

ACTAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

15

nov

2015

año V

Calidad de vida

Calidad asistencial

Optimización de recursos

COLABORAN:

Rafael Cofiño Fernández, Manuel Flores Muñoz, Narclis Gusi, Emilio Herrera Molina, Manuel Cid Gala, Pablo Duque San Juan, Heitor García Lantarón

Caser
FUNDACIÓN

Siameses de valor: Promoción de la salud y Promoción de la Autonomía personal.

La salud y el bienestar de las personas, y concretamente la promoción de hábitos de vida saludable y la promoción de la autonomía personal, sólo podrán ser desarrolladas adecuadamente desde una perspectiva integrada.

Tradicionalmente se habla de la importancia de obtener salud y autonomía personal como los resultados finales (“outcomes”) de nuestros SNS (Sistema Nacional de Salud) y SAAD (Sistema Social de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia). Sin embargo, el sistema sanitario gasta la mayor parte de sus recursos (96%) en tratar la enfermedad y no tanto en promover el bienestar y mantener la salud, al igual que el sistema de atención a la dependencia intenta desarrollar servicios y recursos para prestar los cuidados necesarios para atender al creciente número de personas dependientes, sin priorizar tanto como defiende en teoría, servicios y actividades que promuevan la autonomía personal y retarden la aparición de la dependencia.

Es decir, la promoción de hábitos de vida saludables y la prevención de la enfermedad son al sistema sanitario equivalentes a lo que la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia son al SAAD. Siendo los conceptos más importantes en términos de resultado final (“outcomes”), nuestros sistemas de provisión de servicios se centran casi exclusivamente (en % presupuestaria y peso real) en tratar la enfermedad y cuidar la dependencia más que en desarrollar una línea positiva de bienestar.

Pero su relación es aún más estrecha si tenemos en cuenta que:

- La percepción de salud y bienestar está íntimamente ligada al nivel de autonomía: cuanto mejor es el nivel de autonomía, mayor es la sensación de control y mejor los índices de salud auto-percibida. Más aún, el nuevo concepto de salud de la OMS está íntimamente relacionado con la percepción de bienestar que a su vez, se relaciona íntimamente con la capacidad de adaptación de cada cual a sus condiciones: y eso por definición, es el nivel de autonomía personal. Desde el punto de vista de la incidencia en “lo negativo”, la mayor causa de dependencia es el incremento de enfermedades crónicas; y a su vez, la incidencia de dependencia conlleva empeoramiento de los niveles de salud y aumento en la incidencia de enfermedades.
- Promover hábitos de vida saludable y promover la autonomía personal requieren adoptar unos modos de vida que crezcan desde la responsabilidad de las propias personas. Es decir para ser implantados con efectividad requieren trabajar con la comunidad y con los ciudadanos inicialmente desde la sensibilización, la motivación y la capacitación. Y en todo esto nuestros sistemas son deficitarios de partida: principalmente se crearon sistemas de provisión de servicios y no instituciones que de manera EFECTIVA inspiraran y originaran cambios en las conductas de nuestras poblaciones.

- Tanto el sistema sanitario como el sistema social miden supuestamente sus resultados (“outcomes”) con medidas indirectas de actividad (“proxies”) y no con las verdaderas variables de resultado de salud y autonomía personal. Así, la calificación genérica del funcionamiento de nuestros servicios sanitarios y de atención a la dependencia se basan en variables del tipo: número de profesionales y de camas de atención, listas de espera, cantidad de intervenciones realizadas, número de procesos atendidos... Nunca se valora la sensación de bienestar, los índices de funcionalidad, la incidencia y prevalencia de enfermedades y de dependencia... Aquí se hace honor al axioma: “Se obtiene lo que se financia, y se financia lo que se mide”... Esta es una explicación clara de la paupérrima situación en la que los presupuestos destinados a tales fines: porque la calificación de la efectividad de nuestros sistemas de salud y del sistema de PAAD no se miden en términos salutogénicos y de autonomía bienestar sino en términos de “producción industrial de actividad reparadora”.
- Mejorar la salud, la autonomía personal y la sensación de bienestar, requieren actuar en dos niveles: en la promoción de conductas y en la adaptación del entorno. Las orientaciones y enfoques están íntimamente relacionados en las actividades que realmente promueven la salud y la autonomía personal:
 - **Respecto a las conductas y hábitos:** la mayoría de las conductas y hábitos que deben adoptar los ciudadanos para obtener mayor nivel de saludabilidad y de autonomía personal, así como para prevenir en la medida de lo posible la adquisición de enfermedades y la evolución de sus niveles de dependencia, ¡son las mismas!:
 - Desde el punto de vista físico: aumentar la capacidad aeróbica, potenciar el tono muscular, alimentación saludable y equilibrada, así como evitar hábitos tóxicos (sedentarismo, obesidad, tabaquismo...).
 - Desde el punto de vista cognitivo: aumentar la práctica de ejercicios intelectuales (la actividad física también ha demostrado mejorar el rendimiento cognitivo y disminuir el avance de demencia por ejemplo). (La socialización ha demostrado resultar de gran ayuda).
 - Desde el punto de vista emocional: aumentar las habilidades para el automanejo de autoimagen, disfrute de la vida y la gestión y evaluación del entorno para disminuir la incidencia de ansiedad y tristeza como respuesta excesiva a una “rumiación inoperante”. Conviene pues el aumento de socialización y relación interpersonal y comunitaria, así como la conciencia del rol social que aporta la propia persona a su comunidad.
 - Desde el punto de vista trascendental/espiritual: conciencia de sentido de la propia existencia, socialización y relación interpersonal, entornos que favorezcan sitios de búsquedas y respuestas tanto de evolución social como antropológica o religiosa (según las creencias).
 - **Respecto a las medidas sobre el entorno:** se trata de crear entornos que:
 - Mejoren la funcionalidad y favorezcan las actividades que mejoren la autonomía personal (disminución de barreras físicas, identidad propia, mejora de áreas de socialización, vías verdes...).

- Incrementen la sensaciones agradables y de bienestar: privacidad, auto-simbolismo, así como condiciones ambientales agradables (luz, música, sonidos, olores),...
- Disminuyan toxicidad (transmisión de infecciones, etc.) o peligro (seguridad, accidentabilidad).

Por tanto, si hablar de promover la salud y la autonomía personal es hablar del mismo fenómeno; con las mismas dificultades y necesidades de mejora por las mismas causas; y con contenidos y soluciones similares, ambas cuestiones se beneficiarán de la consideración de su importancia, de la necesidad de ser abordados de manera conjunta, de influir en la modificación de las variables de resultados de los sistemas sanitario y social y de invertir en programas y paquetes de servicios integrados que de hecho, promuevan la mejora del bienestar mediante la mejora de la autonomía personal y los niveles de salud.

En el presente número de Actas de Coordinación Sociosanitaria queremos empezar a hablar de estos diferentes aspectos de manera diferenciada y con seriedad, con verdaderos referentes en sus materias. La promoción de la salud y de la autonomía personal están íntimamente relacionadas y requieren una revisión de las bases de su importancia en el sistema y de su enfoque comunitario tal como refleja el Dr. Rafael Cofiño. Estos enfoques requieren trabajar con el marketing social y cambiar la conducta de los propios ciudadanos; habilidades, como comentaba anteriormente, a las que no estamos acostumbrados: el Dr. Manuel Flores reflexiona sobre cómo trabajar de manera práctica la implicación de la comunidad. Tras ese marco, el trabajo dedicado del Profesor Narcis Gusi ofrece de manera abrumadora, datos concretos de la evidencia científica en lo referente a la mejora que aportan los programas de ejercicio físico y finaliza su trabajo con propuestas claras y concretas para ayudar a crear programas de ejercicio físico para la salud. Igualmente el trabajo de D. Manuel Cid y D. Pablo Duque, referentes en la docencia y la rehabilitación neuropsicológica permite clarificar el camino que queda por andar. No podíamos cerrar el número sin hablar (sirva este artículo simplemente de apertura de una línea) de la promoción de la autonomía personal actuando sobre el entorno: D. Heitor García nos habla del núcleo que originó su tesis doctoral; las corrientes que pueden cambiar la manera de imaginar las viviendas para mayores según la trayectoria de lo vivido por los países que lideran este movimiento.

El tema es tan amplio como apasionante. Estos artículos, cada cual en su estilo, tienen alto contenido técnico. Uniendo los conceptos sobre los que versan, se puede vislumbrar la interesante combinación de una idea tan sencilla de entender como difícil de implementar: desde su área más preventiva y positiva, (la promoción de la salud y la promoción de la autonomía personal), la sanidad y el bienestar social también requieren un abordaje integrado y la coordinación de ambos sectores.

Emilio Herrera Molina
Director de Actas de Coordinación Sociosanitaria de la Fundación Caser
Presidente de la Fundación NewHealth

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez
Emilio Herrera Molina

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Emilio Herrera Molina

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

07

¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?

RAFAEL COFIÑO FERNÁNDEZ

Jefe del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública de Asturias.
Profesional asociado en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

19

PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO: "POR UN MILLÓN DE PASOS".

MANUEL FLORES MUÑOZ

Técnico de Educación para la Salud. Distrito Sanitario Sevilla.
Coordinador de la Iniciativa "Por un Millón de Pasos" (2007-2012) de la Consejería de Salud.

41

PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL Y EJEMPLO DE UNA PRÁCTICA REAL.

NARCIS GUSI

Unidad de innovación y Nuevas Tecnologías, Servicio Aragonés de Salud, Hospital de Barbastro.

EMILIO HERRERA MOLINA

Presidente, Newhealth Foundation, Sevilla.

65

PROGRAMAS PARA LA MEJORA DE LA AUTONOMÍA COGNITIVA.
RESUMEN DE CONOCIMIENTOS Y EJEMPLO DE RESULTADOS EN LA PRÁCTICA REAL.

MANUEL CID GALA

Coordinador Programas Intersectoriales en Atención Sociosanitaria.
Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD].

PABLO DUQUE SAN JUAN

Neuropsicólogo.
Coordinador General Proyecto Ineuro.
Hospital VIAMED.

81

MODELOS DE ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES: ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS.

HEITOR GARCÍA LANTARÓN

Arquitecto.
Investigador invitado en el Departamento By Bolig og Ejendom (BBE) del Instituto Danés de Investigación en Edificación (Statens Byggeforskinginstitut) vinculado a la Universidad de Aalborg (AAU), en Copenhague.
Doctorado del Departamento de Proyectos Arquitectónicos, DPA, ETSAM, Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?

RAFAEL COFIÑO FERNÁNDEZ

Jefe del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública de Asturias.

Profesional asociado en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Sumario

1. ¿ES LO MISMO SALUD QUE SANIDAD? NO, NO ES LO MISMO.
2. ¿CUÁNTO PESA EL ALMA? ¿Y CUÁNTO PESA LA SALUD?
3. ¿QUÉ HACER?
4. ¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

PALABRAS CLAVE (5)

Salud poblacional, determinantes de la salud, salud individual, autonomía personal, cronicidad.

RESUMEN

Desde una visión integral de salud como equilibrio dinámico de factores sociales, psicológicos y biológicos, los comportamientos de las personas son determinados poderosamente por factores sociales. Por tanto, es necesario generar entornos adecuados (familiares, educativos, económicos, ambientales, laborales) y mejorar las condiciones sociales para que la persona pueda desarrollar su autonomía personal y asumir opciones saludables. Se sugiere un paquete básico de actuaciones vinculadas a mejorar la salud desde una perspectiva poblacional y con una amplia vinculación con mejoras en la salud individual.

KEYWORDS

Population health, determinants of health, individual health, personal autonomy, chronic health.

ABSTRACT

From a comprehensive view of health as a dynamic balance of social, psychological and biological factors, the behaviour of people is strongly determined by social factors. It is therefore necessary to create appropriate (family, educational, economic, environmental, labour) environments and improve social conditions so that the person can develop their personal autonomy and assume healthy choices. A basic package of actions is suggested, linked to better health from a population perspective and a broad link with individual health improvements.

“Hace falta un pueblo entero para educar un niño.”

Proverbio Africano

“Hace falta una comunidad entera para cuidar a una persona.”

Proverbio Asturiano

¿Qué factores influyen en el bienestar de una población en un escenario geográfico y temporal determinado? ¿Qué elementos deberían reforzarse y potenciar en dicho escenario (pueblo, barrio, ciudad) para garantizar un mejor bienestar de toda la ciudadanía? ¿Cómo se pueden articular y ordenar dichos factores en la práctica?

Iniciaré el texto disculpándome: tratar de responder estas preguntas en 4.000 palabras es algo que va más allá de mis posibilidades. Me limitaré a establecer un pequeño recorrido desde lo general a lo particular y también a dejar varios frentes y líneas de reflexión abiertas fundamentalmente a través de las referencias y los textos seleccionados para la bibliografía.

1. ¿ES LO MISMO SALUD QUE SANIDAD? NO, NO ES LO MISMO.

Es bastante frecuente en nuestro entorno confundir salud con sanidad y por ello pensar que la salud de una población depende únicamente de los servicios sanitarios. Una primera reflexión, muy básica, sería pararnos a pensar de qué hablamos al hablar de “salud”. Imaginemos que nuestra concepción del término es la de una visión holística e integral, la de un equilibrio dinámico –y complejo- de factores sociales, psicológicos y biológicos, de un proceso donde influyen *mis* comportamientos salu-

dables (o no saludables) pero que influyen mucho en la medida del contexto y los entornos en los que nacemos, crecemos, nos educamos, vivimos, trabajamos (o no), nos relacionamos, afrontamos situaciones complicadas vitales, tenemos unas determinadas políticas, una determinada situación económica.

Si nuestra visión es esa, entenderemos más fácilmente que el sistema sanitario es importante para nuestra “salud” pero que existen otros factores fuera del sistema sanitario que también lo son. Existen diferentes modelos teóricos que resumen estos factores. Algunos de los más utilizados son el modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead (1) y donde se pone la relevancia en la importancia de los factores no sanitarios en la salud de la población. En nuestro contexto nacional, un documento de referencia publicado en el 2010 desde el Ministerio de Sanidad incide en la importancia de los determinantes sociales pero incide sobre todo en que existe una distribución desigual de los mismos y esto genera desigualdades en la salud de las personas (2).

2. ¿CUÁNTO PESA EL ALMA? ¿Y CUÁNTO PESA LA SALUD?

Iñárritu apostaba, sin evidencia disponible más que la poética y cierto empirismo, que el peso del alma eran 21 gramos (3) ¿Qué peso tienen cada uno de los determinantes de la salud? ¿Es más importante mejorar las condiciones ambientales? ¿Es más importante influir en las habilidades de las personas para mejorar sus conductas? Aunque existen diferentes aproximaciones para estimar un peso de estos factores -como hacen los County Health Rankings y su homónimo en nuestro país el

Observatorio de Salud en Asturias (4) (5)- estos intentos de poner porcentajes no dejan de ser una herramienta pedagógica con fortalezas y con debilidades. De todas formas sí existen algunos elementos a tener en cuenta y a los que volveremos más tarde tratando de establecer propuestas prácticas. Enumero sucintamente algunos:

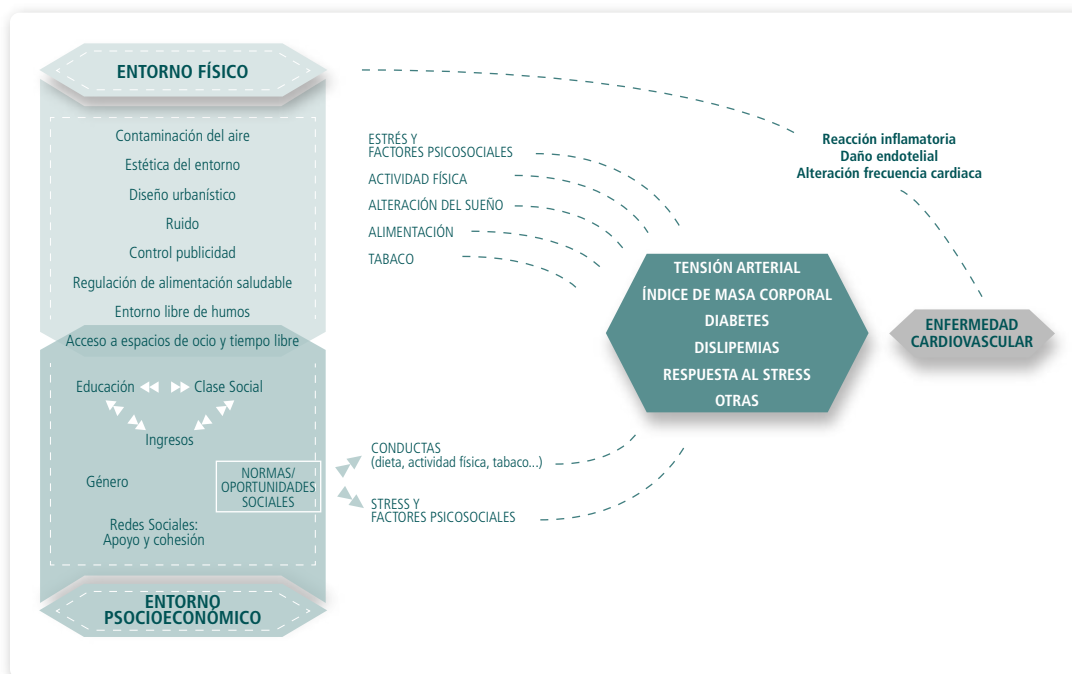
Uno. Históricamente el papel de la medicina y de los servicios sanitarios es muy relevante para mejorar la salud, pero el de las condiciones sociales y ambientales lo es mucho más. En nuestro contexto sistemas sanitarios públicos y universales garantizan una buena calidad de asistencia pero es necesario algo más. Inversiones en educación, en disminuir desigualdades socioeconómicas, en invertir en políticas de equidad de género tienen un impacto enorme (y cuantificado ya) en generar entornos saludables y poblaciones con mejor bienestar.

Dos. Este juego de dar peso a los determinantes de la salud ha incidido mucho en los estudios canadienses de los 70 dando mucho protagonismo a la prevención y a los estilos de vida individuales (y subrayo individuales). Cuidado, como bien explica Andreu Segura “la visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproximación voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades” (6). La conducta individual, aunque importante a la hora de reforzar aspectos de comportamiento, está muy influenciada por esos determinantes. Es más fácil tomar

opciones saludables cuando nuestros entornos (familiares, educativos, económicos, ambientales, laborales) son favorables.

Tres. La relación entre todos los factores (ambientales, socioeconómicos, conductas, sistemas sanitarios y sociales) que influyen en la salud es complejo y se hace complicado establecer relaciones -y ya no digamos causalidades- entre ellos. Por ello, en términos explicativos, tendremos que pensar en modelos complejos. Y las soluciones también han de ser complejas. En el análisis de cómo abordar problemas de salud es necesario abrir el foco y pensar en “las causas de las causas”. En nuestra práctica docente utilizamos mucho un esquema modificado de Ana Díez-Roux (Figura 1) (7). Obviamente es necesario actuar sobre la parte de la derecha de la imagen. Pero actuar sólo a la derecha es cortoplacista y el impacto global en salud es limitado. Por eso nuestra mirada ha de estar siempre en la izquierda y las actuaciones y las políticas sanitarias de salud también. Este elemento es clave con algo sobre lo que volveremos al final: generar entornos saludables y mejorar las condiciones sociales es indispensable para mejorar la salud individual.

Figura 1. Las causas de las causas.



Fuente: Modificado de Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health. 2003 Dec;80(4):569–89.

Cuatro. La influencia que ciertos factores ambientales y también socioeconómicos tienen sobre una parte modificable de nuestra biología (el epigenoma) nos pueden ayudar en estos modelos explicativos y también a entender como ciertas actuaciones meramente biológicas o de medicina de precisión/personalizada pueden ayudar pero servirían de poco si las causas de los problemas (desigualdades sociales en salud) siguen presentes o si esas soluciones tecnológicas sólo llegan a determinada población y no a quien más lo necesita. Es decir, afirmar que determinada farmacología epigenética puede ayudar a determinados problemas de salud es cierto, pero hay que pensar qué ayudará si la raíz del problema (“las causas de las causas”) sigue presente. Este razonamiento que parece de sentido común es algo que hemos olvidado en cuestiones cotidianas: por ejemplo, actualmente existe un consumo excesivo de hipnosedantes en mujeres. Hemos

tratado los síntomas (con muchos riesgos por cierto) pero las causas de los síntomas siguen presentes (8).

Cinco. Es necesario leer y estudiar a Geoffrey Rose para comprender que no es lo mismo la salud de las personas individuales que la salud de las poblaciones y para entender como una sola intervención poblacional (por ejemplo políticas de regulación del consumo de tabaco en espacios públicos) van a tener mayor impacto en salud que miles de intervenciones individuales (por ejemplo consejos antitabaco en consulta médica). También es necesario leer a Rose para comprender los beneficios y riesgos que tienen ambas intervenciones y las necesarias sinergias que hay que disponer entre ambas (9).

Seis. Pensemos ahora en un territorio concreto. Pequeño. Donde vivimos o trabajamos. En este espacio -un pueblo, un barrio- existen

diferentes estructuras trabajando en el bienestar de la comunidad. Algunas son estructuras formales (ayuntamiento, servicios sociales, servicios sanitarios, asociaciones...) y otras informales (redes de apoyo entre la ciudadanía...). Existen espacios físicos, económicos, culturales. Todos ellos, en mayor o menor medida, influyen en el bienestar de dicha comunidad. Son los activos para la salud de dicha comunidad. La correcta conexión e interacción entre todos ellos facilitará un mayor bienestar de dicho territorio. Cuanto más activos, cuanto más recursos que sirvan para generar salud, existan, mayor será el nivel de bienestar de dicha comunidad. Ojo. No se trata de incrementar recursos sin sentido, se trata de incrementar activos. Es decir, recursos que realmente generen salud. En el caso de Wakefield se ha puesto de relieve como comunidades en las que se han invertido muchos recursos no han mejorado sus indicadores de salud y de equidad (10). Además es necesario conectar estos recursos, convertirlos en activos, dinamizarlos y todos dentro de un proceso donde la ciudadanía y la población sean sujetos del proceso.

Siete. En una determinada población X, el flamante Director General de Salud Pública presenta los datos de su última encuesta de salud. Anuncia, que en relación a los datos de la anterior encuesta, la percepción que tienen los habitantes de X sobre su situación de salud ha mejorado. En tres puntos. Ahí es nada. "En X valoramos mucho mejor nuestra salud ahora que hace cuatro años" asevera de forma entusiasta.

Su afirmación es correcta. Mirando al conjunto de la población, la percepción ha mejorado. De todas formas si se pusiera las gafas para ver mejor las desigualdades vería que el asunto

tiene matices. Poniéndose las gafas para ver qué ocurre según diferentes poblaciones -según género, clase social, nivel educativo, edad, situación laboral o zona geográfica- los datos son diferentes. Y la afirmación en ese caso quizás fuera otra, por ejemplo esta: "Aunque de forma global ha mejorado la percepción de salud, esta no ha mejorado en mujeres mayores, de clases sociales y nivel educativo bajo y que viven en zonas periféricas de grandes ciudades".

3. ¿QUÉ HACER? ¹

En los últimos años, al amparo de ciertas directrices de agencias internacionales de salud (11), ha tenido relevancia la publicación de Estrategias de Cronicidad desde todos los gobiernos de sanidad de las comunidades autónomas. En nuestro contexto, la primera de todas ellas ha sido la Estrategia impulsada desde la Consejería de Sanidad del País Vasco (12).

Más recientemente se ha dado otro salto hacia adelante (o hacia atrás, luego lo veremos) y desde la OMS se han publicado una serie de documentos donde se habla de estrategias globales centradas en las personas y hacia una integración de los servicios de salud (13).

Tras una lectura cuidadosa de todas las Estrategias -cronicidad e integración de servicios de salud- un intrépido lector o lectora puede llegar a la misma conclusión: muchas de las propuestas se solapan, otras son complementarias y algunas no son nada -pero nada- novedosas ya que retoman temas clásicos en la organización de servicios sanitarios: el papel central de la Atención Primaria, la necesidad de gestión de casos complejos, el cuidado del paciente en su entorno, la coordinación entre niveles, el

¹Citando el título del texto del mismo nombre que Nikolái Gavrilovich Chernyshevski escribe en prisión en 1862.

paciente en el centro del sistema, la necesidad de coordinación de diferentes profesionales y estructuras, la atención domiciliaria, mantener unas adecuadas estructuras para favorecer la promoción de la autonomía personal etc... ¿Son las estrategias de cronicidad y las estrategias de integración de servicios sanitarios un spin-off de una serie televisiva más sólida, argumentada, bien fundamentada, con un gran guión y con una evidencia disponible en generar buenos resultados de salud que se llamaba "Atención Primaria o Sistema Sanitario centrado en la Atención Primaria"?

Probablemente sí. Y probablemente nuestro reto es extraer lo mejor de todas ellas, generar documentos estratégicos sencillos, claros, escritos con sentido común y lenguaje para los

mortales, con buenas líneas maestras y que sobre todo sirvan para (uno) ordenar lo que ya se está haciendo y es valioso, (dos) dejar de hacer lo que no aporta valor e incluso aporta riesgos y sobre todo (tres) evitar meterse en bucles y paranoias organizativas.

Cuando desde la Consejería de Sanidad de Asturias se redactó el documento "Personas sanas, poblaciones sanas. Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias" no estábamos pensando sólo en "la cronicidad". Estábamos pensando en un tapiz global que agrupara marcos teóricos que consideramos complementarios y que aparecen reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1. Propuesta de marcos teóricos para establecer políticas de salud poblacional que se integren con actuaciones de salud individual. *

DIMENSIONES	DOCUMENTOS
Actuación sobre los determinantes sociales, trabajar en equidad e integrar diferentes políticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud en todas las políticas (Informe SESPAS 2010) (13). • Avanzando en equidad (Ministerio de Sanidad) (2).
Promoción de la salud, salutogénesis y activos para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la promoción de la salud de Ottawa (OMS) (15). • Modelo de activos para la salud y salutogénesis (OMS) (16).
Integración de salud pública, intervención municipal y atención primaria en el ámbito local.	<ul style="list-style-type: none"> • Improving the public's health: a resource for local authorities (The King's Fund) (17). • Integración de la salud pública y la atención primaria (IOM) (18).
Integración de servicios de salud, adecuación de servicios de salud para personas en situación de enfermedad compleja.	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de servicios sanitarios centrados en la persona (OMS) (19). • Red integrada de servicios sanitarios (OPS) (20).

* Modificado de los diferentes marcos teóricos empleados en la elaboración del documento "Personas sanas, poblaciones sanas. Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.

En este tapiz global consideramos irrenunciable que es necesario hablar de condiciones de vida antes de hablar de estilos de vida. Consideramos irrenunciable que hay que hacer un esfuerzo para garantizar políticas no sanitarias que vayan hacia la izquierda de las causas de las causas. Consideramos irrenunciable generar una Atención Primaria fuerte y sólida como centro del sistema sanitario. Consideramos irrenunciable la necesidad de generar espacios de participación local con participación de agentes de la salud y establecer procesos para conectar la salud pública al sistema socios-

nitario y a la salud comunitaria en el ámbito local. Consideramos irrenunciable actuar con coherencia cuando decimos que el paciente es el centro del sistema sanitario pero sobre todo es irrenunciable no olvidar que antes que pacientes somos ciudadanos y ciudadanas y que son el centro de la sociedad. En fin, en la Tabla 2 resumimos lo que consideramos un paquete básico de actuaciones vinculadas a mejorar la salud desde una perspectiva poblacional y con una amplia vinculación con mejoras en la salud individual.

Tabla 2. Algunos elementos claves para trabajar en el territorio: integración de servicios de salud y de salud comunitaria.

GENERAR SISTEMAS DE GOBERNANZA LOCAL DE SALUD. Un elemento clave para comenzar un trabajo local en bienestar es la identificación y trabajo coordinado de todos los agentes de salud y bienestar de un territorio. Una pregunta clave inicial sería: ¿Existen organismos de coordinación entre los diferentes agentes que desde urbanismo, educación, servicios sociales, movimiento asociativos, sanidad, etc están en el territorio?

MONITORIZAR LA SITUACIÓN DE BIENESTAR. Conocer las “fotografías” de salud de la comunidad. Estas fotografías deben ser ampliadas -no solamente reducidas a indicadores de calidad en la asistencia sanitaria- incluyendo información sobre determinantes sociales de la salud, salud comunitaria y con una perspectiva de equidad. Así mismo en estas fotos han de incluirse no sólo los déficits sino los activos de salud. En estas fotografías es necesario incluir la perspectiva de la ciudadanía.

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS. Es necesario establecer las sinergias entre todos los sectores que generan bienestar en el territorio. Esto es preciso para desarrollar procesos de trabajo con más orientación desde la salud pública (por ejemplo planes de salud ambiental y desarrollo urbanístico) a otros proyectos de mayor orientación a la coordinación asistencial (por ejemplo integración de personas con discapacidad en la comunidad o proyectos de coordinación sociosanitaria).

PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DE PARTICIPACIÓN. Los proyectos intersectoriales han de incluir una perspectiva de equidad (¿el proyecto está llegando a aquellas personas que más lo necesitan?) y de participación de la comunidad (¿están participando las personas afectadas en el diseño, desarrollo, evaluación y ciclos de mejora del proyecto?).

TRANSPARENCIA & STORYTELLING. Es necesario establecer procesos de comunicación y visibilización de lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo y contarlo de una forma que los diferentes sectores de la comunidad entiendan perfectamente lo que está pasando y cómo se está avanzando.

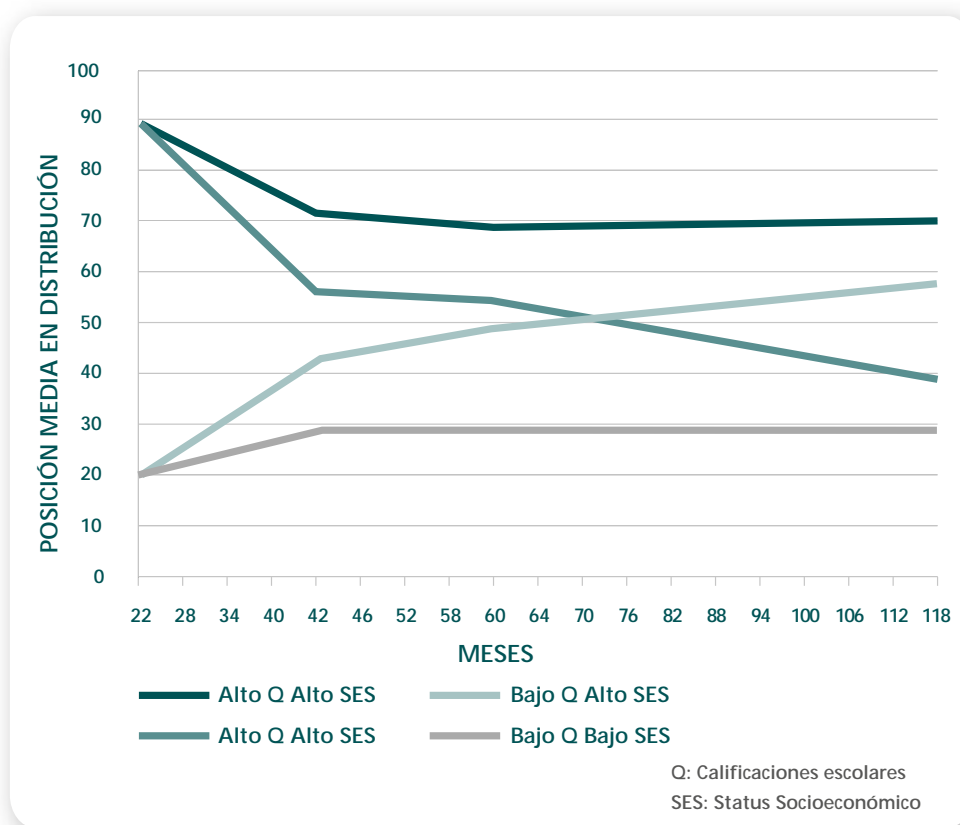
4. ¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?

No, no puede haberla. Nuestra biología individual no puede entenderse aislada de un contexto. Nuestros barrios escriben sus narrativas políticas, sociales y educativas en nuestro cuerpo (8)(22). Obviamente en ese contexto social, de crecimiento y de educación, se desarrollan también nuestras habilidades para la vida. En un estudio clásico desarrollado por Feinstein se observa la desigualdad en el desarrollo del desarrollo cognitivo en el seguimiento de una cohorte de niños y niñas desde los 22 a los 118 meses (Figura 2). El diferente rumbo que toma el desarrollo cognitivo según la clase social de

las familias no depende sólo de los estímulos recibidos en un entorno más cercano, en la familiar, sino en la debilidad de los sistemas políticos británicos en aquel momento para garantizar una correcta atención temprana -pública y gratuita- a toda la población infantil.

El reto es poder tejer de forma conjunta ese tapiz amplio del que antes hablábamos. Explorar fórmulas para el trabajo local y la integración de diferentes sectores y el equilibrio de los mismos, realizar políticas aguas arriba que garanticen entornos de bienestar y de equidad donde las personas puedan desarrollar su autonomía y tener más fácil la posibilidad de vivir en salud o con mejor calidad de vida su enfermedad.

Figura 2. Desigualdades en el Desarrollo Cognitivo Temprano de los niños británicos en la cohorte de los nacidos en 1970 (21).



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(1) Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 1991 [cited 2011 Feb 2]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

(2) Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet]. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Available from: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

(3) Iñárritu A.G. 21 Grams. 2004.

(4) Booske B.C., Athens J.K., Kindig D., Park H., Remington P. Different perspectives for assigning weights to Determinants of Health. Country Health Rankings. Working Paper [Internet]. 2010. Available from: <http://dl.dropbox.com/u/2053848/000OBSA/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>

(5) Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/>

(6) Cofiño R., Pasarín M.I., Segura A. [How should population health be approached? SESPAS Report 2012]. Gac Sanit. 2012 Mar; 26 Suppl 1:88–93.

(7) Díez Roux A.V. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health. 2003 Dec; 80 (4):569–89.

(8) Epigenética: la narrativa de los barrios en nuestros cuerpos. Blog Salud Comunitaria <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2014/08/27/barrios-y-cuerpos/>

(9) Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 2001 Jun 1;30(3):427–32.

(10) Growing Communities from the Inside Out -JSNAs in the Wakefield District- [Internet]. [cited 2014 Jan 7]. Available from: http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180

(11) Wagner E.H., Austin B.T., Korff M.V. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly [Internet]. 1996 [citado 8 de Diciembre de 2013];74(4):511. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/M1aUXr>

(12) Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. 2012 [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>

(13) Urbanos R. [Health in all policies. Is the economic depression a time of opportunities? SESPAS Report 2010]. Gac Sanit [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Feb 12];24 Suppl 1:7–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667626>

(14) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/Fij5AQ>

(15) OMS. Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. [Internet]. 1986 [cited 2015 Jan 26]. Available from: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16&Itemid=&lang=es

(16) Morgan A., Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education [Internet]. 2007;Suppl 2:17–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17685075>

(17) Buck D. Improving the public's health: a resource for local authorities. [S.l.] London: The King's Fund; 2013.

(18) Integrating Primary Care and Public Health - Institute of Medicine [Internet]. [citado 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/PrimaryCarePublicHealth.aspx>

(19) “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

(20) World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: WHO, 2015.

(21) Feinstein L. Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica*. Volume 70, Issue 277, pages 73–97, February 2003.

(22) Hertzman C., Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:329–47.

Conflicto de interés:

R. Cofiño ha realizado el artículo por una invitación de Emilio Herrera. No presenta conflicto de interés y no ha recibido ningún tipo de retribución por la elaboración de este texto.

PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

PRESENTACIÓN DE UN CASO: "POR UN MILLÓN DE PASOS"

MANUEL FLORES MUÑOZ

Técnico de Educación para la Salud. Distrito Sanitario Sevilla.
Coordinador de la Iniciativa "Por un Millón de Pasos" (2007-2012) de la Consejería de Salud.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. ESCENARIO EN EL QUE SE CONSTRUYE LA INICIATIVA "POR UN MILLÓN DE PASOS" (PUMP).
3. DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD, OBJETIVOS GENERALES Y PROCESO.
4. EL PAPEL DEL PROFESIONAL PROMOTOR DE SALUD Y PARTICIÓN COMUNITARIA.
5. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD.
6. TANGIBLES DE APOYO Y LA COMUNICACIÓN.
7. ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO.
8. RESULTADOS.
9. DISCUSIÓN.
10. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Participación ciudadana, promoción de salud, educación para la salud, por un millón de pasos.

RESUMEN

Existe consenso sobre la importancia de la participación de la ciudadanía y de las redes locales asociativas para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. El interrogante con el que nos encontramos es: "Cómo hacer aquello que sabemos que hay que hacer". Se presenta la Iniciativa "Por un Millón de Pasos" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como un "estudio de caso" que, desde la práctica realizada, permite aportar reflexiones que puedan ser de utilidad para la construcción de las respuestas sobre el ¿cómo hacer?

KEYWORDS

Citizen participation, health promotion, health education, by a million steps.

ABSTRACT

There is consensus on the importance of citizen participation and local associative networks for Health Promotion and Disease Prevention. The question we come across is: "How to do what we know we have to do". The "By a million steps" Initiative from the Ministry of Health of the Government of Andalusia has been presented as a "case study" that, from the practice carried out, allows us to make reflections that may be useful for the construction of answers about how to do things.

1. INTRODUCCIÓN.

Junto al reconocimiento a la salud como derecho fundamental, la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) hace presente una visión más amplia de la salud que aquella apropiación que podría llevarse a cabo desde modelos e intereses vinculados a los procesos patológicos, explicitando al mismo tiempo la necesidad de la intervención de otros sectores económicos y sociales.

La relación centrada en la presencia de la enfermedad, y el intercambio orientado a la búsqueda de la eliminación de ésta, se modifica de manera significativa. La presencia de una nueva "visión", desde el respaldo de la OMS, dinamiza una nueva relación entre los actores, los discursos, los mercados, la política y la economía, en definitiva.

Kotler y Roberto (1992), retoman la pregunta que a principios de los años 50 formulaba Wiebe (1951): "¿Por qué no se puede vender la solidaridad como se vende el jabón?"

A otro nivel, en muchas ocasiones los profesionales de los servicios de salud nos hemos planteado: ¿Por qué resulta más fácil consumir fármacos -a veces ineficaces- para tratar enfermedades que llevar a cabo conductas saludables para evitarlas? ¿Por qué consumimos ansiolíticos y antidepresivos en vez de dar un paseo por el parque en compañía de nuestras amistades echando un rato de conversación?

Desde la enfermedad y la prevención se han diseñado programas, campañas y materiales para aquellos sujetos que la padecían o podían padecerla, así como para aquellos que venían a identificarse como grupos de riesgo según los estudios epidemiológicos. El progresivo prota-

gonismo alcanzado desde la participación ciudadana y el empoderamiento de la misma, el desarrollo de los modelos salutogénicos y de activos para la salud, la influencia de las redes sociales no sólo en la agilización y horizontalidad de la comunicación, sino en la construcción de modelos relacionales y asociativos, lleva a que, sin renunciar a los modelos tradicionales de la Promoción de la Salud, sea precisa la construcción de nuevas propuestas para poder dar respuesta a las nuevas necesidades identificadas.

Apuntan Bayo y Maya-Jariego (2014) que "el paradigma de la promoción de la salud se ha desplazado desde intervenciones biomédicas y orientadas a lo conductual hacia políticas con un enfoque de desarrollo comunitario".

Para el desarrollo de este enfoque comunitario el papel de las redes asociativas, formales e informales, resulta fundamental. La aportación diferencial de las redes asociativas no es llegar donde los recursos públicos, por su carácter económicamente limitados, no pueden llegar. Su relevancia está en desarrollar un rol que la Administración Pública, suponiendo que tuviera todos los recursos precisos, no podría acometer.

Resulta fácil entender, por ejemplo, que el papel de acogida entre iguales, refuerzo, apoyo, afrontamiento del dolor y el miedo, llevado a cabo por las Asociaciones de Pacientes Cardíacos con las personas que padecen de estas dolencias, no podrá ser llevado a cabo por el equipo de cardiología que lo atiende por más interés y sensibilidad que dispense hacia ellos.

Para prevenirnos de la enfermedad necesitamos el diagnóstico, al mismo tiempo saber

cómo tratarla, qué factores intervienen en su génesis y desarrollo,... Para ello nos hemos dotado de profesionales que exploran, diagnostican, prescriben, etc. Se ha construido, lógicamente, un discurso de experto al cual el paciente es ajeno y que sólo accede de manera subsidiaria en función de sus búsquedas, experiencias o información recibida.

Para promover la salud el eje del poder cambia. Ya no está en manos sanitarias. El entorno urbano, medioambiental, las condiciones laborales, las redes de apoyo social, los valores culturales y los medios de comunicación, son factores que condicionan la salud, pero para los que la salud no tiene tratamiento. Es la ciudadanía, en dialéctica con los poderes económicos y políticos, la que decide y actúa en busca de una mejora de estos entornos y relaciones.

En el 2º Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública (2008-2013) el Parlamento Europeo (2008) señala que para obtener mejores resultados en este ámbito es imprescindible la reducción de las desigualdades en materia de salud, incluir la salud en todas las políticas, promover sinergias y evaluar las intervenciones en relación con su eficiencia y efectividad, y no en términos meramente económicos.

En sus Directrices de Actividad Física, la UE (2008) define las "Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud", refiriendo que tienen que incluir aspectos tales como una orientación transversal cooperativa entre organismos, instituciones y profesionales y en colaboración con los sectores privados y de voluntariado; un enfoque detallado a gran escala, sostenible y basado en la población; la participación de los sistemas de salud, quienes pueden facilitar la acción

coordinada a muchos niveles haciendo que la actividad física sea una parte efectiva de la prevención primaria; incluir campañas de concienciación pública para involucrar a la comunidad (marketing comunitario) usando Internet para concienciar, mandando material a colectivos y a los profesionales sanitarios locales, redactando notas de prensa para los medios locales, pidiendo a expertos de la comunidad que escriban artículos e involucrar a las personas famosas locales.

A su vez la OMS (2005) ha destacado como mejores prácticas en la promoción de la actividad física aquellos programas que se dirigen a:

- Crear conciencia de la importancia y los beneficios de la actividad física y educar a toda la población y/o grupos específicos en destrezas sobre cómo mantenerse activo.
- Desarrollar programas locales e intervenciones que sean llevadas a cabo por las organizaciones de base, capacitando a sus miembros en poner en funcionamiento y desarrollar las acciones.
- Crear un ambiente de apoyo que faciliten la participación en la actividad física.
- Dar un reconocimiento/premio a los individuos que viven un estilo de vida sana y realizar una actividad física regular, y animar a otros a hacerlo.

Para lograr que la actividad física se convierta en un estilo de vida el Instituto Nacional Sobre El Envejecimiento (NIA) e Institutos Nacionales de la Salud (NIH) (2010) destacan las características que debe reunir su práctica, especificando que "divertirse y participar en actividades

sociales son las razones principales que las personas activas dan cuando se les pregunta por qué hacen ejercicio”:

- Que sea fácil.
- Que sea una actividad social.
- Que sea algo interesante y divertido.
- Que sea una decisión activa.
- Que sea económico.
- Que sea un hábito, una rutina.
- Que se tenga acceso a las actividades en forma regular.
- Que pueda incorporar las actividades dentro de su horario diario.

2. ESCENARIO EN EL QUE SE CONSTRUYE LA INICIATIVA “POR UN MILLÓN DE PASOS” (PUMP).

Aquella tarde había reunión en Castilblanco de los Arroyos. Era una reunión con todas las asociaciones locales con objeto de valorar sus expectativas sobre lo que podíamos hacer sobre Promoción de Salud en el pueblo.

En un entorno cordial el presidente de la Asociación de Mayores empezó a pedir charlas sobre alimentación en mayores, actividad física en mayores, prevención de accidentes en mayores, sexualidad en mayores...

Tras distintas aportaciones y debates la reunión tuvo un intermedio para tomar café.

En aquel ámbito informal le pregunté para qué quería tantas charlas si al final van las mismas personas y que él tiene que ir forzando a la gente para que acudan y que las sillas no estén vacías.

Me respondió que él necesitaba ofrecer cosas a la asociación para que sus afiliados supieran

que se estaban haciendo cosas y que los asociados no se diesen de baja.

Podía entenderse que le daba igual sobre lo que habláramos; lo que de verdad le interesaba era la dinámica de su asociación, la cohesión entre sus miembros, la difusión de la misma para que se incorporaran quienes todavía no estaban apuntados y no desertaran los que ya se habían apuntado y que una de las formas para potenciarlo eran las charlas que solicitaba.

Ante esta situación, la reunión podía tomar una deriva en la que el resto de asociaciones entrara a solicitar su cuota de charlas formativas.

Sin embargo, lo que pedía aquel hombre tenía su lógica, aquel señor sabía lo que se llevaba entre manos y, estoy por decir, que no era la primera asociación que presidía. Sin embargo, yo no compartía su criterio. No se trataba de dar cosas a la gente para que no se vaya.

Le planteé que, con los años que tenemos, sabemos que todo en la vida tiene un precio, así que, para lo que él pedía, le iba a marcar un precio y que iba a estar relacionado con lo que a él le interesaba: cohesionar a sus asociados para que la asociación tuviera vida y diera respuesta a los objetivos que se planteaban que, por cierto, iban más allá de recibir charlas sanitarias.

Así que se le propuso precio: “Serían Vds capaces de dar, al menos, un millón de pasos en un mes, sumando los pasos de todas las personas que participen y medidos mediante podómetros o cualquier otro medio”.

Como pueden decir algunos anuncios publicitarios: “Breve, pero intenso”, fue el silencio

que se produjo. A continuación se inició un debate sobre si todos los pasos valían, en qué consistía un podómetro y cómo registrar los pasos, si había que salir todos los días o si tenían que ir todos juntos en un grupo o podían organizarse de otra manera.

La presidenta de la Asociación de Fibromialgia

dijo: "¿Y nosotras podemos apuntarnos también a eso del millón de pasos"?

Se había producido un deslizamiento en el discurso y los roles iniciales. El tema se centraba en cómo iban a autoorganizarse para cumplir un reto. Nosotros ya no les hacíamos falta, ni las charlas tampoco.



3. DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD, OBJETIVOS GENERALES Y PROCESO.

Por un Millón de Pasos es una iniciativa dirigida a asociaciones y colectivos mediante la que se plantea el reto de alcanzar, al menos, un millón de pasos en un mes sumando los pasos de todas las personas que participan logrados mediante paseos y caminatas colectivas.

Los pasos son medidos mediante podómetros o cualquier otro medio. Se realiza registro, por representante del colectivo participante, de los pasos dados por cada persona que lleva a cabo la actividad. Para ello creamos la figura del "Tesorero/a de los Pasos".

Para participar en la iniciativa basta cumplimentar por la asociación o colectivo el documento de adhesión.

Concluida la actividad, la asociación remite los datos de relación nominal de participantes y número de pasos dados al Técnico de Promoción de Salud, o profesional de referencia, con objeto de la elaboración de diplomas a cada participante que se entregarán en un acto público.

Tres objetivos generales nos interesaban:

1. Promover la actividad física, siguiendo los criterios de la OMS. Para un grupo de unas quince personas de edad media, lograr la suma del millón de pasos venía a suponer la realización de caminatas de 30 minutos de duración, 5 días a la semana durante 1 mes o durante el mes que duraba el reto.
2. Favorecer la salud mental. Pasear con otra persona no sólo fideliza en la realización de la actividad, sino que promueve la comuni-

cación entre las personas que caminan. Compartir opiniones, problemas, alegrías o echar unas risas son factores favorecedores de la socialización y de la salud mental.

3. Promover la vida de las asociaciones. La vida de las asociaciones pasa por situaciones y estadios evolutivos, similares a cualquier ser vivo. Una asociación que no tiene retos o tareas, corre el riesgo de extinguirse. Bien por aburrimiento, bien por enfrentamiento entre sus miembros.

Promover la actividad física.
Favorecer la salud mental.
Promover la vida de las asociaciones.

En el proceso a desarrollar para alcanzar los objetivos propuestos hemos tenido en cuenta:

- A. La expansión y continuidad del Proyecto venía, en gran medida, de la alianza con otros Programas y Planes de Salud en desarrollo. No se trataba de abrir espacios para una nueva línea de trabajo, se ha pretendido construir un diseño de intervención de carácter transversal que aportara contenidos a las líneas ya existentes.
- B. Nos importaba promover una propuesta cooperativa. Lo relevante de la propuesta es que eran necesarias las aportaciones de todos y todas, en función de sus posibilidades, para poder lograr el reto.
- C. Nos parecía fundamental que el lugar de control de la actividad estuviera en manos de los participantes. Anden lo que quieran, cuando quieran, con quien quieran,... su reto es que en el período de un mes, hayan logrado, entre todos, al menos un millón de pasos.

D. Entendíamos que el diseño debía reforzar el papel de las asociaciones y colectivos. La forma de llevarlo a cabo fue generando una propuesta cuyo cumplimiento favoreciera la cohesión entre sus miembros, pero que al mismo tiempo pusiera en valor a la asociación en su entorno próximo mediante la práctica que venía llevando a cabo. El esquema seguido se reducía a: Nos importa sentir que formamos parte de algo que nos parece positivo, nos refuerza que se reconozca nuestra participación desde agentes externos.

E. Considerábamos que el formato de la formulación de la propuesta era muy importante. No es igual una prescripción, que una orden, que un reto. La orden o prescripción establece una jerarquía de roles.

El reto tiene un carácter horizontal, se establece entre iguales. Se puede aceptar o no, entrar en él no es obligatorio. Sin embargo, no vale cualquier reto, ni se acepta un reto que venga de cualquiera.

Entre otras características de las que participa el reto podemos señalar:

- La persona que reta debe tener un reconocimiento moral, una "autoridad legitimada" no necesariamente formal, para que su reto sea tomado en consideración. Cualquiera no puede retar.
- El reto debe estar orientado hacia algo que se pueda lograr, pero que suponga un esfuerzo adaptado a las características de los retos. Hacer cualquier cosa no vale como reto.
- El desarrollo de la actividad en la que consista el reto no debe resultar disonante con

nuestra práctica cotidiana y nuestros esquemas de creencias y valores.

- Los resultados deben ser fácilmente evaluables de modo que permitan identificar si se ha logrado el reto o no. Deben tener un tiempo para su ejecución que no sea muy dilatado y adaptado a la actividad a emprender.
- La persona o grupo que acepta el reto alcanza un status: el de retado, sujeto a un reto. La difusión, el carácter público de este compromiso incorpora valor cara a la predicción sobre el cumplimiento del reto.
- El reto debe ser fácilmente explicable y transmisible, debe tener un componente sugerente, atractivo y a ser posible lúdico.
- El logro del reto se refuerza si se incorporan aspectos motivacionales extrínsecos: acto público, entrega de diploma, realización de foto, presencia en redes,... La liturgia que acompaña el acto concede valor al logro alcanzado. Igual sucede cuando se inicia el pacto. Es preciso formalizarlo, evidenciarlo, a ser posible tangibilizarlo. Nosotros lo hemos hecho mediante la formalización de un documento de adhesión.
- El buen reto es aquel cuyo desarrollo permite al retado descubrir valores que no estaban inicialmente explícitos en el acuerdo. Nos dice una mujer: "Hay que ver la de tiempo que no salía a pasear con mi marido y con esto de los pasos se viene con nosotras (las miembros de la asociación) todas las tardes". Nos dice otra señora: "La de tiempo que llevaba diciéndole a mi hija que se apuntara a un gimnasio y que hiciera un poquito de deporte, y para ayudarnos a llegar al millón se

viene con nosotras cada vez que salimos".

- El establecimiento de retos de carácter grupal fideliza la participación de sus miembros, incrementando las producciones alcanzadas.

- Un buen pacto sobre un buen reto, consolida las relaciones de confianza y facilita la construcción de nuevos retos o acciones. Cuando entregamos los diplomas en Castilblanco, el presidente de la asociación de mayores nos dijo: "Decía Vd que si éramos capaces de dar un millón. Ya ve Vd de lo que somos capaces. Y ahora ¿qué hacemos, dos millones?".

4. EL PAPEL DEL PROFESIONAL PROMOTOR DE SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

El papel de las redes asociativas locales resulta fundamental para la salud y la promoción de la misma. Las características de las interacciones del tejido asociativo van a influir activamente tanto en la salud y calidad de vida de la población, como en los recursos para dar respuesta exitosa ante situaciones de conflicto. La potencia y adaptabilidad de estas redes locales generadas desde la participación ciudadana, van a beneficiar a la salud en una variedad de formas indirectas (Dixley, 2013).

El desempeño jugado desde las redes asociativas locales es equivalente al papel que, como determinantes para la salud, juegan los hábitos saludables (alimentación, actividad física, higiene), o el abandono de conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de sustancias tóxicas, etc). El papel del apoyo social es reconocido por la OMS en su influencia para la salud (Marmot & Wilkinson, 1999).

El papel de los promotores de salud se ha ido orientando hacia el diseño de programas que tienen como referencia el desarrollo de la salud mediante programas y acciones comunitarias, cuyo objetivo es crear "comunidades que permitan la salud" (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

La densidad y variedad del tejido asociativo, así como la cantidad y calidad de sus interacciones, son factores que intervienen en la salud de los grupos sociales y su entorno y parte de nuestro cometido pasa por aliarnos para su desarrollo.

Entre las competencias de los Promotores de Salud en este nuevo escenario estaría la de identificar oportunidades para diseñar y difundir propuestas orientadas a la generación de dinámicas que favorecieran la vida asociativa mediante diseños cooperativos, autogestionados por las personas participantes.

Hay un segundo aspecto que, a lo largo del desarrollo de la Iniciativa, hemos identificado e intentado llevar a cabo. El desarrollo de PUMP nos permitió identificar múltiples aplicaciones, pero a la hora de ser presentadas ante los destinatarios de la Iniciativa deberíamos hacerlo con prudencia. Nuestro interés por presentar la multifuncionalidad y bondad de la Iniciativa corría el riesgo de "inundar" de información a nuestros "clientes", provocando su fuga.

Para explicarlo vamos a acudir al ejemplo de los teléfonos móviles. Alguien puede comprar un teléfono móvil con la idea de utilizarlo sólo para hablar. Progresivamente irá descubriendo nuevas funciones. Este aprendizaje va a tener lugar de múltiples formas: imitación y modelaje, acierto-error, intuición, etc.

Si el vendedor quiere enseñarnos las múltiples funciones del móvil que pretende que compremos, deberá hacerlo adaptándose a nuestro nivel como usuario. Si nos presenta de golpe todas las funciones del móvil, corre el riesgo de que termine perdiéndonos como clientes, pues nuestra idea inicial es comprar un móvil para hablar por teléfono. Nuestra necesidad sentida y que identificábamos era tener un aparato para hablar por teléfono desde cualquier sitio.

Siguiendo con el ejemplo del móvil, éste dispone de funciones en las que el diseñador, el distribuidor y el vendedor no habían reparado. Quizás podría ser la de producir música, la de formular convocatorias o cualesquiera otras.

Con PUMP sucedía otro tanto y nuestra labor era acceder al conocimiento de estas funciones para incorporarlas como valor de la Iniciativa y difundirlas por si a otros usuarios les podía ser de utilidad.

Las competencias de los Promotores de Salud se amplían hacia funciones pedagógicas en la optimización del uso de las Iniciativas o Productos Sociales generados, así como a la identificación de las aportaciones que realizan sus usuarios con objeto de mejorar o incrementar la funcionalidad dichos productos.

5. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD.

Tres segmentos contemplamos para la viabilidad en la implantación de la Iniciativa:

1. La aceptación de la Iniciativa por parte de la estructura jerárquica de la organización, fundamentalmente en el nivel más inmediato.

Presentamos una Iniciativa en convergencia con los objetivos de la Organización, de nulo coste económico, alta aceptabilidad, generalizable y bajo coste en recursos humanos dado que la actividad era autogestionada por sus destinatarios.

En la primera etapa de desarrollo de "PUMP", los Contratos-Programa de los Distritos Sanitarios recogían: intervenir desde Educación para la Salud sobre las patologías de mayor prevalencia en los territorios de referencia asistencial; impulsar acciones y espacios de encuentro que promovieran la participación ciudadana; generar actos de impacto favorable para la Organización.

Del mismo modo, los protocolos para la acreditación de profesionales y de Unidades de Gestión Clínica recogían estándares para los que la Iniciativa "PUMP" daba una respuesta novedosa y adaptada.

2. Los profesionales de los servicios de salud. El papel de los agentes intermediarios (medicina, enfermería, trabajo social, etc; de los Centros de Salud) resulta fundamental, pues son los "distribuidores" de la Iniciativa.

Tradicionalmente los Técnicos de Promoción de Educación para la Salud han volcado parte de sus esfuerzos hacia los profesionales de los dispositivos sanitarios con objeto de establecer alianzas para que éstos informen y formen a la ciudadanía mediante talleres, charlas, intervenciones oportunistas, así como a través de la distribución de materiales y folletos de apoyo.

En la Promoción de Salud llevada a cabo desde los servicios de salud nos encontramos sistemáticamente con un problema: Hemos optado

porque los únicos distribuidores de los programas, campañas, etc, de Promoción de Salud fueran los profesionales de los servicios sanitarios. Podían colaborar los profesionales de educación, pero los diferentes ritmos y culturas organizativas dificultaban la coordinación de las Iniciativas. Igualmente podían establecerse alianzas con los servicios municipales, pero el discurso se orientaban a que "colaboraran con nuestros programas de salud".

Una empresa que produzca buenos servicios, que den respuesta a necesidades de la población a un precio ajustado, corre riesgos de supervivencia si está en manos de un único distribuidor.

Resultaba fundamental, por tanto, diversificar a nuestros distribuidores. No podíamos depender de circunstancias ajenas a la Iniciativa que podían condicionar la supervivencia de ésta: modificación en los objetivos de los Contratos-Programa, incremento en las cargas asistenciales que dieran lugar a ordenaciones funcionales que limitaran el desarrollo de propuestas promotoras de salud, tensiones laborales aceleradas por la crisis económica.

Para ello establecimos alianza con la Red de Centros Guadalinfo (Centros de alfabetización informática en municipios menores de 20.000 habitantes). Los Centros Guadalinfo ocupan un papel fundamental en estos municipios: facilitan la tramitación de documentos digitales a los vecinos, realizan talleres de alfabetización informática para mayores, colaboran con las páginas web municipales y del colegio,...

Ejercen un liderazgo situacional con el que establecimos alianza para la implantación de "PUMP" en sus localidades de referencia. Si

les interesaba el Proyecto, podían utilizarlo en función de sus ritmos, dinámicas e intereses, nuestro papel era apoyarles, transmitirles las experiencias y resultados que se obtenían en otros lugares y difundir y poner en valor las prácticas por ellos desarrolladas.

Igualmente, los profesionales de Servicios Sociales municipales, los Centros de Participación Activa de Mayores, así como colectivos que formaban parte de redes más amplias han sido aliados importantes para ampliar la red de distribuidores de la Iniciativa.

3. La ciudadanía organizada en grupos sociales, establecidos formalmente o no. En definitiva, eran ellos los destinatarios del reto.

POR UN MILLON DE PASOS

...a través de nuestra historia: Rutas por Baza y Viaje a Estambul” 2009-2010

Proyecto “Por un millón de pasos” 2009-2010

El Proyecto “Por un millón de pasos” consiste en una iniciativa dirigida a las asociaciones locales para que a través de la práctica de “paseos en grupo” alcancen un total de un millón de pasos, esta iniciativa está enmarcada en el Proyecto Red Local de Acción en Salud. Una vez alcanzado el primer reto “por un millón de pasos...en Baza”, se plantea un **segundo reto: un viaje imaginario a Estambul**, que consiste en hacer más de un millón de pasos, en un recorrido imaginario, hacia una localidad seleccionada, en el que se tenga en cuenta, una cierta relación y/o vinculación a lo largo de la historia. Para la selección se ha contado con el asesoramiento del Museo de Baza, por ello, la ciudad seleccionada es Estambul, una ciudad localizada a medio camino entre Europa y Asia, cruce de culturas a lo largo de la historia, y con gran riqueza a todos los niveles. La distancia desde Baza a Estambul es 3.750 Kms ida y la ida/vuelta 7.500 kms, aprox., que trasladado a pasos, supone 6.818.181 pasos de ida, y 13.636.363 pasos ida y vuelta.

DATOS GENERALES	total
Nº Asociaciones 2009-2010	19
Nº Asociaciones finalizados	14 (74%)
Nº participantes	850
nº mujeres	559 (66%)
nº hombres	291 (34%)
nº pasos	79144839



AD HOC Asociación Atención a Personas con Adicciones



A.E.C.C. (Asociación Española Contra el Cáncer)



ALCER (Asociación de la Lucha contra la Enfermedad Renal)



ALCO (Asociación de la Lucha Contra la Obesidad)



Asociación ALCREBITE



A.A. V.V. AL-GHABA



AMUDIMA (Asociación de Mujeres Divino Maestro)



A.A. V.V. AVANGEL



Asociación de Vecinos San Juan



BASTEALCOR (Asociación Bastetana para el Altiplano de Pacientes Coronarios)



CÁRITAS Baza



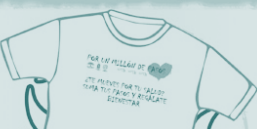
Asoc. CLARA CAMPOAMOR



CRUZ ROJA



JOCORABI (Asociación de Ocio y Tiempo Libre para Personas con Discapacidad)



Distrito Sanitario Granada Nordeste
Hospital General de Baza
Delegación Provincial de Salud de Granada
Consejería de Salud



Parte de nuestra tarea para acceder a estos grupos ha sido la exploración de los recursos asociativos en el territorio. No era nuestro interés organizar grupos para llevar a cabo la actividad.

El seguimiento de estos grupos nos ha permitido identificar escenarios óptimos para el desarrollo, así como nuevos escenarios. En el primer caso podemos citar a las Asociaciones de Fibromialgia, mientras que en el segundo se encuentran las Unidades de Estancia Diurna y Residencias de personas mayores, o el caso de los Centros Guadalinfo y Centros de Participación Activa de Mayores antes citados.

Destinatarios de la Iniciativa:

- Cargos jerárquicos de la Organización.
- Profesionales de los Servicios de Salud.
- Líderes situacionales y líderes de las asociaciones.
- Ciudadanía organizada en grupos sociales.

6. TANGIBLES DE APOYO Y LA COMUNICACIÓN.

1. Cuando el Proyecto se pone en marcha no habíamos entrado en la fase aguda de la crisis económica, por lo que la población estaba acostumbrada a que las campañas para la higiene bucodental iban acompañadas de cepillos de dientes, y las de Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos en adolescentes repartían preservativos. Igualmente, si eran de vacunaciones se repartían camisetas y si pretendían la donación de sangre se repartían lápices y bolígrafos.

Era lógico pensar, y así resultó, que cuando pretendimos dar desarrollo a "Por un Millón

de Pasos" nos preguntaran con qué lo pensábamos apoyar. Esta petición no surgía sólo de la ciudadanía, sino que eran los mismos profesionales de salud que iban a difundir el Proyecto quienes nos planteaban de manera insistente por el soporte material que iba a servir de apoyo al Proyecto.

Nuestro presupuesto era prácticamente inexistente y optamos por comprar unos podómetros para dar dos podómetros por asociación. Si pretendíamos que la actividad se hiciera en grupo no tenía razón de ser que cada cual tuviera su propio podómetro. Cuando salieran a pasear lo que medía el podómetro de quien lo llevara, sería igual para quienes lo acompañaran.

Con el paso del tiempo y la evolución en la telefonía móvil, hemos dejado de dar podómetros, planteando la necesidad de aprender a optimizar los recursos disponibles y no generar gastos innecesarios.

Sin embargo, hay algo que nos llamó la atención y era cómo los grupos buscaban patrocinadores para conseguir camisetas en la que insertaban el logo de campaña, siendo a veces las propias asociaciones las que hacían las camisetas y las vendían entre las personas participantes y colaboradoras. En su defecto, utilizaban el logotipo de la campaña para reproducirlo en pegatinas y poder colocárselo cuando realizaban los paseos.

Nos daba la impresión de que quienes participaban en la actividad querían identificarse entre ellos y ser identificados por el resto de los vecinos. Las personas participantes querían reconocerse y ser reconocidos en la actividad que llevaban a cabo.



Este enfoque ha sido importante para el desarrollo del Blog de la Iniciativa: El eje de la información no ha sido tanto el Proyecto, sino el protagonismo de las personas y asociaciones que participaban en él.

Junto a ello hemos animado a nuestros aliados a que difundan mediante sus redes 2.0, medios de comunicación locales, espacios de puesta en común y foros científicos, el desarrollo de su experiencia. El protagonismo era de ellos, pues lo importante no era la idea y su diseño, lo realmente importante era la puesta en práctica y la experiencia que ellos habían generado. Esta era la que dotaba de viabilidad, continuidad y mejora al Proyecto inicial.

7. ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO.

Una de las características de este tipo de Proyectos es la de su agotamiento mediante su uso. El Proyecto pierde interés, actualidad, capacidad de sugerencia y de sorpresa. Vencer

un reto tiene interés la primera vez, una vez superado el reto no tiene mayor interés volver a plantearlo.

Cuando las personas participantes de Castilblanco de los Arroyos lograron el millón de pasos, su planteamiento fue. “¿Y a hora qué hacemos, dos millones?”

El Proyecto había calado, pero ¿suponía una innovación incrementar el número de pasos? ¿Corría el Proyecto el riesgo de perder frescura y atractivo?

En la reunión que mantuvimos con ellos para tratar el tema les planteamos: ¿No han tenido Vds la fantasía de conocer un lugar, o volver a un lugar, que por las diversas circunstancias de la vida (los hijos, las enfermedades, la capacidad económica,...) sabemos que es un viaje que no vamos a poder realizar nunca? Les planteamos el reto de unir mediante los pasos la distancia geográfica que les separa de ese sueño.

Un metro son dos pasos, pónganse de acuerdo para escoger un destino común en algún lugar de Europa y disponen de un mes para recorrer la distancia que les separa mediante los paseos y caminatas que den por el pueblo.

Desde el Ayuntamiento pueden ponerse en contacto con la localidad que escojan, informarles del reto que Vds han asumido y animarles a que les devuelvan este viaje imaginario mediante los pasos que den en su localidad. Si se animan pueden intercambiar, vía correo

electrónico, fotos de sus localidades, recetas de cocina, fiestas, o aquello que les apetezca.

Para la tercera edición optamos por establecer relación con los Centros y Comunidades Andaluzas en el Exterior para poder llevar a cabo este viaje imaginario. Colectivos de municipios andaluces intercambiaron viajes de ida y vuelta y contactos con colectivos de Mendoza, Rosario, Buenos Aires, La Habana, San Rafael, La Plata...

The poster features a teal and white color scheme. At the top, the title 'Caminemos Juntos' is written in a white, cursive font on a teal background. Below this, the text 'POR 1 MILLÓN DE PASOS' is displayed in a large, hand-drawn style, with the number '1' being particularly prominent. A heart shape is drawn around the word 'PASOS'. Below the title, there are several small, white, hand-drawn figures of people walking. The event details are listed in a bold, sans-serif font: 'Sábado 7 de Mayo' and 'Parque San Martín'. To the left of the date is a circular logo depicting a landscape, and to the right is the coat of arms of the city of La Plata. Below the date, the time '14.00 hs.' is indicated. The locations 'LA PLATA Buenos Aires ARGENTINA' and 'RONDA Málaga ESPAÑA' are listed on either side of the time. The logo for 'la plata ciudad para todos' is centered below the event details. At the bottom, the text 'MUNICIPALIDAD DE LA PLATA' is written in a bold, sans-serif font. Below this is the logo of the 'JUNTA DE ANDALUCÍA'. At the very bottom, there are two lines of small text: 'CAMINAR BENEFICIA NUESTRA SALUD Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA' on the left, and a list of organizing entities on the right: 'Secretaría de Salud y Medicina Social', 'Dirección de Deportes y Recreación', 'Consejo Municipal de La Mujer', 'Consejo de La Tercera Edad', and 'Dirección de Juventud'.

Caminemos Juntos

POR 1 MILLÓN DE PASOS

Sábado 7 de Mayo
Parque San Martín

LA PLATA Buenos Aires ARGENTINA

14.00 hs.

RONDA Málaga ESPAÑA

la plata
ciudad para todos

MUNICIPALIDAD DE LA PLATA

JUNTA DE ANDALUCÍA

CAMINAR BENEFICIA NUESTRA SALUD Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA

Secretaría de Salud y Medicina Social
Dirección de Deportes y Recreación
Consejo Municipal de La Mujer
Consejo de La Tercera Edad
Dirección de Juventud

La última edición que coordinamos planteó la realización de un “Viaje Transversal por Andalucía”: se trataba de un viaje imaginario por el que unir mediante pasos las diversas rutas históricas, literarias, del flamenco, medio ambientales que recorren Andalucía. Para ello tomamos contacto con las Consejerías de Turismo y Medio Ambiente con objeto de identificar estas rutas y facilitar enlaces a los materiales digitales existentes en la red.

En función del recorrido seleccionado por cada localidad participante, les facilitábamos contactos con otros grupos de otras localidades implicados en el Proyecto estimulándoles a que establecieran contacto entre ellos.

En definitiva, la actualización de productos sociales como el que venimos describiendo precisan de una innovación permanente acorde a los intereses de los participantes con objeto de mantener su continuidad.

El objetivo final, es la extinción del Proyecto en función de la incorporación a la cotidianidad de quienes llevan a cabo la actividad propuesta. En nuestra experiencia, y tras varios años de desarrollo, algunos grupos nos han transmitido que han incorporado la actividad de los paseos como algo corriente, pero que no llevan la cuenta de los pasos porque no les merece la pena.

8. RESULTADOS.

El Proyecto está referenciado en la OMS a través la Iniciativa “1.000 ciudades, 1.000 vidas”, con la participación de varios de los municipios adheridos.

La Iniciativa “Por un Millón de Pasos” obtuvo el Premio NAOS 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, así como accésit 2010 a nivel andaluz desde el Plan para la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Por su parte, colegas vinculados a la Iniciativa desde Buenos Aires obtuvieron el premio CAESPO 2010 de la municipalidad de Buenos Aires.

Tenemos constancia de la presencia en diversas Jornadas y Congresos que van desde Medicina Familiar y Comunitaria, a Empresas Saludables, Jornadas Internacionales sobre Salud Mental, Jornadas sobre prisiones, Master de Promoción de Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública, etc.

La presencia en Radio, TV y prensa escrita es reiterada, no obstante la mencionada descentralización del Proyecto hacen imposible el seguimiento y evaluación de estos impactos.

Google a 12 de septiembre de 2015 facilitaba más de 71.000 entradas

La evolución de la Iniciativa en el quinquenio 2008-12 (tabla 1) ha sido:

La búsqueda de “Por un Millón de Pasos” en

Tabla 1. Evolución de la Iniciativa “Por un Millón de Pasos”.

	Nº de municipios	Nº de asociaciones	Nº de participantes	Nº Total de pasos
2008	1	5	33	1.146.722
2009	23	105	2.781	187.087.566
2010	106	463	14.595	620.015.321
2011	118	779	21.974	970.768.378
2012	185	1.041	35.000	1.514.521.709

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados en el año 2012 en su distribución por provincias (tabla 2) han sido:

Tabla 2. Distribución de la implantación de PUMP en 2012.

	Nº de Municipios	Nº de asociaciones	Nº de participantes	Nº total de pasos
Almería	11	56	2.408	53.772.016
Cádiz	21	128	4.426	130.255.747
Córdoba	14	108	2.274	118.643.375
Granada	22	95	4.242	164.912.849
Huelva	15	132	3.350	194.019.036
Jaén	12	34	2.077	72.185.646
Málaga	25	128	3.763	162.552.114
Sevilla	65	360	12.460	618.180.926
Andalucía	185	1.041	35.000	1.514.521.709

Fuente: Elaboración propia.

Intentando hacer un seguimiento de la evolución y fidelización a la Iniciativa en la provincia de Sevilla, entre 2008 y 2012, los datos recepcionados permiten identificar a 76 municipios de los 105 que componen Sevilla y su provincia (72%) que, al menos han participado en una edición del Proyecto. (tabla 3).

Habiéndose incorporado por primera vez al Proyecto en el año 2012, un total de 17 municipios; los registros disponibles confirman que de los restantes 59 municipios, han repetido 36 municipios (61%) -al menos por segunda vez, en el desarrollo del Proyecto-. (tabla 4).

Tabla 3. Evolución de incorporaciones a PUMP en municipios sevillanos.

NÚMERO DE EDICIONES	NÚMERO DE LOCALIDADES
1 edición	40
2 ediciones	17
3 ediciones	15
4 ediciones	3
5 ediciones	1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Continuidad de PUMP en municipios sevillanos.

Empiezan en 2008	1
Empiezan en 2009	10
Empiezan en 2010	25
Empiezan en 2011	23
Empiezan en 2012	17
TOTAL Municipios participantes	76
TOTAL Municipios Sevilla	105

Fuente: Elaboración propia.

9. DISCUSIÓN.

El artículo presentado no puede entenderse más que como “un diario de abordo”, desde la Coordinación durante seis años, de la Iniciativa “Por un Millón de Pasos”. Algunas de las reflexiones que nos ha generado tenían como punto de partida conocimientos y experiencias previos, otras sin embargo se han producido gracias a las interacciones establecidas.

En definitiva, el recorrido y los pasos emprendidos nos han conducido a desarrollar una práctica que nos ha generado experiencia y conocimiento sobre ¿cómo hacer aquello que sabemos que hay que hacer?

Los resultados ofrecidos no establecen conclusión sobre la bondad de esta Iniciativa en relación con la salud física o mental, así como con la continuidad y dinámica de la vida asociativa de quienes en ella han participado.

Sin embargo, sí evidencian la bondad de la metodología, el diseño y el proceso emprendido para la implantación y expansión de esta Iniciativa de Promoción de Salud y Participación Ciudadana.

La inversión en recursos humanos y materiales resulta fundamental para dar continuidad a Iniciativas a favor de la Promoción de Salud desde la Participación Ciudadana, permitiendo optimizar el conocimiento generado y su aplicación a las propuestas estratégicas que contemplan el papel activo de la ciudadanía en las Políticas de Salud.

Agradecimientos.

A quienes han participado y participan en la Iniciativa “Por un Millón de Pasos”, especialmente a mi colega, del Distrito Sanitario Costa del Sol, Esther Gala; igualmente, mi agradecimiento a Luis Luque por su compañía en este caminar y a Manuel Flores Pérez por sus sugerencias y aportaciones.

10. BIBLIOGRAFÍA.

Bayo, N., Maya-Jariego, I. Participación comunitaria, empoderamiento y salud percibida de mujeres en el entorno rural de Sevilla. *Apuntes de Psicología* Vol. 32, nº 1, 2014. pp. 65-76.

Campbell C., Jovchelovitch, S. Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol 10, 2000. pp. 225-270.

Consejería Salud. Por un Millón de Pasos. Obtenida el 12/09/2019, http://www.junta-deandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?opcion=listadoTematico&idioma=es&perfil=ciud&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/por_un_millon_de_pasos/&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/

Dixely, R. Health Promotion. Global Principles and Practice. Wallingford: CABI Internacional, 2013.

Instituto Nacional Sobre El Envejecimiento (NIA) & Institutos Nacionales De La Salud (NIH). Guía de Ejercicio y Actividad Física. Programa Go4Life. Instituto Nacional Sobre El Envejecimiento (NIA) e Institutos Nacionales de la Salud (NIH). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Publicación No. 10-4931s. Septiembre 2010.

Kotler, P. & Roberto, E.L. Marketing Social. Madrid, Ed. Díaz de Santos, 1992.

Marmot, M. & Wilkinson, R. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Review of Best Practice in Interventions to Promote Physical Activity in Developing Countries. Background Document prepared for the WHO Workshop on Physical Activity and Public Health. 24–27 October 2005. Beijing, People's Republic of China. World Health Organization 2008.

Parlamento Europeo. Segundo Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud (2008-2013). Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, 2008.

Unión Europea (2008). Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud. Unión Europea. Directrices de actividad física. Cuarto borrador consolidado. Aprobado por el grupo de trabajo de la UE "Health & Sport" en su reunión del 25 de septiembre de 2008. Bruselas, 10 de octubre de 2008.

Wiebe, G.D. (1951) Merchadising Commodities and Citizenshil on Television. Public Opinion Quartely 15, Winter 1951-52, pp 679-691.

PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL Y EJEMPLO DE UNA PRÁCTICA REAL

NARCIS GUSI

Catedrático de Universidad, Facultad Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura, Cáceres.

EMILIO HERRERA MOLINA

Presidente, Newhealth Foundation, Sevilla.

Sumario

1. EL EJERCICIO FÍSICO EN LA ATENCIÓN INTEGRADA.

2. EJERCICIO FÍSICO, CONDICIÓN FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA.

3. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS DEL EJERCICIO FÍSICO.

3.1. La productividad laboral y la actividad física.

3.2. Tipos de ejercicio físico para moderar los costes socio-sanitarios.

3.3. Recreación y valor económico percibido del tiempo de ejercicio físico.

4. ANÁLISIS RE-AIM DE UNA PRÁCTICA REAL: EL EJERCICIO TE CUIDA.

4.1. Metodología.

4.2. Modelo de análisis RE-AIM

4.3. Resultados.

4.4. Discusión.

4.5. Conclusiones y recomendaciones.

5. REFERENCIAS.

Agradecimientos

Diferentes resultados presentados en este artículo han sido parcialmente co-financiados entre los años 2006 y 2010 por contratos o convenios de la Universidad de Extremadura y la Fundación Jóvenes y Deporte de la Junta de Extremadura, Fondos FEDER de desarrollo regional de la Unión Europea -una manera de hacer Europa-, Consejo Superior de Deportes y e-Solutions for Health.

Declaración de conflicto de intereses

Narcís Gusi fue el director científico y técnico del programa el Ejercicio Te Cuida financiado por la Junta de Extremadura, y Emilio Herrera el Director General de Atención Socio-sanitaria de la Junta de Extremadura en los primeros 3 años de preparación e implementación del programa.

PALABRAS CLAVE

Ejercicio físico, salud pública, promoción de la autonomía, promoción de la salud, coste-efectividad.

RESUMEN

Los modelos integrados de salud indican la necesidad de incluir servicios comunitarios para promover estilos de vida saludables como los programas de ejercicio físico. El propósito de este artículo es aportar recomendaciones basadas en la evidencia científica y la práctica para integrar eficientemente un programa de ejercicio físico con remisión de los usuarios desde el sistema sanitario y social al sistema deportivo comunitario desde una perspectiva de salud pública. En primer lugar, se revisan determinados mecanismos del ejercicio físico como promotor de calidad de vida y contribuyente al sostenibilidad económica del sistema de salud. Posteriormente, se analiza y debate la aplicación práctica del programa El Ejercicio Te Cuida que se inició en 2006 mediante el protocolo Re-AIM (reclutamiento, efectividad a nivel individual, adopción organizacional, implementación organizacional y mantenimiento organizacional e individual) que atiende tanto resultados de salud como de gestión. Finalmente, se ofrecen orientaciones para integrar programas de ejercicio físico en modelos de salud.

KEYWORDS

Physical exercise, public health, empowerment, health promotion, cost-effectiveness.

ABSTRACT

Integrated health models indicate the need to include community services to promote healthy lifestyles and physical exercise programmes. The purpose of this article is to provide recommendations based on scientific evidence and practice to efficiently integrate a physical exercise programme with referral of users from the health and social system to the community sport system from a public health perspective. Firstly, certain physical exercise mechanisms are reviewed with regards to how they promote quality of life and contribute to the economic sustainability of the health system. Subsequently, we analyze and discuss the practical implementation of the Exercise Looks After You programme that began in 2006 using the Re-AIM (recruitment, individual effectiveness, organizational adoption, organizational implementation and organizational and individual maintenance) protocol that deals with both health and management results. Finally, guidelines for integrating physical exercise programmes into health models are offered.

1. EL EJERCICIO FÍSICO EN LA ATENCIÓN INTEGRADA.

El Tratado de Lisboa que entró en vigor a finales de 2009, asimilado a la Constitución de la Unión Europea, introduce en su texto (especialmente artículos 165 y 168) la competencia y obligación de desarrollar políticas europeas en materia del deporte, especialmente para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los europeos cuyas primeras directrices abogan por un modelo de promoción de la salud holístico y no meramente de aplicación tecnológica del ejercicio físico. (Grupo de Trabajo de la UE and DG, 2010). De hecho, la Directriz 24 resalta que los temas relacionados con la actividad física, la promoción de salud y la medicina deportiva se deben integrar en los currículos de las profesiones relacionadas con la salud en la UE. Consistentemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró su apoyo expreso del modelo de promoción interdisciplinar de la salud por parte de la Declaración política firmada el 16 de septiembre de 2011 para el control de enfermedades no transmisibles de la Organización de Naciones Unidas en las que se destaca la necesidad de la actividad física (Naciones Unidas, 2011).

Los sistemas de salud institucionales o empresariales han de afrontar y adaptarse ante los grandes retos derivados de los cambios demográficos y de salud de nuestra sociedad como el envejecimiento diferencial de cada individuo dado que tiene unos determinantes y características saludables propias como la combinación de estilos de vida, sensibilidad a los tratamientos farmacológicos o no-farmacológicos, riesgos de salud y del entorno de la persona como la polución, o combinación de co-morbilidades que hacen único a cada ciudadano. Esta adap-

tación requiere del desarrollo de una atención socio-sanitaria integrada (Herrera, 2014) que incorpora el manejo de los estilos de vida entre los que destaca la realización de ejercicio físico para atender la pandemia de sedentarismo que afecta las sociedades modernas.

Los modelos actuales de atención a las personas se orientan hacia una perspectiva socio-sanitaria personalizada que usa los recursos disponibles de la manera más eficiente y participativa posible. Una perspectiva socio-sanitaria que entiende la calidad de vida de los ciudadanos como organismos que han de tener capacidades para desarrollarse y relacionarse en el entorno social (por ejemplo, familiar, laboral y ocio), y por lo tanto, un abordaje meramente sanitario mecanicista clásico no es suficiente sino que requiere de diferentes profesionales y sectores. La Organización Mundial de la Salud en la última década sostiene reiteradamente en sus recomendaciones de informes anuales la necesidad de desarrollar modelos y servicios de salud que usen los recursos sanitarios y sociales existentes en la comunidad para que sean más eficientes y sostenibles, evitando duplicar esfuerzos e inversiones. Por ejemplo, los hospitales y centros de atención primaria pueden remitir pacientes a servicios pre-existentes con personal adecuado en sus entornos en el sector social como los centros de mayores, asociaciones de pacientes, fundaciones del tercer sector, educativo como los medios de comunicación o webs para empoderar al ciudadano, o el deportivo como los gimnasios o profesionales vinculados a la actividad física. Nótese que no se menciona exclusivamente la palabra "paciente" dado que la persona tiene unas capacidades desarrollables para participar activamente, empoderarla y hacerla más resiliente en la promoción de su salud en los tres niveles de prevención.

Si bien existen diferentes planteamientos de planificación de programas de ejercicio físico (basados en información mediante plataformas web o guías, un número limitado de sesiones educativas del usuario durante un período corto de tiempo, ligas de competición deportiva, paseos caminando o en bicicleta, podómetros, ciclovías o rutas para el transporte físicamente activo, etc.), en este artículo nos centraremos fundamentalmente en programas que incluyen la implementación de ejercicio físico a los usuarios tras su remisión o vinculación desde el sistema sanitario.

2. EJERCICIO FÍSICO, CONDICIÓN FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA.

Uno de los principales mecanismos por el que el ejercicio físico, entendido como la práctica regular de actividad física siguiendo unas pautas para lograr objetivos o resultados, puede promocionar la salud y la calidad de vida es la mejora de las capacidades funcionales de las personas expresadas como condición física o fitness, y no la mera acumulación de minutos de actividad física. Cada una de estas capacidades funcionales que muestran una determinada aptitud para afrontar la ejecución de actividades cotidianas (laborales, deportivas, sociales o recreativas), es mejorable y medible. Ejemplos de estas capacidades son la resistencia aeróbica o anaeróbica, la fuerza, el equilibrio, la velocidad de ejecución, movilidad o flexibilidad que se miden mediante pruebas o test estandarizados. Ilustrativamente, nuestro grupo de investigación ha mostrado la asociación entre diferentes pruebas de fitness y el envejecimiento (Gusi, Prieto et al., 2012), y las pruebas de fitness con determinadas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud valoradas con el cuestionario EQ-5D-

3L de EuroQol Research Foundation en una muestra de 7.104 personas mayores no institucionalizadas de 55 años (Olivares, Gusi et al., 2011) en el marco del programa *El Ejercicio Te Cuida* que se describirá posteriormente. Concretamente, estas relaciones muestran que la percepción de problemas o no en las 5 dimensiones del EQ-5D-3L (movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión) puede ser predicha por los resultados de diferentes test de condición física. Los tests que mejor se asociaron con la presencia o ausencia de problemas en las 4 dimensiones mencionadas excepto ansiedad/depresión fueron el test de 6 minutos caminando y el de levantarse-caminar-sentarse de una silla lo más rápidamente posible (Time-up-go). Las pruebas de flexibilidad se asociaron más con las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión. Estas asociaciones son claves para poder asesorar la planificación, prescripción y efectividad de los programas de ejercicio y dar informes a los usuarios y profesionales involucrados. Es decir la evidencia científica generada por los estudios del equipo de investigación muestran que determinadas prácticas de ejercicio sirven y tienen más impacto para unas cuestiones que para otras.

Otros mecanismos importantes son la capacidad terapéutica del ejercicio físico adecuado para reducir o modular síntomas como el dolor, evitar caídas o establecer entornos para mejorar aptitudes mentales, sociales, psicológicas o comportamentales como la autoestima, de relación social en actividades grupales, ansiedad o depresión. Por ejemplo, las personas que practican suficiente deporte moderado regularmente disponen de un 37% más de esperanza en el futuro y menor número de síntomas depresivos (Valtonen, Laaksonen et al., 2009).

3. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS DEL EJERCICIO FÍSICO.

La capacidad del ejercicio físico para mejorar las funciones del organismo y su calidad de vida relacionada con la salud ha promovido la realización de diferentes estudios sobre su repercusión económica en diferentes ámbitos. A continuación se presentan y debaten diferentes consideraciones económicas de los programas de ejercicio físico para mostrar su relevancia y especificidad en distintos entornos (laboral, sanitario y recreativo), lo cual permitirá extraer algunas recomendaciones a tener en cuenta al desarrollar un programa.

3.1. La productividad laboral y la actividad física.

La capacidad de trabajar es un aspecto importante de la autonomía personal de las personas. Así, el absentismo es uno de los principales problemas de salud laboral y pública por la pérdida de horas efectivas de trabajo, y la posible disminución de la productividad en otras horas como los posibles costes de sustitución, o los costes de restitución al emplear sustitutos que suelen necesitar un periodo de adaptación al puesto. En la Unión Europea representa un coste entre el 1,5 y el 4% del PIB. El hábito de ejercicio físico de intensidad moderada se asocia a un menor absentismo laboral de corta duración, de 2 a 4 días (Tuchsen, Christensen et al. 2008), y en el de larga duración, más de 8 semanas (Christensen, Lund et al. 2007), sobre todo en las mujeres. La práctica deportiva saludable, moderadamente intensa de 2 a 4 horas semanales y de más de 4 horas semanales se asocia, respectivamente, con un 8% y 15% menos de absentismo laboral de largo término (mayor de 8 semanas) en las mujeres. En

cambio la práctica deportiva muy intensa de más de 4 horas semanales se asocia a un mayor absentismo laboral de larga duración tanto en hombres (25%) como en mujeres (12%) por lo que es común que las compañías aseguradoras no financien programas de ejercicio muy intensos. Teniendo en cuenta que menos de la mitad de los adultos en edad de trabajar realizan el suficiente nivel de actividad física recomendado para su salud (1 hora 3 días por semana), el margen de mejora y reducción de costes es muy grande.

Asimismo, el ejercicio físico regular se relaciona con mejores niveles de condición física capacitando a las personas para una mayor resistencia y vigor en las tareas cotidianas y menor sensación de dolor, especialmente en las personas previamente más sedentarias y que realicen tareas con mayor carga física.

El ejercicio físico adecuado se asocia a un mejor rendimiento académico que puede dar opciones a un empleo mejor remunerado. Los niños que practican más ejercicio físico muestran una mayor capacidad de aprendizaje, concentración, memoria y comportamiento escolar (R.J., 1997; Trudeau and Shephard, 2008). Consistentemente, 222 escolares de secundaria españoles que practicaban actividades físicas extraescolares mostraron un mayor rendimiento académico que sus compañeros (Moriani J.A 2006). Además, aquellos con un mejor nivel de condición física e índice de masa corporal mostraron mayor rendimiento académico (11%), menor absentismo escolar (25%) y retrasos al acudir a clase (39%) (Geier, Foster et al. 2007; Chomitz, Slining et al. 2009). Asimismo, el 33% de chicos y 35% de chicas con obesidad esperan abandonar la escuela sin finalizar los estudios.

3.2. Tipos de ejercicio físico para moderar los costes socio-sanitarios.

El ejercicio adecuado puede ayudar a racionalizar el gasto sanitario, por ejemplo:

1) En Extremadura, un ensayo clínico (Gusi, Herrera et al. 2008; Gusi, Reyes et al. 2008) comparando un protocolo de remisión de mujeres sedentarias de más de 60 años desde atención primaria a un programa de ejercicio físico basado en caminar y realizar ejercicios en el parque mejoró los parámetros biológicos (reducción de colesterol, masa grasa, equilibrio, fuerza, resistencia aeróbica) y la calidad de vida relacionada con la salud de forma sustancial dando como resultado un alto coste-utilidad de 380 euros de 2009 por Año de Vida Ajustado a la Calidad de Vida (AVAC) en sólo 6 meses de intervención. Este estudio indicaba que programas de intensidad moderada-baja susceptibles de aplicarse en salud pública son suficientes para obtener grandes beneficios en personas sedentarias. Por otro lado, un estudio australiano (Cobiac, Vos et al. 2009) es de los pocos en comparar la coste-efectividad de diferentes intervenciones basadas en actividad física, respecto a la alternativa de usar el sistema público convencional que incluye el consejo de ejercicio físico habitual y diferentes intervenciones basadas en ejercicio físico. Esta investigación se basó en comparar el coste por años de vida ajustado a discapacidad (DALY) de diferentes intervenciones implementadas en Australia. (Los autores del presente artículo han adaptado a euros 2009 en España, con el 3% de inflación anual). Si bien el simple consejo, o la remisión a una sesión con un gestor saludeportivo (un asesor en fisiología del ejercicio una sesión) no fue coste-efectivo

(62.129 euros/DALY), sí que otras formas fueron altamente rentables por separado y por orden de más a menos rentables, como las campañas publicitarias en mass-media (muy rentable), programas basados por internet (2.360 euros/DALY), prescripción de ejercicio físico del médico de atención primaria y seguimiento telefónico de un gestor saludeportivo (9.436 euros/DALY), promoción del transporte inteligente físicamente activo -carretillos-bici, paseos para caminar, etc.- (15.716 euros/DALY). Si bien la combinación de los 6 métodos descritos aplicados supondría obtener el 34% del potencial beneficio si toda la población que hiciera el suficiente ejercicio físico para su salud con un ahorro de costes en Australia de 739.345 millones de euros, los costes de inversión serían descomunales y mayores, unos 1.102.066 millones de euros. *Esto indica que hay que seleccionar estrategias complementarias y optimizar los recursos: no se trata de sumar todas las estrategias sino seleccionarlas y combinarlas adecuadamente según los recursos o redes de agentes disponibles previamente, y adaptarlas culturalmente.*

2) El grupo de Análisis de Coste-Efectividad en Obesidad de Australia (GdVA, 2006) publicó uno de los escasos estudios económicos comparativos entre diferentes tipos de intervención para prevenir la obesidad infantil. La conclusión fue que las campañas publicitarias -fundamentalmente televisivas y educativas- y reducción de horas de televisión, los programas de ejercicio orientados selectivamente a grupos de niños obesos, la intervención pediátrica de atención primaria selectiva a niños con obesidad y aquellos de actividades físicas extraescolares que incorporaban la educación de los padres fueron coste-efectivos.

En cambio otras como las actividades de caminar hacia la escuela, actividades físicas extraescolares sin involucrar a los padres no lo fueron. En España, la experiencia del programa PERSEO de la estrategia NAOS aborda fundamentalmente las actividades educativas y de campañas. El Ejercicio Te Cuida combina la acción pediátrica y ejercicio selectivo a niños con obesidad o sobrepeso basado en la formación de habilidades deportivas y sociales para integrarse tras unos meses en programas generales deportivos o recreativos con otros niños. Y el programa MOVI combina las actividades físicas extraescolares y la educativa a padres y niños. Los buenos resultados disponibles iniciales de los dos últimos programas basados en ejercicio físico indican la factibilidad de adaptar eficientemente estos programas en el marco español. Los tres programas españoles son complementarios, y de hecho tienen población objetivo con perfiles distintos.

No se disponen de referencias de coste-utilidad en los niños similares a las citadas en adultos dado el déficit internacional de una metodología de evaluación económica plenamente aceptada en niños basada en las utilidades derivadas de la calidad de vida relacionada con la salud (Kind, Klose et al. 2015).

3) La promoción de la autonomía personal puede retrasar varios años las prestaciones asociadas, según la causa de dependencia (caídas, obesidad, diabetes, accidentes cerebrovasculares, etc.).

4) La promoción del transporte a pie, en bicicleta o en transporte público (combinación de transporte mecanizado y no mecanizado)

reduciendo el transporte emisor de CO₂ supone, aparte de sus efectos saludables como ejercicio, reducción del impuesto ecológico, y de enfermedades respiratorias.

3.3. Recreación y valor económico percibido del tiempo de ejercicio físico.

La estimación del coste desde la perspectiva social de la práctica deportiva implica sumar a los costes del servicio o sistema aquellos costes percibidos de su tiempo dedicado a desplazarse y practicar ejercicio físico en vez de otra actividad (Jara-Díaz, 2007). El coste del tiempo ha sido frecuentemente estimado por el coste equivalente a su salario laboral neto o al salario mínimo interprofesional, pero la utilidad y el coste percibido en el deporte requiere de matices porque no sólo aporta la utilidad en términos de la anticipación de los beneficios en salud como otra tecnología sanitaria (medicamentos, consultas, etc.), sino también del divertimento u ocio ofrecido durante la actividad (Cohen, 1988) si ha sido programada adecuadamente. Así, un estudio sueco reciente (Hagberg L. A., 2009) también cuestiona esta estimación equivalente al salario dado que las personas sin experiencia deportiva, poco activos físicamente, estimaron que el coste del tiempo de práctica deportiva en su tiempo libre equivale a un 26% del salario neto equivalente, y las personas con hábito de ejercicio físico regular lo perciben como un 7% dado que tienen más experiencias positivas vinculadas a esta práctica saludable. Adicionalmente, el peso comparativo de los beneficios en salud respecto al divertimento o placidez de la práctica deportiva decrece con la experiencia o tiempo realizando actividad física. La transferencia a la práctica de este conocimiento científico implica, por ejemplo que:

a) *La eficiencia del ejercicio físico saludable es mayor de la que se creía.* Gran parte de la evidencia científica de la eficiencia o coste-efectividad de la práctica deportiva para la salud que ha estimado el coste del tiempo de actividad física equivalente al salario, ha infravalorado la eficiencia de esta tecnología de salud.

b) *Eficiencia y adherencia creciente del ejercicio físico saludable.* El tiempo dedicado a esta intervención o tecnología saludable es percibida de forma progresiva menos costosa y más eficiente respecto a otros bienes o servicios que mantengan o aumenten su coste (salarios, medicamentos, otras formas de ocio menos activos físicamente, etc.), y por lo tanto, una vez que la persona se ha iniciado en la práctica deportiva y percibe sus beneficios (durante y tras la práctica), tiene capacidad de adherencia desde esta perspectiva económica social, teniendo en cuenta a la persona. *La importancia que la persona da a la práctica deportiva aumenta con su práctica.*

c) *Evaluar y asesorar sobre las mejoras en salud.* El asesoramiento periódico sobre las mejoras en salud e informar a la persona que realiza el hábito deportivo, especialmente al principio de iniciar un régimen de ejercicio físico, abaratará el coste percibido del deporte y la actividad física, mejorando asimismo la adherencia y eficiencia. Así, es importante incluir en el sistema deportivo saludable profesionales del deporte con capacidad de valoración y asesoramiento (por ejemplo, médicos del deporte o graduados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte), pero se recomienda que su coste (salario, recursos materiales, etc.) por persona poco activa físicamente

incorporada al sistema debe ser inferior al 15% del salario mínimo interprofesional neto para que haya margen de disminución en los costes percibidos (desde el 26% en sedentario al 7% del más experimentado).

d) *Se deben programar actividades eficaces para las necesidades de cada persona, pero también motivantes o divertidas.* Las actividades físicas placenteras que los profesionales del deporte programen serán percibidas como menos costosas o más eficientes por las personas que las meramente mecánicas, especialmente en las personas que realizan actividad física regular durante más tiempo, se han de renovar periódicamente los ejercicios.

Así, en conjunto, el profesional del deporte ha de ser motivador, un dinamizador deportivo saludable, tanto en personas poco activas físicamente como en aquellas que tienen hábitos de ejercicio físico regular durante más de 6 meses, para mejorar la eficiencia del sistema deportivo para la salud.

4. ANÁLISIS RE-AIM DE UNA PRÁCTICA REAL: EL EJERCICIO TE CUIDA.

4.1. Metodología.

A continuación presentamos una práctica real coordinada por los autores denominada El Ejercicio Te Cuida. Se han propuesto varios modelos internacionales de análisis con ítems para evaluar y comparar las diferentes intervenciones en salud que se pueden adaptar a programas de promoción de la actividad física saludable, y la mayoría coinciden en considerar tanto los aspectos de eficacia en resultados de salud individuales como la gestión de los pro-

gramas (establecimiento de objetivos, forma de reclutamiento de la muestra y su ampliación progresiva a grupos sociales con desventaja, recursos para la implementación, intersectorialidad y alianzas usadas, adaptación o modificación del entorno de aplicación, seguimiento y maneras de promocionar la continuidad y financiación de los programas). Uno de estos modelos, el modelo de análisis Re-AIM, está bastante extendido por su origen estadounidense con aportaciones europeas lo que facilita la comparación con otros programas. Consecuentemente, este apartado constará de dos aspectos: análisis de resultados basado en la metodología estandarizada Re-AIM que consta de 4 fases, y una pequeña discusión de dichos análisis para que el lector pueda extraer recomendaciones más allá de la práctica presentada como ejemplo.

4.2. Modelo de análisis RE-AIM.

Este es un modelo general de análisis de prácticas de programas de salud iniciado por Rusell E. Glasgow (1999) de Kaiser Permanente Colorado que, posteriormente ha ido desarrollándose con participación de otros colaboradores o científicos (Glasgow, Vogt et al. 1999; Gaglio, Shoup et al. 2013). Los objetivos de este modelo de análisis son:

- Evaluar sistemáticamente programas de investigación.
- Revisar y comparar programas de promoción de la salud y biomédicos.
- Guiar la transferencia a la realidad.
- Mejorar los programas.
- Buscar la sostenibilidad del programa.

La evaluación sistemática consta de 5 dimensiones, dos de ellas subdivididas en dos niveles

de análisis, a nivel de resultados individuales o de gestión organizativa:

- **Reclutamiento** (Reach) o alcance a nivel de resultados individuales
- **Efectividad** (Effectiveness) de los resultados individuales de los usuarios participantes
- **Adopción** (Adoption) por parte del soporte organizativo: a) de los grupos de usuarios y sus controles (grupo control específico o base de datos externa -por ejemplo, datos normativos de la población general-), b) por parte del personal o agentes participantes en la alianza para desarrollar el programa.
- **Implementación** (Implementation), describir qué funcionó o qué se tuvo que adaptar para que funcionara.
- **Mantenimiento** (Maintenance) a través del seguimiento de la adherencia o consolidación de: a) la participación de los usuarios a nivel individual, b) sostenibilidad y adaptación a medio-largo plazo.

Cada una de las dimensiones contiene de 4 a 6 ítems según la última versión de sus creadores en 2013 (23) para verificar el control y logro de objetivos.

Descripción básica del programa *El Ejercicio Te Cuida*.

El servicio *El Ejercicio Te Cuida* disponía de tres programas de ejercicio físico claramente diferenciados por el perfil del usuario objetivo:

- a) El inicial "*Ejercicio Te Cuida*" para personas mayores de 55 años con problemas de obesidad moderada o sobrepeso, depresión moderada según el cuestionario Geriatric Depression Scale o una reducción de la calidad de vida menor del 80% estimada con

el cuestionario de calidad de vida EQ-5D-3L, equivalente por ejemplo a tener problemas moderados en dos de las siguientes dimensiones: movilidad, autocuidado, tareas cotidianas, dolor o malestar, o ansiedad o depresión;

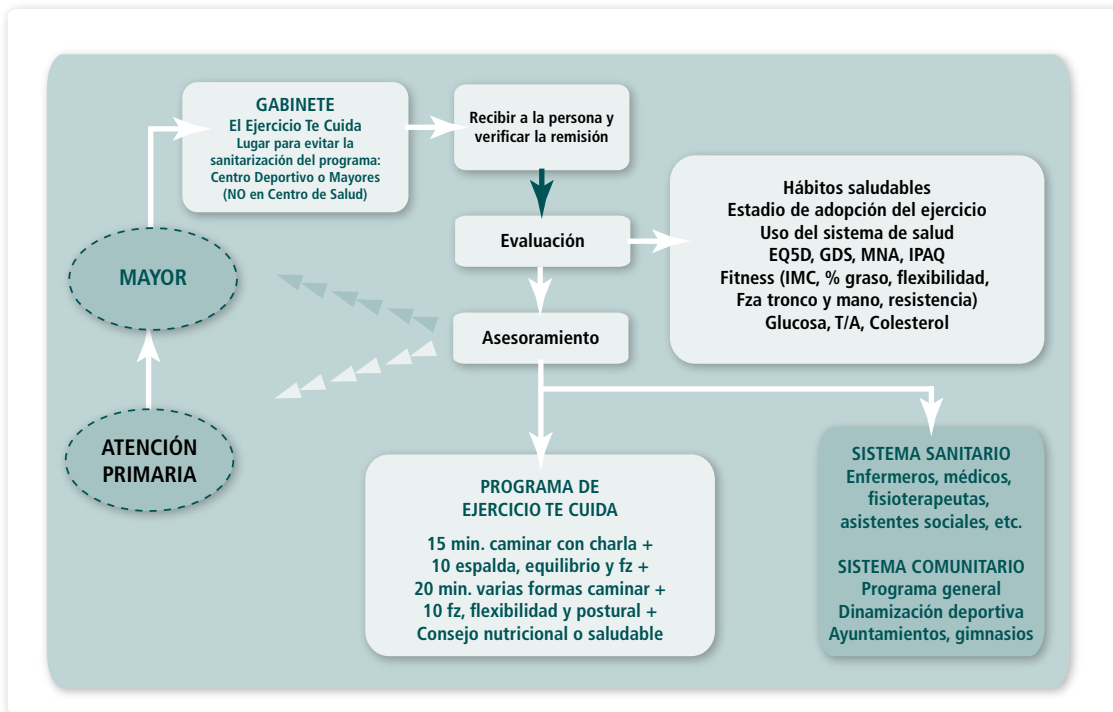
b) Programa “Muévete con Nosotros” para niños con obesidad moderada o sobrepeso con un nivel de actividad física bajo y algún problema en una de las dimensiones del EQ-5D-Y similares a las descritas anteriormente (nota: es común que los niños tengan algún problema de ansiedad o preocupación)(Ravens-Sieberer, Wille et al. 2010);

c) Programa “Capaces” para personas con discapacidad.

Los resultados del análisis se centrarán en el programa destinado a las personas mayores de 55 años. La Figura 1 ilustra el funcionamiento básico del programa en mayores. Cuando una persona mayor acude a un equipo de atención primaria y éste detecta que cumple alguno de los requisitos de obesidad, colesterol alto, diabetes o ansiedad/depresión moderada, es remitida a un licenciado en Ciencias del Deporte, contratado específicamente para ello y que trabaja en un gabinete habilitado en algunos centros de mayores de la Junta de Extremadura. Este profesional periódicamente evalúa y aconseja a las personas remitidas en cuanto a nivel de capacidad funcional, salud relacionada con la calidad de vida, parámetros de salud, etc.. Posteriormente les ofrece un programa de ejercicio de 2 a 4 días a la semana basado en caminar y realizar ejercicios amenos en grupo. Así la persona remitida que cumple aquellos criterios de inclusión en el programa, recibe el apoyo social del técnico saludeportivo y de

sus compañeros de ejercicio, equipo de atención primaria y centro de mayores. Todo este proceso es coordinado, controlado y evaluado objetivamente “por la Oficina “El Ejercicio Te Cuida”. Asimismo, hay reuniones con una periodicidad mensual de los dinamizadores saludeportivos con el responsable de la oficina central para innovar, adaptarse y formarse permanentemente a nuevas situaciones que van apareciendo como nuevos retos (pacientes ciegos, con bastón, etc.) y homogeneizar las actuaciones.

Figura 1. Protocolo de actuación-dinamización.



Así este proceso de cribaje y remisión desde los centros de salud selecciona las personas más susceptibles de beneficiarse y consigue soporte y sinergias entre los centros de salud y los dinamizadores saludeportivos del programa. Asimismo, los equipos de atención primaria criban los pacientes crónicos que pudieran tener complicaciones (enfermedades graves o agudas: fases agudas de dolor de espalda, renales, mentales, obesidad mórbida, etc.) y tuvieran que ser tratadas más eficientemente por personal sanitario especializado ya existente según el protocolo vigente (médicos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.).

El programa también incluye la evaluación periódica desde varios puntos de vista: socio-demográfico, uso de recursos socio-sanitarios (consultas, medicamentos, etc.), salud relacionada con la calidad de vida y economía de la salud, y batería de condición física (equilibrio,

movilidad, capacidad de caminar rápido, fuerza, flexibilidad y resistencia). Se incorpora esta evaluación siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud para las buenas prácticas o ejemplos de programas de promoción de la salud para poder reajustar y mejorar progresivamente el programa. También es relevante evaluar e informar periódicamente a los participantes así como al equipo de atención primaria remitente a través de un informe estandarizado como elemento de refuerzo y motivación en relación al programa para el seguimiento adecuado de las personas participantes. Asimismo se ha de innovar o cambiar periódicamente algunos ejercicios para mantener la motivación y adherencia de los participantes.

4.3. Resultados.

A continuación se describen los resultados más relevantes de forma esquemática siguiendo los principales ítems incluidos en el modelo RE-AIM.

Reclutamiento de usuarios: ¿cómo se llegó a la población objetiva?

El porcentaje de exclusión del grupo control o intervención las personas que llegaron cribadas y remitidas por los servicios sanitarios de atención primaria fue menor del 2%; sólo algunas personas que se les detectó alguna patología grave tras las entrevistas cualitativas como, por ejemplo, ser operado de ataque cardíaco menos de 1 mes antes o dolor articular que impedía realizar la prueba de 6 minutos caminado. Esta prueba caminando era excluyente porque el programa de ejercicio incluye caminar de forma importante. Sin embargo, no disponíamos de datos concretos para conocer cuántas personas remitidas por el personal sanitario de atención primaria no acudía al servicio deportivo para ser evaluado y asesorado.

No se observaron diferencias importantes antes de aplicar en programa en las variables principales (calidad de vida relacionada con la salud y fitness) entre los participantes en el programa y el grupo control (personas que vivían en zonas geográficas donde el programa aún no se implementaba). La comparación de las características de línea base medidas el primer año de reclutamiento entre las personas del grupo intervención (n=2.314 personas) y control (n=600 personas) tras un año se presentan en el estudio recientemente publicado (Gusi, Hernández-Mocholi et al. 2015).

Por otro lado, el reclutamiento fue apoyado

con cartelería en los centros de salud y sociales tras haber presentado el programa mediante sesiones informativas a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales, y cuñas publicitarias en la radio regional y local. Asimismo los propios Consejeros de Sanidad, Cultura y Bienestar Social apoyaron en presentación a los medios de comunicación ante la sociedad y diferentes directores generales en sus consejerías apoyaron el programa como, por ejemplo, los de Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Farmacia, Deportes, Bienestar, Autonomía Personal y Dependencia, y también se desarrollaron alianzas con otros sectores.

Eficacia o efectividad: ¿Cómo saber si es efectiva la intervención?

El programa se evaluó desde diferentes perspectivas:

- 1) Evaluación de resultados individuales (progresión individual de cada paciente cada 6 meses) y grupales de todos los resultados individuales de pacientes participantes y controles. Evaluación de resultados fundamentalmente de:
 - Condición física.
 - Salud relacionada con la calidad de vida medida con el cuestionario EQ-5D-3L.
 - Uso del sistema sanitario (fármacos, consultas, etc.).
 - Hábitos nutritivos.
 - Impacto mediático desde la perspectiva organizacional (número de presencia en medios de comunicación -prensa, televisión, webs- distribuido a nivel local, regional, nacional y su precio de mercado si hubiera que pagarlo).
 - Economía de la salud (coste-utilidad del programa).

2) Evaluación y auditoría metodológica de los procesos: fiabilidad e Inspección y control de calidad de que los procesos se ejecutan adecuadamente mediante visitas "sorpresa".

3) Evaluación del proceso de construcción de estructuras y capacidades para la promoción del ejercicio físico (transferencia del sistema científico-técnico al político) a través del programa europeo PASEO (Building Policy Capacities for Health Promotion through Physical Activity among Sedentary Older People) financiado por la European Commission –Directorate General Health and Consumer Protection (Dirección General de Sanidad y Consumo).

Las medidas principales de evaluación fueron: la calidad de vida relacionada con la salud, el número de visitas de atención primaria, y el nivel de fitness. Se realizaron análisis a través de subgrupos de edad y compararon los datos de fitness entre las personas que tenían problemas o no en cada una de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Concretamente, se han publicado de forma novedosa, pero consistente con los conocimientos anteriores en la literatura científica específica, los datos normativos de fitness y calidad de vida por subgrupos de edad (Gusi, Prieto et al. 2012), y su relación para determinar los posibles puntos de corte, validez de contenido o de predicción de problemas de calidad de vida en base a los resultados obtenidos en las pruebas de fitness (Olivares, Gusi et al. 2011).

De acuerdo a la estructura de análisis Re-AIM, los resultados del programa se presentan en el apartado de mantenimiento.

Adopción por el entorno/entidades: ¿Cómo se desarrolló el soporte organizativo?

El método Re-AIM distingue dos niveles de análisis de la dimensión adopción: a nivel de entornos o zonas en las que se intentó aplicar el programa, y b) respecto al personal que interviene.

El programa inició su andadura en enero de 2007 atendiendo 22 poblaciones con 22 dinamizadores saludeportivos, y progresivamente en 2 años fue demandado el programa hasta llegar a 130 poblaciones con 37 empleados contratados. Tras 3 años se llegó a atender 2-4 sesiones semanales a más de 8.000 usuarios en Extremadura con sólo 37 dinamizadores contratados, y había demanda para ampliarlo. Sólo se tuvo que suprimir la atención a un pueblo pequeño que no respondió su población con la participación en el programa. Por lo tanto, menos de un 1% de abandono de las zonas que se atendieron. Además, existía demanda de los ayuntamientos para que este programa regional se implementara a nivel local en sus municipios. De hecho, algunos ayuntamientos financiaron su propio programa paralelo para avanzar su implantación. Por lo tanto, fue un programa muy solicitado al ver el éxito y demanda en los pueblos cercanos que ya lo tenían. De todas maneras, este éxito fue posible tras unos primeros meses difíciles hasta que no se vieron las implementaciones en lugares cercanos, y a la labor de la plantilla de trabajadores contratados que por su motivación y formación adicional a su titulación incluyendo el desarrollo de habilidades para desarrollar redes y alianzas locales fueron solventando las barreras para que los diversos pueblos adoptaran el programa. Inicialmente, la contratación se basó en una evaluación

individual de los candidatos que constó de un asesoramiento cuantitativo (méritos basados en titulaciones y experiencia laboral previa) y cualitativo mediante una entrevista personal en la que una parte importante se centraba en preguntar al candidato como solucionarían diferentes problemas de reclutamiento o falta de colaboración con agentes políticos o sanitarios locales. La formación adicional a los candidatos que superaron el concurso de méritos para ser contratados consistió en 2 días con sesiones de formación en seminario con médicos de atención primaria del grupo de investigación y con el director del programa. Por lo tanto, el personal empleado se caracterizaba por mostrar ciertas capacidades o iniciativas sociales para tratar con usuarios mayores y con agentes comunitarios y sanitarios. Por ejemplo, comentaban la posibilidad de incorporarse inicialmente a actividades locales (festivales de la salud con stand del programa, bailes de fin de semana, reuniones informativas con los centros sanitarios, colaboración con las web locales de información de la población por lo que tenían acceso a medios de comunicación para presentar el programa). Adicionalmente, había una reunión cada 2 semanas los primeros 3 meses, y luego 1 mensual en la que todos los dinamizadores se reunían juntos con el director para comentar en voz alta los problemas o barreras y cómo solventarlas en formato de métodos cualitativos para asesorar a los trabajadores. Por ejemplo, hubo barreras socioculturales en algún pueblo porque al inicio muchas mujeres no participaban porque sus maridos veían mal que salieran a caminar con un extraño (el dinamizador saludeportivo, hombre o mujer, o iniciar el nuevo hábito de caminar en grupo con otras personas del pueblo con diferencias socio-culturales (por ejemplo, inmigrantes y nativos de nacimiento en ese lugar). Una ba-

rrera de difícil solución fue la incorporación de un número mayor de hombres en los grupos de actividad física porque les costaba unirse a grupos mayoritariamente de mujeres y actividades de intensidad baja.

La adopción por parte del personal más implicado fue diversa. De los profesionales de la actividad física sólo dos dinamizadores saludeportivos abandonaron el puesto de trabajo por mejora laboral y no expresaron quejas y fueron participativos durante su período laboral de 2 años previos. Cuatro dinamizadores de los 37 contratados fueron advertidos para que adoptaran el trabajo encomendado con la dedicación debida tras detectar en los controles (llamadas a personal local -sanitarios, personal de ayuntamientos) una baja participación no justificable.

La adopción por parte de los agentes sanitarios locales que tenían la misión de cribar y remitir a los pacientes fue dispar. En unas zonas geográficas con un dinamizador eran muy participativos (más del 50% de los médicos o enfermeros activamente remitían y motivaban a los pacientes), pero el 70% de las zonas geográficas remitían un porcentaje inferior. Es decir, la creación de una cultura de la remisión con prescripción regular de ejercicio físico fue complicada los primeros 12 meses. Esta observación es consistente con lo expresado por directores de programas comparables en otras regiones o países. Las principales barreras para los profesionales de los equipos de atención primaria que prescribieran y remitieran pacientes al programa eran: a) cambio de hábitos ante una gran saturación de programas nuevos con protocolos distintos en marcha en los centros de atención primaria –debían priorizar-, b) no confiaban en que un nuevo

programa se mantuviera estable porque están acostumbrados a ver muchas campañas nuevas y lo que buscan son programas estables que puedan incorporar a su práctica clínica de forma regular, c) estaban desanimados porque durante años habían recomendado ejercicio físico y los pacientes no seguían el consejo verbal. Básicamente, afrontamos estas barreras mediante: a) la simplificación de su actuación (sólo tenían que marcar un volante con 3-4 cruces y motivar para acudir al gabinete del dinamizador saludeportivo que ya le asesoraría y así ahorra tiempo de visita el personal sanitario), y la muestra de los primeros resultados de los programas –reducción de visitas, control de colesterol y mejoras de depresión, además presentamos ejemplos de compañeros sanitarios con buenas experiencias recomendando su utilización; b) nos aliamos con otros programas estables (plan de diabetes, nutrición, etc.) para que se viera una acción más sinérgica y estable de los programas; c) recomendábamos a los pacientes que le informaran o mostraran su informe individual de evaluación periódico –al inicio y cada 6 meses- a su médico y enfermera, así se reforzaba el recordatorio del personal sanitario y el personal sanitario daba soporte social sencillamente asintiendo con un programa evaluado.

Implementación: ¿Cómo aseguro que se aplique adecuadamente?

Asimismo, las reuniones periódicas del director con los dinamizadores fue clave para homogeneizar los métodos de actuación en la valoración e implementación del programa, motivar y ayudar a afrontar las barreras, dificultades y desmotivaciones por la dificultad de reclutamiento de usuarios o apoyo local, especialmente durante los primeros 3 meses.

Estas reuniones periódicas sirvieron para transmitir nuevas adaptaciones de programa y motivarles para mejorar y aprender –un factor clave del éxito del programa era que recibían refuerzos de motivación mediante el aprendizaje de nuevos ejercicios y técnicas para implementar ejercicios, nuevas actividades y estrategias para conectar con los agentes locales y regionales-. Por ejemplo, los trabajadores de la actividad física comentaban 1-2 ejercicios nuevos que habían preparado e implementado, y eran subidos a una plataforma web donde comentaban entre ellos aspectos técnicos con lo que mejoraban mucho y mantenían una cohesión y sentido de pertenencia. Esta cohesión era básica porque cada trabajador del deporte actuaba en diferentes zonas geográficas distantes entre sí, y en muchas ocasiones lejos de su población de origen durante la semana.

El coste de la intervención: aparte de los recursos institucionales –por ejemplo, cesión de despachos para albergar a los dinamizadores, estructura de atención primaria, hogares de mayores, instalaciones deportivas públicas mayoritariamente se usaron caminos rurales y parques-, el presupuesto del programa fue el siguiente entre 2006 y 2010: 256.000€ (2006), 500.000€ (2007), 800.000€ (2008), 1.060.000€ (2009 inicio de la “RECESIÓN ECONÓMICA”), 1.060.000€ (2010). En la actualidad prosigue combinando o co-financiándose con recursos regionales, locales o pagos de los usuarios. Estas partidas económicas se destinaban fundamentalmente a los salarios y desplazamientos entre localidades de los dinamizadores saludeportivos y equipo investigador y coordinador, la adquisición y mantenimiento del material de evaluación y deportivo de implementación, y las campañas publicitarias al inicio del programa con cartelería y uniformes de los trabajadores.

El retorno estimado por euro invertido desde la perspectiva social de análisis de coste utilidad varió entre el euro (no retorno) y los 32 euros, dando una media de 12-14 euros de retorno. Las variaciones se daban fundamentalmente por el perfil del usuario al acudir al programa, así los que más se beneficiaron eran las personas que tenían diabetes, problemas de dolor o problemas de depresión que redujeron drásticamente los problemas de ansiedad/depresión, ingesta de medicamentos y las consultas de atención primaria asociadas. En cambio, las personas que partían con niveles de calidad de vida mayor, lógicamente no mejoraban tanto. Sin embargo, un reto es la evaluación del impacto del programa en la prevención de la dependencia prematura y alargamiento del período de autonomía personal con el envejecimiento que podrá ser evaluado en pocos años.

Mantenimiento: ¿Cómo mantener el programa?

Los participantes en el programa durante el primer año y medio (n=4.000) redujeron significativamente un 29% de las consultas de atención primaria y coste farmacológico que supuso un coste por año de vida ajustado a calidad de vida inferior a 3.000 euros (la referencia del umbral de inversión aceptable en España oscila habitualmente entre los 25.000 y los 40.000 euros en 2009). Este resultado se fundamentó en la mejora de la condición física, la socialización, reducción de la ansiedad/depresión y reducción del dolor. Se están publicando los resultados tras un año de intervención desagregados por condición física y salud relacionada con la calidad de vida destacando las mejoras en movilidad, fuerza muscular -evitando sarcopenia- y equilibrio que ha supuesto una reducción en

el número de caídas. (Gusi, Hernández-Mocholi et al. 2015). Asimismo, se están preparando artículos con los resultados obtenidos describiendo los efectos comparativos en personas con problemas de salud diferentes comparados con el resto, por ejemplo, un 35% de participantes del programa El Ejercicio Te Cuida (ETC) que sufrían depresión suave, moderada o alta según el cuestionario específico Geriatric Depression Scale (GDS), no sufren depresión tras 12 meses, mientras que el nivel de depresión de las personas evaluadas y que no participaron en el ETC se mantuvo constante.

Un aspecto relevante es que el programa piloto, un estudio randomizado en 104 mujeres mostró un coste de 454 euros/AVAC, en cambio la aplicación práctica en una población superior a 2.500 personas oscila aproximadamente según el año entre 3.000 y 6.000 euros/AVAC, que sigue siendo muy rentable y eficiente pero casi 10 veces menos eficiente que el estudio controlado randomizado. Las razones fundamentales son que el estudio piloto no tenía tantos costes de publicidad, uniformes, desplazamientos, etc., la selección o cribaje de los pacientes fue más severa (personas más sedentarias y más problemas de salud), y el personal sanitario involucrado en la investigación estaba altamente implicado.

Ya hemos comentado anteriormente que el programa se mantiene tras 10 años a pesar de la crisis económica, eso sí con menos financiación pública regional, y con más soporte local o ciudadano pagando tasas dado que se ha creado una demanda importante.

Este programa de la Junta de Extremadura ha sido galardonado con el PREMIO ESTRATEGIA NAOS en el Ámbito Familiar y Comunitario

año 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social (entrega 2010), ha sido catalogado por la Dirección General de Salud Pública de la Unión Europea como buena práctica en Salud Mental, 2010, y catalogado por European Union HEPA-Organización Mundial de la Salud como buena práctica para niños, 2010. Asimismo, partes de este programa se ha diseminado a través de un proyecto de la Unión Europea denominado Senior Sport, coordinado por la Junta de Extremadura.

4.4. Discusión.

Uno de los principales retos es reclutar, cribar y motivar para iniciar las intervenciones de actividad física en la población que deseamos, general o específica. Si bien los formularios con propaganda en las oficinas o centros de salud (18 euros/paciente reclutado), el envío de cartas (78 euros/paciente reclutado) y las llamadas telefónicas son estrategias baratas, la invitación médica directa para participar en el programa de ejercicio físico o la derivación a un gestor salud deportivo es la estrategia más fácil de administrar, permite cribar debido al conocimiento previo del equipo de atención primaria, el respeto al equipo sanitario de la población adulta general, y menos costosa dado que ya se integra el consejo de ejercicio en la práctica habitual, por lo que su coste incremental es mínimo, sobre todo si comporta la reducción de visitas esperada. Sin embargo, la eficiencia derivando pacientes varía mucho si es a programas no supervisados por profesionales o a lugares con programas supervisados con un gestor o profesional deportivo. Así los expertos, tras comparar diferentes alternativas en población adulta general suelen recomendar las estrategias basadas en la derivación de atención primaria a programas supervisados

que tiene una efectividad del 70-80% de la población derivada frente al 50-60% obtenido por correo, y el apoyo de campañas publicitarias en medios de comunicación de masas (Harrison, McNair et al. 2005; Gusi, Reyes et al. 2008; Muller-Riemenschneider, Reinhold et al. 2009) De hecho, el consejo sanitario del equipo de atención primaria es efectivo para la promoción del aumento de la actividad física en España (Herrera-Sánchez B., 2006).

Dentro del reclutamiento, es importante atender al cribaje para ofrecer la recomendación o perfil de programa más eficiente a cada persona, y no el más eficaz a todos porque podría ser muy costoso y no recibir los retornos adecuados. Por ejemplo, el Consenso SEEDO 2007 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Salas-Salvado, Rubio et al. 2007) destaca dos abordajes preventivos: universal basado en campañas educativas dada la gran prevalencia del problema vinculado al sobrepeso y del sedentarismo, y otro selectivo dirigido a aquellos que pueden obtener mayores mejoras empleando como herramienta selectiva y la circunferencia de la cintura. De esta manera establece de una manera rápida y razonable niveles de riesgo relativo de presentar comorbilidades mayores:

- bajo (ninguno o ligeramente aumentado),
- moderado (aumentada o alto), y
- muy alto.

El programa del Ejercicio Te Cuida también disponía de criterios de evaluación para definir los perfiles o criterios de inclusión preferentes: a) en personas mayores con años ajustados a calidad de vida menores del 80% para que tuviera un margen de mejora de al menos un 10% que justificara el coste del programa

(salarios de los empleados del programa, material, campañas publicitarias, etc.), índices de depresión o movilidad comprometida, riesgo moderado de caídas y sobrepeso, b) en niños con obesidad o sobrepeso se puede justificar el programa durante un período de tiempo en niños con dicho problema y déficits en el nivel de actividad física semanal, habilidades deportivas o sociales necesarias para integrarse en grupos de población infantil general, pero el programa no puede atender a niños bien integrados y participantes en programas generales más baratos.

En el Reino Unido se han desarrollado numerosos esquemas de derivación de miles de ciudadanos sedentarios desde los equipos de atención primaria a programas de 10-12 semanas implementados por los servicios locales (municipios, mancomunidades, etc.). Estos programas son socialmente muy aceptados y respaldados políticamente, y muy coste efectivos a corto tiempo dado que cuestan unos 500 euros por Año de Vida Ajustado a Calidad de Vida (AVAC), cuando la disposición social a pagar cada AVAC es en España de unos 40.000 euros (¡80 euros de retorno en capital salud por euro invertido!). Sin embargo, han mostrado que son poco sostenibles en el tiempo si no se perdura en el soporte social e implementación del programa supervisado porque se pierde el hábito deportivo en casi el 90% de los participantes (Harrison, Roberts et al. 2005). Es decir, una vez pasado el programa de 12 semanas es difícil que se haya creado el hábito y los beneficios en salud se pierden paulatinamente.

En España disponemos de varias experiencias internacionales relevantes desarrollando este modelo de derivación desde la atención primaria: programa catalán PIP/PEFS testado

en adultos, programa extremeño El Ejercicio Te Cuida testado en mayores (Gusi, Herrera et al. 2008; Gusi, Reyes et al. 2008) y niños con obesidad (Gusi, Parraca et al. 2009), programa castellano-manchego MOVI (Sánchez-López y Martínez-Vizcaíno, 2009) testado en población de niños en escenario extraescolar, etc. El programa catalán PIP comprobó que era aplicable la adaptación del modelo británico a corto plazo a la sociedad española y añadió la posibilidad de atender personas con alto riesgo mediante ejercicio físico especializado gracias a la inclusión del médico deportivo como gestor saludeportivo médico. El programa extremeño El Ejercicio Te Cuida ha obtenido porcentajes elevados de adherencia o seguimiento al programa de los que lo iniciaron (superior al 79%), incluyendo el soporte social del gestor saludeportivo: asesoramiento periódico cada 6 meses, del monitor de ejercicio físico (3-5 días a la semana) estable en el tiempo (no sólo 2-3 meses) y comentario con su equipo de atención primaria. El programa piloto de 6 meses que soporta la evidencia obtuvo una rentabilidad similar a la británica de unos 380 euros en 2009 por AVAC ganado dado que los programas de intensidad moderada –comunes en los programas de deporte y salud- requieren más de tres meses para optimizar sus beneficios en términos de salud, y se aplicó el piloto en personas mayores de 60 años, con mayor margen de mejora. Este programa requiere de una mayor inversión al atender directamente más personas más tiempo -años-, pero sus beneficios y rentabilidad perduran en el tiempo previniendo la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud respecto a aquellos que no están en el grupo de intervención. Tras el piloto, el programa se aplica progresivamente a ciudadanos sedentarios en diferentes edades durante más de 12 meses (algunos más de 3 años) preservando

los beneficios comparativamente a los que no usan el servicio (grupos control). El programa MOVI (Sánchez-López y Martínez-Vizcaíno 2009) también ha obtenido una alta adherencia en niños incorporando al modelo asesoría periódica a niños y padres, y supervisión del ejercicio físico estable en el tiempo. El programa de la Junta de Extremadura "Muévete con Nosotros" (Gusi, Parraca et al. 2009), en el escenario del programa "El Ejercicio Te Cuida", destinado a niños con sobrepeso u obesidad incluyó un enfoque novedoso, exitoso y diferencial a los programas convencionales destinados a la reducción del peso o índice de masa corporal. El enfoque de promoción de la actividad física se centró en la mejora de la autonomía personal y autoestima de los niños en las actividades físicas con otros niños mediante el desarrollo de sus capacidades deportivas necesarias para participar en actividades con otros niños y sociales para afrontar posibles aislamientos o acosos, incorporarse o crear grupos de juego con los que la participación y nivel de actividad física de los niños aumentó en el programa, pero también fuera del programa (en el patio de la escuela, amigos fuera del ámbito formal deportivo, unirse a grupos deportivos formales como los propiciados por el programa MOVI), y no directamente a la reducción del peso o índice de masa ósea, para promocionar la actividad física en niños con obesidad moderada también ofrece buenas prestaciones para iniciar el hábito en un curso académico. Estos dos programas en niños parecen complementarios.

El porcentaje esperado de incremento de personas, previamente sedentarias, que realizarán ejercicio físico al menos 3 días, tras ser aconsejados y derivadas por los equipos de atención primaria en el Reino Unido fue del 11 al 14% en aquellos derivados a programas

supervisados de caminar y centros deportivos respectivamente, y del 7% en aquellos que sólo recibieron consejo. En España, el programa extremeño el Ejercicio Te Cuida incluye el gestor o dinamizador saludeportivo, campañas de reforzamiento de la remisión de los equipos de atención primaria, ejercicio con supervisión y una evaluación periódica cada 6 meses obteniendo porcentajes superiores. Tanto en Inglaterra (Hagberg and Lindholm, 2005) como en España (Gusi, Reyes et al. 2008), el 79% de las personas remitidas por los equipos de atención primaria acudieron a la visita con el gestor saludeportivo, sobre todo aquellos referidos por problemas específicos de salud (cardiovascular, obesidad y mental), pero el ritmo de remisión del equipo de atención primaria, un 4% de la población en 3-5 años en Inglaterra, varió mucho según el equipo y población. Así es un programa popular y bien valorado por los ciudadanos pero que requiere estimular la participación de los médicos de atención primaria (Harrison, Roberts et al. 2005; Gusi, Reyes et al. 2008). Esto indica una gran variabilidad de práctica que puede mejorarse con motivación, por ejemplo a los equipos de atención primaria (Harrison, McNair et al. 2005). Respecto al seguimiento del programa de ejercicio físico derivado de atención primaria entre los reclutados, cercano a su lugar de residencia, tanto en España como en otros países que incluyeron supervisión y medición periódica con informe oscila habitualmente entre el 80 y el 90% tras, al menos 6 meses de duración (King, Rejeski et al. 1998; Gusi, Reyes et al. 2008). Aunque puede haber variaciones grandes según el soporte social del grupo recibido entre el 35 y el 85% (Harrison, Roberts et al. 2005).

4.5. Conclusiones y recomendaciones.

Un programa de remisión de las personas desde el sistema sanitario o social al deportivo puede integrarse sinérgicamente para ser más eficiente pero es recomendable que se atiendan y adapten cultural y socioeconómicamente determinados aspectos para mejorar la eficiencia y viabilidad de dicha integración. Se presentan a continuación determinadas recomendaciones para la preparación y desarrollo de un programa de ejercicio físico integrado en la atención de las personas para promover su salud y autonomía personal:

- Si bien la organización y financiación pública o privada puede ser internacional, nacional o regional, es precisa la implementación y adopción por el nivel local (ayuntamientos, asociaciones, etc.) que es el entorno donde habitualmente se desenvuelve la persona o usuario.
- Incluir el seguimiento del nivel de formación del personal implicado y, si es necesario, capacitar a los profesionales, por ejemplo los profesionales de la actividad física para establecer o promocionar las relaciones intersectoriales con los agentes sanitarios, sociales o locales.
- El cribaje o segmentación de los usuarios en el reclutamiento es clave para obtener mejores eficiencias al ofrecer las estrategias más eficaces y/o más costosas sólo a aquellos usuarios que pueden obtener beneficios que lo compensen, y estrategias más asequibles económicamente para otros perfiles.
- Es conveniente combinar 2-4 estrategias complementarias de reclutamiento o implementación del programa. Usar más de estas

sería muy costoso; al contrario, un único método tendría dificultades para lograr usuarios regulares y su eficiencia.

- Las actividades físicas de intensidad moderada pueden conseguir grandes beneficios sin el riesgo de invertir cantidades grandes de recursos y ni incurrir en las lesiones deportivas derivadas de programas con grandes cargas de trabajo (más de 4 sesiones de actividad física con intensidad moderada-alta).
- Se recomiendan actividades que sean atractivas o recreativas porque aumenta la adherencia al programa, y también reduce la sensación de esfuerzo y coste económico para las personas que usan el programa.
- Se deben incluir actividades con relaciones sociales dado que tienden a disminuir de forma importante los índices de depresión de los usuarios que es la dimensión de la calidad de vida que más se ha relacionado en la práctica con las mejoras económicas (utilidad económica y reducción de visitas de atención primaria).
- Es muy conveniente incluir actividades intersectoriales (desayunos saludables, caminatas de fin de semana compartidas entre diferentes grupos, o festivales locales con actividades de baile), ya que aumentan la visibilidad y alcance de los proyectos, aumentan el reclutamiento y refuerzan la adherencia de los usuarios del programa.
- El soporte social de los diferentes agentes es clave para obtener un alto porcentaje de reclutamiento y sostenibilidad del programa. Este soporte inter-sectorial puede obtenerse mediante la circulación de los informes de

seguimiento individuales (por ejemplo, evaluación y seguimiento del fitness) y colectivos (por ejemplo, informes generales del número de usuarios del programa y actividades realizadas) entre los agentes (profesionales sanitarios, sociales, locales -ayuntamientos, asociaciones de pacientes-).

- Resulta de gran ayuda dar visibilidad de las actuaciones y resultados a través de informes y plataformas digitales tanto a nivel profesional o de medios de masa (blogs o webs locales, periódicos digitales o analógicos) para mantener y reforzar el interés de los usuarios y de los agentes de cambio (financiadores públicos o privados -entidades o los propios usuarios-, prestadores de servicios, profesionales involucrados).

5. REFERENCIAS.

Cobiac, L. J., T. Vos, et al. (2009). "Cost-effectiveness of interventions to promote physical activity: a modelling study." *PLoS Med* 6(7): e1000110.

Cohen, D. R., Henderson, J. B. (1988). "Health, Prevention and Economics." Oxford Medical Publications, Oxford.

Chomitz, V. R., M. M. Slining, et al. (2009). "Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public school children in the northeastern United States." *J Sch Health* 79(1): 30-37.

Christensen, K. B., T. Lund, et al. (2007). "The impact of health behaviour on long term sickness absence: results from DWECS/DREAM." *Ind Health* 45(2): 348-351.

Europe, W. R. O. f. (2013). Physical activity

promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. Copenhagen, Denmark, World Health Organization.

Gaglio, B., J. A. Shoup, et al. (2013). "The RE-AIM framework: a systematic review of use over time." *Am J Public Health* 103(6): e38-46.

GdVA, A. O. W. G. (2006). "Assessing Cost-Effectiveness of Obesity interventions in Children. Victoria: Victorian Government Department of Human Services." Disponible en: http://www.health.vic.gov.au/health-promotion/downloads/ace_obesity.pdf

Geier, A. B., G. D. Foster, et al. (2007). "The relationship between relative weight and school attendance among elementary school-children." *Obesity (Silver Spring)* 15(8): 2157-2161.

Glasgow, R. E., T. M. Vogt, et al. (1999). "Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework." *Am J Public Health* 89(9): 1322-1327.

Grupo de Trabajo de la UE, D. y S. and E. a. C. DG, Eds. (2010). Directrices de actividad física de la UE: actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud. Madrid, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

Gusi, N., M. A. Hernández-Mocholi, et al. (2015). "Changes in HRQoL after 12 months of exercise linked to primary care are associated with fitness effects in older adults." *Eur J Public Health* 25(5): 873-879.

Gusi, N., Herrera, E., et al. (2008). "Exercise Looks after You: from research to practice in elderly." *Journal of Aging and Physical Activity* 16: 573-574.

Gusi, N., J. A. Parraca, et al. (2009). Cost-utility of an exercise referral of children with obesity from paediatric primary care to local sport professional: Move with us-Exercise Looks After You. 5th Annual Meeting of HEPA-Europe. E. n. f. t. p. o. h.-e. p. a. W. H. Organization. Bologna (Italy).

Gusi, N., J. Prieto, et al. (2012). "Normative fitness performance scores of community-dwelling older adults in Spain." *J Aging Phys Act* 20(1): 106-126.

Gusi, N., M. C. Reyes, et al. (2008). "Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial." *BMC Public Health* 8: 231.

Hagberg L. A., L. L. A. (2009). "method for measuring time costs of exercise (In press)."

Hagberg, L. A. and L. Lindholm (2005). "Is promotion of physical activity a wise use of societal resources? Issues of cost-effectiveness and equity in health." *Scand J Med Sci Sports* 15(5): 304-312.

Harrison, R. A., F. McNair, et al. (2005). "Access to exercise referral schemes -- a population based analysis." *J Public Health (Oxf)* 27(4): 326-330.

Harrison, R. A., C. Roberts, et al. (2005). "Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial." *J Public Health (Oxf)* 27(1): 25-32.

Herrera-Sánchez B., M. D. J. (2006). "Efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. Estudio prospectivo aleatorizado." *Med Clin (Barc.)* 126: 361-363.

Herrera, E. (2014). "Hacia el nuevo paradigma: la atención integrada." *Actas de la dependencia* (12): 5-20.

Jara-Díaz, S. R., M. A. Munizaga, P. Greeven, R. Guerra and K.W. Axhausen (2007). "Estimating the value of leisure from a time assignment model." *Arbeitsberichte Verkehrs- und Raumplanung* 437: IVT, ETH Zürich, Zürich.

Kind, P., K. Klose, et al. (2015). "Can adult weights be used to value child health states? Testing the influence of perspective in valuing EQ-5D-Y." *Qual Life Res* 24(10): 2519-2539.

King, A. C., W. J. Rejeski, et al. (1998). "Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations." *Am J Prev Med* 15(4): 316-333.

Moriana J. A, A. F., Alcalá R, Pino M. J., Herruzo J., Ruiz R. (2006). "Actividades extraescolares y rendimiento académico en alumnos de Educación Secundaria." *Rev Electrónica de Investigación Psicoeducativa* 4: 35-46.

Muller-Riemenschneider, F., T. Reinhold, et al. (2009). "Cost-effectiveness of interventions promoting physical activity." *Br J Sports Med* 43(1): 70-76.

Naciones Unidas, A. G., Ed. (2011). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. New York, USA, United Nations.

Olivares, P. R., N. Gusi, et al. (2011). "Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults." *Health Qual Life Outcomes* 9: 117.

Ravens-Sieberer, U., N. Wille, et al. (2010). "Feasibility, reliability, and validity of the EQ-5D-Y: results from a multinational study." *Qual Life Res* 19(6): 887-897.

RJ, S. (1997). "Curricular physical activity and academic performance." *Pediatric Exercise Science* 9: 113-126.

Salas-Salvado, J., M. A. Rubio, et al. (2007). "[SEEDO 2007 Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria]." *Med Clin (Barc)* 128(5): 184-196; quiz 181 p following 200.

Sánchez-López, M. and V. Martínez-Vizcaíno (2009). *Actividad física y prevención de la obesidad infantil. Volumen I. Efectividad de la intervención MOVI*. Cuenca, Universidad Castilla-La Mancha.

Trudeau, F. and R. J. Shephard (2008). "Physical education, school physical activity, school sports and academic performance." *Int J Behav Nutr Phys Act* 5: 10.

Tuchsen, F., K. B. Christensen, et al. (2008). "Shift work and sickness absence." *Occup Med (Lond)* 58(4): 302-304.

Valtonen, M., D. E. Laaksonen, et al. (2009). "Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and feelings of hopelessness in men." *BMC Public Health* 9: 204.

PROGRAMAS PARA LA MEJORA DE LA AUTONOMÍA COGNITIVA. RESUMEN DE CONOCIMIENTOS Y EJEMPLO DE RESULTADOS EN LA PRÁCTICA REAL

MANUEL CID GALA

Coordinador Programas Intersectoriales en Atención Sociosanitaria.
Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y
Atención a la Dependencia [SEPAD].

PABLO DUQUE SAN JUAN

Neuropsicólogo.
Coordinador General Proyecto Ineuro.
Hospital VIAMED.

Sumario

1. BREVE INTRODUCCIÓN.
2. NEUROPSICOLOGÍA FUNCIONAL.
 - 2.1. Sistemas Nucleares de la cognición.
 - 2.2. Funciones NO Nucleares de la cognición.
 - 2.3. Funciones “de relleno” de la cognición.
 - 2.4. Facilitadores neurocognitivos.
 - 2.5. Requisitos neurocognitivos.
 - 2.6. Conclusiones de lo anterior.
3. MEJORA DE QUÉ, PROMOCIÓN DE QUÉ.
4. INTERVENCIONES.
5. CONCLUSIONES.
6. REFERENCIAS.

PALABRAS CLAVE

Autonomía cognitiva, salud cognitiva, promoción de la autonomía, prevención de la dependencia, neuropsicología, cognición.

RESUMEN

La autonomía personal es un concepto que requiere de capacidades físicas y cognitivas concretas. Se propone la Neuropsicología Funcional como modelo general de la cognición sobre el que poder definir actuaciones tanto de promoción de la autonomía personal como de prevención de las situaciones de dependencia. Disponer de un marco explicativo concreto es actualmente una de las claves para avanzar en estudios relacionados con programas eficaces de intervención. Por ello, se desgana este modelo diferenciando qué funciones son nucleares, cuáles no-nucleares, de relleno, facilitadores cognitivos y requisitos cognitivos en el funcionamiento cognitivo de la persona, con el fin de aclarar lo que es función y lo que es funcionalidad.

De igual forma se detallan algunas intervenciones en las que la cognición, sea a través del movimiento o a través de otros medios, es objeto de actuación para la promoción de la salud de manera global.

KEYWORDS

Cognitive autonomy, cognitive health, promotion of autonomy, prevention of dependency, neuropsychology, cognition.

ABSTRACT

Personal autonomy is a concept that requires specific physical and cognitive abilities. Functional Neuropsychology is proposed as a general model of cognition on which to define actions for both the promotion of personal autonomy and the prevention of dependency situations. Having a specific, explanatory framework is currently one of the keys to advance in studies related to effective intervention programmes. This model is thereby spelled out by differentiating which functions are core functions, and which ones are non-core functions, filling, cognitive facilitators and cognitive requirements in the cognitive functioning of the person, in order to clarify what a function is and what a functionality is.

Likewise, some interventions are detailed in which cognition, either through movement or through other means, are the subject of action for overall health promotion.

1. BREVE INTRODUCCIÓN.

La promoción de la autonomía personal tiene como finalidad mantener y desarrollar la capacidad de la persona para CONTROLAR, AFRONTAR y TOMAR DECISIONES acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas y no básicas de la vida diaria de manera que todas las personas puedan llevar una vida lo más independiente posible.

Así es como la Ley 39/2006 de 4 de diciembre define cómo abordar la autonomía personal en el territorio español. Este concepto se refiere a “mantener” y “desarrollar” la capacidad [¿una?] que permita a la persona tener el control de su propia vida conforme a unas determinadas normas. ¿A qué se están refiriendo concretamente con esa capacidad?

Suponer una autonomía personal es suponer una autonomía cognitiva concreta [también una autonomía física]. Hablar de autonomía personal es tomar en consideración “facultades” como el control, la previsión, la toma de decisiones, la voluntad [entendida como capacidad de decidir y ordenar la propia conducta], la memoria y todo aquello que se nos ocurra que forma parte de una persona que es consciente de su existencia. Porque sin ser consciente de uno mismo no podemos llegar a controlar, afrontar y tomar decisiones con arreglo al mundo en que vivimos. Sólo en la funcionalidad de la cognición podemos llegar al máximo de autonomía.

Si nos quedamos aquí poco concretamos. El concepto de autonomía personal ha de ir más allá y presuponer que ante determinadas funciones físicas y cognitivas la toma de decisiones

de una persona conforme a lo que puede o no puede hacer ha de ser realmente completa. No se trata de si con tus funciones cognitivas puedes o no puedes hacer algo, sino si verdaderamente lo haces y si eso es en efecto lo que te interesa ¿Cuántas variables están implicadas en el poder o no poder? ¿Cuántas en el hacer? No se trata sin más de que, como tengo una función cognitiva determinada, tengo capacidad para conducir. Se trata de la comprensión general del individuo, de quién es, de cómo expresa su yo, su familia, su sociedad, su barrio. Se trata de qué interés tenga, de cuánto desee algo, de qué quiere realmente. Se trata de que una persona [pongamos por caso Javier] es Javier y, por tanto, no es Andrés. Se trata de FUNCIONALIDAD. Así, Javier, ante la elección de por ejemplo recibir un tratamiento no sólo debe elegirlo [no elige el terapeuta], sino que debe saber por qué quiere recibirlo, para qué. Los que hacemos clínica sabemos que los pacientes lo que realmente quieren no es ya rehabilitar su función sino tener el máximo de funcionalidad posible. No quieren, sin más, mejorar la fuerza perdida sino moverse con facilidad, moverse para hacer lo que quieren hacer. Javier no quiere mejorar del cuadro parético de MSD si eso no sirve para poder cortar una naranja, coger un vaso, hacer una caricia con control, golpear una pelota de tenis, jugar con su nieto al disco. Funcionalidad significa calidad, facilidad, utilidad. Javier quiere vivir.

Este artículo, entre otras cosas, pretende ofrecer una visión conceptual [desde la neuropsicología] de cuáles son las funciones cognitivas y qué es funcionalidad, con el fin de aportar la diferencia necesaria de cada concepto y así ayudar en la definición de programas de autonomía cognitiva que puedan desarrollarse. Desde la implantación de la Ley de dependencia,

la promoción de la autonomía se ha entendido más como servicios exclusivos de eso, de promoción, y no como un planteamiento de objetivos y contenidos funcionales y transversales que sirvan de medio para “disminuir” las situaciones de dependencia.

De igual modo, vamos a intentar referir algo sobre las pocas publicaciones que existen a día de hoy sobre el concepto de autonomía cognitiva en el marco de la promoción de la salud e intentaremos concluir sobre ello.

2. NEUROPSICOLOGÍA FUNCIONAL [NF].

Entendemos por función algo que es propio de un órgano, y que se da de forma innata o adquirida. Una función puede ser hecha con mayor o menor funcionalidad. El hecho de memorizar no hace que la memorización sea funcional. En cualquier caso, entendemos por funcionalidad [sic.] lo siguiente: “se dice de todo aquello en cuyo diseño u organización se ha atendido, sobre todo, a la facilidad, utilidad y comodidad de su empleo”, “dicho de una obra o de una técnica: eficazmente adecuada a sus fines”. La funcionalidad supone, por tanto, que las funciones que están “por debajo” de ella estén en un buen nivel y bien coordinadas. No se podría dar una funcionalidad adecuada -pongamos como ejemplo en la lectura- sin la función visoespacial, la función lingüística, la memoria, etc. y su correcta integración.

¿Qué son las funciones cognitivas? Nadie lo sabe. Hay muchas definiciones y no todas coinciden claramente. Proponemos una definición: “funciones cognitivas son aquellas que se dedican al conocer, que pueden ser concretas y tangibles [percepción táctil] o abstractas [razonamiento], innatas [no adquiridas de forma in-

tencional o declarativa] y que se dan en el curso de un neurodesarrollo no patológico y en la normal interacción con un ambiente normal”.

Así, funciones como la inhibición, la atención, la memoria, etc., son cognitivas. En NF decimos que “la cognición se expresa en tareas pero las tareas no son la cognición”. Con ellos nos referimos a un punto claro: la cognición se expresa, pero sólo se expresa en tareas. No podemos dejar de hacer cognición y la única manera que tengo de ver la cognición es sometiendo a la persona a una tarea en la cual se pongan de manifiesto estas funciones, sus procesos y los requisitos.

Pongamos un par de ejemplos.

En primer lugar solicito a la persona hacer un arroz blanco. Estamos en el gimnasio del centro [o en su casa, da igual] y le pido cocinar un arroz blanco. Usted deberá ir a la cocina [con todo lo que ello conlleva], buscar los ingredientes que necesita y los materiales para cocinarlos [sartén, olla, etc.]. Además de esto precisa ordenar los pasos y organizarlos en el tiempo generando así un plan adecuado. Tendrá que dividir su atención algunas veces o, al menos, alternarla. Tendrá que trabajar con los datos de su memoria. Puede ser que surja un imprevisto: algo tendrá que hacer la función ejecutiva. Y así sucesivamente.

Y vamos con el segundo ejemplo: resolver un problema aritmético. Así que le digo: “Tengo diez gallinas que, todos los días, cada una pone un huevo por la mañana, otro al medio día y otro por la noche. Esto, no obstante, lo hacen todas menos 2 de ellas, que sólo ponen 1 al día. Un día, una de ellas, pone dos más de los que pone habitualmente y el resto pone los mismos.

¿Cuántos huevos pondrán, en total, ese día?”. Dedíquese a hacerlo sin repasar el texto. ¿Podrá? Hágalo ahora repasando el texto cuanto quiera: ¿puede? Lo dejo a su función cognitiva.

¿Qué nos ocurre en estos dos ejemplos?

Las funciones cognitivas están. Si no estuvieran, no podríamos afrontar algo que se basara en ellas [¿se imagina a alguien con afasia global resolviendo estos dos problemas?]. Y están a un cierto nivel de capacidad [no hablamos de cuadros patológicos]: no todos tenemos la misma habilidad para las funciones [la misma capacidad]. El caso es que trabajamos con un problema que pone de manifiesto algo que ya tenemos: las funciones que subyacen a dicho problema [¿os imagináis proponer a un niño con 2 años ambos problemas?]. Además de estos requisitos, hay elementos que se ponen de manifiesto en los dos: nuestra memoria nos tiene que informar de cosas. Los elementos guardados [en el primer caso los ingredientes, los materiales, etc.; en el segundo, el cálculo, etc.] tienen que ser retomados antes de hacer algo con ellos. Y estos elementos, si no son ordenados de forma adecuada mediante un trabajo con ellos, nada de nada. Así, ¿de qué me sirve tener los elementos si no sé qué debo hacer con ellos? La working memory [memoria de trabajo] necesita jugar con elementos antiguos o nuevos, pero necesita elementos. Y la función ejecutiva [razonamiento, lógica, flexibilidad, búsqueda de opciones, etc.] precisa de elementos igualmente: ¡qué haría si no! Aunque puede buscarlos... ¡Pero partiendo de algo!

Desde la NF entendemos que las funciones neurocognitivas son las siguientes [lo cual puede ser válido para la Neuropsicología “tradicional”]:

- LENGUAJE: lenguaje hablado [no la lectura ni la escritura];
- PRAXIAS: praxias y control motor-del movimiento de alto nivel;
- PERCEPCIÓN: percepción visual, táctil, auditiva...;
- COGNICIÓN ESPACIAL: exocéntrica o no;
- ATENCIÓN: sistema atencional;
- MEMORIA;
- FUNCIONES EJECUTIVAS.

Además de estas también cogemos las siguientes y afirmamos que son “diferentes” a las anteriores:

- SISTEMA INHIBITORIO;
- COGNICIÓN SOCIAL;
- WORKING MEMORY.

Esto no es un modelo rígido y cierto, sino hay que considerarlo como flexible y cambiante y, sin duda, como igual de cierto que otros modelos. Hasta la actualidad hay pocas aproximaciones en la Neurociencia Cognitiva que haga hincapié en un modelo general de la cognición. Dentro del modelo en NF consideramos diferentes elementos que consideraremos por separado.

2.1. Sistemas Nucleares de la cognición.

La COGNICIÓN SE EXPRESA EN TAREAS PERO LAS TAREAS NO SON LA COGNICIÓN. Esto es un hecho de perogrullo: no hay cognición en el vacío sino que la cognición necesita trabajar sobre algo, aunque sea el propio pensar que, al fin y al cabo, también es una tarea. En NF, de hecho, no pensamos en la cognición en sí sino en tareas.

Los sistemas nucleares de la cognición son funciones -sistemas- que se dan siempre, en

cualquier tarea y es imposible que no se precise para dicha tarea. Así, funciones como el mantenimiento atencional o el foco atencional, la working memory, el sistema inhibitorio o la monitorización son sistemas nucleares.

2.2. Funciones NO Nucleares de la cognición.

Igual que hay funciones que siempre se dan hay funciones que sólo se dan si así lo precisa la tarea y sólo si lo precisa. La percepción visual, la cognición espacial, algunos hechos mnésicos, las praxias, etc., se dan sólo si lo precisa la tarea pero no siempre ocurren.

2.3. Funciones “de relleno” de la cognición.

Cuando llevábamos a cabo ejercitaciones neurocognitivas nos dimos cuenta de que había funciones neurocognitivas que ocurrían pero NO eran precisas para la tarea. Así, en una tarea como un cálculo aritmético básico la percepción visual o la cognición espacial no se precisan, ¡pero se dan! ¿Qué ocurriría si las quitamos anulando el sistema visual? Pues depende de la persona. Algunos mejoran y otros no. A estas funciones se les ha llamado posteriormente funciones auxiliares o funciones inanes.

2.4. Facilitadores neurocognitivos.

Cuando llevamos a cabo una tarea suele ocurrir algo de la misma forma siempre: tiramos del esfuerzo de hacerlo y, posteriormente [y no en todos los casos], llegamos a la calidad. ¿Cómo lo hacemos? Hay muchos factores pero, sin duda, uno de ellos es la aparición de elementos [cognitivos o no] que acontecen en la realización de la tarea y nos facilitan la acción con calidad, funcionalmente. Estos facilitadores son múltiples y en cada cual acontecen

unos u otros, por lo que es imposible decir cuáles son sino que en cada uno de nosotros se darían unos u otros [o no].

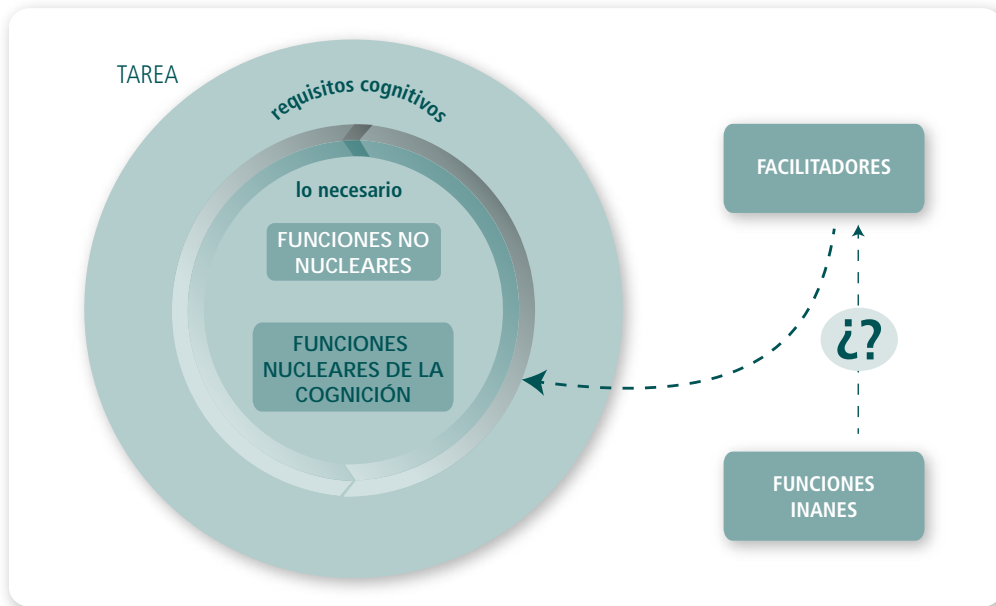
2.5. Requisitos neurocognitivos.

Son todos aquellos hechos neurocognitivos que preciso para la tarea:

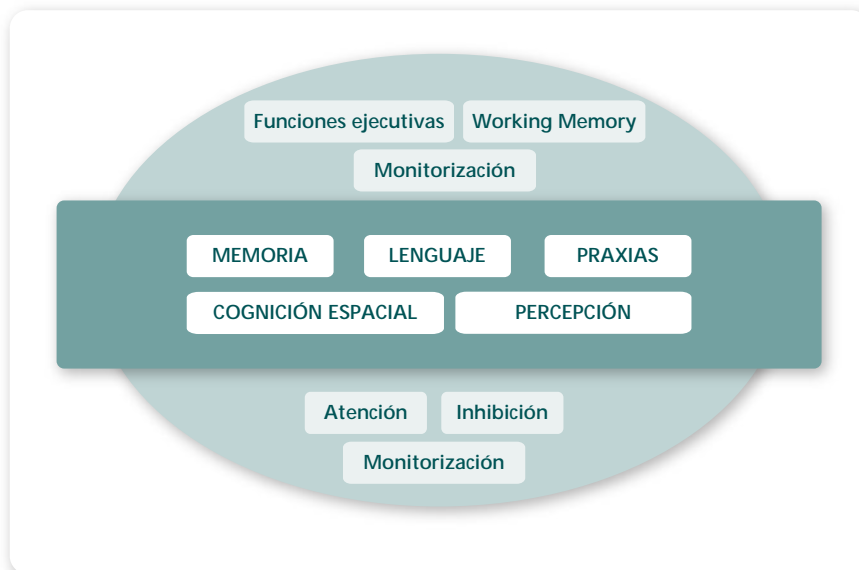
- Sistemas nucleares y funciones no nucleares.
- Innatos para la cognición: velocidad de procesar información, asociación, integración neurocognitiva.
- Adquiridos: todos los hechos que NO son funciones cognitivas en sí pero se precisan para una tarea [lectura, escritura, cálculo, combinar colores, etc.]. Es decir, se trata de cuestiones aprendidas voluntariamente, declarativamente.

2.6. Conclusiones de lo anterior.

Esta estructura anteriormente comentada daría lugar a un dibujo así:



En denominación de Megina M. [2013], el modelo de NF es un modelo que puede ser representado como un sandwich. Así:



Como puede verse, en la parte superior están aquellos elementos que precisan de lo inferior para su funcionamiento correcto: procesos ejecutivos y working memory. La monitorización es un hecho neurocognitivo que no sabemos bien dónde situar pero que pensamos que puede ser tanto función base como función

elevada. Hay múltiples sistemas y funciones que se dan para que la tarea pueda realizarse. Estas funciones se ponen en marcha sin la participación del yo. El yo [en el sentido del darse cuenta, del poder observar cómo ocurre lo que ocurre] es algo que no participa muchas veces en la tarea. Está pero "no se entera de nada".

La gran mayoría de hechos son llevados a cabo sin la participación del yo. En NF consideramos que el yo es una función cerebral más y, por tanto, siempre “se enterará” más tarde que el cerebro y sus otros procesos de lo que se tiene que hacer. ¿Puede el yo de su cerebro -no su yo, claro- observar lo que está ocurriendo, cómo se da su razonamiento, qué elementos utiliza su memoria, cómo es su proceso atencional? ¿Hasta qué punto puede hacerlo?

Las tareas ponen en marcha a la cognición y el pensamiento es también tarea. La vida está hecha de tareas, así que la cognición se define en la vida. Pero entonces, ¿qué es el ser humano? ¿Actividades básicas de la vida diaria? ¿Actividades instrumentales? ¿Y cuáles son? ¿Somos sólo eso? La realidad que se nos impone es que somos, cada cual, diferentes al resto y que, por eso, debemos ser vistos desde la individualidad. No obstante, cierto es también que hay ciertas funcionalidades que todos debemos tener [para la supervivencia y por aquello de vivir en una sociedad que hemos armado].

Así, cuestiones que podríamos preguntar a cualquiera para ver la funcionalidad de diferentes tareas, serían:

- Lavarse solos [ya sea con ayuda o sin ella].
- Comer de cualquier forma [manos, cubiertos, etc.].
- Masticar y tragar.
- Vestirse [si hubiese que hacerlo: ¿todo es pasado por el rasero de la socialización? Esto es un punto a discutir].
- Desplazarse. Nadie dice cómo: sólo si se desplaza.

Todos estaríamos de acuerdo en valorar estos puntos en cualquier ser humano que haya

tenido o tenga un trastorno neurológico [en nuestro caso, claro, que otras disfunciones provocan malestares por disfunción de otros órganos]. No entramos en la calidad de vida, concepto absolutamente particular y subjetivo. Entramos en la funcionalidad e independencia-autonomía.

Ahora veamos otros puntos para preguntar:

- Jugar al fútbol.
- Acudir al campo del Sevilla F.C. a ver un partido.
- Admirar un atardecer.
- Charlar con los amigos en un nivel abstracto.
- Cocinar arroz al horno.
- Viajar.

Obviamente todos coincidiríamos en que no podemos preguntar esto a todos los pacientes. Es también obvio que es algo que le tenemos que decir al paciente: ¿qué aficiones tenía usted? ¿Qué le gustaría hacer y no hace por culpa de lo que le pasa [o, al menos, lo achaca a eso]? No podemos confundir diferentes niveles: tareas de TODOS, tareas de ALGUNOS.

3. MEJORA DE QUÉ, PROMOCIÓN DE QUÉ.

Llegados a este punto ¿cuáles deben ser los elementos a tener en cuenta cuando hablamos de programas de autonomía cognitiva? ¿Son las funciones neurocognitivas? ¿Son las funcionalidades de cada cual? ¿Es el ejercicio físico ya que la cognición también es movimiento?

Quizá no tener un consenso definido sobre un modelo general de la cognición lleva a que las intervenciones en este ámbito no estén unificadas y den lugar a “experiencias” heterogéneas. Los abordajes que se definen en NF se basan en la evaluación de la función neurocognitiva y en

un modelo teórico que rechaza la repetición que por desgracia tanto abunda actualmente en Neurorehabilitación Cognitiva.

Los abordajes en NF se basan en:

- Ejercitaciones neurocognitivas [ENC].
- Estas ENC suponen una tarea de comienzo y una tarea de final.
- Tienen como base la evaluación neurocognitiva.
- Siempre hay comparativas de tareas: no es posible darse cuenta de qué falla si no pudiéramos comparar con qué.
- Es necesario tener consciencia [“darnos cuenta”] de lo que ocurre.
- Las ENC son fáciles de realizar.
- En las ENC se juega con la carga cognitiva, ilustrando así el hecho que se quiere poner de manifiesto, así como las diferentes variables.
- Es importante conocer correctamente la exploración para el planteamiento de cada ENC.
- Es clave que cada ENC no suponga esfuerzo cognitivo. Sólo se propone lo que sí se puede y no lo que se no puede hacer. El punto fundamental es cómo la persona es capaz de entender su función cognitiva y la única manera de hacerlo es en la comparativa con otras tareas.
- Y, por último, que la reeducación, la rehabilitación, se expresa en el curso de la acción.

En NF no hacemos estimulaciones por hacerlas: nos parece absurdo. Además, no hacemos hacer cosas que la persona no puede hacer. Nuestras ejercitaciones son todas fáciles y no requieren esfuerzo.

Según el fin que persiguen pueden ser:

- ENC tipo 1. Ilustran un proceso específico o función jugando con la carga cognitiva. Es el mismo ejercicio con variantes para ilustrar un proceso específico.
- ENC tipo 2. Ilustran cómo se descomponen las tareas en sus diferentes funciones y procesos y cómo se puede llegar a ser consciente. Es un tipo de ejercitación que se hace comenzando por un problema que luego se descompone en ENC tipo 1.
- ENC tipo 3. Ejercitaciones a través del movimiento. El movimiento como excusa para el conocimiento de la cognición y la cognición como parámetro de mejoría del movimiento. Es llamado Cognición Para el Movimiento.

Según el lugar:

- ENC tipo 1. Contexto de laboratorio.
- ENC tipo 2. Contexto de tarea de la vida cotidiana pero no en lo real.
- ENC tipo 3. Contexto vida cotidiana.

Según el tipo de estímulo:

- ENC tipo 1. Hacia fuera de mí mismo.
- ENC tipo 2. Hacia el paciente.
- ENC tipo 3. Mixto.

Además, las ENC se complementan con variantes tipo Feldenkrais y Perfetti. Son variantes porque, por ejemplo, el paciente que se trata con ejercitaciones de Perfetti lo hace para mejorar aspectos físicos como la paresia o la hipertensión pero en NF utilizamos Perfetti como un tratamiento neurocognitivo más de sistemas inhibitorios, WM, etc.

El terapeuta en NF siempre está con el paciente: no se dejan fichas o demás para que los pacientes hagan. En la interacción hay mayor

profundidad y se puede monitorizar mejor la acción y sólo así se consigue la calidad deseada en cualquier neurorehabilitación cognitiva.

El tratamiento nunca es mecánico: no se repite por repetir. Las repeticiones se hacen sólo y exclusivamente para dar mayor conocimiento. En NF no paramos nunca de explorar al paciente y, de hecho, es el punto clave para poder conocerlo. Ejercitaciones, al fin y al cabo, es igual a exploración. Siempre intentamos “sacar la cognición” afuera, esto es, que no sea un proceso abstracto sin más y que el propio cuerpo del paciente esté implicado. No se trata de hacer ejercicios con la mente sino de hacer la cognición en nosotros mismos. Fenómenos como la working memory, la atención, el sistema perceptivo o la cognición espacial pueden ser puestos de manifiesto en tareas que involucren al propio cuerpo y, así, “materializar” la cognición en cierto sentido.

4. INTERVENCIONES.

Después de desgranar brevemente el modelo de la NF como marco en el que comprender actuaciones sobre la cognición, se hace difícil llevar a la práctica real el concepto de autonomía cognitiva a través de publicaciones concretas y con el rigor necesario. En la búsqueda realizada [pubmed] son escasos los trabajos en los que la cognición y la promoción de la salud en general aparecen como elementos específicos de actuación, y con resultados fiables y concluyentes en este sentido. Ahora bien, son multitud de trabajos los que mencionan función cognitiva como diana de diferentes intervenciones. Las palabras clave utilizadas en castellano han sido: autonomía cognitiva, salud cognitiva, promoción de la autonomía, prevención de la dependencia. Intentemos realizar un acerca-

miento a cómo está esta cuestión.

Se han encontrado trabajos relacionados en diferentes ámbitos [Musicoterapia, actividad física y movimiento, nuevas tecnologías, etc.] pero sin hallar trabajos donde la cognición se abordara desde la autonomía funcional. De esta selección hemos escogido un conjunto de experiencias que bajo nuestro punto de vista son las que mejor abordan el objeto de este artículo.

En 2011, Herrera Molina E., Muñoz Mayorga I., Martín Galán V., Cid Gala M., en el estudio de revisión sobre experiencias españolas en promoción de la autonomía en personas mayores, concluían que la mayoría de las iniciativas encontradas [83%] tenían que ver con el fomento del ocio activo, la formación, el mantenimiento y la rehabilitación cognitiva mediante talleres de memoria y de cálculo. Este tipo de actividades son consideradas como muy positivas ya que en el contexto de ocio implican contacto con la gente y, como consecuencia, una vida más activa y una mayor sensación de control. En las áreas psicoafectivas y de actividad física [66,7%] se detectó un menor porcentaje de iniciativas.

Las mencionadas en este estudio y clasificadas como de “rehabilitación cognitiva” son las que, desde 2008, se están llevando a cabo en Extremadura a través de terapeutas ocupacionales y en el marco del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo [PIDEX]. En realidad hacen referencia a tratamientos de estimulación cognitiva que desde el sistema público de salud reciben personas a las que se le ha detectado algún tipo de deterioro cognitivo en las consultas de deterioro cognitivo formadas por neurólogo y neuropsicólogo.

Actualmente son 27 profesionales de la terapia ocupacional, que ocupan un total de 32 municipios y que generan un total de 30.000 sesiones anuales de tratamiento, con una estancia media de 18 meses y una cobertura media de atención de 325 personas.

Por otro lado se dan experiencias no evaluadas como el uso del ajedrez en la promoción de la autonomía personal y el ocio en personas mayores de Extremadura. Este programa aún hoy continúa fomentando el aprendizaje de este juego y ocupando el tiempo de ocio de las personas mayores que así lo eligen [800 personas beneficiarias desde su inicio en 2008].

También son contempladas las **tecnologías o aplicaciones inteligentes** como elementos de promoción de la autonomía. Estas ayudas técnicas [como así las consideramos] tienen su mayor sentido cuando el funcionamiento global de una persona comienza a disminuir y por tanto a necesitar de ciertos apoyos. Boger J., Mihailidis A., intentan un acercamiento a este campo revisando aquellas que están destinadas a apoyar la cognición. Las más frecuentes hacen referencia a las que ayudan a recordar secuencias de tareas cotidianas, recordatorios diarios, iluminación de objetos atendidos.

El Programa para el Fortalecimiento de la Autonomía y Habilidades Sociales [Hervieux C., Bastien-Toniazzo M., Lancon C., Gendron A.M., Martano B., Umido G.] destaca porque es una experiencia evaluada y dirigida a la toma de decisiones en el contexto más inmediato de la persona. Se trata de una intervención que emplea la terapia cognitiva, conductual y la formación para conseguir que personas con esquizofrenia adquieran conductas autónomas para la resolución de situaciones concretas de

la vida diaria. Entre ellas, el manejo del dinero, habilidades de comunicación y la gestión del tiempo.

Según Perrig-Chiello P., Perrig W.J., Uebelbacher A., Stähelin H.B., la autonomía funcional es una condición fundamental de un envejecimiento exitoso. En este trabajo examinaron los cambios de la edad para relacionarlos con el tiempo de autonomía funcional (actividades de la vida diaria, ADL y actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD) y los recursos psicofísicos existentes en una muestra de 441 personas sanas de 65 a 95 años de edad. Los resultados sugieren que la ADL es mejor predicha por los recursos físicos que por los neurocognitivos, pero para AIVD lo contrario es el caso; aquí las variables neurocognitivas [en este caso, de memoria] juegan un papel dominante.

Otros estudios pretenden promocionar la salud cognitiva a través de la actividad física y una dieta saludable. Con este objetivo se efectuó una revisión de trabajos en departamentos de salud a personas mayores de EEUU, hallando que un 40% de dichos dispositivos promueve la salud cognitiva, 24% la actividad mental, el 20% las dietas saludables y otro tanto igual la actividad física. En este sentido, Laditka J.N., Beard R.L., Bryant L.L., Fetterman D., Hunter R., Ivey S., Logsdon R.G., Sharkey J.R., Wu B., en otra revisión a través de grupos de expertos concluye que los mensajes que se transmiten en EEUU sobre promoción de la salud son relativamente simples: "Realice actividad física"; "comer una dieta saludable para el corazón"; "participar socialmente" (Hendrie et al., 2006) e indican que el cambio en la comunicación de dichos mensajes para cambiar hábitos de conducta será difícil.

Otro grupo de estudios seleccionados hacen referencia a **cognición y movimiento**, dos conceptos relacionados desde siempre [Tai chí, yoga, meditación trascendental] y actualmente con mayor relevancia en occidente tanto en su práctica como en contenidos de trabajos de investigación. Se sabe que la práctica regular de movimientos pausados y coordinados con respiración diafragmática, entre otras cosas, incrementa la actividad cerebral en ritmo alpha y activa el hemisferio derecho [Martinsen 1993; Miller, Fletcher, and Kabat-Zinn 1995; Wang et al. 1993]. En esta línea, es donde el Tai Chí, al igual que el Chi Kung, yoga o mindfulness aparecen. Se trata de formas de meditación dinámicas y algunas en movimiento, con cada vez más estudios que apuntan a los efectos positivos para la salud en general. La mejora de la consciencia corporal, la respiración y la relajación aprendida en las sesiones con distinto formato de estas disciplinas, pueden ser transferidas a otras situaciones de la vida cotidiana mejorando con ello la funcionalidad de las personas que lo practican.

Dentro de este ámbito destaca “El ejercicio te cuida”. Esta iniciativa fue un programa de actividad física orientado a la promoción de la salud y cuyo principal objetivo fue la prevención de la enfermedad y las situaciones de dependencia. Fue una de las experiencias más innovadoras por lo que supuso en su momento y por los resultados obtenidos. Desde la promoción de hábitos saludables se definió esta actuación con el objetivo de complementar y reforzar el sistema comunitario de los sistemas deportivos y de salud de Extremadura [España], para promocionar la salud relacionada con la calidad de vida y estilos de vida físicamente más activos a través de tareas basadas en la actividad física. Los destinatarios fueron espe-

cialmente aquellas personas que más podían beneficiarse de ello: personas mayores [con enfermedades crónicas prevalentes -ansiedad/depresión moderada obesidad, hipertensión, diabetes], niños con sobrepeso, obesidad y físicamente poco activos, y personas con moderada discapacidad intelectual [mayoritariamente con Síndrome de Down y Parálisis Cerebral].

Durante 2010, último año en que se realizó, se actuó sobre 2.768 personas mayores comparando los resultados con un grupo control de 447 personas sobre el fitness, calidad de vida relacionada con la salud y coste-efectividad del programa. De este modo:

- El programa previno la acumulación de grasa asociada a la edad en un 1%, reduciendo el Índice de Masa Corporal un 0,3% respecto al grupo control.
- Durante los primeros 2,5 años se mejoró la capacidad al caminar relacionado con la resistencia un 14% y con la movilidad y agilidad para sentarse y caminar en tareas cotidianas un 15% respecto al control [indicador para la prevención de la dependencia] y el equilibrio un 17%.
- Además, el programa previno 0,8 visitas de media en personas sin depresión en línea base y 2 visitas de media en personas con depresión.
- Se redujo un 26% las personas que sufrieron caídas en los 6 meses de programa de ejercicio respecto a la línea base.
- La calidad de vida relacionada con la salud mejoró en las personas que siguieron el programa respecto a las que no un 5% en aquellas sin depresión en línea base y un 26% en las que tenían depresión al inicio.
- De igual modo, un 35% de las personas mayores que sufrían depresión suave, mode-

rada o alta al inicio del programa dejaron de sufrirla [según la Geriatric Depression Scale].

En lo que a actividad física no reglada ni guiada se refiere se han encontrado 2 estudios que mencionan sus efectos positivos. Así Landi F., Onder G., Carpenter I., Cesari M., Soldato M., Bernabei R. concluyen que cierta actividad física protege de discapacidad en actividades básicas de la vida diaria; y Cappellini A.C., Patermostro F., Sassoli C., Mancini S., Boddi V., Formenti D. Encontraron que la actividad motora tenía relación con la sensación subjetiva de autonomía e independencia, y con la variable a tener aficiones, así como con una buena postura y caminar.

En la ciudad de São Paulo se llevó a cabo una actuación relacionada pero desde la dimensión de ocupación del tiempo libre y la disponibilidad del entorno inmediato para la actividad física. Para ello analizaron la asociación entre la actividad física en el tiempo libre y la percepción del medio ambiente en la población mayor paulista [385 individuos mayores de 60 años o más en 2007] encontrando que, aquellos que mantenían una actividad diaria de paseos de al menos 150 minutos consideraban muy importantes variables del entorno para promover la actividad física como estructuras públicas y privadas [gimnasios, plazas, canchas deportivas, clínicas de salud y bancos], lugares en los que hay reuniones sociales [iglesias], apoyo social [invitación de amigos para ejercicio] y la percepción de la seguridad.

Las intervenciones que usan la música como elemento principal son otra fuente de datos a tener en cuenta. La Musicoterapia según la World Federation of Music Therapy (WFMT), consiste en el uso de la música y/o de sus ele-

mentos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización, u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que éste alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento”.

No se han encontrado en esta revisión estudios específicos donde el principal objetivo fuera la promoción de la salud en ausencia de enfermedad. No obstante, aunque los resultados con los que se cuenta aún no se muestran con la consistencia suficiente, parece que la música es útil para la rehabilitación y estimulación en diversas enfermedades además de ser un buen medio para desarrollar diversas habilidades. Así, algunos estudios han mostrado cómo el aprendizaje y adquisición de nuevas destrezas “musicales” producen cambios en la representación cortical [Pascual-Leone, aprender una secuencia de cinco dedos para piano durante cinco días produce cierta reorganización del córtex motor].

De esta forma, en la revisión realizada por Cochrane [2009], los efectos de la terapia musical en personas con enfermedades coronarias van dirigidos a reducir el estrés y la ansiedad para mejorar el funcionamiento fisiológico. Así, aunque encontraron efectos sobre la frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial, los datos no tenían la suficiente consistencia para afirmar que la intervención musical redujera la

ansiedad y el estrés. Esta revisión tampoco clarifica la relación de beneficio de la musicoterapia en el tratamiento de la depresión en comparación con otras terapias tradicionales.

5. CONCLUSIONES.

Para mejorar el estado de salud de la población se puede actuar, además de mejorando el ambiente y la asistencia sanitaria, promoviendo hábitos de vida saludables. En este breve artículo hemos querido destacar la significación de la cognición como elemento clave en funcionalidad del individuo. Si la capacidad de una persona para ser autónoma depende de su salud en general, la movilidad y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la función cognitiva es el factor que determina un porcentaje muy importante de esa condición. Estilos de vida saludables ayudan a mantener la salud cognitiva.

No obstante, estos argumentos aún son muy generales para poder conocer sobre qué intervenciones son las más eficientes en promoción de la autonomía cognitiva. Pensamos que sin tener consenso sobre un modelo general de la cognición avanzar en estudios de cierto rigor será improbable. Por eso la estructura de este artículo como propuesta conceptual para definir actuaciones, para sentar un inicio con el que definir programas exitosos donde se trabaje la función neurocognitiva a través de la funcionalidad de la persona, con los medios que mejor se adapten, sea por medio de la música, el movimiento, o lo que se considere, y con el objetivo de mejorar la salud global de la persona.

En 2011, Herrera Molina E., Muñoz Mayorga I., Martín Galán V., Cid Gala M., en el estudio de revisión sobre experiencias españolas en promoción de la autonomía concluían que *“la apuesta de la promoción de la autonomía personal frente a la atención a la dependencia debe ser aclarada y exige la creación de un marco de iniciativas donde se definan estándares y criterios comunes, que avalen los esfuerzos y las medidas encaminadas a que las personas mantengan una vida activa y sana a edades avanzadas, para poder garantizar unos niveles óptimos de los servicios prestados”*.

Poco se ha avanzado desde entonces en cuanto a contenido y dimensión de dichas actuaciones. Que sirvan estos conceptos para situar un punto de partida porque el tiempo va pasando, y en los próximos años la proporción y las necesidades de salud de las personas irán cambiando. Con esto debería bastar para hacernos reflexionar sobre la importancia de ir definiendo cómo queremos que nuestro futuro más próximo vaya mudando y qué escenario de salud [y su promoción] es el que nos vale. Por supuesto, no será el mismo que hoy día se demanda. La sociedad cambia, y la participación de las personas en el conjunto de la sociedad supone un reto y una necesidad social de todos.

6. REFERENCIAS.

Herrera Molina E., Muñoz Mayorga I., Martín Galán V., Cid Gala M. Spanish experiences to promote personal autonomy in the elderly. *Gac Sanit.* 2011 Dec; 25 Suppl 2:147-57. doi: 10.1016/j.gaceta. 2011.09.016. Epub 2011 Dec 22. Spanish. PMID: 22196037.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Castellanos F., Duque San Juan Pablo, Cid Gala M., Zurdo Martín. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo de Extremadura. Demencias Degenerativas. Junta de Extremadura. 2007.

Konno, Jun; Bertolasi, Italo. "Ai Chi. Il Tai Chi praticato in acqua (Discipline). Red Edizioni. 2008.

Salvador E.P., Florindo A.A., Reis R.S., Costa E.F. Perception of the environment and leisure-time physical activity in the elderly. *Rev Saude Publica*. 2009 Dec;43(6):972-80. Epub 2009 Dec 18. English, Portuguese.

Pascual-Leone A., Nguyet D., Cohen L.G., Brasil-Neto J.P., Cammarota A. Hallet M. Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *J. Neurophysiol* 1995; 74: 1037-1044.

Bradt J., Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 2. Art. No.: CD006577. DOI:10.1002/14651858.CD006577.pub2.

Hervieux C., Bastien-Toniazzo M., Lancon C., Gendron A.M., Martano B., Umido G. *Encephale*. 2009 Jan;35 Suppl 1:S24-32. doi: 10.1016/S0013-7006(09)75529-0. French. A new program of social rehabilitation PRACS (Program of Reinforcing Autonomy and Social Capacities)].

Boger J., Mihailidis A. The future of intelligent assistive technologies for cognition: devices under development to support independent living and aging-with-choice. *Neuro-Rehabilitation*. 2011;28(3):271-80. doi: 10.3233/NRE-2011-0655.

Perrig-Chiello P., Perrig W.J., Uebelbacher A., Stähelin HB. Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychol Health Med*. 2006 Nov;11(4):470-82.

Laditka J.N., Beard R.L., Bryant L.L., Fetterman D., Hunter R., Ivey S., Logsdon R.G., Sharkey J.R., Wu B. Promoting cognitive health: a formative research collaboration of the healthy aging research network. *Gerontologist*. 2009 Jun;49 Suppl 1:S12-7. doi: 10.1093/geront/gnp085.

Laditka J.N., Laditka S.B., Lowe K.B. Promoting cognitive health: a web site review of health systems, public health departments, and senior centers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Dec;27(8):600-8. doi: 10.1177/1533317512460564. Epub 2012 Sep 23.

Landi F., Onder G., Carpenter I., Cesari M., Soldato M., Bernabei R.J. *Clin Epidemiol*. 2007 May;60(5):518-24. Epub 2007 Feb 5. Physical activity prevented functional decline among frail community-living elderly subjects in an international observational study.

Cappellini A.C., Paternostro F., Sassoli C., Mancini S., Boddi V., Formenti D. *Anthropol Anz*. 2008 Dec; 66(4):395-400. Psychomotor, cognitive and social interactions in elderly and old Italians. Preliminary report.

MODELOS DE ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES: ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

HEITOR GARCÍA LANTARÓN

Arquitecto.

Investigador invitado en el Departamento By Bolig og Ejendom (BBE) del Instituto Danés de Investigación en Edificación (Statens Byggeforskinginstitut) vinculado a la Universidad de Aalborg (AAU), en Copenhague.

Doctorado del Departamento de Proyectos Arquitectónicos, DPA, ETSAM, Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

Sumario

1. ANTECEDENTES.

1.1. El Origen.

2. EL ALOJAMIENTO COMO SERVICIO SOCIAL.

3. CRISIS DEL MODELO: EL CAMBIO DE PARADIGMA HACIA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA.

3.1. Causas sociales y económicas.

3.2. Los servicios sociales y la vivienda como solución.

4. EL MODELO DE VIVIENDA ESPECIALIZADA PARA MAYORES.

5. LOS NUEVOS MODELOS DE VIVIENDA.

6. CONCLUSIONES.

7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Autonomía personal, independencia, continuidad en la vivienda, Diseño Universal, atención centrada en la persona.

RESUMEN

Este artículo forma parte del trabajo de investigación, llevado a cabo como parte de una Tesis Doctoral, sobre los distintos modelos de vivienda para personas mayores desarrollada en el Departamento de Proyectos de la Escuela de Arquitectura de Madrid y en el Instituto Danés de Investigación en Edificación.

El objetivo es repasar la trayectoria de los modelos que se han centrado en la promoción de la Autonomía Personal, para finalmente exponer cuáles son las tendencias futuras en esta materia. No pretende ser una guía de implantación, sino un ejercicio de síntesis y reflexión que ilustre la situación actual en el resto de Europa, para poder así ofrecer soluciones de vivienda que respondan a la demanda y al contexto español.

En este texto se recoge el origen y la evolución de los distintos modelos de alojamiento para mayores ilustrándolo a través del paradigma danés, ya que Dinamarca es un país pionero en la implantación y búsqueda de distintos modelos de alojamiento para mayores. Por lo tanto, ejemplifica las distintas tendencias en este tipo de alojamientos de forma similar a como se han desarrollado y actualmente coexisten, en el resto de Europa y países desarrollados.

KEYWORDS

Personal autonomy, independence, continuity in housing, Universal Design, people-centred care.

ABSTRACT

This article is part of the research work, carried out as part of a Doctoral Thesis on the different models of housing for elderly people in the Project Department of the School of Architecture of Madrid and the Danish Building Research Institute.

The aim is to review the history of models that have focused on the promotion of Personal Autonomy, to finally explain what the future trends in this area are. It is not intended as a guide for implementation, but a summarizing and reflection process that illustrates the current situation in the rest of Europe, in order to provide housing solutions to respond to the demand and the Spanish context.

This text outlines the origin and evolution of the different models of housing for the elderly, illustrating this through the Danish paradigm, as Denmark is a pioneer in the implementation and search for different models of housing for the elderly. It does therefore exemplify the various trends in this type of accommodations, in a similar way to how they have been developed and currently coexist in the rest of Europe and in developing countries.

1. ANTECEDENTES.

El objeto principal de la investigación es el modelo de vivienda para mayores que promueve la Autonomía Personal. Este tipo de alojamientos son tendencia desde hace muchos años en la mayoría de los países desarrollados, ya que ofrecen una solución al reto del envejecimiento en consonancia con las demandas de lo mayores, así como con la evolución en el entendimiento del propio proceso de envejecimiento.

En general y como veremos más adelante, podemos afirmar que el diseño de alojamiento para mayores ha evolucionado desde un entorno compensatorio centrado en los servicios, hacia unos modelos cuyo enfoque principal es el usuario; sus deseos, necesidades y demandas. No obstante, es necesario presentar un poco más en profundidad los distintos modelos arquitectónicos de alojamiento colectivo para personas mayores que coexisten, ya que resulta difícil hablar de vivienda para mayores sin explicar los modelos institucionales, la adaptabilidad funcional o los servicios de atención y cuidados a domicilio.

1.1. El Origen.

El alojamiento específico para personas mayores tiene su origen en el siglo XIX, dentro de los llamados modelos institucionales. De forma general en toda Europa podemos encontrar estos modelos como una evolución de las antiguas instituciones encargadas de cuidar y alojar a los necesitados sin distinción de edad,

enfermedad o discapacidad, pero que a partir del siglo XVIII y con el avance de la ciencia, se especializaron en los distintos tipos de usuarios. Lo que caracteriza a este modelo es que proporciona *atención sanitaria y alojamiento a la vez*.

En el caso de Dinamarca, en 1891 se produce un cambio fundamental. A partir de esa fecha, la legislación impide que los mayores que no puedan valerse por sí mismos sean alojados en las llamadas *Fattighus*, o "casas para pobres" ni en las *Fattiggården* o "casas de trabajo". Es decir, se distingue entre ser mayor, ser pobre o estar enfermo, por lo que surge un nuevo modelo de alojamiento, por primera vez en la historia¹, específico para mayores: *Alderdomshjemmet*².

Al ser un modelo centrado en personas con algún tipo de necesidad de ayuda o cuidados, mantienen un esquema de tipo hospitalario, formando el alojamiento y los cuidados un conjunto inseparable. El aspecto institucional, alejado de la escala y lenguaje de la vivienda, refleja su carácter basado en la beneficencia y la asistencia a desvalidos (fuera del proceso productivo) por parte del Estado u organizaciones eclesiásticas. Es decir, es un servicio que no se ofrece de forma universal o como un derecho adquirido, sino como una forma de ayuda a personas pobres que no tienen otra manera de obtener su sustento ni familia que los acoja. En estos casos, por tratarse de modelos centrados en el cuidado de personas mayores existe segregación social.

¹Hay cierto número de ejemplos en Europa que basados en el modelo de caridad, ofrecían alojamiento a personas mayores desamparadas. Se trata de ejemplos aislados, sin reglamento estricto hacia las personas a las que ayudar, por lo que aún habiendo alojado mayoritariamente a ancianos, no se pueden considerar ejemplos específicos de alojamiento para mayores. Algunos ejemplos son las Almhouses en Inglaterra, los Hofjes holandeses o el barrio Die Fuggerei en Augsburgo. Beyer, Glenn H. & Nierstrasz, F. H. J. (1967).

²Se puede traducir como "el Hogar de los Mayores".

En España no se produjo una distinción entre los mayores y otro tipo de desfavorecidos de forma generalizada, solo de forma aislada. A principios del siglo XX solo encontramos algunos ejemplos de instituciones exclusivas para ancianos desfavorecidos en aquellas ordenes religiosas cuyo ejercicio estaba centrado en el cuidado de los mayores. Al igual que en el resto de Europa, este tipo de alojamientos están basados en la caridad, por lo que se centran en remediar en lo posible las consecuencias, pero no en resolver las causas.

Desde el punto de vista arquitectónico, y a consecuencia de los cambios económicos y sociales que se estaban produciendo en Europa a principios del siglo XX, la necesidad de mejorar la calidad de los alojamientos es apremiante.

La llamada Arquitectura Moderna³ se erige como solución a los problemas de salud mediante un cambio y mejora del entorno. Es la alternativa a los problemas del siglo XIX y como tal, los primeros ejemplos de *alderdomshjem* empiezan a sufrir modificaciones durante los años 30 influenciados por las teorías funcionalistas y la “medicalización” de la arquitectura. Las vetustas instituciones se amplían con modernas edificaciones llenas de luz, ventilación y vistas, donde se ubican las enfermerías. Por lo

tanto, los modelos Institucionales se renuevan como modelos que recogen las posturas del Movimiento Moderno, a la vez que heredan la oferta conjunta de alojamiento y cuidados.

Estos modelos siguen ofreciendo alojamiento compartido en la misma habitación, aunque ya se aprecian mejoras como la inclusión de baños dentro de las habitaciones. Además, existen servicios especializados en el tratamiento de personas mayores, así como las ya mencionadas enfermerías. El entorno arquitectónico se convierte en el medio para mejorar las condiciones de salud y se corresponde, además, con un cambio en la definición de este tipo de alojamientos que pasan a llamarse *Plejehjem*⁴.

Siguiendo con lo acontecido en Dinamarca, en este contexto posterior a la primera guerra mundial y en concreto en relación con la vivienda, un creciente número de asociaciones y fundaciones privadas empiezan a ofrecer soluciones específicas para el colectivo de personas mayores ya jubiladas⁵. Es importante señalar que se trata de ejemplos de vivienda colectiva en los que no existe ningún tipo de cuidados o atención, por lo que no existe distinción alguna con respecto a cualquier modelo de vivienda de la época. Su enfoque hacia los mayores viene definido por el hecho de que para

³El Movimiento Moderno en Arquitectura surgió a principios del siglo XX alcanzando su máxima expresión en el período de entreguerras. Supuso una ruptura con los estilos anteriores, defendiendo la ausencia de ornamento, el uso de las nuevas tecnologías, la racionalización de los sistemas constructivos ligados a los nuevos materiales y la aplicación de la Funcionalidad (la forma responde a la función) frente a la composición académica clásica.

⁴Este modelo es lo más parecido al modelo de Residencia que existe en el contexto español.

⁵Hay que destacar la larga trayectoria existente en Dinamarca de vivienda social construida por asociaciones sin ánimo de lucro. Su origen se remonta a mediados del siglo XIX, cuando a consecuencia de varias epidemias de cólera, entre otros motivos, varias asociaciones humanitarias surgieron para proporcionar mejores viviendas y con menor densidad que las existentes en el sector privado (caracterizado por un alto grado especulativo). Además, surgieron asociaciones de vivienda formadas por sindicatos o trabajadores para construir alojamientos a sus miembros. En el periodo de entreguerras, las asociaciones de vivienda, las sociedades cooperativas y las asociaciones humanitarias eran las únicas que construían vivienda social. Después de la Segunda Guerra Mundial, el tema de la vivienda se convirtió en un pilar fundamental en el establecimiento del estado de bienestar. En 1946, las ayudas y la organización del sistema ya eran muy parecidos al existente en la actualidad. Kristensen, Hans (2007).

acceder a las viviendas había que estar jubilado y ser miembro de la asociación promotora del proyecto, por tanto, en este caso también existe segregación social.

2. EL ALOJAMIENTO COMO SERVICIO SOCIAL.

Durante los años 30, por primera vez en la historia de Dinamarca, alcanzan el gobierno los socialdemócratas. Esto supuso una serie de profundos cambios sociales, ya que se introdujeron una serie de reformas encaminadas a establecer un estado de bienestar de tipo universal. Este modelo se basa en una gran cantidad de servicios públicos disponibles para todo el mundo, sin distinción; siendo la vivienda social una de las grandes apuestas del modelo.

Precisamente el carácter universal hizo que el colectivo de personas mayores se incluyese desde el principio en las políticas de vivienda. Inspirados por los ejemplos llevados a cabo por las asociaciones y fundaciones privadas en los primeros años 30, el Ayuntamiento de Copenhague puso en marcha un ambicioso plan para construir 6000 viviendas para mayores. Son las denominadas *Københavns Kommunes Boliger for Aldersrentemodtagere* o “Viviendas para Pensionistas”. La importancia de este planteamiento es la inclusión de la vivienda como un derecho adquirido por aquellas personas jubiladas o en riesgo de exclusión. Supuso una enorme mejora en sus condiciones de vida, ya que las nuevas viviendas incluían el tipo de instalaciones de las que carecían la mayoría de los apartamentos de la época.

En definitiva, lo que encontramos a partir de los años 30 del siglo pasado son dos modelos opuestos y con distintos orígenes, pero que representan las dos corrientes principales en las

tendencias sobre alojamiento para mayores. Tanto los modelos institucionales como las viviendas para mayores son una respuesta a las necesidades existentes en la época: por un lado una necesidad generalizada de alojamiento de calidad y por otro, la mejora de las condiciones en el cuidado y atención de la población necesitada. Existe una distinción muy clara entre un modelo y otro basada en la dependencia o independencia de los usuarios y que se refleja en la oferta o no de servicios de atención o cuidados. En esta época empieza a incrementarse la esperanza de vida y con ella los años comprendidos dentro del periodo de la vejez, pero todavía la oferta de alojamiento responde, por un lado, a un individuo completamente independiente, o por el contrario, directamente a un individuo dependiente. La novedad con respecto a épocas anteriores se encuentra en la instauración de un derecho adquirido a recibir ayuda por parte del Estado y con ello el derecho a un alojamiento adecuado.

Este modelo de bienestar y los modelos arquitectónicos asociados al mismo se siguieron manteniendo hasta los años 70, cuando ambos empiezan a ser cuestionados. Por lo tanto, en el período comprendido entre el final de la segunda guerra mundial y los años 70 se produce una mejora y desarrollo de ambos modelos con una clara tendencia hacia la provisión de más y mejores servicios.

Es precisamente en este periodo, cuando encontramos una serie de ejemplos de viviendas muy interesantes que proponen nuevas formas de enfrentarse al reto del envejecimiento. Podemos encontrar tanto proyectos intergeneracionales, donde las viviendas para mayores independientes forman parte del conjunto sin distinción alguna, como modelos exclusivos

para mayores con el objeto de ajustar los servicios e instalaciones a sus necesidades. Este último modelo es el más numeroso y normalmente reproduce un modo de vida parecido a un hotel, en el que los servicios disponibles son de tipo restaurante, salas comunes, servicio de lavandería, biblioteca, etc... pero como apuntábamos anteriormente, los servicios de atención o cuidados no están incluidos. El tipo de vivienda varía mucho y se corresponde con la demanda general de la época en Dinamarca.

Los proyectos más comunes son aquellos que mezclan mayores independientes con dependientes. En el caso de Dinamarca, suelen ser modelos promovidos y gestionados de forma privada, pero con una fuerte participación y apoyo de la administración pública, en cualquier caso y por motivos legales, los alojamientos que ofrecen cuidados continuos (residencias o viviendas tuteladas) siempre están gestionados por el Ayuntamiento. El término con el que se conoce a estos modelos: "de los tres pasos"⁶, hace referencia al hecho de que se deben cubrir las necesidades de los mayores durante las siguientes tres fases: desde los que son completamente independientes y no necesitan ningún tipo de ayuda, a aquellas personas que demandan cuidados generales o los que necesitan cuidados especializados de forma permanente debido a su alto grado de dependencia. Por tanto, surge como una forma de optimización de los recursos al unir viviendas adaptadas con un modelo de servicios de atención y cuidados en un único modelo⁷. El objetivo principal era cubrir todas las necesidades de los mayores durante las diferentes etapas relativas a la salud y la capacidad personal.

Con respecto a los modelos exclusivamente institucionales, debido a su vocación de servicio público y universal, se convierten en dotaciones que en muchos casos incluyen residencia, centro de día y centro de salud. Se produce una especialización aún mayor en los servicios de cuidados a los mayores, siendo éstos la característica principal que define estos modelos. El usuario es alojado para recibir una atención y cuidados ya establecidos de forma estandarizada. Son servicios de carácter generalizado y reglado, por lo que la persona es desplazada de un nivel a otro en función de sus necesidades. No existe capacidad de elección y es el paciente el que tiene que adaptarse. A este modelo se le conoce como modelo de la escalera (Houben, 1997). Los distintos modelos de alojamiento funcionan de forma autónoma y específica, por lo que se corresponden con distintos estadios de dependencia. Intentan mantener al usuario en el mismo entorno, pero siguen distinguiendo entre los diferentes niveles, segregando a los usuarios en función de su grado de dependencia.

En resumen, tras la segunda guerra mundial se produce la expansión de ambos modelos como consecuencia del gran desarrollo del modelo de estado de bienestar social. La dedicación hacia la persona mayor pasa de ser un asunto familiar o caritativo a ser un deber social. El gran cambio consiste en aceptar que el mayor (desamparado o no) tiene derecho a ser socialmente asistido de manera que lleve una vida digna⁸ y además, es responsabilidad de la administración pública el facilitar los servicios necesarios para ello. Es en ese momento cuando el uso de estos modelos se generaliza, haciéndose accesibles a las personas mayores

⁶Esta denominación surgió en la Alemania Oriental alrededor de los años 60 del siglo XX. Este modelo en algunos países europeos se denominó como "modelo combinado" o "instituciones integradas".

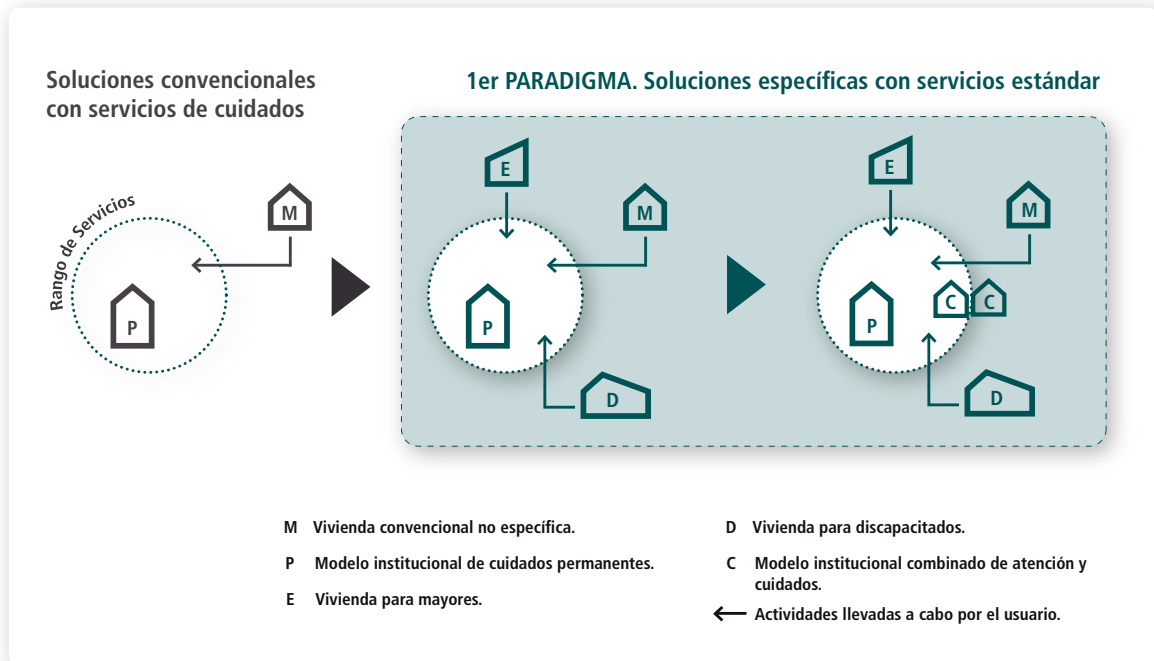
⁷Beyer, Glenn H. & Nierstrasz, F. H. J. (1967).

⁸Barenys, Maria P. (1991).

de las clases medias o superiores⁹. Durante estos años, podemos decir que los dos modelos originales se especializan cada vez más y los servicios relacionados mejoran considerablemente, cubriendo un porcentaje mucho mayor

de usuarios. Este primer paradigma se caracteriza por aportar soluciones más específicas en función del tipo de usuario, pero con servicios estandarizados (Imagen 1).

Imagen 1. Primer Paradigma. Esquema de la evolución de los modelos desde las soluciones convencionales con servicios de cuidados hasta las soluciones específicas con servicios estandarizados.



Fuente: Heitor G^a Lantarón.

3. CRISIS DEL MODELO: EL CAMBIO DE PARADIGMA HACIA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA.

Durante los años 60 y 70 del siglo XX y en el contexto de la crisis socio-económica que se produce en Europa, una serie de cambios tendrán una gran repercusión sobre la propia concepción del estado de bienestar y por tanto, sobre los modelos de alojamiento para mayores. El cambio a este segundo paradigma se caracteriza por el gran impulso que reciben los servicios sociales de atención y cuidados. Es en

esta época cuando la tendencia en los países nórdicos empieza a destacarse sobre el resto de países, especialmente los del sur de Europa.

3.1. Causas sociales y económicas.

En la década de los 60, los modelos institucionales son fuertemente cuestionados. Autores como Goffman¹⁰ y Foucault¹¹ estudian las características de estas instituciones y sus efectos sobre las personas desde un punto de vista sociológico. Sus observaciones supusieron

⁹En el caso de España, este cambio se produce en un rango temporal mucho más tardío, donde los asilos para ancianos dieron paso a las residencias para ancianos o residencias para la tercera edad, atendidas no solo por religiosas, como en los antiguos asilos, sino que son gestionadas y atendidas, mayoritariamente, por personal secolar, pertenezcan o no a la Administración pública. Ibid.

¹⁰Goffman, Erving (1961).

¹¹Foucault, Michel (1964).

un gran impacto, influyendo en las posteriores reformas de las instituciones durante los años setenta, sobretudo en los países escandinavos. Esta teorías reflejan la opinión generalizada que los mayores tienen de este tipo de alojamientos y explica el porqué la inmensa mayoría de ellos evita su ingreso en los mismos.

A partir de los años 70 y como consecuencia de la profunda crisis económica derivada de las crisis del petróleo, se hizo palpable que el modelo de cuidados permanentes no era sostenible económicamente a largo plazo. El motivo principal era que con el aumento de la esperanza de vida, se pasó de una asistencia corta a una mucho más larga; con el añadido de la dependencia ligada a la demencia.

La característica principal del modelo de estado de bienestar socialdemócrata es la cantidad de servicios públicos disponibles¹². Estos servicios están basados en el principio de universalidad, que en Dinamarca se traduce en un único estándar básico en todo el país, a pesar de que la organización y gestión se realiza a nivel local y que además, están disponibles para todo el mundo¹³. Las bases de este sistema las

encontramos en Dinamarca anteriormente a la Segunda G.M., pero su implantación definitiva se produce durante los años 50 y 60. A partir de la crisis de los años 70, los servicios sociales son fuertemente cuestionados en toda Europa, aunque en Dinamarca, debido al principio básico de universalidad en el que se basa su modelo, la reacción se centró en buscar nuevas fórmulas económicas que asegurasen la continuidad del modelo, manteniendo la calidad de los servicios.

3.2. Los servicios sociales y la vivienda como solución.

En dicho contexto económico y social, como respuesta al rápido envejecimiento de la población y con el interés de mantener los servicios y la calidad de los mismos, así como la atención hacia las opiniones y deseos de los mayores, el Gobierno danés estableció la primera Comisión sobre el envejecimiento de la historia. La denominada *Ældrekommissionen*, trabajó desde 1979 a 1981 con el objetivo de desarrollar una política unitaria y coherente con los mayores, revisando las políticas existentes y fijando las futuras líneas de actuación. Se trabajó en todos los aspectos de las condiciones

¹²Es importante destacar la diferencia existente entre el sistema de bienestar de los países nórdicos con el de España. El motivo es, que en el caso que nos ocupa de Dinamarca, existe una relación directa entre dicho sistema y la manera de entender el trato a los mayores. Para ilustrar esta reflexión vamos a seguir las categorías establecidas por Gøsta Esping-Andersen (1990) de los distintos sistemas de bienestar existentes en Europa. Aunque esta categorización ha sido cuestionada y matizada tanto por el propio autor como por otros expertos, ha sido y sigue siendo una referencia indiscutible en la comparativa de modelos dentro de Europa. El autor establece tres regímenes principalmente, aunque luego algunos países se pueden considerar como mixtos al incluir características de varios de estos grupos, distinguiendo entre el modelo de bienestar liberal, el corporativista o conservador y el socialdemócrata. Como es obvio, Dinamarca se encuentra dentro del grupo de países con un modelo socialdemócrata, y España, aunque no formó parte del primer estudio realizado por Esping-Andersen, posteriormente ha sido incluido por el autor en el modelo corporativista o conservador. Como decíamos antes, esta clasificación de los sistemas de bienestar bajo un punto de vista sociológico, ayuda a entender las distintas políticas llevadas a cabo tanto en Dinamarca como España en relación con sus contextos socio-económicos.

¹³El sistema de bienestar danés se caracteriza fundamentalmente por:

- El principio universal y gratuito de los servicios de atención y cuidados.
- Un alto grado de descentralización tanto en la toma de decisiones como en la financiación de los servicios a nivel local. Stuart, Mary., Weinrich, Michael. (2001).

de vida y en consecuencia, la vivienda fue un tema fundamental para dicha comisión.

El objetivo principal fijado fue permitir a los mayores mantener todo lo que sea posible una vida de calidad según sus propias decisiones¹⁴, entendiendo la vejez como una continuación de la propia vida de la persona¹⁵ y asegurando así que pudieran elegir dónde querían vivir y durante el mayor tiempo posible (Ældrekommissionen 1982, 229). La comisión declaró que cada persona mayor debía tener derecho a una vida independiente¹⁶. A raíz del trabajo desarrollado por dicha comisión, se hizo patente la absoluta necesidad de viviendas acordes a las demandas de una población cada vez más envejecida, así como de sus propios deseos. Además, no se hacía referencia exclusivamente a la vivienda, sino también a la provisión de los servicios públicos recibidos:

“La palabra clave es flexibilidad, tanto en la vivienda como en los servicios. Esto significa que las instituciones deben ser sustituidas por viviendas apropiadas para los mayores y atendidas mediante servicios externos y flexibles que se ajusten a las necesidades de los mayores”.

(Ældrekommissionen 1982, 92)

“Los servicios sociales deben asegurar la continuidad de las condiciones de vida, a pesar de las necesidades de cuidados”.

(Ældrekommissionen 1981)

En tres informes presentados por la comisión, se detallaban recomendaciones específicas para mejorar las condiciones de vida de los mayores, incluyendo la vivienda, los servicios sociales y de salud, así como la formación de personal cualificado para ofrecer dichos servicios. Estos tres informes juntos dan las pautas necesarias para reconstruir las políticas dirigidas a los mayores, enfocándolas a la *continuidad*, la mejora de la *autodeterminación* y el aumento de la *independencia*.

Desde entonces, los esfuerzos se han centrado en asegurar que los mayores puedan “envejecer en casa” y en reforzar su autonomía personal. Estos principios fueron reforzados por la Ley de Alojamiento para Personas Mayores, Ældreboligloven, de Julio de 1987¹⁷, cuyo objetivo era la sustitución paulatina de las residencias existentes por nuevas y modernas viviendas sociales para mayores. Además, en Enero de 1988, el derecho a construir nuevas residencias fue permanentemente revocado. Este hecho se ajustaba perfectamente a los deseos de las

¹⁴Ibid.

¹⁵Danish Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs. (2010)

¹⁶Lindstrøm, Bente (1997)

¹⁷Según esta Ley, la vivienda para mayores debía tener las siguientes características:

- La vivienda debe ser una unidad independiente y autónoma, con sala de estar, dormitorio, cocina y baño.
- El acceso debe admitir el paso de una silla de ruedas.
- La vivienda debe estar diseñada de forma que pueda ser usada por personas mayores o discapacitados.
- Debe permitir recibir la ayuda necesaria desde el centro de salud.
- La superficie construida no puede sobrepasar los 67m².
- Se pueden incluir zonas comunes como una sala común o cocina.
- El precio por m² no puede sobrepasar el establecido por el Gobierno.

De esta manera, se estableció un marco legislativo, unos principios guía con solo ciertas obligaciones. El motivo era asegurar unos estándares básicos sin limitar las posibilidades de diseño, permitiendo así, que se construyesen viviendas según las condiciones locales y sus propias demandas. Esta ley afectaba tanto a la nueva construcción como a las reformas y transformaciones de otro tipo de edificios o alojamientos en viviendas para mayores.

futuras generaciones de mayores, aumentando así el interés por modelos alternativos de vivienda. Pero además, al descartar el uso de modelos institucionales en el futuro, recogía la opinión de los expertos que apuntaban la insostenibilidad económica de ese modelo¹⁸.

Debido a esa política de separar las funciones de alojamiento de las de atención, el sistema pasó de ser un modelo de cuidados de larga duración institucional a un amplio abanico de servicios de cuidados en el hogar y en el entorno local. La vivienda y los servicios se consideran entidades independientes y por tanto, se mantienen separados. Esto fue el origen de una tendencia que se extendió por toda Europa, aunque solo en Dinamarca se prohibieron los modelos institucionales. La década de los 80 se puede considerar como el período de crítica abierta a las residencias. Ya en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, organizada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, en la recomendación n°13 se pide a los diferentes estados que desarrollen el servicio de ayuda a domicilio para evitar institucionalizaciones innecesarias¹⁹.

En el caso de Dinamarca, como hemos visto,

la apuesta por los servicios sociales fue muy clara, influenciando de manera decisiva en el arranque del debate sobre los modelos de vivienda existentes y los modelos necesarios para favorecer dicha apuesta. La gama de servicios sociales, coordinada y ofertada a nivel local de forma gratuita, universal y pública, comprende distintas opciones que cubren las 24 horas. La oferta no solo se centra en las tareas domésticas diarias como comidas y limpieza, sino también en los cuidados personales y el contacto con el exterior.

Las ayudas a domicilio son el principal servicio provisto a los mayores en su hogar, pero hay otro tipo de servicios, como la visita preventiva anual a toda persona mayor de 75 años, la comida a domicilio, los sistemas de alarma conectados con el centro de salud, ayudas en la limpieza, cuidado del jardín y en la retirada de la nieve, además del uso de equipamientos, como centros de día, y el transporte público. Asimismo, la administración local es la encargada de reformar la vivienda del usuario que lo solicite²⁰. Por lo tanto, las autoridades locales son las que deciden mediante estudios personalizados, quién necesita la ayuda, de qué tipo, cuántas horas a la semana y si se

¹⁸En Dinamarca, las plazas en las residencias se mantuvieron constantes de 1997 a 1987, pero el número de mayores de más de 85 años se duplicó, por lo que a finales de los 80, solo aquellos con una gran dependencia conseguían acceder a una plaza. (Gottschalk, Georg, 1995). El gasto tan alto que supone mantener los cuidados continuos, obligaba a proponer modelos alternativos para alojar a aquellas personas con distintos grados de dependencia que, aún necesitando ayuda, no fuese necesario su ingreso.

¹⁹Rodríguez, Pilar (2007).

²⁰Se puede solicitar ayuda para la reforma de la vivienda para adaptarla a las necesidades derivadas del envejecimiento y cuando existe algún tipo de discapacidad. La mayoría de estas modificaciones son pequeñas, pero en el caso de que las modificaciones sean muy grandes, los ayuntamientos pueden proponer a la persona la reubicación en una vivienda ya adaptada. En cualquier caso, siempre es la persona la que decide. Las autoridades locales financian toda la obra, pero si el valor de la vivienda en propiedad se ve incrementado gracias a dichas reformas, parte de la financiación se concede como un préstamo. Gottschalk, Georg. (1995).

incluyen cuidados por la noche²¹, de forma que los servicios se proporcionan en función de sus necesidades o discapacidades. La mayoría de los mayores no necesita ayuda, son principalmente los mayores de 85 años los que reciben ayuda a domicilio²².

En definitiva, primero en Dinamarca y posteriormente en casi toda Europa se fomentó el papel de los servicios sociales a domicilio. Los objetivos fueron satisfacer los deseos de los mayores y además, reducir el gasto del modelo de cuidados continuos mediante la promoción de la Autonomía Personal. Además, en aquellos países en los que los modelos institucionales no fueron prohibidos, se continuó con el modelo de concentración de servicios, por el cual, aquellos modelos de alojamiento que tenían incorporado cualquier tipo de servicio de ayuda o cuidados, se unían físicamente formando grandes complejos. La idea principal era compartir los recursos y reducir los gastos, a la vez que supuso una mejora para los usuarios.

Lo que se produce de forma generalizada, tanto en Dinamarca como en el resto de Europa, es un proceso por el cual se desdibujan los límites que definían los distintos modelos, de forma que la estricta relación entre cierto tipo de alojamiento y cierto tipo de cuidados se va diluyendo. Según Houben (1997), los distintos modelos se ven compensados o reforzados por los servicios sociales y se caracterizan

por la descentralización, la diferenciación de la oferta y la individualización de los servicios, en definitiva, se trata de un modelo basado en la persona. Las necesidades, deseos y situación personal son el objeto central de esta tendencia.

Por lo tanto, podemos afirmar que durante esta época y como segundo paradigma, nos encontramos con una especialización de los servicios recibidos como compensación a una reducción del modelo basado en los cuidados continuos que no era viable económicamente ni podía mantenerse. Este segundo paradigma se caracteriza por aportar soluciones más específicas en función del tipo de usuario, así como con servicios personalizados y ajustados a las necesidades del usuario (Imagen 2).

²¹Gottschalk, Georg. (1995).

²²Lindstrøm, Bente (1997).

Imagen 2. Segundo Paradigma. Esquema de la evolución de los modelos hacia soluciones específicas con servicios personalizados. Aunque los modelos institucionales (representados dentro del rango de servicios al formar un conjunto de arquitectura y servicios) se prohibieron en Dinamarca, en el resto de países se siguieron utilizando aunque con una clara tendencia hacia la mejora en su viabilidad económica.



Fuente: Heitor Gª Lantarón.

4. EL MODELO DE VIVIENDA ESPECIALIZADA PARA MAYORES.

Como hemos visto anteriormente, distintos cambios socio-económicos desembocaron en un nuevo paradigma en el modelo de gestión y provisión de alojamiento y servicios para los mayores: envejecer en casa o como en casa.

El objetivo entonces establecido se centró en alojar a las personas mayores con una serie de garantías, en encontrar los modelos de vivienda que les permitieran vivir con autonomía, independencia y seguridad el mayor tiempo

posible, pero sin descuidar uno de los puntos más importantes, la integración social. Al igual que a otros grupos sociales a los que también se cuidaba o ayudaba, la demanda de estos servicios generaba una diferenciación social que en muchos casos llevaba, y sigue llevando, implícitas ciertas connotaciones negativas.

En una sociedad jerarquizada y bastante uniforme basada en el trabajo de individuos sanos, no hay cabida para formas de producción alternativas que recaigan en otro tipo de personas. A consecuencia de esto, a partir una cierta edad establecida se deja de ser productivo²³

²³Antes la vejez empezaba cuando necesitabas ayuda porque perdías facultades (punto de vista aristotélico), a partir del siglo XIX, con la introducción de la jubilación, la vejez empieza cuando dejas de ser productivo.

y con ello el disfrute o la vida contemplativa durante el período posterior a la vida laboral se convierten en la alternativa socialmente impuesta²⁴ para el final de la vida. Es decir, los modelos arquitectónicos de alojamiento para personas mayores han tratado de dar solución a los problemas derivados de la dependencia real o a los de la dependencia socialmente impuesta. Han sido fundamentalmente *compensatorios*. Precisamente en aquellos modelos que no se caracterizan por la dependencia de sus usuarios, ni por representar la norma social para habitar durante la vejez, es en los que se centra esta investigación; en los denominados modelos de vivienda²⁵.

Retomando la línea temporal donde la habíamos dejado, a finales de los años 80, volvemos a explicar el origen y evolución de los tipos de vivienda a través del ejemplo danés, tanto por su novedad como por el desarrollo que han experimentado al prohibirse los modelos institucionales. Como afirma Gottschalk (1995), previamente a su prohibición, dentro de los modelos institucionales nos encontramos las residencias (*plejehjem*) y las viviendas asistidas o tuteladas (*beskyttede boliger*). Dentro de los modelos de vivienda, en Dinamarca podemos encontrar hasta tres tipos diferentes: las viviendas con servicios (*lette kollektivboliger*), las viviendas para pensionistas (*pensionistboliger*) y las viviendas sin ánimo de lucro para mayores y discapacitados (*almennyttige ældreegnede boliger*).

A partir de la ley de 1987 se prohibió la construcción de nuevos alojamientos tipo residencias o viviendas tuteladas, ya que representaban un modelo con una serie de características opuestas a las recomendaciones de la Comisión de 1982. La mayoría de los alojamientos de ambos tipos se transformaron en viviendas para mayores, por lo que se dejaron de tener un carácter principalmente institucional. Desde entonces, los residentes pagan un alquiler por su alojamiento, como en cualquier otro tipo de vivienda, viven según su ritmo diario y tienen los servicios que solicitan. Las ventajas de vivir en este tipo de modelos son la interacción y relación con otras personas, tanto residentes como cuidadores. En este proceso de transformación de las residencias, otro factor clave ha sido la cuestión cómo tratar a personas con demencia. A este tipo de pacientes no le ayuda el alojarse en grandes instituciones, ya que se benefician de vivir en un entorno fácilmente reconocible, en contacto directo con un número limitado de residentes y cuidadores. La mayoría de los pacientes mayores de 85 años siguen viviendo en sus casas, pero a partir de esa edad, el porcentaje de dependencia se incrementa exponencialmente, por lo que existe una gran demanda de alojamientos especialmente preparados para tratar a aquellos que no pueden seguir viviendo de forma independiente²⁶.

En consecuencia y a raíz de la creciente demanda, en 1996 se implantó la reforma

²⁴Decimos socialmente aceptada recogiendo las palabras de Foucault (Foucault, 1967), cuando incluía los alojamientos para mayores dentro de las Utopías de Desviación, defendiendo que en nuestra sociedad el tiempo libre está normativizado y por lo tanto, la ociosidad se convierte en una desviación.

²⁵Estos modelos se definen en inglés como Housing. Ante esta definición tan poco precisa cabe cierta explicación: se trata de ejemplos que surgen como alternativa a los modelos institucionales y por tanto, plantean modos de habitar en la línea de la vivienda. Es esta oposición lo que los caracteriza y por tanto, dentro del contexto son reconocidos y aceptados. En España también se ha implantado el concepto con la misma definición. Lo curioso es que al tratarse de una traducción muy general y ante la falta de un adjetivo que los caracterice, se emplea en muchos casos el término en inglés.

²⁶Lindstrøm, Bente (1997).

danesa de viviendas con cuidados (*plejebolig*). Su objetivo era incrementar el número de viviendas con atención y cuidados permanentes para personas con necesidades continuas. Este tipo de viviendas se podían implantar como nuevas construcciones o como reformas de las residencias existentes. Por tanto, la mayoría de las residencias se han transformado en las llamadas viviendas con cuidados²⁷ (*plejebolig*) para tratar a pacientes con un alto grado de dependencia.

Consisten en pequeñas viviendas independientes (con cocina y baño), organizadas en torno un espacio común de relación que permite a los usuarios participar en las tareas cotidianas pero a la vez pueden estar asistidos continuamente por personal cualificado. Están especializadas en el cuidado continuo de las personas mayores, aunque son un modelo ampliamente utilizado para cualquier grupo social con un alto grado de dependencia o necesidad de cuidados. Incluyen servicios durante 24 horas para limpiar, servir la comida y proveer de cuidados y atención sanitaria a los residentes. En definitiva, el modelo de alojamiento con cuidados incluidos dentro del conjunto ha sufrido una importante evolución hacia un tratamiento más personalizado, centrado en las necesidades del paciente y abandonando el carácter institucional. Este tipo de modelos, en origen institucionales, en la actualidad se ha demostrado como el modelo eficaz para

pacientes con un alto grado de dependencia, por lo que se ha demostrado como un modelo válido. El problema es que, en su día, se erró en el tipo de usuario al que iba dirigido.

Los distintos tipos de vivienda existentes previos a la reforma de 1987 también sufrieron una serie de cambios. Todos debían ser homogeneizados, especialmente en lo referente a su financiación. Por tanto, se decidió que solo las viviendas sin ánimo de lucro para mayores y discapacitados podían seguir construyéndose. Además se introdujo un tipo nuevo: las viviendas para mayores (*Ældreboliger*). Desde 1994, ambas viviendas tienen el mismo modo de financiación²⁸. El Estado y los Ayuntamientos subvencionan la construcción de este tipo de viviendas, que además, deben ser construidas por asociaciones de vivienda sin ánimo de lucro, fondos de pensiones o el propio ayuntamiento. En cualquier caso, e independientemente del promotor, el Ayuntamiento siempre tiene derecho a un porcentaje en la asignación del alojamiento. Además, el alquiler también está subvencionado por lo que los mayores no pagan más del 15%. Este tipo de viviendas para mayores (*Ældreboliger*) se caracterizan por estar especializadas en adaptarse a las necesidades de los mayores en términos de ubicación, diseño y equipamiento, pero los cuidados y la atención no forman parte del conjunto. Se encuentran bajo la normativa de vivienda social, por lo que también deben ser accesibles y

²⁷En España este tipo no existe y su lugar lo ocupan las residencias. En el resto de países son más conocidas por el término "viviendas de grupo" o "viviendas con apoyos", dependiendo del grado de dependencia del usuario. Las viviendas con apoyos están especializadas en la atención a las personas mayores y las viviendas de grupo en el cuidado continuo.

²⁸Según el Ministerio de Economía Danés, el Estado es responsable de la financiación del 50% del presupuesto dedicado a los mayores. Los Municipios son responsables del 35% y los condados del restante 15%, según la siguiente distribución:

Nivel Nacional (Estado): 50%. Pensiones, parte de la financiación en la construcción de viviendas y parte de los servicios de ayuda.

Nivel Regional (14 Condados): 15%. Hospitales, doctores y subvención de medicamentos.

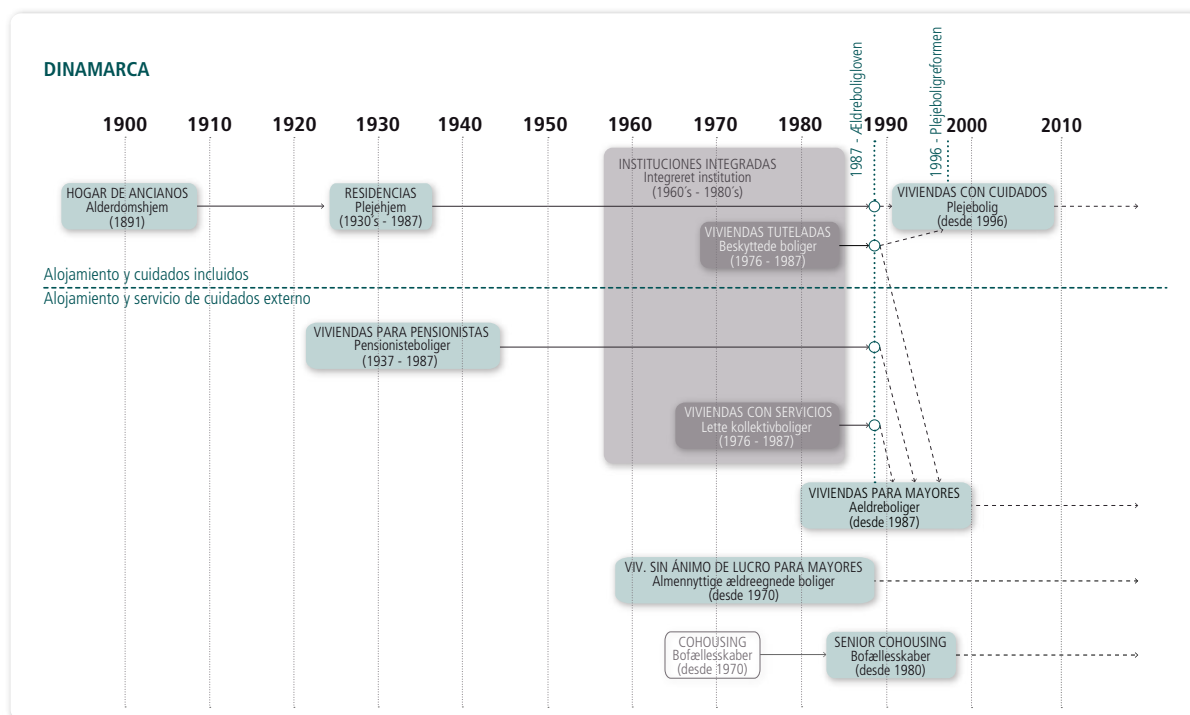
Nivel Local (275 Municipios): 35%. Mantenimiento de residencias, centros de día, ayudas a domicilio. Parte de la financiación en la construcción de viviendas y parte de las ayudas destinadas a vivienda. Gottschalk, Georg. (1995).

contar con un sistema de llamada de emergencia para poder recibir asistencia en cualquier momento del día²⁹.

En los años 90, el 40% de este tipo de viviendas se trataba de reformas de modelos anteriores a la ley del 1987, principalmente residencias y viviendas para pensionistas. Actualmente, la superficie media de estas viviendas está entre los 65 y 85m² construidos. Las administraciones locales son las que adjudican los pisos a los mayores que lo solicitan. Posteriormente, se firma un contrato de alquiler con la asociación encargada de gestionar los pisos. Las ayudas requeridas las proporcionan las autoridades en el domicilio y de forma personalizada³⁰.

Tras la entrada en vigor de las sucesivas leyes anteriormente mencionadas, el modelo de vivienda se ha visto enormemente incrementado. En el 2010, el número de residencias se había reducido a una cuarta parte de las existentes en 1996, lo que equivale al cierre de una media de 2200 plazas residenciales al año. Por el contrario, ha habido un aumento significativo de vivienda para mayores y viviendas con cuidados, triplicándose su número desde 1996 hasta 2010. Según ha aumentado el número de tipos, la calidad de la vivienda ha sido ampliamente mejorada³¹ (Imagen 3).

Imagen 3. Esquema resumen de la evolución de los modelos en Dinamarca y las tendencias actuales.



Fuente: Heitor G^a Lantarón.

²⁹Danish Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs. (2010).

³⁰Kristensen, Hans (2007).

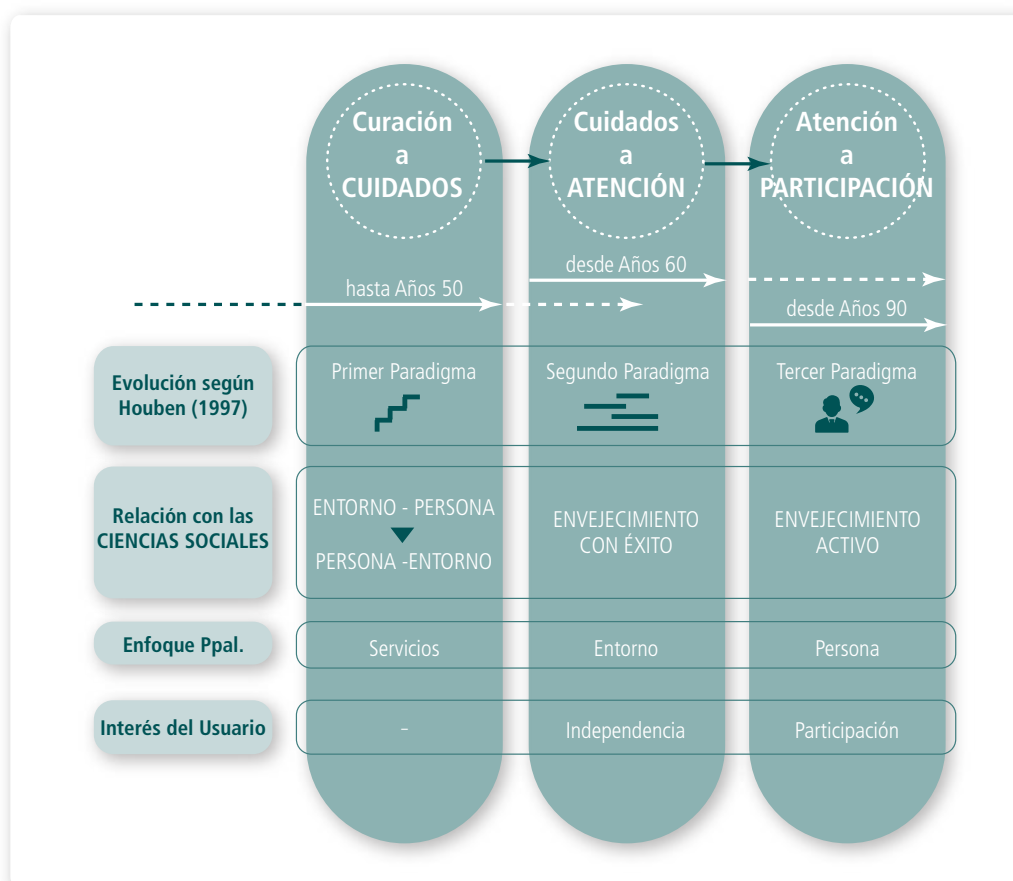
³¹Danish Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs. (2010).

5. LOS NUEVOS MODELOS DE VIVIENDA.

Desde principios del siglo XXI, el foco de las investigaciones y políticas ha cambiado: se ha alejado de las necesidades de vivienda de los mayores dependientes hacia los deseos de los mayores independientes y autónomos. Ahora se trata de buscar modelos de vivienda atractivos que mantengan y promuevan, por un lado su estilo de vida independiente y por otro lado el potencial de este colectivo para obtener los beneficios de sus activos económicos, invertidos en sus viviendas, con el objetivo de mejorar su posición en la vejez. En este sentido, la

tendencia se centra en la participación social y fomentar el envejecimiento activo, por el cual los mayores sean parte activa en la definición de los nuevos modelos, en definitiva, en promover la autonomía personal. En esta tendencia, o tercer paradigma, los mayores buscan vivir en alojamientos apropiados y autónomos con instalaciones comunes y oportunidad para los usuarios de compartir las actividades diarias y ayudarse mutuamente. Aprecian principalmente la combinación vida *privada*, las instalaciones *comunes* y las actividades *compartidas* (Imagen 4).

Imagen 4. Gráfica comparativa de los tres paradigmas y su evolución con respecto a las ciencias sociales, el enfoque en el cuidado y los intereses de los usuarios.



Fuente: Heitor G^a Lantarón.

El modelo que mejor ilustra esta tendencia en Dinamarca son los denominados *senior cohousing*. En el resto de países, podemos encontrar las denominadas como “viviendas para toda la vida”, *lifetime homes* en Reino Unido o *levensloopbestendige* en Holanda. Aunque de forma general, también encontramos términos como *viviendas 50+*. En general, en todos los tipos, sean del país que sean, el principal objetivo es poder envejecer en un entorno más controlado y adaptable a sus futuras necesidades, por lo que comparten con las viviendas para mayores la capacidad de adaptación. En este caso, no obstante, se pretende resolver la mayoría de los problemas derivados de la dependencia anticipándose a ellos y actuando a distintas escalas. Normalmente se promueve la coexistencia multigeneracional o son impulsados por personas que aún no se han jubilado pero ven la necesidad de encontrar un modelo que se ajuste a sus demandas y que no encuentran en el mercado. Pueden existir bajo distintas fórmulas, como viviendas sin ánimo de lucro, cooperativas o viviendas en propiedad. La diferencia de los *cohousing* en comparación con el resto de modelos es que son promovidos por un grupo de mayores que quieren formar y vivir en una comunidad con fuertes lazos sociales³².

El nivel de implicación varía bastante y puede ir desde todo tipo de reuniones hasta la realización de actividades de ocio en conjunto. Además, los residentes se ayudan unos a otros,

creando una cierta seguridad. Su aproximación al problema es desde el punto de vista de la participación e interacción social. Es importante destacar que la mayoría de estos modelos no ofrecen cuidados o atención cuando la dependencia es alta, fundamentalmente porque en el caso de Dinamarca, los servicios sociales se ocupan de ello, sin embargo, en otros países europeos los servicios forman parte de la oferta.

En el caso de las *lifetime homes*, el concepto creado por la Fundación Joseph Rowntree en 1989, se basa en que todas las dificultades que actualmente se dan en la vivienda corriente pueden ser eliminadas con simples modificaciones en el diseño que aseguren que nadie es víctima de la discriminación arquitectónica. No se trata de que permanezcamos siempre en ese hogar, sino de que si así lo queremos, lo podamos hacer. Por lo tanto es importante señalar que las viviendas para toda la vida no son viviendas con necesidades especiales, sino viviendas convencionales que sirven para casi cualquier persona. Su aproximación al problema es desde el diseño arquitectónico. En la misma línea y con una filosofía parecida, la fundación Humanitas acuñó el término *levensloopbestendige*, que se ha extendido y es de uso corriente en Holanda. El término *50+* sin embargo, está relacionado con el interés que este modelo está despertando entre los inversores y promotores privados, que intentan así atraer a esa franja de edad. Al igual que los

³²Es importante aclarar de forma rigurosa en qué consiste el modelo de cohousing ante la reciente proyección que está teniendo en nuestro país. Este modelo es originario, una vez más, de Dinamarca, donde surgió en los años 70 y se denomina “Bofællesskab”. Se trata de un modelo en el que la participación es la característica principal que lo define. Los usuarios actúan como promotores o clientes activos en el proceso de diseño, así como en la posterior gestión y mantenimiento de las viviendas. Muchas actividades diarias son comunes, exigiendo un alto grado de participación e implicación. La fórmula principal de organización es mediante una cooperativa con cesión de uso, pero puede desarrollarse bajo múltiples formas, como cooperativas normales, vivienda social pública o vivienda privada. En definitiva, el cohousing no es sinónimo de cooperativa con cesión de uso, es sinónimo de participación y exige cierto tipo de usuarios con formación, experiencia y recursos suficientes para este tipo de asociación.

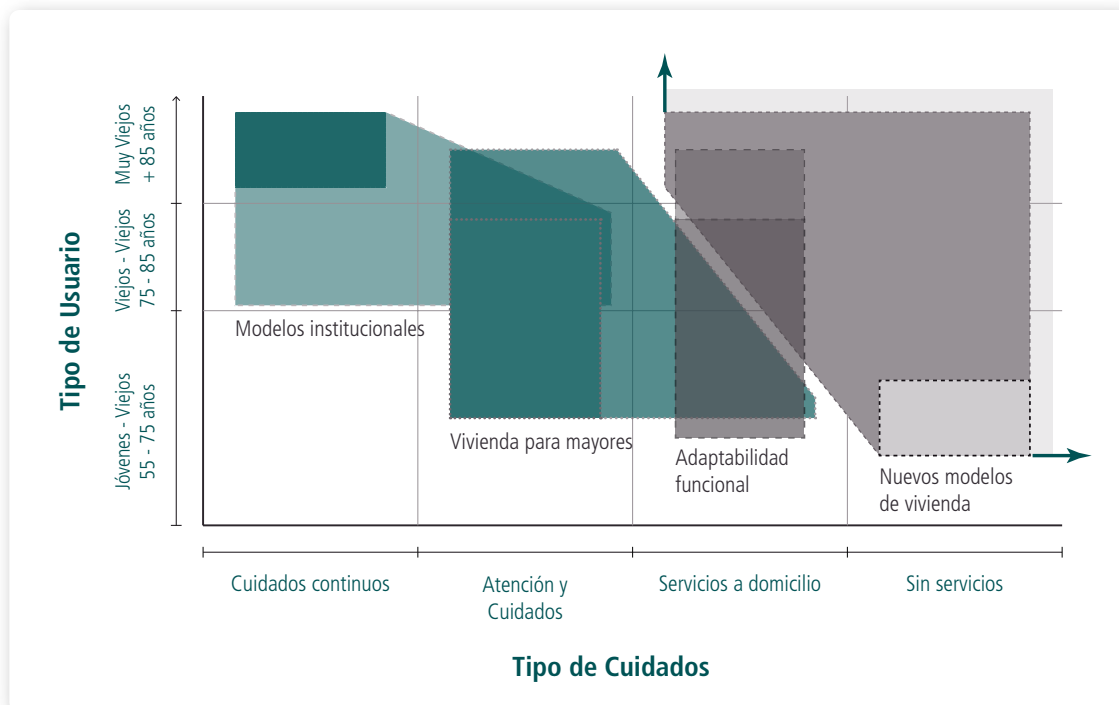
tipos ingleses u holandeses, su apuesta se centra en un diseño flexible y una serie de servicios acordes a las necesidades de los mayores. El interés de estos ejemplos radica en la no distinción de las viviendas, en la normalización. Es decir, las viviendas para mayores no se destacan del conjunto aún estando especialmente diseñadas para adaptarse a sus necesidades y ofrecen un atractivo de diseño comparable a cualquier otra promoción de vivienda.

Se puede, por tanto, establecer una diferenciación de los distintos modelos en base a una caracterización según la relación existente entre la edad de los usuarios y los cuidados o atención que requieren. Los modelos institu-

cionales están vinculados a los últimos estadios del envejecimiento, así como a una necesidad muy alta o continua de ayuda externa. Dentro de este modelo podemos encontrar las residencias o las viviendas de grupo³³.

Por otro lado, los ejemplos de vivienda especializada se caracterizan por el amplio abanico de posibilidades que ofrecen, destacando los nuevos modelos de vivienda ya que, desde su origen, plantean una solución a todo el proceso. En el caso de las viviendas para mayores o la adaptabilidad funcional, no siempre suponen una solución cuando la necesidad de ayuda externa es continua (Imagen 5).

Imagen 5. Comparativa de los modelos existentes en función de la edad del usuario, el tipo de cuidados y la ayuda demandada. Cada modelo cubre un rango determinado aunque en la mayoría de los casos se solapan, planteando distintas soluciones para un mismo estadio del envejecimiento.



Fuente: El Autor.

³³Viviendas de Grupo. Consisten en pequeñas unidades habitacionales organizadas en torno a un espacio común de relación, que permite a los usuarios participar en las tareas cotidianas pero a la vez pueden estar asistidos continuamente por personal cualificado. Están especializadas en el cuidado continuo de las personas mayores, aunque son un modelo ampliamente utilizado para cualquier grupo social con un alto grado de dependencia o necesidad de cuidados.

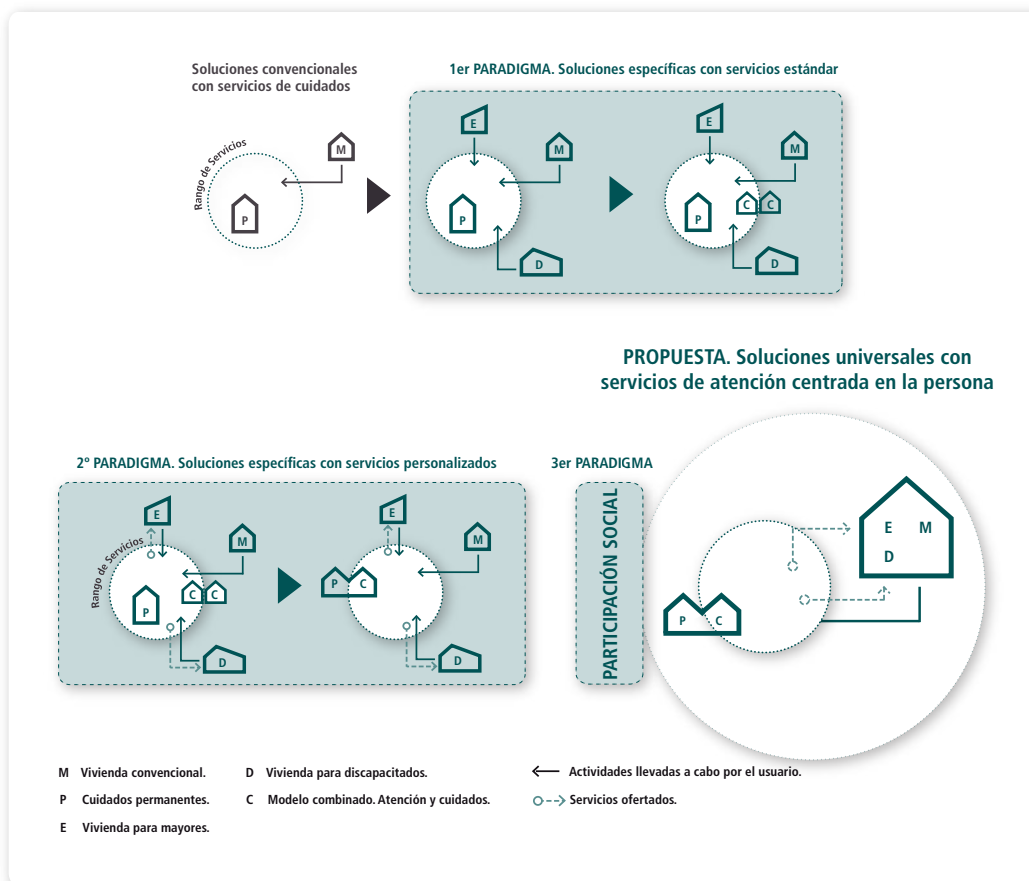
6. CONCLUSIONES.

Siguiendo la tendencia actual, tal y como se está haciendo en el resto de países europeos, es necesario que los modelos institucionales que aúnan alojamiento y servicios se especialicen en grandes dependientes cuyas necesidades de atención y cuidados deban ser continuas y específicas.

Por otro lado, incluyendo los deseos de los propios mayores, se debe fomentar la continuidad y permanencia en la propia vivienda promoviendo la autonomía personal. El enfoque del diseño de viviendas debe incluir de forma

generalizada al colectivo de personas mayores ya que en un futuro muy próximo va a suponer la mayor minoría social. Los modelos de vivienda convencional deben incorporar un enfoque inclusivo, dirigido a cualquier persona³⁴. Es necesario por tanto, que el Diseño Universal forme parte del proceso de redefinición de los modelos de alojamiento, especialmente la vivienda. Solo el enfoque de los servicios de atención debe ser específico y centrado en las necesidades concretas de los usuarios, proporcionando una atención externa durante el mayor tiempo posible, a domicilio y centrada en la persona (Imagen 6).

Imagen 6. Propuesta.



Fuente: Heitor G^a Lantarón.

³⁴Este hecho es especialmente importante cuando hablamos de nuevos alojamientos para mayores, donde los servicios de atención pueden formar parte de la vivienda. Pero para ello, el modelo en nuestro país debe poder extraerse del paraguas normativo de las instituciones socio-sanitarias.

7. BIBLIOGRAFÍA.

BARENYS, María P. "Las residencias de ancianos y su significado sociológico", en Papers 40. 1991. pp. 121-135.

BEYER, Glenn H. & NIERSTRASZ, F. H. J. Housing the Aged in Western Countries. Programs, Dwellings, Homes and Geriatric Facilities. New York: Elsevier Publishing Company. 1967.

DANISH MINISTRY OF HOUSING, URBAN AND RURAL AFFAIRS. Fact Sheet on Danish Housing for the elderly. 2010.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press. 1990.

FOUCAULT, Michel. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon. 1964.

FOUCAULT, Michel. "Des espaces autres", (conferencia pronunciada en el Centre d'Études architecturales el 14 de Marzo). Publicada en 1984 en Architecture, Mouvement, Continuité, Nº5. 1967. pp. 46-49.

GOFFMAN, Erving. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday. 1961.

GOTTSCHALK, Georg. "Housing and Supportive Services for Frail Elders in Denmark", en PYNOS, J., LIEBIG, P. S., eds. Housing Frail Elders: International Policies, Perspectives and Prospects. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1995.

Houben, P., "Challenges in the modernisation of Dutch housing and care for the elderly", en Housing Studies, 12:3. 1997. pp. 355 a 366.

KRISTENSEN, Hans. Housing in Denmark. København: Centre for Housing and Welfare – Realdania Research. 2007.

LINDSTRØM, Bente. "Housing and service for the elderly in Denmark", en Ageing International, volumen 23, nº 3-4. 1997. pp. 115-132.

RODRÍGUEZ, Pilar. Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Médica Panamericana, S.A. 2007.

STUART, Mary, WEINRICH, Michael. "Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark", en The Gerontologist, Vol. 41, nº 4. 2001. pp. 474-480.



FUNDACIÓN CASER

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es