



**Reivindicaciones y propuestas
de CEAFA 2018**

Identificación de elementos diferenciadores para favorecer el abordaje del Alzheimer y otras Demencias de manera diferencial en el entorno de la Dependencia
Confederación Española de Alzheimer CEAFA





Contenido

Argumentación general	2
Algunos conceptos clave	4
Dependencia.....	4
Sociedad no excluyente.....	5
Binomio.....	7
Transversalidad.....	7
Integración sociosanitaria.....	8
Alzheimer. ConCiencia Social.....	9
Como prioridad sociosanitaria, es necesario:.....	9
En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:	10
Como problema no resuelto, es fundamental que:	10
En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:	10
Como objeto prioritario de atención, el tejido asociativo debe:.....	10
En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:	10
Como realidad social, las Administraciones públicas deben:	11
En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:	11

Argumentación general

Uno de los grandes compromisos asumidos por CEAFA en el marco del Modelo 2020 es el de convertirse en la **entidad de referencia, representación y defensa de todas las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**. Desde la aprobación unánime del Modelo en noviembre de 2015 hasta la actualidad, la Confederación ha iniciado procesos de reflexión enmarcados en su apuesta por generar conocimiento útil dirigido a apoyar y generar procesos de mejora de la calidad de vida de las personas.

Dentro de esos procesos de reflexión, uno de los elementos clave sobre los que se están centrando los esfuerzos es el concepto de “**persona**”. Durante el año 2017 el lema “Sigo siendo yo” representó de manera clara el énfasis de la entidad por situar a la persona en el centro de toda su atención, más allá de las condiciones que la pueden caracterizar como protagonista de su convivencia con el Alzheimer y sus consecuencias (paciente, cuidador, etc.). Esta fue una propuesta plenamente enmarcada en una corriente más que habitual en el ámbito de las entidades de pacientes y también en el área asistencial, que ponen a la **persona en el centro de atención**. Aunque podría parecer lo contrario, la apuesta de CEAFA fue altamente innovadora, pues, entre otras cosas, asumió la responsabilidad no ya tanto de dar voz a las personas con Alzheimer, sino, sobre todo, de escuchar lo que tenían que decir. Si bien esto ha constituido un hito importante en la historia de la Confederación, también lo ha sido el hecho de que ha introducido un significado nuevo al concepto de “persona con Alzheimer”; se está dejando de hablar de “enfermo de Alzheimer” o de “persona con Alzheimer” y de “cuidador familiar” o “cuidador principal”. Ahora se busca hablar de “**persona afectada por el Alzheimer**”, entendiendo por tal tanto a quien tiene sobre sí el diagnóstico de la enfermedad como a su entorno familiar que asume su atención y cuidado. En otras palabras, se consolida, así, el concepto de “**binomio enfermo-cuidador**” pero reivindicando, ante todo, la condición como persona de ambos protagonistas. Porque el Alzheimer, más que una enfermedad, es un **problema sociosanitario** de especial complejidad e importancia que extiende sus efectos precisamente a ese binomio.

En este contexto, el Alzheimer en particular y las demencias en general se posicionan como la principal causa de dependencia. Los elevados índices de prevalencia e incidencia de la enfermedad, unido al progresivo envejecimiento poblacional, así como a la práctica imposibilidad de prevenir y de curar la enfermedad, entre otros muchos factores, convierten a **la demencia en el paradigma de la dependencia** que incide, precisamente, y casi por igual en el binomio: el paciente acaba siendo plenamente dependiente de su cuidador y, muchas veces, éste no es capaz de desarrollar su vida de manera autónoma sin aquél.

Esta doble dependencia ha sido objeto de análisis y reflexión por parte de CEAFA, siendo coherente con sus políticas de representación y defensa del colectivo, lo cual está estableciendo un **escenario diferenciado**, con especificidad propia, próximo a otros relacionados con la cronicidad y la discapacidad, pero con elementos claramente diferenciadores que exigen que el Alzheimer en particular y la demencia en general sean objeto de un tratamiento específico y diferenciado. Porque, efectivamente, hay puntos de confluencia (el Alzheimer es una enfermedad crónica y produce discapacidad), pero también los hay propios: el Alzheimer produce dependencia total y permanente de otra persona como elemento diferenciador. Esta característica está bien definida en la ley 39/2006, de dependencia, que, en su artículo 2.2, define la **dependencia** como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.” Frente a la definición de discapacidad del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Que en su artículo 2.a) define **discapacidad** como “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” En este RDL se sitúa la discapacidad en el plano del individuo social, mientras que en la dependencia se sitúa en la autonomía del propio individuo. Un escalón más allá, que justifica la defensa del “binomio” como sujeto de atención. De esta forma, es la familia la que queda comprometida y el impacto social adquiere una dimensión diferente.

Esos puntos de confluencia que comparte con otras realidades y con otros colectivos, ha llevado a CEAFA a integrarse en otras plataformas específicas de la **discapacidad** y de la **cronicidad**, buscando la generación de sinergias que, de una manera u otra, contribuyan a facilitar la consecución de parte de los objetivos que le son propios en cuanto a la representación y defensa del colectivo de personas afectadas por la demencia. Aunque a lo largo del tiempo han sido varias las entidades a las que CEAFA se ha incorporado, cabe destacar en este informe su participación en dos (de las que, además, forma parte de sus respectivas juntas directivas): Cocemfe y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes Crónicos (entidad ésta en cuya gestación y puesta en marcha CEAFA tuvo un papel destacado).

Con Cocemfe nos une la calificación que se hace de la demencia como “discapacidad orgánica” y con la POP el hecho de que es una “enfermedad



crónica”. No obstante, existen algunos elementos propios de ambas plataformas que no terminan de representar plenamente ni los intereses de CEAFA ni el colectivo de personas afectadas por el Alzheimer u otras demencias.

Por ejemplo, tal como se puede leer en su página web¹, “las áreas de actuación de COCEMFE son múltiples, teniendo especial incidencia la integración laboral, educación y formación, accesibilidad, atención sociosanitaria, atención a la infancia, la juventud y la mujer, I+D+i, ocio y tiempo libre, documentación e información, asesoramiento jurídico, participación en programas europeos y Cooperación para el Desarrollo en Iberoamérica.”

Por lo que a la POP se refiere², el artículo 6 de sus estatutos, describe la Misión de esta entidad de la siguiente manera: “La Plataforma de Organizaciones de Pacientes aglutina a las entidades que representan a los pacientes, personas con enfermedades o síntomas cronicados en España y tiene como misión común: promover su participación y defender sus derechos en todos los ámbitos, políticas y actuaciones que afectan a sus vidas”.

Está claro, pues, que hay puntos de coincidencia, pero también los hay de divergencia, es decir, aspectos propios de estas plataformas que poco tienen que ver con los intereses de las personas con demencia ni con los objetivos de CEAFA. Respecto a los primeros, evidentemente, la apuesta es seguir generando y manteniendo sinergias; respecto a los segundos, se impone llevar los procesos de reflexión iniciados por CEAFA a sus máximas consecuencias con el fin de que los **intereses, necesidades y, sobre todo, derechos de las personas afectadas por Alzheimer u otro tipo de demencias estén correcta, adecuada y completamente representados y defendidos**. Esta reflexión deberá permitir identificar los conceptos propios o que caracterizan la demencia en general y el Alzheimer en particular que, desde el punto de vista de CEAFA merecen ser puestos en un contexto diferenciador; es decir no se trata de enfrentar conceptos (ello conllevaría la confrontación con otras plataformas, cosa que en ningún caso está en el espíritu de la reflexión), sino de dar **carta de naturaleza o entidad propia a determinados ámbitos que caracterizan a las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias**.

Algunos conceptos clave

Dependencia

Para CEAFA, el Alzheimer u otro tipo de demencias, así como la dependencia que generan estas enfermedades y sus consecuencias, son conceptos más amplios que “discapacidad” y que “enfermedad crónica”. Está claro que son enfermedades

¹ <http://www.cocemfe.es/portal/index.php/quienes-somos>

² <http://www.plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2015/01/Estatutos-de-la-Plataforma-de-Organizaciones-de-Pacientes-2014.pdf>



crónicas por su duración (aunque no por su capacidad de mantenerse más o menos estables durante el resto de la vida del paciente) y que provocan discapacidades de origen orgánico. **Las demencias, en tanto que enfermedades neurodegenerativas, son la principal causa de dependencia**, y lo seguirá siendo por cuestiones intrínsecas a la propia enfermedad (desconocimiento de las causas que la provocan, escasas o casi nulas esperanzas terapéuticas, etc.) y al nuevo perfil demográfico de la sociedad (progresivo envejecimiento poblacional, crecimiento vegetativo negativo...).

Por otro lado, CEAFA mantiene que toda persona dependiente lo es porque tiene una determinada discapacidad (en este caso orgánica, provocada por una enfermedad somática); pero, por contra, también sostiene que no toda persona discapacitada o con diversidad funcional es dependiente, tal como sí lo es una persona con demencia. Y ello porque, aunque precise de algún tipo de ayuda técnica, el principal objetivo de la mayoría de las personas con diversidad funcional se encamina a la integración en ambientes o entornos normalizados en los ámbitos laborales, escolares, sociales, etc. **La dependencia**, a diferencia de la discapacidad, **implica siempre a dos partes**: la persona dependiente y la/s persona/s de las que se depende. Las peculiares características de la/s persona/s de las que se depende, mayoritariamente mujeres y mayores, añade complejidad al problema, al afectar a dos de los tres grandes colectivos cuya problemática no está resuelta adecuadamente dentro de los regímenes de bienestar (el tercer colectivo es el de los niños). Así mismo, hace cuestionarse las políticas de protección a las familias desde una perspectiva comparada con otros regímenes de bienestar europeos.

Sociedad no excluyente

Aquí aparece otro elemento propio de las personas afectadas por Alzheimer o demencia, vinculado con los entornos más próximos en los que se desenvuelven y con su papel como personas o miembros de ese entorno, de esa sociedad. Frente a otros colectivos que, por razones evidentes, luchan porque las sociedades sean cada vez más inclusivas o incluyentes, no parece que tenga mucha lógica reivindicar la inclusión en una sociedad de una persona que ya formaba parte activa de ella antes de verse afectada por la enfermedad; si ya estaba incluida en la sociedad y formaba parte de ella, lo suyo sería luchar porque esa sociedad de la que durante muchos años ha formado parte **no excluya a la persona** cuando ya no puede valerse por sí misma, es decir, cuando es dependiente. Peor aún, una persona que es parte de la sociedad en el momento del diagnóstico y que va a seguir siendo durante un tiempo indeterminado miembro activo de ésta. Es el diagnóstico el que excluye, no la enfermedad. Eso es algo que también diferencia al Alzheimer de la mera discapacidad. Ésta no conlleva estigma, y la inclusión que demandan no tiene que ver con el prejuicio sino con la adaptación de las diferentes estructuras a otras necesidades. La no exclusión, por su lado, habla de



estructuras y de prejuicios. Prejuicios que alcanzan a los propios familiares de personas con Alzheimer. De hecho, esa es una de las raíces del estigma, la capacidad del diagnóstico de no reducirse al paciente, de extenderse a la familia consanguínea, como si toda ella estuviera inexorablemente sentenciada a un diagnóstico de demencia.

Esta reivindicación, propia de CEAFA, se sitúa también en la base de la **lucha contra la estigmatización** que todavía hoy sigue generando la demencia en general y el Alzheimer en particular. En este sentido, podría seguirse el ejemplo de las sociedades a las que se tiende en los proyectos de **Ayuntamientos Solidarios** promovido por CEAFA, o de las ciudades o **comunidades amigables** impulsadas por otras entidades, como el IMSERSO en España o por organizaciones de Alzheimer de otros países. Este tipo de entornos van un paso más allá de las localidades accesibles, pues, además, de los requerimientos materiales o arquitectónicos, buscan implicar a la sociedad, a otras personas para luchar contra la exclusión de los vecinos que conviven con la enfermedad.

Por otro lado, a la hora de analizar la relación entre la sociedad y el Alzheimer, hay que considerar un nuevo escenario que ha acabado de asentarse en los últimos años y que seguirá en clara progresión ascendente. Este escenario no es otro que el configurado por las personas a las que se ha diagnosticado la enfermedad en **edades tempranas** (antes de cumplir los 65 años). Estas personas, según la Organización Mundial de la Salud, representan en torno al 9 o 10% del total de casos diagnosticados, y se enfrentan a situaciones claramente diferenciadas de aquellas a las que tienen que hacer frente otras personas en edades más avanzadas (estar en edad laboral, tener hijos adolescentes, pareja joven, etc.). Habitualmente, el diagnóstico de demencia trae aparejado el abandono (voluntario o forzado) de la actividad laboral, independientemente de que, por estar en fases muy incipientes de la enfermedad, todavía la mayor parte de las capacidades estén conservadas. En este nuevo escenario, además de buscar la concienciación y sensibilización del conjunto de la sociedad, es prioritario buscar también la complicidad del mundo empresarial/laboral. Y ello desde una doble óptica:

- En primer lugar, para posibilitar la adaptación progresiva del puesto de trabajo para las personas con diagnóstico temprano dictado en edades jóvenes basado en sistemas de prevención de riesgos laborales diseñados desde una perspectiva de “ciclo de vida” que prevenga situaciones de riesgo que incluyan las demencias
- En segundo, y con carácter general, para articular los itinerarios específicos de reinserción laboral de las personas que durante años han asumido el rol de cuidador dentro del binomio de personas afectadas por



el Alzheimer u otras demencias, con especial atención a la perspectiva de género³.

Binomio

Cuando se habla de sociedades no excluyentes de acuerdo a lo señalado anteriormente, se está buscando mantener en el entorno social a la persona afectada por el Alzheimer u otra demencia; y cuando se habla de persona afectada (ya se ha comentado anteriormente), se contempla tanto a la persona con la enfermedad como a su cuidador familiar y, por extensión, al conjunto de la unidad familiar. Además, considerar este binomio y ponerlo en el centro de atención representa la clara aspiración de poner la demencia en la lista de **prioridades sociosanitarias**, pues en dicho binomio se concentran todas las atenciones sanitarias (la demencia como enfermedad) y sociales (los efectos de la demencia) que debe contemplar la necesaria coordinación que alcance de manera holística ambas dimensiones.

Nuevamente, radican aquí diferencias significativas con otros colectivos; por ejemplo, las personas con diversidad funcional, disponiendo de determinadas ayudas técnicas, no tienen por qué precisar de la ayuda de un tercero para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria; en el caso de la Plataforma de Pacientes, si bien tiene en consideración -como no podía ser de otra manera- al cuidador, centra el grueso de sus esfuerzos y atención en la figura del paciente crónico, quedando, en cualquier caso, el cuidador familiar relegado a un plano menos relevante que el que se integra en el binomio que CEAFA defiende.

Ello es especialmente importante para comprender el verdadero alcance de las consecuencias de las demencias en la sociedad actual, pues ésta se ve afectada por la experiencia global de ese binomio. De ahí, por ejemplo, que entidades como ADI señalen que si la demencia fuera un país, sería la 18ª economía, o como CEAFA, que incide en que el coste del Alzheimer es superior al 3% del PIB correspondiente al año 2016.

Transversalidad

Los puntos diferenciales indicados más arriba (entre otros que podrían, igualmente, señalarse) confieren a la demencia en general y al Alzheimer en particular un estatus especial que requieren de una **atención y acción específica**, no integrada en otros colectivos con los que comparte ciertos puntos de confluencia, pero, como se ha visto, no son suficientes como para atender a las personas afectadas como se merecen, ni mucho menos para defender el

³ De acuerdo con el estudio el Perfil del cuidador en España elaborado por la Confederación Española de Alzheimer (<https://www.ceafa.es/files/2017/06/Estudio%20Cuidadores-1.pdf>), el 30% de los cuidadores familiares se ven obligados a realizar ajustes en su vida laboral, y el 12% han tenido que abandonar el trabajo para dedicarse al cuidado de un familiar. La situación se agrava teniendo en cuenta el perfil femenino de quien cuida (76%), lo cual abre nuevas brechas de discriminación y desigualdad.



cumplimiento del derecho subjetivo⁴⁵ que la Ley les reconoce a ser considerados como personas dependientes.

Esa transversalidad defendida por CEAFA debería contemplar, al menos, los siguientes grandes elementos:

- La participación activa y decidida de los representantes político-administrativos de **todos los órdenes de la sociedad** que pueden verse directa e indirectamente afectados por las consecuencias y efectos del Alzheimer y otras demencias.
- El cumplimiento de los criterios y exigencias básicas que plantea la **humanización** de la atención, entendida ésta en su más amplio sentido, vinculado con un abordaje integral y satisfacción de las necesidades que el Alzheimer y las demencias generan en el binomio en particular y en la sociedad en general.
- La introducción de la **perspectiva de género**, de modo que se pueda llegar a combatir y superar la enorme contradicción que supone que la mujer es la principal afectada en cualquiera de las dimensiones del binomio, al tiempo que es el motor que garantiza la viabilidad y sostenibilidad de los cuidados y atenciones.

Integración sociosanitaria

Los conceptos introducidos en párrafos precedentes arrojan luz sobre la dimensión que representa el Alzheimer y las demencias en el contexto social y sanitario, mostrando los puntos de concordancia o confluencia con otros colectivos con los que se mantiene relación -los enmarcados en discapacidad y cronicidad-. Pero también ayudan a comprender la necesidad creciente de **abordar de manera específica, particular o diferenciada** la enfermedad en sí, pero también y sobre todo los efectos que provoca en la persona afectada, en el binomio: edades avanzadas, feminización de la demencia, estigmatización, incidencia social, psicológica y sanitaria en el cuidador, etc.

⁴ “El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles.” Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

⁵ “La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.” Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



No basta, en consecuencia, abordar la demencia desde la perspectiva de la discapacidad (las personas afectadas nunca van a aspirar a integrarse en un entorno normalizado) ni de la cronicidad (se desconoce su etiología, no existe un tratamiento que contenga la evolución de los síntomas, las enfermedades propias del cuidador no se consideran como consecuencia del cuidado...). Es imperativo abordar el Alzheimer y la demencia desde la perspectiva de la **dependencia**, como base, además, para ratificar que estas enfermedades neurodegenerativas y, sobre todo, los efectos que generan exigen iniciar la reflexión que conduzca hacia la puesta en marcha de un **nuevo modelo de atención sociosanitaria**, superando el concepto de coordinación⁶, y avanzando hacia la necesaria integración sociosanitaria, en la que el centro de sus atenciones sea, precisamente, el binomio de personas afectadas por el Alzheimer en particular y la demencia en general. En definitiva, la atención del binomio significa diseñar un modelo de atención sociosanitaria que presenta problemas conceptuales y metodológicos en el análisis y **adaptación de las políticas sociales y del Estado del Bienestar**.

Alzheimer. ConCiencia Social

Este ha sido el lema elegido por CEAFA para focalizar sus reivindicaciones y propuestas con motivo del Día Mundial del Alzheimer 2018. Con este lema se quiere:

- En primer lugar, reivindicar la necesaria conciencia que ha de existir para garantizar un adecuado abordaje integral del Alzheimer que, además de combatir sus efectos sociosanitarios, ponga en el centro de atención la observación de los derechos de las personas afectadas (binomio), al tiempo que se respete su dignidad.
- En segundo lugar, apoyar o sustentar cualquier acción o medida que pueda lanzarse en evidencias contrastadas y contrastables, al tiempo que ha de exigirse un mayor compromiso con la ciencia -tanto la biomédica como la social o sociosanitaria-, en tanto que único recurso para avanzar hacia la erradicación de la enfermedad, así como también de sus consecuencias.

En este orden de cosas, la línea argumental que puede establecerse con motivo del Día Mundial del Alzheimer iría en la siguiente línea:

Como prioridad sociosanitaria, es necesario:

- Tomar conciencia del alcance que representa el Alzheimer en particular y las demencias en general en la sociedad

⁶ Coordinación que todavía “está en capilla”, pues todo el mundo es consciente de su necesidad, pero sus niveles de realización dejan todavía mucho que desear; piénsese en la estrategia de coordinación sociosanitaria impulsada por el IMSERSO sobre el año 2015, que, lamentablemente, todavía no ha visto la luz



- Tomar conciencia de que el Alzheimer es una enfermedad cuyos efectos trascienden al propio paciente, llegando a condicionar la vida del binomio paciente-cuidador
- Tomar conciencia de que el Alzheimer y otras demencias es un problema sociosanitario que debe ponerse entre las principales prioridades de la agenda política del país
- Tomar conciencia de la necesidad de contar con un Plan Nacional de Alzheimer, al igual que lo han hecho ya otros países

En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:

- **ConCiencia Social** del avance del Alzheimer y otras demencias en nuestra sociedad envejecida y de su impacto en las vidas de las personas
- **ConCiencia Social** de que el Alzheimer va a causar una situación de dependencia grave en la persona afectada
- **ConCiencia Social** de las consecuencias personales, sociales, laborales y económicas del Alzheimer sobre las personas cuidadoras, principalmente en dos de los colectivos sociales más vulnerables: mayores y mujeres
- **ConCiencia Social** de la necesidad de generar sociedades no excluyentes y responsables de la protección de la dignidad de la persona con Alzheimer

Como problema no resuelto, es fundamental que:

- La ciencia sea apoyada como se merece para avanzar hacia la resolución de un problema que lleva sin respuesta clara más de 110 años
- La ciencia biomédica y social o sociosanitaria sean convenientemente dotadas y que puedan avanzar de una manera coordinada

En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:

- **ConCiencia Social** de que la investigación biomédica y la social o sociosanitaria deben estar convenientemente dotadas para avanzar de una manera coordinada y con resultados palpables en la mejora de la calidad de vida de los afectados

Como objeto prioritario de atención, el tejido asociativo debe:

- Tomar conciencia de su papel e importancia como agentes privilegiados de atención y apoyo a las personas afectadas por el Alzheimer en particular y a la sociedad en general

En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:

- **ConCiencia Social** del papel e importancia de las AFAs en la puesta en marcha y/o acercamiento de recursos sociosanitarios a la sociedad, en aquellos lugares en los que trabajan



Como realidad social, las Administraciones públicas deben:

- Tomar conciencia de la necesidad de considerar el Alzheimer en particular y las demencias en general, como una verdadera prioridad sociosanitaria sobre la que es preciso actuar ya
- Tomar conciencia de la necesidad de apoyar procesos sociosanitarios integrales ya existentes e impulsar otros nuevos dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con el Alzheimer
- Tomar conciencia de su rol como responsable de la atención integral de calidad a las personas afectadas, y actuar en consecuencia apoyando sin fisuras el Plan Nacional de Alzheimer que este país necesita y que más de 4,8 millones de personas demandan y merecen

En este sentido, se deberá trabajar con la sociedad para favorecer:

- **ConCiencia Social** de que las Administraciones Públicas deben considerar al Alzheimer y otras demencias como una verdadera prioridad sociosanitaria sobre la que es preciso actuar ya, situando la lucha contra la enfermedad en la agenda política del país

En definitiva, se trabajará con la sociedad en su conjunto, a través de acciones específicas de sensibilización, concienciación y transformación del entorno para generar

ConCiencia Social de que se debe apoyar el Plan Nacional de Alzheimer: Que este país lo necesita, y que más de 4,8 millones de personas lo demandan y merecen

Alzheimer
ConCiencia Social
Con C de Cuidador
Con C de Conciencia
Con C de Ciencia
Con C de CEAFA

Pamplona, septiembre de 2018