

La Reina Doña Sofía presidió los Premios SENDA



Su Majestad la Reina Doña Sofía presidió, el pasado 2 de julio, en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la entrega de los VI Premios SENDA, que coincidió con el 5º aniversario de *BALANCE de la Dependencia*, ahora *BALANCE Sociosanitario*, y el 15º aniversario de *Senda SENIOR*.

En el acto, Doña Sofía estuvo acompañada por la secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Susana Camarero, y la presidenta de Grupo SENDA, Matilde Pelegrí.

Durante la gala, además de entregar los premios a las personas e instituciones más destacadas en el año, Su Majestad la Reina Doña Sofía recibió el galardón que la distingue como Sénior de Honor,

reconocimiento especial de Grupo SENDA con motivo del 15º aniversario de su presencia en el mundo de los mayores.

En nombre de todos los galardonados, el presidente de Ilunion, Alberto Durán, agradeció a Grupo SENDA “el trabajo diario desempeñado durante estos 15 años en favor de los mayores y la iniciativa de llevar a cabo estos premios, que son un impulso para que sigamos trabajando con calidad y con calidez”.

Estos galardones reconocen la labor de personas, instituciones y empresas que trabajan en favor del envejecimiento y la madurez activa, así como de profesionales y entidades del sector de la dependencia y la atención sociosanitaria.

Pág. 6

DISCAPACIDAD



Inserción laboral de las personas con discapacidad: hacia la igualdad de oportunidades. El fin último no es otro que construir una sociedad más justa e integradora.

Pág. 30

PERFIL PROFESIONAL



Entrevista al presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), José Antonio López Trigo.

Pág. 34

EXCLUSIVA



En una completa entrevista, el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, aborda las diferentes medidas que el Ejecutivo se plantea para asegurar la sostenibilidad del modelo de bienestar español.

Pág. 16

Maduralia

I CONGRESO CIENTÍFICO-SOCIAL

sobre el bienestar y la calidad de vida en la madurez



*Te esperamos
en octubre*



Directora-editora:

Matilde Pelegrí: direccion@balancesociosanitario.com

Subdirectora:

Sonia García: sgarcia@gruposenda.es

Redacción:

Esther Eugenio: eeugenio@gruposenda.es,

Carmen Moreno: cmoreno@gruposenda.es,

Juaní 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

Julián de ARMAS (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 Balesol).



Una nueva etapa

Matilde PELEGRÍ
Directora

Ha llegado el momento. Hace quince años, Grupo SENDA inició su andadura en el intenso y apasionante mundo de las personas mayores. Sólo cinco años han transcurrido desde que presentamos el primer número de *BALANCE de la Dependencia*, a la vez que organizamos la primera edición de los Premios SENDA. Y son cuatro los años que tiene de trayectoria nuestro programa de radio *Palabras Mayores*.

Hemos tenido la oportunidad de celebrar esta conjunción de aniversarios durante la gala de entrega de los Premios SENDA 2015, que ha contado con una protagonista de excepción, Su Majestad la Reina Doña Sofía, quien ha tenido a bien aceptar el reconocimiento como Sénior de Honor, y nos ha honrado al presidir la entrega de los Premios.

Los galardonados de esta edición se han sentido especialmente reconocidos, al recibir de manos de Su Majestad la estatuilla que les distingue por su trabajo en favor del envejecimiento activo y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Con este bagaje de quince años, Grupo SENDA se propone un nuevo reto. Nuestro periódico mensual *BALANCE de la Dependencia* da un paso más, y se convierte en *BALANCE Sociosanitario*, para abordar en profundidad aspectos como la discapacidad, la cronicidad, los cuidados paliativos o la salud mental, sin olvidar la dependencia y la coordinación sociosanitaria.

Los asistentes a la gala de los Premios SENDA 2015 tuvieron la oportunidad de recibir un avance de este número, que cuenta con contenidos muy significativos.

Por una parte, la entrevista concedida por el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, constituye un reconocimiento a la actividad de un sector fundamental para el cuidado a las personas que más lo necesitan.

Además, contamos con la opinión de los máximos representantes del sector sociosanitario, de empresas prestadoras de servicios y de las principales instituciones del sector sanitario, así como la voz de los profesionales y de los pacientes.

Hace tres años, *BALANCE de la Dependencia* creó la sección sobre Coordinación Sociosanitaria. Hoy, hemos dado un paso firme en la información, con la nueva cabecera.

El ministro Alonso afirmó, al inicio de su responsabilidad al frente del Ministerio, que el futuro de la sanidad pasa por la atención sociosanitaria. Así lo entiende también la CEOE, que prepara el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario.

BALANCE Sociosanitario tendrá mucha información que transmitir a sus lectores, en papel y también en **www.balancesociosanitario.com**. Una nueva etapa en la apasionante senda de la información.



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



Balancé 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- 201

Suscripción:

10 números mensuales:
50 euros/año, IVA incluido

Precio del ejemplar: 5 euros



“La brillante manifestación de D. Albert Rivera”

José Manuel Ribera Casado

Qué sociedad es la nuestra que da por buena la idea de que corrupción se asocia a edad. Además, no se escandaliza por el hecho de que se proponga discriminar a los efectos de la representación ciudadana a cerca de la mitad de la población ”

¡A ver quién da más! Para que luego digan que eso de la discriminación por edad es un invento. En plena campaña electoral, al responsable máximo del nuevo partido político denominado “Ciudadanos”, señor D. Albert Rivera, no se le ocurre una idea más brillante que afirmar que sólo quienes han nacido después de 1978 (o de 1975 que da lo mismo) pueden ocupar cargos de responsabilidad en política. Bingo. Parece que el argumento de fondo tiene que ver con la corrupción y con los malos hábitos adquiridos y acumulados a lo largo de la vida. Algo que se debe acentuar según cumplimos años, hasta –se supone- convertirnos en corruptos irredentos a partir de Dios sabe qué edad. Los mayores estamos acostumbrados a la discriminación, pero en este caso el límite de edad propuesto es tan bajo que alcanza a casi a la mitad de la población española y, dicho sea sin ningún tipo de eufemismo, considero que bordea el ridículo más absoluto por parte de quien lo postula.

Si me ocupo hoy de este tema no es sólo para criticar al Sr Rivera. Por cierto, Rivera con “v”, no confundamos personas ni familias, que uno, por muy mayor y corrupto que pueda ser a juicio de mi colomboño (*RAE. colomboños: personas con el mismo apellido*), conserva aún su dignidad. Evidentemente, su afirmación carece de sentido y dicha en serio –como parece que era el caso- descalifica a quien la emite, pero da margen para comentar algunos aspectos complementarios que me parecen igualmente importantes.

Lo primero, destacar mi sensación de sorpresa y estupor. Considero inaudito que una persona que aspira nada menos que a presidir el Gobierno de España sea capaz de expresarse así. Al principio creí que era broma, pero cuando contemplé al autor tan pancho en la televisión reafirmando en lo dicho empecé a preocuparme por mi propio país. Una preocupación debida a que, visto como se la gastan los políticos, llegué a la conclusión de que no se trataba de un calentón ni de nada parecido, sino más bien de una afirmación madurada que, a juicio de quien la emitía, cabe pensar que podría ayudar a rellenar el saco de sus votos. Y en los partidos se hila muy fino a la hora de calcular la repercusión en votos de cualquier tipo de manifestación.

Viene aquí mi segunda reflexión. Si ese cálculo establece que hablando de esta manera se ganan votos cabe preguntarse hasta dónde hemos llegado. Qué sociedad es la nuestra que da por buena la idea de que corrupción se asocia a edad. Una sociedad que, además, no se escandaliza por el hecho de que se proponga discriminar a los efectos de la representación ciudadana a cerca de la mitad de la población

Para acabar de arreglarlo habría que acudir a la prueba del nueve y ver si se actúa como se habla.

A la vista de lo que acontece ésta es positiva. Las decisiones posteriores en materia de nombramientos y de condicionantes para llegar a establecer coaliciones de gobierno por parte del partido que representa el Sr. Rivera parece que están siendo consecuentes con el punto de partida: ponga Vd en cada sitio a alguien por debajo de los cuarenta y, si puede, elimine a cualquiera que haya rebasado esa edad.

Bien mirado, la propuesta que subyace en estos comentarios tampoco es tan original. Incluso dirigentes cualificados del otro partido llamado emergente, de “Podemos”, quizás de forma menos explosiva, pero también se han apuntado a la gerontofobia. Para limitar su entusiasmo por la originalidad habría que recordar a unos y a otros que hace unos años, en octubre de 2005, el diario “El País” publicaba un estudio donde se analizaba la proporción de personas mayores de 65 años que ocupaban puestos en diferentes instituciones públicas. En las Cortes Generales, los parlamentos autonómicos, los ayuntamientos más importantes, las ejecutivas de los principales partidos políticos e incluso en el Parlamento Europeo. Los resultados eran demoledores. En ningún caso la proporción alcanzaba el 5 %. La excepción, con apenas un 8,4 % de “seniors”, era el Parlamento Europeo, un lugar a donde se suele enviar a los políticos que han tenido responsabilidades pero que, superada su fase más activa, no se sabe bien qué hacer con ellos. En algunos casos, como en el de los ayuntamientos, la proporción no llegaba ni al 1,5 %. Estamos hablando de unos momentos en los que la tasa de mayores de 65 años en el contexto del total de votantes españoles estaba por encima del 30 %. No creo que desde entonces las cosas hayan cambiado mucho.

¿Se discrimina o no por edad? Tarea tenemos por delante quienes nos dedicamos a predicar en este terreno. Es absolutamente necesario empezar por la educación y por la sensibilización ciudadanas. Situaciones como las que hoy comento no son de recibo. Tampoco, y esto es más grave, merecen el silencio casi absoluto y la falta de respuestas con el que han sido acogidas por los medios de comunicación e incluso, peor aún dado lo que tiene de callada aceptación, por las asociaciones de los colectivos más directamente afectados. Esta sorprendente indiferencia constituye la última de mis reflexiones. En cualquier caso, lo que nunca hay que hacer es resignarse. Hay que seguir en la brecha por más que los resultados solo pueden ser esperados a muy largo plazo.

Coletilla final. Asumiendo que el Sr. Rivera como todos esperamos sea inmune a la corrupción: ¿seguirá en política dentro de una década o, en consecuencia con su pensamiento, habrá renunciado por edad a la misma de una manera definitiva?



Mi propio envejecimiento

Francisco Olavarría
CEO de *Serpentina Senior*.
Agencia de Eventos Sorpresa
para la Tercera y Cuarta Edad

Parece que el fenómeno del envejecimiento es una cosa ajena a nosotros y que la contemporaneidad sólo nos pertenece a los jóvenes. ¡Cuánto cliché y cuánto desatino!

Aunque siempre estuve rodeado de admirables personas mayores nunca pensé que me dedicaría en cuerpo y alma a satisfacer sus nuevas y exigentes demandas. El pasado mes de junio cumplimos dos años innovando y atendiendo al sector de los mayores y, durante este tiempo, he tenido que repetir, una y otra vez, como una especie de letanía, esta serie de obviedades: los mayores no es un colectivo enfermo, ni triste, ni mucho menos pasivo.

Desde *Serpentina Senior* hemos comprobado con satisfacción que la vida nos depara sorpresas y es esa ilusión e inquietud la que nos mantiene jóvenes. Desgraciadamente, con el paso del tiempo, nos olvidamos de fomentar estos momentos y eso es, sin duda, lo que para nuestro equipo de profesionales es un reto diario. En este sentido, organizamos diferentes modalidades de festejos en los que los mayores son protagonistas por derecho propio.

Los mayores son, en sí mismos, un testimonio de excepción del pasado, que protagonizan con entusiasmo su presente y que, por supuesto, siguen trabajando por dejarnos como legado a nuestra generación un futuro mejor del que encontraron. Ahora, a gente como nosotros nos toca visibilizar su honrosa veteranía, reconocer sus conquistas y agradecerles sus cuidados; y, sobre todo, corresponderles con una jubilosa etapa, de respeto, tiempo compartido y tiernas caricias.

Sin embargo y desgraciadamente, pronto la realidad me alertó de algunas certezas:

- Lamentable, las sociedades más envejecidas siguen considerando como homogéneo al colectivo más diverso.
- Resulta paradójico que los futuros médicos elijan Geriátrica como última opción.
- Es injusto que mientras fueron productivos todos necesitábamos a los mayores y ahora, que son ellos los que nos necesitan, les damos de lado.
- Me parece descorazonador que la sabiduría de años de ventaja sea desechada por el valor de lo efímero y lo vacío.

Todo esto resume lo que ya el papa Francisco dijo en audiencia general: «Donde los ancianos no son respetados, los jóvenes no tienen futuro». La longevidad que hemos alcanzado nos invita a disfrutarla, pero también a soñarla diferente y sin dramas, viviendo la vejez como una etapa más del ciclo vital. Estamos a tiempo de cambiar las cosas, por ellos y por nosotros.

A los jóvenes les diría lo siguiente. A medida que sumo años de vida, me voy reafirmando en esta convicción. Envejecer es crecer, reducir la marcha y mirar hacia arriba, con el sosiego de, por fin, haberse encontrado con uno mismo.

Y a los mayores les daría un simpático toque de atención. Por favor, nadie quiere a su lado ni vademécum parlante que les enferme, ni un anticuado mueble que desentone con su actual decoración.

La sociedad la formamos todos, así que unos y otros debemos ser justos y valorar al prójimo por su individualidad y su integridad; más allá de la fecha de nacimiento porque, como decía María Asquerino, «la edad se vence cuando uno se mueve».

Con *Serpentina Senior* nace una nueva forma de ser agradecido con las personas mayores, a través de regalos a medida que sean una inyección de optimismo, una píldora contra el desánimo o una tirita de cariño; una importante dosis de salud. Vivencias únicas como la alternativa más satisfactoria al acto de regalar, sobre todo para quienes llegaron a esta edad plena de obsequios materiales.



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.





La Reina Doña Sofía presidió los Premios SENDA

Su Majestad la Reina Doña Sofía presidió, el pasado 2 de julio, en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la entrega de los VI Premios SENDA, que coincidió con el 5º aniversario de *BALANCE de la Dependencia*, ahora *BALANCE Sociosanitario*, y el 15º aniversario de *Senda SENIOR*. Estos galardones reconocen la labor de personas, instituciones y empresas que trabajan en favor del envejecimiento y la madurez activa, así como de profesionales y entidades del sector de la dependencia y la atención sociosanitaria. En el acto, Doña Sofía, que recibió el Premio Sénior de Honor, estuvo acompañada por la secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Susana Camarero, y la presidenta de Grupo SENDA, Matilde Pelegrí.

» S. G. / E. E. «

En su discurso, la presidenta de Grupo SENDA aseguró que “esta edición de los Premios SENDA es muy especial para todos aquellos que viven su madurez con orgullo y que miran al futuro con optimismo”.

“Hace 15 años, hablar de mayores era sinónimo de vejez, dependencia y pobreza. Sin embargo, hoy, la madurez es una etapa más de la vida y la palabra sénior es utilizada con normalidad para representar la experiencia, el conocimiento y la mirada al futuro”, declaró.

Para la presidenta de Grupo SENDA, Matilde Pelegrí, “esta realidad es, sin duda, un reto, y constituye también una oportunidad. Nuestro objetivo es afianzar a Grupo SENDA como referente y punto de encuentro. Así será en el próximo mes de octubre, con Maduralia, el primer congreso científico-social sobre bienestar y calidad de vida en la madurez”.

Por su parte, la secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Susana Camarero, calificó las iniciativas galardonadas como “pioneras e innovadoras” al “dar respuesta a las necesidades de autonomía, salud y bienestar de los mayores” y promover “un envejecimiento activo”. Camarero destacó especialmente el premio otorgado a Su Majestad la Reina Doña Sofía, pues es “el máximo exponente” de palabras como “dedicación, compromiso y entrega”.





Más de 250 personas asistieron a la gala de los VI Premios SENDA. En la imagen, momento de la proyección del saludo del ministro Alonso



El presidente de Ilunion, Alberto Durán, dio unas palabras en nombre de todos los premiados

Para la secretaria de Estado, los Premios SENDA significan “un reconocimiento a todas aquellas personas, entidades e instituciones que trabajan por una sociedad abierta, por una sociedad para todas las edades y en la que las personas mayores son protagonistas”.

Asimismo, subrayó su compromiso de seguir trabajando “para que las condiciones de las personas mayores sean cada vez mejores, mediante los Sistemas Básicos de Protección como el sanitario, el de pensiones o el de servicios sociales; pero también a través del Sistema de Dependencia. Para ello, es muy reconfortante comprobar que las Administraciones no estamos solas en esta tarea, sino que contamos con el apoyo del sector empresarial”.

Camarero recordó también que el envejecimiento de la población representa un reto para la sostenibilidad “de nuestros sistemas

sociales. Por ello, las Administraciones debemos orientar nuestras estructuras hacia una asistencia sociosanitaria más eficiente en el gasto y más integral en la atención, pero también personalizada que ponga el foco en los enfermos y sus necesidades, generando una nueva cultura del cuidado de las personas”.

En nombre de todos los galardonados, el presidente de Ilunion, Alberto Durán, agradeció a Grupo SENDA “el trabajo diario desempeñado durante estos 15 años en favor de los mayores y la iniciativa de llevar a cabo estos premios, que son un impulso para que sigamos trabajando con calidad y con calidez”.

El presidente de Ilunion señaló que “lo mejor que nos puede pasar a cualquier persona es hacernos mayores, madurar y ateso-

Palabras Mayores en directo



El programa de radio *Palabras Mayores*, que se emite todos los sábados de 10:00 a 11:30 horas en Intereconomía Radio, se grabó desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la participación de los premiados. En la imagen, la presentadora Juani Loro con Matilde Pelegrí; el cómico Emilio González, que colabora cada semana con la sección Historias sin importancia; el director general de Ilunion Sociosanitario, Pablo Martín Calderón; la directora del Departamento de Personas Mayores de Obra Social La Caixa, Cristina Segura; y la Brand Manager de Tena Lady, Estelle Ribeiro.

rar experiencias a lo largo de nuestra vida, y hacerlo rodeándonos de todos los apoyos que necesitemos para vivir dignamente”. No en vano, recordó que “en España hay más de 16 millones de personas mayores de 50 años demandantes de bienes y servicios, y las entidades que trabajamos al servicio de los mayores no debemos olvidar esto”.



Galardonados de los VI Premios SENDA



Premio Sénior de Honor de Grupo SENDA

Su Majestad la Reina Doña Sofía

Durante la gala de los Premios SENDA, Su Majestad la Reina Doña Sofía recibió el galardón que la distingue como Sénior de Honor, reconocimiento especial de Grupo SENDA con motivo del 15º aniversario de su presencia en el mundo de los mayores.

Al término del acto, Su Majestad saludó uno por uno a todos los galardonados y se interesó por las actividades que realizan cada uno de ellos en aras de promover el envejecimiento activo y el desarrollo de las relaciones intergeneracionales como medidas para conseguir que las personas mayores disfruten de una vida más saludable.

A continuación, Doña Sofía pudo dialogar durante unos minutos con el resto de invitados y conocer de primera mano el trabajo de los profesionales que dedican su tiempo a mejorar la calidad de vida de los ma-



yores y la de sus familias. El premio Sénior de Honor reconoce la labor solidaria y comprometida de la Reina Sofía durante más de cuatro décadas, que le ha llevado a abarcar multitud de proyectos de carácter social y humanitario en defensa de los más vulnerables, entre ellos los mayores.

Doña Sofía, que presidió el acto, fue la encargada, además, de entregar los premios a las personas e instituciones más destacadas en el año.



Categoría SÉNIOR

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO **Obra Social La Caixa**



Jesús Nemesio Arroyo

Director de Comunicación y Marketing

“Recibir este premio es una auténtica satisfacción, estímulo y responsabilidad. El Programa de Personas Mayores de Obra Social La Caixa, cuyo fin es promover el envejecimiento activo y saludable, es uno de los más

importantes que tenemos. Cada año, 750.000 personas participan en los talleres y actividades, que se desarrollan en 605 centros distribuidos por España. Estas actividades pretenden la familiarización de los mayores con las nuevas tecnologías, el fomento de hábitos saludables y el disfrute de la vida”.

NUTRICIÓN **Servicio de Comida a Domicilio de Ucalca**



Beatriz Pérez García

Directora general

“En 2015 se cumplen los diez años desde que empezamos con este proyecto, que ya entonces iniciamos con mucha ilusión. Un grupo de profesionales, que veníamos de los servicios socio-sanitarios, quisimos convertir el

servicio de catering en un servicio social especializado, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y su permanencia en el domicilio el mayor tiempo posible. Y, una vez que lo hemos conseguido, recibir este premio supone una inmensa alegría”.

SALUD Y BIENESTAR **Plataforma Centrada en ti de Tena Lady**



Estelle Ribeiro

Brand manager

“Estamos muy contentos y agradecidos de haber recibido este premio, ya que es un reconocimiento por todo el esfuerzo que hemos hecho durante los últimos cuatro años para crear la plataforma *Centrada en ti* de Tena Lady, dedicada a la

mujer madura, donde se pueden encontrar muchos consejos sobre sexo, salud, bienestar, deporte, etc. Por tanto, este galardón es un valioso apoyo para continuar con el proyecto y un impulso para el futuro”.

TURISMO Y OCIO **Club de Vacaciones**



Luis Mata

Director general comercial

“Para todo el equipo del Club de Vacaciones supone una tremenda satisfacción haber sido elegidos para recibir este premio, dado que somos un turoperador especializado exclusivamente en personas mayores de 60 años. Además, nos

anima a hacer las cosas cada día mejor y a alcanzar todos los objetivos que nos hemos propuesto, y que se resumen en mejorar las vacaciones de las personas mayores que, por fin, disponen del tiempo libre necesario”.

BELLEZA Onagra Bio, cuidado corporal para pieles maduras, de Weleda



María Garnica Lafuente
Directora de Marketing

“Nos sentimos orgullosos de haber conseguido este galardón, que es un reconocimiento a la excelencia de la nueva línea que hemos desarrollado para mujeres de 50 años en adelante. Mi agradecimiento también a todo el equipo de Weleda España, que ha hecho posible el lanzamiento de este producto, dándolo a conocer para que las mujeres de 50 años en adelante puedan beneficiarse de un cuidado corporal 100 % natural y exclusivo para su tipo de piel”.

de Weleda España, que ha hecho posible el lanzamiento de este producto, dándolo a conocer para que las mujeres de 50 años en adelante puedan beneficiarse de un cuidado corporal 100 % natural y exclusivo para su tipo de piel”.

INICIATIVA PÚBLICA EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Servicio de teleasistencia de Castilla-La Mancha



José Ignacio Echániz

Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales en funciones

“Es un gran honor y una enorme satisfacción recibir de manos de Su Majestad la Reina Doña Sofía este galardón, que premia el esfuerzo por mejorar el envejecimiento activo y evitar situaciones de dependencia

en Castilla-La Mancha. Me siento honrado de haber trabajado en esta legislatura de una manera responsable para mejorar la calidad de vida de las personas. Asimismo, quiero felicitar a Grupo SENDA por la magnífica labor de informar y formar a los profesionales del sector sociosanitario”.



Categoría SOCIOSANITARIA

ENTIDAD DEL AÑO Ilunion



Alberto Durán
Presidente de Ilunion

“Para un grupo como Ilunion, que tiene como lema *Personas trabajando para personas*, este galardón supone un reconocimiento por un trabajo cuyo fin es crear empleo para el mayor número de personas posible y, en muchos

casos, cuidándolas directamente como sucede en la División de Ilunion Sociosanitario. Un orgullo también por quien lo concede, el Jurado de Grupo SENDA, formado por profesionales de referencia en el mundo de los mayores y en el cuidado de las personas”.

INICIATIVA PÚBLICA EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PSICOM (Unidad de Psicología del Consumidor y Usuario), de la Universidad de Santiago de Compostela por su proyecto MiAvizor



Jesús Varela

Profesor de la Universidad de Santiago de Compostela

“Para un grupo de personas que representamos a una universidad pública, concretamente la de Santiago de Compostela, haber recibido este premio representa una razón de orgullo y una motivación para seguir

trabajando al comprobar que lo que hacemos tiene repercusión y reconocimiento en el sector privado. Además, que nos haya elegido un jurado compuesto por profesionales con experiencia en el mercado laboral y en las necesidades de las personas mayores o en situación de dependencia es una satisfacción”.

INICIATIVA INNOVADORA Proyecto social CLECE



Cristóbal Valderas
Presidente ejecutivo del Grupo Clece

“Agradezco a Grupo SENDA y a Su Majestad la Reina Doña Sofía este premio, pero también a todos los trabajadores de Grupo Clece que son, realmente, los verdaderos artífices de este premio. Clece

es una empresa con una cultura social impresionante, que compartimos los 70.000 trabajadores. Como nuestro compromiso va más allá de los acuerdos contractuales con la Administración, queremos cerrar el círculo e integrar a personas y a colectivos laboralmente y sensibilizar a la sociedad”.

PROFESIONAL DEL AÑO, GALARDÓN PATROCINADO POR EL CORTE INGLÉS DIVISIÓN EMPRESAS



Rosa Domenech

Trabajadora social

“He trabajado 50 años en servicios sociales y este premio me ha hecho mucha ilusión. Por ello, quiero agradecer al Consejo Superior de Trabajo Social que me propuso, al Grupo SENDA que me admitió y a Doña

Sofía que me ha dado el galardón. Mi trabajo ha sido muy interesante y siempre me he sentido reconocida y apoyada. He sido inmensamente feliz trabajando como profesional de los servicios sociales y no deseo otra cosa que lo que he conseguido”.



II PREMIO ESPECIAL EULEN-SENDA AL LIDERAZGO DE LAS PERSONAS MAYORES CAUMAS (Confederación que agrupa a las Asociaciones de Alumnos de Programas Universitarios para Mayores)



Felipe Martín
Presidente de Caumas

“Tuve la oportunidad de estar en la primera edición de los premios de Grupo SENDA y es una satisfacción vivir su exitosa evolución. Este premio es un reconocimiento al mundo del mayor, concretamente por difundir los Programas Universitarios para Mayores como herramienta eficaz para el envejecimiento activo. Por ello, es una satisfacción sentir que hay alguien que se preocupa por las personas mayores y por nuestra participación en la sociedad”.



Miembros de Caumas con directivos de EULEN



Representantes de Castilla-La Mancha con directivos de la empresa Tunstall Televida



Directivos del Imsero y la directora general de Amade



El Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid) también nos acompañen esta edición



Aeste



Lares



FED y directivos del sector



Amade



Grupo AMMA



Sanitas Residencial



Grupo NEAT



Ilunion



Doro



Clece



BBVA



Juice Plus



Bienestar Mayores



Arion



Rosa Domenech, Premio al Profesional del Año, patrocinado por El Corte Inglés División Empresas



El secretario general de Sanidad y Consumo, Rubén Moreno, la subsecretaria de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, María Jesús Fraile, y el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Jesús Sánchez Martos



Grupo Retiro y UNIR



Directivas de Aseme, Asociación de mujeres empresarias



Apeto



Antonio Caretti con Joaquín Ferrer



Agustín Lopesino y José Manuel Marín Carmona



Natalia Roldán y José Manuel Ribera Casado



Los premiados, momentos antes de que comenzara la gala



Directivos de la SNE



Padre Ángel



Reunión del jurado de los VI Premios Senda

Retos de futuro del sector sociosanitario

Los miembros del Consejo Editorial de BALANCE Sociosanitario, así como las asociaciones profesionales más representativas exponen cuáles son los principales retos a los que se enfrenta su organización en el ámbito sociosanitario y las claves para afrontar el futuro a corto y medio plazo. Desde el periódico **BALANCE Sociosanitario de la dependencia y la discapacidad** recogemos todas las ideas expuestas y nos hacemos eco de sus propuestas, experiencias e inquietudes, que se verán reflejadas en los próximos reportajes. Cada mes profundizaremos en temas de interés para el sector: dependencia, cronicidad, cuidados paliativos, discapacidad, salud mental, etc.

» C. M. / S. G. «

“La coordinación sociosanitaria optimiza recursos”



Sabina Camacho
Directora general de Asispa

Apostamos por la coordinación sociosanitaria para dar una mayor calidad asistencial, optimizando recursos. Para ello, contamos con servicios integrales que se complementan entre sí, en función de las necesidades de las personas, y que se prestan en su propio domicilio o en centros especializados.

Hace 15 años implantamos nuestro primer sistema de calidad y, desde entonces,

hemos ido incorporando distintas normas. Todas ellas nos permiten trabajar con objetivos e indicadores y medir lo que hacemos para conocer cómo prestamos los servicios a las personas.

Algunas de las principales claves que nos marcamos para afrontar el futuro, a corto y medio plazo, pasan por fomentar la innovación, definir nuevos programas de intervención, promover la formación continua, apoyar estudios de investigación, realizar evaluaciones de los centros y servicios, desarrollar las TIC y ampliar el ámbito de acción de la responsabilidad social de la entidad, entre otros.

“Debemos profundizar en la profesionalización”



Ignacio Vivas
Consejero delegado de Grupo Ballezol

El principal reto en el ámbito sociosanitario sigue siendo lograr que exista una real y efectiva coordinación entre todos los agentes implicados en la atención de las personas: sanitarios y sociales, públicos y privados. La realidad es que, aunque se hayan producido avances, las personas mayores a las que Ballezol atiende están muy lejos de sentir

esa coordinación, que sería un elemento esencial para que recibieran la atención integral que se merecen.

Consideramos prioritario profundizar en la profesionalización de todos los que participamos en la prestación de servicios a las personas en situación de dependencia para convertir nuestro sector en un referente, no sólo desde el punto de vista económico y de creación de empleo, sino también de calidad en el empleo, en el servicio que se presta y en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

“Servicios Sociales y Sanidad deben facilitar la continuidad asistencial”



Valentín García
Director general de Caser Residencial

El envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad y de la pluripatología hacen que sea necesario diseñar un nuevo modelo de integración sociosanitario, que cuente con la cooperación de los responsables y gestores de servicios sociales y de sanidad, que deben facilitar la continuidad asistencial.

Las claves de éxito del nuevo modelo

serán: una única puerta de entrada al sistema y una única herramienta de evaluación; actuaciones conjuntas de Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios Sociales; un sistema informático que permita compartir información; y respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

Desde Caser Residencial estamos trabajando en la atención centrada en la persona, en la mejora de la satisfacción de sus necesidades y de la calidad percibida, en la participación de los residentes en sus cuidados y en la consolidación de nuestro comité de ética.

“Necesitamos un sistema de acreditación”



Javier Romero
Director general de Grupo Amma

Un alto porcentaje de nuestros residentes necesitan cuidados sanitarios más especializados e intensivos. De hecho, nuestros ingresos vienen cada vez más de derivaciones hospitalarias, por convalecencia o recuperación, y por patologías crónicas. Esto nos ha obligado a orientar nuestros servicios y procesos de trabajo, y también a avanzar en la formación de nuestros profesionales.

Nos hemos atascado en definir el espacio sociosanitario, pero es más importante garantizar la atención a los usuarios en función del motivo por el que ingresan: por un problema sanitario o porque son dependientes. El reto es que la Administración defina un sistema de acreditación, que establezca cuáles son los criterios para poder atender a los usuarios. En cuanto al coste, podemos fijarnos en las experiencias de otros países, donde existe el módulo sanitario, abonado por Sanidad, aunque el paciente reciba la atención en un centro residencial.

“Hay necesidades sanitarias que pueden ser cubiertas en el domicilio”



Florencio Martín
Director general de Atenzia

Considerando el conocimiento social que tiene Atenzia por los servicios que presta, hemos detectado que existen necesidades sanitarias que deben y pueden ser cubiertas en el domicilio. En este sentido, el reto consiste en interpretar de manera adecuada los requerimientos y exigencias que la sociedad, bien de forma pública o bien de forma privada, nos hace llegar y ser

capaces de poner en marcha proyectos que den solución a esta demanda.

La transformación en la que está inmersa nuestra compañía nos permite afrontar el futuro ofreciendo nuevos servicios y prestaciones con contenido sociosanitario muy acorde con la materialización del concepto en la sociedad española.

Atenzia viene colaborando con muchas Administraciones que entienden que la clave para garantizar un sistema sostenible pasa por optimizar los recursos disponibles y por dar valor añadido a los proyectos que desarrollamos.

“Prestamos cuidados sociosanitarios y se nos paga como centros sociales”



Ignacio Fernández-Cid
Presidente de Grupo Casablanca

Esta especialización y mejora asistencial ha hecho que surjan conflictos: se nos exigen cuidados sociosanitarios, pero se nos paga como centros sociales y

no se reconoce nuestra labor sanitaria. Además, el trato de los centros públicos y privados es diferente y se siguen duplicando recursos con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para mejorar o eliminar estos conflictos, deberíamos cuantificar lo que ahorramos al SNS, dar a conocer a la opinión pública el trabajo que se realiza en los centros de mayores privados, utilizar la telemedicina y las nuevas tecnologías para hacer más eficiente el sistema y configurar un grupo de trabajo donde colaboren los sectores público y privado.

“Debemos dar un paso más en la especialización y ofrecer soluciones sostenibles”



Fernando Matallanos
Jefe nacional del Área de Sanidad y Gerontología de El Corte Inglés

Cada vez es más evidente la necesidad de lograr una colaboración estrecha entre el ámbito sanitario y el gerontológico, con el fin de mejorar el nivel asistencial y de calidad de vida de los usuarios, adecuar las infraestructuras existentes a las necesidades reales de los ciudadanos y mantener

la sostenibilidad del sistema sanitario. Para afrontar estos retos, debemos dar un paso más en la especialización y la preparación técnica y comercial de nuestro personal, ofreciendo al sector soluciones imaginativas, rentables y sostenibles.

Al sector le ayudaría mucho la creación de un modelo sociosanitario único a nivel nacional, sin mermar con ello la capacidad de las comunidades autónomas para tomar sus propias decisiones, pero siempre bajo los mismos criterios, sin diferencias territoriales.

“Hay que definir el perfil de persona sociosanitaria”



Alfredo Bohórquez
Director técnico
Comercial y de
Calidad de Eulen
Sociosanitarios

El reto es definir unos criterios sociosanitarios comunes, que tengan como eje central las necesidades de los ciudadanos. El objetivo no es integrar todos los servicios, sino los procesos de acceso, valoración y designación de recursos de apoyo para las personas con alta complejidad de atención sanitaria y social.

Para el diseño de la puerta de acceso y el proceso de valoración de casos es clave la participación de los centros sanitarios y los de servicios sociales comunitarios.

Respetando la identidad de ambos sistemas, hay que definir el perfil de “persona sociosanitaria”, la puerta de acceso única, el modelo único y compartido de valoración sociosanitaria y los equipos gestores de casos y disponer de una cartera de servicios y recursos de apoyo. La clave es tener un diseño estatal común y una implantación local y comunitaria.

“Hay que generar colaboración entre instituciones públicas y privadas”



Antonio Guzmán
Director del Área
Promoción de la
Salud de Fundación
Mapfre

El siglo XX ha sido testigo de un considerable aumento de la esperanza y de la calidad de vida. Las principales causas de muerte en la actualidad se relacionan con enfermedades crónicas no infecciosas. Por todo ello, pensamos que es preciso generar lí-

neas de colaboración entre las instituciones públicas y privadas dirigidas a promover en la sociedad la cultura del autocuidado, trasladando a la población que entre los factores o determinantes que influyen para disfrutar de una “buena salud” en todas las etapas de nuestra vida, el más importante es el estilo de vida. Además, la sociedad ha de ser consciente de que los recursos sanitarios son limitados y debemos utilizarlos eficazmente. Para ello, es imprescindible el empoderamiento de la salud por parte de la sociedad.

“Innovación, optimización, integración de servicios y diversidad de usuarios son los principales retos”



Adolfo Tamames
Presidente de
Grupo Neat

Nuestra organización ha estado siempre comprometida con el desarrollo y la innovación. Esto nos ha llevado a ser actor principal en la cadena de valor de los servicios sociosanitarios. Los retos a los que nos enfrentamos hoy en día no difieren mucho de los que nos hemos enfrentado durante más de 20 años: innovación, optimización, in-

tegración de servicios y diversidad de usuarios. Para afrontar el futuro a corto y medio plazo vamos a seguir invirtiendo en I+D+i para poder adelantarnos a los retos futuros y presentes, continuar adaptando nuestras soluciones a las necesidades cambiantes del mercado y pensando en todos los integrantes de la cadena de servicio.

Somos conscientes de los retos económicos a los que tiene que hacer frente el sector, pero la calidad de nuestros productos y servicios es incuestionable.

“La atención debe integrar las dimensiones sanitaria, social y relacional”



Pablo Martín Calderón
Director general
de Ilunion
Sociosanitario

Al igual que otras entidades proveedoras de servicios residenciales, centros de día y servicios de proximidad, Ilunion Sociosanitario (antes Personalia) hace ya tiempo que ofrece servicios sociosanitarios con alta calidad asistencial. El principal reto que ahora tenemos es conseguir el reconocimiento por parte de las Administraciones Públicas para

asegurar la sostenibilidad de los servicios que ofrecemos y mantener los procesos de mejora continua.

La necesidad más urgente de nuestro sector es que se avance en la creación y el reconocimiento de lo que se ha dado en llamar el espacio sociosanitario. Las entidades prestadoras de servicios estamos ya preparadas. Ahora es necesario que las autoridades autonómicas den el paso y cumplan sus compromisos electorales con los ciudadanos que, por edad o discapacidad, necesitan una atención más personalizada que integre las dimensiones sanitaria, social y relacional.

“Centramos los cuidados en las personas y no en la enfermedad”



Domènec Crosas
Director general
de Sanitas
Residencial

Nuestro objetivo es mantener los estándares asistenciales, mientras avanzamos en el cuidado personalizado y sin sujeciones de nuestros residentes. Apostamos también por centrar los cuidados en las personas y no en la enfermedad, garantizando los máximos niveles de calidad asistencial. Y seguiremos desarrollando actividades que favorezcan la

socialización y la estimulación cognitiva de los residentes, teniendo en cuenta el aumento de las personas con Alzheimer y otras demencias.

Además, cada vez habrá más personas dependientes y con más patologías crónicas, que necesitarán cuidados específicos que deben ir más allá del simple tratamiento farmacológico y apostar por una mayor calidad de vida y autonomía. Por ello, es necesario un sistema de financiación estable, que contemple el mapa de la dependencia y sea capaz de dar respuesta a todas las personas que lo necesiten.

“La persona debe recibir cuidados en el entorno más adecuado”



José Luis Roselló
Director general
de SARquavita

Nuestro principal reto es ofrecer a las personas en situación de cronicidad y/o dependencia unos servicios integrales de calidad, donde primen sus necesidades y preferencias. Para alcanzar este objetivo, SARquavita se enfrenta a tres desafíos: ampliar y consolidar nuestra plataforma integral de servicios sociales y sanitarios, mantener los altos niveles de implicación

y compromiso de nuestros profesionales, y seguir trabajando por la profesionalización y la mejora del sector de atención a la dependencia.

En este contexto, resulta clave mejorar la eficacia y la eficiencia de los sistemas social y sanitario, garantizando que cada persona recibe los cuidados que precisa en el entorno más adecuado. Además, es imprescindible impulsar la colaboración público-privada y desarrollar un sistema de acreditación que asegure la calidad. Sin olvidar la necesidad de promover la innovación y las nuevas tecnologías en la prestación de servicios.

“Proponemos centros que se acercan más al concepto de hotel que de geriátrico”



Ramón Berra de Unamuno
Director general
de Sanyres

Por un lado, sigue existiendo una necesidad de cuidados geriátricos para ancianos dependientes y, por otro, hay un colectivo cada vez más numeroso de personas mayores que, aunque son autónomas, también necesitan vigilar su salud y quieren tener más comodidades. Debemos ser capaces de cubrir estas dos realidades distintas.

Sanyres quiere hacerse fuerte en un nuevo estilo residencial, con centros que se acercan más al concepto de hotel que de geriátrico. De hecho, este verano inauguramos Puente Romano Care Hotel/Resort en Puerto Banús. El futuro está en unir la atención médica a la experiencia emocional de vivir en nuestros centros. También apostamos por innovar en nuevas tecnologías y, en este sentido, acabamos de sacar una aplicación para tablets y móviles, un instrumento de comunicación directo con cualquiera de nuestros centros.

“Conectamos a 200.000 usuarios de teleasistencia con sanidad”



Abel Delgado
Consejero delegado
Europa del Sur de
Tunstall Televida

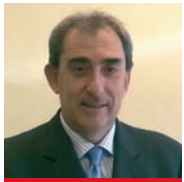
Hemos desarrollado un modelo de servicio proactivo, que responde a las necesidades cambiantes de cada usuario y su entorno, con una gama de servicios aplicados a diferentes colectivos.

En el ámbito de la salud, tenemos varios programas de telemonitorización de enfermos crónicos, algunos de ellos asociados a la teleasistencia, con las tec-

nologías más avanzadas e innovadoras. Además, disponemos de proyectos que conectan a unos 200.000 usuarios de teleasistencia con el sistema sanitario para mejorar la atención de urgencias sanitarias, el servicio de citas o consejos sanitarios.

Nuestro mayor reto es lograr la integración de estos servicios y la tecnología asociada a ellos en una única plataforma de gestión multifuncional, y el diseño de un terminal que, basado en tecnología IP, integre los diferentes dispositivos en teleasistencia y telemonitorización, que dé soporte a los servicios sociosanitarios.

“Los precios que las Administraciones están pagando no son sostenibles”



Fernando Benavente
Presidente de Aeste

Debemos trabajar para conseguir fórmulas de acreditación de centros y continuar sensibilizando a las Administraciones de la necesidad de una integración sociosanitaria real y efectiva. También es imprescindible concretar y cerrar criterios de cualificación profesional y avanzar en la reducción de los cuidadores informales. Asimismo, todos somos conscientes de que los precios que las Administraciones es-

tán pagando por los servicios ofrecidos no son sostenibles a medio plazo.

Por otra parte, debemos trabajar por conseguir el consenso y firmar el nuevo convenio colectivo que se está negociando. También es importante que avancemos con la Administración, sindicatos y patronales en la Mesa de Diálogo Social.

Por último, debemos disponer de fuentes de información precisas y datos con fiabilidad suficiente como para poder tomar decisiones con criterio. En este momento, los datos de las Administraciones son heterogéneos y, en muchos casos, no son comparables.

“Nuestros centros ya están atendiendo a paciente crónicos y paliativos”



José Alberto Echevarría
Presidente de la FED

Nuestras empresas están preparadas para asumir la integración sociosanitaria, ya que tanto por exigencias normativas como por experiencia de funcionamiento, nuestros centros están atendiendo a la cronicidad, rehabilitación física y funcional, cuidados en el final de la vida (paliativos), etc.

En cuanto a las claves para afrontar el futuro, entendemos que pasan por la

voluntad política. Llevamos más de 20 años hablando de integración sociosanitaria. Se ha analizado, debatido y visto su necesidad. Ahora hay que ponerlo en marcha definiendo herramientas objetivas de valoración de los usuarios sociosanitarios, definiendo la tipología de centros en función de la atención necesaria y definiendo el seguimiento del proceso (gestor de caso), coordinando las historias clínicas y sociales de los usuarios.

En definitiva, sólo hay que querer hacerlo. Los centros ya están, las herramientas existen y la necesidad es imperiosa.

“Esperamos la participación del Tercer Sector y del resto de agentes”



Juan Ignacio Vela
Presidente de Lares Federación

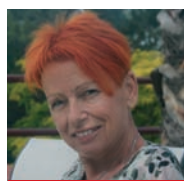
Los tres ejes que identifican el modelo de atención en los centros Lares y que constituyen nuestro valor diferencial son la persona como centro de la atención, los cuidadores como factor humano y el entorno como promotor de la convivencia. Estos componentes son también imprescindibles para construir la atención sociosanitaria.

Los retos actuales de Lares son profesionalizar el sector, aportar conocimiento y ex-

periencia y construir un espacio de convivencia intergeneracional, interdisciplinar y colaborativo, donde empresas, Administraciones, instituciones académicas y agentes sociales seamos capaces de dar viabilidad y sostenibilidad a la dependencia y a la autonomía personal.

Esperamos que la estrategia de coordinación sociosanitaria cuente con la participación del Tercer Sector y del resto de agentes, la formación de los profesionales, la gestión de la información y una atención integral de calidad homogénea, independientemente del lugar donde resida la persona.

“Los políticos, técnicos y profesionales implicados debemos sumar y no restar”



Ana Vicente
Presidenta de la Apeto

La coordinación sociosanitaria lleva años encima de la mesa, pero bajo el cristal, por lo que cuesta creer que por fin vaya a ser una realidad.

Como profesionales sociosanitarios, los terapeutas ocupacionales hemos estado reivindicando siempre esta coordinación.

Entre los retos están el poder consoli-

dar la visibilización de nuestra profesión y la delegación en la función reparadora de nuestra disciplina y, en otros casos y espacios, el poder incluirnos como merecemos.

Como claves de futuro considero fundamental la concienciación de los políticos, técnicos y profesionales implicados en esta gran misión de sumar y no restar, y de no olvidar que el objetivo general de todo y de todos es conseguir el bienestar y la mayor calidad de vida de las personas.

“Si hay voluntad política, el resto es relativamente fácil”



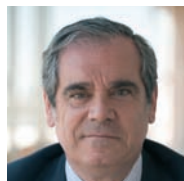
Luis Cayo Pérez
Presidente de Cermi

Hay que decir de entrada que en España no existe un auténtico espacio sociosanitario, es una de las carencias estructurales de nuestro sistema del bienestar. Cuando casi todo está por hacer en la materia, los desafíos son ingentes. Enormes, cierto, pero factibles. Lo realmente determinante es la existencia de voluntad

política que acompañe a la voluntad social, que sí existe, de crear ese espacio sociosanitario, de dejarse de palabras y pasar a los hechos.

Si se da esa voluntad política, el resto es relativamente fácil; los materiales están ahí y ahorrarlos no sólo es posible sino deseable. Un gran acuerdo político, con la categoría de Pacto de Estado, una ley estatal que lo concrete, un plan, un calendario y recursos, que no han de ser forzosamente nuevos, sino excedentes de lo que se liberaría. Está al alcance.

“Las farmacias son necesarias y estratégicas en la atención sociosanitaria”



Jesús Aguilar
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

La participación de los farmacéuticos comunitarios en la estrategia de atención sociosanitaria será clave para el futuro de la Sanidad. El cambio de paradigma sociosanitario hace necesario aprovechar todas las estructuras existentes y potenciar las sinergias, y en este escenario las farmacias tienen un gran potencial para contribuir al abordaje de una atención integral y continua al paciente.

Establecimientos accesibles a toda la población, que deben aprovecharse en programas de uso responsable y acceso a los medicamentos, productos sanitarios, nutrición enteral y dietoterapia, promoviendo el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia, etc. en colaboración con el resto de profesionales sanitarios.

La capilaridad de las farmacias facilitará una atención sociosanitaria integral y accesible, coordinada con los servicios sanitarios y sociales, ya sean residenciales, de día o en el domicilio del paciente. Los farmacéuticos comunitarios pueden y quieren contribuir con sus servicios a una mejora de la calidad asistencial.

“Se trata de reforzar la atención desde los dos sistemas y no de crear otro alternativo”



Ana Isabel Lima
Presidenta del CGTS

Consideramos imprescindible que la coordinación y atención sociosanitaria sea el resultado de coordinar e integrar prestaciones, recursos y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales. También la financiación es fundamental si se quiere hacer una apuesta de futuro. A la vez, es necesario avanzar en los perfiles de personas que se encuentran en el bi-

nomio cronicidad-dependencia, pero siempre partiendo de la premisa de que se atendería a cualquier persona que a lo largo de su vida tenga una patología clínica y un problema social añadido.

Hay que incidir en que se trata de reforzar y coordinar la atención desde los dos sistemas y no de crear otro alternativo. Para garantizarlo, apostamos por la constitución de órganos compuestos por personal de ambos sistemas con procedimientos, responsabilidades y un sistema de información compartidos.

“Hay que conseguir un modelo de alta calidad, eficaz y eficiente”



Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente de la Fundación Edad&Vida

Para mejorar la integración de la atención social y sanitaria es necesario conseguir un modelo de alta calidad, eficaz y eficiente, centrado en la persona, que dé respuesta a las nuevas necesidades de una población envejecida y con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas. Para ello, el principal reto es definir un marco

claro que impulse esta reorganización y permita incorporar nuevos enfoques.

El futuro pasa por la integración sociosanitaria y para que ésta se convierta en una realidad es fundamental la colaboración de todos los agentes implicados, teniendo como prioridad la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y en situación de dependencia. Para ello, será necesario aprovechar todas las fuentes de recursos y fomentar la colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada, bajo los principios de confianza y definición de responsabilidades.

“Es urgente que se adquiera el compromiso de reforma del sistema sanitario”



Manuel Vilches
Director general del IDIS

IDIS trata de poner en valor la aportación que el entorno privado realiza en coordinación socio sanitaria. Para nosotros es urgente que se adquiera el compromiso de reforma del sistema sanitario, adaptándolo a las necesidades actuales y, para ello, es

fundamental actuar sobre las diferentes palancas que articulan la solvencia y sostenibilidad del sistema, entre ellas se encuentran la gobernanza de los centros, la reforma de la cartera de servicios, la corresponsabilidad de los pacientes, la adopción de medidas de gestión clínica eficiente, el impulso decidido a la cooperación público-privada y la generación de infraestructuras adaptadas a la nueva realidad social.

“No hay problema sanitario que no tenga componente socio sanitario”



Juan José Rodríguez Sendín
Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Es un profundo disparate que lo sanitario y socio sanitario vayan por separado porque no hay problema sanitario que no tenga componente socio sanitario. Separarlos es perjudicial para la gente. Tiene que existir una estrecha colaboración en la que cada profesional tenga claro

sus competencias y se actúe de forma coordinada, porque el objetivo final es siempre proveer la mejor respuesta a los pacientes.

En principio deberíamos modificar las leyes que permiten que esto sea así. El marco legislativo lo está entorpeciendo. Luego el marco de competencias tiene que establecer un mecanismo de coordinación. Los trabajadores sociales, los médicos, los enfermeros tienen que estar en un foro único coordinado que dé una respuesta ajustada en ese momento, a esa población, en función de los recursos.

“El paciente debe participar para situarse en el centro del sistema”



Tomás Castillo
Presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

pacientes de otros

Entre los principales retos que hemos marcado en nuestra hoja de ruta destacamos la cooperación con los agentes del sector (entidades sociales estatales, Administraciones Públicas, empresas, entidades de países, etc.) para

lograr la transformación necesaria del sector. En nuestra opinión, las claves para afrontar el futuro se centran en lograr el reconocimiento de la cronicidad como un derecho subjetivo, como en su momento hicimos con la discapacidad o con la dependencia. Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, tendemos la mano a colaborar en el desarrollo de este proyecto porque el paciente debe participar en todas las cuestiones que le son de interés, para lograr de forma efectiva situarse en el centro del sistema.

“La coordinación puede garantizar la continuidad asistencial”



Manel Santiñá
Secretario de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

les asistenciales y servicios sanitarios

El incremento en la demanda de la atención socio sanitaria debido al envejecimiento y la situación económica supone un reto socio sanitario. Para afrontar el futuro a corto y medio plazo es necesaria la debida coordinación entre niveles asistenciales y servicios sanitarios

y socio sanitarios, con el objetivo de garantizar una continuidad asistencial de calidad y segura para los pacientes, buscando al mismo tiempo la eficacia y eficiencia óptimas. También es precisa la participación de los ciudadanos en las decisiones que se toman y en el cuidado de su salud, mejorando los canales de participación, formación y comunicación. Asimismo, es necesaria la inversión en promoción de la salud de los ciudadanos y en prevención de enfermedades y riesgos para su salud.

“La clave está en la creación de plazas de residencia que cubran una atención paliativa”



Álvaro Gándara del Castillo
Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal)

El principal reto al que nos enfrentamos en la Secpal en cuanto a coordinación socio sanitaria es la extensión de la atención paliativa a todo el sector socio sanitario, por medio de formación de todos los profesionales que trabajan en este sector. Los usuarios del sector socio sanitario son generalmente pacientes con pluripatología

y con baja complejidad, y es en su entorno donde se pueden beneficiar de una atención paliativa.

La clave para afrontar el futuro a corto plazo está en la creación de plazas de residencia que cubran una atención paliativa a pacientes con complejidad clínica baja, pero con necesidades sociales altas. Y a largo plazo, la formación continua, el apoyo de los equipos específicos de cuidados paliativos y la acreditación de centros que cumplan con unos estándares de calidad.

“La enfermería geriátrica mejora la salud de la población mayor”



Fernando Martínez
Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

Hay que apostar por modelos innovadores en la organización y gestión de los servicios, que permitan potenciar una adecuada integración vertical y horizontal de la atención. La SEEGG está trabajando para fomentar la formación de los profesionales, estimular la investigación en el campo de los cuidados y promo-

ver la gestión socio sanitaria para potenciar una atención integral.

Pensando en el futuro, es importante construir espacios que permitan la integración y la coordinación de recursos sanitarios y sociales, que mejoren la atención y ajuste los costes económicos. El desarrollo de la enfermería geriátrica contribuye a mejorar la salud de la población mayor y la calidad de la atención, ajustando los recursos disponibles a las necesidades y desarrollando programas de promoción de la salud, envejecimiento activo y empoderamiento de las personas mayores, prevención, cuidados curativos y cuidados paliativos integrados y coordinados.

“Es prioritario que se defina la convergencia en el espacio socio sanitario”

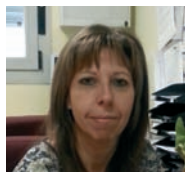


José Antonio López Trigo
Presidente de SEGG

Es prioritario que se defina la convergencia en el espacio socio sanitario. La coexistencia de dos vías, una veces paralelas, otras divergentes, como son la atención sanitaria y social, divide esfuerzos sin llegar a ofrecer una gestión adecuada de los problemas de los mayores. La única

manera de dar soluciones es de forma integrada, transdisciplinariamente. Las situaciones de dependencia, de necesidad de cuidados, recuperación de la autonomía, prevención de la discapacidad y promoción de la salud han de convivir en un sólo espacio. En este sentido, ofrecemos nuestro conocimiento y experiencia para culminar su creación. Los retos pasan por el trabajo y la dedicación, y los acuerdos y alianzas para hacernos más fuertes y presentes en la sociedad.

“Se ha de garantizar la certificación de los centros y dotarlos de infraestructuras”



María José Jiménez
Presidenta de SEMER

considerados como cualquier otro facultativo de la red sanitaria nacional. De esta manera, el médico de residencia se equipararía al médico de atención primaria y tendría todas las competencias de

éste, sin necesidad de que el médico de primaria tuviera que hacer de mediador.

Para ello, está claro que se ha de garantizar la certificación de los centros como centros sanitarios y se ha de dotar a los mismos de infraestructuras que garanticen un atención sanitaria óptima, de manera que se conviertan en centros “satélite” de los hospitales de agudos y se comporten como centros de larga estancia, dando cobertura sanitaria en un marco que garantice, además, la intervención social, psicológica y humana de nuestros mayores.

“La atención integral sociosanitaria permite que los profesionales gestionen juntos **la atención a los ciudadanos**”



ENTREVISTA A

Mariano Rajoy

Presidente del Gobierno

El presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, ha concedido a BALANCE Sociosanitario una completa entrevista en la que aborda las diferentes medidas que el Ejecutivo se plantea para asegurar la sostenibilidad del modelo de bienestar español, sobre todo teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población. Para ello, destaca la importancia de adoptar “un modelo de atención y coordinación sociosanitaria, que optimice los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan cuidados de larga duración, con enfermedades crónicas o en situación de dependencia”.

España cuenta en la actualidad con más de 8,5 millones de personas mayores de 65 años, más del 18% de la población. ¿Cómo debe afrontar el fenómeno del envejecimiento un país como el nuestro, con una alta esperanza de vida y una baja tasa de natalidad?

El aumento de la esperanza de vida es una excelente noticia, una conquista de nuestra sociedad y un gran éxito de los servicios sociales y sanitarios. Pero que cada vez vivamos más incrementa, lógicamente, el riesgo de padecer enfermedades asocia-

das al proceso natural de envejecimiento y las posibilidades de sufrir situaciones de dependencia, por lo que es absolutamente necesario garantizar a los ciudadanos la protección que nos proporcionan los pilares de nuestro Estado de bienestar, nuestro Sistema Nacional de Salud, el sistema público de pensiones y seguridad social, o el sistema de protección de servicios sociales.

Ésta ha sido y es una de las prioridades de esta legislatura.

En estos tres años y medio, hemos puesto en marcha muchas medidas para asegurar la sostenibilidad del modelo de bienestar español. Gracias al esfuerzo y el sacrificio de los ciudadanos, ha sido posible reforzar la universalidad del Sistema Nacional de Salud, mejorando, por ejemplo, la atención a los enfermos crónicos, y hemos logrado incrementar la sostenibilidad del sistema público de pensiones garantizando, al mismo tiempo, a los pensionistas el mantenimiento de su poder adquisitivo. Pese a las enormes dificultades financieras, a

diferencia de lo que ocurrió en la legislatura anterior, las pensiones españolas han subido todos los años, en algunos casos incluso por encima del IPC. Y se ha configurado un Sistema de Atención a la Dependencia más justo, que prioriza la atención a las personas con gran dependencia.

¿Qué objetivos se persiguen con el Marco de Actuación para las Personas Mayores?

Hasta hace poco tiempo, los mayores se asociaban a una imagen pasiva, demandante de prestaciones y servicios sociales y sanitarios y con poca participación social. Cambiar y actualizar esa percepción es ahora una necesidad que ellos mismos nos transmiten, y que desde el Gobierno compartimos.

El Marco de Actuación para las Personas Mayores es un documento elaborado con y para nuestros mayores, que recoge propuestas para fortalecer el ejercicio de sus derechos y afrontar con responsabilidad los retos que plantea el envejecimiento. Y al Gobierno le corresponde impulsarlo desde la Administración General del Estado. No olvidemos que la riqueza de una sociedad, sus valores y su humanidad, se nutre en gran medida de las relaciones intergeneracionales

El Gobierno ya se encuentra preparado para la incorporación de las más de 300.000 nuevas personas en situación de dependencia moderada



Tanto Sanidad como Servicios Sociales coinciden en la importancia de la atención centrada en la persona. Para ello, es necesario avanzar en la estrategia de coordinación sociosanitaria, que actualmente concentra el interés tanto del Ministerio como de las comunidades autónomas y de las empresas. ¿Cuándo tiene previsto el Gobierno completar la definición de esta estrategia y su puesta en marcha?

La adopción de un modelo de atención

y coordinación sociosanitaria representa una doble oportunidad para el fomento de la autonomía personal y el envejecimiento activo y saludable, optimiza los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan cuidados de larga duración, con enfermedades crónicas o en situación de dependencia, y permite una atención más personalizada y eficaz. En España, la atención sociosanitaria está definida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud desde el año 2003, y volvemos a encontrarla en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España de 2011. Pero, la verdad es que desde el punto institucional y normativo se había avanzado muy poco hasta la presente legislatura.

Alcanzar un pacto de estado sociosanitario fue uno de los objetivos prioritarios de mi discurso de investidura, y desde entonces ha recibido un impulso continuado con la aprobación de la Estrategia de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012 y el Documento de coordinación y atención sociosanitaria del Consejo Asesor de Sanidad de 2013. El Gobierno ya ha elaborado el documento base de esa Estrategia de atención integral sociosanitaria, y sobre ella estamos trabajando en colaboración con las comunidades autónomas y todos los sectores implicados en los ámbitos sanitarios y sociales.

¿Cuáles son los principales puntos sobre los que se basará esta Estrategia?

El objetivo es que las instituciones y los profesionales de los sectores sanitario y social puedan gestionar juntos la atención a los ciudadanos, desde los perfiles de atención hasta los criterios de acceso, la cartera de servicios, los instrumentos para asignar los recursos, los sistemas de información o los requisitos de acreditación.

Una vez que sea debatida con todas las Administraciones, expertos y profesionales, la enviaremos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema Dependencia, para ponerla en marcha en el plazo más breve posible, tanto por la Administración General del Estado como por las comunidades autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias.

La Ley de Dependencia, puesta en marcha en 2007, cumple un ciclo en 2015 con la incorporación de las personas

con dependencia leve. ¿Cuál es la posición del Gobierno sobre la evolución de esta ley?

A lo largo de estos años, en los que hemos padecido una crisis sin precedentes, el Gobierno ha puesto todo su empeño en mantener y consolidar la Ley de Dependencia, mediante un esfuerzo económico y organizativo que ha permitido, en colaboración con las comunidades autónomas, preservar el derecho de los ciudadanos a esa atención, aumentar la cobertura e incrementar el empleo y los servicios profesionales.

Cuando llegamos al Gobierno nos encontramos un Sistema de Dependencia colapsado, desordenado y que era poco transparente, tal y como señaló el Tribunal de Cuentas, por lo que tuvimos que adoptar en 2012 un conjunto de medidas de mejora, simplificación y transparencia, de acuerdo con el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Dependencia, que ya han dado sus frutos.

De hecho, las cifras de gestión de mayo nos dicen que el SAAD tiene hoy 745.159 beneficiarios, 6.572 personas más que en 2011; hemos reducido la lista de espera un 56,8 % respecto a 2011 (173.750 beneficiarios menos en lista de espera), y la cobertura ha aumentado en un 85 %, llegando al 90 % en los dependientes más graves o severos. Y eso lo hemos conseguido con una mejora de la calidad de los servicios prestados (los profesionales representan el 61,5 % de las prestaciones reconocidas, 6,93 % más que en 2011) y creando, además, 360.528 empleos.

Por tanto, hoy hay más personas atendidas que en 2011; la lista de espera se ha reducido; la cobertura es mayor que hace cuatro años (en estos últimos años se ha incorporado casi el 50 % de los dependientes que en la actualidad reciben prestación, a un ritmo de más de 280 nuevos beneficiarios atendidos al día), y se han creado puestos de trabajo hasta alcanzar cotas de afiliaciones a la Seguridad Social no registradas antes.

Este mes de julio, la Ley de Dependencia alcanzará su pleno desarrollo, mediante la incorporación de más de 300.000 nuevas personas en situación de dependencia moderada, para quienes el Gobierno se encuentra ya preparado con el fin de cumplir nuestras obligaciones de financiación.

¿Qué previsiones se plantea para alcanzar un acuerdo con las comunidades



la. Mientras que la sanidad es una competencia compartida, correspondiendo al Estado la determinación de las bases y la coordinación general y la legislación sobre productos farmacéuticos, en el caso de los servicios sociales -o-, como dice la Constitución, asistencia social- estamos ante una competencia exclusiva de las comunidades autónomas.

Por tanto, lo primero que debe hacerse en el terreno de los servicios sociales es tener perfectamente engrasados los

Vamos a continuar para configurar un escenario centrado en la persona, con sistemas que busquen una mejor adecuación a las necesidades de atención, en un entorno competitivo capaz de crear nuevos yacimientos de empleo

”

autónomas en materia de financiación de la dependencia?

Precisamente, el último Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Dependencia encargó la realización de una evaluación de resultados de la Ley de Dependencia. También el Congreso de los Diputados ha pedido al Gobierno que realice un estudio de balance sobre la aplicación de la Ley de Dependencia, cuyas conclusiones servirán para introducir las mejoras precisas en la normativa.

El sector empresarial de atención a la dependencia y sociosanitario reivindica un papel más relevante, como experto y conocedor de la atención a las personas. ¿Cuál es la posición del Gobierno sobre la colaboración entre el sector público y la iniciativa privada en materia sociosanitaria?

Partiendo de la premisa de que la garantía de los servicios sociales y sociosanitarios son responsabilidad de las Administraciones Públicas, parece conveniente que el sector público y el sector privado colaboren a fin de mejorar la eficiencia, la eficacia y la calidad en la prestación de

los servicios sociosanitarios, y optimizar los recursos disponibles en aras de una mejor atención a las personas y a sus familias, a quienes nos debemos.


Es una colaboración que está prevista en las leyes, tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley de Dependencia. Y en esta senda vamos a continuar para configurar un escenario centrado en la persona, más humano y satisfactorio, con sistemas que busquen una mejor adecuación a las necesidades de atención a las personas, que sea generador de oportunidades y en un entorno competitivo capaz de crear nuevos yacimientos de empleo.

A diferencia de Sanidad, que tuvo desde sus inicios una ley de ámbito estatal, Servicios Sociales no cuenta con esa base legal. ¿Para cuándo una Ley de Servicios Sociales? ¿Cuáles serán los aspectos que se considerarán relevantes en esa ley?

Con carácter previo quisiera recordar que Sanidad y Servicios Sociales no tienen un tratamiento homogéneo en el título octavo de la Constitución Español-

instrumentos de cooperación. Eso es lo que hemos hecho desde el principio con la integración, como única Conferencia Sectorial, de los Consejos Territoriales de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que antes estaban separados.

El Consejo Territorial ha aprobado un Catálogo Común de Servicios Sociales de acuerdo con las comunidades autónomas. Y es en el seno de este Consejo donde hay que abordar el catálogo de servicios y prestaciones de atención a la dependencia y el baremo de valoración de la dependencia, que es la puerta de entrada al Sistema. Dos cuestiones, por cierto, que mi Gobierno ha respetado y aplicado sin modificarlas en esta legislatura.

Evidentemente, se puede seguir avanzando para conseguir un Sistema que funcione de manera más coordinada y homogénea. Pero esto debe hacerse en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Dependencia, que es quien, llegado el caso, y con acuerdo de las comunidades autónomas, podría proponer una Ley de Servicios Sociales. 

Castilla y León aspira a convertirse en “laboratorio de innovación” en las políticas sobre envejecimiento activo



Su Majestad la Reina doña Sofía presidió la inauguración del III Simposio Internacional *Avances en la investigación sociosanitaria en la enfermedad de Alzheimer*, que se celebró a principios de junio en Salamanca, organizado por la Fundación Reina Sofía, el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca y la Fundación General de la Universidad de Salamanca. El presidente de la Junta de Castilla y León, Juan Vicente Herrera, intervino en el acto y destacó que la Comunidad aspira a convertirse en un auténtico “laboratorio de innovación” en el ámbito del envejecimiento activo.

Castilla y León está impulsando la innovación en envejecimiento activo a través de dos novedosos proyectos. Por un lado, el Clúster de Soluciones Innovadoras para la Vida Independiente (SIVI), que aúna el trabajo de 48 socios del ámbito de la Administración, el Tercer Sector, la Universidad y el mundo empresarial. Se trata de la primera agrupación empresarial innovadora de España reconocida oficialmente, que trabaja en el campo del envejecimiento activo y la dependencia, y que suma esfuerzos públicos y privados con el objetivo de desarrollar tecnologías que mejoren la atención a las personas mayores.

Por otro lado, la Junta de Castilla y León va a liderar el proyecto de la Red Europea “Coral”, lo que va a convertir a la Comunidad en un “laboratorio de innovación” en materia de envejecimiento activo. Se trata de la red europea más importante en materia de promoción de la vida independiente, que permitirá desarrollar en el territorio de Castilla y León soluciones innovadoras para un envejecimiento más sano y autónomo.

El presidente señaló que el aumento de la esperanza de vida no sólo demuestra los avances de la ciencia y de la sociedad, sino que impulsa retos frente a una mayor prevalencia del Alzheimer y de otras enfermedades neurodegenerativas.

En Castilla y León se estima que hay cerca de 60.000 personas afectadas por algunas de ellas, y la respuesta de la Junta está siendo integral, en torno a la prevención, la atención y los cuidados profesionales.

En materia de prevención, el presidente ha destacado la estrecha colaboración entre la Junta de Castilla y León y las asociaciones de familiares y enfermos de Alzheimer; un colectivo que ha sabido compatibilizar la filosofía de las entidades sin fin de lucro y del voluntariado con inter-

venciones de calidad y efectividad, a través de más de 550 profesionales, en áreas como la estimulación cognitiva, la asistencia psicológica a las familias, la participación en grupos de autoapoyo o el entrenamiento de los familiares.

Por lo que se refiere a la atención de los enfermos de Alzheimer, además de garantizar el acceso a los recursos en condiciones de igualdad, especialmente a las personas que residen en el medio rural, la Junta de Castilla y León está apostando por conseguir tres objetivos: agilidad, flexibilidad y profesionalización de la atención.

Así, se ha asumido el compromiso de garantizar el reconocimiento y concesión de las prestaciones de la Ley de Dependencia en un plazo máximo de tres meses, lo que supone reducir a la mitad el plazo fijado

en la legislación estatal. Asimismo, se ha adaptado la normativa autonómica que regula las prestaciones vinculadas a servicios, de modo que el usuario pueda elegir más de un servicio de forma simultánea y, además, cambiar la combinación de servicios mes a mes en función de sus necesidades y sin tener que presentar una nueva solicitud.

En ese mismo objetivo de flexibilidad se enmarca el modelo de Centros multiservicios, que ofertan servicios no sólo a sus residentes sino también a personas que viven en su entorno. Castilla y León cuenta con 149 de estos centros, que ofertan 263 servicios, muy especialmente en el medio rural.

En cuanto a las personas que ya no pueden vivir con calidad en sus hogares, Castilla y León ha optado por un nuevo modelo de atención residencial basado en unidades de convivencia, de las que ya existen 100. Dichas unidades se integran en una amplia red de recursos residenciales a disposición de las personas con Alzheimer, que suman un total de 25.400 plazas entre la red de residencias y centros de día.

Castilla y León ha generado 6,48 empleos por cada 1.000 habitantes en atención a la dependencia, hasta superar los 16.600 puestos de trabajo.



Programa Personas Siempre de Grupo Ballesol

Si se le pregunta a la opinión pública qué síntomas asocia con la palabra demencia, probablemente responderá: pérdida de memoria, dificultades en atención, desorientación espacial, síntomas todos ellos relacionados con la esfera cognitiva de la demencia. Pero existen otros síntomas llamados “síntomas psicológicos y conductuales de la demencia” (SPCD) como la apatía, los delirios, las alucinaciones, la agitación, la ansiedad, la depresión, la euforia, las alteraciones de la conducta alimentaria y del sueño, entre otros, que es muy importante evaluar y tratar ya que suponen una menor calidad de vida para el paciente, una mayor demanda de cuidados para el cuidador, un mayor riesgo de institucionalización y un mayor consumo de fármacos y recursos sanitarios. Para poner de relieve la importancia en cifras de los SPCD basta citar que, según estudios internacionales, la prevalencia de estos síntomas en pacientes con demencia oscila entre el 49 y el 89 %.

Dada la relevancia del tema, el 57 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología dedicó un simposium a *Conductas disruptivas en el anciano: síntomas psicológicos y conductuales*, en el que se hizo una revisión de las herramientas de valoración y seguimiento de los trastornos conductuales y se abordó el manejo no farmacológico de los trastornos conductuales y la prescripción farmacológica en el anciano con demencia y otras patologías psiquiátricas.

En este mismo Congreso, Leticia Pérez del Tío, coordinadora de Psicología, Terapia Ocupacional y Animación Sociocultural del Grupo Ballesol, presentó un póster titulado *Estudio preliminar de los resultados del Programa Personas Siempre: aspectos conductuales*, en el que se detallaron los primeros resultados obtenidos con este programa.

De los 4.500 pacientes atendidos por el Grupo Ballesol anualmente, el 37 % padece demencia en fase avanzada y, de ellos, el 55 % presenta, además, SPCD. Dado que la presencia de esta sintomatología implica una menor

calidad de vida para el residente y su familia, en 2010 se diseñó y puso en marcha el Programa Personas Siempre.

La calidad de vida de una persona mayor está estrechamente relacionada con su entorno ambiental y afectivo. Este entorno incluye los cuidados de salud adecuados, la cercanía y seguridad que ofrecen la familia o los amigos y un medio que favorezca un desarrollo autónomo e integral.

Bajo el lema *Cuando la demencia avanza no podemos retroceder en los cuidados*, el programa Personas Siempre responde a las necesidades de los residentes con demencias avanzadas mediante la potenciación de las áreas cognitiva, emocional y relacional. Se trata de este modo de mantener y estimular las capacidades preservadas de los residentes, promover una vía de comunicación con los demás y facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, mediante la combinación de diseño ambiental, musicoterapia receptiva y las actividades del método Montessori.

Los tres pilares del proyecto son:

1. **Diseño ambiental.** En la decoración de los salones para los residentes con demencia avanzada se utilizan imágenes reales, claras, vitales y con colores alegres para crear un espacio positivo y agradable para el residente, su familia y los propios trabajadores. Se elimina la televisión,

La calidad de vida de una persona mayor está relacionada con su **entorno ambiental y afectivo** e incluye los cuidados de salud, la seguridad que ofrece la familia **y un medio que favorezca un desarrollo autónomo e integral**



dado que las personas con esta patología no se benefician de ella, e incluso puede llegar a alterar su conducta. La pantalla de televisión sirve como medio para proyectar imágenes y música adecuada a los horarios, actividades y gustos de los residentes.

2. **Musicoterapia.** Son muchos los estudios sobre el papel positivo de la musicoterapia en las residencias y su función para aumentar la comunicación, generar emociones positivas, mejorar las funciones cognitivas y conductuales en pacientes de edad avanzada diagnosticados de demencia moderada o avanzada. En la mayoría de ellos, se informa de los beneficios conductuales de esta terapia como la reducción de la agitación de los residentes.

3. **Programa diario de estimulación basado en Método Montessori para Personas con Demencia.** Las tareas propuestas están siempre relacionadas con las actividades de la vida diaria y utilizan objetos cotidianos, potenciando así la funcionalidad del residente. A parte del trabajo realizado por la Terapeuta Ocupacional con los residentes se favorece la interacción de la familia y la participación de la misma en las actividades. Tratando así de dar recursos a la familia para relacionarse con su familiar por medio de tareas sencillas.

En este análisis preliminar de sus resultados se expusieron sólo los datos referentes a SPCD durante un periodo de seis meses de seguimiento.

La intervención sobre SPCD fue encaminada a la disminución o inhibición de respuestas motoras y conductuales desadaptativas, como la irritabilidad y la agitación; y al incremento de un estado de ánimo eutímico a través de la musicoterapia receptiva, y los estímulos visuales atractivos y significativos que decoran la sala.

La muestra del estudio se compuso de 69 personas mayores con demencia avanzada procedentes de dos centros geriátricos. Las personas fueron en su mayoría mujeres (81,2%), con una media de edad de 89,13 años y una media de estancia en el centro geriátrico de 4 años y 10 meses. Se realizaron dos evaluaciones, una antes de la intervención (pre) otra post intervención (post).

El programa de musicoterapia receptiva consistió en seis horas de estimulación diaria. Se presentó a través de videos realizados con imágenes y música, en ellos se alternan mú-



Leticia Pérez del Tío, coordinadora de Psicología, Terapia Ocupacional y Animación Sociocultural del Grupo Balesol

sica clásica con canciones tradicionales que fomentan la evocación del recuerdo.

Las imágenes que decoran la sala generan un ambiente agradable y acogedor y promueven el reconocimiento visual de elementos naturales.

En la intervención cognitiva se utilizan actividades adaptadas del Método Montessori. En todas las actividades se favorece la organización, planificación y secuenciación cognitivo-sensoriomotora, que facilita el mantenimiento de las praxias y las gnosias básicas. La intervención se realiza durante 45 minutos diarios de lunes a viernes.

Para valorar los resultados de la intervención, se aplicó de forma semestral el inventario de sintomatología neuropsiquiátrica (NPI).

Los SPCD, que disminuyen entre pre-post intervención en la puntuación total del NPI son los siguientes: delirios, alucinaciones, depresión y euforia. Al analizar de manera pormenorizada los datos del NPI para averiguar si lo que disminuye es la frecuencia o la gravedad de estos síntomas se obtuvieron los siguientes resultados: disminuyó la frecuencia de delirios y alucinaciones; y disminuyó la gravedad de delirios, agitación, depresión y euforia.

Los resultados de este trabajo muestran la utilidad del Programa Personas Siempre en el control de los SPCD. En un estudio más extenso, se analizará una muestra mayor de sujetos y un periodo mayor de seguimiento de los mismos.

Lo que **Atención Primaria** puede hacer por la **Dependencia**



La mayoría de los casos de dependencia vienen provocados por una enfermedad. De ahí que el aspecto sanitario tenga tanta relevancia en la prevención, cuidado y mejoría de la calidad de vida de las personas con dependencia. Sin embargo, en la práctica, la intervención de algunos de los profesionales sanitarios que deberían ser actores principales, como los de Atención Primaria (AP), queda relegada a un segundo plano, desaprovechando una oportunidad de lujo, pues estos especialistas disponen de información y recursos valiosos, más de los que ellos mismos conocen.

» Carmen MORENO «

La dependencia es uno de los principales problemas sociosanitarios por la repercusión que tiene en los pacientes y sus familias y el elevado coste que supone para el Sistema Nacional de Salud. Y, a pesar de ello, aún no se le saca suficiente partido a las capacidades de los profesionales involucrados. Un caso evidente es el de Atención Primaria.

Los profesionales que trabajan en AP cuentan con una situación privilegiada para detectar de manera precoz posibles situaciones de dependencia, así como para evaluar los diferentes grados y elaborar un plan de cuidados acorde a

cada caso. Sin embargo, en la actualidad, “el médico y otros profesionales de Atención Primaria tienen escasa participación en lo sociosanitario”, advierte el director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Julio Zarco. Este médico de familia, que fue durante ocho años presidente de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), considera que la medicina de familia es el sector idóneo para llevar a cabo la combinación sociosanitaria por la inmediatez de los recursos, por la posibilidad

de coordinación con otros profesionales del escenario sociosanitario y, sin lugar a dudas, por la capacidad de la multidisciplinariedad que puede tener. En su opinión, “Atención Primaria tiene que dar un paso al frente y liderar la coordinación sociosanitaria, fundamentalmente en lo que respecta al ámbito domiciliario”. Aunque para ello, debe mejorar la estructura de coordinación, se debe concretar el catálogo de prestaciones sociales y sanitarias, se debe implantar un sistema de información compartido y mejorar la sensibilización y la formación de todos los implicados.

SENSIBILIZAR Y CAMBIAR

Los cambios demográficos han provocado que, actualmente, el 30 % de los pacientes que atienden los profesionales de Atención Primaria tengan más de 65 años y, de ellos, un 15 % son frágiles y otro tanto dependientes. Por esta razón, Atención Primaria se considera una especialidad clave en la atención a la dependencia. “Es la real puerta de entrada para las personas con dependencia. No olvidemos que la situación de dependencia que protege la ley viene generada por una o varias enfermedades”, sos-

tiene la directora científica del Instituto Gerontológico Matia, Mayte Sancho.

A pesar de ello, no todos los profesionales están concienciados. En parte, como explica la doctora Pilar Regato, del Grupo de Atención al Mayor de Sem-FYC, porque piensan que se puede hacer poco: "En general, los profesionales son poco conscientes de estas situaciones porque pensamos que hay pocos recursos, y nos centramos en atender la parte más sanitaria, derivando la social al trabajador social". Pero, en su opinión, se puede hacer mucho y, de hecho, se hace, aunque no siempre se sea consciente. Entre los ámbitos que puede cubrir la AP se encuentran: promoción del envejecimiento activo, abordaje de las patologías crónicas, detección precoz de la fragilidad, ser previsor con los casos de dependencia, intervención sanitaria al dependiente en el hogar, etc.

**Atención Primaria
tiene que dar un
paso al frente y liderar la
coordinación sociosanitaria,
fundamentalmente en lo
que respecta al ámbito
domiciliario**

Esta experta hace especial hincapié en la detección precoz de la fragilidad, ya que de alguna forma se considera una fase previa de la dependencia en las personas mayores. Asimismo, asegura que AP debería tener mayor peso en la valoración de la persona dependiente: "La valoración de los dependientes la realiza un equipo que se traslada al domicilio y observan un momento concreto de la vida de esta persona. Sin embargo, nosotros hacemos continuamente infor-

mes que podrían ser muy útiles, y no se tienen en cuenta. De hecho, nosotros somos quienes mejor conocemos a estos pacientes y a sus familias, y nuestra opinión tiene poco peso. Quizá si nuestra valoración fuera tomada en cuenta, tendríamos la sensación de que nuestro trabajo es más útil y nos implicaríamos más".

FORMACIÓN EN DEPENDENCIA

En nuestro país, los profesionales de AP tienen poca formación en dependencia. Los programas de docencia en las universidades de medicina no abordan contenidos relacionados con el ámbito sociosanitario. El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, reconoce que los médicos saben cuáles son las consecuencias físicas y psíquicas que provocan las enfermedades, pero desconocen los recursos

que hay para poder responder a las necesidades sociosanitarias de los pacientes. Por eso, apuesta por la formación, pero también por "promover la coordinación integrada para que la dependencia pueda desarrollarse correctamente".

Los expertos insisten en que es preciso mejorar la formación de todos los profesionales implicados en la atención de las personas dependientes. La doctora Pilar Regato cree necesario incluir materia sociosanitaria en el pregrado, posgrado y formación continuada, ya que "cuanto mejor sepamos cómo funcionan los servicios sociales, cómo se accede, qué requisitos se precisan o qué son las voluntades anticipadas, mejor prestación podremos ofrecer".

En la misma línea, se pronuncia la responsable de Enfermería del Centro de Salud Gregorio Marañón de Alcorcón, M^a Carmen Rivero Medina: "Es fundamental formarse, adquirir nuevos conocimientos



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.





Para avanzar en un modelo sólido de coordinación sociosanitaria es necesaria una firme voluntad política

ETXEAN ONDO

EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN

El proyecto *Etxean Ondo* es una iniciativa de Matia Fundazioa-Matia Instituto y el Gobierno Vasco consistente en el desarrollo de un modelo de atención basado en las preferencias de las personas y que abarca la atención en domicilios, entorno y en residencias. Pretende aplicar el modelo de atención integral y centrada en la persona, orientado a conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación.

El programa *Etxean Ondo* ha sido una experiencia importante en el País Vasco, con un considerable impacto internacional. “En su vertiente domiciliaria ha demostrado la bondad de la coordinación de esfuerzos y competencias profesionales de los dos sistemas, social y sanitario”, asegura la directora científica del Instituto Matia, Mayte Sancho, que destaca que, por primera vez, ha sido posible abordar conjuntamente casos que presentan necesidades sociales y sanitarias. “Es una de las pocas experiencias promovidas desde lo social, que han contado con el apoyo del sistema sanitario, especialmente en Álava”, indica.

Diversificación de servicios de proximidad, coordinación de todo el proceso de valoración, intervención y evaluación a través de la figura de gestora del caso y desarrollo de un modelo de atención integral y centrada en la persona, han sido la clave de esta experiencia, valorada muy satisfactoriamente por todos los implicados en ella. “Pero esto todavía es el comienzo de una larga historia. Necesitamos seguir trabajando en esta línea, superando las múltiples limitaciones que en esta ocasión hemos identificado. La próxima será mucho mejor”, sostiene Sancho.

y habilidades. Nunca se conoce suficiente”. En su opinión, los profesionales de AP forman parte de un equipo multidisciplinar que se está formando continuamente. “De nuestra formación y capacidad depende la calidad de la atención que prestamos a todos nuestros pacientes, incluidos los dependientes. Somos los encargados de cuidar, mantener y mejorar su calidad de vida; de rellenar sus solicitudes según la Ley de Dependencia para que puedan recibir sus ayudas, etc.”, puntualiza.

Para Rivero, cuanto mejor se conozca un tema y más informado esté el conjunto de profesionales “más fácil es coordinarse y evitar pérdidas de tiempo y duplicidades que, en el fondo, desesperan a los cuidadores de los dependientes y al personal sanitario”.

Entre las ventajas de la formación, esta especialista destaca las siguientes: una mejor coordinación, agilización de trámites, mayor eficiencia y eficacia en la atención. “Todo esto repercutiría positivamente en los dependientes y sus cuidadores, ya que recibirían una atención de calidad, un plan de cuidados personalizados, sus ayudas llegarían antes y se incrementaría su confianza y seguridad”, mantiene.

MÁS COORDINACIÓN

La coordinación sociosanitaria es la meta a la que aspiran

todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios. Pero de momento, aunque se trabaja en este sentido, queda algo lejano. Juan José Rodríguez Sendín considera que hay una “fractura tremenda entre competencias”, así como poca homogeneidad entre unas comunidades autónomas y otras. “El trabajador social está más o menos próximo a los profesionales sanitarios dependiendo de la región y esto no puede ser.

El médico y el trabajador social se tienen que ver con cierta periodicidad porque deben dar una respuesta integrada y acorde a las necesidades del paciente o dependiente”, reclama el presidente de la OMC.

Mayte Sancho explica que existen fórmulas muy diversas, que van desde coordinación en aspectos muy puntuales a experiencias de integración de servicios y atenciones. Estas últimas presentan múltiples dificultades, derivadas sobre todo de la diferente disponibilidad de servicios de uno y otro sistema, diferentes formas de acceso y culturas profesionales también muy distintas.

“No podemos olvidar que el acceso a los servicios sociales se produce mediante valoración de necesidad, no sólo sanitaria sino socioeconómica también, a pesar de que tenemos una ley que garantiza un derecho subjetivo pleno. En todo caso, para avanzar en un modelo sólido de coordinación sociosanitaria es necesaria una firme voluntad política”, constata la directora científica del Instituto Matia.

Del mismo modo, el doctor Rodríguez Sendín resalta que “no se puede depender de la voluntad de los enfermeros, de los trabajadores sociales o de los médicos. La coordinación sociosanitaria no debe ser algo voluntario, sino un encuentro obligado y, para eso, debe regularse, fijando forma, tiempo y recursos. Esta regulación tiene que unificar y otorgar responsabilidades a quienes tengan que tenerlas”.



Sanidad y Gerontología

El Corte Inglés División Empresas ofrece productos y servicios de instalaciones, equipamiento y suministros para todo tipo de centros dedicados al cuidado y mantenimiento de la salud.

Buscando el bienestar de las personas que utilizan estos centros, ponemos a disposición de nuestros clientes un equipo de profesionales con amplia experiencia en el equipamiento de hospitales, residencias de mayores, centros de día, clínicas o centros de rehabilitación.

El Corte Inglés

DIVISIÓN EMPRESAS

SERVICIOS CENTRALES

Conde de Peñalver, 45 - 47 - 28006 Madrid

www.elcorteingles.es/empresas • Tel.: 91 4000 700 • division_empresas@elcorteingles.es

La cultura que profesionales y pacientes deben asumir



» Carmen MORENO «

La seguridad del paciente es un factor imprescindible para alcanzar la calidad asistencial que exigen los pacientes y a la que aspiran las instituciones sanitarias y sociosanitarias. Además, prevenir riesgos en la práctica clínica evita disgustos y ahorra costes al sistema sanitario. Y por si no fuera suficiente, afianza la confianza que la población tiene en los profesionales y ayuda a motivarlos. En vista de estas virtudes, pocos se atrevería a poner en duda la necesidad de instaurar la cultura de seguridad del paciente en los centros sanitarios y sociosanitarios, sin embargo, aún queda camino que recorrer en lo que respecta a la sensibilización e implicación de las entidades públicas y privadas.

“Sólo nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena”. Éste es un refrán que resume muy bien lo que, en general, ocurre en nuestro país con la seguridad del paciente. Nadie duda de los conocimientos, habilidades y capacidades de los profesionales sanitarios y sociosanitarios, así como de su voluntad para tratar al paciente y atender a sus familiares del mejor modo posible; sin embargo, la intención no siempre es suficiente, entre otras cosas porque el factor humano no es el único que interviene en el cuidado, y cuando suceden incidentes es

cuando recordamos lo práctico que hubiera sido tener un protocolo o una cultura de seguridad del paciente para haberlo prevenido.

Y se trata de un pensamiento totalmente lógico, pues según estudios recientes entre el 40 y el 70 % de los problemas de seguridad se pueden prevenir. En hospitales se pueden evitar entre un 40 y un 50 % de los casos y, en atención primaria, urgencias y cuidados intensivos hasta el 70 %. Esto indica que “existe un amplio margen de maniobra”, afirma el

director-gerente de la Fundación para la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (Fidisp), Santiago Tomás. Además, este profesional asegura que crear una cultura y un conocimiento en seguridad del paciente reducirían tanto la importancia del factor humano en el origen de los eventos adversos como del resto de agentes que también contribuyen a su aparición.

PROBLEMÁTICA PARA REFLEXIONAR

Se estima que entre un 10 y un 15 % de la población atendida en el sistema sanitario sufre algún incidente o evento adverso derivado de la asistencia recibida. La creciente complejidad en el manejo de los pacientes, debido a que interactúan múltiples factores (organizativos, personales, profesionales, relacionados con la enfermedad, etc.), es una causa elevada de morbilidad y mortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados. Además, puede tener otras consecuencias relevantes, como la incapacidad temporal o permanente, lesiones

físicas y psíquicas, prolongación de la estancia en un hospital, reclamaciones jurídicas y aumento del consumo de recursos y coste para el sistema.

Con la seguridad del paciente se pretenden reducir los riesgos innecesarios derivados de la asistencia sanitaria, ya sea proporcionada en Atención Primaria, en el hospital, en una farmacia o en una residencia. Entre los motivos más frecuentes que provocan los incidentes se encuentran: errores en el diagnóstico y en el tratamiento, problemas de identificación de pacientes, manejo inadecuado del paciente y de las técnicas y dificultad en la comunicación.

- **Errores en la medicación.** Proporcionar el tratamiento correcto y de modo adecuado no siempre se resuelve con éxito. La polimedicación tan frecuente en enfermos crónicos y personas mayores complica esta labor. Las reacciones adversas a la medicación (RAM), la omisión de la dosis, dosis incorrectas, medicamentos erróneos, equivocación en la dispensación y falta de adherencia al tratamiento son las principales trabas. También dentro de los problemas terapéuticos deben contemplarse las interferencias con los alimentos.

- **Identificación de pacientes.** Algo que a priori resulta tan básico, puede originar errores irremediables, sobre todo en los hospitales donde el trasiego de pacientes y los cambios de turnos son frecuentes.

- **Manejo inadecuado en los procedimientos.** Poner una sonda, un catéter o una vía con cuidado evitan hematomas, flebitis y otros daños en el paciente. Y hábitos sencillos como lavarse las manos puede prevenir infecciones. También la precaución con las heridas y las úlceras por presión es un tema de máxima importancia.

- **Comunicación con los pacientes y entre profesionales.** Es una parte importante en la seguridad del paciente. “Cómo informas, cómo explicas, cómo te entienden y la relación con los pacientes y con los familiares es clave para que la atención sea segura”, explica Santiago Tomás.

TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD

La seguridad del paciente no es una preocupación nueva. Ya en el 1750 a. C. el *Código de Hammurabi* muestra interés en no dañar a los demás. Pero fue en los años 90, a raíz de un estudio americano que cuantificaba los errores en la práctica clínica en términos de lesiones y económicos, cuando internacionalmente los países tomaron cartas en el asunto. El docu-

mento determinaba que la no seguridad del paciente constituía la octava causa de mortalidad en EE.UU., por delante del cáncer y de los accidentes de coche, y esta idea causó gran sensación y dio la vuelta a todo el sistema sanitario, que quería comprender qué estaba pasando. Fue entonces cuando el resto de países y los principales organismos de salud comenzaron a replantearse cómo mejorar la seguridad del paciente y realizaron estudios para detectar dónde estaba el problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó las riendas y desarrolló estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitieran controlar los eventos adversos en la práctica clínica.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad estableció la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos claves de la mejora de calidad, lo que queda reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se desarrolla desde el 2005 en coordinación con las comunidades autónomas.

Los objetivos que plantea son un reflejo de los que propone la OMS en el Programa de Seguridad del Paciente:

- Promover y desarrollar el **conocimiento y la cultura de seguridad** del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y **notificación de eventos adversos** para el aprendizaje.
- Implantar **prácticas seguras** recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la **investigación** en seguridad del paciente.
- Promover la **participación de pacientes y ciudadanos** en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.

Actualmente, “España es uno de los países que mejor tiene trabajada la seguridad del paciente”, afirma el director-gerente de Fidis. Según este experto, entre 2005 y 2010 se han elaborado estudios muy interesantes al respecto y la sensibilización ha mejorado en aquellos colectivos profesionales de mayor riesgo,

como son la hospitalización, urgencias y cuidados intensivos. Pero considera que, aunque estamos en el buen camino, queda mucho por hacer.

Desde las comunidades autónomas también se está promoviendo y desarrollando la seguridad del paciente, especialmente Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco son las que están apostado intensamente por este tema y cuentan con planes estratégicos definidos.

Más comunicación,

MÁS SEGURIDAD

La comunicación con los pacientes es un instrumento fundamental para conseguir una mayor seguridad y disminuir los riesgos. Así lo consideran ocho de cada 10 gestores sanitarios, según se desprende del estudio *Análisis de gestión de la seguridad del Paciente y Propuestas Prácticas Clínicas Seguras Prioritarias en los Centros Sociales*, elaborado por la Fundación para la Investigación, la Docencia y la Innovación en Seguridad del Paciente (Fidis). Una comunicación adecuada en el momento preciso evita errores y daños a los pacientes y sufrimiento a los pacientes y familiares.



Asimismo, los gestores sanitarios también consideran medidas necesarias para aumentar la seguridad clínica en el entorno sanitario mejorar la transferencia de pacientes entre distintos niveles asistenciales y unidades de hospitalización, para que no se pierda información valiosa que no aparece en la historia clínica.

FALTA DE CONCIENCIACIÓN Y CONFIANZA

Cada vez se habla más de seguridad del paciente, pero no todos los profesionales e instituciones la han interiorizado. La primera brecha se encuentra en la enseñanza profesional. En las facultades de la rama de medicina no se enseña o se dedica poco tiempo a conocer qué es y la importancia de la seguridad del paciente. Por otra parte, los centros priorizan otros asuntos y, aunque conoce que existen riesgos, no se centran en poner las medidas de prevención oportunas. “Confían en la buena voluntad de los profesionales, pero eso no siempre es suficiente. Es importante que las organizaciones se impliquen”, sostiene Santiago Tomás. Además, insiste en que la primera víctima de la no seguridad es el paciente, pero también el profesional se ve afectado, porque cualquier incidente puede tener repercusiones psicológicas e incluso penales para él. Y, por supuesto para la organización que, además de ver perjudicada su imagen, tendrá que hacer frente a los costes. En este sentido, Tomás reflexiona: “Quizá es más interesante y más económico invertir en sensibilizar y formar a los profesionales en seguridad, que tener que afrontar un problema de este tipo”.

La clave está en “crear cultura de seguridad”, que implica no sólo formación sino también concienciación y confianza. Los profesionales y las instituciones de-

ben concienciarse de que la seguridad del paciente debe formar parte de su rutina. Según el director-gerente de Fidis, la falta de conciencia es el inconveniente esencial, pero también se precisan políticas para abordar los incidentes cuando suceden, porque esto influirá en que sean reincidentes o no se vuelvan a repetir. Sobre todo es importante cómo se aborda de cara al profesional. “En España tendemos a buscar un culpable de todo. Y en seguridad del paciente esto debe cambiarse. Todo el mundo puede tener errores porque no es con mala intención, pero como lo importante es detectarlos cuanto antes y poner barreras para prevenirlos, las organizaciones deben dar respaldo y confianza suficiente a sus empleados (que previamente tendrían que estar formados) para que con toda tranquilidad comunique lo que ha pasado y cómo ha sucedido, lo que impedirá que vuelva a ocurrir”. Según Santiago Tomás, las organizaciones que van mejorando es porque consiguen romper estos temores y crean un clima de confianza para poder hablar del tema. “Las instituciones tienen que generar conocimiento y confianza para contribuir a la cultura de seguridad del paciente”, apunta.

PASO A PASO

No es nada fácil implantar una cultura de seguridad porque requiere de implicación y liderazgo por parte de la institución. Además, el proceso puede ser más o menos lento, dependiendo de las características del centro, pero sin duda merece la pena.

Lo primero es informarse sobre cómo hacerlo, bien a través de un asesor bien buscando bibliografía, por ejemplo en las consejerías de Sanidad de cualquier comunidad autónoma o en el mismo Ministerio de Sanidad.

Luego es preciso contar con una persona que crea en el tema y se forme, con el fin de

poder desarrollar el proyecto, aunque será un equipo multidisciplinar el que lo ponga en marcha.

Los pasos a seguir, según explica el responsable de Fidis, son:

- Crear una cultura de la seguridad.
- Implantar prácticas clínicas seguras.
- Establecer un sistema de trabajo interno para analizar continuamente los problemas que se tienen.

Es imprescindible que se comunique este proyecto al resto del equipo para que conozca, entienda y asuma un modo más seguro de trabajo, de atención al paciente. Además, una vez implantada la cultura de seguridad en el centro, se puede certificar su modelo de trabajo con la UNE 179 003: 2010 de Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Las TIC y las redes sociales constituyen un tándem clave en la evolución y mejora de la seguridad del paciente

NOTIFICAR PARA aprender

La notificación de los incidentes es clave para aprender de los errores. Sólo a partir del análisis de la situación, problemas e incidentes que producen o hubieran podido producir daño a los pacientes, se puede mejorar e instaurar las medidas preventivas adecuadas.

De ahí que como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado SiNASP, un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

La notificación es voluntaria, pero el Ministerio anima a los profesionales a utilizarlo, ya que de este modo colaboran en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

La información introducida en el SiNASP es totalmente confidencial y está protegida por los más avanzados sistemas de seguridad.

El SiNASP está disponible para hospitales y para centros de Atención Primaria. Sólo los profesionales de los centros que están dados de alta en el sistema podrán notificar incidentes en el SiNASP.

TIC Y REDES SOCIALES

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas al mundo sanitario, junto con la aparición de Internet y las redes sociales, constituyen un tándem clave en la evolución y mejora de la seguridad del paciente. Sistemas de identificación, sistema de dosificación de los medicamentos, soluciones de información y comunicación con el paciente y los familiares, soluciones que ayudan a los profesionales a ofrecer un mejor servicio y a aumentar su productividad y sistemas de alerta (medicación, errores de procedimiento...) posibilitan una atención más individualizada y de mayor calidad y, por supuesto, más segura. También las redes sociales contribuyen en esta labor como herramientas que mejoran la colaboración entre profesionales y que favorecen que los pacientes y familiares estén mejor informados.



Sanitas

PARTE DE **Bupa**

Los mayores de **Sanitas Residencial** “*se van de crucero*”

Sanitas Residencial lleva de crucero a los mayores de sus centros, gracias a **Un verano de crucero**, un programa terapéutico que proporciona una experiencia novedosa, apetecible y fresca. Asimismo, esta iniciativa mejora el bienestar de los mayores y favorece el envejecimiento activo a través de actividades originales e innovadoras.

De cara al verano, los centros Sanitas Residencial de Alameda de Osuna, Almenara, Arturo Soria, Centro de día Clara del Rey, El Viso, Ferraz, Getafe, Guadarrama, Henares, Centro de día Ilustración, La Florida, La Moraleja, Las Rozas, Mirasierra y Puerta de Hierro ofrecen a los residentes y familiares divertidas y refrescantes actividades que no sólo permiten salir de la rutina, sino que repercuten de forma positiva en la condición física y cognitiva de los residentes.

Con un **Un verano de crucero**, los mayores podrán “visitar” hasta doce países y conocer sus aspectos culturales, gastronómicos y folclóricos a través de actividades relacionadas con cada destino. Para ello, los centros estarán acondicionados y decorados con un **attrezzo** veraniego dependiendo del país que se vaya a visitar” y la experiencia vivida por cada residente.

Además, los empleados de los centros llevarán atuendos propios de marineros para simular la tripulación del crucero

y, junto con los empleados y familiares, podrán hacerse fotos con su **attrezzo** veraniego en los diversos **photocall** que dispondrá cada centro.

La iniciativa, que se desarrolla en un entorno de ocio, incluye actividades terapéuticas y físicas, como mantenimiento cognitivo o sensorial, fisioterapia, gerontogimnasia o mantenimiento de la movilidad, entre otras. Y todo en un ambiente vacacional claramente diferenciado al resto del año.

Además, los residentes, podrán enviar una postal por cada ciudad visitada, contando su experiencia tanto a familiares y amigos, como a residentes de otros centros residenciales de Sanitas.

Con esta actividad la diversión está asegurada, pero, además de disfrutar, los residentes también se beneficiarán de otras ventajas. Así lo explica el jefe de gestión asistencial de Sanitas Residencial, David Curto: “Durante este verano, y siguiendo la tradición estival anual, en las residencias de Sanitas Residencial se va a seguir potenciando el envejecimiento activo, a través del programa **Un verano de crucero**. Con este programa, se continúa trabajando, igual que el resto del año, tanto a nivel físico como cognitivo. En el aspecto físico, se potencia la movilidad, el equilibrio la coordinación y otros aspecto básicos que permiten minimizar el riesgo de caídas de los residentes. Además, al introducir aspectos e indumentarias veraniegas, permite adaptar todas estas actividades al ámbi-



Programa Big 6

Un verano de crucero forma parte de un programa de envejecimiento activo, compuesto por seis grandes actividades anuales que Sanitas Residencial lleva a cabo en los 40 centros de la compañía, dirigido a todos los residentes, tengan o no algún tipo de deterioro cognitivo.

Las actividades enmarcadas dentro del programa **Big 6** permiten a los residentes desarrollar sus capacidades cognitivas y físicas, y, desde el punto de vista psicológico, les ayuda a mejorar sus relaciones personales, disminuir el estrés y potenciar la autoestima y un buen estado de ánimo.



to estival. En el aspecto cognitivo, dado que durante estas actividades se viaja por diferentes países, culturas y tradiciones culinarias, se trabaja el recuerdo, la reminiscencia tanto de historia, tradiciones, sabores, cocina, etc., favoreciendo así la plasticidad neuronal tan importante para ralentizar enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer”.



Inserción laboral: hacia la igualdad de oportunidades

La diversidad de los perfiles profesionales hace que las empresas sean más competitivas y capaces de afrontar nuevos retos de futuro. Aunque cada año la inserción laboral de las personas con discapacidad deja cifras más alentadoras, aún queda un largo camino por recorrer para alcanzar la igualdad de oportunidades. Las empresas deben dejar a un lado los estereotipos y prejuicios injustificados, muchas veces motivados por el desconocimiento de las capacidades de las personas con discapacidad. La formación adaptada a sus necesidades y la orientación laboral personalizada para que puedan entrenar sus competencias y desarrollar sus habilidades son medidas imprescindibles para que las personas con discapacidad desempeñen su labor como cualquier otro trabajador. El fin último no es otro que construir una sociedad más justa e integradora.

» Sonia GARCÍA «

La Fundación Adecco asegura que más de 35.000 personas con discapacidad están buscando empleo. En verano siempre se incrementan las contrataciones y, aunque suelen ser trabajos temporales con una clara estacionalidad, es una buena oportunidad para que las empresas conozcan nuevos perfiles profesionales.

Para avanzar hacia la normalización e igualdad de oportunidades, la Fundación

Adecco oferta 184 empleos para personas con discapacidad. Las empresas demandan perfiles muy diversos en sectores de actividad diferentes: administrativos, conductores, recepcionistas, programadores informáticos o limpiadores. “Se trata de un colectivo de la población que, si bien está ganando peso en la economía productiva, todavía presenta muy baja participación en el mercado laboral, con una tasa de activi-

dad del 35 %”, afirma su director general, Francisco Mesonero.

NORMATIVA ACTUAL

El Capítulo VI del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, regula el derecho al trabajo de las personas con discapacidad.

“El artículo 35 establece que las personas con discapacidad tienen derecho al trabajo, en condiciones que garanticen la aplicación de los principios de igualdad de trato y no discriminación. Y el artículo 37 establece como finalidad de la política de empleo aumentar las tasas de actividad y de ocupación e inserción laboral de las personas con discapacidad, así como mejorar la calidad del empleo y dignificar sus condiciones de trabajo, combatiendo activamente su discriminación”, explica la secretaria de la Comisión de Empleo y Formación del Cermi, Pepa Torres. Además, se establece como obligación de las Administraciones Públicas competentes fomentar las oportunidades de empleo y promoción profesional en el mer-

cado laboral, así como promover los apoyos necesarios para la búsqueda, obtención y mantenimiento del empleo.

Asimismo, apunta Torres, se determinan las tipologías de empleo mediante las que las personas con discapacidad pueden ejercer su derecho al trabajo:

- Empleo ordinario, en las empresas y en las Administraciones Públicas, incluido los servicios de empleo con apoyo.
- Empleo protegido, en centros especiales de empleo y en enclaves laborales.
- Empleo autónomo.

En cuanto al empleo ordinario, el artículo 42 establece la obligación de las empresas públicas y privadas que empleen a 50 o más trabajadores que, de ellos, al menos el 2 % sean personas con discapacidad (cuota de reserva). Por otra parte, en las ofertas de empleo público se reservará un cupo del 7 % para ser cubierto por personas con discapacidad.

Además, el responsable del Área de Formación y Empleo de Cocemfe, Juan García Olmo, añade que se mencionan acciones de apoyo al empleo de las personas con discapacidad en la Estrategia Española de Activación al Empleo 2014-2016, en los Planes Anuales de Empleo, en el Plan Nacional de Garantía Juvenil, etc.

CONCIENCIA EMPRESARIAL

A pesar de la normativa, el mundo empresarial aún no ha normalizado la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral.

“Aún tenemos un largo camino por recorrer”, asevera Pepa Torres del Cermi. “Algo se ha avanzado en los últimos años, pero no podemos considerar satisfactorio el nivel de inclusión laboral de las personas con discapacidad”, subraya. Para ilustrar sus palabras un dato más que significativo: apenas una de cada cuatro personas con discapacidad en edad laboral está ocupada, frente al 57 % de la población general, siendo la tasa de desempleo de las personas con discapacidad nueve puntos superior.

Desde Cocemfe, Juan García distingue dos situaciones distintas. Por una parte, la que se da en las grandes empresas, sobre todo las relacionadas con el sector servicios, “que sí han normalizado más la incorporación de personas con discapacidad, debido a varios factores: el trabajo de sensibilización e intermediación laboral de las entidades sociales, la incorporación de los Planes de Calidad y de RSC, las experiencias positivas, las bonificaciones económicas, los requisitos en los concursos de las Administraciones Públicas, etc.”. Sin embargo, en las pequeñas empresas aún no se ha dado completamente esta normalización “por no disponer de departamentos de Recursos Humanos, la urgencia en la contratación, los estereotipos y prejuicios, etc.”.

DIFICULTADES QUE SUPERAR

La secretaria de la Comisión de Empleo y Formación del Cermi, Pepa Torres, asegura que “múltiples son los factores que han influido en que la participación de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo presente una posición más negativa que la del resto de la población: la limitada incidencia de las políticas públicas de apoyo al empleo, las reticencias y miedos de las propias personas con discapacidad y sus familias, sus inferiores niveles de educación y formación, el desconocimiento y prejuicios de las empresas respecto a las competencias y capacidades de las personas con discapacidad, la propia configuración de la imagen social de las personas con discapacidad, etc.”.

Por su parte, el responsable del Área de Formación y Empleo de Cocemfe, Juan García, asegura que cada vez hay más personas con discapacidad mejor formadas, motivadas y con experiencia laboral. Por tanto, las dificultades a las que se enfrentan no son diferentes a las del resto de desempleados. Y las resume en la insuficiencia o inadecuada formación, la edad, ser parados de larga duración, los bajos salarios y malas condiciones laborales ofertadas. “Y todo ello agravado con los problemas relacionados con la movilidad y la accesibilidad. Más aún en los entornos rurales y alrededores de las grandes ciudades”, detalla García.

Para superar esas dificultades, Cocemfe defiende que lo principal es continuar con el trabajo de sensibilización e intermediación con las empresas, “promoviendo la formación adecuada a la demanda del mercado de trabajo y la formación en el

uso de las nuevas tecnologías, fomentando las redes de apoyo, motivando el desarrollo personal y profesional, manteniendo y mejorando las bonificaciones y apoyos a la contratación, la adaptación de puestos de trabajo y el impulso del autoempleo”. Para todo ello, es imprescindible “un trabajo colaborativo de las entidades sociales y, especialmente, de aquellas que trabajamos con las personas con discapacidad”, matiza.

Mientras, Pepa Torres del Cermi apunta que para abordar esta realidad “hay que garantizar que las políticas públicas de apoyo al empleo sean mucho más eficaces y tengan un impacto social mayor”. Sin olvidar la necesidad de “garantizar unos sistemas educativos y formativos para el empleo inclusivos, que permitan que las personas con discapacidad no abandonen prematuramente su educación y que puedan participar en igualdad de oportunidades en el sistema de formación para el empleo con la finalidad de poder mejorar sus competencias profesionales”, añade Torres.

Torres destaca también la importancia de insistir en el cumplimiento de las cuotas de reserva de empleo por parte de las empresas y de las Administraciones Públicas: “Hay que sensibilizar a las empresas y a la sociedad en general sobre los derechos de



Esfuerzo, motivación o espíritu de superación son sólo algunos de los valores que aportan las personas con discapacidad a los equipos de trabajo



las personas con discapacidad, de sus capacidades y competencias y de que no hay que despreciar el talento de un porcentaje tan elevado de ciudadanos”.

“Y también hay que trabajar con las personas con discapacidad y con sus familias para eliminar situaciones de sobreprotección”, manifiesta Torres.

HACIA LA INSERCIÓN

El Cerami representa los intereses de las personas con discapacidad y defiende el derecho a que el trabajo reconocido en el marco normativo sea efectivo. “Cuando nos referimos a una persona con discapacidad debemos recordar que primero es persona, con la misma dignidad y los mismos derechos que cualquier otra. Tener una discapacidad no debe identificar a la persona como inferior, incapaz o carente de capacidades; lo que constituye la discapacidad es el entorno, el contexto social que rodea a la persona y que no facilita las oportunidades necesarias para desarrollarse con sus propias cualidades y capacidades”, afirma la secretaria de la Comisión de Empleo y Formación, Pepa Torres.

Igualmente, el fin de Cocemfe es crear un ecosistema de apoyo en el que las personas con discapacidad tomen decisiones informadas, de acuerdo a sus objetivos y situación personal para mejorar su empleabilidad. Esto consiste en ajustar las expectativas, mejorar sus habilidades sociales y laborales, impulsar la formación, formar en el uso de las TIC, tejer redes de contactos, promover la búsqueda autónoma y activa de empleo, mantener el empleo una vez conseguido, etc. Para ello, Cocemfe cuenta con perfiles multiprofesionales que acompañan a la persona con discapacidad en todo este itinerario.

UN CASO DE ÉXITO: ILUNION

La plantilla del Grupo Ilunion es de 30.696 trabajadores (a cierre de 2014), de los cuales 9.817 son personas con discapacidad,



lo que supone un 31,98 % del total. En el caso concreto de Ilunion Sociosanitario, de los 838 trabajadores, 194 son personas con discapacidad, un 23,15 %.

Sus perfiles profesionales se encuentran en la estructura de la empresa y también en los propios centros, “y están presentes en diferentes puestos de todos los servicios que prestamos, desde los directores y gerentes hasta los servicios de atención directa (gerocultor, coordinador de teleasistencia, teleoperador, oficial de unidades móviles o de instalaciones, limpiador, etc.), pasando por los diferentes miembros de los equipos interdisciplinarios (animador sociocultural, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico, enfermero, etc.)”, asegura la directora del Área de Recursos Humanos, Rocío Andreani.

Para Ilunion, las personas con discapacidad “son claramente un valor añadido”. Generalmente, han tenido que superar un sinnúmero de obstáculos para formarse y para conseguir abrirse camino en unas condiciones que no suelen ser las idóneas y, en el tipo de servicios que Ilunion Sociosanitario

presta, la actitud de superación y las ganas de trabajar son muy importantes. “Desde una actitud abierta hacia las personas con discapacidad, lo único que hay que hacer es ofrecerles su oportunidad, después son ellos quienes la aprovechan para demostrar que son capaces de realizar un trabajo de calidad, como todo el mundo”, detalla Andreani. Con relación a sus compañeros de

trabajo, la convivencia laboral suele ser, añade, “un lugar para desarrollar y vivir lo que significa la igualdad en la diversidad y para cultivar actitudes solidarias”.

Cuando las personas mayores o en situación de dependencia son atendidas por personas con discapacidad, “ven al profesional y no la discapacidad”. “Los mayores y sus familias entienden que

algunos de los profesionales que les atienden han tenido que realizar importantes esfuerzos por superar dificultades muy similares a las que están viviendo ahora debido a la dependencia, y esto genera cercanía, empatía y complicidad”, comenta Andreani.

La responsable del Área de Recursos Humanos de Ilunion subraya que cuando una persona con discapacidad quiere incorporarse al mercado laboral tiene que enfrentarse “a la barrera que supone la mentalidad de los empresarios. Por lo general, tiene que esforzarse más para demostrar su valía. Hay personas que, cuando su discapacidad reconocida no se evidencia físicamente, no la declaran para evitar ser rechazadas”. No obstante, la bonificación por contratar a personas con discapacidad ha mejorado esta situación. “Pero eso no quiere decir que los empresarios sean conscientes del valor añadido de la incorporación de profesionales con discapacidad en sus empresas. Aún es necesario un cambio de mentalidad. La única diferencia es que, en algunos casos, necesitan adaptaciones, que no impide el desempeño de sus tareas. Tenemos que lograr que la incorporación de personas con discapacidad se normalice, como ocurre en Ilunion”, concluye Andreani.

Apenas una de cada cuatro personas con discapacidad en edad laboral está ocupada, frente al 57 % de la población sin discapacidad

Programa Alianza

La Fundación Randstad desarrolla diferentes programas de apoyo al empleo de personas que pertenecen a colectivos en riesgo de exclusión laboral, con el objetivo de aumentar las posibilidades de encontrar un nuevo empleo.

Un ejemplo de ello es el programa *Alianza*, que nació en 2005 con el fin de sensibilizar a las empresas de las capacidades de las personas con discapacidad intelectual para realizar un trabajo. Con la ayuda de un preparador laboral que le entrena en tareas específicas del puesto y lo acompaña hasta que ya está preparado, se busca su total autonomía laboral.

Este programa, en el que colaboran diferentes asociaciones y fundaciones, ha logrado que, en 2014, 21 personas con discapacidad intelectual hayan conseguido realizar un trabajo de forma autónoma y normalizada en Madrid, Barcelona, Sevilla, Ávila y Asturias. En total, desde la creación del programa, 128 personas han encontrado un puesto de trabajo.

Suelos que transmiten Sensación de Hogar

GAMA COMPLETA DE SOLUCIONES PARA EL SECTOR GERIÁTRICO



❑ SUELOS CALIDOS Y
CONFORTABLES A LA PISADA

❑ SUELOS SEGUROS FRENTE
AL DESLIZAMIENTO

❑ SUELOS HIGIÉNICOS Y FÁCILES
DE MANTENER

❑ SUELOS RESISTENTES Y
DURADEROS



Tarkett Floors, S.L.

Avda. Llano Castellano, 13 ; 4º

28034 Madrid. Tel: +34 91 495 14 00

info.es@tarkett.com (www.tarkett.es)



Síguenos en redes sociales



THE ULTIMATE
FLOORING EXPERIENCE

José Antonio López Trigo

Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

DERECHO A LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA

“No se puede consentir una discriminación a las personas mayores”

Los mayores, pacientes crónicos y personas con dependencia son la razón de ser de nuestra publicación. Y si hay una sociedad científica con la que nos sentimos especialmente identificados es con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Es por eso que, en este primer número de *BALANCE Sociosanitario*, hemos querido dar voz a su presidente con el fin de conocer sus reivindicaciones para el sector de los mayores y sus retos en la atención. En este sentido, José Antonio López Trigo ha sido firme: los mayores tienen derecho a tener una asistencia especializada. Y su demanda es que se desarrolle la especialidad de Geriatría y Gerontología acorde a las necesidades del país, “necesidades que vienen marcadas clarísimamente por el índice de envejecimiento”, ha destacado.

» Carmen MORENO «

¿Qué papel ocupa la especialidad de Geriatría dentro nuestro sistema sanitario?

Ocupa un papel desigual porque está muy desarrollada en unas comunidades autónomas, poco desarrollada en otras y por desarrollar, por desgracia, en País Vasco y Andalucía. En las comunidades donde está desarrollada funciona a la perfección, al igual que otras especialidades y otros equipos de salud. Por eso, no puedo entender que, siendo una especialidad médica igual que las demás, no se permita a los ciudadanos tener una asistencia especializada por igual en todo el territorio nacional.

¿A qué cree que se debe?

Tiene que ser un capricho político. No entiendo por qué hay que justificar a los políticos la conveniencia de la especialidad, cuando no se discuten las demás. Además, es una especialidad que está desarrollada por ley como otras especialidades médicas.

¿Por todo, no se puede considerar una especialidad nueva?...

Por supuesto que no. En España, lleva desde los años 60 como especialidad y reconocida la formación por la vía MIR desde 1978. Hay especialidades que se han incorporado posteriormente y están funcionando. No se puede consentir una discriminación a las personas mayores. Entre sus derechos tiene que estar la asistencia especializada.

En este sentido, ¿cuál es la principal demanda de la SEGG?

Nuestra demanda es que se desarrolle la especialidad acorde a las necesidades del país, necesidades que vienen marcadas clarísimamente por el índice de envejecimiento. Actualmente, las personas mayores son un grupo de población porcentualmente muy importante (ahora mismo un 17 % y más de un 30 % en los próximos 25 años), en el que se concentran, además, un gran número de patologías. De hecho, en los hospitales españoles el 70 % de las personas que se atienden son mayores de 70 años. A pesar de ello, no hay un desarrollo armónico de la especialidad de Geriatría.

De ningún modo queremos decir que no se atiende bien a las personas mayores en los servicios públicos de salud, pero queremos manifestar, con el mayor de los altavoces, que la Geriatría aporta un plus que no proporcionan otras especialidades médicas: la atención integral a la persona. Y eso no lo hacen otras especialidades, que funcionan perfectamente, pero tienen que ser organicistas.

¿Qué ventajas supondría la instauración de la especialidad de Geriatría en todas las comunidades autónomas?

Los geriatras atendemos la faceta médica completa, funcional, cognitiva y social de los pacientes. Entonces entendemos que puede existir una doble dificultad por no tener una asistencia médica especializada cuando es una población especialmente vulnerable y frágil.

Por otra parte, es una especialidad que ha demostrado ser costo eficaz y costo eficiente. No es necesario argumentar que los mayores son un colectivo muy especial, que necesita una serie de atenciones y cuidados concretos, porque esto ya se conoce.



po de expertos formado por profesionales que pertenecen a la Sociedad y otros profesionales que son expertos en modelos de atención. Después de un amplísimo estudio Delphi, estamos generando un documento de posicionamiento de nuestra Sociedad en cuanto a los modelos de atención. Y, evidentemente, el modelo de atención centrado en la persona está en el centro de esos modelos como modelo ideal para las personas mayores.

¿La atención a los mayores desde el punto de vista social también es un aspecto que preocupa a la SEGG? ¿Por qué?

Por supuesto, y así lo corrobora nuestro propio nombre. Nuestra Sociedad es de geriatría, es decir, de atención médica especializada, y de gerontología, que hace referencia a todo lo que tiene que ver

**La Geriatría aporta un plus
que no proporcionan otras
especialidades médicas:
la atención integral a la persona**

¿Cree que la especialidad de Geriatría ayuda a mejorar la imagen que la sociedad y los profesionales tienen de los mayores?

Evidentemente. A todos se nos llena la boca dando importancia a la vejez, sin embargo, debemos acabar con ese estigma que tienen los mayores como consumidores de recursos. Se piensa que lo único que hacen es gastar, y olvidamos lo que han producido y que el Estado de bienestar está basado en lo que ellos han hecho por nosotros. Por eso, no entiendo que en determinadas etapas de la vida no le demos toda la asistencia que se les podría dar, que seguro que será mejor que la que están recibiendo, siendo ya buena la que reciben.

Se trata de mejorar. Los geriatras sólo queremos ver a aquellos pacientes que nos corresponde ver, que son los mayores complejos desde el punto de vista sanitario. Las personas con 70 años, sanas, que viven en su casa y hacen una vida autónoma, si algún día enferman por neumonía, tienen que ser atendidos por un neumólogo, no tienen que ver a un geriatra. Pero si estas personas tie-

nen un deterioro cognitivo, una neumonía, problemas para caminar, toman diez medicamentos, tienen un problema de descompensación por otras enfermedades, tienen que estar en manos de un geriatra.

El modelo de atención centrado en la persona es una premisa que está tomando auge en el plano sanitario.

¿Cree que cobra mayor importancia cuando se habla de personas mayores? ¿Por qué?

Por supuesto, la atención centrada en la persona es importante para todos, pero para las personas mayores que no siguen los estándares los trajes deben ser mucho más a medida. Precisamente, este modelo de atención se empieza a preconizar desde los ambientes sociosanitarios que atienden a personas mayores. Por tanto, esos modelos deben ser aplicados y van a tener más valor en su aplicación mientras más condicionantes (de capacidad funcional, psicológico, problemas mentales, inconvenientes familiares...) tengan las personas. En ese sentido, la SEGG ha generado un gru-

con las necesidades del envejecimiento y, esencialmente, con el desarrollo, participación y derechos sociales de las personas mayores. Para nosotros, tanto la parte sanitaria como social van inexorablemente de la mano, especialmente desde el papel que tienen que ocupar en la sociedad las personas mayores, la dignificación de ese papel, la importancia de su participación en la toma de decisiones, así como cualquier otra cuestión que tenga que ver con el envejecimiento, ya sea envejecimiento activo o envejecimiento saludable; ya sea la longevidad como fenómeno biológico o esa imagen que queremos que se modifique en la sociedad.

Cronicidad, polimedicación, discapacidad, dependencia... son muchos factores los que pueden conjugarse en pacientes mayores. ¿Cómo cree que deben coordinarse los distintos niveles asistenciales para conseguir una atención integral?

Si no atendemos de forma coordinada, lo estamos haciendo fatal, porque están tan intrínsecamente unidos todos estos aspectos que si quitamos alguna

pata de este banco, el banco cojea y se cae. Nosotros hablamos poco de coordinación porque la tenemos asumida, no sabemos trabajar de otra forma. No concebimos atender a una persona mayor fuera del equipo, ya esté en el hospital, en la residencia o en la comunidad (atendiendo a las personas mayores en su hogar). Y esos equipos conforman los planes integrados de atención, en los que unas veces tendrá más importancia lo sanitario y otras veces lo social, en función de las necesidades de cada persona. Nosotros hacemos atención centrada en la persona históricamente desde el principio de los tiempos, porque no se concibe atender a personas con problemas complejos parcialmente. Nosotros hablamos de coordinación transdisciplinar, donde cada uno cede sus conocimientos al resto del equipo y luego el equipo es el que ayuda a la persona mayor en la resolución del problema.

¿Quiénes forman parte de ese equipo?

En función de las necesidades de la persona, el equipo varía. Una de sus características tiene que ser la flexibilidad. Y en esa flexibilidad para la composición en cada momento, aparecen desde los trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, rehabilitadores, médicos, enfermeros, gerocultores, auxiliares, etc.

La salud mental es otro caballo de batalla al que se le está prestando especial atención últimamente. ¿Qué es lo que se ha detectado? ¿Cómo se va a trabajar?

La salud mental ha estado siempre relacionada con las personas mayores. Pero hay una parte muy importante que tiene que ver con la demencia. Y como el mayor factor de riesgo para tener una demencia es cumplir años, pues conforme envejece la población, más demencia vamos a ver. A los 90 años, prácticamente un 40 % de nuestros mayores tiene Alzheimer. Pero salud mental también tiene una parte de salud física, funcional, social.

Por otro lado, es cierto que algo está cambiando en la sociedad en general, y que favorece el que se hable más de salud mental. Ahora la persona que tiene depresión lo comenta y antes no, antes existía cierto tabú.

En cualquier caso, los profesionales ponéis el punto de mira en la prevención de enfermedades mentales. Y animáis a los pacientes para que estén alerta si detec-



**Los profesionales
debemos implicarnos
para que los mayores
se comprometan
en su cuidado**



tan algunos síntomas porque esto puede influir en su salud, bienestar y calidad de vida.

Siempre que un mayor viene a consulta por cualquier causa, los geriatras por sistema realizamos una valoración integral, en la que está presente la esfera psicológica. Con ello, intentamos descartar casos de depresión, ya que, además de ser una enfermedad dramática, complica la recuperación de otras patologías. Asimismo, puede servir de indicio de que esta persona va a tener un trastorno mental más severo, como puede ser una demencia.

¿Y cómo se está trabajando en este sentido?


Los trastornos mentales están siempre muy al principio de la lista de problemas de las personas mayores. Por un lado, hemos elaborado una nueva guía sobre insomnio, que es un problema muy frecuente en las personas mayores, pero casi no existe como causa primaria, suele ser secundaria a otras cosas, como dolor o un trastorno del ánimo. Del mismo modo, hemos participado con la Sociedad Española de Psicogeriatría en la elaboración de un manual práctico para detectar y abordar precozmente la depresión en personas mayores.

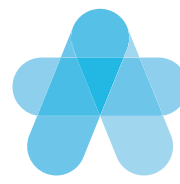
Los profesionales consideran esencial que los pacientes formen parte activa en el cuidado de su salud, ¿es-

to puede ser más complicado cuando hablamos de personas mayores?

Tan complicado como ponernos, ya que cuando se cuenta con las personas mayores y se les explica todo bien responden como nadie, mejor que adultos de menor edad. Entre otras cosas, porque su preocupación por la salud es altísima. Por tanto, los profesionales debemos implicarnos para que los mayores se comprometan en su cuidado. Nunca es tarde para empezar a cuidarse, para prevenir cuando hay un problema. Mi experiencia profesional es que los mayores responden fenomenalmente a los programas de alimentación y nutrición. Pero el primer paso lo tenemos que dar nosotros.

Hace unas semanas la SEGG celebró su Congreso Anual, ¿cuáles son las principales conclusiones que destacaría?

El Congreso ha comenzado y terminado con su lema *Tendiendo puentes*. Hemos procurado tender puentes entre los profesionales que nos dedicamos a la atención al mayor, refrescando conocimientos y compartiendo experiencias. Y la mayor de las conclusiones es que debemos de seguir cohesionados atendiendo a las personas mayores una a una. En los cursos, charlas y talleres, nos hemos preocupado de modificar la percepción que tiene la sociedad de las personas mayores y, por otro lado, de hacer una atención puntera, como merece cualquier persona, incluidos los mayores. 



atenzia

servicios de
teleasistencia

**“ Mi madre
me lo ha dado todo.
Ahora me toca
devolvérselo ”**

Lara Dibildos, hija de
Laura Valenzuela



[atenzia.com](https://www.atenzia.com)

900 123 700

CALIDAD



© Altro

CENTROS SOCIOSANITARIOS *funcionales acogedores y seguros*

Los mejores pavimentos y revestimientos

Los pavimentos y revestimientos deben contribuir a crear un entorno seguro y, al mismo tiempo, un ambiente cálido y acogedor en los centros socio-sanitarios y hospitales. El objetivo es que los usuarios y pacientes se sientan cómodos, como en su casa. Pero, además, un equipamiento adecuado facilita a los profesionales realizar su trabajo y prestar una atención de la máxima calidad. Para ello, la higiene, la durabilidad y el fácil mantenimiento de los pavimentos y revestimientos es imprescindible, cualidades que deben convivir con diseños funcionales y confortables.

» Sonia GARCÍA «

Los proveedores de pavimentos y revestimientos perciben un ligero crecimiento de proyectos de nueva construcción que, debido a la crisis económica y a la falta de inversión pública, se había paralizado. No obstante, los expertos coinciden en señalar que el volumen de obra más importante sigue viniendo del mercado de las reformas y adaptaciones.

Los responsables de centros socio-sanitarios demandan pavimentos que se caractericen por el confort y la resistencia al deslizamiento, “que garanticen el bienestar y la seguridad de los usuarios. También aprecian la absorción acústica y el diseño, valores capaces de transmitir sensación de hogar”, afirma Ildelfonso Lecea, Marketing Manager de **Tarkett España**. Teniendo en cuenta estas premisas, la compañía ofrece soluciones globales para el sector socio-sanitario y posee gamas de produc-

tos adaptadas a cada área y/o aplicación, desde suelos cálidos y acústicamente confortables para dormitorios, soluciones estancas para zonas húmedas, accesorios de seguridad, señalética y accesibilidad, etc.

En opinión de Lecea, la higiene y la seguridad están estrechamente ligadas al diseño, “ya que una superficie en relieve mejorará las propiedades antideslizantes del pavimento en detrimento de su facilidad de limpieza”. Pero como un pavimento debe garantizar también la máxima seguridad, “incorporamos tratamientos de superficie como Safety Clean XP, que evitan la adherencia de la suciedad facilitando su limpieza y reduciendo la necesidad del uso de agua y detergentes”, afirma.

Altro cuenta también con pavimentos especiales para cada una de las diferentes zonas de los centros sanitarios o residencias, que combinan la seguridad e higiene con el diseño, lo que permite crear ambientes acogedores y, al mismo tiempo, seguros. “La mayoría de los usuarios tienen un mayor riesgo de resbalar y



Los centros sociosanitarios demandan soluciones duraderas, seguras e higiénicas. Diseños funcionales y estéticos, que se adapten a las diferentes necesidades

de caer y, por tanto, apostamos por la seguridad en todas las zonas. En cuanto a la higiene, ofrecemos un pavimento carente de juntas que evita la acumulación de suciedad y bacterias”, afirma el director para el Sur de Europa y Benelux de Altro, Domingo López.

En cuanto a los productos más innovadores, destaca Altro Aquarius. “Se trata de un pavimento antideslizante, pensado para baños y duchas, que mantiene sus propiedades

tan - to si se camina con pies descalzos como con calzado. Esto ayuda a los profesionales que deben asistir a los usuarios o pacientes en su aseo”, explica. Como la seguridad no deber ofrecerse únicamente en aquellas zonas más susceptibles como son los baños, López subraya el último lanzamiento: “Altro Woodsafety, un suelo antideslizante de imitación madera que permite recrear entornos acogedores y conseguir ambientes más cálidos y con menos aspecto sanitario”. Asimismo, ofrece una amplia gama de productos decorativos, como Altro Suprema, que permiten diseñar entornos acogedores sin renunciar a la seguridad e higiene. Y pensando en las cocinas, Altro Stronghold ha sido concebido para zonas donde las propiedades de higiene y antideslizantes deben ser las más exigentes del mercado.

Mientras, Ildefonso Lecea de Tarkett España destaca la nueva colección de pavimentos antideslizantes Clase C (Multisafe Aqua) para zonas húmedas con diseños en piedra y cemento, “que sigue las tendencias actuales de decoración. Se buscan diseños cercanos al usuario, humanizando los espacios y transmitiendo sensación de hogar”.

Siguiendo con productos de calidad, el departamento de Comunicación de **Forbo Pavimentos** indica que Sarlon Sparkling es un pavimento vinílico especialmente diseñado para el sector sanitario. “Su estructura acústica compacta y su tratamiento de superficie lo hacen único. La lucha contra enfermedades epidemiológicas es una de las prioridades en el sector hospitalario y, por tanto, lo hemos dotado con el mejor tratamiento antibacteriano”, apuntan desde Forbo Pavimentos. Asimismo, la nueva colección Eternal presenta una gama avanzada de diseños en madera natural, piedra, textiles y colores, junto con algunos diseños de impresión digital: “Se trata de un vinílico compacto heterogéneo en rollo de alta tecnología, con hasta un 50 % de material reciclado en su composición”.

Por su parte, **DLW Flooring España** dispone de dos gamas de productos especialmente diseñadas para centros sanitarios. “Lo más novedoso de las colecciones Contour y Pastell, y sus di-



© Altro

ferentes modelos, es que permiten realizar toda la instalación con un mismo diseño, tanto si se trate de un área húmeda (duchas geriátricas), una zona quirúrgica o zonas de alto tráfico (pasillos, habitaciones, consultas, etc.)”, afirma su director comercial, Juan Antonio Rufo. Los dos últimos lanzamientos, las colecciones de Scala 30 Connect y Scala 55 Connect, con sistema de instalación “clic”, son un tipo de revestimiento de PVC en diferentes formatos con dos capas de espesor de uso diferentes, “que permite una instalación tanto en obra nueva como en reforma de forma rápida, limpia y muy sencilla, sin el empleo de adhesivos y pudiendo colocarse sobre el revestimiento pre existente sin tener que acometer obras de preparación de la base”.

Finalmente, **Vescom** fabrica y distribuye revestimientos murales, tapicerías y telas para cortinas. “Los diseños Pleso y Delta son especialmente adecuados para hospitales y centros de salud, debido a su estructura lisa, su paleta de colores propia y la tranquilidad que irradian. Además, estos diseños se pueden solicitar con Protect, un tratamiento que garantiza mayor resistencia frente al efecto corrosivo de, por ejemplo, disolventes y supone una protección adicional frente a la suciedad y las bacterias”, explica el gerente de Vescom, Ignacio Roig.

DURABILIDAD, ESTÉTICA Y DISEÑO

Ildefonso Lecea de Tarkett asegura que la durabilidad y el diseño no son elementos incompatibles y son características que cualquier producto debe mantener en equilibrio. “Nuestra experiencia en pavimentos y nuestro enfoque hacia el I+D+I nos permite ofrecer a nuestros clientes soluciones competitivas con grandes diseños que se adaptan a cualquier área o aplicación”, añade.

En la misma línea, los suelos antideslizantes Altro han ampliado su oferta para incluir modelos cada vez más estéticos y con mayores posibilidades de diseño, manteniendo siempre los máximos estándares de higiene y seguridad, capaces de combinarse para adaptarse a todo tipo de proyectos. Además, debido a su composición y estructura, los suelos Altro se caracterizan por su durabilidad y su ciclo de vida se extiende por largos años. “Tenemos instalaciones que, tras más de 20 años en funcionamiento, aún pueden presumir de ofrecer unas propiedades antideslizantes óptimas. Los suelos Altro están pensados para soportar un uso intensivo, ya que son altamente resistentes a los impactos propios de las cocinas (uso de carros de comida) o en las salas y pasillos (tráfico de camillas, sillas de ruedas, etc.)”, apunta el director para el Sur de Europa y Benelux, Domingo López.



© Tarkett España

MATERIALES Y TEXTURAS

El departamento de Comunicación de Forbo Pavimentos destaca las virtudes del Flotex. Se trata de una moqueta de alta resistencia, higiénica y fácil de limpiar, con tratamiento antibacteriano: “Su textura aporta múltiples ventajas, ya que combina la funcionalidad de un pavimento flexible con las propiedades antideslizantes y acústicas normalmente asociadas a las moquetas”.



Pared sin protección. Pared con protección.

Centrándonos en los revestimientos de las paredes de centros hospitalarios y geriátricos, el director general de **Carboimpact**, Antonio Blanc, explica que hay un nuevo material que ha irrumpido con fuerza: el policarbonato B-s1,d0 de alto rendimiento, que se caracteriza por su dureza, resistencia y durabilidad. Además, al ser un material estable, no varía su apariencia permaneciendo inalterable en el tiempo. La seguridad es otra de sus ventajas. “Cumple con todos los requisitos legales exigidos por el CTE para edificios de uso hospitalario. Incluso va más allá de la norma, al ser un material no tóxico en combustión. Este aspecto es de especial relevancia ya que en un alto porcentaje las víctimas de un incendio lo son por el humo, no por el fuego, y aunque se limite la opacidad de los humos para facilitar encontrar la salida, si estos son tóxicos las consecuencias pueden ser fatales”, asegura Blanc.

Por otra parte, se trata de un material de poro cerrado que no absorbe las suciedades, resultando sencillo y fácil de limpiar con los productos habituales. Además, al ir sellado (encolado) directamente a la pared, sin necesidad de rastreles o listones, no se generan cámaras de aire entre paramento y revestimiento. “Gracias a su sencillo sistema de instalación ofrece una gran versatilidad, tanto en los formatos de revestimiento (bandas flotantes, zócalos y revestimientos a gran altura), como en las posibilidades de diseño para su aplicación, ya que este material permite su plegado en esquinas y rincones, sin necesidad de esquineros o ángulos protectores”, añade Blanc.

Por otra parte, Carboimpact ha lanzado al mercado la línea Decor Standarwall, un revestimiento modular compuesto por módulos pre-establecidos que permite la libre composición, combinando colores y acabados.

Por su parte, el gerente de Vescom, Ignacio Roig, recuerda que, además de los revestimientos, también dispone de telas para cortinas: modernas, coloridas y funcionales. “Estas telas pueden lavarse a 70 grados, por lo que se pueden mantener limpias y cuidadas cómodamente. Asimismo, los tejidos poseen una resistencia a la combustión inmejorable”, afirma Roig. Por otro lado, Vescom ofrece un surtido completo de soluciones funcionales y estéticas para lugares con mala acústica, que amortiguan el ruido hasta cinco veces más que las telas para cortinas transparentes normales. “También contamos con tapicerías vinílicas, que se componen de una capa superior sintética con un soporte de algodón, que garantizan la firmeza del producto y una larga vida útil. Los productos son incombustibles, resistentes al desgaste y rasguños, inalterables a la luz y, además, son muy resistentes a la suciedad y a la grasa”, concluye Roig.

REVESTIMIENTOS Y PROTECCIÓN MURAL EN EDIFICIOS DE USO HOSPITALARIO



Toni Blanc

Director general de Carboimpact

Tanto los hospitales como los centros residenciales sufren constantes golpes, rozaduras, desgastes y suciedades en sus paredes, que perjudican notablemente la imagen de las instalaciones, influyendo negativamente en la percepción de los usuarios en relación a los servicios que en ellas se ofrecen. En un mercado cada vez más exigente y competitivo, es fundamental contar con revestimientos eficaces y decorativos, que cumplan con todos los requisitos legales, funcionales y estéticos, eliminando los continuos gastos de mantenimiento, y que ayuden a elevar la imagen del centro y de los servicios que ofrece.

Los revestimientos Carboimpact cumplen todos los requisitos, situándose por encima de la norma:

- **Legales:** los revestimientos de paredes en edificios de Uso Hospitalario deberán contar con certificación de reacción al fuego B-s1,d0. En caso de incendio el material no contribuirá al fuego, no generará opacidad de humos y no lo propagará por goteo. Si, además, hablamos de materiales atóxicos en combustión garantizaremos en mayor medida la seguridad.
- **Funcionales:** los revestimientos deberán ser duros, resistentes y duraderos, y cubrir la zona frecuente de impactos. Además, deberán ser materiales higiénicos, de superficie con poro cerrado que no absorba la suciedad y de fácil limpieza. Su instalación deberá ser rápida y sencilla para abaratar costes, y poco invasiva para reformas en edificios que estén en funcionamiento.
- **Estéticos:** los nuevos materiales, resistentes y duraderos, encolados directamente sobre la pared, permiten diseños hasta ahora impensables o de muy difícil ejecución con los revestimientos tradicionales. Sistemas que permitan libertad creativa al proyectista o soluciones de diseño avanzado a bajo coste serán, sin duda, los mejores aliados para elevar la imagen del centro y la de su marca, ayudando sin mayor coste a mantenerla así en el tiempo.

CARBOIMPACT

**Revestimientos de policarbonato B-s1,d0
... a prueba de impactos**

www.carboimpact.com

Especialistas en revestimientos y protección mural para Uso Hospitalario



ASISPA



RED DE SERVICIOS



- TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- VIVIENDAS CON SERVICIOS
- CENTRO DE DÍA
- RESIDENCIA
- PERSONAS SIN HOGAR
- EMERGENCIAS SOCIALES
- VOLUNTARIADO



Martínez Villergas, 8 - 28027 Madrid
Telf.: 91 195 00 95 - Fax: 91 405 23 04
www.asispa.org

INNOVACIÓN

I Jornada sobre Violencia de Género en la Mujer Mayor de Grupo SENDA

El País Vasco se dota de los instrumentos necesarios para abordar la violencia contra los mayores



En la imagen, los profesionales que han participado en el pilotaje del Instrumento, desde diversas áreas: Atención Primaria, Servicio de Urgencias hospitalarias y Servicios Sociales Forales.

El 3 de junio se celebró la I Jornada sobre Violencia de Género en la Mujer Mayor en San Sebastián. Se trata del primero de una serie de encuentros que Grupo SENDA ha puesto en marcha para abordar esta temática en distintas comunidades autónomas y comprobar de qué herramienta disponen los gobiernos regionales para hacer frente a la violencia que se practica contra las mujeres mayores. La jornada, que clausuró el consejero de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, Ángel Toña, junto al presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, José Antonio López Trigo, y la presidenta de Grupo SENDA, Matilde Pelegrí, sirvió para conocer el Instrumento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en el País Vasco.

» Juani LORO «

La I Jornada sobre Violencia de Género organizada por Grupo SENDA en San Sebastián ha servido para que las instituciones vascas muestren cuáles son los instrumentos de los que se ha dotado a los profesionales para detectar casos de violencia y poder afrontarlos con eficacia.

En el mes de marzo de 2014 el Parlamento Vasco pidió al Gobierno autónomo que elaborara un protocolo de actuación para la prevención, detección y atención a personas mayores

que sufren malos tratos. “En respuesta a ello, encargamos el estudio a la Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología (Zahartzaroa) y elaboramos una herramienta: el Instrumento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV. Se trata de un instrumento cuya finalidad es evitar daños y lesiones físicas y económicas a las personas mayores, o intervenir para paliar dichos daños y evitar que vuelvan a repetirse”, explica la

actual viceconsejera de Políticas Sociales del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, Lide Amilibia.

Para abordar el maltrato a las personas mayores, Amilibia reconoce que es necesaria la acción conjunta protocolizada y la apuesta clara de todos los departamentos del Gobierno Vasco implicados: Empleo y Políticas Sociales, Seguridad, Salud, Justicia, así como las diputaciones forales y los ayuntamientos.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO A LOS MAYORES

El maltrato a las personas mayores es, desde hace tiempo, una de las preocupaciones del Ejecutivo Vasco. Así lo explican la coordinadora sociosanitaria del País Vasco, Lourdes Zurbanoaskoetxea, y la profesora de la Universidad de Deusto, Marije Goikoetxea. Ya en el año 2010, la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales realizó un estudio para conocer la prevalencia y las características de los malos tratos en Euskadi. Entre las conclusiones destaca la baja incidencia en las personas mayores: sólo el 0,9 % de los mayores de 60 años reconocen sufrir algún tipo de maltrato, aunque los investigadores consideran que ese porcentaje podría elevarse hasta el 1,5 %.

La herramienta fue presentada en primicia por estas profesionales en el marco de esta jornada en la que, además, diversos profesionales (desde Atención Primaria, servicios municipales, servicio de urgencias hospitalarias y servicios sociales forales) que han participado en el pilotaje de la misma, aportaron su visión sobre el proceso.

El jefe del Área Social de la Asociación Mundial de Gerontología y Geriatria, región Europa, José Javier Yanguas, fue el encargado de contextualizar el crecimiento demográfico mundial, aportando conclusiones sobre el futuro del envejecimiento, sus nuevas necesidades y los nuevos desafíos que supone. En esta línea, Lide Amilibia moderó una mesa en la que representantes del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Administración Pública y Justicia, y Seguridad, expusieron un análisis cuantitativo y cualitativo de las mujeres mayores que ac-

ceden a los servicios y prestaciones en materia de violencia de género del Gobierno Vasco.

OBSERVACIÓN Y ACTUACIÓN

La herramienta nace con una finalidad asistencial, pretendiendo evitar los daños físicos o económicos a las personas mayores que son objeto de maltrato. Del mismo modo, aboga por intervenir para aliviar esos daños y evitar que vuelvan a repetirse. Es decir, el objetivo es triple: prevenir las situaciones de maltrato detectando los factores de riesgo, detectar si existe maltrato y valorar su gravedad (situación grave, muy grave y de intervención inmediata), e intervenir en las situaciones detectadas.

La primera fase de este procedimiento es la observación que tiene, a su vez, una doble finalidad: prevenir y detectar los indicadores de malos tratos. Para prevenir los casos de violencia, los profesionales que prestan atención sociosanitaria a la persona mayor utilizan el *Cuestionario de prevención y detección de los factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos*. La observación a través de esta herramienta se realiza de forma periódica cada vez que un profesional detecte una situación de daño a la persona mayor.

La detección pasa por la recogida de los indicios objetivos que alertan a actuar, para iniciar las intervenciones recomendadas en cada caso con un nuevo cuestionario. El profesional de referencia es la trabajadora social de base en el contexto comunitario y el equipo de Atención Primaria en el sanitario. En el ámbito especializado los encargados son los

FASES DE PILOTAJE Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Fase 1: Selección de localidades: Hondarribia, Murgui-Zuia y Casco Viejo de Bilbao, y determinación de los equipos profesionales.

Fase 2: Presentación del procedimiento a los profesionales in situ.

Fase 3: Valoración de los factores de riesgo de la muestra con el primer cuestionario.

Fase 4: Valoración de si existe o no maltrato en dos grupos de personas mayores (el primero de ellos formado por personas con dos o más factores de riesgo, procedentes de los servicios sociales y sanitarios, y el segundo grupo con personas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital de Cruces y solicitantes de valoración de la dependencia).

Fase 5: Valoración y adecuación de los procedimientos utilizados a través de la recogida de la opinión de los profesionales y de la valoración de los expertos de Zahartza (constructores del instrumento).

Fase 6: Análisis de los datos, discusión de los resultados, conclusiones y propuestas.

Fuente: Marije Goikoetxea.

profesionales de urgencias sanitarias y sociales.

Este segundo cuestionario se aplica cuando existen indicios objetivos de que se está produciendo una situación de maltrato tanto físico como económico a tres niveles. Bien si la persona presenta dos o más factores de riesgo en el cuestionario de prevención, bien si la persona verbaliza ser víctima de malos tratos, o bien si presenta pérdida de su capacidad económica, daños físicos o económicos, así como lesiones físicas difícilmente explicables.

Con estos parámetros recogidos, se inicia la segunda fase del proceso, aquella en la que los profesionales han de actuar sobre esa situación. Las intervenciones a realizar son diferentes en cada uno de los niveles, aunque este instrumento recoge algunas recomendaciones aplicables a todos los casos, como el no olvidar que la finalidad de la valoración es elaborar un plan de actuación que mejore la calidad de vida de la persona agredida, eliminando los factores de riesgo y protegiendo su

bienestar. Además es importante garantizar la trazabilidad del proceso, lo que se consigue a través de las observaciones que han marcado los profesionales. Es necesario documentar todas las intervenciones que se llevan a cabo, anexándolas al historial de la persona mayor. Esta documentación se devuelve a los profesionales que iniciaron el proceso.

La actuación implica informar a la persona mayor del plan a seguir, coordinarse con los profesionales encargados de su cuidado, actuar primero sobre el mayor nivel de riesgo y evitar la culpabilización y judicialización tanto de la víctima como de sus cuidadores.

PILOTAJE Y VALIDACIÓN

Una vez que el instrumento de detección de maltrato ha sido elaborado, se ha visto la necesidad de realizar un pilotaje para validar el procedimiento. Un equipo de investigadores del Área de Intervención Social y Calidad de Vida de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto ha sido el responsable de llevar a cabo esta labor. Para ello, se ha realizado un estudio para validar el procedimiento, contrastar y completarlo con la práctica asistencial, y para realizar una valoración sobre las dificultades que se han encontrado a lo largo del proceso con el fin de minimizarlas o, a ser posible, eliminarlas.



Queremos evitar daños y lesiones físicas y económicas a las personas mayores e intervenir para paliarlos

Lide Amilibia

CONCLUSIONES TRAS LA VALIDACIÓN

- Se constata que el riesgo de malos tratos es mayor en las mujeres y aumenta con la dependencia grave o severa.
- Se percibe la necesidad de una mayor coordinación entre los ámbitos sociales y sanitarios cuando se requiere una valoración conjunta.
- Puede ser implantado como procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores.
- Es igualmente válido para los ámbitos sanitario y social.
- Es especialmente sensible la detección de indicadores de malos tratos en la atención en los servicios de urgencias de hospitales y servicios sociales.
- El instrumento puede ser utilizado por cualquiera de los profesionales, aunque se ha comprobado que la detección de los factores de riesgo es más completa cuando se realiza por las personas que mejor conocen a la persona y su entorno. los indicadores pueden ser detectados mejor por los médicos, trabajadores sociales y de urgencias.
- Los profesionales han valorado muy positivamente el instrumento.



Matilde Pelegrí, Ángel Toña y José Antonio López Trigo



La importancia de saber.

comunicar

Comunicar es algo más que hablar. La comunicación eficaz involucra varias acciones a la vez, como saber escuchar, mostrar empatía y, sobre todo, cercanía y comprensión. También el lenguaje corporal, las expresiones faciales, el tono, la intensidad y el ritmo de la voz, juegan un papel destacado, ya que inconscientemente transmitimos y percibimos con los gestos más de lo que decimos con las palabras. Sin duda, todo un desafío para los profesionales sociosanitarios, porque lo que nadie discute es la importancia de la comunicación en el ámbito de la salud. Además, existe evidencia de que la buena comunicación puede tener efectos positivos sobre la condición física del paciente.

» Esther EUGENIO «

Para comunicar con éxito es imprescindible favorecer la comunicación interpersonal como una habilidad inherente a la práctica clínica. Igualmente, los expertos consideran que el profesional debe adaptar el lenguaje médico para que el paciente comprenda el diagnóstico y el tratamiento. No en vano, casi la mitad de los pacientes (41,4 %) considera cierto que a los médicos, en general, se les entiende mal. Entre los principales motivos de esta incomprensión, los pacientes afirman que los profesionales clínicos hablan

con términos que no comprenden, usan siglas o abreviaturas y creen que les han enseñado a tratar con enfermedades y no con personas.

Estas son algunas de las conclusiones de una encuesta realizada por la consultora Estudio de Comunicación, que lleva por título *La comunicación médico-paciente* (mayo 2014) y trata de dar respuesta a una pregunta que no es tan sencilla como parece: ¿se comunican bien los médicos con sus pacientes? El trabajo pone de manifiesto que uno de cada cuatro pacientes cree que los médicos hablan poco o casi nada con ellos durante la



consulta. Preguntados los médicos, estos atribuyen la falta de comunicación a la escasez de tiempo, derivada a su vez del incremento de la presión asistencial por abarrotamiento de los hospitales y centros de salud.

En opinión de Josep María Bosch Fontcuberta, coordinador nacional del programa *Comunicación y Salud* de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), esta situación “conduce a menudo a una percepción de agobio por parte del profesional y la dificultad de llevar a cabo entrevistas con mayor perspectiva. Un problema más

acuciante si cabe en la Atención Primaria, donde la atención cada vez es más compleja clínicamente por el envejecimiento”. Asimismo, “esta mala reputación –advierten los autores del estudio–, se convierte en una idea preconcebida que afecta negativamente a la imagen del colectivo. No es menos cierto que decenas de médicos, lingüistas, psicólogos y estudiosos han intentado ahondar en este problema, el de la incomunicación médico-paciente”.

Pero no todo va a ser negativo, los médicos aprueban en paciencia, confianza, empatía, comprensión, cordialidad y simpatía. Y esto es bueno, porque como indica el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, “una gran parte del proceso de curación de un paciente depende de su predisposición anímica, y el papel del médico es importante dándole confianza para expresar sus problemas y ayudándole a buscar la respuesta a ellos”. Una opinión que corrobora el doctor Bosch Fontcuberta: “Se sabe que modelos de entrevista centrados en el paciente, y entre ellos, el modelo de entrevista motivacional, facilitan el cambio de conducta del paciente por otros más saludables, por ejemplo, en el

ejercicio físico, la adherencia al tratamiento, realizar una dieta o la mejora de problemas de salud crónicos”.

MALAS NOTICIAS

Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles a la que se deben enfrentar los profesionales sociosanitarios. Una mala noticia siempre es mala y no se puede cambiar la realidad ni es conveniente adornarla. Además, el paciente tiene el derecho reconocido, por principios éticos y legales, de solicitar al médico que le explique su enfermedad, sus posibilidades de curación, etc., para poder ser copartícipe de las decisiones terapéuticas. Al respecto, según el estudio *La comunicación médico-paciente*, el 65 % de los encuestados se muestran partidarios de que el profesional de la salud les comunique la “cruda realidad”, sin enmascarar. Son minoría (1,3 %) los que prefieren no saber nada a no ser que sea imprescindible.

MÁS FORMACIÓN

Uno de los principales problemas que señalan los facultativos en la comunicación médico-paciente es que “el nivel cultural de los pacientes es bajísimo”. Sin embargo, sea o no cierto esto último, el estudio concluye que “lo único

que vale desde el punto de vista de la comunicación es el principio en el que debe basarse: comunicar siempre desde el punto de vista del receptor”. Y en esto, tiene mucho que ver la formación que reciben los profesionales. El doctor Bosch Fontcuberta, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y diplomado en Geriátrica, explica que “en otros países de nuestro entorno la formación en comunicación se lleva a cabo de manera más intensiva, mientras que en las universidades de nuestro país se realiza de forma poco integrada y con escasísimos recursos. Se asume que el futuro médico entrevistará bien por el mero hecho de serlo”.

De hecho, la realidad que refleja el estudio, una vez revisados los planes de estudios de las 39 facultades de medicina que hay en España, es que sólo el 53,8 % de ellos tienen asignaturas obligatorias que incluyen la comunicación del médico al paciente, normalmente en segundo o tercer curso. “Falta claramente implementar un consenso sobre la formación en habilidades de entrevista clínica y comunicación asistencial en la formación de los estudiantes de medicina”, afirma el doctor Bosch Fontcuberta.

Al respecto, el presidente del Consejo General de Enfermería en España, Máximo González Jurado expone que es fundamental “trabajar con los actuales profesionales para facilitarles técnicas y habilidades de cara a saber comunicar al paciente toda la información necesaria de forma que sea coherente y entendible. Saber cómo informar a los pacientes es mucho más complejo de lo que suele pensarse, es necesario adaptar el lenguaje a su capacidad de comprensión, elegir cuánta información proporcionar para no saturarles y cerciorarse bien de que asimilan todos y cada uno de los mensajes difundidos”.

Durante la comunicación captamos el 7 % del mensaje por las palabras, el 38 % por el tono de la voz y el 55 % por el lenguaje corporal

FUENTES ALTERNATIVAS

El 41,4 % de los pacientes consulta Internet u otras fuentes para tener más detalles sobre sus problemas de salud, aunque no lo necesiten. Ante esta situación, el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, cree que “potenciar la comunicación cibernética médico-paciente puede resolver una gran cantidad de dudas”. Y es que, según el estudio, hay una parte de entrevistados que admiten abiertamente la tendencia a buscar otras fuentes y, como señala el presidente del Consejo General de Enfermería en España, Máximo González Jurado, “Google no ordena los resultados basándose en la calidad científica o en la veracidad, sino con los mismos algoritmos que utiliza para clasificar cualquier otra web”.

“El gran problema de Internet es que cualquiera (formado o no) puede escribir sobre cualquier cosa y con frecuencia llega a equivocar a los pacientes. El médico debe alertar sobre este problema y orientar al paciente en el seguimiento de páginas acreditadas por instituciones médicas, que vigilan la veracidad de los contenidos o la cualificación de las personas que escriben en ellas”, apunta el presidente de la OMC. Es más, para Rodríguez Sendín, “la estructura sanitaria necesita que haya órganos de consulta en los que médicos y ciudadanos expresen sus inquietudes y ofrezcan sus soluciones”.

Comunicar con eficacia y afectividad

– El médico debe escuchar con atención a sus pacientes, tener en cuenta sus opiniones y responder sinceramente a sus preguntas.

– El médico debe facilitar a sus pacientes, de forma inteligible, lo que quieran conocer de su proceso, y hará siempre todo lo posible para satisfacer sus requerimientos y sus necesidades comunicativas y de idioma.

– El médico ha de procurar ser considerado con los allegados de su paciente, ser delicado, receptivo a la hora de facilitarles información y ayuda, pero siempre respetando el criterio de confidencialidad, contrastando con su paciente la información que va a compartir con terceros.

– El médico debe adquirir las aptitudes adecuadas para una correcta comunicación con sus pacientes en cualquier ámbito, siendo de especial relevancia la comunicación de malas noticias.

* Fuente: *El buen quehacer del médico. Pautas para una actuación profesional de excelencia. Organización Médica Colegial (OMC). Marzo 2014.*

No existe mejor época del año como el verano...



para usar Swash



Reducción de tiempo en un 30-50% (Preparación del aseo en un tiempo mínimo)



El verano debería ser un periodo para relajarse y disfrutar. Entonces, ¿por qué el personal de los centros sociosanitarios está más estresado y tiene más prisas durante el verano? Con las vacaciones y el merecido descanso, la contratación de personal nuevo o temporal es a menudo necesario para ocuparse de las tareas del aseo matutino de los residentes. Esas caras nuevas pueden entorpecer el ambiente y las relaciones familiares y agradables a las que están acostumbrados los residentes del centro. Al mismo tiempo, la higiene corporal es incluso más importante en esta época del año debido a las altas temperaturas que producen sudor y la deshidratación de la piel.

Con Swash, la tarea del aseo es mucho más agradable, higiénica y rentable. Y lo más importante durante el verano: se requiere mucho menos tiempo para realizar el aseo con Swash que con palangana y esponja, o con grúa y baño geriátrico. El personal sanitario tiene así la posibilidad de emplear más tiempo en otras tareas, como por ejemplo, charlar con los residentes y atender sus necesidades emocionales. Los estudios han demostrado sin lugar a dudas que el aseo en cama con productos desechables como Swash ahorra mucho tiempo y el personal sanitario lo prefiere muy por encima del aseo tradicional ^[1,2].

1. Larson EL. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care.* 2004;13:235-241.
2. Skewes SM. No more bed baths. *RN.* 1994;57(1):34-35

¡Comienza el verano Swash!



Benefíciate de nuestra oferta de verano y garantiza a tus residentes un aseo completo rápido, cómodo e indoloro.

10x



Swash Gold wipes:
€550
(440 duchas en cama!)

(IVA no incluido)

20x



Swash Gold wipes:
€990
(880 duchas en cama!)

(IVA no incluido)

**44 paquetes por caja,
8 toallitas por paquete
con o sin fragancia**



ARION
simply smile

arioniberia@arion-group.com
Llama ahora: 900 801 705

Curso "Sistemas de Información en Servicios Sociales"

Más información: www.ucm.es

Organiza: Imsero y Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Descripción: Analizar los principales sistemas de información social en España, la Unión Europea y otros organismos internacionales, como base para articular un sistema global de información de Servicios Sociales en España.

Lugar: San Lorenzo del Escorial (Madrid)

Fecha: Del 15 al 17 de julio.

Trabajo en Equipo: Cómo mejorar la calidad de vida de las personas mayores sin morir en el intento

Más información: cursos.verano@unican.es

Organiza: Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Cantabria (SG-GC) Gregorio Marañón.

Descripción: Análisis y reflexión sobre el trabajo en equipo interdisciplinar en el ámbito de la atención a personas mayores. Interacciones y rol de los profesionales; competencias y habilidades para garantizar las buenas prácticas en el trabajo en equipo. Autocuidado del profesional, gestión de emociones y conflictos.

Lugar: Laredo (Cantabria).

Fecha: 20 de julio.

Atención centrada en la persona: Últimos avances en evaluación e intervención

Más información: cverano@ehu.eus

Organiza: Universidad del País Vasco (UPV-EHU).

Descripción: Los objetivos son los siguientes:

1. Difundir los resultados de las últimas experiencias en atención centrada en la persona analizando aspectos como la eficacia y eficiencia de las intervenciones, así como comparando la ACP con los modelos tradicionales.
2. Dar a conocer los últimos instrumentos de evaluación validados al castellano tanto de carácter general como aquellos específicos (por ejemplo: atención a personas con demencia...) que se están desarrollando.
3. Analizar experiencias de atención centrada en la persona con distintos tipos de usuarios y en distintos establecimientos, ahondando en el debate y aprendizajes derivados de las mismas.
4. Analizar las últimas tendencias en I+D que se están desarrollando alrededor de estos modelos, haciendo especial hincapié en los retos futuros.

Lugar: Donostia-San Sebastián.

Fecha: Del 27 al 29 de julio.

Curso de Técnico en Atención Sociosanitaria

Más información: www.todofp.es

Organiza: Ministerio de Educación.

Descripción: Los contenidos se agrupan en los siguientes módulos profesionales: Planificación y control de las intervenciones, atención sanitaria, higiene, atención y apoyo psicosocial; ocio y tiempo libre de colectivos específicos; apoyo domiciliario; alimentación y nutrición familiar; administración, gestión y comercialización en la pequeña empresa; necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos; comunicación alternativa; relaciones en el equipo de trabajo; formación y orientación laboral.

Lugar: Nacional.

Fecha: Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016

6ª Conferencia internacional de cuidadores

Más información: www.neilstewartassociates.com/sh323

Organiza: Centro Sueco de Competencia de los Cuidadores

Descripción: Cómo gestionar la atención y el cuidado frente al cambio demográfico que domina cada vez más la práctica, la investigación y la política social. La sexta Conferencia Internacional de cuidadores retará a la comunidad internacional a tomar una mirada fresca ante un problema persistente.

Lugar: Gothenburg, Suecia.

Fecha: Del 3 al 6 de septiembre.

Suscríbete a

Balanc  **SOCIOSANITARIO**
DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD

¡También en versión digital!



SUSCRIPCIÓN ANUAL:

Periódico en versión Digital

 **30 €**

Periódico en versión Papel
+ 6 meses en versión Digital

  **50 €**

Periódico en versión Papel
+ versión Digital

  **60 €**

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN _____ CÓDIGO POSTAL _____
POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____ E-MAIL _____

El pago se abonará mediante:

- Cheque adjunto a nombre de SENDA EDITORIAL, S.A.
- Transferencia bancaria a nombre de SENDA EDITORIAL, S.A. - Banco Sabadell nº de IBAN: ES03 0081 0361 4000 01071908
- Recibo bancario

Muy sres. míos; les ruego que con cargo a mi cuenta atiendan los recibos que les sean presentados por SENDA EDITORIAL, S.A.

BANCO/CAJA _____
TITULAR _____ CUENTA _____
FIRMA _____ FECHA _____

Los datos personales que usted nos facilita serán incluidos en el fichero de Grupo SENDA para gestionar la relación comercial con ustedes. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición escribiendo a C/ Capitán Haya, 56 - 7ºD; 28020 Madrid. Del mismo modo, Ud. consiente que en el futuro, incluso finalizada nuestra relación comercial, Grupo SENDA utilice sus datos personales para informarle sobre sus productos y/o servicios y que comuniqué tales datos a otras empresas del grupo, cuyas actividades se relacionen con el sector editorial, de formación, cultura y ocio, con el fin de que le informen sobre los productos o servicios que comercialicen. Si no desea ser informado de nuestros productos y servicios o de los productos de otras empresas del grupo, escríbanos a la dirección antes indicada o marque la siguiente casilla (Ley Orgánica 15/1999).

Suscríbese rellenando este cupón y enviándolo a: Grupo Senda, Capitán Haya, 56-7ºD, 28020 MADRID

O visite www.balancesociosanitario.com o envíe un mail a suscripciones@balancesociosanitario.com