domicilio no han recibido nunca formación. “Queremos que se sientan seguros, capaces y que refuercen su autoestima para darles la mayor calidad de vida, a ellos y a sus familiares”, declaró.


Por su parte, el director general del Imserso manifestó que “es importante tener un día que ponga en valor el trabajo de aquellas personas que dedican su tiempo y su salud a cuidar de un ser querido; cualquier reconocimiento es poco e insuficiente. Antón aseguró que “además de recordar la gran labor que desempeñan, es necesario dotarles de conocimiento y también ofrecerles apoyo”.

La figura del cuidador normalmente es un familiar y en el 85 % de los casos se trata de mujeres que rondan los 50 años. “A pesar de que el cuidador ejerza esta labor de forma

desinteresada, lo cierto es que normalmente lo realizan a tiempo completo y sin apenas ayuda, a lo que hay que sumarle el estrés por ver el deterioro físico y psíquico de la persona querida”, afirmó el doctor Iñaki Artaza, quien añadió que “cuidar es como una carrera de fondo que acaba afectando a todo el entorno del cuidador y, por eso, es fundamental que esté formado, tenga apoyo psicológico y conozca todos los recursos a su alcance”.

En esta misma línea se expresó el responsable de Comunicación de Lindor, quien comentó la importancia de que “todos los cuidadores sepan que no están solos, que pueden pedir ayuda. Hay que cuidar a los que cuidan. Ellos llevan a cabo una labor fundamental, que muchas veces no está reconocida por la sociedad, por ello, debemos celebrar, una vez más que, el Día del Cuidador tiene fecha en el calendario: el 5 de noviembre”.

María Ángeles García Antón, cuidadora y trabajadora social, habló de poner límites al cuidado y los sentimientos conflictivos, tales como la tristeza, la culpa, la preocupación o el enfado, que interfieren en la vida de los cuidadores. También de la soledad y de cómo afrontar el cuidado de un ser querido, aprender a definir prioridades y pedir y buscar ayuda. “Cuidar significa luchar por alguien que queremos y, sin duda, es una de las experiencias más vitales y conmovedoras”, concluyó.

Durante el acto se presentó el vídeo de Día del Cuidador y un minicorto de animación donde los superhéroes son cuidadores y que se puede ver en el canal de YouTube de la SEGG. 



Presentación del Informe 2014: Las personas mayores en España.

Más información: www.imsero.es

Organiza: Imsero.

Lugar: Madrid.

Descripción: Está dirigido a revistas especializadas, a personas pertenecientes a las diversas Administraciones Públicas y al Consejo Estatal de Personas Mayores, que tendrá un especial protagonismo. También estarán presentes responsables y gestores de sociedades científicas, sindicatos, colegios profesionales, universidades, empresas de servicios sociosanitarios, técnicos, etc.

Fecha: 11 y 12 de noviembre.

9º Congreso Europeo de Pacientes, Innovación y Tecnologías

Más información: www.institutoeuropeo.es

Organiza: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Lugar: Madrid.

Descripción: Estimulación cerebral profunda en trastornos en movimiento, alimentación, seguridad del paciente, últimas tecnologías en el tratamiento del cáncer y criterios de acreditación internacional, son algunos de los temas que se tratarán.

Fecha: 17 y 18 de noviembre.

El anciano con fractura de cadera: un reto en la coordinación asistencial

Más información: www.sanitas.es

Organiza: Sanitas.

Lugar: Madrid.

Descripción: Tiene como objetivo transmitir la importancia de la coordinación asistencial multidisciplinar intra y extra hospitalaria en la atención al anciano, particularizado en una enfermedad paradigma de esta necesidad: la fractura de cadera, trastorno con un alto impacto sanitario, económico y social en este grupo poblacional.

Fecha: 19 de noviembre.

VI Jornada de la Sociedad Riojana de Geriatría y Gerontología

Más información: www.srgyg.org

Lugar: La Rioja.

Descripción: Atención centrada en la persona, seguridad del paciente geriátrico y potenciar la funcionalidad del anciano son algunas cuestiones que se abordarán en la jornada.

Fecha: 19 de noviembre.

XII Foro de Ética y Envejecimiento

Más información: www.segg.es

Organiza: Sociedad de Geriatría y Gerontología del Principado de Asturias (SGGPA).

Lugar: Oviedo.

Descripción: El trabajo en equipo y la nueva distribución de competencias propias y compartidas, aspectos éticos de la seguridad del paciente, las segundas víctimas de los problemas de seguridad, la perspectiva de la profesión médica y perspectiva de las organizaciones sanitarias son algunas de las cuestiones que se tratarán.

Fecha: 19 y 20 de noviembre.

VII Curso de OrtoGeriatría Hospital La Paz

Más información: 915171214

Organiza: Hospital Universitario La Paz.

Lugar: Madrid.

Descripción: Dirigidos a médicos (especialistas y residentes) y otros profesionales sanitarios con interés en compartir y actualizar sus conocimientos sobre la asistencia al paciente con fractura de cadera.

Fecha: 20 de noviembre.

I Reunión Científica de Diabetes y Patología Oral

Más información: www.segg.es

Organiza: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y Sociedad Española de Gerodontología (SEGER).

Lugar: Madrid.

Descripción: La comorbilidad en el paciente mayor diabético, la diabetes y la demencia en el anciano, patología oral en el paciente mayor diabético, boca seca en el paciente mayor diabético,

repercusiones sistémicas de las enfermedades orales, repercusiones de la alimentación y nutrición en el paciente mayor diabético y nuevos criterios en el control diabético del paciente mayor, son algunos de los puntos a analizar.

Fecha: 20 de noviembre.

XXVIII Congreso de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología. Diabetes y Patología Oral

Más información: congreso@scgg.es

Organiza: Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología (SCGG).

Lugar: Lanzarote.

Descripción: El objetivo es la actualización del conocimiento y la divulgación de novedades de carácter científico relacionadas con la atención de las personas mayores.

Fecha: 20 y 21 de noviembre.

Ciclo de mesas de diálogo

Más información: www.edad-vida.org

Organiza: Fundación Edad&Vida.

Lugar: Barcelona.

Descripción: Los últimos días de vida, qué hacer tras el fallecimiento de un familiar, comunicación al final de la vida, contribución de los diferentes perfiles profesionales en la atención al final de la vida, etc. son algunos de los temas que se tratarán.

Fecha: Del 23 al 25 de noviembre.

Seminario Prevención de Burnout. Empowerment y mejora de la satisfacción laboral para cuidadores de asistencia domiciliaria.

Más información: <http://cursoslipa.com>

Organiza: Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA)- UAB

Lugar: Cerdanyola del Vallès (Barcelona).

Descripción: El seminario está dirigido a cuidadores sociosanitarios del ámbito domiciliario: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, profesores de educación física, fisioterapeutas, farmacéuticos, homeópatas, masajistas, cuidadores de mayores, otros que trabajen directamente en atención domiciliaria. Requisito indispensable es trabajar en atención domiciliaria en cualquier modalidad y tener algún tipo de acreditación para hacer este trabajo, aunque no sea una acreditación universitaria.

Fecha: 27 y 28 de noviembre.

Máster en Envejecimiento y Fragilidad

Más información: http://formacionpermanente.fundacion.uned.es/tp_actividad/idactividad/8803

Organiza: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Descripción: El curso está restringido a personas que reúnan los requisitos de admisión que establece el Reglamento de Estudios de Formación Permanente vigente de la UNED para los cursos de Máster. Aunque se permite la matriculación de diplomados, los perfiles más adecuados para realizar este curso serían: - Licenciados en Medicina, Biología, Farmacia, Psicología y áreas afines, fundamentalmente del Área de la Salud.

Lugar: Online (seminarios presenciales opcionales).

Fecha: Del 11 de enero de 2016 al 21 diciembre de 2017.

Curso de Experto Profesional Enfermedad de Alzheimer: implicaciones psicológicas, sociales y jurídicas

Más información: http://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/idactividad/8478

Organiza: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Descripción: el curso va dirigido a todas las personas que deseen adquirir formación en la demencia tipo Alzheimer desde un punto de vista multidisciplinar, especialmente orientado a estudiantes de grado, egresados y profesionales afines a esta temática -psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, gerocultores, cuidadores informales, etc.- así como a familiares que deseen ampliar sus conocimientos. No se requiere titulación previa.

Lugar: Online.

Fecha: Del 13 de enero al 15 julio de 2016.



- NUEVAS TECNOLOGÍAS
- FORMACIÓN Y EMPLEO
- OPINIÓN
- GESTIÓN SOSTENIBLE
- ACTUALIDAD

Información on-line