

## **INFORME SOBRE NAGUSIEN ETXEA Y SU INTERÉS SOCIOSANITARIO**

### **BARRIO de ROMO**

El barrio de Romo, en el municipio de Getxo, se desarrolló urbanísticamente entre 1905 y 1935, con mayor auge desde 1923, tras ser elaborado el Proyecto de Urbanización y Ensanche desde los terrenos conocidos como Vega Santa Eugenia, delimitados por la vía del ferrocarril de Bilbao-Las Arenas-Plentzia (paralela al curso del río Gobela, por la carretera de la Avanzada y el límite con Leioa). Era un rectángulo de terreno desecado por D. Máximo Aguirre con arenales y un extenso pinar plantado para fijar el terreno arenoso.

Tomó su actual nombre al llegar Matías Romo, uno de los compradores de terrenos de Aiboa donde después se desarrolló la ciudad-jardín de Neguri, que en mayo de 1893 solicitó permiso para edificar una casa unifamiliar y una fábrica de cubiertos y objetos religiosos. No obstante, Romo no sería reconocido como barrio en la organización territorial del municipio hasta el 1960 dada "su singularidad" respecto a Las Arenas.

La Comisión de Patrimonio de Arquitectos de Bizkaia realizó en febrero de 2015 un Informe sobre la puesta en valor arquitectónico de un conjunto identitario constituido por los edificios:

- Las Casas Baratas "el Hogar Obrero", grupo de 80 viviendas, de 1925.
- Antiguas Escuelas y Capilla (actual Euskaltegi y Nagusien Etxea), de 1935.
- Parroquia de San José, de 1959.

Sin ser los edificios más antiguos del barrio, si forman parte del núcleo fundacional del mismo, caracterizado por su estilo neovasco-racionalista, y vinculados a la vida social a lo largo de su existencia.

En este Informe recogeremos inicialmente algunas valoraciones de dicho Documento previo de 2015, orientado a este grupo de viviendas mencionado, un espacio que ha ofrecido centralidad al barrio, con un a voluntad de servicio público que ha ido variando con el paso del tiempo.

### **POBLACIÓN**

El municipio de Getxo tiene una población en torno a 78.500 personas. De ellas, las personas mayores de 60 años (6/2/2018) son 26.537 siendo 12.220 varones y 14.317 mujeres. En Romo y Las Arenas son mayores de 60 años: 9.153 personas.

Este amplio sector de población que nació en tiempos de postguerra, incluso antes, que son usuarios y socios de este centro, han comprobado una cierta sacralización de la política. Un interés con la apertura a problemas sociales y políticos, donde confluyen quienes han oído la historia contada por otros que vivieron una dura historia. Todos ellos y ellas, durante décadas, trabajaron para alcanzar un futuro mejor, nuestro presente. Les debemos una vida lo más confortable posible, y si ya acceden a espacios que consideran adecuados aunque mejorables, apoyemos y favorezcamos esta situación.

## **NAGUSIEN ETXEA**

El edificio de las antiguas Escuelas, casa-convento y Capilla de N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de los Ángeles fue proyectado por el arquitecto Pedro de Asúa para la congregación de las Hijas de la Unión Apostólica, y fue inaugurado en 1934.

En 1980 las monjas RR.MM. Auxiliares de Cristo Sacerdote solicitaron el derribo de los edificios para construir viviendas de protección oficial, VPO. Desde octubre de 1982, diferentes comisiones municipales (Cultura, Informativa de Arquitectura,...) inician gestiones sobre la idoneidad primero y la compra después, lo que se realiza ante notario el 3-10-1985. Al año siguiente, desde el ayuntamiento de Getxo se solicita y se recibe la segunda mitad del coste (20.500.000 ptas.) de la Diputación Foral de Bizkaia.

Habiéndose desalojado los apartamentos tutelados y trasladados ya el aula de cultura y el euskaltegi municipal al nuevo equipamiento de RKE, el edificio actualmente está ocupado solamente por Nagusien Etxea.

El ayuntamiento de Getxo adquirió los derechos urbanísticos sobre la Nagusien Etxea de Romo con compromiso notarial implícito en el título de adquisición de responsabilidad con el mantenimiento del uso destinado a las personas mayores. ¿Quiénes son personas mayores? Aquellas para quienes ha finalizado la fase vital de realizar un trabajo y obtener una remuneración económica, incluidas las personas a quienes el contrato social se lo ha negado, concediéndoles a veces pensiones de viudedad o discapacidad.

El Ayuntamiento de Getxo es la entidad titular, compartiendo la gestión mediante convenio desde el año 2000, con la asociación Ibar Nagusien Etxea Elkartea, que cuenta con unos 6.200 socios y socias, y desarrolla actividades de tipo cultural y socio-asistencial, con actuaciones con plena sintonía con la acción socio-sanitaria.

Según catastro de la Diputación Foral de Bizkaia, la Nagusien Etxea cuenta con 1.762,92 m<sup>2</sup> construidos. De esta superficie, 547,73 corresponden a apartamentos, anteriormente tutelados y en la actualidad sin uso alguno, situados en la 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> plantas y que carecen del necesario acceso independiente al del resto del equipamiento. Sin duda, estos apartamentos bien pudieran recuperar la opción de

recurso residencial para personas mayores y ofrecer respuesta municipal a la necesidad de vivienda tutelada para este colectivo.

## **ROMO KULTUR ETXEA**

Se trata de un edificio nuevo, con sus posibles ventajas y desventajas para las poblaciones que vayan a hacer uso de sus instalaciones: mobiliario nuevo, calefacción, espacios...

Con una planta de 957,36 m<sup>2</sup> en cada una de los pisos. La propuesta planteada desde el ámbito municipal es poder acceder a una parte de la tercera planta de forma exclusiva, con uso compartido, aunque preferente en esta misma planta, así como posibilidad de uso de espacios en otras plantas.

El posible espacio para Nagusien Etxea sería de aproximadamente la cuarta parte respecto al actual, con la incomodidad propia de ser una 3ª planta, además de no tener espacios adecuados para gimnasio. Tiene dos peluquerías y otro espacio común para fisioterapia y podología. Carece de un jardín para juegos y solaz, y sobre todo tener además de los espacios de uso exclusivo, otros, prioritarios o no, a compartir con otros colectivos

## **VISIÓN PSICOSOCIAL**

Las estadísticas de EUROSTAT señalan que los españoles que acaban de nacer van a vivir más tiempo que los nacidos en la mayoría de los países del mundo. Lo mismo dicen las estadísticas del País Vasco (EUSTAT) con lo cual aumentarán los riesgos de padecer alguna discapacidad, tener alguna depresión o alguna otra dolencia crónica.

El Informe SESPAS 2014 reflejaba que entre 2006 y 2012 no se detectaron cambios en los estilos de vida, salvo descenso del consumo de alcohol y drogas ilegales, con aumento de psicofármacos. Ha aumentado en exceso el uso de servicios psiquiátricos.

La población con edades avanzadas, superiores a los 65 años, es la principal consumidora de recursos sanitarios, empleando hasta el 50% del tiempo de la atención médica, y en torno al 60% del gasto farmacológico.

Está comprobado que si tienen recursos ocupacionales, sean de ocio, ejercicio, entretenimiento o interrelación con sus iguales, disminuyen notoriamente unos y otros, en tanto que sus vivencias (y realidades) de mejor salud están más presentes.

Ya desde hace casi dos décadas, los mayores de edad disponen de más tiempo libre, y también las personas con mayor cronicidad. Las actividades más frecuentes en la población general de la CAPV realizan en este tiempo son pasear y ver la televisión

(90% de las personas), descansar (80%), escuchar música, leer periódicos o revistas o entrar en redes (70%), leer libros, hacer deporte, ir al monte, practicar juegos de mesa, acudir a espectáculos (casi un 30%) y hacer colecciones, bricolaje, manualidades, escribir, tocar algún instrumento, pintar,... entre 10 y 20%.

Son las personas más mayores y las que están diagnosticadas de enfermedades crónicas aquellas que presentan menos relaciones sociales (acompañados por amigos, conocidos o familiares). Sin diferencias importantes en función del sexo.

El tipo de actividades que ocupan el tiempo de las personas mayores y el tipo de vínculos sociales nos han de orientar para el diseño de iniciativas ocupacionales y de rehabilitación hacia este sector de población.

Nos encontramos ante un amplio sector de población de Getxo, de Romo y Las Arenas, asociada y vinculada a Nagusien Etxea que, una vez que ofrecieron su productividad laboral y su entrega familiar durante tantos años, bien merecen el reconocimiento, en este caso a través de espacios, iniciativas y apoyos adecuados. Ellos y ellas merecen un espacio donde encuentren que las anunciadas políticas familiares y sociales se garantizan mediante una mayor inversión pública que favorezca elementos de cohesión social. Posiblemente en el actual espacio haya que realizar mejoras en su acondicionamiento reivindicando la accesibilidad para todas las personas.

Según opinión de la Junta Directiva de la Nagusien Etxea “Lo que no tiene ningún sentido es que cuando la población de personas mayores va a más, los espacios a ellas dedicados sean menores y menos confortables para ellas. En Nagusien Etxea están en casa, en un espacio que sienten y viven como propio; en RKE (que no deja de ser un contenedor concebido como equipamiento cultural), en el mejor de los casos, de prestado”.

Un programa de valoración de personas mayores precisa acercarse a los aspectos físicos y psíquicos, funcionales y sociales. Las actividades y opciones que ofrece Nagusien Etxea favorecen de inmediatos a los segundos aspectos, permitiendo mejorías en los primeros. No olvidemos que todo lo que signifique activación cognitiva permite mejorar la calidad de vida de las personas, incluso de quienes padecen trastornos en su salud.

### **ANÁLISIS DAFO de la Nagusien Etxea**

El análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) tiene por objetivo concretar la evaluación de los puntos fuertes y débiles de una empresa, servicio, dispositivo, institución o programa (competencia o capacidad para generar y sostener sus ventajas competitivas) con las amenazas y oportunidades externas. Las fortalezas y debilidades internas resultan importantes puesto que pueden ayudarnos a entender la posición competitiva de nuestra empresa en un entorno concreto.

La matriz DAFO por columnas se establece el análisis del entorno (1ª columna: Amenazas, 2ª columna: Oportunidades) y por filas el diagnóstico del centro (1ª fila: Fortalezas, 2ª fila: Debilidades). Así establecemos 4 cuadrantes que reflejan las posibles estrategias a adoptar por Nagusien Etxea:

<b>Matriz DAFO</b>	<b>AMENAZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>Estrategias defensivas</b>	<b>Estrategias ofensivas</b>
<b>DÉBILIDADES</b>	<b>Estrategias de supervivencia</b>	<b>Estrategias de reorientación</b>

Señalamos resumidamente algunos puntos fuertes y débiles, además de las amenazas y oportunidades que nos puedan orientar acerca de la situación actual de Nagusien Etxea como centro comunitario.

#### **AMENAZAS**

- Presupuesto menor de la media Europea
- Riesgos de descapitalización o de reorientación de la financiación pública, es decir recursos materiales y humanos, hacia el nuevo Kultur Etxea.
- Las cuestiones del ocio y sociosanitarias no son una prioridad política (diferente a la aparición de grandes titulares en prensa ocasionalmente).
- Prestaciones psicosociales: riesgo de que no se consideren.
- Bajo gasto social. Escaso porcentaje para ayudas orientadas al ocio, formación y aspectos ocupacionales de las personas mayores.
- Débil participación ciudadana

#### **OPORTUNIDADES**

- Financiación pública. Compromisos y garantías según la ley
- Presupuesto diferenciado para actividades comunitarias
- Creciente interés ciudadano por los DD. HH. y la Salud
- Capacidad organizativa de algunas asociaciones de familiares y usuarios interesadas en la estabilidad de Nagusien Etxea
- Recomendaciones de organismos internacionales (OMS,...)
- Informes del Ararteko sobre personas mayores

#### **DEBILIDADES**

- Poco desarrollo de cultura de empresa con compromiso desde la ciudadanía
- No Modelo de Servicios centrado en la Comunidad
- Organizaciones de Servicios separadas con Presupuestos diferenciados
- Desarrollo discrecional de servicios y recursos
- Déficit de recursos sociosanitarios
- Escaso apoyo a las familias con pacientes graves
- Déficits de personal

- Déficit de formación en técnicas comunitarias, rehabilitación, técnicas psicológicas de apoyo, técnicas grupales, gestión,...
- No hay evaluación de servicios y programas
- No hay políticas activas de incentivación

#### **FORTALEZAS**

- Experiencia acumulada sólida y relevante.
- Calidad y competencia profesional de la mayoría de trabajadores
- Nuevos modelos de gestión con herramientas de control de calidad
- Colectivo humano que impulsa desde su junta directiva a N.E.

Desde las instituciones han de reconocer la integralidad y las políticas sociales del municipio que han de apuntalar.

#### **DESDE EL ÁMBITO SOCIOSANTARIO ¿QUÉ HACER?**

La relación y la colaboración permanentes que durante todos estos años ha mantenido la N.E. con otras asociaciones y las muchas personas asociadas y que vienen participando asiduamente en las actividades nos ha permitido no sólo conocer mejor sus problemas, también admirar su coraje y compromiso, escuchar y comprender sus problemas, e impulsar más y más iniciativas.

Es necesario trabajar la sensibilización social y de mejorar la integración social de todas las personas que tengan algún riesgo de marginación, olvido o estigma que acompaña a las personas mayores y, en ocasiones, a sus familias y que se manifiesta en comportamientos de segregación. Este estigma, a veces, es reforzado por el tratamiento sensacionalista de determinadas noticias en los medios de comunicación.

Debemos buscar caminos que favorezcan el apoyo de factores protectores: habilidades individuales, relaciones familiares y con sus iguales que den confianza, redes sociales, programas de memoria, ejercicio físico, desarrollo de amistades, prestaciones sociales, solidaridad entre vecinos y con la comunidad, iniciativas orientadas a conseguir un "estado de bienestar" desarrollando su autonomía y lograr algunas ambiciones realistas, a pesar de la existencia de algunos problemas médicos propios de las edades avanzadas.

#### **MODELOS COMUNITARIOS PARA LA POBLACION MAYOR DE EDAD**

Diferentes países norteamericanos y europeos han desarrollado un sistema, en colaboración de entes públicos y privados, basado en el concepto de recuperación, con

el que desde hace 40 años vienen tratando de subsanar las debilidades. Se basa en una concepción holística de la "persona en sociedad", centrando la atención en las personas, y tratando de aprovechar mejor los recursos conjuntos de los diferentes profesionales, de las familias y del entorno social comunitario. Esto se concreta en:

1. Integración de la persona en sus círculos y redes sociales, sin apartarla (o apartarla) espacial y socialmente.

2 Utilización de los nuevos sistemas de información y comunicación.

Se trata de cuidar a las personas y por lo tanto afrontar sus diferentes vivencias.

En ocasiones se ha cuestionado si los modelos asistenciales, de rehabilitación o de ocio respondían adecuadamente para el desarrollo de las personas en las siguientes áreas:

- Derechos humanos. Las personas de edad o con problemas de salud, están asistidos por profesionales y por sus familias, y cuestionan la falta de servicios disponibles en la comunidad, que les permita vivir una vida social "normal".

- Costes. Un coste creciente para proveer estos servicios estaban volviéndose insostenibles. Hay zonas donde la gente tiene difícil acceder a los servicios.

- Efectividad. Muchos profesionales reconocen que sus intervenciones están sufriendo de una falta de soporte en el seguimiento e intervenciones de menor nivel.

Ante este panorama, las necesidades son variadas: más recursos, materiales y apoyos humanos, y ante todo optimizar los actuales recursos.

Caminar hacia un modelo para la inclusión de personas donde la actividad se enmarca en un proyecto cuyo principal objetivo es la promoción del Club, con una metodología que se centra en que las personas aprendan a manejar su ocio y su vida cotidiana, y a reinsertarse en el mundo educacional, familiar y social.

Se fundamenta en la Rehabilitación basada en la comunidad. Para ello integra en sus centros una filosofía que los hace sentirse integrados y útiles, fomenta el aprendizaje gradual de herramientas relacionales, así como la incorporación paulatina al ámbito social.

## **LA SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES**

La relación entre salud y enfermedad, y entre enfermedad e invalidez, entre enfermedad y capacidad funcional, entre enfermedad y muerte, tiene que ver con el acceso a servicios sanitarios de calidad y con procesos de empoderamiento social, relaciones sociales satisfactorias, y calidad de los espacios de relación.

Los programas en el ámbito internacional de “Cinesitarapia preventiva” son un éxito. Y en este marco los procesos de autogestión de la salud y las políticas de cuidados son esenciales.

Las personas mayores de 65 años consumen más medicamentos, van más al médico de Familia, y a otros médicos especialistas y a la consulta de enfermería, van más a los Servicios de Urgencia, utilizan más las tecnologías médicas de diagnóstico y tratamiento e ingresan más en los hospitales, que el resto de la población.

Los cambios demográficos, sociales, y culturales, han generado nuevas demandas sociales, asociativas, médicas y relacionales que precisan una respuesta adecuada.

El fenómeno de la dependencia, consecuencia de una mayor Esperanza de vida al nacer (79 años para hombres y 83 para mujeres en Euskadi), pero sobre todo al incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y las discapacidades, es sin duda el reto principal en la mejora de las condiciones de salud de las personas mayores.

Son mayores las dependencias del sistema sanitario en su conjunto y los hábitos de consumo de recursos sanitarios en la personas mayores. Las innovaciones tecnológicas, las comunicaciones, el urbanismo y la vivienda, y las nuevas formas de convivencia están modificando muchos conceptos relacionados con la salud. En muy pocos años se ha pasado de una asistencia hospitalocentrista a la valoración de la importancia esencial de la Atención Primaria en el sistema de servicios de salud, y de una concepción clínica y biologicista, al concepto epidemiológico y social de la salud.

Hoy, los y las pacientes con problemas crónicos demandan, más allá de una asistencia individual aislada, atender el ciclo vital, se demanda una asistencia científica, y además con humanización y acción multidisciplinar.

Cada vez está más claro que si no nos coordinamos con los servicios sociales, con las familias extensivas, con la dimensión institucional y Asociativa de la sociedad civil, y con otros sectores de la población, no lograrán los servicios médicos, por si solos, obtener mejores objetivos de salud, mejorar las condiciones de salud de las personas mayores, especialmente en adecuados niveles de autonomía, evitar la dependencia, y la discapacidad, y el trastorno mental y cognitivo.

Un envejecimiento saludable, médico y socialmente saludable, puede prevenir en gran medida una situación de dependencia.

Las intervenciones combinadas médicas, sociales y asociativas o relacionales, reducen el riesgo de institucionalización, de cuidados domiciliarios de médico y de enfermería, de caídas y otros riesgos, y de hospitalización

La prescripción de los médicos se combina ya con la decisión compartida con el paciente, el combinar curar con cuidar, entendiendo el proceso de la salud y la enfermedad como un proceso complejo que comprende salud, la enfermedad, los



cuidados, la dimensión social de la vida y el conjunto de prestaciones sociales disponibles.

Sin embargo las personas con enfermedades crónicas tienen más derecho y más necesidad de conocer sus propios problemas de salud, sus enfermedades, y como se deben abordar, para adaptar su vida individual y social a su condición, a esto llamamos autogestión en salud.

Asimismo una estrategia orientada a la cronicidad en los servicios sanitarios debe priorizar la dimensión social de los procesos crónicos de salud, y cómo vivir una vida digna y de calidad con ellos, con los problemas de salud.

El Cáncer,  
Las cardiopatías,  
Los problemas cerebrovasculares (Ictus),  
La diabetes,  
La insuficiencia respiratoria (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica),  
La Depresión,  
Las ludopatías (Juegos, Maquinas, juegos de azar,...) y el alcoholismo,  
Las hepatopatías y los problemas Digestivos,  
Los problemas osteoarticulares (Lumbalgia, hernias, Artrosis, artritis, Los problemas de la cadera o de la rodilla, los problemas articulares en los pies y tobillos...),  
Los problemas de la vista o  
Del oído o  
Los odontológicos,...

Son nuestros acompañantes cuando vamos cumpliendo años. Un diagnóstico y un tratamiento correctos de nuestros malestares por profesionales de la salud de servicios sanitarios públicos accesibles y de calidad, son fundamentales.

El médico de familia y los profesionales de la Atención Primaria están en una posición privilegiada para la atención a las personas mayores. El trabajo de dichos profesionales debe ir dirigido a promover salud, prevenir la enfermedad y la dependencia, procurar los cuidados necesarios, el alivio, la readaptación a su medio y rehabilitación tras procesos de deterioro.

## **POR UN MODELO COMUNITARIO DE ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES**

Desarrollar e impulsar las denominadas estrategias de Promoción de la salud y de Prevención (Las vacunas) es más importante, o de igual importancia, al menos, que los procesos asistenciales. Todos los expertos en salud pública y de planificación de la salud indican que unas condiciones sociales de la salud adecuadas, son los elementos más importantes para dar años a la vida y calidad a los años. Y para ello hacen falta espacios sociales de relación.

El centro de salud debe ser el espacio social de actividad preventiva, asistencial y rehabilitadora en salud para las personas mayores, para los y las pacientes de enfermedades crónicas, pero todos los indicadores de salud evaluados nos informan que no es suficiente.

Los espacios donde se desarrolla la vida social de las personas mayores son el necesario complemento para mejorar los estados de salud: El domicilio y la calidad de la vivienda, y los espacios sociales de relación, las sedes de las Asociaciones de personas mayores, los club de personas jubiladas, los espacios de empoderamiento social, los espacios de formación y aprendizaje, los espacios de debate e información... Y los espacios de desarrollo de nuestros derechos civiles, de una vida digna, activa y Autónoma.

Las enfermedades crónicas no se curan, se controlan y se intenta que no se descompensen con episodios de enfermedad agudos que complican los problemas previos. Los síntomas de las enfermedades crónicas se cuidan, se les hace seguimiento médico y sobre todo por los profesionales de enfermería, y se organizan los periodos vitales para controlar dichas enfermedades. Y además, hacerlo desde la autonomía personal, desde la libertad y desde una vida activa más plena.

Propuestas, como un **ejercicio físico**, continuo y adaptado a las condiciones de cada enfermedad y sus capacidades funcionales, una **alimentación adecuada** a cada situación de salud, el **impulso de las relaciones sociales y humanas satisfactorias**, la organización de los **espacios de ocio, el sueño, el descanso y los periodos de vigilia, el consumo adecuado de medicamentos, identificación de conductas de riesgo, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, prevención de caídas y otros accidentes, detección precoz del deterioro cognitivo, funcional y físico, la incontinencia urinaria, la autonomía personal y el autocuidado de la salud,....** Entre otros problemas, son asuntos para el abordaje médico, de profesionales de enfermería y, también de debate colectivo.

Es conveniente establecer un listado de problemas a revisar, a realizar seguimiento médico y social.

Toda valoración nos debe permitir tener una visión global (bio-psico-social) del paciente, de la capacidad funcional de la persona mayor, así se puede establecer un plan de cuidados individualizados para evitar la pérdida de la autonomía y facilitar a la gente mayor, sobre todo a los y las mayores de 75 años, que viven en sus domicilios que permanezcan el mayor tiempo posible con una buena calidad de vida y con un entorno social de relaciones.

La soledad es un factor de riesgo para la depresión y la pérdida de la calidad de la vida.

Las Enfermedades, sus síntomas, sus capacidades funcionales, invalidantes o no, la pérdida de calidad en la capacidades vitales que ocasiona,...son temas de debate e información en los centros de salud, en Osakidetza, con nuestro equipo de salud

(médica de cabecera y enfermera), como en los espacios sociales de relación donde estamos confortables, donde estamos bien y con una buena organización de cuidados necesarios para dar calidad a nuestra vida diaria y autonomía (Comedor o Jatetxea, peluquería, Podología, Fisioterapia y Gimnasio de rehabilitación, ...apoyo Odontológico, periódico apoyo psicológico - grupos de autoayuda...-) y una buena relación con la tierra (Jardines, cuidado de plantas,...).

El ejercicio físico colectivo, por ejemplo, mejora más la salud que la toma indiscriminada de algunos medicamentos de dudosa eficacia.

Asimismo, el conocimiento de la utilización racional de medicamentos y de las vacunas necesarias, mejora más la salud que su uso indiscriminado. El uso indiscriminado de medicamentos y tecnologías médicas hoy, en el mundo, produce más problemas de los que resuelve.

De igual manera, el conocimiento de que comemos, cuanto comemos, cuando comemos, la calidad de lo que comemos y su utilidad para nuestro cuerpo, es esencial para mejorar nuestra salud.

Un proyecto social compartido, un objetivo de actividad social asociativa, un conjunto de acciones colectivas coordinadas (Excursiones, paseos, viajes, pintura, lectura, escritura, fotografía, cine,...), son acciones que sin duda, a la luz de la experiencia internacional en salud pública, mejora ostensiblemente las condiciones de salud individual y colectiva y las capacidades funcionales de las personas mayores.

Se debe promover, pues, el desarrollo de experiencias innovadoras para la prevención de la dependencia, para los cuidados y para las actividades de prevención secundaria y terciaria, que aborden nuevas iniciativas tanto en el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión y organización asociativa adecuada.

## CONCLUSIONES

1. Con la propuesta firme de la defensa de la utilización del espacio actual asociativo por los actuales y futuros usuarios y usuarias, no hacemos más que continuar con la escala de valores, dar significado cultural al espacio cívico, a la población vulnerable que lo usa y a la propuesta de participación cívica.
  2. Afortunadamente, en la defensa del derecho a la salud, nos situamos en el entorno de usos públicos. En la continuidad histórica de los usos previos, en beneficiar a la población vulnerable que lo ocupa, en impulsar la ventaja adicional de la cohesión-proyección cívica que esta población ha aportado, está aportando y puede aportar en el futuro a la cohesión social del espacio urbano.
  3. Las necesidades físico-psíquico-culturales que dicha población necesitara para seguir aportando sus acciones y valores, nos empuja a reforzar los usos actuales, precisamente por el sentido de pertenencia de sus asociados y asociadas, y en el futuro de dichas instalaciones.
  4. Es imprescindible que en las remodelaciones y equipamientos futuros, se tengan en cuenta la participación de estos mayores, que componen el movimiento asociativo, así como su capacidad de buscar alianzas y consejos colectivos: Médicos-asistenciales, culturales, lúdicos, participativos,... etc., ya que enriquecen no solo el sustrato arquitectónico, sino de creación y cohesión del tejido cívico, tan endeble en nuestro país en comparación con países de nuestro entorno. El objetivo es dar vida a los años y calidad a las capacidades vitales.
5. En resumen:
- - Por coherencia con la trayectoria histórica.
  - Por tratarse de una población especialmente vulnerable
  - Por los beneficios adicionales de cohesión y fortalecimiento del tejido cívico.
  - Por impulsar y fortalecer las condiciones sociales así como las condiciones de salud.

Consideramos conveniente y necesario mantener las actuales instalaciones para el desarrollo de las actividades de la Asociación "Ibar Nagusien Etxea".

## **ANEXO**

### **DEFINICIONES**

#### **1.- Dependencia**

La dependencia se define como *“estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Diputación foral (Bizkaia, Álava y Gipuzkoa), tal y como afirma el artículo 2.2 de la Ley 39/2006 del BOE.*

#### **2.- Atención sociosanitaria**

*“La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.” (Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales)*

Desde Ararteko la atención sociosanitaria incorpora al tratamiento una perspectiva de derechos ciudadanos y de vulnerabilidad social que permite a los sujetos tener un mayor bienestar y calidad de vida a la vez que facilita su integración e inclusión social. Así se ve garantizada tanto su asistencia como el respeto de sus derechos (Lezertua, 2016),

Si el objetivo es lograr la integración de las personas necesitadas, el trabajo se deberá realizar con una adecuada coordinación de los recursos sociales y sanitarios, pero también desde su medio social, laboral, cultural o educativo. Desde esta perspectiva, si queremos llegar a atender las necesidades humanas fundamentales, la atención deberá ser comunitaria.

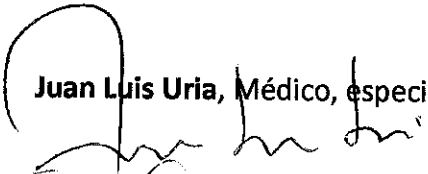
### 3.- Modelo comunitario

*“Red de Salud Mental de Euskadi basa su atención en el modelo comunitario, un modelo asistencial y organizativo fundamentado en la normalización asistencial, la cercanía de los servicios, la integración en la comunidad de las personas que sufren enfermedad mental y la erradicación del estigma y la discriminación en la que se ven envueltas.” (Osakidetza, 2016)*

El modelo comunitario pretende que los sujetos tengan una vida mucho más normalizada lo que implica que tengan cortas estancias en los centros y que se involucren en la vida cotidiana, pero además se busca que la comunidad sea un fuente de apoyo para las personas que por diversas circunstancias están en una situación de exclusión social, para esto trabajar con los imaginarios sociales y la estigmatización es fundamental. Esto permite una integración completa del sujeto.

Romo, a 14 de abril del 2018

Elaborado por:

  
Juan Luis Uria, Médico, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

  
Iñaki Markez, Médico, especialista en Salud Mental

  
Jose M<sup>o</sup> Ostolaza, Médico, especialista en Medicina Interna

(Miembros de OSALDE, Asociación por el Derecho a la Salud)

**OSALDE**  
OSASUN ESKUBIDEAREN  
ALDE ELKARTEA  
ASOCIACIÓN POR EL  
DERECHO A LA SALUD