NÚMERO 113
2019
ENERO

compartir.

FUNDACIÓN ESPRIU REVISTA DEL COOPERATIVISMO SANITARIO

EL RETO DEL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA

SALUD
Tabaquismo y lactancia

COOPERATIVISMO
Salud y solidaridad en el cooperativismo colombiano

CULTURA
Cold War, una puesta en escena magistral

SALUD | DENTAL | VIDA | ACCIDENTES | DECESOS

Cuidar de las personas es mucho más que cuidar de su salud

En Asisa llevamos 40 años cuidando de la salud de las personas y eso nos ha llevado a querer cuidarte más y mejor.

Por eso ahora, además de salud, también tenemos seguros dentales, vida, accidentes y decesos.

Porque cuidar de las personas, es mucho más que cuidar de su salud.

900 10 10 21
asisa.es

Empresa Colaboradora:

200 AÑOS

asisa

Sabemos cómo cuidarte

sumario.

número 113
enero, febrero y marzo de 2019

5 editorial.

El reto del envejecimiento de la población

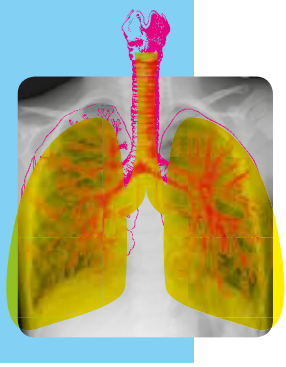
6 salud.

6 **Tabaquismo y lactancia.** Dr. Adolf Cassan

8 **Servicio de Pediatría y Unidad de Neonatología del Hospital de Barcelona.** Dr. Pere Sala

10 **Enfermedades respiratorias: bronquitis y asma.** Dolors Borau

12 **Un ingreso hospitalario por bronquiolitis.** Dolors Borau



16 cooperativismo sanitario.

16 Entrevista a Alfredo Arana Velasco, presidente ejecutivo del grupo cooperativo Coomeva de Colombia: **«La salud necesita solidaridad y, de eso, las cooperativas sabemos mucho»**

19 **ASISA, un año más, la aseguradora con mejor Servicio de Atención al Cliente**

21 **Los hospitales del Grupo HLA mejoran su posición en los principales "rankings" sanitarios**

22 **El Hospital de Barcelona celebra el Día Mundial de la Prematuridad**

25 **Assistència Sanitària destina 30.000 euros a becas para profesionales de la salud**

26 **La Fundación Espriu, segunda red mundial de cooperativas sanitarias por facturación**

29 **CEPES y Social Economy Europe presentarán un plan de acción europeo de economía social**

33 monográfico.

34 **Envejecimiento demográfico.** Ignacio Romo y Meritxell Tizón

38 Entrevista a Isaura Leal, comisionada del Gobierno frente al Reto Demográfico: **«Ha llegado el momento de incorporar el impacto demográfico en todas las políticas públicas».** Meritxell Tizón

42 **¿Vivimos demasiado?** José Manuel Ribera Casado, catedrático emérito de Geriatría y académico de número de la RANME

45 Entrevista a Guillem López Casasnovas: **«La vida activa de los buenos profesionales perdurará más allá de las regulaciones restrictivas actuales de la jubilación».** Daniel Romaní

49 cultura.

49 **Pausa**

50 **Crítica de cine: Un apólogo desolado**

52 **Por el mundo: Pekín, reducto de tradición**

56 **Recordando a Salvador Espriu**

compartir.

Revista trimestral
Tercera etapa

Número
113

enero, febrero y marzo de 2019

Revista del cooperativismo sanitario
compartir@fundacionespriu.coop

Consejo editorial:
Teresa Basurte, presidenta de la Fundación Espriu y de Scias

Dr. Ignacio Orce, presidente de Autogestió Sanitària y Assistència Sanitària

Dr. Enrique de Porres, consejero delegado de Asisa-Lavinia

Dr. Oriol Gras, patrono de la Fundación Espriu

Dr. Carlos Zarco, director general y patrono de la Fundación Espriu

Director: Carles Torner Pifarré

Redactora jefe: Paz Hernández

Diseño y maquetación: ec.lluch

Coordinador de la sección "Por el mundo":
Dr. Manuel Viola

Redacción: ILUNION Comunicación Social

Corrección y traducción:
Núria Sàbat (catalán y castellano)

Imprenta: ILUNION Retail y Comercialización

Colaboran en este número: Dr. Carlos Zarco, Dr. Adolf Cassan, Dr. Pere Sala, Dolors Borau, Núria Jané, Dra. Montserrat Montraveta, José Pérez, David Fernández, Oriol Conesa, Rafael Olea, Ignacio Romo, Meritxell Tizón, Daniel Romaní, Enric Sòria, Jordi Virallonga, Sam Abrams, Paz Hernández, Àngels Gregori, Dr. Jose Manuel Ribera Casado y Simona Škrabec.

Fotografía e ilustración: Keith Adams, Francisco Cruces, Joma, Jordi Negret y Pep Herrero.

Depósito legal: B-46099-2003

Fundación Espriu

Av. de Josep Tarradellas, 123-127, 4a planta
08029 Barcelona.

Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 3ª.
28027 Madrid

NIF: G-59117887

Tel.: 93 495 44 90

fundacionespriu@fundacionespriu.coop

www.fundacionespriu.coop

Fundació • Fundación ESPRIU 30 anys • años

Constituida en 1989, la Fundación Espriu integra las entidades que practican el modelo sanitario cooperativo creado por el Dr. Josep Espriu: Autogestió Sanitària, Scias, Lavinia y Asisa, que forman el Grup Assistència y el Grupo ASISA.

AutogestióSanitària · Lavinia, S. Coop. · SCIAS · asisa

cartas de los lectores.

Agradecimiento desde Cuba

Estimados señores:

Les comunicamos que seguimos recibiendo regularmente su revista. Su consulta continúa siendo de gran interés para profesores, investigadores, estudiantes y otros usuarios de nuestro centro institucional. En espera de mantener la comunicación y agradeciéndoles el envío del último número, el 112, les saluda fraternalmente,

Lic. Milagros Pérez Ortiz
Universidad de Holguín
Sede Universitaria José de la Luz y Caballero
Biblioteca Universitaria Miguel de Cervantes Saavedra
Departamento de Desarrollo de Colecciones
Holguín. Cuba

editorial.

El reto del envejecimiento de la población

Dr. Carlos Zarco

Director general de la Fundación Espriu y presidente de IHCO

El envejecimiento de la población es un reto que afecta a todos los países de nuestro entorno. España, con una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo, figurará en las próximas décadas a la cabeza del *ranking* mundial de acuerdo con un reciente estudio elaborado por la Universidad de Washington y publicado en la prestigiosa revista médica *The Lancet*.

La mayor esperanza de vida al nacer es, como se apunta en algunos de los artículos incluidos en las páginas del Monográfico de este número de **compartir.**, un éxito de nuestra sociedad, de nuestro estado del bienestar y de nuestro modelo de sanidad. Sin embargo, cuando el incremento en el número de años de vida coincide con la tendencia a la baja de la tasa de natalidad, lo que se vislumbra en el horizonte es una sociedad envejecida en la que el número de mayores de 60 años crece exponencialmente respecto de las generaciones jóvenes en edad productiva.

Los retos que se plantean son enormes. Y los interrogantes, numerosos. ¿Cómo afrontará nuestro sistema sanitario la atención a una población con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas? ¿Qué ocurrirá con el gasto sanitario? ¿Y con el actual sistema de pensiones? ¿Quién cuidará de los mayores?

«Dar respuesta a las nuevas necesidades sociales que se vislumbran en ese horizonte no tan lejano puede abrir las puertas a nuevas oportunidades»

El panorama se presenta confuso. Sin embargo, para la mayoría de los especialistas que han contribuido con sus testimonios a la elaboración de las páginas centrales de este número de **compartir.**, dar respuesta a las nuevas necesidades sociales que se vislumbran en ese horizonte no tan lejano puede abrir las puertas a nuevas oportunidades. Solo es preciso que todas las instancias implicadas, especialmente los poderes públicos, aborden el reto con prontitud, resolución e inteligencia. ●

¿Puede una madre que fuma amamantar a su bebé? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil y sigue generando controversia.

Tabaquismo y lactancia

Dr. Adolf Cassan

El tabaquismo, y esto es algo ya incuestionable, es un hábito tóxico perjudicial, tanto para quien fuma como para quienes están a su alrededor, expuestos al humo procedente de la combustión del tabaco. De hecho, en el humo del tabaco se han identificado miles de sustancias diferentes y algunas de ellas tienen demostrados efectos nocivos para la salud. El producto más conocido es la nicotina, un alcaloide con acciones estimulantes sobre el sistema nervioso responsable de los efectos más evidentes del tabaco sobre el organismo, como aumento de la presión arterial y aceleración de la frecuencia cardíaca, por mencionar algunos, y que también es responsable de la dependencia que genera el tabaquismo. Sin embargo, el humo del tabaco contiene otras sustancias tanto o más nocivas, entre las cuales cabe destacar algunas irritantes para las vías respiratorias y otras que son cancerígenas.

Como se ha dicho, el humo de tabaco es nocivo para quienes fuman, los "fumadores activos", y también para quienes están expuestos al humo de tabaco ajeno, los "fumadores pasivos". Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el humo de tabaco ajeno afecta especialmente a los niños más pequeños: los expertos afirman, por ejemplo, que los lactantes y niños menores de seis años de edad que están expuestos al humo de tabaco con regularidad tienen un mayor riesgo de padecer infecciones del sistema respiratorio inferior, como bronquitis y neumonía, así como de sufrir un empeoramiento de las enfermedades respiratorias ya existentes, como el asma. En el caso de los bebés, también aumenta el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.

LA CONTROVERSIA

Resulta evidente, pues, que se impone evitar la exposición de los lactantes al humo de tabaco ambiental: no se debe fumar en un ambiente donde haya un lactante, y si se fuma en un determinado sitio, hay que ventilarlo bien antes de que entre el niño. En este aspecto, las recomendaciones son claras y la cuestión no plantea dudas. No ocurre lo mismo, sin embargo, respecto a otra cuestión de la máxima relevancia: la relación entre el tabaquismo y la lactancia materna, tema sobre el que existe cierta controversia.

Por un lado, el tabaquismo es nocivo; por otro, la lactancia natural comporta muchos beneficios para el bebé: la leche materna, entre otras cosas, constituye el alimento idóneo durante la primera época de vida desde un punto de vista nutritivo y contiene elementos inmunitarios que aumentan sus defensas, además del vínculo emocional que conlleva. Aparentemente, la cuestión puede zanjarse con facilidad: la madre que opta por dar de mamar a su hijo no debería fumar. Pero, ¿qué sucede si la mujer no tiene intención de dejar de fumar o bien quiere hacerlo pero, de hecho, no lo logra? ¿Es preferible, dados los perjuicios que comporta el tabaquismo, que no amamante al bebé o bien que, dados los beneficios de la lactancia materna, lo haga de todos modos?

PERJUICIOS DEL TABAQUISMO FRENTE A BENEFICIOS DE LA LACTANCIA

Para abordar esta cuestión, hay que tener presente, ante todo, que la nicotina procedente del humo del tabaco que la mujer absorbe en sus pulmones llega a la sangre que circula por su organismo y, en la etapa de la lactancia, también pasa a formar parte de la composición de la leche que elaboran sus glándulas mamarias. Los niveles de nicotina en la leche materna dependerán, por supuesto, de la cantidad de cigarrillos que la mujer fume e incluso del tiempo que transcurra entre el consumo de tabaco y el momento en que da de mamar, pero aunque sean bajos, de ningún modo puede afirmarse, como a veces ocurre en informaciones poco rigurosas, que sean inexistentes.

Diversos estudios han constatado que la nicotina presente en la circulación sanguínea de la madre que fuma pasa, en determinada proporción, a la leche materna. De hecho, se ha constatado que la nicotina presente en la leche materna tiene en el lactante que la consume efectos estimulantes, como por ejemplo un signo tan objetivo como es el aumento de la frecuencia cardíaca, y también se ha propuesto que puede provocar en el bebé cierto grado de inquietud o irritabilidad y a veces, si la cantidad consumida es elevada, incluso insomnio o problemas para dormir bien.

Por otra parte, hay estudios en los cuales se ha cons-

tatado que el tabaquismo disminuye en cierto grado la producción de prolactina, hormona responsable de la elaboración de la leche, lo que se ha relacionado con el hecho de que las madres fumadoras tienden a dejar de amamantar antes a sus hijos que las madres que no fuman, hecho conocido como "destete temprano". Este punto, aunque se haya comprobado en algún estudio comparativo, no es, sin embargo, tan determinante a la hora de evaluar la conveniencia de amamantar al bebé si la madre es fumadora como el hecho de las posibles consecuencias negativas directas, pero también es motivo de consideración.

¿QUÉ HACER?

Según lo expuesto, sin duda, lo mejor es que la madre que amamanta a su bebé no fume, y sobre este punto la opinión de los expertos es unánime. El dilema se plantea cuando la madre continúa fumando y se cuestiona si es preferible que no le dé el pecho a su hijo o bien que, dados los conocidos beneficios de la lactancia materna, conviene que lo haga a pesar de ello.

Hay especialistas que opinan que la mujer debe dejar de fumar si pretende amamantar a su hijo y que, si no quiere hacerlo, o si no puede a pesar de pretenderlo, es preferible que se recurra a la lactancia artificial. Otros, por el contrario, consideran que la lactancia natural comporta beneficios que, poniéndolos en la balanza con los eventuales perjuicios, decantan el consejo a no renunciar a dar el pecho al bebé. En este sentido, por ejemplo, insisten en que, dado el aporte de anticuerpos maternos presentes en la leche materna, los bebés que reciben lactancia natural están más protegidos frente a las infecciones respiratorias que los que se alimentan con lactancia artificial, y que la propia lactancia natural ofrece protección contra las infecciones respiratorias en los bebés que viven en hogares donde se fuma. Por supuesto, en tal caso se aconseja que la mujer intente limitar al máximo posible la cantidad de cigarrillos que fuma, que consuma tabaco bajo en nicotina, que fume lo más alejado posible en tiempo de la siguiente toma (por ejemplo, no antes de 90 o 120 minutos) y que nunca lo haga en presencia del bebé.

No es una cuestión clara decantarse por una u otra postura, porque ello depende de diversas consideraciones y de algunos factores que atañen específicamente a la mujer: si quiere o no dejar de fumar, si puede o no lograrlo en caso de pretender abandonar el hábito, si desea amamantar al bebé... Lógicamente, tal como propugna la OMS, siempre se debe alentar a la madre a dejar de fumar y a que busque el apoyo y los medios convenientes para lograrlo. Lo más oportuno es que la madre fumadora aborde esta cuestión con su médico, para que se evalúe la situación particular y, sobre la base de una correcta información y un adecuado planteamiento de la situación, sopesando las distintas alternativas, se adopte en cada caso la opción que parezca más oportuna. ●

El Servicio de Pediatría y la Unidad de Neonatología del Hospital de Barcelona

Atención especializada de alto nivel

El Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital de Barcelona se creó hace 29 años para atender a los pacientes pediátricos de Assistència Sanitària (AS) que necesitan hospitalización. Con unas instalaciones completamente renovadas, se ha convertido en un referente de la pediatría y la neonatología en el ámbito de la sanidad privada.

Dr. Pere Sala
Jefe del Servicio de Pediatría y Neonatología
del Hospital de Barcelona.

En sus años de funcionamiento, el Servicio ha pasado por una etapa inicial de crecimiento del número de pacientes hospitalizados durante los años noventa del siglo pasado, que coincidió con un aumento exponencial del número de nacimientos, la consolidación del servicio y un nivel alto de atención especializada, tanto en el ámbito médico como en el de la atención de enfermería. Tras una etapa de estabilización, actualmente el Servicio pasa por una etapa de cambios y de retos de futuro con la creación de una nueva planta de hospitalización y una nueva unidad de neonatología.

ASPECTOS ASISTENCIALES

El área de hospitalización pediátrica atiende alrededor de 850 ingresos al año, de los cuales unos 500 son ingresos por patologías agudas, atendidos por el Servicio de Pediatría, y unos 350 son pacientes pediátricos que ingresan por diferentes tipos de cirugía, de forma programada. Sin embargo, unos 200 niños al año ingresan en el área de corta estancia para cirugía de tipo ambulatorio.

El Hospital atiende de forma urgente casi 10.000 visitas al año de pacientes en edad pediátrica; y el Servicio de Urgencias Domiciliarias, 20.000 visitas de pediatría en el área de Barcelona. Las principales patologías que se atienden son respiratorias y digestivas, seguidas de las neurológicas, con la etiología infecciosa como la causa más frecuente de ingreso.

El Servicio de Urgencias Pediátricas, ubicado en la misma planta de atención pediátrica y neonatal, y por tanto diferenciado del Servicio de Urgencias de adultos, proporciona atención a todas las visitas urgentes de niños desde el mes de vida hasta los 17 años, ya sean derivados por su pediatra o desde el Servicio de Urgencias Domiciliarias (SUD) cuando el paciente lo requiere o bien por decisión propia de los padres. Los tiempos de atención y los trámites de ingreso cuando el niño lo necesita se realizan con un alto grado de eficiencia.

En el área perinatal, tras la puesta en marcha del Hospital hasta los primeros años del siglo actual se llegó a un número máximo de partos, que superó ligeramente la cifra de 2.000 anuales. En los últimos años, coincidiendo con la tendencia a la baja del número de nacimientos en Cataluña, el Hospital también ha constatado un descenso en el número de partos. Sin embargo, el área de neonatología ha seguido atendiendo a todos los bebés nacidos sanos y a los bebés prematuros o con patologías que han precisado cuidados específicos en la unidad de neonatología. En 2015 se creó el programa Nadó, un servicio que da apoyo a las madres y padres que han tenido un recién nacido, con la realización de una visita presencial en el domicilio para ayudarles y asesorarles en los diferentes aspectos de los cuidados básicos del bebé durante sus primeros días de vida.

El servicio cuenta con la colaboración de especialistas y consultores externos de diferentes subespecialidades dentro de la pediatría para las situaciones o patologías que así lo requieren.

Los diferentes facultativos que forman parte del equipo profesional del Servicio de Pediatría y Neonatología, además de la atención global a la pediatría hospitalaria, muestran también especial interés o un mayor grado de experiencia en algunas áreas de la especialidad, como son el campo de las enfermedades infecciosas (la patología más frecuente dentro de la pediatría), el grupo de bebés prematuros tardíos (bebés que nacen entre las 34 y 36 semanas de gestación y que representan el grupo más frecuente de los bebés que nacen prematuros), el cribado neonatal de la hipoacusia o la reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal, entre otros.

Se debe dar especial relevancia al personal de enfermería del Servicio, que se ha consolidado con un alto nivel profesional en la atención del bebé y del paciente pediátrico con necesidades de atención hospitalaria. La enfermería pediátrica, y especialmente la neonatal, demanda un alto grado de especialización si tenemos en cuenta las características de estos pacientes. Cabe destacar, en estos últimos años, la adaptación que se ha llevado a cabo en la atención neonatal relacionada con

los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia de los bebés ingresados en la unidad de neonatología.

COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Como servicio diferenciado dentro de un hospital general donde se atienden diferentes especialidades, el personal facultativo del Servicio participa de forma activa en diferentes comisiones internas del hospital como son docencia, ética, farmacia, infecciones, calidad y seguridad del paciente y seguridad en radiología, además de la participación en diversos grupos de trabajo que contribuyen a una mejor atención del paciente hospitalizado con sus diferentes necesidades.

Sin embargo, miembros del mismo Servicio participan activamente en sociedades científicas u organismos externos del ámbito de la salud. Son ejemplo de ello la participación en grupos de trabajo de la Sociedad Catalana de Pediatría (SCP) y en el grupo de trabajo de vigilancia de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales del VINCAT (programa del Servicio Catalán de la Salud que establece un sistema de vigilancia unificado de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña). También se ha colaborado en la elaboración de recomendaciones del proyecto Esencial de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (Aqua) y en la revisión del protocolo de Cribado de la Hipoacusia del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

El Servicio lleva a cabo un programa de docencia en el Hospital, con el objetivo de mantener una formación continuada del personal, con sesiones internas para facultativos o para enfermería del mismo servicio y en otras sesiones internas para otros profesionales del Hospital.

Desde hace unos años, se organiza también un programa anual de sesiones clínicas de pediatría con los pediatras del cuadro facultativo de AS y una jornada anual sobre patología del embarazo con los ginecólogos y obstetras de AS, a fin de garantizar la continuidad asistencial y el conocimiento. Ambas actividades están acreditadas por el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

Diferentes miembros del Servicio participan también en docencia y formación externa, con conferencias o ponencias en cursos externos y en clases de posgrado o másteres universitarios. Aparte, se realiza una activa participación en congresos y reuniones científicas. Un ejemplo es la participación anual de diferentes facultativos del servicio en la reunión anual de la Sociedad Catalana de Pediatría con la presentación de comunicaciones y/o posters.

En el ámbito de la investigación, cabe destacar algunas publicaciones en revistas científicas, con artículos del mismo servicio o en colaboraciones con otros centros. En los últimos años, tienen especial relevancia las publicaciones sobre la población de prematuros tardíos. Finalmente, cabe resaltar también la participación en algunos proyectos de investigación de tipo multicéntrico y el estudio, actualmente en realización, sobre el riesgo del neurodesarrollo y análisis del rendimiento escolar en bebés prematuros tardíos nacidos en el hospital. ●

«El Hospital de Barcelona atiende de forma urgente cerca de 10.000 visitas al año de pacientes en edad pediátrica; y el Servicio de Urgencias Domiciliarias, 20.000 visitas de pediatría en el área de Barcelona»

Bronquitis crónica, bronquitis aguda y asma son las enfermedades más frecuentes del sistema respiratorio. Aprender a distinguir sus síntomas y sus causas ayuda a tratarlas y prevenirlas.

Enfermedades respiratorias: bronquitis y asma

Dolors Borau

Los bronquios son las dos vías en que se divide la tráquea dentro de los pulmones. El aire que respiramos penetra por la nariz o la boca, pasa por la faringe y la laringe y llega a los bronquios, unos tubos formados por una cobertura cartilaginosa dura, que se van ramificando en conductos cada vez más estrechos, llamados bronquios secundarios o bronquiolos. La parte interna está tapizada por una especie de pelos y por unas glándulas que segregan mucosidad con el objetivo de filtrar y atrapar las partículas que penetran con el aire. Al final de los bronquiolos están los alveolos, donde se produce el intercambio de oxígeno a la sangre y la eliminación del CO_2. Por lo tanto, el árbol bronquial con todas sus ramificaciones es imprescindible para poder respirar correctamente y oxigenarse.

Cuando se padece una bronquitis, las paredes internas de los conductos se inflaman, se hacen más gruesas y el diámetro interno disminuye, con lo que cuesta más que circule el aire. También aumenta la cantidad de mucosidad y aparece la tos. La tos no es mala; es un mecanismo de defensa necesario que nos sirve para expulsar al exterior los gérmenes y la mucosidad.

RESFRIADOS Y BRONQUITIS AGUDAS

Generalmente, la causa de las bronquitis agudas es de origen vírico y aparecen con un resfriado o con una gripe. Los síntomas de los resfriados son muy conocidos: congestión, mucosidad, tos, cansancio, malestar generalizado y, a veces, fiebre. Si además del proceso catarral hay una bronquitis, entonces aparecen la dificultad para respirar, el jadeo, la presión en el pecho y las sibilancias al respirar, por la dificultad que tiene el aire al pasar por los bronquios. En general, la mucosidad que se expulsa con la tos es de color claro, pero si el color cambia y se vuelve amarillento, verdoso o de color marrón puede indicar que hay otra infección causada, en este caso, por bacterias.

Las infecciones causadas por virus no se tratan nunca con antibióticos, a diferencia de las infecciones causadas por bacterias; por lo tanto, no se deben tomar antibióticos que no estén prescritos por un médico. Las recomendaciones para combatir una bronquitis aguda son: descansar, tomar líquidos y controlar la humedad del ambiente con un humidificador. Si es preciso, el médico prescribirá un medicamento antiinflamatorio o analgésico y algún inhalador que actúe sobre los bronquios. Si la fiebre o la dificultad para respirar aumentan hay que acudir de nuevo al facultativo, pero si no hay complicaciones, el proceso dura entre dos y tres semanas y es habitual que la tos persista unos cuantos días o alguna semana más.

MEJORAR LA BRONQUITIS CRÓNICA

La bronquitis crónica es otra cosa. Es una enfermedad pulmonar obstructiva que no se cura, pero que se puede mejorar con tratamiento farmacológico para abrir las vías respiratorias y hacer disminuir la mucosidad y, si es necesario, se administra oxígeno. La causa acostumbra a ser el tabaco o haber respirado aire contaminado, humo o polvo. También se experimenta una mejoría si se deja el tabaco, en el caso de que la persona sea fumadora.

Es importante saber distinguir entre una bronquitis aguda causada por un proceso infeccioso, generalmente vírico, y una bronquitis crónica en la cual la inflamación no está causada por un proceso infeccioso. También es importante no confundir la bronquitis con el asma.

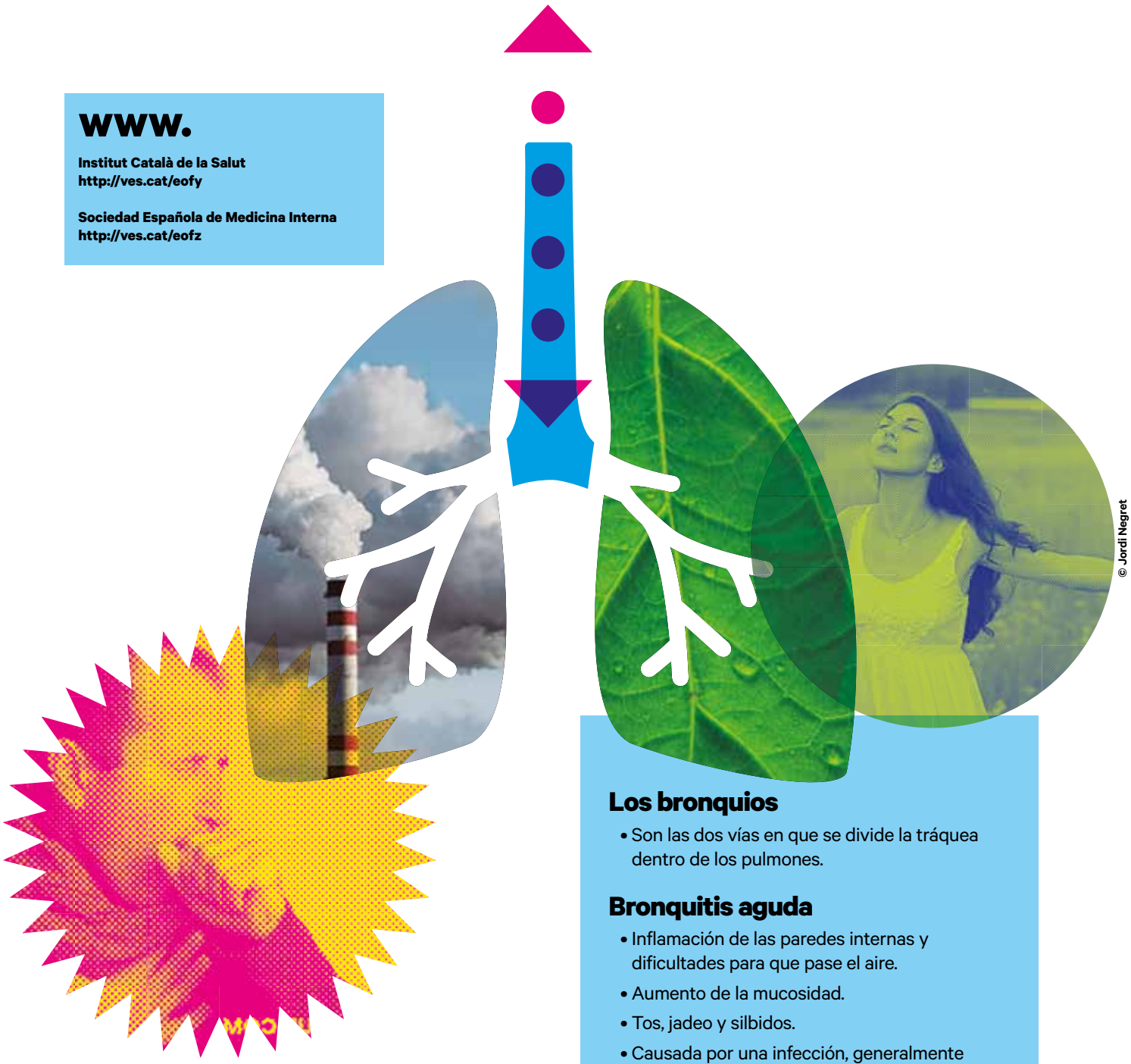
ASMA, MUY FRECUENTE EN LA INFANCIA

El asma es una enfermedad causada por una inflamación de los bronquios que dificulta el paso del aire. Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y la adolescencia en los países industrializados. Es habitual que empiece en la infancia, pero puede aparecer en cualquier edad. Si se inicia a los dos o tres años acostumbra a

www.

Institut Català de la Salut
http://ves.cat/eofy

Sociedad Española de Medicina Interna
http://ves.cat/eofz



© Jordi Negret

desaparecer entre los cinco y siete. Si aparece más tarde, la enfermedad puede durar más tiempo.

Se desconoce la causa exacta del asma, pero hay factores que pueden desencadenar la enfermedad, como las infecciones víricas, las alergias (a los ácaros del polvo, al polen, a los hongos de la humedad, a los animales domésticos...), la exposición al humo del tabaco o el ejercicio físico. Las personas asmáticas sufren crisis repentinas que causan la sensación de ahogo, los silbidos en el pecho y la tos seca que no expulsa mucosidad. Se dice que es una enfermedad crónica porque los síntomas tienden a repetirse y el objetivo es el de conseguir evitar y prevenir las crisis.

Para poder desarrollar una vida activa de buena calidad es imprescindible poder respirar con normalidad. ●

Los bronquios

- Son las dos vías en que se divide la tráquea dentro de los pulmones.

Bronquitis aguda

- Inflamación de las paredes internas y dificultades para que pase el aire.
- Aumento de la mucosidad.
- Tos, jadeo y silbidos.
- Causada por una infección, generalmente vírica.

Bronquitis crónica

- Es una enfermedad pulmonar obstructiva que no tiene cura.
- Síntomas: tos, mucosidad y ahogo.
- Causada por el tabaco o por haber respirado aire contaminado, humo o polvo.

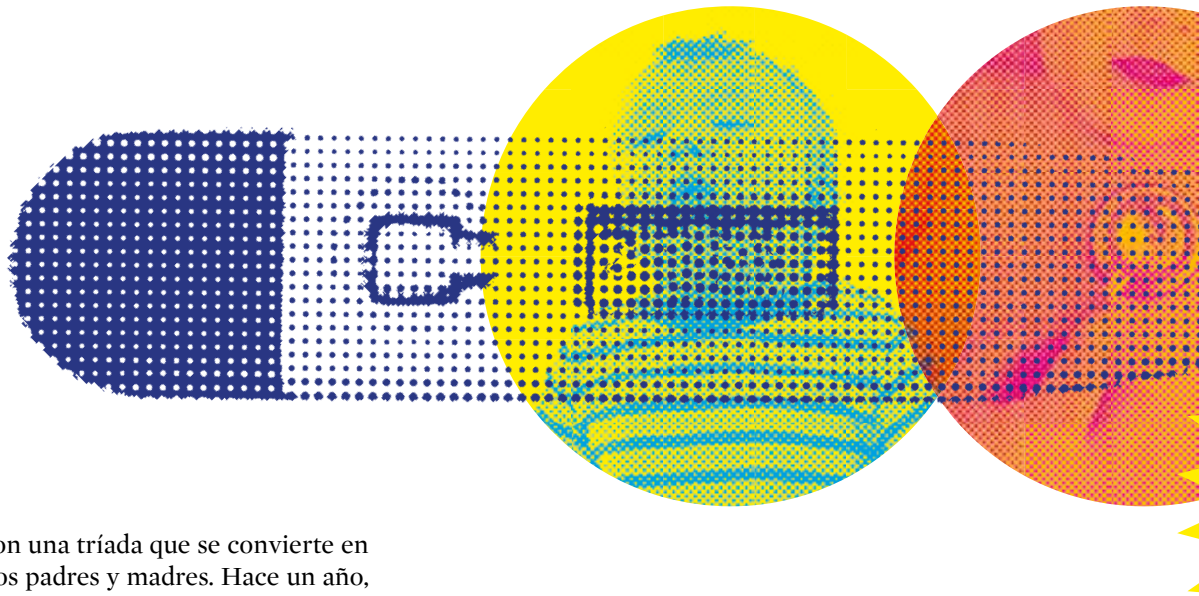
Asma

- Es una enfermedad causada por una inflamación de los bronquios que dificulta el paso del aire.
- Diversas causas: infecciones víricas, alergias, ejercicio físico...
- Aparecen crisis de ahogo que se van repitiendo.

La bronquiolitis es una inflamación de los bronquiolos y alveolos que afecta a los niños menores de dos años, y muy especialmente a los lactantes. Causada por virus o por bacterias, les impide respirar con normalidad y dificulta la oxigenación de la sangre. Con frecuencia requiere la hospitalización del pequeño.

Un ingreso hospitalario por bronquiolitis

Dolors Borau



Niños, mocos y tos son una tríada que se convierte en la pesadilla de muchos padres y madres. Hace un año, mi sobrina tuvo que ingresar a su hija Mar cuando solo tenía un mes y pasó las fiestas navideñas en el hospital.

Cuando nació Mar a finales de noviembre, ese otoño hizo frío y su hermana mayor, con la que se lleva tres años, se resfrió y empezaron los mocos y la tos. Mi sobrina se encontraba bien, pero acababa de dar a luz y tenía dos criaturas pequeñas en casa que necesitaban toda su atención. Con la hija mayor enferma empezaron las malas noches y como la pequeña tenía que mamar faltaban manos y faltaban horas. Por ello, tardó en reaccionar cuando Mar no reclamaba el pecho y le dejaba más margen de tranquilidad, pero luego cayó en la cuenta de que no era normal que un bebé durmiera tanto y no llorara para mamar.

UN BEBÉ DE APENAS UN MES

La niña estaba caliente, muy postrada y empezó a tener tos. Fue entonces cuando se dio cuenta de que la mayor había contagiado a la otra. En aquel momento no pensó que pudiera tener ninguna complicación porque con la mayor ya había pasado episodios febriles. Pero no reparó en que Mar aún no había cumplido el mes de vida. Los

¿Qué es una bronquiolitis?

- Es la inflamación e infección de los bronquiolos y alvéolos pulmonares que afecta a lactantes y niños de hasta dos años.
- La inflamación no permite la oxigenación de la sangre ni la eliminación del CO_2.
- Está causada por bacterias (neumococo), virus (el virus sincicial respiratorio), hongos o sustancias irritantes que entran en los pulmones al respirar.

síntomas del resfriado de la mayor mejoraron, la fiebre se pudo controlar con antitérmicos y al tercer día ya estaba mejor y recuperaba el apetito, pero a la pequeña no había manera de bajarle la fiebre, cada vez tenía más tos y respiraba con más dificultad. No dudó de que tenían que ir a urgencias, pero no se imaginaba que la ingresarían.

Mar tenía una bronquiolitis provocada por el virus sincicial respiratorio y no sabían de qué les hablaban. Descubrieron que no era lo mismo que una bronquitis porque la afectación no estaba en los bronquios sino que estaba en los bronquiolos, al final de los cuales están los alvéolos, el lugar donde se oxigena la sangre y se elimina el CO_2. Cuando las criaturas son pequeñas los conductos son más estrechos y se obstruyen con más facilidad.

Le pusieron un pequeño aparato en la nariz para aportarle oxígeno; una vía en el brazo para poder administrarle la medicación e hidratarla; un aparato en el pie, el "pulsi", para medir el nivel de saturación de oxígeno en sangre. También le pusieron una sonda nasogástrica para pasarle la alimentación ya que, con la dificultad para respirar, no podía mamar ni succionar el biberón. Mi sobrina se la ponía en el pecho para darle confort y para que intentara succionar, pero era muy difícil cogerla en brazos entre tanto lío de tubos conectados. Estuvieron allí desde Navidad hasta Fin de Año, pero mi sobrina decía que el tiempo se había parado y que lo que pasaba fuera de la habitación no le importaba. Sufría por su hija y le sabía mal no estar con la otra niña. Quería volver a casa, pero temía dejar el hospital.

RIESGO DE RECAÍDAS

Cuando la fiebre bajó, la respiración mejoró y la pequeña pudo volver a comer, regresaron a casa sin miedo y contentos de poder pasar la noche de Reyes juntos. Compraron un humidificador de aire frío para la habitación y sabían que tenían que despertar a la niña cuando le tocase mamar porque no podía perderse ni una toma. Restringieron las visitas para evitar nuevos contagios, ya que estos virus aparecen en otoño, perduran hasta la primavera y pueden afectar a personas de todas las edades que, si no son lactantes o criaturas menores de dos años, solo padecerán los síntomas de un resfriado. Si se ha sufrido una bronquiolitis se tienen más posibilidades de recaer y por ello era preciso proteger a Mar hasta que hubiera recuperado un poco de peso y fuera más mayor.

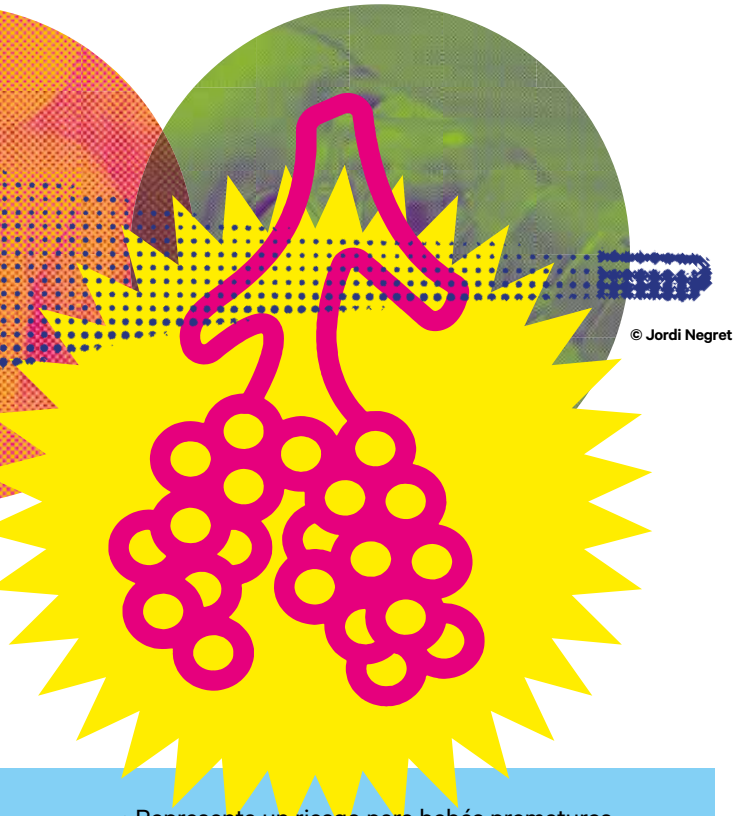
Hicieron una vida tranquila dejando que la criatura descansase, que la madre pudiera darle el pecho sin prisas y que la hermana estuviera dos semanas en casa sin ir al parvulario. Ahora que ha pasado un año y las niñas ya están bien, mi sobrina recuerda que fue duro, pero que fue un acierto pasar aquellas semanas de recogimiento familiar sin prisas ni presiones, con las niñas en casa y con el apoyo familiar para realizar las compras y las tareas imprescindibles. Aquella vez fue ella la que detuvo el tiempo para dar más tiempo de recuperación a su bebé. ●

WWW.

Hospital Universitari General de Catalunya
http://tuit.cat/PD25r

Medlineplus
http://tuit.cat/E1l9s

HLA Grupo Hospitalario
https://bit.ly/2AJ01S8



© Jordi Negret

- Representa un riesgo para bebés prematuros, lactantes y adultos con problemas cardíacos o pulmonares, y puede ser necesario un ingreso hospitalario.

Tratamiento hospitalario en bebés

- Pueden necesitar aportación de oxígeno.
- Será necesario poner una vía intravenosa para administrar medicación y asegurar la hidratación.
- A veces hay que poner una sonda nasogástrica para facilitar la alimentación.

Queremos **compartir** esta revista contigo

Ahora puedes recibir **gratis**, **cada tres meses**, nuestra revista en versión digital.

Para recibirla:

Rellena el formulario que encontrarás en la web: **www.fundacionespriu.coop/compartir**

— O —

Escanea este **código QR** con tu teléfono móvil o tablet

Fundació • Fundación ESPRIU 30 anys • años

Importada de Oriente, esta sencilla forma de preparar garbanzos resulta nutritiva y muy sana. Si se acompaña con cereales, aportará a nuestro organismo los mismos aminoácidos que la carne.

Hummus: un plato intenso, versátil y fácil de preparar

Núria Jané y Dra. Montserrat Montraveta

En otra ocasión, ya hablamos de la importancia que tiene la ingesta de legumbres a la hora de seguir una dieta saludable y también de los beneficios que aportan al organismo. Pero las legumbres se pueden consumir de muchas maneras; por eso, hoy hablaremos del hummus, un plato importado de Oriente Medio, que tiene como ingrediente principal los garbanzos aplastados, a los que se añade una pasta de harina de sésamo llamada *tahina*, aceite de oliva, ajo y zumo de limón.

El hummus es una comida muy típica de toda la zona que va desde Grecia hasta Arabia, incluyendo Turquía, Armenia, Líbano, Siria e Israel, pero actualmente su popularidad se extiende a todo el mundo. En árabe, "hummus" significa simplemente "garbanzo", pero lo que nosotros conocemos como hummus, ellos lo llaman *hummus bi-tahina*; es decir, garbanzo con pasta de sésamo.

Este puré de garbanzos de sabor sorprendente es ideal para comer con pan de pita, pan tostado o vegetales crudos como zanahorias, bastoncillos de apio, de calabacín o de pimientos rojos (crudités). Hay que prestar atención, sin embargo, a los alimentos que utilizamos para acompañarlo, ya que a menudo engordan más que el mismo hummus.

PROPIEDADES Y BENEFICIOS

Al ser un puré de garbanzos, el hummus es una fuente importante de proteína de alto valor biológico (sobre todo si los cocinamos con cereales), vitaminas del grupo B, que nos ayudan a regular el sistema nervioso y muscular, minerales como el calcio, el potasio o el magnesio, e hidratos de carbono complejos de absorción lenta que nos aportarán sensación de saciedad al tiempo que ayudarán a mantener niveles estables de glucosa en sangre.

Como todas las leguminosas, los garbanzos son ricos en fibra; por lo tanto, reducen la absorción de colesterol y mejoran nuestro tránsito intestinal. Si queremos seguir una dieta saludable, deberíamos ingerir legumbres 3 o 4 veces a la semana.

Como hemos dicho antes, para obtener una mejor aportación de proteínas, las legumbres deben complementarse con cereales, por lo que una comida que contenga legumbres y cereales aporta prácticamente los mismos aminoácidos que la carne. Si, además, añadimos sésamo, aumentamos el contenido en triptófano. Todo esto lo convierte en un plato muy nutritivo y sano. Además, el ajo y el limón son una combinación perfecta para protegernos de los virus y las bacterias.

Aunque el hummus ya se puede encontrar elaborado en muchos supermercados, os animamos a prepararlo en casa siguiendo la receta que hoy os proponemos. ●

Hummus tradicional

Ingredientes:

- 400 g de garbanzos cocidos
- 2 cucharadas de tahina
- un chorrito de limón
- ½ diente de ajo
- 1 cucharadita de pimentón dulce
- un poco de aceite de oliva
- 1 pizca de comino molido
- agua o caldo de la cocción de los garbanzos para obtener la textura adecuada

Preparación:

Lavar bien los garbanzos. Escurrirlos y ponerlos en el vaso de la batidora. A continuación, añadir el resto de los ingredientes, excepto el pimentón, y batir bien.

Aclarar la consistencia del puré con agua o caldo hasta que llegue a una textura cremosa.

Probar y rectificar, si es necesario, añadiendo más limón. Presentar con pimentón espolvoreado por encima.

Variante con tomates secos

La preparación inicial es la misma que la del hummus tradicional con la diferencia de que, antes de batir todos los ingredientes, hay que añadir 3-4 tomates secos previamente puestos en remojo durante una hora.

Alfredo Arana Velasco
Presidente ejecutivo del grupo cooperativo Coomeva de Colombia

«La salud necesita solidaridad y, de eso, las cooperativas sabemos mucho»

Con cerca de 250.000 asociados, el grupo empresarial cooperativo colombiano es la unión solidaria de profesionales más grande de Colombia. El presidente ejecutivo de la compañía nos explica las claves del éxito de su gestión.

Para quien no conozca Coomeva, ¿cuál es su actividad principal?
Coomeva es un grupo empresarial cooperativo colombiano conformado por 17 empresas, con más de 3.000.000 afiliados y 15.000 empleados directos, en 24 departamentos del país. La matriz y propietaria mayoritaria de las empresas del grupo es Coomeva Cooperativa, fundada en 1964 por 27 médicos en respuesta a sus necesidades de cobertura de salud y pensión.

La cooperativa asocia a profesionales de todas las disciplinas. Les brinda servicios mutuales solidarios y de protección, facilitándoles, además, oportunidades y soluciones muy completas para educación, vivienda, emprendimiento y desarrollo empresarial, viajes y turismo, ocio y cultura.

El resto de empresas del Grupo Coomeva brindan a los asociados y a otros clientes servicios financieros de ahorro, crédito e inversión, a través de Bancoomeva y Fiducoomeva; de protección y aseguramiento, con Coomeva Corredores de Seguros, y de salud, tanto de aseguramiento obligatorio como voluntario, este último a través de nuestra empresa Coomeva Medicina Prepagada. Un servicio en el que fuimos pioneros en Colombia en 1975, que se mantiene en el primer lugar de preferencia de los colombianos y que ya se proyecta a nivel internacional.

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el grupo cooperativo Coomeva?
Un desafío permanente que tenemos como grupo es lograr que el propósito con nuestros asociados y el enfoque cooperativo no se vean distorsionados por la actividad empresarial. Lo hemos logrado en estos 54 años de actividad y debemos mantenerlo. Por eso, nuestro primer desafío es el de la asociatividad. Lograr la satisfacción de nuestros asociados en sus roles de usuarios, gestores y dueños y, de esa forma, aumentar la base social.

Otro desafío importante es la inserción en la economía digital y conseguir ser una organización preparada de cara a la cuarta revolución industrial. Buscamos alcanzar el 20 % de los ingresos del grupo por el canal virtual en los próximos años; eso sí, teniendo presente que el vínculo con el asociado no se debe perder y que aún siguen siendo vigentes los espacios de contacto físico.

En este sentido estamos haciendo un desarrollo potente, y uno de ellos es la plataforma www.aboutti.com, que es una gran oportunidad para Colombia. Se trata de un modelo de negocio basado en un *marketplace* de turismo médico de nuestra empresa Coomeva Medicina Prepagada, que busca dinamizar la llegada de pacientes del exterior para que se hagan tratamientos de salud en Colombia. De hecho, el pasado 30 de octubre de 2018 fue reconocida con el Healthcare Revolution Innovation Award, un premio que se otorga a las empresas más disruptivas e innovadoras en sus modelos de servicio y negocio en este sector.

Otro reto es el de la internacionalización. Con nuestro socio estratégico de Estados Unidos, Christus Health, estamos continuamente valorando opciones de participación en el sector salud y asegurador en países como México y Chile.

Por supuesto, un reto importante en este momento es nuestra empresa de aseguramiento voluntario en salud, que se ha visto afectada en lo financiero por la crisis de liquidez que afecta al sistema sanitario colombiano.

¿Cómo ha contribuido Coomeva a la construcción del sistema de salud colombiano?
Desde su fundación, Coomeva ha buscado crear soluciones a la seguridad social de sus asociados y una de nuestras contribuciones más importantes tiene que ver con lo institucional. Coomeva, por ejemplo, llevó a Colombia el modelo de aseguramiento voluntario en salud y fue pionera con su empresa de medicina prepagada, que hoy suma más de 40 años de servicio.

Con esa experiencia en aseguramiento voluntario y con la responsabilidad de ser una cooperativa creada por médicos y con gran participación de asociados del sector salud, Coomeva respondió a la llamada del Gobierno nacional en 1995 para apoyar el aseguramiento obligatorio de salud para los colombianos, creando así Coomeva Entidad Promotora de Salud (Coomeva EPS). En los primeros años llegó a ser la segunda EPS más grande de Colombia.

Con Coomeva Medicina Prepagada prestamos más de 2.500.000 atenciones al año en todo el país, entre las que figuran más de 500.000 consultas médicas y especializadas, y más de 1.500.000 exámenes diagnósticos y de laboratorio.

A través del aseguramiento obligatorio con Coomeva EPS facilitamos cobertura en 111 municipios del país y aseguramos la prestación de más de 25 millones de atenciones anuales, que incluyen cerca de 1,5 millones de

Un experto en gestión

Alfredo Arana Velasco es el presidente ejecutivo del grupo empresarial cooperativo Coomeva, en Colombia, desde hace 13 años. Cursó estudios de Economía en la Universidad del Valle, así como una especialización en Finanzas y tres maestrías en Administración de empresas en la Universidad de Los Andes y en las universidades Eafit-Icesi e Icesi-Tulane. Tiene más de 30 años de experiencia en gestión de entidades privadas, sector solidario y grupo empresarial.

Ha sido presidente del Comité de Cooperativas Financieras y Bancos Cooperativos de ACI Américas, Cofia; miembro principal del Consejo de la Alianza Cooperativa Internacional, ACI; miembro de la Junta Directiva de la Confederación Colombiana de Cooperativas, Confecoop, a nivel nacional y regional; miembro del Comité Intergremial del Valle del Cauca y miembro de las juntas directivas de las empresas del Grupo Coomeva.

atenciones por urgencias, más de 70.000 cirugías, 33.000 nacimientos y 183.000 hospitalizaciones, persistiendo en nuestro objetivo de cuidar la salud de los colombianos.

Contribuimos sin duda en la ampliación de cobertura, aportando para que el sistema de salud alcance hoy al 97,2 % de los colombianos, cerca de 22,4 millones en el régimen subsidiado y 21,7 millones en el régimen contributivo.

El envejecimiento de la población o el incremento del gasto sanitario son algunos elementos que amenazan los sistemas de salud en todo el mundo ¿Qué cree que pueden aportar las cooperativas ante estos desafíos?
La salud es un bien público que no puede ser solo provisto con respuestas individuales del Estado, del mercado o de la sociedad civil. La salud es una construcción social y, por lo tanto, necesita de solidaridad, complementariedad y cooperación como sustratos para funcionar y, de eso, las cooperativas sabemos mucho.

El sistema de salud colombiano se basa, entre otros, en principios de universalidad, subsidiaridad, solidaridad, igualdad y equidad, sostenibilidad y transparencia. Principios absolutamente coincidentes con los del modelo empresarial cooperativo.

El cooperativismo lleva casi 200 años demostrando que estos principios sí funcionan y operan para dar resultados sinérgicos mayores a la suma de las partes. La participación social y de las comunidades es fundamental tanto en la gestión del sistema de salud como de las empresas cooperativas para lograr sus propósitos.

En los aspectos concretos del gasto sanitario y el desafío del envejecimiento poblacional, las cooperativas estamos dando respuestas que en muchos casos no ofrece el Estado, o al menos las complementamos. Específicamente, en el gasto en salud hemos promovido e implementado modelos de servicios basados en la promoción y prevención y en la integración de servicios a través de redes. De la misma forma, somos conscientes de la necesidad de incorporar tecnología administrativa para elevar la eficiencia en los servicios.

La aportación de la cooperación a lo económico en la vida adulta y en la jubilación es un renglón que las cooperativas debemos mostrar mejor, pues el impacto es enorme. Contribuimos a cerrar la brecha pensional, que cada vez tiende a ser un desafío mayor de los sistemas de seguridad social. Somos un brazo del sistema que aporta respaldo económico con los beneficios que se brindan a los asociados desde los fondos sociales y solidarios de la cooperativa.

Usted ha desarrollado gran parte de su carrera en el entorno cooperativo. ¿Qué aspectos diferenciales destacaría entre gestionar una empresa comercial y una cooperativa?
Quiero destacar primero que es necesario entender el modelo cooperativo y creer en él; es decir, identificarse con los propósitos de la cooperativa. Propósitos que se orientan por criterios fundamentalmente humanistas y cuyo objetivo central es el bienestar de las personas.

En las cooperativas se deben atender las expectativas, no de un pequeño grupo de accionistas sino de toda una comunidad, representada en primer lugar por los asociados y sus familias, y actuar bajo criterios de eficiencia y sostenibilidad.

Otro aspecto prioritario común en la gestión de una cooperativa es el obligatorio equilibrio entre lo social y el buen desempeño empresarial de la misma, hasta el punto de que se puede afirmar que lo uno sin lo otro no funciona.

Sin duda, otro elemento de gran relevancia en la gestión de las cooperativas es el diseño y funcionamiento basado en sólidos modelos de gobierno corporativo como un factor que permite tomar decisiones basadas en criterios técnicos, en la transparencia de los intereses, de oportunidad y, finalmente, en la claridad de la rendición de cuentas.

Las empresas, en el caso del grupo cooperativo Coomeva, nacen en virtud de las necesidades de los asociados. Es decir, no como un fin en sí mismas sino como un medio para alcanzar propósitos mayores de bienestar colectivo, pero siempre respaldadas en sólidos procesos de planificación y ejecución estratégica. ●

Entrega de los premios y ayudas de las cátedras universitarias de la Fundación ASISA

ASISA ha entregado los premios y las becas de las cátedras universitarias que mantiene con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y con la Universidad Europea (UE) en los ámbitos de la gestión sanitaria y de las ciencias de la salud, respectivamente. Estos reconocimientos pretenden impulsar la investigación, la formación de diferentes profesionales y el desarrollo de proyectos innovadores para mejorar el conocimiento y la gestión sanitaria.

Los ganadores de los premios y ayudas a la investigación de la Cátedra ASISA - Universidad Europea junto a los máximos responsables de la Cátedra tras recibir sus galardones.

En la edición de 2018, el premio a la mejor tesis doctoral de la Cátedra UAM-ASISA, que alcanza su 14ª edición, ha reconocido dos trabajos: *Cribado poblacional del cáncer de mama: aspectos relacionados con la efectividad y coste-efectividad*, cuya autora es la doctora Margarita Posso Rivera; y la tesis *Meeting The Preventative Care Needs of Older Americans: Identifying Key Social Risk Factors for Cardiovascular Diseases*, de la doctora Paloma Navas Gutiérrez.

En cuanto al mejor trabajo sobre gestión sanitaria y economía de la salud publicado en revistas especializadas en 2017, que alcanza su 9ª edición, ha sido concedido al trabajo *Comparison of Two Methods to Estimate Adverse Events in the IBEAS Study (Ibero American Study of Adverse Events): Cross-Sectional Versus Retrospective Cohort Design*, cuyo primer firmante es el Dr. Jesús María Aranaz Andrés.

El jurado ha estado formado por los doctores Francisco Ivorra, presidente de ASISA; Juan Antonio Vargas Núñez, decano de la Facultad de Medicina de la UAM; Luis Ortiz Quintana, consejero de ASISA-Lavinia; Fidel Rodríguez Batalla, director de la Fundación de la UAM, y Vicente Pastor y Aldeguer, director de la Cátedra UAM- ASISA.

Tras la reunión del jurado, se celebró un acto académico en el que se entregaron los premios a los ganadores de la edición de 2017. En sus intervenciones, los premiados agradecieron el galardón, expusieron las conclusiones de sus trabajos y destacaron la contribución de la Cátedra ASISA-UAM al desarrollo de actividades centradas en el análisis y la búsqueda de nuevas fórmulas de gestión que favorezcan un uso más eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

CÁTEDRA UNIVERSIDAD EUROPEA

Por su parte, la Cátedra ASISA - Universidad Europea de Ciencias de la Salud ha otorgado el premio al mejor expediente académico del curso 2017-2018 al antiguo alumno de Enfermería Sergio Martínez Blanco. El galardón cuenta con una financiación para estudiar un programa de máster en la Universidad Europea. Asimismo, se ha concedido de forma extraordinaria un premio accésit para cursar un posgrado en la Universidad Europea al egresado de Fisioterapia Homero Fernández Conte por sus méritos académicos. Además, la alumna de Medicina Sofía Fabra García ha recibido un premio para cursar una estancia internacional en la prestigiosa Universidad de Harvard.

Los ganadores de las ayudas a la investigación para proyectos sobre ciencias biomédicas y de la salud han sido las doctoras Margarita Pérez, de la UE, y María Rubio, de la Fundación Sant Joan de Déu.

La Cátedra ASISA - Universidad Europea se creó en 2006 y tiene como objetivo reforzar los vínculos entre el mundo académico universitario y la sociedad a través de sus instituciones, fomentar la realización de trabajos y estudios de índole científica y la realización de actividades formativas y publicaciones derivadas de dichos trabajos y estudios, así como contribuir al desarrollo y consolidación de las ciencias de la salud. ●

ASISA, un año más, la aseguradora de salud con mejor Servicio de Atención al Cliente

Por cuarto año consecutivo, el Servicio de Atención al Cliente de ASISA ha sido declarado como el mejor del año en la categoría de seguros de salud por Sotto Tempo Advertising. El reconocimiento se basa en los resultados de diversos estudios que combinan técnicas de mercado y encuestas de satisfacción de los propios clientes.

ASISA ha obtenido el premio Servicio de Atención al Cliente del año 2019 en la categoría de seguros de salud, galardón que entrega anualmente Sotto Tempo Advertising. Es el cuarto año consecutivo que ASISA logra este reconocimiento, creado con el objetivo de promover la calidad del servicio de las empresas y ayudar a los clientes a elegir aquellas que les ofrecerán mejor atención en 25 sectores diferentes.

La elección del Servicio de Atención al Cliente del Año está basada en una metodología rigurosa, realizada a través de las técnicas de *mystery shopper* (clientes misteriosos) llevadas a cabo mediante la herramienta tecnológica eAlicia. A ellas se suma la opinión de los clientes de las compañías participantes, que se evalúa a través de encuestas de satisfacción realizadas por Netquest, multinacional especialista en investigación de mercados.

Mediante las técnicas de *mystery shopper* se valoran los cuatro principales canales a distancia de la atención al cliente: el teléfono, el *e-mail* / formulario web, la página web y las redes sociales. En total, se realizan 200 tests para cada empresa (130 llamadas telefónicas, 50 realizados vía mail, 12 contactos libres en la web, 8 contactos a través de redes sociales, Twitter y Facebook), y para cada canal de comunicación se establecen diferentes criterios de evaluación que se engloban en Gestión de la Disponibilidad, Criterios Relacionales y Calidad de la Respuesta, tanto a nivel técnico como humano.

El informe se completa con el resultado de las encuestas de satisfacción enviadas por Netquest a 2.000 personas representativas de la población española.

Jaime Ortiz, director comercial y marketing de ASISA, junto a los equipos de Atención al Cliente, Gestión de Clientes y ASISA Virtual, tras recoger el premio.

ASISA MEJORA SU ATENCIÓN EN EL ENTORNO DIGITAL

El estudio realizado concluyó que la atención al cliente de ASISA obtiene una valoración global de 8,97 puntos, muy por encima de la media de las aseguradoras de salud analizadas (8,18). La puntuación obtenida es especialmente buena en el entorno digital, que ha mejorado respecto a ediciones anteriores: la atención a través del canal web obtuvo 9,81 puntos y a través de las redes sociales logró 9,82 puntos, la tercera puntuación más alta entre los ganadores de las diferentes categorías. Igualmente, ASISA ha mejorado la calidad de las respuestas a través del correo electrónico (8,99) y mantiene la valoración de su atención telefónica por encima del ocho (8,15). ●

Dos nuevos centros médicos en Granada y Cádiz

ASISA ha ampliado su red asistencial propia en Andalucía con la incorporación de dos nuevos centros médicos que permitirán mejorar la calidad de la atención que reciben los asegurados de la compañía en Granada y Cádiz. Para ello, ASISA ha invertido más de 5 millones de euros.

En el caso de Granada, ASISA ha invertido más de tres millones de euros en un nuevo centro médico que atenderá a 40.000 asegurados en la provincia. Dotado con la tecnología más avanzada para el diagnóstico y el tratamiento, el nuevo centro está ya plenamente operativo en la avenida de la Constitución, 25. Cuenta con casi 800 m^2, 19 consultas y 5 salas de espera. En él, los asegurados de ASISA podrán acceder a 15 especialidades médicas, al frente de las cuales se encuentran algunos de los especialistas más prestigiosos de Granada.

En Cádiz, ASISA ha incorporado la Clínica Dr. Lobatón a su red asistencial propia que se convertirá en su centro médico de referencia en la ciudad. La Clínica Dr. Lobatón, fundada en 1994, es el centro de mayor prestigio en Cádiz para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con las alergias. Con una inversión de dos millones de euros, el objetivo de ASISA es reformar y ampliar el centro, potenciar las otras especialidades con las que cuenta en su oferta de servicios (inmunología, cardiología, otorrinolaringología, dermatología, pediatría o neumología), así como instalar nuevas especialidades, poner en marcha un quirófano ambulatorio y dotar el centro con la tecnología más avanzada.

Dra. Antonia Solvas, premio Movimiento sin Piedad por el compromiso de ASISA contra la violencia de género

La Dra. Antonia Solvas, secretaria del Consejo Rector de Lavinia-ASISA y delegada de la aseguradora en Barcelona, ha recibido el premio Movimiento sin Piedad como "directiva del año" en reconocimiento al compromiso de ASISA frente a la violencia de género y la defensa de los derechos de la mujer y la igualdad de género.

La Dra. Solvas recibió el premio de manos del consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, durante una gala celebrada en el Auditorio Nacional. Para la concesión de este galardón, Movimiento sin Piedad (MSP) ha tenido en cuenta las iniciativas que ASISA ha puesto en marcha en los últimos años en favor de la mujer y su inclusión, entre las que han destacado la creación de las Unidades de la Mujer en centros asistenciales del Grupo ASISA o la creación de productos específicos para la mujer, como ASISA Vida Mujer, un seguro de vida por el que ASISA Vida dona el 5 % de las primas al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) para contribuir a la investigación del cáncer.

Igualmente, MSP ha destacado la implicación de ASISA en la mejora de la salud de las mujeres y el avance de sus derechos en países en vías de desarrollo a través del impulso de diferentes iniciativas, como la Cátedra de Medicina Humanitaria ASISA - Universidad Rey Juan Carlos o la colaboración con la Fundación Mujeres por África.

Movimiento sin Piedad es un alegato fotográfico (exposición itinerante de fotografía) y musical que nació en marzo de 2018 con la colaboración de la Comunidad de Madrid y Metro Madrid. Fundado por el artista asturiano Juan Carlos Vega y la periodista Katalina Mikhailova, MSP tiene como fin concienciar a la sociedad sobre la igualdad de género. ●

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, entrega el premio Movimiento sin Piedad (MSP) como "directiva del año" a la Dra. Antonia Solvas.

Conferencia de la profesora de Harvard Doris Sommer en el HLA Moncloa

Doris Sommer, profesora de Lenguas Romances y Literatura y de Estudios Africanos y Afroamericanos de la Universidad de Harvard y fundadora de la ONG Cultural Agents, impartió una conferencia bajo el título *La salud de los clínicos: el arte como terapia preventiva*, organizada por la Fundación ASISA y celebrada en el Hospital Universitario HLA Moncloa de Madrid.

El doctor Carlos Zarco, director médico del centro hospitalario y director general de la Fundación Espriu, destacó en su presentación de la profesora Sommer su compromiso con la promoción de las artes y las humanidades como recursos o incentivos sociales que fomentan la creatividad y la escolarización, contribuyendo al desarrollo de las comunidades de todo el mundo. La conferencia de Doris Sommer se centró en el arte como terapia. «El arte, en cualquiera de sus facetas, ayuda a sanar», afirmó la profesora, quien destacó que el 50 % de los hospitales en Estados Unidos tienen algún programa dedicado a las artes, mientras que en el Reino Unido existen centros que forman a sus profesionales para utilizar el arte en las consultas. A su juicio, estos datos muestran la capacidad del arte para prevenir enfermedades, también entre los profesionales sanitarios, ámbito en el que recordó que la tasa de suicidios es el doble que en otras profesiones.

En el cierre de la sesión participaron la Dra. María Tormo, directora de Planificación y Desarrollo de ASISA, que agradeció su presencia a la profesora Sommer, y el consejero delegado de ASISA, el Dr. Enrique de Porres, que destacó la «necesidad de trabajar en la humanización de la asistencia sanitaria» y reconoció que «aunque no tengamos metodologías claras, tenemos la obligación de mejorar nuestra capacidad de relacionarnos con los pacientes».

Los hospitales del Grupo HLA mejoran su posición en los principales "rankings" sanitarios

El HLA Moncloa, de Madrid, ha logrado la máxima categoría de la acreditación Quality Healthcare, que otorga el IDIS, mientras que HLA Inmaculada, de Granada, ha conseguido su primera estrella. Por su parte, la Clínica HLA Vistahermosa ha sido elegida como mejor hospital privado de Alicante y el segundo mejor de la Comunidad Valenciana, según el "Monitor de Reputación Sanitaria" (MRS) que elabora Merco.

Los hospitales del Grupo HLA han mejorado sus acreditaciones de calidad y su clasificación en algunos de los *rankings* sanitarios más prestigiosos, consolidando la posición de referencia del Grupo HLA en algunas especialidades y territorios.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MONCLOA

Es especialmente relevante el avance del Hospital Universitario Moncloa (Madrid), que ha obtenido por primera vez el máximo nivel (3 estrellas) de la acreditación Quality Healthcare (QH) que entrega la Fundación IDIS y que reconoce el compromiso del hospital por situar al paciente en el centro del sistema de gestión. Junto a HLA Moncloa, el Hospital HLA Inmaculada (Granada) ha logrado su primera estrella.

La acreditación QH ofrece un sistema único para reconocer la excelencia en calidad asistencial de las organizaciones sanitarias; es decir, aquellas instituciones que se preocupan por implantar un sistema de calidad progresivo y continuado en el tiempo, así como un palpable esfuerzo por obtener las certificaciones necesarias para aportar las máximas garantías a sus procesos.

Además de HLA Inmaculada y HLA Moncloa, otros centros del Grupo ya cuentan con este reconocimiento por sus resultados en términos de calidad, como son el hospital HLA La Vega (Murcia), que subió de categoría a dos estrellas en 2017; HLA El Ángel (Málaga) y Mediterráneo (Almería), que cuentan con el QH más una estrella; o HLA Perpetuo Socorro (Lérida) que también cuenta con el sello en su nivel de acceso.

El doctor Carlos Zarco, director médico de HLA Moncloa; Luisa Bautista, directora de Explotación y Recursos del Grupo HLA; Dr. Francisco Martí, director médico de HLA Inmaculada; Dr. Benito García Legaz, subdirector médico del Grupo HLA; y Dr. Luis Mayero, presidente del IDIS y consejero de ASISA-Lavinia, durante el acto de entrega de las acreditaciones QH.

MONITOR DE REPUTACIÓN SANITARIA Y TOP 20

Por su parte, la Clínica HLA Vistahermosa ha sido elegida como mejor hospital privado de Alicante y el segundo mejor de la Comunidad Valenciana, según el "Monitor de Reputación Sanitaria" (MRS) que elabora Merco. HLA Vistahermosa ocupa el 20.º lugar en la lista de mejores hospitales privados de España. HLA Moncloa ocupa el 11.º lugar en el MRS, tras avanzar diez puestos en el último año.

El otro centro del Grupo en Alicante, HLA San Carlos, en Denia, ha sido el ganador del premio Top 20 2018 en la categoría de gestión hospitalaria integral de hospital pequeño, que entrega la empresa de codificación, análisis y consultoría de centros sanitarios e industria, IASIST. HLA Montpellier (Zaragoza) fue el ganador en esta misma categoría en 2016 y ha figurado entre los nominados en esta edición. ●

Mejores médicos de la sanidad privada

La quinta edición de los Top Doctors Awards ha nombrado mejores médicos de España en sanidad privada a cuatro profesionales del Grupo Hospitalario HLA. Los doctores Joaquín Resa Bienzobas, coordinador de la Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad y el Metabolismo de HLA Montpellier en Zaragoza; José Manuel Rodríguez Laíz, fundador de la Unidad de Endoscopias Digestivas de HLA Mediterráneo de Almería; José Manuel Trinidad Martín-Arroyo, director del Instituto contra el Dolor de HLA Jerez Puerta del Sur de Jerez de la Frontera, y Manuel Gómez Velázquez, urólogo de HLA Los Naranjos de Huelva, se encuentran entre los 50 médicos más votados por sus propios compañeros de profesión a través de la plataforma digital especializada en sanidad Top Doctors y cuentan, además, con las mejores puntuaciones reconocidas por los pacientes.

noticias Assistència Sanitària SCIAS Hospital de Barcelona

Coincidiendo con el segundo aniversario de la entrada en funcionamiento de su nueva planta materno-infantil, el Hospital de Barcelona acogió el pasado 17 de noviembre distintas iniciativas destinadas a poner de relieve la importancia de la atención a los bebés prematuros en los hospitales, una cuestión ineludible y urgente que el centro de referencia de Assistència Sanitària ha priorizado desde su creación.

El Hospital de Barcelona celebra con actividades formativas el Día Mundial de la Prematuridad

En el Día Mundial de la Prematuridad, establecido por la OMS, el centro se volcó en la concienciación de la ciudadanía y se convirtió en punto de encuentro entre profesionales de la medicina, familias y la sociedad.

Maturam, el grupo de apoyo a padres y madres de bebés prematuros del Hospital de Barcelona, instaló un punto de información en el vestíbulo del edificio por el que durante esa jornada pasaron numerosas personas interesadas en su labor. De un modo cercano y amable, se intercambiaron experiencias para situar la atención integral de la prematuridad en el foco del objetivo. De este modo, a lo largo del día, la problemática se hizo visible y se aproximó a una amplia representación de la sociedad.

Pero las integrantes de Maturam fueron también protagonistas en el curso anual de la Fundación NeNe, dirigido a expertos y celebrado en el Hospital de Barcelona los días 16 y 17 de noviembre. La de la Fundación NeNe –enfocada a la formación, investigación y divulgación de los problemas neurológicos del recién nacido– es la principal cita destinada a neonatólogos, pediatras generales, neuropediatras, psicólogos y rehabilitadores para abordar la prematuridad. Junto a una representante de la asociación Som Prematurs, varias madres de prematuros expusieron frente a un auditorio de expertos las inquietudes y dudas más frecuentes en situaciones por las que ellas han pasado en sus vidas. ●

Punto de encuentro informativo instalado en el vestíbulo del Hospital de Barcelona.

Más cerca de las mamás

Con el propósito de reforzar la proximidad a sus asegurados, Assistència Sanitària participa desde hace más de 50 años en las muestras de cultura popular más multitudinarias y en otras iniciativas que aglutinan al público general. Ese fue el objetivo de su participación, el pasado mes de noviembre, en la feria Bebés & Mamás, que reunió en Sabadell a mamás y futuras mamás, así como al resto de sus familias, para ofrecerles múltiples actividades, sorteos, animación y servicios relacionados con bebés de 0 a 4 años de edad. Además de por los miembros de su delegación en la ciudad, Assistència Sanitària estuvo representada en el evento por el equipo del Programa NADÓ (experto en la atención domiciliaria posparto), que realizó para los asistentes algunas sesiones formativas y demostrativas sobre cuidados básicos del bebé.

Visitas guiadas al Área Materno-Infantil

El Hospital de Barcelona invita a las aseguradas de Assistència Sanitària a conocer la sexta planta de su centro, donde está ubicada el Área Materno-infantil, reinaugurada en el año 2016 con una notable mejora integral. El equipo de coordinación de las visitas guiadas organiza la agenda y establece las citas en función de la disponibilidad de las aseguradas. Durante el recorrido, se muestran todos los espacios, tanto habitaciones como zonas comunes y de administración o atención asistencial, destacando el avance en dotación de equipos y la actualización en arquitectura de interiores. El objetivo es, siempre, mejorar la experiencia de las usuarias y proporcionar un entorno cómodo y seguro. Al final de la visita, reciben como obsequio el libro *Tu bebé día a día*, de Ilona Bendefy, que es una de las guías ilustradas más completas para cuidar al bebé durante el primer año de vida.

El Área de Participación impulsa su programa de formación en cooperativismo entre sus socios

El doctor Gerard Martí, subdirector médico del Hospital de Barcelona, fue el encargado de impartir la última sesión sobre los principios y valores del modelo cooperativista.

Socios de SCIAS durante la sesión de formación sobre cooperativismo.

El Área de Participación de SCIAS realiza de forma regular sesiones divulgativas sobre los principios y valores que caracterizan a este modelo, al tiempo que desgrana el funcionamiento de su organización. El último de los encuentros de su programa de formación en cooperativismo tuvo lugar el pasado 17 de octubre, en el marco de la reunión semestral de secretarios, portavoces y coordinadores, a la que asistieron más de 30 personas. El encargado de la conferencia fue el doctor Gerard Martí, subdirector médico del Hospital de Barcelona y experto en cooperativismo, que en la sede del Área de Participación de SCIAS expuso los argumentos y atendió a las dudas del público.

Pero la actividad en el local social de los socios de SCIAS va más allá, ya que semanalmente acoge a 800 participantes en sus distintas propuestas, ya sean periódicas o puntuales, de carácter cultural, sanitario o lúdico. Los talleres y cursos anuales para adultos, jóvenes y pequeños se complementan con proyecciones de cine y documentales, ópera, visitas culturales, excursiones del Grupo de Montaña y conferencias. En este último capítulo, destacan la aproximación a los hospitales del futuro que presentó el doctor Miquel Gómez, director médico adjunto del Hospital de Barcelona, o el homenaje al compositor Leonard Bernstein en su centenario, a cargo de Pere-Andreu Jariot, divulgador musical. ●

Colaboración con "La Marató" de TV3 para recaudar fondos para investigar el cáncer

En el marco de su compromiso con la investigación biomédica, Assistència Sanitària participó a mediados del pasado mes de diciembre en "La Marató" de TV3, destinada a recaudar fondos, en esta ocasión, para la investigación del cáncer. El evento es uno de los de mayor éxito por su capacidad para movilizar y sensibilizar la sociedad catalana.

© TV3

Por cuarto año consecutivo, Assistència Sanitària se sumó el pasado 16 de diciembre a una de las principales iniciativas de su entorno para obtener fondos para la investigación biomédica, *La Marató* de TV3. Con el eslogan "La investigación da vida", en esta ocasión el dinero recaudado se destinó a la investigación del cáncer, la primera causa de muerte en Cataluña entre los hombres y, la segunda, entre las mujeres. Cada día mueren 28 personas de cáncer; es decir, más de 10.000 al año.

MÁS DE 3.500 ACTIVIDADES

Con su Servicio de Oncología a la cabeza, Assistència Sanitària se volcó en la última edición de *La Marató*, tanto con la aportación directa de recursos como con la organización de actividades solidarias con sus asegurados e incluso en las tareas de recepción de llamadas, con miembros de la entidad colaborando como voluntarios en la sede telefónica de Barcelona. La entidad se sumó así al programa televisivo de sensibilización y a las más de 3.500 actividades populares destinadas a estimular la solidaridad y la concienciación ciudadana. No en vano este es el programa de su género que más dinero consigue por habitante en todo el mundo: la movilización de la sociedad catalana a su alrededor es uno de los rasgos que lo convierte en un evento único.

En la habitual campaña de difusión gráfica y audiovisual previa a cada edición de *La Marató*, Assistència Sanitària tiene un papel destacado como única entidad colaboradora del ámbito médico-científico. Durante las semanas previas al día de *La Marató*, se puso en marcha una amplia tarea para difundir el conocimiento sobre las enfermedades que se tratarían en el programa y estimular la participación ciudadana en el evento.

Consciente de la incidencia del cáncer y comprometida con la sociedad, Assistència Sanitària quiere reflejar con su colaboración su objetivo primordial: acompañar a sus asegurados durante toda la vida, dando una respuesta adecuada, eficaz y satisfactoria a las personas enfermas y a sus familias. ●

Cooperación con el centro ocupacional El Trencadís

Usuarios del centro ocupacional El Trencadís.

Las empresas del Grupo Assistència prestan todos los años su colaboración a una organización humanitaria o de enfoque social que se ocupa de realizar el diseño, producción y manipulación de las tradicionales postales de Navidad. En esta ocasión, han contado con la ayuda del centro ocupacional El Trencadís, con sede en la localidad de Montmeló y gestionado por la cooperativa Grupdem. Inaugurado en 2008, trabaja por la inclusión de personas con discapacidad y otros colectivos en riesgo de exclusión. Para ello, cuenta con un servicio de terapia ocupacional y otro de inserción dirigidos por un equipo de educadores, trabajadoras sociales y psicólogos que elaboran un programa de atención individualizada para cada usuario.

Assistència Sanitària destina 30.000 euros a su programa de becas para profesionales de la salud

Assistència Sanitària ha convocado la undécima edición de su programa de becas para profesionales de la salud, con una dotación de 30.000 euros para realizar estudios de tercer ciclo en universidades catalanas. La fecha límite para presentar la solicitud es el 26 de abril.

Desde el curso académico 2007-2008, Assistència Sanitària pone un conjunto de becas de estudio a disposición de los profesionales de la salud que quieran ampliar su formación o adquirir los conocimientos de especialización que les permitan impulsar su carrera. Con esta iniciativa, más que consolidada y con una excelente acogida entre la comunidad médica y universitaria, la entidad contribuye a la mejora del conjunto del sistema sanitario catalán y, en especial, a garantizar la preparación óptima de médicos, enfermeras y quienes velan por la salud de las personas.

CALIDAD ASISTENCIAL

Como organización formada por médicos, el objetivo principal de Assistència Sanitària es, por un lado, asegurar que puedan ejercer su profesión en las mejores condiciones y, por otro lado, ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. Precisamente, por encima de cualquier otro factor, la base de una atención de calidad son los profesionales que la hacen posible. Por ello, la entidad pone a disposición de los estudiantes del ámbito de la salud un programa de ayudas para completar su formación y mejorar en la práctica profesional.

Assistència Sanitària convoca su programa de becas 2018-2019 por valor de 30.000 euros destinados a estudios de tercer ciclo en universidades catalanas. Las ayudas cubren el 50 % del importe de la matrícula y la oferta formativa incluye más de 500 másteres y posgrados. Los candidatos deben realizar la solicitud siguiendo el procedimiento descrito en el apartado de becas de la web de Assistència Sanitària, donde se especifican claramente la información que se debe proveer para completarla y la normativa de aplicación. La fecha límite para presentar la solicitud es el 26 de abril de 2019.

CASI 300 BECAS

Desde la creación del programa, se han recibido 2.016 solicitudes de estudiantes y se han concedido 295 becas por un valor total de más de 280.000 euros acumulados. Se trata de uno de los pocos programas de ayudas al estudio del ámbito de la salud consolidado y financiado íntegramente por una institución privada en todo el país, si bien desde sus inicios ha contado con el reconocimiento y la colaboración de las universidades y la comunidad médica. Nacida de la voluntad de Assistència Sanitària de impulsar el progreso científico, la investigación y cualificación profesional, este año llega a la undécima edición.

Las becas de Assistència Sanitària quieren ser una herramienta para mantener el nivel de excelencia del sistema sanitario catalán en un escenario complejo y con la necesidad creciente de los profesionales de complementar su formación; de hecho, en los últimos años la matrícula en programas oficiales de posgrado ha crecido notablemente. Un perfil mayoritariamente procedente del colectivo de enfermeras y médicos –pero abierto a todos los profesionales de la salud en su sentido más amplio–, y el incremento año tras año de las solicitudes recibidas hacen de este programa una plataforma pensada para impulsar el acceso al mundo laboral. ●

30 años promocionando el cooperativismo

Fundació • Fundación ESPRIU 30 anys • años

Este año, la Fundación Espriu cumple 30 años. Con ese motivo, además de celebrar diversos actos conmemorativos en los próximos meses, la entidad ha estrenado nuevo logo. Integrada por las instituciones que practican el modelo sanitario concebido por el Dr. Josep Espriu, la Fundación nació en 1989 con el fin de promocionar y desarrollar el cooperativismo sanitario dentro y fuera de nuestras fronteras.

La Fundación Espriu, segunda red mundial de cooperativas sanitarias por facturación

Las instituciones que conforman la Fundación Espriu constituyen la segunda red de cooperativas sanitarias por volumen de facturación, de acuerdo con el informe "World Cooperative Monitor 2018", el único que recoge datos cuantitativos anuales sobre el movimiento cooperativo global.

El documento, elaborado por el Instituto Europeo de Investigación en Cooperativas y Empresas Sociales (Euricse) y la Alianza Cooperativa Internacional, analiza el desempeño de las 300 mayores organizaciones cooperativas del mundo y realiza una clasificación sectorial basada en los datos financieros de 2016, *ranking* en el que la Fundación Espriu ocupa el segundo lugar por detrás de la empresa estadounidense Health Partners.

En la clasificación que ordena todas las cooperativas sin diferenciarlas por su sector de actividad, la Fundación Espriu asciende treinta posiciones con respecto al año anterior, situándose en el lugar 193 de la lista.

El informe incluye también una clasificación teniendo en cuenta la ratio entre la facturación y el PIB per cápita, que permite valorar la contribución económica de la empresa en función de la riqueza del país al que pertenece.

Esta séptima edición del estudio se completa con un análisis de la contribución de las mayores empresas cooperativas al Desarrollo Sostenible, destacando varios ejemplos de organizaciones que desarrollan proyectos e iniciativas enfocados a avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este análisis pone de manifiesto la capacidad que tiene el modelo de empresa cooperativa para contrarrestar las desigualdades y generar bienestar humano y capital social.

El documento se puede descargar en este enlace: https://monitor.coop ●

Miembro del Consejo de la Alianza para la Promoción de la Salud

El pasado mes de noviembre, el director general de la Fundación Espriu, el doctor Carlos Zarco, participó en la asamblea general de la Alianza para la Promoción de la Salud con la intención de divulgar el modelo de organización de las cooperativas sanitarias y los beneficios que aporta a la sociedad, como parte de su compromiso para mejorar los sistemas sanitarios y ofrecer soluciones en favor de la salud de los ciudadanos.

Durante el encuentro, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza), la Fundación Espriu fue elegida para ocupar un puesto en el Consejo de la Alianza junto con otras entidades como la Organización Internacional de Cooperativas de Salud, la Federación Mundial de la Salud Mental o la Federación Farmacéutica Internacional.

La Alianza para la Promoción de la Salud es una organización de ámbito internacional compuesta por una red de ONGs y organizaciones de la sociedad civil internacional pertenecientes a distintos sectores que comparten su compromiso con la mejora de la salud de las personas. Está vinculada oficialmente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene estatus consultivo en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC).

Más de 250 representantes de cooperativas de 70 países se reunieron el pasado mes de octubre en Buenos Aires durante la asamblea general de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI), la organización que representa a nivel internacional a 1.200 millones de cooperativistas y al 10 % de la población empleada en todo el mundo. El director general de la Fundación Espriu, el doctor Carlos Zarco, participó en el encuentro en representación del cooperativismo sanitario.

La Fundación Espriu participa en las asambleas generales de ACI e IHCO, celebradas en Buenos Aires

Imagen de la mesa presidencial de la asamblea general de la ACI celebrada en Buenos Aires.

Entre otros temas, los delegados presentes en Buenos Aires aprobaron una declaración sobre el trabajo decente y contra el acoso, lo que convierte la ACI en una de las primeras organizaciones internacionales en comprometerse con la tolerancia cero hacia cualquier forma de acoso y de violencia en el ámbito laboral. También se acordó conmemorar en 2020 el 125 aniversario de la organización, con la celebración de un Congreso Cooperativo Mundial en Seúl (Corea del Sur).

Otro de los aspectos destacados de la asamblea fue el impulso del cooperativismo entre la juventud. En este sentido, durante los próximos cinco años se destinarán 250.000 dólares para acciones que acerquen el modelo de empresa cooperativa a las generaciones más jóvenes.

ASAMBLEA GENERAL DE IHCO

Coincidiendo con la celebración del encuentro de la ACI, se celebró también en la capital argentina la asamblea general de la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (IHCO), en la que los representantes de la Fundación Espriu tuvieron la ocasión de compartir con los líderes de cooperativas de salud de varios países sus experiencias y puntos de vista sobre la actividad del cooperativismo sanitario y sus retos para el futuro.

De especial interés fue el debate acerca de cómo contribuyen las cooperativas a la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, y especialmente al tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas. Se abordaron temas como las fortalezas que tienen las cooperativas de salud para lograr la cobertura sanitaria universal, su posicionamiento para colaborar con los sistemas públicos de salud y su papel en la mejora del acceso a servicios de salud de calidad.

Los participantes también reflexionaron sobre las acciones que debe emprender la IHCO para que los gobiernos y los ciudadanos comprendan mejor el papel y el potencial de las cooperativas de salud. ●

Manifiesto para reclamar en la Cumbre Iberoamericana el fomento de la economía social

Las principales entidades de la economía social reclamaron en la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Guatemala a principios del pasado mes de diciembre, que se incremente la cooperación entre América Latina, Portugal y España para potenciar y desarrollar este sector empresarial.

Foto oficial de los jefes de Estado y de Gobierno participantes en la Cumbre Iberoamericana celebrada en Guatemala.

La Confederación Empresarial Española de la Economía Social (CEPES), Cooperativas de las Américas (que representa a todas las cooperativas de América Latina y Caribe), la Organización Internacional de las Cooperativas en la Industria y los Servicios (CICOPA América) y la Alianza de Mutualismo de América (AMA) remitieron un manifiesto a los 22 gobiernos participantes en la Cumbre para rubricar una «iniciativa específica sobre economía social» para construir una «Iberoamérica próspera, inclusiva y sostenible».

COOPERACIÓN IBEROAMERICANA

Estas organizaciones instaron a los países participantes a «incorporar a estas empresas en sus debates y actividades mediante el lanzamiento de una iniciativa específica que incremente la cooperación entre América Latina, Portugal y España en el ámbito de la economía social».

El presidente de CEPES, Juan Antonio Pedreño, recordó que «la economía social constituye una realidad socioeconómica indiscutible en la Comunidad Iberoamericana, con empresas y entidades de todos los tamaños, desde pymes hasta grandes grupos empresariales. Un ejemplo de este peso e importancia es que en seis países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, España y República Dominicana), la economía social abarca más de 73.000 empresas y entidades que generan 3 millones de empleos directos e indirectos y que asocian más de 47 millones de personas. Asimismo, la economía social es un actor clave en el desarrollo sostenible de América Latina.

Por este motivo, las entidades firmantes solicitaron «a los jefes de estado y de gobierno la puesta en marcha de una iniciativa específica que fomente la cooperación iberoamericana en el ámbito de la economía social, con el fin de fomentar entornos de desarrollo de estas empresas y entidades que deben desempeñar un papel central en el cumplimiento de la Agenda 2030 en Iberoamérica».

AGENDA 2030 Y ODS

Además, Pedreño señaló que «el Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre economía social y solidaria, junto con otras 18 agencias de Naciones Unidas, ha destacado que la economía social puede desempeñar un papel clave en la realización de la Agenda 2030 y los ODS mediante la promoción de un desarrollo inclusivo y sostenible a través de innovaciones y prácticas sociales, institucionales y tecnológicas concretas».

Para las organizaciones firmantes, la constitución de un espacio de trabajo y cooperación entre los gobiernos de la comunidad iberoamericana, impulsada y pilotada por la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), con participación de las organizaciones representativas de las cooperativas y de la economía social, es un factor fundamental para establecer una agenda de trabajo común de este modelo empresarial.

También recordaron que la economía social sitúa a la persona en el centro de la actividad económica, donde la inclusión, la participación y el crecimiento justo y sostenible van de la mano. Además, atiende a las necesidades del territorio, da respuestas a retos globales, promueve y crea empleo de calidad que reduce las desigualdades y genera oportunidades para todas las personas. ● **R. O.**

CEPES y Social Economy Europe presentarán un Plan de acción europeo de economía social

El presidente de la Confederación Empresarial Española de la Economía Social (CEPES) y Social Economy Europe (SEE), Juan Antonio Pedreño, anunció recientemente la presentación a las instituciones comunitarias de una propuesta de Plan de acción europeo para la economía social.

«Es innegable el compromiso de todas las instituciones europeas y de los estados con este modelo de empresa», aseguró Pedreño. «SEE va a presentar al Intergrupo de Economía Social en la Eurocámara y al vicepresidente de la Comisión Europea una propuesta de Plan de acción europeo para la economía social que consolide e incremente las medidas que existen actualmente y que sirva para dotar a la UE de un ecosistema de fomento» de este modelo empresarial.

CUATRO GRANDES EJES

Este plan constará de 20 medidas y 64 acciones consensuadas entre todos los miembros de SEE articuladas en cuatro grandes ejes. El primero será reconocer e incorporar la economía social como un actor transversal de las políticas de desarrollo socioeconómico de la Unión Europea.

Además, se reclama a la UE establecer un entorno más favorable para que estas empresas y entidades puedan contribuir de manera más eficaz a los objetivos sociales y económicos de la Unión.

El tercer apartado consiste en reforzar la acción coordinada a favor del sector por parte de todas las administraciones involucradas en el fomento de la economía social.

Por último, el plan solicita ayudar a los estados, regiones o instituciones a establecer políticas para su fomento y reforzar las que ya están en marcha, como es el caso de España, que cuenta con una estrategia específica de fomento de la economía social.

DESARROLLO SOSTENIBLE

Pedreño afirmó que la economía social «es un actor comprometido con el progreso económico y social de todas las personas que viven en Europa, pero también en todo el mundo, porque promueve y crea empleo de calidad, reduce las desigualdades, genera oportunidades para todas las personas, contribuye a la transición energética y asegura el desarrollo sostenible de los territorios».

«La economía social es un factor de competitividad y de desarrollo empresarial, que aporta soluciones tecnológicas e innovaciones sociales para y por las personas», añadió el presidente de CEPES y SEE.

En la Unión Europea, la economía social representa cerca de 3 millones de empresas, el 8 % del PIB y el 6 % de la población activa. ● **Rafael Olea**

La formación sobre economía social se consolida en la universidad

La formación de postgrado sobre economía social en las universidades españolas se ha consolidado durante el actual curso académico.

Según se desprende del informe "La economía social en la formación universitaria de postgrado: curso académico 2018-2019", elaborado por CEPES, el 58 % de las universidades españolas asociadas a la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) realiza algún curso sobre emprendimiento, creación y gestión de empresas de economía social.

El estudio realizado recoge información de un total de 115 acciones formativas de postgrado y 3 doctorados que se están ofertando en este curso académico.

«Este curso académico se ha incrementado a 44 el número de universidades con formación en economía social (eran 38 en la edición anterior), por lo que sigue siendo imprescindible insistir en el apoyo, fomento y difusión de la oferta formativa existente en esta materia, para alcanzar su universalización en todo el entorno académico de educación superior que existe en España», explicó el presidente de CEPES, Juan Antonio Pedreño.

PROTEGE MI FUTURO.

Hay políticas inmorales que ponen en riesgo el futuro de las personas refugiadas.

ENVÍA FUTURO AL 28014*

Con tu apoyo de 1,20€ podemos seguir trabajando para cambiar las leyes injustas que desprotegen a las personas refugiadas.

AMNISTÍA INTERNACIONAL

*Coste 1,2 euros (donación íntegra para la ONG). Servicio de SMS para recaudación de fondos en campaña de tipo solidario operado por Altiria TIC, www.altiria.com, y la Asociación Española de Fundraising, www.aefundraising.org, nº de atn. clte. 902 22 28 98, apdo. correos 36059 - 28080 Madrid. Colaboran Movistar, Vodafone, Orange, Yoigo, Esukaltel y Telecable. Consulta la política de privacidad en www.es.amnesty.org/politica-de-privacidad/

Programa de actividades

CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS

Del 24 de enero al 1 de febrero de 2019

El 144.º Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud que se celebrará en Ginebra abordará, entre otros temas, los progresos y las acciones pendientes en la implementación de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y para alcanzar la cobertura sanitaria universal.

VII CONGRESO MUNDIAL DE INVESTIGADORES EN ECONOMÍA SOCIAL

Del 6 al 9 de junio de 2019

Organizado por el Laboratorul de Solidaritaté de la Universidad de Bucarest, la nueva sección rumana del CIRIEC, el congreso tendrá como tema general "Economía social y solidaria: avanzando hacia un nuevo sistema económico".

DÍA INTERNACIONAL DE LAS COOPERATIVAS

6 de julio de 2019

El Día Internacional de las Cooperativas se celebra desde 1923 el primer sábado de julio, y desde 1995, junto con las Naciones Unidas, se elige cada año una temática que enmarca las celebraciones y que permite visibilizar los valores y principios de las empresas cooperativas y su contribución al desarrollo social y económico.

CONFERENCIA EUROPEA DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA

Del 21 al 23 de agosto de 2019

Las nuevas tecnologías, los riesgos medioambientales y los mercados cada vez más integrados están transformando los principios de la interacción social. Las empresas cooperativas modernas contribuyen activamente a los cambios fundamentales de los entornos políticos, empresariales y culturales. Durante la conferencia, organizada en Berlín por el comité de investigación de la Alianza Cooperativa Internacional, se debatirá sobre el papel de las cooperativas ante estas transformaciones.

Soñar, ayudar, reír, querer... ¿Te has dado cuenta de que las mejores cosas de la vida son gratuitas?

compartir., también. Suscríbete.

Sí, quiero suscribirme de forma gratuita a la revista **compartir.**

Por favor, rellene y envíe este boletín a:

Fundación Espriu. Avda. Josep Tarradellas, 123-127, 4a planta. 08029 Barcelona.
Si usted ya recibe periódicamente **compartir.** no es necesario que envíe el boletín.

Nombre y apellidos

Dirección

C.P. Población

Provincia-Estado País

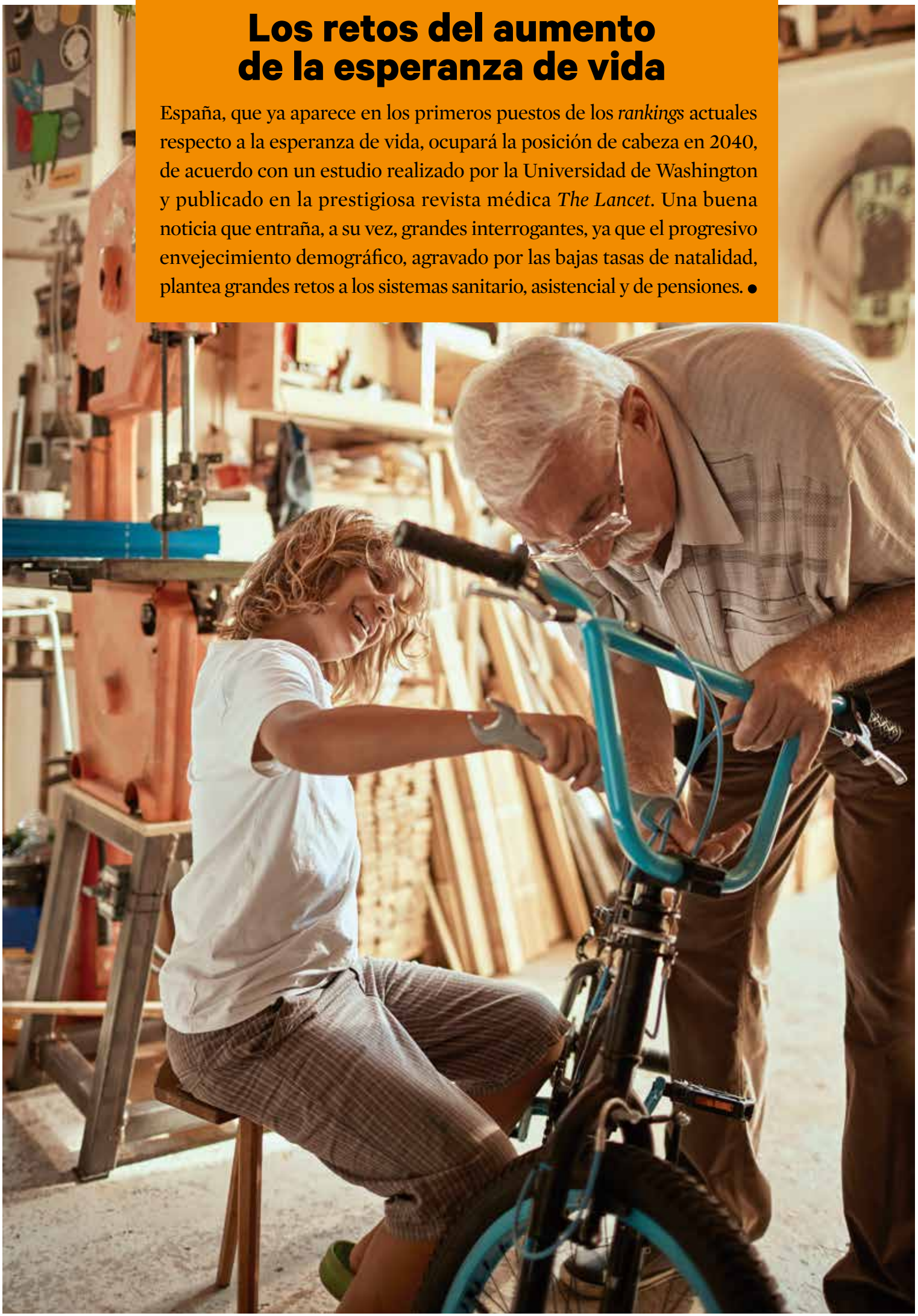
Teléfono e-mail

¿En qué lengua desea recibir la revista Compartir? Catalán ☐ Castellano ☐ Inglés ☐

En la Fundación Espriu tratamos sus datos personales con el máximo respeto y privacidad, por ello hemos actualizado nuestra política de privacidad y tratamiento de datos en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos. La Fundación Espriu con NIF 59117887G y domicilio en Av. Josep Tarradellas 123-127, 4ª pl., 08029, Barcelona, es la responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos mediante este formulario con el objetivo de enviarle por correo postal la revista Compartir. Sus datos se tratarán en base al consentimiento prestado por usted de forma expresa a través de este formulario. Los datos personales que nos proporcione se conservarán mientras no solicite el cese en el envío de la revista Compartir. Sus datos personales no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si, en la Fundación Espriu, estamos tratando sus datos personales y a revocar, cuando lo desee y con efecto inmediato, su consentimiento para ello. También puede acceder a sus datos personales, rectificar los que sean inexactos o solicitar su supresión cuando estos ya no sean necesarios a los fines para los que fueron recogidos. Si desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede dirigirse a nosotros enviando una comunicación escrita a la dirección de correo electrónico compartir@fespriu.org, o bien, a nuestra dirección postal en Barcelona, Av. Josep Tarradellas 123-127, 4ª pl., 08029. Al enviarnos este formulario, acepta de forma expresa que podamos tratar sus datos de acuerdo con los términos expresados.

Los retos del aumento de la esperanza de vida

España, que ya aparece en los primeros puestos de los *rankings* actuales respecto a la esperanza de vida, ocupará la posición de cabeza en 2040, de acuerdo con un estudio realizado por la Universidad de Washington y publicado en la prestigiosa revista médica *The Lancet*. Una buena noticia que entraña, a su vez, grandes interrogantes, ya que el progresivo envejecimiento demográfico, agravado por las bajas tasas de natalidad, plantea grandes retos a los sistemas sanitario, asistencial y de pensiones. ●



Se calcula que en el año 2050 más de una de cada cinco personas en el mundo será mayor de 60 años, un dato que pone de relieve que el envejecimiento poblacional es una de las transformaciones sociales más relevantes del todavía joven siglo XXI. Si este fenómeno demográfico es una realidad en el mundo, aún lo es más en nuestro país, donde la población envejecida crece exponencialmente. Además, lejos de revertir en el futuro, esta situación se incrementará, como ponen de manifiesto todos los estudios, que vaticinan un incremento cada vez mayor de nuestra esperanza de vida. Ante esta nueva realidad, surgen numerosos interrogantes: ¿Seremos capaces de afrontar, en el plano económico y social, el cada vez mayor volumen de personas mayores? ¿Podremos convertir el reto que supone el envejecimiento en una oportunidad? Las siguientes líneas intentan dar respuesta a estas y otras muchas incógnitas.

El reto del envejecimiento demográfico

Ignacio Romo y Meritxell Tizón

El pasado mes de julio, el Instituto Nacional de Estadística (INE) hizo públicos los últimos datos sobre envejecimiento en España que, una vez más, reflejaron una tendencia que parece imparable. Nuestro país volvió a registrar un máximo histórico del 120 %, lo que supone, en la práctica, que ya hay 120 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16.

Además, el fenómeno parece imparable, como ponen de manifiesto todos los estudios realizados, entre ellos el que acaba de hacer público el prestigioso Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHM) de la Universidad de Washington, en Estados Unidos.

El informe, que fue publicado en la revista médica *The Lancet* y del que se hicieron eco todos los medios de comunicación, sitúa España en el año 2040 a la cabeza del *ranking* mundial de los países con mayor esperanza de vida, con una media de 85,8 años. Un puesto que, en la actualidad, está ocupado por Japón, que descendería a la segunda posición.

NUEVOS RETOS

Este mayor incremento de nuestra esperanza de vida, además de repercutir en nosotros como personas individuales también tiene enormes consecuencias económicas, políticas, sociales, sanitarias, asistenciales...

Son tantos los retos que plantea esta nueva realidad que, según reconocen todos los expertos, es de vital importancia lograr que se incluya el envejecimiento y sus impactos en la agenda prioritaria de todas las políticas públicas con líneas concretas de intervención. Así lo reconoce la propia Isaura Leal, máxima responsable del Comisionado del Gobierno frente al Reto Demográfico, institución que fue creada a principios de 2017 a petición de la Conferencia de Presidentes, órgano de máximo nivel político de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas con el objetivo, entre otros, de elaborar una Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico.

Según señala la comisionada del Gobierno (véase, además, la entrevista de las pág. 38-41), «es evidente que tenemos que rediseñar nuestra forma de dar respuesta a una sociedad en la que el peso de las personas mayores es, y será, cada vez más importante». «Una sociedad cambiante requiere respuestas también nuevas; no sirven las mismas recetas del pasado», añade.

Comparte esa misma opinión Antonio Abellán, miembro del Grupo de Investigación sobre Envejecimiento (GIE-CSIC), creado en 1989 por el Instituto de Economía y Geografía tomando como base el interés por el análisis del envejecimiento de la población española que en esos años empezaba a ser considerado como un tema de relevancia social.

Este experto recuerda que no solo tenemos una población más envejecida, sino que nuestro porcentaje de mayores es cada vez mayor en relación con el conjunto de la población (que es lo que realmente significa el envejecimiento de la población), y asegura que las re-

percusiones tendrán que ver con numerosos aspectos y que afectará no solo al ámbito económico sino también a nuestro sistema de protección social (pensiones, sistema sanitario, asistencia a la dependencia...). En cuanto a los desafíos sanitarios, además de que serán muy relevantes, considera que tendrán que ver con un «aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas» y con un «mayor uso de los servicios sanitarios» por parte de la población.

«Actualmente, las estancias hospitalarias de personas de edad en España, por ejemplo, superan el 50 % del total, y la tendencia es creciente. El resultado es un incremento del gasto sanitario, aunque este también se deba a otros aspectos como la mejora notable de los equipamientos y servicios o el avance de la tecnología. Por otra parte, el cambio poblacional está impulsando la investigación y notables avances sanitarios», explica.

En este sentido, considera fundamental saber cómo se produce la transición de un estado de salud bueno hacia la discapacidad y la muerte. «El objetivo final de los investigadores y de los que gestionan el sistema sanitario es retrasar la aparición de las enfermedades crónicas y la discapacidad: es decir, comprimir la morbilidad. Porque, si ganamos esperanza de vida pero no salud, la situación es un desastre para la persona, la familia y el gasto sanitario y de cuidados».

A pesar de estos retos, Abellán destaca que el envejecimiento puede ser una oportunidad. «Para la industria, que con una población más envejecida tiende a invertir en tecnología para sustituir la mano de obra; para el mercado laboral, ya que al retrasar la edad de jubilación tendremos en la actividad económica durante más tiempo a gente preparada; para el turismo y el ocio, con nuevas oportunidades de negocio enfocadas a los mayores, etc.», señala.

SOSTENIBILIDAD DE LAS PENSIONES: ¿REALIDAD O UTOPÍA?

Otro de los grandes retos que plantea el envejecimiento tiene que ver con nuestro sistema de pensiones, porque el hecho de que las personas alarguen su existencia por encima de los 85 o 90 años implica que un importante periodo de sus vidas va a estar sustentado, principalmente, por la cantidad de dinero que reciban de estas prestaciones. En este sentido, la gran incógnita es si seremos capaces en el futuro de mantener el sistema público de pensiones tal como lo conocemos.

Al respecto, el propio Banco de España alertó hace unas semanas de que, si no se adopta alguna medida, el gasto en pensiones respecto al Producto Interior Bruto (PIB) se elevará casi dos puntos, pasando a rozar el 14 % en 2030. Además, señaló que se prevé que en 2050 este aumento de gasto sea de 3,4 puntos porcentuales del PIB.

Sin apostar por ninguna reforma en concreto, el Banco de España sí señaló que, en base al escenario demográfico y macroeconómico previsto y tras el incremento del gasto que supondrá la contrarreforma de pensiones de 2013, dichas medidas deberán implicar un «aumento de ingresos o reducción de gastos del sistema, con objeto de garantizar su sostenibilidad financiera». Es decir, de devolver el equilibrio entre ingresos y gastos al sistema actual.

El Gobierno presidido por Pedro Sánchez ha recogido el guante y, sin entrar todavía en demasiados detalles, ha señalado que está trabajando en una nueva reforma de

«Habrá que reformar el sistema de pensiones de alguna manera, pero sobre todo por la parte de la población que lo sustenta: es imposible mantener el sistema actual con altas tasas de desempleo, salarios bajos, contratos temporales y precarios, y con una juventud con sombrías perspectivas laborales»

La clave: el envejecimiento saludable

Es seguro que, con los años, la esperanza de vida de las personas será mayor. Sin embargo, no es del todo cierto que el bienestar durante la vejez vaya a ser mejor que en el pasado. De hecho, existen estudios que prueban que la salud de los individuos que ahora tienen 70 años no es mejor que la de sus padres cuando tuvieron esa edad.

Es aquí cuando cobra importancia el concepto de envejecimiento saludable o envejecimiento activo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La mayoría de los problemas de salud que afectan a las personas mayores están asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles, las cuales pueden prevenirse o retrasarse mediante la adopción de hábitos saludables. Que en la actualidad los 70 no sean los nuevos 60 no quiere decir que en el futuro no sea así, pero para conseguirlo se requerirá un plan de salud pública más centrado en el envejecimiento.

Para empezar, es necesario que como sociedad comprendamos el envejecimiento de una forma nueva, huyendo de los estereotipos que identifican a los mayores como personas frágiles, apoyadas en un bastón o en un andador. Debemos comprender que no existe una persona mayor típica. Cada una es distinta y, por lo tanto, sus necesidades también lo son. Podemos encontrar personas que con 60 años demandan ayuda de terceros, mientras que otras muchas, a tal edad, se valen por sí solas en el día a día.

Respecto al envejecimiento saludable, la OMS pone el foco en el curso de la vida, pues es durante todo este trayecto previo cuando al final se determinará cómo será el envejecimiento de cada individuo. Además, pone de relieve la necesidad de transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales y los sistemas de atención a largo plazo, centrados a su vez en las necesidades de las personas mayores.

las pensiones con dos objetivos prioritarios: mejorar las que ya se están pagando y elevar los ingresos del sistema.

Preguntado al respecto, el doctor en Sociología y profesor en la UNIR Juan Manuel García González indica que es evidente que «habrá que reformar el sistema de pensiones de alguna manera, pero sobre todo por la parte de la población que lo sustenta: es imposible mantener el sistema actual con altas tasas de desempleo, salarios bajos, contratos temporales y precarios, y con una juventud con sombrías perspectivas laborales».

El problema con las pensiones no afecta exclusivamente a España. La mayoría de los países pertenecientes a la UE han fijado ya en los 67 años la edad de retiro para un futuro no demasiado lejano. Bélgica implementará esta medida en el año 2030, por ejemplo, y Dinamarca tiene previsto hacerlo a partir de 2022. España lo hará en 2027; Francia también en 2022 e Italia y Holanda, a partir de 2021. Reino Unido e Irlanda atrasaran la edad de jubilación hasta los 68 años, los primeros a partir de 2046 y los segundos desde 2028.

Sin embargo, la situación ideal que pretenden los estados es la de poner en vigor leyes que vayan aumentado la edad de jubilación de forma automática según se van incrementando las medias de esperanza de vida. Finlandia ha sido uno de los países que ha aprobado esta medida, y pretende ponerla en marcha en 2030.

Otra de las normas que todos los países están incorporando a sus legislaciones, además de subir las edades de jubilación, es la de reformar el sistema de pensiones para dificultar el acceso a las jubilaciones anticipadas, o bien permitir la conjugación entre salario y pensión.

INICIATIVAS EUROPEAS

El descenso de la natalidad y el considerable aumento de la esperanza de vida no solo está afectando a España sino

Frente al reto demográfico, la Unión Europea incide en dos ideas consideradas esenciales: el envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional

a todas las sociedades europeas, según ponen de manifiesto todos los estudios y estadísticas, entre ellos los elaborados por la Oficina Europea de Estadística (Eurostat).

Los informes de Eurostat apuntan a Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España como los países con las tasas más altas de personas mayores. La generación del *baby-boom* ya está entrando en edades de jubilación, lo que implica la necesidad de un cambio a nivel social, económico, presupuestario y también político.

Para afrontar esta nueva realidad demográfica, desde la Unión Europea se incide en dos ideas consideradas esenciales: el envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional. El proyecto Estrategia Europa 2020, un plan puesto en marcha en el año 2012 y que tenía por objetivo «alcanzar un crecimiento inteligente, sostenible e integrador con altos niveles de empleo, productividad y cohesión social», hizo del envejecimiento demográfico un asunto clave, cuya solución se encontraba directamente relacionada con que «las personas mayores contribuyan en la sociedad como trabajadores, consumidores, cuidadores, voluntarios y ciudadanos».

La idea era y sigue siendo, en definitiva, que las personas mayores participen en nuestras sociedades de forma enérgica y eficiente, incluso al lado de las generaciones más jóvenes si es preciso.

A pesar de todo, la Unión Europea carece de las competencias necesarias para influir de forma directa en las políticas estatales. Más bien su función es la de respaldar a los países miembros en sus planes y medidas. «Desde la UE se hacen recomendaciones que, posteriormente, los países pueden implementar o no. Se pone el acento sobre todo en directrices para el envejecimiento activo y saludable, trasladando la importancia de ese envejecimiento a todo el ciclo vital: cuídate toda la vida para ser una persona mayor con buena salud, señala Juan Manuel García González, doctor en Sociología y profesor en la UNIR.

La UE funciona como el eje de referencia que se encarga de instar a los estados miembros y a otras partes interesadas a desarrollar e invertir en posibles planes y soluciones ante el problemático envejecimiento progresivo de la población. Un ejemplo de ello es el Foro Demográfico Europeo, una institución que cada dos años reúne a los principales responsables políticos europeos, junto con expertos, para debatir y buscar propuestas en torno al cambio demográfico.

PAÍSES CONCRETOS, EJEMPLOS CONCRETOS

¿Qué hacen otros países para hacer frente al reto demográfico? ¿Hay alguna experiencia de la que podamos aprender? El profesor y doctor Juan Manuel García González contesta a esta pregunta explicando que cada país afronta el problema a su manera, pero que todos coinciden en el necesario cambio integral que se suscita de la nueva realidad poblacional.

«Las experiencias más interesantes se encuentran en los países nórdicos y en Centroeuropa, donde el envejecimiento poblacional comenzó mucho antes que en España. Estos países han adoptado medidas para que las relaciones intergeneracionales sean óptimas, de modo que frente al envejecimiento han actuado en todo el ciclo vital, especialmente entre los jóvenes y los adultos, que serán las futuras personas mayores», señala.

«Dichos países han llevado a cabo políticas dirigidas a la mejora cualitativa de los jóvenes y adultos para que, por un lado, lleguen a mayores con una buena salud y, por otro, tengan recursos y servicios suficientes para tener los hijos que desean, ser felices, tener salarios dignos y para poder soportar los servicios universales de un estado de bienestar potente y redistributivo». ●

El pasado mes de junio, el Gobierno la puso al frente del Comisionado frente al Reto Demográfico con el objetivo de dar un nuevo impulso a este órgano, creado a propuesta de las comunidades autónomas en la VI Conferencia de Presidentes. Desde entonces, reconoce que se han sucedido unos meses de "intenso trabajo" en los que ha primado el ambiente de diálogo y cooperación entre las distintas administraciones públicas. En esta entrevista, Isaura Leal explica las principales líneas de trabajo que se están desarrollando para afrontar el reto demográfico al que se enfrenta nuestro país, entre otros motivos, como consecuencia del envejecimiento de la población.

Isaura Leal
Comisionada del Gobierno frente al Reto Demográfico

«Ha llegado el momento de incorporar el impacto demográfico en todas las políticas públicas»

Meritxell Tizón

En 2017 se aprobó el Real Decreto por el que se creaba el Comisionado del Gobierno frente al Reto Demográfico. ¿Con qué objetivo se creó y qué funciones y competencias tiene?
Fue en una Conferencia de Presidentes celebrada en enero de 2017 cuando se acordó por unanimidad, y así se trasladó al Gobierno de España, entonces presidido por Mariano Rajoy, la necesidad de abordar una estrategia nacional frente a lo que se denominó el reto demográfico, enmarcada en tres líneas de trabajo: la progresiva despoblación de una buena parte del territorio nacional, el envejecimiento de la población y los efectos de la población flotante en algunas zonas de nuestro territorio. Para ello, se creó la figura de un comisionado al que se le encarga la tarea de elaborar, coordinar y redactar, en colaboración con las comunidades autónomas y los representantes de las entidades locales, una estrategia nacional de carácter global y transversal que plantee las medidas a desarrollar en los próximos años para hacer frente a esa realidad demográfica. Cuando Pedro Sánchez llegó a la presidencia del Gobierno el pasado mes de junio, asumió la tarea y, en sede parlamentaria, se comprometió a presentar la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico en la primavera de este año 2019.

¿En qué estado se encuentra la Estrategia?
Como decía, el encargo que se le había encomendado al Gobierno de España era elaborar una estrategia en colaboración y coordinación con los otros niveles de gobierno territorial y, en ese sentido, durante estos meses está funcionando un grupo institucional del que forman parte y participan todas las comunidades autónomas, y también un grupo interministerial en el que participan todos los ministerios. Nosotros entendemos que todos los ministerios deben estar implicados, ya que se trata de una acción de Gobierno, de todos los niveles de gobierno. Estamos en esa fase de colaboración, desde el diálogo y desde la lealtad institucional.

La Estrategia Nacional necesitará financiación específica. ¿Tienen ya un cálculo estimado sobre qué dotación sería precisa? ¿Saben cómo se va a financiar y qué aportaciones harán las distintas administraciones?
Ahora que estamos celebrando su 40 aniversario, hemos de recordar que la Constitución de 1978 diseña un marco competencial respecto a las competencias del Estado, de las comunidades autónomas e, incluso, de los ayuntamientos y diputaciones. Todo ello también dentro del marco de la Unión Europea. Por lo tanto, las políticas públicas que se diseñan dentro de la Estrategia cumple

«La esperanza de vida en España es un éxito de nuestra propia sociedad, de nuestro estado de bienestar, de nuestro modelo de sanidad pública y de nuestro modelo de confluencia»

desarrollarlas a los tres niveles de gobierno y también en el marco de la Unión. En consecuencia, los recursos necesarios para desarrollarlas implican a todas estas administraciones y también a la Unión Europea.

Habla de un triple reto demográfico: despoblación, dispersión de la población y envejecimiento. Con respecto a este último, ¿qué implicaciones tiene para las sociedades actuales?
Nosotros trabajamos con los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para no crear confusión, le voy a facilitar muy pocos datos, pero uno de ellos es este: el número de personas de más de 65 años ha aumentado casi un 25 % en el presente siglo XXI; es decir, desde el año 2001 hasta 2018. Es más, la edad media en España, según los datos provisionales del padrón de 2018, es de 43 años. Por lo tanto, el índice de envejecimiento en España crece de forma exponencial en el siglo XXI. Esto, que es un dato, no debe ser planteado en un sentido negativo. Somos el país de la Unión Europea que tiene una mayor esperanza de vida. Esa esperanza se cifra actualmente en 83 años y es un éxito, sin duda, de nuestra propia sociedad, de nuestro estado de bienestar, de nuestro modelo de sanidad pública y de nuestro modelo de confluencia.

Fíjese también en un detalle: casi un tercio de la población mayor de 65 años ya supera los 80 años, con lo que este tramo de población comienza a ser alto. Y, por dar otro detalle, en estos momentos en España viven 15.000 centenarios y se ha duplicado el número de personas que superan los 100 años en la última década. Dice el demógrafo Rafael Puyol que los centenarios, los que tienen o van a tener una esperanza de vida en España de 100 años, son los niños y niñas que están naciendo hoy, así que nuestra pirámide poblacional está claramente progresivamente invertida.

¿Estamos preparados para hacer frente a los retos y oportunidades que presenta esta nueva realidad demográfica?
Hemos de rediseñar nuestra forma de dar respuesta a una sociedad en la que el peso de las personas mayores es, y será, cada vez más importante. Pero esta realidad también genera otro tipo de oportunidades de actividad económica y empleo en torno a los mayores.

Uno de los grandes retos que plantea el envejecimiento tiene que ver con las pensiones. El sistema actual, ¿se podrá mantener o debe reformarse?
Vivimos en una sociedad con un sistema de bienestar solidario entre la población activa y la población pasiva. Por lo tanto, es en ese sistema de equilibrios y de armonía en el que tenemos que trabajar, desde el sector privado y el público, para hacer un reparto adecuado del tiempo de trabajo y generar actividad económica y empleo. Y, también, para garantizar un adecuado relevo generacional de cara a corto, medio y largo plazo. Cuando decimos que nuestra sociedad demanda un pacto intergeneracional también nos estamos refiriendo a eso, al pacto necesario entre jóvenes y mayores.

¿El sistema asistencial y sanitario español está preparado para atender a una población cada vez más envejecida?
Era a lo que me refería anteriormente cuando decía que una sociedad cambiante requiere respuestas también nuevas; no sirven las mismas recetas del pasado. El cuidado de los mayores, incluso su ocio, el propio envejecimiento activo de una población que es mayor pero que también tiene unas condiciones de vida que le permiten seguir aportando a la sociedad, ya no solo conocimiento sino también actividad... también se tienen que preservar como oportunidad de trabajo a los jóvenes en relación con lo que hemos denominado las políticas de los cuidados. Todo esto implica también nuevas profesiones. Y, sin duda, el peso de una población mayor implica también la necesidad de una política sanitaria en torno a los cuidados, a los servicios geriátricos, a la atención y a un nivel de calidad de vida digno y adecuado para nuestros mayores.

Hoy en día, el peso de estos cuidados recae principalmente en las familias. En el futuro, ¿seguirá siendo así? ¿Quién cuidará a nuestros mayores?
Cuando hablamos de cuidar a los mayores no solo hablamos de familias, sino que esos cuidadores tienen nombre de mujer, femenino. Son las mujeres en su mayoría quienes siguen cuidando de las personas mayores. Y en determinados entornos, y eso me permite hablar también del reto demográfico, en territorios y núcleos de población donde cada vez el peso de las personas mayores es mayor, hay que añadirle el hecho de que son mujeres mayores las que han pasado de cuidar a sus hijos a cuidar a personas como ellas, de su misma edad o incluso mayores. El servicio de atención a la dependencia tendrá que ser de nuevo también puesto en valor, insisto, como una oportunidad de actividad económica y de empleo.

Con respecto a la Ley de Dependencia, da la sensación de que su desarrollo y dotación depende de la voluntad política del Gobierno de turno...
Su desarrollo no depende solo del Gobierno sino de todas las administraciones públicas. En este sentido, es muy importante el papel de las comunidades autónomas y también la necesaria e imprescindible colaboración del sector privado con el sector público.

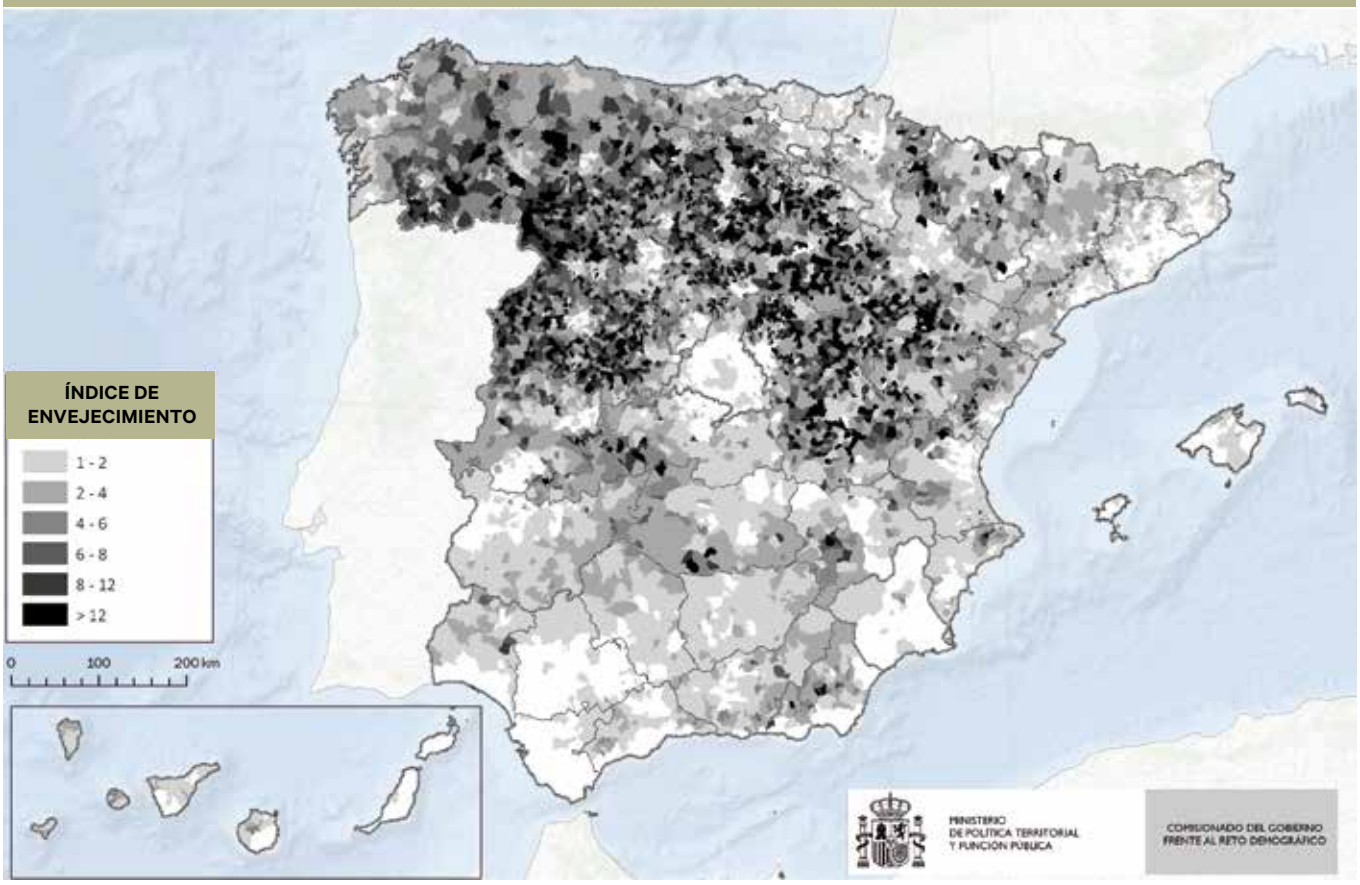
Para blindar estos y otros derechos sociales y que no dependan de quién gobierne en un determinado momento, el Gobierno aboga por llevar a cabo una reforma constitucional.
Sí. La propuesta de reforma constitucional del Partido Socialista siempre ha pasado por garantizar y blindar derechos considerados de ciudadanía, que deben tener una adecuada garantía constitucional. Y entre ellos se encuentra, sin duda, el derecho de los mayores a ser cuidados dignamente.

Ha mencionado en varias ocasiones que el envejecimiento puede ser una oportunidad. En este sentido, ¿hay otros países que estén desarrollando políticas o iniciativas de las que podamos aprender?
Nosotros tenemos razones importantes para defender el estado del bienestar consolidado en España. Somos un modelo en calidad de servicios de la sanidad pública y tenemos un nivel adecuado, necesario e imprescindible en atención a la dependencia. Ahora, nuestro reto es garantizar y consolidar la defensa de ese estado de bienestar. Sin duda, hay que mejorarlo, pero, desde luego, ahora mismo nuestro gran reto es garantizarlo y consolidarlo.

Aunque la Estrategia no estará terminada hasta la primavera de 2019, ¿nos podría dar alguna pincelada de cuáles van a ser sus principales líneas estratégicas?
Insisto en que hay una voluntad de colaboración y cooperación y, por tanto, ahora mismo estamos en un proceso de diálogo y de actuación desde el consenso. Porque, si importantes son los retos que tiene España, uno de los que es determinante para nuestro futuro es afrontar los cambios demográficos tan importantes de la sociedad española, que ponen en juego nuestro modelo de convivencia, nuestro modelo territorial y nuestro modelo de cohesión social. Aunque en estos momentos me debo a la responsabilidad de ser garante de esa lealtad institucional que tenemos en esa mesa abierta con comunidades autónomas y entidades locales y no quisiera adelantar medidas que deben ser fruto del acuerdo, sí le puedo decir que hay tres grandes pilares sobre los que trabajar. El primero es garantizar una adecuada conectividad en todo el territorio para las personas, no importa el lugar en el que vivan. En el siglo XXI, Internet y una buena cobertura de telefonía móvil; es decir, la conectividad, se convierte casi en una herramienta necesaria para ejercer los derechos de ciudadanía y también para conseguir actividad económica y empleo en cualquier lugar del territorio. Por ponerle

«Una sociedad cambiante requiere respuestas también nuevas; no sirven las mismas recetas del pasado»

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO POR MUNICIPIOS EN ESPAÑA, 2017



Índice de mayores de 65 años por menores de 15.

un ejemplo, para ofrecer una prestación social básica para los mayores como es el servicio de teleasistencia, por todos conocido, es imprescindible tener una conectividad tecnológica básica.

El segundo de esos pilares sería mantener un nivel de servicios adecuado para permitir que las personas puedan vivir libremente en el lugar que consideren más adecuado para desarrollar su proyecto de vida, su proyecto profesional y su proyecto personal. Es decir, hay que tener unos servicios básicos que garanticen unas condiciones de vida dignas. Y cuando hablamos de servicios básicos me refiero a educación, sanidad, infraestructuras, dependencia...

El tercer pilar sería la actividad económica y el empleo. Cuando los hombres y mujeres toman la decisión de abandonar su entorno y dirigirse, fundamentalmente, a las grandes ciudades, lo hacen buscando mejores oportunidades y condiciones de vida, pero la razón fundamental es la del empleo. Así que insisto: hay que trabajar en la conectividad, los servicios básicos y la actividad económica y el empleo.

Asumió su cargo el pasado verano. ¿Qué balance hace de estos primeros meses al frente de esta institución?

El 2 de julio tomé posesión como comisionada del Gobierno frente al reto demográfico y desde entonces han sido unos meses intensos. Están siendo unos meses en los que he recorrido una buena parte del territorio nacional y en los que hemos intentado mantener un proceso abierto y participativo, no solo con las otras administraciones sino también con las asociaciones y movimientos que están trabajando desde el territorio. Y, hasta el momento, he de decir que hemos trabajado en un ambiente de diálogo, constructivo y con voluntad. Incluso destacaría también la importante labor de los medios de comunicación que, durante estos meses, no solo han sido muy receptivos al hecho de que se hayan incorporado los temas demográficos a la agenda política, sino que lo han convertido en tema de interés que trasladan a la opinión pública.

Y, para terminar, permítame añadir una cosa importante. Al igual que hemos incorporado el impacto medioambiental o el impacto de género a la hora de aprobar planes, proyectos, reformas legislativas o nuevas normas, creo que, en España, con los desafíos demográficos a los que debemos hacer frente, ha llegado el momento de incorporar el impacto demográfico en todas las políticas públicas. ●

Los resultados del estudio recientemente publicado en “The Lancet”, según el cual España alcanzará en unas décadas la primera posición mundial respecto a la esperanza de vida, no representan tanta novedad como la que los medios de comunicación han dado a entender, de acuerdo con el autor de este artículo. En sus líneas, además de apuntar algunas de las causas de esa mayor longevidad, se plantea la mayor importancia de la calidad frente a la cantidad de los años de vida.

¿Vivimos mucho?

José Manuel Ribera Casado
Catedrático emérito de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos (UCM).
Académico de Número de la RANME.

En las últimas semanas hemos asistido a un cierto revuelo mediático con motivo de la publicación en *The Lancet*, una de las revistas más prestigiosas en el mundo de la medicina, de los resultados de un amplísimo y detallado estudio demográfico, realizado por la Fundación de Bill y Melinda Gates, sobre las perspectivas de vida actual y para un futuro a corto y medio plazo tanto de la población mundial en su conjunto, como de la de los diferentes países. El interés, en nuestro caso, venía determinado por el hecho de que España aparecía, en la perspectiva de apenas dos décadas, como el país del mundo con una mayor esperanza de vida. Comentaré tres puntos en relación con ello.

EL CONCEPTO DE “ESPERANZA DE VIDA”

El primero, saber a qué nos referimos cuando hablamos de “esperanza de vida”. Se trata de un concepto que siempre debiera ir seguido de un apellido que lo matice. Lo habitual, lo que da origen al tema de hoy, es hablar de “esperanza de vida media”; es decir, aquella que con la estadística en la mano va a alcanzar previsiblemente el 50 % de la población situada en un contexto geográfico y temporal concreto. En este caso debiera hablarse de esperanza de vida media al nacer. El análisis puede llevarse a cabo estableciendo cortes a cualquier otra edad. Muestra siempre diferencias favorables a las mujeres con respecto a los hombres. Se trata de una variable que se ha ido modificando siempre al alza a lo largo del tiempo y, sobre todo, en el último siglo.

Junto a ello, cabe hablar de una esperanza de vida máxima. Sería un tope que, al menos en teoría, todos podríamos alcanzar. En la especie humana, para conocer este dato hay que acudir al registro civil de los diferentes países. Con él en la mano sabemos que la persona más longeva de la que se tiene información inequívoca fue una señora francesa fallecida en 1997 que había vivido 122 años y siete meses. De momento, pues, parece que el límite gira en torno a los 120 años. A menos que avancen de forma importante los estudios de todo tipo de los biogerontólogos en su intento por conocer y neutralizar los condicionantes de nuestro proceso de envejecer, esa cifra se mantendrá estable durante mucho tiempo.

Todavía cabría hablar –tercer calificativo– de esperanza de vida activa (independiente) o inactiva (de-

«Por lo que respecta a España, cabe decir que nuestro posicionamiento en los primeros puestos de la lista no es un hecho novedoso»

«Lo que decide, sobre todo, nuestra mayor o menor longevidad es el llamado "envejecimiento secundario", los factores ambientales y lo que ha sido nuestra vida anteriormente en cuanto a enfermedades o accidentes»

pendiente), en virtud del grado de autonomía que nos permite nuestra situación funcional. Un concepto esencial en geriatría, muy vinculado a la calidad de vida, con consecuencias enormes para las políticas sanitarias, pero que, como el anterior, hoy no se constituye en objeto de estos comentarios.

NO ES UN HECHO NOVEDOSO

La esperanza de vida media al nacer se ha modificado mucho a lo largo del último siglo, de manera que, referida a España, al inicio del siglo XX apenas alcanzaba los 35-36 años para las mujeres y 2-3 menos para los hombres, datos probablemente muy parecidos a los de la época romana y algo inferiores a los de otros países europeos en esta misma época. Un siglo después, estas cifras se habían multiplicado por casi dos puntos y medio, alcanzando los 84-85 años para las mujeres y los 79-80 para los hombres. En lo que llevamos del siglo actual se ha mantenido la tendencia al alza y así parece que va a continuar en las próximas décadas de acuerdo con los estudios de la Fundación Gates que dan origen a estos comentarios. Todo ello hace que el número absoluto de personas mayores de 65 años en España se haya multiplicado por 8 a lo largo del siglo XX y por 20 el de los centenarios en ese mismo periodo. En absoluto se ha modificado la esperanza de vida máxima.

Una consideración importante para no dejarnos llevar por un entusiasmo patriótico excesivo es que la clasificación que se supone vamos a encabezar está bastante apretada. Las diferencias entre los 15-20 países que ocupan los primeros lugares, todos ellos dentro de lo que llamamos primer mundo, se mueven en un margen de décimas y, todo lo más, en 1-2 puntos de diferencia. Incluso en el caso de aquellos otros países que vienen por detrás, las diferencias en este parámetro tienden a irse acortando en el curso del último medio siglo. Por lo que respecta a España, cabe decir que nuestro posicionamiento en los primeros puestos de la lista no es un hecho novedoso. Durante los últimos 3-4 decenios, sobre todo en el caso de las mujeres, venimos manteniéndonos en lo que podríamos llamar el "top-5" de esta relación.

"ENVEJECIMIENTO SECUNDARIO"

Quedaría como cuestión más importante analizar cuáles pueden ser los elementos que determinan este posicionamiento. Adelanto que no hay una causa única. Debemos hablar de un conjunto muy extenso de factores responsables, no siempre bien conocidos, cuya interacción a lo largo del tiempo condiciona esta variable.

Sabemos que el fenómeno del envejecimiento viene determinado en una proporción que nunca supera el 25 % por condicionantes genéticos; por consiguiente, no es este el principal factor determinante. Lo que decide, sobre todo, nuestra mayor o menor longevidad es el llamado "envejecimiento secundario", los factores ambientales y

«A mi juicio, tiene mucho más interés que la mera constatación de si ocupamos el primer o el quinto puesto en esa lista, el hecho de esforzarnos por envejecer en un buen estado funcional»

lo que ha sido nuestra vida anteriormente en cuanto a enfermedades o accidentes. Ello hace que debamos buscar por esta segunda vía las razones fundamentales de una mayor o menor supervivencia individual y colectiva.

Hay pocas dudas de que uno de los elementos responsables de mayor peso, al menos en lo que representa el salto inicial para entender el aumento poblacional de la esperanza de vida media, es la potabilización del agua con carácter general, algo que determina, entre otras cosas, una reducción enormemente significativa de la plaga que supone la mortalidad infantil y neonatal. En España ese fenómeno fue muy tardío, ya que se produjo mayoritariamente a lo largo del primer tercio del siglo XX y su paralelismo temporal con el aumento de la esperanza de vida es absoluto. Lo mismo ha ocurrido y sigue ocurriendo en el resto de países del mundo.

Al lado de ello hay que situar las medidas relacionadas con lo que podríamos considerar "higiene", entendida esta palabra en su sentido más amplio, desde la limpieza y cuidado corporal, hasta la aplicación correcta de los programas de vacunación y de las normas relativas al cuidado de la boca, la piel y los órganos de los sentidos, pasando por la lucha contra lo que conocemos como factores de riesgo de las diferentes enfermedades.

En este contexto cabe incluir los llamados estilos de vida y, a su cabeza, los tres más importantes: la actividad física mantenida, la alimentación adecuada y la lucha contra los hábitos tóxicos, con el tabaquismo como el enemigo más importante y significativo. Los avances directamente médicos y tecnológicos, tales como la aparición de nuevos fármacos, las mejoras en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, o la incorporación de nuevas tecnologías a nivel diagnóstico, terapéutico o rehabilitador juegan, evidentemente, también un papel en el aumento de la esperanza de vida, pero siempre mucho más modesto que las cuestiones antes señaladas.

HÁBITOS SOCIALES Y COMPORTAMENTALES

Podríamos añadir todavía en la lista de causas favorecedoras de una mayor longevidad algunos otros aspectos mucho menos estudiados, probablemente de menor peso, pero que pueden interactuar de manera positiva o negativa con los ya referidos. Aludo a los hábitos sociales y comportamentales; entre ellos, los niveles de sociabilidad, la participación en actividades compartidas, el papel de la familia, el grado de resiliencia individual, el entorno laboral y cuestiones de este tipo. También los factores relacionados con el clima, con la capacidad para adaptarse al ambiente y otros temas similares.

En nuestro país es posible que confluyan, por diferentes razones, muchas de las circunstancias favorables a las que me he venido refiriendo en los párrafos anteriores, lo que ayudaría a explicar el buen posicionamiento de España en este campo. De todas formas, a mi juicio tiene mucho más interés que la mera constatación de si ocupamos el primer o el quinto puesto en esa lista, el hecho de esforzarnos por envejecer en un buen estado funcional que nos permita alcanzar edades muy elevadas sin vernos abocados a una situación de dependencia. Valorar más la calidad que la cantidad. Hacer realidad aquello que expresó ya en 1951 Lord Amulree, uno de los pioneros de la geriatría británica, cuando pedía anteponer el objetivo cualitativo de «dar vida a los años» al meramente cuantitativo de «dar años a la vida». En todo caso, afortunadamente, las vías para alcanzar ambos objetivos son en gran parte comunes y conocidas. Se derivan de todo lo que llevo expuesto. Apliquémoslas de manera razonable. ●

El economista Guillem López Casasnovas ha dedicado media vida profesional a asesorar a ministros de Sanidad de diferente signo político. Miembro durante décadas del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como del Consejo de Salud y Política Social, analiza a lo largo de esta entrevista los retos que representa el envejecimiento de la población para nuestro sistema sanitario, a la vez que apunta algunas soluciones para superarlos.

Guillem López Casasnovas
Profesor de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

«La vida activa de los buenos profesionales perdurará más allá de las regulaciones restrictivas actuales de la jubilación»

Daniel Romaní

¿Cómo cree que afecta el aumento de la esperanza de vida en el sector sanitario?
En positivo. La salud se convierte hoy en el indicador básico del bienestar para evaluar el progreso económico desde una perspectiva social, tal como los nuevos índices de desarrollo humano ya incorporan. Además, la mejora de la esperanza de vida entre la población y entre poblaciones de diversos países tiene menos diferencias que las que resulten de la renta, por lo que la equidad social global aumenta gracias precisamente a estos valores de salud. Los efectos sobre el gasto sanitario y la disposición adicional para sufragarlo ya es otro tema. Está claro que el envejecimiento no es un factor externo al gasto sanitario: lo marca la proximidad a la muerte, y su coste depende de la respuesta asistencial que se dé, entre las curas paliativas o más agresivas.

¿Cómo afectará el aumento de la esperanza de vida al sistema de pensiones?
Lo afectará negativamente si no se modifican los parámetros actuales de ajuste de la edad de jubilación, el esfuerzo complementario de ahorro y el acompañamiento de pensiones más sensibles al rendimiento de las cotizaciones respecto de la evolución del salario neto

de los trabajadores que cotizan. Pero el envejecimiento no genera efectos solo en las pensiones. También genera efectos en la soledad –que, a su vez, también incide sobre la salud–, en el balance entre consumo y ahorro macroeconómico, en la composición del gasto público (sociosanitario, de rentas), en el privado (transporte, alimentación...) y, finalmente, en el tipo de interés.

¿Es sostenible nuestro sistema sanitario con una población cada vez más envejecida?
La sostenibilidad financiera será el resultado de la manera más o menos "solvente" con la que el sistema sanitario y de protección social en general responda al envejecimiento. Hace falta más prevención de discapacidades funcionales, alejarse de los ensañamientos terapéuticos, más oferta de camas para semiagudos y crónicos, más integración sociosanitaria...

¿Se vislumbran transformaciones del modelo sanitario?
Los cambios que llegan harán poco reconocible el actual sistema sanitario. No es solo una cuestión de inteligencia artificial, personalización o estratificación de los tratamientos y datos en tiempo real. Lo único que quedará es la confianza con quien haga de *broker* o de intermediario para el paciente, que debe trabajar con un montón de información sobre alternativas asistenciales y probabilidades de cura. Se trata de un nuevo rol que nos permite pensar que la vida activa de los buenos profesionales perdurará más allá de las regulaciones restrictivas actuales de la jubilación.

¿Tiene alguna propuesta de transformación del modelo?
Sí, esta última es una propuesta muy concreta. Hay que dar valor a la experiencia de muchos buenos profesionales haciéndoles compatible la jubilación parcial con el consejo de dirección terapéutica de más enfermos crónicos y de multimorbilidades, vincular médicos internistas con médicos de cabecera, etc.

¿Qué opina del cooperativismo sanitario que impulsó el doctor Espriu?
El cooperativismo es una muy buena solución para aquellos profesionales que quieren compartir riesgo y responsabilidades de manera limitada.

Usted ha sido durante muchos años asesor del Ministerio de Sanidad. ¿Cuáles han sido sus aportaciones principales?
He dedicado más de media vida profesional al Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, primero, y de Salud y Política Social, después, hasta que la ministra Dolors Montserrat me sustituyó, para dejar huérfano el aporte de la economía de la salud. He trabajado con diez ministros de distintos tintes políticos, siempre *gratia et amore*. Mi contribución ha sido decir lo que pensaba antes de que se tomaran decisiones. Creo que mi contribución más efectiva realmente fue sugerir a la ministra de Sanidad Celia Villalobos que hiciera presidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo a mi amigo Joan Rodés. Con él trabajé bastante. Su mejor contribución fue la de responder correctamente a los nuevos tratamientos de la hepatitis C que, aplicando el sentido común, se pudo reconducir, creo yo, muy satisfactoriamente.

«Los cambios que llegan harán poco reconocible el actual sistema sanitario»

¿Qué ministros han tenido más en cuenta la economía de la salud?
Ana Pastor y Trinidad Jiménez. Demostraron tener una gran dedicación y sentido común, dos atributos que no puedo asignar a las más recientes.

¿Qué valoración hace del sistema sanitario español?
Mi posición es siempre crítica. Si alguien me dice que tenemos uno de los mejores sistemas del mundo (aunque lo diga la revista *The Lancet* a partir de la buena esperanza de vida en España), hago la lista de cosas manifiestamente mejorables (la capacidad funcional con la que se vive esta esperanza de vida nos hace bajar de golpe de la 9.ª posición a la 42.ª). Si alguien se refiere al sistema como un desastre para así proponer aventuras políticas sin base académica, pongo de manifiesto todos los aspectos positivos que contiene nuestro sistema sanitario y que hay que mantener; especialmente en el caso de Cataluña, que siento más cercano, aunque últimamente tengo dudas de que se pueda preservar desde el progresismo radical y el empuje privatizador insensato. Por otro lado, los que hemos contribuido poco o mucho a fortalecer el sistema sanitario catalán vamos envejeciendo sin ver ningún reemplazo entusiasta. Son ya, para mí, casi cuarenta años de economía de la salud, de formación en evaluación económica, en gestión sanitaria, y no veo el empuje rejuvenecedor que hoy necesita el sistema sanitario.

Economía y salud

Nacido en Ciutadella de Menorca en 1955, Guillem López Casasnovas es profesor de Hacienda Pública y Economía Aplicada desde 1979. Es doctor en Economía Pública por la Universidad de York (1984) y catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra desde 1992, de la que ha sido vicerrector y decano. Visiting Scholar de la Universidad de Stanford (1991), en 1996 fundó y dirigió el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). Ha sido creador y codirector del máster Health Economics and Policy de la Barcelona Graduate School of Economics, del Executive Program con la Universidad de Berkeley. Actualmente es codirector del máster de Gestión Pública (UAB-UB-UPF).

Guillem López Casasnovas ha sido miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2003-2017) y de la Consejería de Sanidad de Cataluña (desde 2005). Desde 2007 hasta 2013 fue presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud (IHEA) y, entre 2011 y 2013, miembro de la Comisión de la OMS para el Estudio de las Desigualdades en Salud.

Usted fue presidente de la International Health Economics Association. ¿Qué iniciativas impulsó al frente de este organismo?

Seis años como presidente de la Asociación Mundial de la Economía de la Salud me permitieron tener la cabeza en el mundo sin perder identidad. En el IHEA (International Health Economics Association) puse orden, generé una dotación patrimonial para sacar adelante la organización, que cuenta con estatutos y sede permanente en Estados Unidos, y evitar el riesgo de falta de financiación entre congresos. Fue para mí un gran reto. La creación del CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud) en mi universidad, la Universidad Pompeu Fabra, y la proyección internacional alcanzada en formación a través de la Barcelona Graduate School of Economics, con ocho años de programas ejecutivos de maestría y liderazgo con la Universidad de Berkeley y posgrado, o las últimas semanas del pasado mes de noviembre en que acogí como presidente local a casi seis mil congresistas de ISPOR BCN en el Fòrum son algunas de las iniciativas que han permitido poner Cataluña en el mapa de la economía de la salud. ●

De acuerdo con la mayoría de los expertos, incluir en la agenda política el envejecimiento de la población y sus impactos es una cuestión ya urgente y prioritaria. No solo en España; también en todos los países de nuestro entorno. Los retos son enormes, pero las oportunidades también pueden serlo si se afronta el desafío con inteligencia y resolución. ●

Ventanas

Aquel día en clase hablamos de las metáforas.
Teníamos once años y la voluntad del viento
nos guiaba las tardes. Y todo era azul y era fácil
antes de las salas de espera, los plazos y el perdón.
A menudo te había visto ir por el descampado,
y era como buscar en el diccionario palabras en desuso.
Caminabas lugares por donde ya nadie pasaba
y esto significaba, también, aceptar la confusión,
insistir en la ironía.
Yo te veía desde la ventana del aula,
mientras soñaba el nombre compuesto de un pueblo de la costa
o la dificultad de pronunciar las haches de una ciudad nevada.
Aquel día en clase hablamos de las metáforas.
No sé por qué soñé en explanadas y picnics,
en la geometría y la angustia y el vértigo de los rascacielos.
Y todo un mundo de contrastes empezó a medirse
en la distancia que va desde el descampado que cruzabas
hasta el índice de mi mano.

Àngels Gregori

De *Cuando caen los grandes árboles*, premio Vicent Andrés Estellés.
Valencia, Alzira, 2017.

Traducción de Jordi Virallonga

© Mar Aguilera

Un apólogo desolado

Ficha técnica

Título original: **Zimna Wojna (Cold War)**

Año: **2018**

Duración: **88 minutos**

País: **Polonia**

Dirección: **Pawel Pawlikowski**

Guión: **Pawel Pawlikowski y Janusz Glowacki**

Fotografía: **Lukasz Zal (B & W)**

Interpretación: **Joanna Kulig, Tomasz Kot, Agata Kulesza, Borys Szyc, Cédric Kahn, Jeanne Balibar, Adam Woronowicz, Adam Ferency y Adam Szyszkowski**

Producción: **MK2 Productions / Apocalypso Pictures / Film4 Productions / Opus Film / Protagonist / BFI Film Fund**

Enric Sòria

Tras la portentosa *Ida*, el mundo cinéfilo esperaba con ansia el siguiente film de Pawel Pawlikovski, y aunque *Cold War* no tenga el enorme empuje sugestivo ni la ferocidad interior del film precedente tampoco puede decirse que defraude. Ambas son cintas meticulosamente construidas, que nos hablan de la pasión, del dolor y el desarraigo con la aparente frialdad distanciada de un testigo ajeno. Una estrategia que, justamente porque esquiva tanto los subrayados como la excesiva concreción –el suyo es un arte de alusiones, no de evidencias– multiplica la capacidad perturbadora de lo que vemos. Los filmes de Pawlikovski son, en definitiva, apólogos reveladores. En *Ida*, las cargas de profundidad son más potentes, y el efecto es hipnótico. En *Cold War*, el relato traspasa menos la superficie de la idea. Por otra parte, el distanciamiento narrativo es menos conducente, porque, en esencia, se nos habla de un *amour fou* suicida contra las circunstancias. Las pasiones de este tipo solo pueden comunicarse encendiendo los fotogramas, y una hoguera glacial es improbable. Con todo, Pawlikovski es

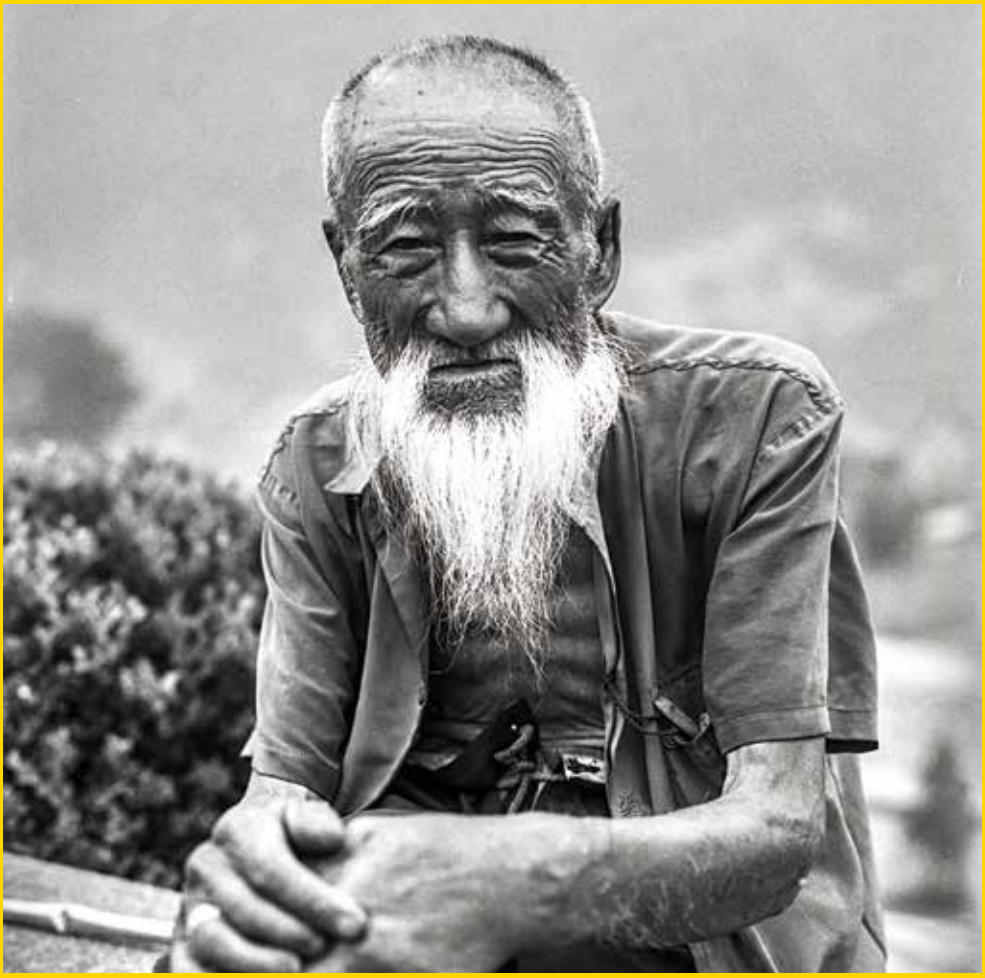
un gran director incluso cuando su estilo va contra la historia, y consigue incendiar la pantalla a base de pura concisión en un puñado de secuencias memorables: el espléndido arranque, la canción en el club nocturno de París o el desenlace, de un romanticismo fúnebre, soltado como si nada, que tal vez se sitúe entre lo mejor que nos ha dado últimamente el cine.

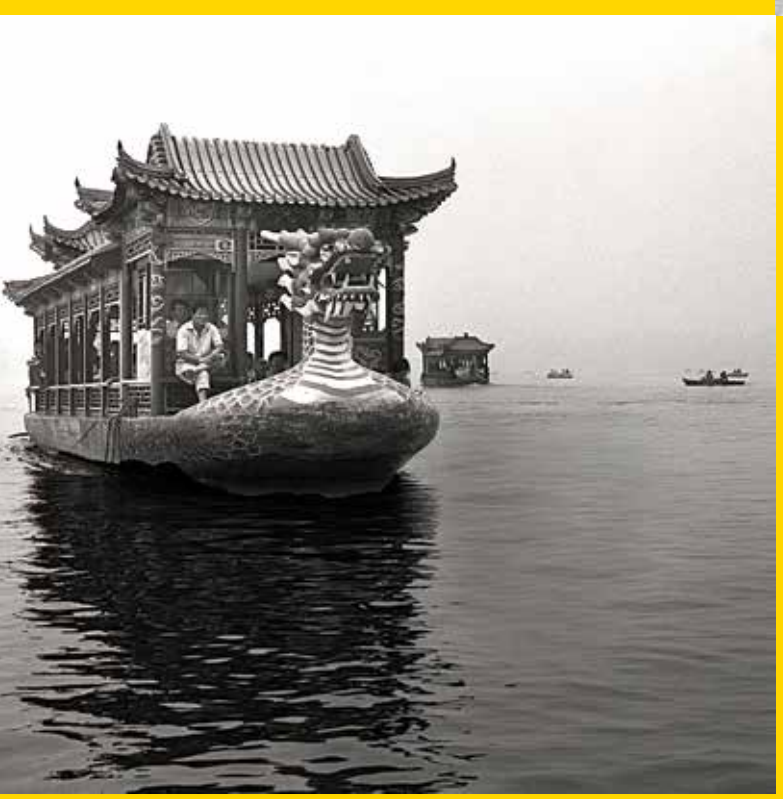
En resumen, *Cold War* es la historia de un callejón sin salida amoroso entre un músico introvertido y una artista temperamental en la Polonia comunista. El músico no soporta la manipulación ideológica y estética a la que se le somete y huye a Occidente, mientras que ella, más intuitiva, capta enseguida que el exilio es otra cárcel, igualmente asfixiante. Ambos van encontrándose y separándose en los dos lados del telón de acero hasta que entienden que no hay lugar para ellos ni aquí ni allí. La música se convierte en un sutil correlato irónico de esta pérdida de lugar. Así, vemos como va degradándose la canción que hace de *leit motiv*, de la belleza simple de la versión original, cuando se conocen, a las adaptaciones cada vez más manipuladas que les fuerzan a ejecutar. Está claro que los protagonistas podrían vivir en la impostura, o separados. Otra opción, cuando no hay lugar, es dejar de vivir. Hasta aquí el apólogo.

El principal problema del filme es la descarnadura con que se nos cuenta: sin profundizar en los personajes ni en el contexto, y sin subtramas que puedan enriquecerlo; su principal virtud es esta misma descarnadura, que afila la fuerza incisiva de la angustia que atraviesa el relato, multiplicada por la tremenda capacidad de síntesis de una puesta en escena magistral. ●

PEKÍN, REDUCTO DE TRADICIÓN

Tradición y modernidad. La capital de China, con más de 21 millones de habitantes, es una bulliciosa ciudad de estridentes contrastes. El lujo de coches de alta gama convive con la riada de bicicletas que circula a su alrededor; y la arquitectura de vidrio y acero, con los vestigios de su pasado imperial y los estrechos callejones donde se apiñan pequeñas viviendas de aspecto grisáceo. En este escenario tradicional es donde el fotógrafo **Francisco Cruces** ha puesto el foco en la vida cotidiana de sus gentes.





Tan apreciado como una espina clavada en el talón

Simona Škrabec

Es curioso comprobar que en la otra punta del Mediterráneo, donde los Alpes Julianos se precipitan hacia el Adriático, otro poeta, Tomaž Šalamun, escribió poesía bajo la misma consigna de libertad que guiaba la mano de Espriu. Un pueblo débil, devastado por las circunstancias desfavorables, solo puede anclar su existencia futura en la capacidad de afrontar la verdad sin concesión alguna. Esta es la idea central de la poesía de ambos autores.

Releer la poesía de Salvador Espriu a través del legado de Tomaž Šalamun tiene una carga explosiva. El poema que mejor lo ilustra se llama "Duma 64". Šalamun tomó una estrofa de una conocida pieza patriótica y la parodió con una audacia bastante increíble considerando aquel tiempo y aquel lugar, la Yugoslavia feliz de Josip Broz. La estrofa original habla de un poeta que viajando por el país se deleita en su belleza. Pero en la versión de aquel entonces joven poeta, el último verso, que respeta la cuidada métrica, dice que de tanto contemplar la belleza de las tierras familiares le «salió una úlcera de estómago».

Esta anécdota nos lleva al núcleo del problema: ¿cuándo y por qué se produce la ruptura con la propia tradición? Un legado poético, ¿cuándo deviene insostenible, molesto, incómodo o superfluo? La respuesta no es simple y no tiene nada que ver con los cambios superficiales de las costumbres o del modo de vivir, sobre todo si tenemos que examinar esta pregunta a través del prisma de la poesía de un Šalamun o de un Espriu.

El *moto* del esfuerzo titánico de Šalamun –«Me tapizaré cada día, / diez centímetros cuadrados por ejemplo.»– podría ser el *moto* de Espriu, eso es evidente. Ambos aceptaron el rol de bufón, si era necesario, para abrir los ojos a sus compatriotas. No acabaron de lograrlo, esta es la amarga verdad. Uno ha sido convertido en un monumento de piedra que se venera y ya rara vez se escucha. El otro es tan apreciado en su casa como una espina clavada en el talón, molesto y rechazado tanto por el público lego como por la academia más selecta. Šalamun, que conocía bien el destino de los bardos nacionales, se protegió de entrada de cualquier posibilidad de que el pueblo lo convirtiera en un mausoleo. Jugaba con las palabras para serenarnos. Y pocos lo han querido entender.

El contacto con la poesía exige esfuerzo, un esfuerzo agotador, y también una tenacidad a prueba de todos los

ECLIPSE

I
Me cansé de la imagen de mi tribu
y cambié de lugar.

Con largos clavos voy haciendo
extremidades para un cuerpo nuevo.
De trapos viejos serán mis entrañas.
El abrigo de pútrida carroña
será el abrigo de mi soledad.
Del fondo de una ciénaga arrancaré mi ojo.
De las planchas devoradas por la náusea
levantaré mi choza.
El mío será un mundo de aristas afiladas.
Cruel y eterno.

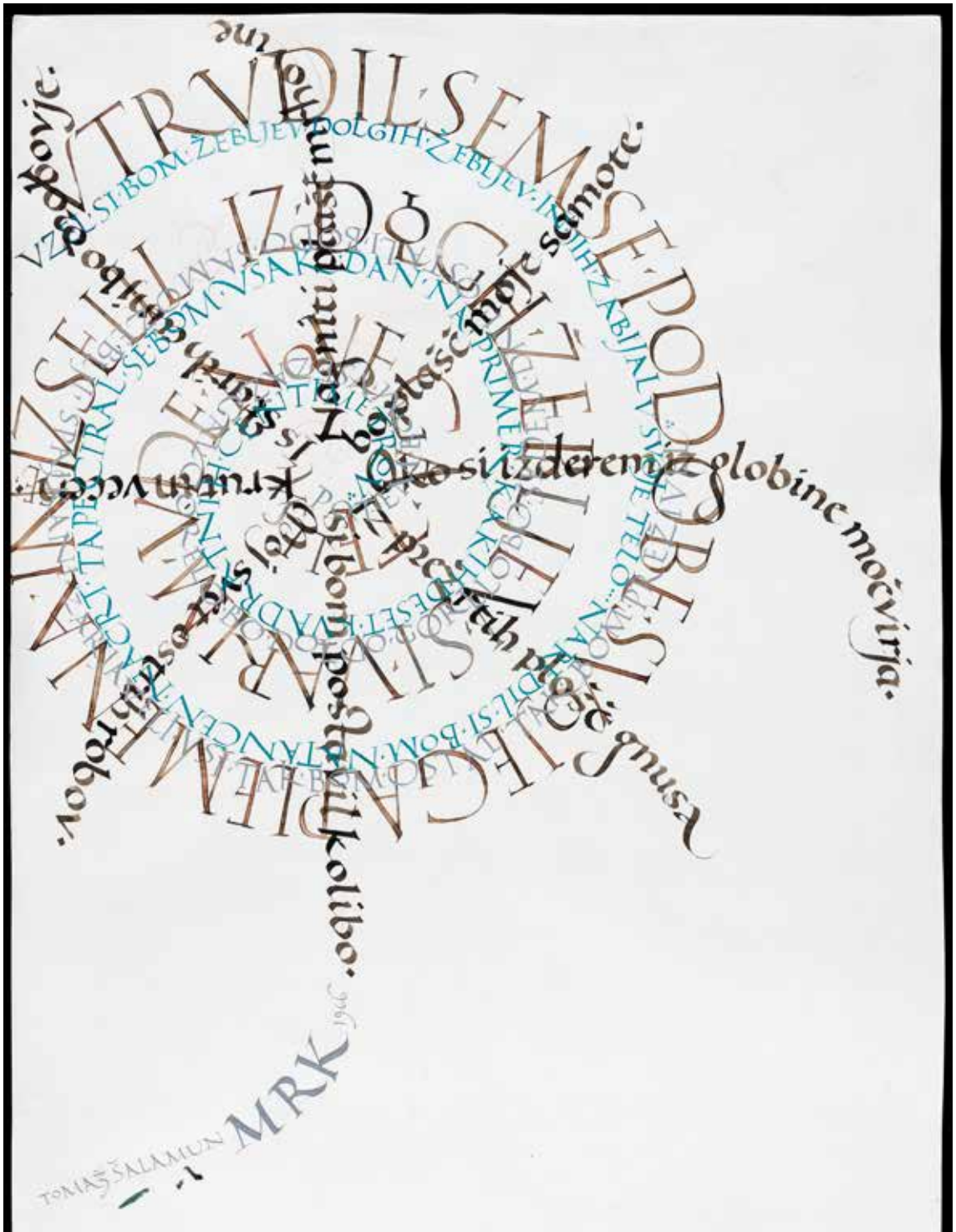
II
Encontraré clavos,
largos clavos,
y los martillearé en mi cuerpo.
Muy suavemente,
muy despacio,
para que dure más tiempo.
Trazaré un plan preciso.
Me tapizaré cada día,
diez centímetros cuadrados por ejemplo.

Después lo quemaré todo.
Arderá durante mucho tiempo,
arderá durante días.
Solo quedarán los clavos
totalmente soldados, oxidados.
Y así me quedaré.
Así sobreviviré.

Tomaž Šalamun
Traducción de Jordi Virallonga.

obstáculos. Lo exige tanto el oficio de hacer versos como –y esta es una conclusión importante– el hecho de leerlos. Cuando Šalamun habla de su intención de exiliarse «de su tribu» para ganar amplitud de miras, sabe lo que este distanciamiento implica. Para sobrevivir, tendrá que convertirse en un esqueleto, en lo más duro que queda en el alma humana tras los incendios devastadores, provocados por la lucidez y el saber. El poeta sabe que tendrá que vivir a través de la sustancia más interna de su yo, la única que es indestructible.

La exigencia que el poeta ha planteado a todo un pueblo, sin embargo, ha quedado inscrita para siempre en la historia nacional, en la realidad más cotidiana. El poeta que se ha «exiliado de su tribu» resulta que fue una voz capaz de aglutinar las energías intelectuales más positivas. Eslovenia, gracias a la reflexión contenida en versos como los de este rebelde, supo encontrar la pauta para construir su futuro. El futuro para los eslovenos dejó de ser una promesa vaga. Emprendieron la construcción de su propia colectividad con el aplomo de alguien que aguanta la mirada, que puede sopesar los recuerdos más conflictivos. Y esto no ocurrió por casualidad. La poesía, este legado tan difícil de procesar y de dar a conocer, otorgó el impulso necesario para decidir por qué vale la pena luchar, cuál es la sociedad en la que los eslovenos queríamos vivir juntos. ●



© Caligrafía Keith Adams

El argumentario del miedo

Descubres el valor de un seguro cuando descubres **la medicina** que hay detrás.

Tu salud es
nuestro oficio.

AssistènciaSanitària

Llámanos al 93 495 44 61
o entra en www.asc.cat

PARTNER MÈDIC OFICIAL
FCBARCELONA

compartir.

FUNDACIÓN ESPRIU REVISTA DEL COOPERATIVISMO SANITARIO

Fundació • Fundación ESPRIU 30 anys • años

AutogestióSanitària Lavinia, S. Coop. SCIAS asisa

Las entidades que integran la Fundación Espriu forman la segunda mayor red de cooperativas sanitarias del mundo por volumen de facturación.

Av. de Josep Tarradellas, 123-127, 4a pl. I 08029 Barcelona
Juan Ignacio Luca de Tena 12 3ª I 28027 Madrid
Tel.: 93 495 44 90 I fundacionespriu@fundacionespriu.coop I www.fundacionespriu.coop

coop Las empresas cooperativas ayudan a construir un mundo mejor