



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD

PROPUESTAS PARA PROMOVER LA SALUD INTEGRAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Adolfo García Ortega
Esther Sabando Rodríguez
Francisco Arnalich Fernández
Julián Corral Fernández
Pablo Pachón Manzano
Carmen Durán Serrano
José María Molero García
Fernando León Vázquez



ÍNDICE GENERAL

Introducción	5
1. COVID persistente / prolongado: un desafío asistencial urgente	7
2. Propuesta de un nuevo modelo en Atención Primaria. ¿Desarrollar el modelo o cambiarlo completamente?	47
3. La escuela saludable: un horizonte	71
4. Envejecer en la comunidad con dignidad: reimaginando el envejecimiento, transformando los cuidados	107
5. La dimensión física, mental, social y emocional de los entornos construidos	141



INTRODUCCIÓN:

Una mirada de futuro y sostenibilidad en salud significa replantear las estructuras y procesos de los servicios desde una concepción amplia de la salud. No se trata solo de la atención sanitaria, sino también de los entornos donde vivimos, trabajamos y aprendemos. La salud es un eje que integra personas, comunidades y planeta. Este enfoque integral exige abrir nuevos caminos, revisando una realidad a menudo reactiva y fragmentada, para transformarla en oportunidades que mejoren la calidad de vida de la ciudadanía.

Presentamos aquí cinco documentos fruto del trabajo conjunto durante tres años, (2022- 2024) de múltiples profesionales del ámbito sanitario (médicos, enfermeras, gerontólogos, fisioterapeutas, psicólogos o psiquiatras) junto a profesionales de otras áreas, como la educación, la arquitectura, el urbanismo, el derecho o la sociología. Se atendieron las opiniones, preocupaciones y sugerencias de los ciudadanos organizados en asociaciones de pacientes y entidades civiles. Por lo tanto, estos documentos contienen la opinión experta de los profesionales y las principales sugerencias aportadas por las asociaciones cívicas.

Estos trabajos fueron presentados a fuerzas políticas de todo el arco parlamentario, a consejerías autonómicas (Sanidad, Vivienda, Políticas Sociales, Mayores y Educación), al Ministerio de Sanidad, al de Educación y a diversos ayuntamientos de la Comunidad de Madrid. Los cinco documentos comparten la misma metodología y estructura: una primera parte de análisis de situación, y una segunda con propuestas de mejora. El ámbito de actuación es la Comunidad de Madrid, pero las propuestas pueden ser útiles en otras comunidades autónomas porque abordan con rigor los cambios necesarios para que la salud alcance cotas más altas de calidad. A continuación, resumimos estos cinco documentos:

1. COVID persistente/prolongado: un desafío asistencial urgente:

El COVID persistente representa un problema de salud emergente, con miles de personas afectadas que requieren atención específica. La propuesta visibiliza esta realidad y plantea circuitos asistenciales, unidades multidisciplinarios y protocolos de investigación clínica. Se trata de un área donde los sistemas sanitarios aún muestran vacíos. Incorporar este enfoque supone reconocer una enfermedad infradiagnosticada, mejorar la calidad de vida de los pacientes y dar apoyo a la reintegración laboral y social.

2. Atención Primaria:

La Atención Primaria es el eje vertebrador del sistema sanitario. El documento aborda si debe reforzarse el modelo actual o acometerse una transformación estructural para dar respuesta a nuevas necesidades: cronicidad, multimorbilidad, salud mental y participación comunitaria. El reto es superar la sobrecarga asistencial, la falta de profesionales y la burocratización, para situar al paciente en el centro. Una Atención Primaria fortalecida reduce la presión hospitalaria y mejora la equidad en salud. La propuesta apunta a integrar herramientas digitales, equipos interdisciplinarios y nuevos roles profesionales (como enfermería comunitaria avanzada), lo que conecta con reformas en otros países europeos.

3. La escuela saludable:

La escuela es un espacio clave para la promoción de hábitos de vida saludables desde la infancia. La propuesta plantea integrar en el currículo escolar la alimentación equilibrada, la actividad física, la salud mental, la convivencia y el respeto al entorno. Se trata de generar entornos protectores frente a la obesidad, el sedentarismo y los problemas emocionales, fomentando resiliencia y equidad desde la base de la sociedad. Este enfoque conecta con las estrategias de la OMS sobre escuelas promotoras

de salud y supone una apuesta por la prevención de enfermedades crónicas a largo plazo. Además, refuerza la relación entre familias, profesorado y comunidad, convirtiendo la escuela en un agente de cambio social.

4. Envejecer en la comunidad con dignidad.

El envejecimiento es uno de los grandes retos sociales y sanitarios. El documento apuesta por un modelo de cuidados centrado en la persona, que potencie la autonomía, la participación comunitaria y el derecho a decidir cómo envejecer. Esto implica superar el modelo asistencial basado en las residencias y prima la atención domiciliaria, la tecnología de apoyo, la participación intergeneracional y el reconocimiento del valor de los cuidadores. Esta propuesta conecta con las iniciativas de la ONU sobre sociedades amigables con las personas mayores, y puede servir como referente para políticas públicas de largo alcance.

Desde el marco de la entidad Sociedad Civil para la Salud (SOCISALUD), promotora de estos documentos, defendemos el derecho de los ciudadanos a pedir soluciones innovadoras para los problemas de salud, porque ésta es el gran eje de transformación social en ámbitos tan diversos como la educación, el urbanismo, la vivienda, la atención a mayores o la respuesta a emergencias sanitarias. Creemos que la publicación de estos documentos, con el conjunto de propuestas y reflexiones, constituye una herramienta útil para avanzar hacia una sociedad más justa, saludable y sostenible.

5. La dimensión física, mental, social y emocional de los entornos construidos

El urbanismo y la vivienda son determinantes de salud. El documento resalta cómo los entornos influyen en la salud física (calidad del aire, movilidad activa), mental (espacios verdes, ruido), social (accesibilidad, equidad) y emocional (sentido de comunidad). La propuesta coincide con movimientos internacionales de ciudades saludables y urbanismo táctico. Supone promover barrios caminables, viviendas saludables, espacios públicos sostenibles, donde la planificación urbanística se piense con perspectiva de salud.

Madrid, 30 de septiembre de 2025



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD

**COVID
PERSISTENTE/
PROLONGADO:
Un desafío
asistencial urgente**

GRUPO DE TRABAJO DE COVID PERSISTENTE

Coautores:



Avalado por:





ÍNDICE

Resumen	10
1. Introducción	11
2. Caracterización clínica	12
2.1. Descripción de las manifestaciones frecuentemente relacionadas	12
2.2. Manifestaciones clínicas en edad pediátrica	16
2.3. Orientación al diagnóstico específico de CP/LC	17
3. Conocimiento e impacto sobre la salud comunitaria	19
3.1. Datos epidemiológicos internacionales y nacionales disponibles	19
3.2. Incapacidad laboral	20
3.3. Repercusiones sobre los pacientes	21
3.4. Posibles repercusiones económicas	22
3.5. Visión afectados y datos de carga familiar	22
3.6. Necesidades de planificación de asistencia en función de datos (globales, locales) ..	23
4. Propuestas de acciones prioritarias para una adecuada atención a este colectivo	25
4.1. Creación de un registro a nivel autonómico y nacional	25
4.2. Distribución del flujo de pacientes y coordinación asistencial entre especialidades ..	26
4.3. Creación del Observatorio del COVID Persistente en la Comunidad de Madrid	28
4.4. Elaboración de un plan estratégico nacional de abordaje del COVID persistente (Ministerio de Sanidad y Comunidades autónomas)	28
5. Bibliografía	29
6. ANEXO I: Propuesta de constitución del Observatorio del COVID Persistente Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid	36
7. ANEXO II. Propuestas y criterios de actuación desde la fisioterapia	39
8. ANEXO III. Principales complicaciones tratables asociadas al COVID-19	43
9. Autores	45

RESUMEN

El síndrome de COVID persistente (CP/LC), o estado Post-COVID, incluye a los pacientes con síntomas que duran más de 4 semanas desde la aparición de los síntomas, es un problema sanitario emergente. Las estimaciones de la prevalencia de COVID persistente varían ampliamente. La OMS estima que el porcentaje de personas que continúan teniendo o desarrollando al menos un síntoma más de tres meses después de la infección por SARS-CoV-2 es del 10 al 20 % (1). En un estudio caso-control realizado en Escocia con casi 200.000 pacientes, la prevalencia real de CP/LC a los 6, 12 y 18 meses de la infección aguda era de 13,8%, 12,8% y 16,3%, respectivamente (2).

No disponemos en la actualidad de estudio de prevalencia en España. Desde enero 2022 a mayo 2023 hay al menos 3000 pacientes con COVID persistente registrados en la Comunidad de Madrid, pero se estima que la cifra total de afectados podría alcanzar 100.000 casos con distintos grados de afectación. En la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, pero algunos niños pueden desarrollar síntomas a largo plazo con un impacto significativo en su vida diaria.

Los síntomas pueden ser persistentes o aparecer, tras un periodo asintomático, semanas o primeros meses después de la infección. Su aparición no está relacionada con la gravedad de la infección, por lo que pueden afectar tanto a pacientes leves, incluso asintomáticos, como a enfermos graves que han requerido hospitalización. Puesto que el cuadro clínico es variable y multisistémico, se requiere un manejo multidisciplinar. La demanda de atención sociosanitaria para los pacientes con secuelas de COVID-19 continuará creciendo en los próximos meses y años. Resulta imprescindible implementar modelos de atención sociosanitaria multidisciplinarios orientados a esta patología para mejorar la salud de los pacientes con COVID-19 persistente a corto, medio y largo plazo.

1. INTRODUCCIÓN

La batalla sanitaria contra la desastrosa pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) no acaba con su detección y el tratamiento de la enfermedad aguda, que generalmente dura hasta 4 semanas desde la aparición de los síntomas. Es necesario comprender y tratar la persistencia de síntomas más allá de la fase aguda, el llamado «síndrome COVID prolongado» o «COVID persistente». Actualmente, la OMS recomienda referirse a este cuadro como estado post-COVID-19 (post-COVID-19 condition) (1), definido como: «La condición post-COVID-19 ocurre en individuos con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 probable o confirmada, generalmente tres meses después de la infección inicial, con síntomas que duran al menos dos meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen, entre otros, fatiga, dificultad para respirar y disfunción cognitiva, y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser nuevos después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo. Una definición separada será aplicable para los niños» (1). Este último término engloba a los pacientes con COVID-19 persistente (long COVID) (CP/LC) y con secuelas post-COVID-19, y afectan a diferentes perfiles de pacientes. En niños, la OMS también ha iniciado un proceso de consulta global, en el que participan expertos y familiares, para proporcionar una definición pediátrica. En un intento de proponer una definición específica para niños, un equipo multidisciplinario del Reino Unido del estudio Clock («CLOCK Consortium») desarrolló un proceso DELPHI, que finalizó la siguiente definición de PCC pediátrico, alineada con la de la OMS (3): «El PCC ocurre en niños personas con antecedentes de infección confirmada por SARS-CoV-2, con al menos un síntoma físico persistente durante una duración mínima de 12 semanas después de la prueba inicial que no puede explicarse mediante un diagnóstico alternativo. Los síntomas tienen un impacto en el funcionamiento diario, pueden continuar o desarrollarse después de la infección por COVID y pueden fluctuar o recaer con el tiempo. La prueba positiva de COVID-19 a la que se refiere esta definición puede ser una prueba de antígeno de flujo lateral, una prueba de PCR o una prueba de anticuerpos».

En febrero de 2023, la OMS desarrolla una nueva definición de condición posterior a COVID-19 o CP/LC en niños y adolescentes (4): «La condición posterior a COVID-19 en niños y adolescentes ocurre en individuos con antecedentes de infección confirmada o probable por SARS-CoV-2, cuando experimentan síntomas que duran al menos 2 meses que inicialmente ocurrieron dentro de los 3 meses posteriores a la COVID-19 aguda. Los síntomas generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario, como cambios en los hábitos alimenticios, la actividad física, el comportamiento, el rendimiento académico, las funciones sociales (interacciones con amigos, compañeros, familiares) y los hitos del desarrollo. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir de la enfermedad inicial. También pueden fluctuar o recaer con el tiempo».

El CP/LC es un complejo sintomático multiorgánico que afecta a aquellos pacientes que han padecido la COVID-19 (infección probable o confirmada), que permanecen generalmente 3 meses tras la considerada fase aguda de la enfermedad y duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar y disfunción cognitiva y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario, pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19, persistir desde la enfermedad inicial, o incluso aparecer posteriormente en el caso de sujetos con infección asintomática. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo (1-4). Afecta tanto a los pacientes que fueron hospitalizados como a los no hospitalizados, pero sin la existencia de un daño orgánico irreversible. En las diferentes series el CP/LC se presenta con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad, en torno a los 40 años, sin problemas de salud importantes, y se pueden reconocer 3 diferentes tipos de evolución clínica: a) permanente (sin cambios durante el seguimiento), b) recidivante/remisiva (curso fluctuante y episódico, con intervalos de exacerbación y remisión de los síntomas), y c) mejoría lentamente progresiva (1,3- 8).

En el caso de las secuelas post-COVID-19, los pacientes suelen presentar antecedentes de COVID-19 agudo grave y expresan síntomas derivados del daño estructural secundario a las complicaciones sufridas en la fase aguda (8). Las secuelas post-COVID 19 predominan en varones de mayor edad, en torno a los 70 años, con comorbilidades asociadas (9).

2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

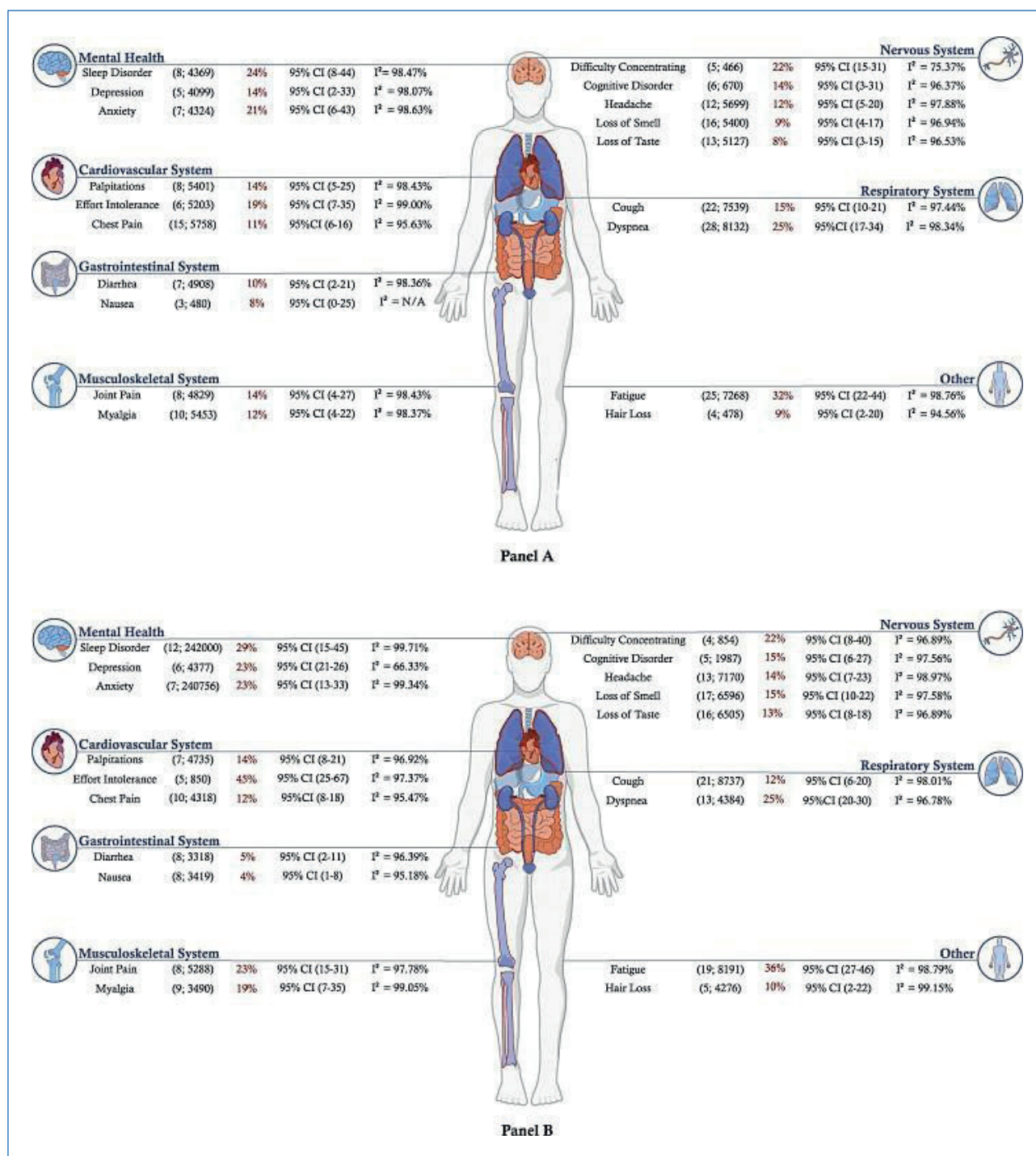
2.1. DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTEMENTE RELACIONADAS:

La evidencia actual sobre el espectro clínico de CP/LC se basa en datos heterogéneos, por lo que se debe tener precaución al interpretar o generalizar los resultados. Diferentes publicaciones han evaluado la persistencia de síntomas en pacientes tras la infección aguda (10-25). El CP/LC se ha asociado a más de 200 síntomas que afecta y a 10 sistemas de órganos, con mucha variabilidad en la agrupación de estos, curso temporal e intensidad. La amplitud de los síntomas descritos sugiere una condición compleja y heterogénea.

En una revisión sistemática y metaanálisis de 63 estudios con un total de 257.348 pacientes con COVID-19 de diferentes regiones del mundo, los pacientes informaron de varios síntomas clínicamente significativos en muchos sistemas de órganos 3 meses después de la infección aguda por COVID-19. Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron fatiga, disnea, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse (32 %, 25 %, 24 %, y 22%, respectivamente, entre 3 y <6 meses de seguimiento); intolerancia al esfuerzo, fatiga, trastornos del sueño y disnea (45%, 36%, 29% y 25%, respectivamente, en un seguimiento de 6 a <9 meses); fatiga (37%) y disnea (21%) entre los 9 y <12 meses; y fatiga, disnea, trastornos del sueño y mialgia (41%, 31%, 30% y 22%, respectivamente, en >seguimiento de 12 meses) (10). Existía una alta heterogeneidad entre estudios de la prevalencia de los síntomas informados (Figura 1). Existe una proporción cambiante de síntomas de CP/LC en diferentes momentos de seguimiento tras la infección aguda (Figura 2).

En general, existe un acuerdo cada vez mayor entre los expertos en que el CP/LC puede no ser una sola enfermedad, sino que un grupo de diferentes fenotipos. En un estudio de cohorte retrospectivo emparejado utilizando una base de datos de atención primaria con sede en el Reino Unido (Clinical Practice Research Datalink Aurum), para determinar los síntomas asociados con la infección confirmada por SARS-CoV-2 más allá de las 12 semanas en adultos no hospitalizados y los factores de riesgo asociados con desarrollar síntomas persistentes, se seleccionaron casi medio millón de casos con infección confirmada por SARS-CoV-2, entre el 31 de enero de 2020 y el 15 de abril de 2021 y 1.944.580 adultos emparejados por puntaje de propensión, sin evidencia registrada de infección por SARS-CoV-2 (12). Entre la cohorte de pacientes infectados con SARS-CoV-2, los factores de riesgo de COVID prolongado incluyeron el sexo femenino, la pertenencia a una minoría étnica, las carencias socioeconómicas, el tabaquismo o ex-tabaquismo, la obesidad y una amplia gama de comorbilidades (EPOC, hiperplasia prostática benigna, fibromialgia, ansiedad, disfunción eréctil, depresión, migraña, esclerosis múltiple, enfermedad celíaca, problemas de aprendizaje). También se encontró que el riesgo de desarrollar COVID prolongado aumenta a lo largo de un gradiente de edad decreciente. 62 síntomas y signos se asociaron significativamente con la infección por SARS-CoV-2 después de 12 semanas. Anosmia, pérdida de cabello, estornudos, dificultad para eyacular, reducción libido, dificultad para respirar en reposo, fatiga, dolor torácico pleurítico, disfonía y fiebre. Los 62 síntomas se agruparon en 3 clases. El 80,0% pertenecía a la clase 1 (dominado por un amplio espectro de síntomas que incluyen dolor, cefaleas, fatiga y erupción cutánea), el 5,8% a la clase 2 (dominado por tos, dificultad para respirar, sibilancias, dolor torácico y flemas) y el 14,2% a la clase 3 (predominan la depresión, la ansiedad, el insomnio y la niebla mental) (11).

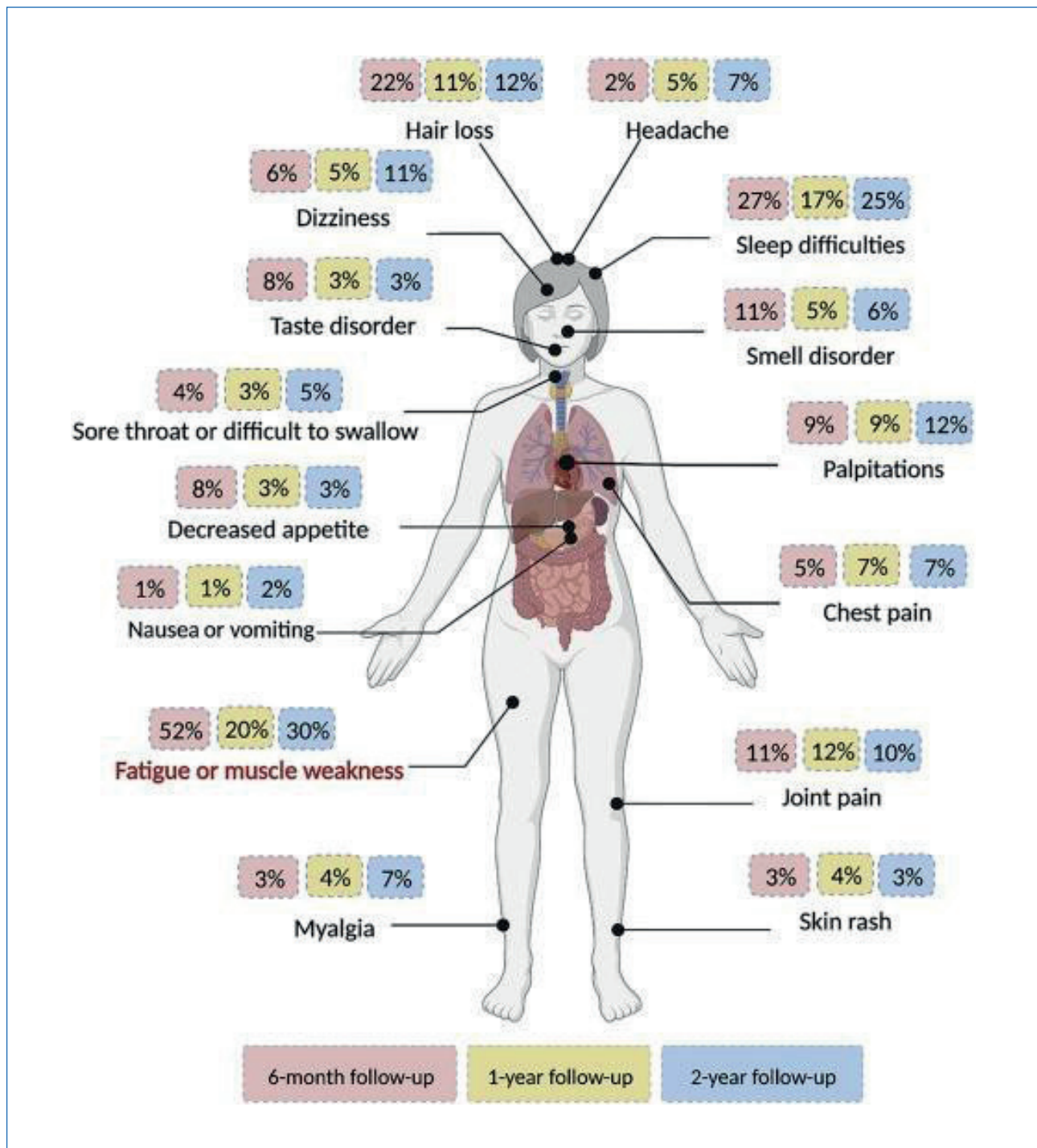
Figura 1. Prevalencia estimada de síntomas después de una infección aguda por COVID-19 en intervalos de seguimiento



Intervalos de seguimiento de (A) 3 a <6 meses y (B) 6 a <9 meses (número de estudios, tamaño de la población utilizado para calcular la estimación puntual).

Tomada de: (9) Alkodaymi MS, et al. Clin Microbiol Infect. 2022 May;28(5):657-666.

Figura 2. Síntomas y proporciones de síntomas de CP/LC en diferentes momentos de seguimiento



Tomada de: Huang L, et alB. Health outcomes in people 2 years after surviving hospitalisation with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med.* 2022 Sep;10(9):863-876

En una revisión de 34 estudios que tenía como objetivo investigar las complicaciones a largo plazo post-COVID-19 o CP/LC a nivel de órganos y sistemas específicos después de 3 meses de la infección en pacientes que se recuperaron de la infección, específicamente antes de la variante Ómicron, donde circularon las variantes consideradas más virulentas (Alfa, Beta, Delta), se encontró que el tamaño del efecto para las complicaciones neurológicas fue del 29% [IC95%: 19%-39%], 24% [7%-41%] para las complicaciones psiquiátricas, 9 % [1%-18%] cardíacas, 22 % [5%-39%] gastrointestinales, 18% [9%-28%] para los síntomas musculoesqueléticos, 28% [18%-37%] pulmonares, 25% [23%-26%] dermatológicas, 8% [8%-9%] endocrinológicos y 3% [1%-7%] renales (12). Un 39% de las complicaciones sistémicas no fueron categorizadas (fiebre baja o febrícula, linfadenopatía, trombosis venosa profunda, síndrome de apnea/hipopnea obstructiva, hipoxemia del sueño nocturno, disforia, sudoración, dolor y malestar, disminución de la capacidad de autocuidado, cambio importante en la movilidad, disminución en el desempeño de las actividades habituales, hipogeusia moderada). Los síntomas neurológicos incluyeron dolor de cabeza, mareos, confusión mental, anosmia, disgeusia/ageusia, mialgia, mareos, sensación de entumecimiento/hormigueo en diferentes regiones del cuerpo, visión borrosa, síndrome de Guillain-Barré, deterioro cognitivo de diversos grados, accidente cerebrovascular, demencia, hemorragia intracraneal y encefalopatía. Las complicaciones pulmonares informadas con mayor frecuencia fueron disnea, tos productiva, neumonía, embolia pulmonar, cambios fibróticos pulmonares o hallazgos parecidos a la enfermedad pulmonar intersticial en la tomografía computarizada de tórax. Las complicaciones dermatológicas fueron principalmente erupción cutánea y caída del cabello. Las complicaciones psiquiátricas incluyen ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo, estado de ánimo enojado y trastorno de estrés postraumático. Las complicaciones cardíacas incluyeron dolor torácico, palpitaciones, perimicarditis y miocarditis. Las complicaciones gastrointestinales incluyeron diarrea/vómitos, dolor de garganta, disfagia, dolor abdominal, gastroparesia, anorexia y estreñimiento. Las complicaciones renales fueron insuficiencia renal aguda con o sin dependencia de diálisis y lesión renal aguda. Las complicaciones endocrinas incluyeron diabetes mellitus de nueva aparición. Las complicaciones musculoesqueléticas incluyeron principalmente debilidad muscular, fatiga, dolores articulares, disminución de la movilidad y fatiga/debilidad generalizada persistente (12).

A partir de los datos de diferentes publicaciones los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en diagnóstico de COVID prolongado se presentan en la [tabla 1](#) (9-23).

Tabla 1. Manifestaciones más frecuentes del COVID prolongado

Manifestaciones generales	Astenia, agotamiento, fatiga, cansancio Malestar general Fiebre/febrícula Deterioro físico: pérdida de peso, desnutrición, sarcopenia Baja calidad de vida
Alteraciones respiratorias	Disnea Tos, expectoración Dolor torácico Limitación de la función pulmonar
Alteraciones neurocognitivas	Cefalea Trastornos olfativos/ gustativos Deterioro neurocognitivo, confusión («niebla mental») Mareos Déficit de concentración, pérdida de atención

Alteraciones cardiológicas	Palpitaciones Dolor torácico Ortostatismo. Taquicardia postural ortostática Síncope
Alteraciones endocrino-metabólicas	Empeoramiento del control de la diabetes mellitus Tiroiditis subaguda Desmineralización ósea (osteoporosis)
Alteraciones gastrointestinales y hepatobiliares	Diarrea Dolor abdominal Elevación persistente de enzimas hepáticas Empeoramiento de hepatitis previa
Alteraciones derivadas de la afectación del aparato locomotor	Artralgias/mialgias Calambres musculares Dolor generalizado Miopatías Dolor neuropático
Alteraciones dermatológicas	Pérdida de cabello Perniosis Urticaria Exantema
Alteraciones renales	Deterioro de la función renal Proteinuria
Trastornos hematológicos y otras alteraciones analíticas	Anemia Citopenias autoinmunes

Fuente: elaboración propia a partir de datos de diferentes estudios publicados

Se han descrito trastornos neuropsiquiátricos y afectaciones psicoemocionales que persisten o se desarrollan tres meses después del inicio de la COVID-19 como trastornos adaptativos y afectivos (ansiedad, depresión) o del sueño (21-23). Su prevalencia aumenta significativamente con el tiempo y se relacionaría principalmente con la gestión de la polisintomatología y las consecuencias devastadoras de la misma en las personas que padecen el CP/LC.

2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EDAD PEDIÁTRICA

El COVID prolongado en niños es un problema clínico relevante. No obstante, la mayoría de las investigaciones publicadas sobre COVID prolongado se centran en poblaciones adultas y hay información limitada sobre poblaciones pediátricas. La escasez de estudios sobre el CP/LC, incluido un grupo de control de niños no infectados por el SARS-CoV-2, impide sacar conclusiones firmes. Además, la falta de una definición clínica estandarizada y reconocida internacionalmente de CP/LC en niños es la principal barrera para comprender la epidemiología. Desde febrero de 2023 además de la definición del «CLoCk Consortium» (3), se dispone de la definición de la OMS (4), ambas coincidentes.

La prevalencia de CP/LC varía notablemente en estudios pediátricos oscilando entre el 1,6 y 70% en un curso después de 4 semanas (24). En un metaanálisis diseñado para estimar la prevalencia combinada de CP/LC entre pacientes pediátricos con estudios publicado entre 2020-2022, casi la cuarta parte de los ≤ 18 años sobrevivientes a la COVID-19 presentaban CP/LC, incluso un año después de la infección (25). En una revisión sistemática y metaanálisis realizada para estimar la prevalencia de CP/LC en niños y adolescentes (≤ 18 años) con estudios observacionales publicados antes del 10 de febrero de 2022 que incluyeron 21 estudios y un total de 80.071 niños y adolescentes, la prevalencia de fue del 25,24%, y las cinco manifestaciones clínicas más prevalentes fueron síntomas del estado de ánimo (16,50%), fatiga (9,66%), trastornos del sueño (8,42%), dolor de cabeza (7,84%) y síntomas respiratorios (7,62%) (26). Los niños infectados por SARS-CoV-2 tenían un mayor riesgo de disnea persistente, anosmia/ageusia y/o fiebre en comparación con los controles (26).

Los síntomas más frecuentes encontrados en las diferentes publicaciones son (25-30):

- 1) Fatiga, síntoma más común informado en todos los estudios.
- 2) Malestar postesfuerzo, incluso después de actividades leves.
- 3) Dolor de cabeza.
- 4) Problemas gastrointestinales (náuseas con o sin vómitos, dolor abdominal o deposiciones irregulares).
- 5) Erupciones cutáneas.
- 6) Artralgias y dolores musculares.
- 7) Alteraciones duraderas del olfato y del gusto.

También se han descrito varios problemas neurocognitivos, incluidos problemas de sueño, confusión mental, cambios de humor, tics, etc.

Los signos y síntomas que manifiestan los niños con CP/LC son inespecíficos y pueden ser similares a los que caracterizan los trastornos pediátricos clásicos. Por este motivo existe controversia sobre si síntomas tales como dificultades de concentración, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, así como el dolor abdominal crónico con o sin náuseas, vómitos o diarrea, deben ser considerados como síntomas de CP/LC. Por otro lado, existe incertidumbre sobre si los síntomas neuropsiquiátricos ampliamente observados en niños y adolescentes con CP/LC son consecuencia de la infección por SARS-CoV-2 o se deben al tremendo estrés resultante de las restricciones y las pandemias (27). En ambos casos, el apoyo psicológico puede jugar un papel fundamental en el manejo del CP/LC en los niños. Se necesita más conocimiento para compartir una definición estandarizada del síndrome y mejorar su manejo y tratamiento.

En la mayoría de los casos, el pronóstico es bueno y los síntomas de CP/LC se resuelven en 1 a 5 meses (31). pero algunos niños pueden desarrollar síntomas a largo plazo con un impacto significativo en su vida diaria. En conjunto, los síntomas del CP/LC tienen un impacto negativo en la vida diaria del niño: en caso de problemas físicos o cognitivos, la asistencia a la escuela, el regreso al deporte y las actividades sociales se ven significativamente afectados (27).

2.3. ORIENTACIÓN AL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE CP/LC

El diagnóstico es complejo por las múltiples manifestaciones que pueden presentarse. Es un diagnóstico basado en criterios clínicos y presenta dificultades para establecerlo en la práctica clínica, derivado de la necesidad de establecer la cronología y curso evolutivo de los síntomas y de la exigencia de que los síntomas no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo, es decir se han descartado otras afecciones con síntomas similares. Por estos motivos, los profesionales responsables del diagnóstico clínico desde cualquier ámbito asistencial deben tener acceso a una

serie de pruebas y exploraciones complementarias para realizar el diagnóstico diferencial de las entidades diferentes del CP/LC:

- Descartar que el origen de los síntomas no se relaciona con otras alternativas diagnósticas (previas o de nueva aparición)
- Asegurar que las manifestaciones no son consecuencia de complicaciones tratables de la fase aguda relacionadas con la COVID-19 (ANEXO 4)
- Descartar secuelas órgano-específicas de una infección grave por COVID-19, especialmente en aquellos que tuvieron el antecedente de complicación grave en su fase aguda.
- Establecer una evaluación de la discapacidad funcional y severidad de los síntomas

Los tres fenotipos principales de COVID persistente (respiratorio, constitucional y cognitivo), requieren una detección precoz y un tratamiento integral mediante un dispositivo de asistencia compartida con otras especialidades hospitalarias y comunitarias, y debe hacerse hincapié en las medidas rehabilitadoras, la salud mental, y en la dieta adecuada con suplementos si se requieren.

En España, se han elaborado diferentes documentos de consenso y acuerdos de colaboración interdisciplinar para el manejo diagnóstico, terapéutico y seguimiento del CP/LC (6,7,32). Unos de estos consensos es el «Proyecto MARCO-19 para la atención a las personas con COVID persistente». Este guía, sometida a actualizaciones periódicas expresa las conclusiones del comité científico tras el análisis de la evidencia disponible, con el respaldoado por las sociedades científicas participantes y con la participación e implicación de los propios afectados en su elaboración (6). La guía sirve de apoyo a los profesionales sanitarios en su toma de decisiones en el manejo diagnóstico y terapéutico, junto con la consideración de las necesidades, las preferencias y los valores de los pacientes y de la población atendida.

3. CONOCIMIENTO E IMPACTO SOBRE LA SALUD COMUNITARIA

Aunque cada vez se conocen más datos sobre la prevalencia y las manifestaciones clínicas del CP/LC, todavía no existe suficiente conocimiento sobre las repercusiones económicas, sociales, en la atención sanitaria y calidad de vida de la población. El CP/LC genera un gran impacto a nivel físico, también afecta a nivel psicológico, cognitivo, familiar, social, económico y laboral. El número de personas con posibles secuelas después del COVID-19 agudo seguirá aumentando a medida que avance la pandemia y también la carga sanitaria y económica. Para planificar la necesidad de los recursos de salud a largo plazo y disminuir el impacto en la salud, es imprescindible conocer la epidemiología y las repercusiones sobre la salud de la población. Los datos procedentes de estudios publicados a nivel nacional e internacional permiten hacer estimaciones de la magnitud del problema a nivel local, aunque debe avanzarse en la recopilación, registro y monitorización de estos datos a nivel nacional.

3.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS INTERNACIONALES Y NACIONALES DISPONIBLES

La ausencia de vigilancia específica de la entidad dificulta el conocimiento de su prevalencia. Se han publicado diferentes trabajos a nivel internacional, sobre el síndrome post-COVID que difieren en cuanto al tiempo de evolución de la sintomatología considerada para el diagnóstico, la gravedad de la infección aguda y los criterios de medición empleados. A pesar de esta heterogeneidad de los datos publicados, parece claro que se trata de una entidad clínica que afecta a un gran número de personas, a diferentes grupos de edad y tanto en pacientes con COVID-19 aguda leve o grave (1,2 33-35).

En diciembre de 2020, la Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido (ONS), a partir de los datos recogidos mediante encuesta en una muestra representativa a nivel nacional de la población comunitaria del Reino Unido, un 20% de las personas presentaban síntomas durante un período de 5 semanas o más tras padecer la infección aguda por COVID-19, independientemente de la gravedad de éste y un 10% persistían durante más de 12 semanas, con signos y síntomas que pueden durar varios meses (34). En una encuesta de base poblacional en EEUU el porcentaje de personas con síntomas persistentes tras un episodio confirmado de COVID fue 36% a los 30 días, 25% a los 60 días y 14,8% a los 90 días (34). En España, una encuesta de difusión online, voluntaria, autocumplimentada, anonimizada, realizada entre el 13 de julio y el 14 de octubre de 2020 con representación de todas las comunidades autónomas, el 86% de los que respondieron, presentaban sintomatología definida como COVID prolongado al menos 12 semanas desde el diagnóstico de COVID-19, con un tiempo medio de persistencia de síntomas de 6,2 meses. En mayo de 2021, se publicaron los resultados de un análisis retrospectivo de tres bases de datos de pacientes estadounidenses, para evaluar la prevalencia de síntomas persistentes después de la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2, el 14% de las personas ≤ 65 años infectadas con SARS-CoV-2 desarrollaron al menos un nuevo tipo de secuelas clínicas que requirieron atención médica, después de la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2 (36).

Trasladando estas estimaciones a la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta que se han detectado 1.727.000 casos de COVID-19 desde febrero de 2020 hasta abril 2022, la cifra de afectados por el síndrome del CP/LC podría alcanzar hasta los 170.000 casos, con distintos grados de afectación que puede ser fluctuante, con intervalos de exacerbación y remisión de los síntomas, o bien con mejoría lentamente progresiva. Según declaraciones de Jesús Vázquez Castro, ex-director general de asistencia sanitaria y aseguramiento del Servicio Madrileño de Salud durante una comparecencia en la Asamblea de Madrid, hay 1.936 pacientes con CP/LC desde el 28 de enero hasta finales de abril de este año, registrados con el código A78.17 que corresponde con este síndrome. Según un documento presentado en marzo a la Asamblea de Madrid por el Gobierno de Isabel Díaz Ayuso, se afirma que no se dispone de un registro único y validado de casos que se asocien con un complejo sintomático multiorgánico permanente en el tiempo que afecte a aquellos pacientes que han padecido la COVID.

Desde el 11 de mayo de 2020 al 26 de febrero de 2023, en la Comunidad de Madrid se detectaron 1.920.246 casos de COVID-19 clasificados como confirmados, al presentar resultados positivos en la prueba diagnóstica de infección activa por SARS-CoV-2 (PDIA), de los cuales 409.045 corresponden a la población de 60 o más años (incidencia acumulada de 254,37 casos por 100.000 habitantes) (Datos del informe epidemiológico de Comunidad de Madrid, semana 8; 28 febrero 2023). A final de febrero de 2023 (semana 8) ha aumentado la incidencia en un 19,3% en la población de 60 o más años en general, con una incidencia acumulada para la población de 60 o más años a 14 y a los 7 días de 115,2 y 62,7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Según datos oficiales a fecha 1 de marzo de 2023 hay 20.608 personas fallecidas por COVID-19 confirmado en la Comunidad de Madrid (37). Por lo tanto, lamentablemente, cabe esperar que el colectivo de afectados por el CP/LC siga aumentando.

3.2. INCAPACIDAD LABORAL

El CP/LC se traduce en una pérdida de capacidad laboral respecto a su estado previo a la infección.

En un estudio para la caracterización de los síntomas y el impacto del CP/LC con una cohorte internacional con 3.762 pacientes, se detectó que los síntomas más frecuentes a partir del sexto mes fueron fatiga, malestar postesfuerzo y disfunción cognitiva. Así mismo el 45,2% de los pacientes CP/LC requirieron una reducción de la jornada laboral, en comparación con la situación previa a la enfermedad y el 22,3% no trabajaba debido a la enfermedad. La disfunción cognitiva o los problemas de memoria fueron comunes en todos los grupos de edad (88%) (38). La capacidad de trabajo reducida debido a la disfunción cognitiva, además de otros síntomas debilitantes, se traduce en la pérdida de horas, trabajos y capacidad para trabajar en relación con los niveles previos a la enfermedad.

Existe dificultad para conocer la carga exacta de los casos de CP/LC como causa de incapacidad laboral. Tras el inicio de la pandemia, la incapacidad temporal (IT) por COVID-19 fue regulada de forma expresa, mediante diversas normas e instrucciones. En enero de 2022 el INSS asumió la definición consensuada de la OMS de «Síndrome Post Covid», como la persistencia de síntomas físicos, cognitivos y/o psicológicos que no puedan explicarse por ningún otro diagnóstico, 12 semanas después de superada la fase aguda del Covid-19. Además estableció que el código a utilizar en los procesos de IT para este síndrome post-Covid-19 o CP/LC era el U09.9 «Afección pos-COVID-19, no especificada» (conforme a la terminología de la CIE- 10 ES). Los casos previos de CP/LC en situación de IT permanecían bajo otra codificación distinta, dificultando la cuantificación real de este tipo de contingencias.

En España el primer año de pandemia, la COVID supuso un incremento del 25% del coste de las prestaciones por incapacidad temporal (IT) para la Seguridad Social (SS). Desde el inicio de la pandemia, con la finalidad de evitar la propagación de la enfermedad y mantener la protección social de los trabajadores, mediante normativa (RD 6/2020), los periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19 tienen la consideración de situación asimilada a accidente de trabajo a efectos de la prestación económica por IT del sistema de SS. El primer año de la pandemia, la SS tramitó 3,77 millones de prestaciones de IT por COVID-19, un tercio por contagio y dos tercios por aislamiento. En el primer año de pandemia, en Madrid se emitieron 704.000 bajas por COVID-19, 34% de ellas fueron por infección (39). La mitad de los infectados COVID-19 que han requerido baja laboral, tenían entre 20 y 65 años. Aunque en el momento actual, no hay estudios publicados sobre el CP/LC en población trabajadora e IT, esta entidad tiene una repercusión importante en el coste de las prestaciones por IT, debido a su influencia sobre la prolongación de esta, conlleva un perjuicio en la salud y aptitud laboral y dificulta el retorno laboral saludable tras la infección (23). Aunque la media de duración de la IT por COVID en las 3 primeras olas (marzo 2021) fue de unos 20 días, un 67 % de las bajas se resolvieron en menos de 3 semanas,

un 10% persisten más allá más de 12 semanas, un 2% se prolongan hasta los 6 meses y un 0,80% se prolongaron durante un año (39). Estos procesos de IT que se prolongan más allá de los 3 meses incluyen las complicaciones de mayor o menor severidad, otras por enfermedades aparecidas durante la baja y el denominado CP/LC. Se precisan conocer las consecuencias a largo plazo, el impacto del CP/LC en la calidad de vida y la salud, incluyendo la salud laboral, así como la afectación de la aptitud laboral (23).

Los resultados preliminares de la Encuesta de seguimiento de 1.122 personas sintomatología de CP/LC, siendo casi un 80% de las encuestadas mujeres con una edad media de 47 años, realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) junto con los colectivos de afectados por esta enfermedad entre los meses de octubre de 2022 y enero de 2023, muestra que solo el 15,6% de los afectados trabajaba en condiciones de normalidad, frente al 46% que está de baja o trabaja con mucha dificultad (40). Además, un 9,5% de las personas encuestadas perdió el trabajo y solo un 2,9% ha conseguido la incapacidad permanente por COVID persistente (40). Respecto a la calidad de vida y el estado de salud, la salud de los afectados había empeorado en unos 4 puntos (puntuación de 0 a 10) y el grado de discapacidad ha aumentado en casi 6 puntos, frente a la situación antes de desarrollar la enfermedad (40). El 93,3% de los encuestados empeoran con el esfuerzo físico y 87,8% a nivel mental. Solo el 33,4% reconocía haber tenido apoyo en el trabajo, siendo las familias las que más soporte han ofrecido a los enfermos de CP/LC (71,6% de los casos) (40).

En un estudio diseñado con el objetivo de describir el perfil sociodemográfico y clínico de los españoles que padecen CP/LC y analizar su asociación con la incapacidad laboral, se encuestaron a 989 afectados de 14 o más años, la mayoría mujeres (83,2%) (41). Los participantes informaron una discapacidad percibida media debido (7 sobre 10) y un impacto negativo sobre la calidad de vida de 8 sobre 10 (41). Los pacientes diagnosticados de destacaban la fatiga, la falta de concentración o problemas de atención y la confusión mental como los síntomas más incapacitantes que afectaban a sus actividades diarias. La mayoría de los participantes en la encuesta dijeron que estaban o habían estado de baja por enfermedad y que el tiempo desde el diagnóstico de CP/LC era superior a 361 días (41). El análisis multivariado reveló que el tiempo desde el diagnóstico, la insuficiencia renal concomitante y síntomas como la fatiga y los temblores, tenían más probabilidades de haber estado de baja laboral.

3.3. REPERCUSIONES SOBRE LOS PACIENTES

Las personas con CP/LC, por la variedad de consecuencias físicas y emocionales que padecen, así como por la larga duración de los síntomas y la discapacidad que generan, impacta de forma importante sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este impacto de la COVID-19 en la calidad de vida es importante tanto en los pacientes con infección aguda como en los casos de CP/LC. En general, son escasos los estudios que abordan el impacto de la CP/LC desde la perspectiva de las personas que la padecen. Se ha publicado algún estudio sobre el impacto global a largo plazo de la infección por el SARS-CoV-2 (42-46). En pacientes con COVID agudo, el mayor impacto sobre la CVRS se produjo en mujeres, edades más avanzadas, pacientes con enfermedades más graves y pacientes de países de bajos ingresos (42). En un análisis de datos secundarios de un ensayo clínico aleatorizado con 100 pacientes con CP/LC atendidos en Atención Primaria y residentes en Aragón, estos pacientes sufrían una disminución en sus niveles de salud física y mental (46). El mayor número de síntomas persistentes, el peor funcionamiento físico y la calidad del sueño eran predictores de peor calidad de vida (46). En otro estudio diseñado para explorar las vivencias comprender su impacto en la salud y en el ámbito social de 20 personas con CP/LC en el País Vasco, todos los pacientes reconocieron el impacto en su calidad de vida, así como el impacto en su entorno social y laboral, 6 meses después de la fase aguda el 83% de los/las pacientes seguían declarando un estado de salud entre moderado y malo, y aproximadamente la mitad informaron de limitaciones funcionales de moderadas a graves (47).

En una encuesta online realizada en el Reino Unido a las personas que viven con COVID prolongado por la Red de Investigación Clínica (CRN) del Instituto nacional de investigación británico (NIHR), con más de 3.000 respuestas, el 71% de los encuestados reconoció que esta enfermedad le estaba afectando la vida familiar y el 39% dijo que estaba afectando su capacidad para cuidar a los dependientes (48).

En el Reino Unido, a fecha de 2 de febrero de 2023, con datos recogidos por la Oficina Nacional de estadística (ONS), aproximadamente 2 millones de personas (el 3% de la población) estaban experimentando un CP/LC autoinformado (síntomas que persisten durante más de cuatro semanas después de la primera sospecha de infección COVID-19, no explicados por otra causa). Los síntomas prolongados de COVID afectaron negativamente las actividades cotidianas del 77 % de las personas con CP/LC autoinformado, y 19 % informaron que su capacidad para realizar sus actividades cotidianas había disminuido. «limitado mucho» (49).

En un estudio cualitativo CP/LC en las experiencias escolares de 22 niños y jóvenes se detectó la importancia de las ausencias escolares por los síntomas como factores estresantes y aislantes y dieron gran importancia al regreso a la escuela a tiempo completo (50).

Por las repercusiones en la CVRS, es necesario diseñar programas de rehabilitación que consideren tanto la salud física como mental de los pacientes con CP/LC, para mejorar en su calidad de vida.

3.4. POSIBLES REPERCUSIONES ECONÓMICAS

En un estudio de cohorte histórico utilizando datos de pacientes con COVID-19 entre los miembros de un gran proveedor de salud en Israel, diseñado para conocer los datos sobre la carga económica del COVID-19, aproximadamente el 8% desarrolló una COVID prolongada (duración de síntomas superior 4 semanas desde la primera RT-PCR positiva). El COVID prolongado se asoció con un mayor gasto en todos los tipos de servicios médicos, incluidas las hospitalizaciones, las visitas al médico, los medicamentos dispensados y las pruebas de laboratorio en comparación con los pacientes con COVID no prolongado. En comparación con los pacientes con COVID sin síntomas prolongados documentados, el COVID prolongado se asocia con una duplicación del riesgo de hospitalización y un aumento del 89 % en los costos médicos directos durante 1 año después de la infección (51).

3.5. VISIÓN AFECTADOS Y DATOS DE CARGA FAMILIAR

El síndrome de CP/LC suele afectar a núcleos familiares dependiendo de las condiciones socio-económicas de los mismos. Las asociaciones y grupos de pacientes reportan una correlación directa entre el número de personas convivientes en la unidad familiar con el incremento de probabilidad de desarrollo de CP/LC.

Hace falta resaltar la falta de estudios oficiales al respecto de la incidencia en esta percepción empírica de los pacientes, pues existe una brecha tecnológica y sociocultural de alto impacto posible en los resultados. Se sabe la importancia de estos factores para el ajuste de las estadísticas reales.

Padecer el CP/LC depende del cuadro sintomático que se presente, sin embargo, cualquiera de los mismos afecta cuánto mínimo, a medio y largo plazo a la calidad de vida del paciente tal como ocurre en cualquier enfermedad crónica, independientemente de la evolución de estas.

Las cargas familiares se incrementan de forma indirectamente proporcional a la capacidad de manejo de la enfermedad, especialmente en los casos en los que no se cuenta con apoyo de asistencia institucional y el contexto global del paciente con necesidades particulares de asistencia de personas vulnerables o puestos familiares y/o laborales asistenciales.

Impacto en función de diferentes contextos:

- Familias: en este tipo de contexto en las unidades familiares se incrementa la probabilidad de desarrollar CP/LC, la capacidad asistencial de los miembros dependientes y/o vulnerables se ve afectada dramáticamente. En familias con hijos pequeños puede suponer incluso el deterioro de todo el sistema de cuidado familiar de menores. La capacidad asistencial y económica puede quedar comprometida en función de la gravedad de la enfermedad, el número de personas enfermas, y la base socioeconómica de la que se parte es factor indispensable para la evolución del enfermo.
- Personas dependientes: hay que tener en cuenta la ausencia total de estudios al respecto de estos sectores poblacionales en función del padecimiento directo del CP/LC en esta población en concreto, así como en los cuidadores de estos ciudadanos. La afección a su calidad de vida puede llegar a ser de urgente injerencia y requiere de una especial sensibilidad institucional.
- Economía: los pacientes afectados con sintomatología variada e incapacitante pueden requerir bajas laborales que afectan directamente su vida. Cualquier paciente que sufra de cualquier sintomatología que afecte a su desempeño laboral verá mermada su labor, y por tanto su calidad de vida será menor. Así mismo, la falta de acceso de determinados pacientes sin criterio de acceso a control médico por protocolos adoptados verá afectada su capacidad económica para poder recibir dicha atención.
- Trabajo: Una vez superado los 12 meses de bajas laborales, la mayoría de los pacientes son reincorporados a sus puestos, y ante la imposibilidad de adaptación de este, muchos encaran grandes dificultades, se ven abocados al cambio de categoría, empleo o incluso el despido del mismo.
- Ocio: la calidad del ocio y hábitos de consumo de los pacientes se reduce de forma dramática, generando impacto en función del tipo de medio en el que se viva y número de afectados en la zona. Las relaciones sociales, apoyos indirectos e indispensables para cualquier persona, se ven afectadas y/o fracturadas, generando otro tipo de problemas como la pérdida de apoyo sociofamiliar en un momento vulnerable para el paciente.

Todos los afectados inscritos en las asociaciones de pacientes refieren una merma muy considerable en estas categorías personales, la enfermedad afecta directamente a todas las áreas de sus vidas y las de las personas que se vean afectadas.

Debemos recordar que las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta. Son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. De los 35 millones de personas que murieron de enfermedades crónicas en el año 2005, la mitad tenían menos de 70 años y la mitad eran mujeres. Así mismo existen precedentes del cambio objetivo de la evolución de la enfermedad en función de la calidad asistencial que las instituciones ofrezcan a los pacientes y especialmente con tratamientos para las mismas.

Por tanto, es urgente la protocolización de la asistencia multidisciplinar del CP/LC porque las secuelas pueden generar un elevado impacto en la calidad de vida y en el ámbito laboral y social.

3.6. NECESIDADES DE PLANIFICACIÓN DE ASISTENCIA EN FUNCIÓN DE DATOS (GLOBALES, LOCALES)

En España no disponemos de un registro de casos de CP/LC. En la actualidad existe un estudio liderado por el Ministerio de Sanidad para determinar la prevalencia de esta entidad clínica en España. En una investigación en el Reino Unido, utilizando datos de registros de salud electrónicos (Electronic Health Record) de pacientes diagnosticados con COVID-19, se estimó que más de 1 de cada 3 pacientes tenían una o más características de COVID-19 prolongadas registradas entre 3 y 6 meses después del diagnóstico de COVID-19. Esto fue significativamente más alto que después de una infección por el virus de la gripe (28).

En el Reino Unido, a fecha de 2 de febrero de 2023 con datos recogidos por la Oficina Nacional de estadística (ONS), aproximadamente 2 millones de personas (el 3% de la población) estaban experimentando un CP/LC autoinformado (síntomas que persisten durante más de cuatro semanas después de la primera sospecha de infección COVID-19, no explicados por otra causa). Entre las personas con CP/LC autoinformado, el 7 % tuvieron por primera vez (o sospecharon que tenían) COVID-19 al menos 12 semanas antes y el 89 % al menos 12 semanas antes, 61 % al menos un año antes y 35% al menos dos años antes (29)

De estos se deduce que 1/3 de los infectados presentan una o más características de CP/LC entre 3 y 6 meses después del diagnóstico de COVID-19 y aproximadamente una 1/4 parte de ellos, se mantienen con síntomas un año después. Estos datos deben utilizarse para planificar la prestación de servicios de atención sanitaria en Atención Primaria y hospitalaria. Es previsible que estos pacientes acuden con frecuencia a las consultas de atención primaria. Además, entre estos pacientes con síntomas persistentes, un 20% presenta limitaciones funcionales importantes en el 20% de los casos (6-7% de los infectados a los 3-6 meses y 4% al año). Por este motivo, en muchos hospitales se han puesto en marcha unidades y consultas monográficas post-COVID-19, formadas por diferentes especialistas (internistas, neumólogos, neurólogos, cardiólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales), que evalúan de forma integrada al paciente, y que han publicado diferentes guías clínicas con recomendaciones sobre el seguimiento a largo plazo de estos pacientes, tanto en el ámbito internacional (1,2) como nacional (4,16-20). Se han propuesto herramientas para investigar parámetros predictores de síndrome post-COVID-19 para identificar a los pacientes vulnerables, priorizar su atención, y evaluar mejor el impacto en el sistema de salud para distribuir los recursos disponibles.

Para ampliar el conocimiento sobre la Red Española de investigación en Covid Persistente (REiCOP) de la que forman parte un total de 57 entidades profesionales y de pacientes, constituye uno de los grupos de referencia de investigación en CP/LC (52). El objetivo de REiCOP es mejorar la asistencia sanitaria prestada a los pacientes afectados por COVID persistente a través del desarrollo de proyectos de investigación, programas formativos para profesionales sanitarios, asesoramiento y formación a pacientes para el autocuidado y la adherencia al tratamiento, organización de reuniones científicas, promoción de relaciones y cooperaciones entre sus miembros y el desarrollo de actividades de difusión.

4. PROPUESTAS DE ACCIONES PRIORITARIAS PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN A ESTE COLECTIVO

Ante esta urgente necesidad de atención sanitaria integral, desde la asociación Sociedad Civil por la Salud (Socisalud) hemos elaborado un documento con cuatro acciones prioritarias:

- a) Creación de un registro a nivel autonómico, y a nivel nacional de los pacientes afectados por este síndrome.
- b) Organización sanitaria para este colectivo, que incluya la previsión y distribución del flujo de pacientes, y la coordinación asistencial entre especialidades.
- c) Creación del Observatorio del CP/LC en la Comunidad de Madrid, similar al que se creó con el VHC.
- d) Elaboración de un Plan Estratégico de Abordaje por parte del Ministerio de Sanidad en colaboración con las Comunidades Autónomas.

4.1. CREACIÓN DE UN REGISTRO A NIVEL AUTONÓMICO Y NACIONAL

Actualmente no existe en España un registro homogéneo poblacional, por lo que no se dispone de información suficiente sobre la dimensión de la enfermedad ni sobre el impacto que genera. Los datos disponibles en un estudio piloto de la CAM realizado en 211 hogares entre personas >18 años recoge una prevalencia de sintomatología compatible con COVID-19 de un 10.9%. La prevalencia estuvo poco asociada al tamaño del hogar, pero se asoció a la situación laboral (19% en personas ocupadas) y al hecho de convivir con una persona sintomática (52,9%) (53). Según un documento presentado por el Gobierno de Isabel Díaz Ayuso en marzo de este año a la Asamblea de Madrid, se afirma que no se dispone de un registro único y validado de casos que se asocien con un complejo sintomático multiorgánico permanente en el tiempo que afecte a aquellos pacientes que han padecido la COVID.

La ausencia de una definición exhaustiva y la protocolización de su detección abocan a los pacientes a ser infradiagnosticados o incluidos en entidades clínicas diferentes al CP/LC, lo que implica una merma en la calidad asistencial futura, así como la pérdida del conocimiento suficiente para ajustar planes de prevención, detección y tratamiento de enfermedades futuras que puedan generar el desastroso impacto que ha provocado esta pandemia del SARS-CoV-2.

El impacto que la pandemia COVID-19 ha producido en la demora de las listas de espera quirúrgicas se estima que oscila entre el 7,6% y el 19.4%, dependiendo de las comunidades autónomas, y en la Comunidad de Madrid oscila entre 14,5 y 18.6% (54). Se podría extrapolar estos datos a las listas de espera por cualquier causa y estimar que semejante incremento de demora se producirá en la atención especializada en su conjunto.

Por lo tanto, es preciso y urgente la implantación de un registro de afectados por el CP/LC a nivel autonómico de la CAM, y a nivel nacional, lo que permitirá un enfoque integral y colaborativo entre el sector público, instituciones sanitarias, universidades, asociaciones profesionales y asociaciones de pacientes. Las organizaciones de apoyo a los afectados son muy necesarias para aumentar la concienciación política del impacto de la carga de la enfermedad y de las inequidades existentes. Asimismo, el beneficio de la colaboración en el registro del CP/LC con asociaciones de pacientes y otras figuras civiles puede generar mayor fluidez para la adaptación de dicha evolución de la descripción de esta enfermedad tan desconocida que deja tantos afectados invisibilizados.

4.2. DISTRIBUCIÓN DEL FLUJO DE PACIENTES Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE ESPECIALIDADES

Se requiere una organización sanitaria que prevea y dirija convenientemente el flujo de pacientes a través de una coordinación asistencial dirigida desde Atención Primaria, con la designación de un responsable por cada centro, que conecte con las distintas especialidades médicas y sanitarias implicadas en este proceso. Es necesario establecer unos indicadores de remisión a atención especializada hospitalaria, seguimiento de pacientes al alta hospitalaria por atención hospitalaria, criterios de consulta compartida atención primaria/atención hospitalaria, y definir unos indicadores de calidad de la atención prestada.

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria (médicos de familia, pediatras, enfermería) valorarán la existencia de factores de riesgo (hospitalización prolongada, ingreso UCI, personas frágiles o comorbilidad previa) y en función de los mismos y de la sospecha clínica, procederá a la detección de CP/LC mediante cuestionario de sintomatología o autodetección. Según la tipología de los pacientes se establecerá el tipo de cuidados necesario, los profesionales implicados (medicina de familia, pediatría, especialidades médicas o quirúrgicas, enfermería, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, trabajo social), y las necesidades de seguimiento. Así mismo, es necesario establecer cauces de acceso directo a unidades de recuperación (rehabilitación; intervención psicológica; terapia ocupacional; logopedia), formular las indicaciones de remisión a atención hospitalaria (Medicina Interna, Neumología...), así como definir los circuitos de atención compartida del proceso asistencial y de derivación ante la presencia de nueva sintomatología relacionada o empeoramiento de las manifestaciones previas.

Necesidad de establecer las estructuras organizativas y asistenciales que faciliten la posibilidad descartar las principales complicaciones tratables post-COVID

Los puntos básicos más importantes para la organización de este complejo proceso asistencial multidisciplinar podrían ser los siguientes:

4.2.1. Abordaje y seguimiento desde Atención Primaria de los pacientes con sospecha de CP/LC:

- **Detección clínica:**
 - Factores de riesgo (establecer situaciones más probables): hospitalización, ingreso UCI, neumonía sin necesidad de hospitalización, personas frágiles o comorbilidad previa.
 - Necesidad de cribado (proactivo, recomendable a los 3 meses), basada en cuestionarios de sintomatología principal o autodetección.
- **Valoración clínica:**
 - Protocolo de atención específico orientado los síntomas que persisten o aparecen tras la fase aguda de la enfermedad.
 - Pruebas complementarias: necesidad de acceso a las pruebas necesarias para valoración inicial y seguimiento. Se definirá un catálogo de pruebas y de herramientas diagnósticas básicas para poder establecer el diagnóstico de CP/LC y descartar complicaciones.
- **Necesidad de seguimiento clínico:**
 - Tipologías de pacientes.
 - Periodicidad.
- **Recomendaciones de cuidados a realizar en Atención Primaria:**
 - a) Responsabilidad del equipo de AP:
 - Tipologías de pacientes
 - Descripción del tipo de cuidados y de los profesionales implicados (medicina de familia, pediatría, enfermería de familia, fisioterapia, psicología)
 - Necesidades de seguimiento

- b) Acceso directo a unidades de rehabilitación y recuperación (definir criterios/indicaciones de derivación):
- Recomendaciones de cuidados a realizar desde atención primaria
 - Fisioterapia
 - Rehabilitación física (osteomuscular, respiratoria)
 - Intervención psicológica
 - Terapia ocupacional
 - Logopedia
- c) Indicaciones y circuitos asistenciales para la remisión a atención hospitalaria (indicación de la prioridad) por parte de los profesionales implicados en AP (medicina de familia, pediatría, enfermería de familia, fisioterapia, psicología):
- Medicina interna
 - Neumología
 - Neurología
 - Salud mental, para el afrontamiento de la enfermedad
 - Cardiología
 - Digestivo
 - Reumatología
 - Unidad del dolor
 - Dermatología
 - Pediatría

En función de la organización y necesidades específicas, se podría disponer de otros servicios hospitalarios con prioridad en la derivación, en los que estos pacientes podrían ser atendidos

4.2.2. Seguimiento de pacientes al alta hospitalaria por atención hospitalaria

- Tipología/s de pacientes
- Criterios de remisión a Atención Primaria

4.2.3. Criterios de consulta compartida atención primaria/atención hospitalaria

- Definición de circuitos de derivación y atención compartida del proceso asistencial [ANEXO II. Propuestas de derivación a fisioterapia]
- Criterios de derivación ante la presencia de nueva sintomatología relacionada o empeoramiento de las manifestaciones previas
- Designaciones responsables de coordinación AH/AP

4.2.4. Indicadores de calidad de la atención prestada

Estos indicadores serán creados por el Servicio Madrileño de Salud en función de los criterios que considere necesario para este proceso asistencial.

4.3. CREACIÓN DEL OBSERVATORIO DEL COVID PERSISTENTE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Es una evidencia contrastada que la participación de los pacientes en ámbitos de debate y puesta en común de los temas sanitarios reportan un beneficio al funcionamiento del Sistema Sanitario. En un caso como el CP/LC donde se requiere transmitir seguridad y confianza a los afectados, el disponer de un órgano de participación donde conocer los avances médicos y las decisiones aportadas por la Administración contribuirá a dar seguridad a los afectados y a sus asociaciones.

El desarrollo de esta propuesta aparece en el Anexo de este documento.

4.4. ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE ABORDAJE DEL COVID PERSISTENTE (MINISTERIO DE SANIDAD Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS).

El desconocimiento de datos fundamentales como el número de personas afectadas, la disparidad de planteamientos en las diferentes Comunidades Autónomas, la necesidad de implementar modelos de atención sociosanitaria multidisciplinares y las repercusiones personales, familiares y sanitarias demandan una respuesta integral que la Administración Central puede liderar en colaboración con las Comunidades Autónomas.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO): A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021 [Internet]. World Health Organization, 6 October 2021. p.1-21. (Acceso 14 Febrero 2022). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1376291/retrieve>
2. Hastie CE, Lowe DJ, McAuley A, Mills NL, Winter AJ, Black C, Scott JT, O'Donnell CA, Blane DN, Browne S, Ibbotson TR, Pell JP. True prevalence of long-COVID in a nationwide, population cohort study. *Nat Commun*. 2023 Nov 30;14(1):7892.
3. Stephenson T, Allin B, Nugawela MD, Rojas N, Dalrymple E, Pinto Pereira S, Soni M, Knight M, Cheung EY, Heyman I; CLoCk Consortium; Shafran R. Long COVID (post-COVID-19 condition) in children: a modified Delphi process. *Arch Dis Child*. 2022 Jul;107(7):674-680.
4. A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus [Internet]. WHO; 2023. [Actualizado 16 Feb 2023, acceso 20 dic 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366126/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023.1-eng.pdf?sequence=1>
5. The NHS plan for improving long COVID services. NHS, 2022. (Actualizado 1 jul 2022; consultado 20 dic 2023). Disponible: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/07/C1607_The-NHS-plan-for-improving-long-COVID-services_July-2022.pdf
6. Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente [Internet]. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2011 [Actualizada 1 may 2021; acceso 20 dic 2023]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf.
7. Sisó-Almirall A, Brito-Zerón P, Conangla Ferrín L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, Sellarès J, Galindo G, Morera R, Basora J, Trilla A, Ramos-Casals M, On Behalf Of The CAMFiC Long Covid-Study Group. Long Covid- 19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 20;18(8):4350.
8. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021 Sep;6(9):e005427.
9. Boscolo-Rizzo P, Guida F, Polesel J, Marcuzzo AV, Capriotti V, D'Alessandro A, et al. Sequelae in adults at 12 months after mild to moderate coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021 Dec;11(12):1685-1688.
10. Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, Shaar BA, Almamlouk R, Riaz M, et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2022 May;28(5):657-666.
11. Yong SJ. Persistent Brainstem Dysfunction in Long-COVID: A Hypothesis. *ACS Chem Neurosci*. 2021 Feb 17;12(4):573-580. doi: 10.1021/acschemneuro.0c00793.. PMID: 33538586; PMCID: PMC7874499.
12. Iqbal P, Ata F, Chaudhry H, Muthanna B, Waqas Younas H, Munamm SAU, Sharma R, Fadah K, Elazzazy S, Hamad A, Said Abu Tabar O, Omar NE. Post-COVID-19-associated multiorgan complications or «long COVID» with literature review and management strategy discussion: A meta-analysis. *Health Sci Rep*. 2023 Apr 14;6(4):e1211. doi: 10.1002/hsr.1211
13. Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol*. 2023 Mar;21(3):133-146. doi: 10.1038/s41579-022-00846-2. Epub 2023 Jan 13. Erratum in: *Nat Rev Microbiol*. 2023 Jun;21(6):408.
14. Rochmawati E, Iskandar AC, Kamilah F. Persistent symptoms among post- COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022 Nov 25. doi: 10.1111/jocn.16471. Epub ahead of print. PMID: 36426658.
15. Iqbal FM, Lam K, Sounderajah V, Clarke JM, Ashrafian H, Darzi A. Characteristics and predictors of acute and chronic post-COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2021 May 24;36:100899. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100899. PMID: 34036253; PMCID: PMC8141371.

16. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021 Aug 9;11(1):16144.
17. Subramanian A, Nirantharakumar K, Hughes S, Myles P, Williams T, Gokhale KM, et al. Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults. *Nat Med*. 2022 Aug;28(8):1706-1714. doi: 10.1038/s41591-022-01909-w.
18. Vivaldi G, Pfeffer PE, Talaei M, Basera TJ, Shaheen SO, Martineau AR. Long-term symptom profiles after COVID-19 vs other acute respiratory infections: an analysis of data from the COVIDENCE UK study. *EClinicalMedicine*. 2023 Oct 6;65:102251.
19. O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, Ekezie W, Welford A, Zhang A, et al. The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022 Dec 1;55:101762. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101762. Erratum in: *EClinicalMedicine*. 2023 May;59:101959.
20. McMahan DE, Gallman AE, Hruza GJ, Rosenbach M, Lipoff JB, Desai SR, French LE, Lim H, Cyster JG, Fox LP, Fassett MS, Freeman EE. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. *Lancet Infect Dis*. 2021 Mar;21(3):313-314. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30986-5. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33460566; PMCID: PMC7836995.
21. Damiano RF, Guedes BF, de Rocca CC, de Pádua Serafim A, Castro LHM, Munhoz CD, Nitrini R, Filho GB, Miguel EC, Lucchetti G, Forlenza O. Cognitive decline following acute viral infections: literature review and projections for post-COVID-19. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Feb;272(1):139-154.
22. Buoite Stella A, Furlanis G, Frezza NA, Valentinotti R, Ajcevic M, Manganotti P. Autonomic dysfunction in post-COVID patients with and without neurological symptoms: a prospective multidomain observational study. *J Neurol*. 2022 Feb;269(2):587-596. doi: 10.1007/s00415-021-10735-y. PMID: 34386903; PMCID: PMC8359764
23. Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, Seal SM, Battaglini D, Fanning J, Suen J, Robba C, Fraser J, Cho SM. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2022 Mar 15;434:120162. doi: 10.1016/j.jns.2022.120162. Epub 2022 Jan 29. PMID: 35121209; PMCID: PMC8798975.
24. Pellegrino R, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2022 Dec;181(12):3995-4009.
25. Zheng YB, Zeng N, Yuan K, Tian SS, Yang YB, Gao N, Chen X, Zhang AY, Kondratiuk AL, Shi PP, Zhang F, Sun J, Yue JL, Lin X, Shi L, Lalvani A, Shi J, Bao YP, Lu L. Prevalence and risk factor for long COVID in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *J Infect Public Health*. 2023 May;16(5):660-672.
26. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle NC, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep*. 2022 Jun 23;12(1):9950.
27. Morello R, Martino L, Buonsenso D. Diagnosis and management of post-COVID (Long COVID) in children: a moving target. *Curr Opin Pediatr*. 2023 Apr 1;35(2):184-192. doi: 10.1097/MOP.0000000000001221. Epub 2023 Jan 23. PMID: 36660968; PMCID: PMC9994801.
28. Borch L, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children - a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr*. 2022 Jan 9:1-11. doi: 10.1007/s00431-021-04345-z. PMID: 35000003; PMCID: PMC87427
29. Meeting recording: Post COVID-19 Condition: Children and Young Persons [Internet]. WHO; 2022. [Actualizado 17 Aug 2022, consulta 20 dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/08/17/default-calendar/post-covid-19-condition-children-and-young-persons>
30. Fainardi V, Meoli A, Chiopris G, Motta M, Skenderaj K, Grandinetti R, Bergomi A, Antodaro F, Zona S, Esposito S. Long COVID in Children and Adolescents. *Life (Basel)*. 2022 Feb 14;12(2):285. doi: 10.3390/life12020285. PMID: 35207572; PMCID: PMC8876679.
31. Taquet M, Dercon Q, Luciano S, Geddes JR, Husain M, Harrison PJ. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLoS Med*. 2021 Sep 28;18(9):e1003773. doi: 10.1371/journal.pmed.1003773. PMID: 34582441; PMCID: PMC8478214.

32. Sociedad Española de directivos de la salud. Documento para la atención integral al paciente post-COVID. [Acceso 20 dic 2023]. Disponible en:
<https://sedisa.net/wp-content/uploads/2020/10/DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>
33. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, Haroon S, Price G, Davies EH, Nirantharakumar K, Sapey E, Calvert MJ; TLC Study Group. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *J R Soc Med*. 2021 Sep;114(9):428-442.
34. The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications [Internet]. Last updated: 16 December 2020. ONS, 2020. (Acceso 14 Febrero 2022). Disponible en:
<https://www.ons.gov.uk/new-statements/letters/the-prevalence-of-long-covid-symptoms-and-covid-19-complications>
35. Hirschtick JL, Titus AR, Slocum E, Power LE, Hirschtick RE, Elliott MR, McKane P, Fleischer NL. Population-Based Estimates of Post-acute Sequelae of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection (PASC) Prevalence and Characteristics. *Clin Infect Dis*. 2021 Dec 6;73(11):2055-2064. doi: 10.1093/cid/ciab408.
36. Ledo P, Armenteros L, Guerreo S, et al. La persistencia de síntomas de la COVID-19 y su diagnóstico en la primera ola de la pandemia en España. *Med Gen Fam*. 2021; 10(2): 53-59
37. Informe epidemiológico semanal de la Comunidad de Madrid. vigilancia del COVID-19. Martes 28 de febrero de 2023. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública ; 2023.p.11-34.
38. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, Redfield S, Austin JP, Akrami A. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*. 2021 Aug;38:101019. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101019.
39. Vicente JM, López-Guillén A. El Síndrome Post COVID, Incapacidad Temporal Laboral y Prevención. *Prevenir* [Internet]. 2021. 14 p. ISSN 2697-004X. (Acceso 14 Febrero 2022). Disponible en:
https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2021/04/el-sindrome-post-covid.-incapacidad-laboral-y-prevencion_.pdf
40. Romero E, Perula LA, Monserrat J, Gonzalez J, Carmon AB, Ranchal A. Sociodemographic and Clinical Profile of Long COVID-19 Patients, and Its Correlation with Medical Leave: A Comprehensive Descriptive and Multicenter Study. *Healthcare (Basel)*. 2023 Sep 27;11(19):2632. doi: 10.3390/healthcare11192632.]
41. Burdorf A, Porru F, Rugulies R. The COVID-19 pandemic: one year later - an occupational perspective. *Scand J Work Environ Health*. 2021 May 1;47(4):245-247. doi: 10.5271/sjweh.3956. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33755186; PMCID: PMC8091070.
42. Poudel AN, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, Ziauddeen N, Yao GL. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLoS One*. 2021 Oct 28;16(10):e0259164. doi: 10.1371/journal.pone.0259164. PMID: 34710173; PMCID: PMC855312
43. Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, Rizk D, Rozanski G, Breyman E, Nasr L, Kellner C, Herrera JE, Putrino D. Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts physical function, cognitive function, health-related quality of life and participation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021 Oct 20. doi: 10.1097/PHM.0000000000001910. PMID: 3468663
44. Tsuzuki S, Miyazato Y, Terada M, et al. Impact of long-COVID on health-related quality of life in Japanese COVID-19 patients (Preprint). *medRxiv* 2021.09.27.21264225; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.09.27.21264225>
45. Samper-Pardo M, León-Herrera S, Oliván-Blázquez B, Gascón-Santos S, Sánchez-Recio R. Clinical characterization and factors associated with quality of life in Long COVID patients: Secondary data analysis from a randomized clinical trial. *PLoS One*. 2023 May 16;18(5):e0278728. doi: 10.1371/journal.pone.0278728. PMID: 37192203; PMCID: PMC10187923.
46. Tíscar V, Sánchez S, Lafuente A, Peña A, Twose M, Díaz S, et al. Vivencias e impacto en la calidad de vida de personas con COVID persistente]. *Gac Sanit*. 2022 Oct 1;37:102247. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.102247. Epub ahead of print. PMID: 36194958.
47. MacLean A, Wild C, Hunt K, Nettleton S, Skea ZC, Ziebland S. Impact of Long Covid on the school experiences of children and young people: a qualitative study. *BMJ Open*. 2023 Sep 19;13(9):e075756. doi: 10.1136/bmjopen-2023-075756.]

48. Tene L, Bergroth T, Eisenberg A, David SSB, Chodick G. Risk factors, health outcomes, healthcare services utilization, and direct medical costs of patients with long COVID. *Int J Infect Dis*. 2022 Dec 16;128:3-10. doi: 10.1016/j.ijid.2022.12.002.
49. Red Española de Investigación en COVID Persistente. REICOP [Internet]. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2023. [acceso 20 dic 2023]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/846-reicop-2022>
50. Carabaña Morales J. Datos de encuesta para estimar la prevalencia de COVID-19. Un estudio piloto en Madrid capital. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: e202011159.
51. De Pablos Escobar L, García-Centeno MC. Impacto de la COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: e202103035.

Otras destacadas referencias recientes:

- Hou Y, Gu T et al. Global prevalence of Long COVID: a systematic review and meta-analysis. 2025. medRxiv [Preprint]. 2025 Jan 6:2025.01.01.24319384 doi:10.1101/2025.01.01.24319384
- OMS. Post COVID-19 condition (Long COVID). WHO Fact Sheet, 2024.
- Shi J, Lu R. et al – Prevalence of and factors associated with long COVID among US adults. *BMC Public Health* 25, 1758 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22987-8>.
- Office for National Statistics UK. Long COVID estimates for England and Scotland. May 2024; reference number 2101.
- Suárez D, Roquet EP et al. Long COVID and disability in Spain. *A Epidemiol Public Health*. 2024; 7(1): 1120. Espinosa A, Suzuki E. The impacts of long COVID across OECD countries. *OECD Health Working Papers* number 167, 2024.
- Trender W, Hellyer PJ et al. Changes in memory and cognition during the SARS- CoV-2 human challenge study. *eClinical Medicine* 2024; DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102842.
- Wood, G.K., Sargent, B.F., Ahmad, ZUA. et al. Posthospitalization COVID-19 cognitive deficits at 1 year are global and associated with elevated brain injury markers and gray matter volume reduction. *Nat Med* 31, 245–257 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41591-024->
- Prasad D and Makary MA. An evidence-bases approach to Covid-19 vaccination. *N Engl J Med* 2025; 392:2484-2486. DOI: 10.1056/NEJMs2506929

Bibliografía por orden alfabético:

- Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *J R Soc Med.* 2021 Sep;114(9):428-42.
- Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, Shaar BA, Almamlouk R, Riaz M, et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2022 May;28(5):657-66.
- Borch L, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children: a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr.* 2022;1-11.
- Boscolo-Rizzo P, Guida F, Polesel J, Marcuzzo AV, Capriotti V, D'Alessandro A, et al. Sequelae in adults at 12 months after mild-to-moderate COVID-19. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2021;11(12):1685-8.
- Burdorf A, Porru F, Rugulies R. The COVID-19 pandemic: one year later – an occupational perspective. *Scand J Work Environ Health.* 2021 May;47(4):245-7.
- Buoite Stella A, Furlanis G, Frezza NA, Valentinotti R, Ajcevic M, Manganotti P. Autonomic dysfunction in post-COVID patients with and without neurological symptoms. *J Neurol.* 2022 Feb;269(2):587-96.
- Carabaña Morales J. Datos de encuesta para estimar la prevalencia de COVID-19. Un estudio piloto en Madrid capital. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:e202011159.
- Damiano RF, Guedes BF, de Rocca CC, de Pádua Serafim A, Castro LHM, Munhoz CD, et al. Cognitive decline following acute viral infections. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022;272(1):139-54.
- Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms. *EClinicalMedicine.* 2021;38:101019.
- Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol.* 2023;21(3):133-46.
- De Pablos Escobar L, García-Centeno MC. Impacto de la COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:e202103035.
- Espinosa A, Suzuki E. The impacts of long COVID across OECD countries. *OECD Health Working Papers.* 2024;(167).
- Fainardi V, Meoli A, Chiopris G, Motta M, Skenderaj K, Grandinetti R, et al. Long COVID in children and adolescents. *Life (Basel).* 2022;12(2):285.
- Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. 2021.
- Hastie CE, Lowe DJ, McAuley A, Mills NL, Winter AJ, Black C, et al. True prevalence of long-COVID in a population cohort. *Nat Commun.* 2023;14:7892.
- Hirschtick JL, Titus AR, Slocum E, Power LE, Hirschtick RE, Elliott MR, et al. Population-Based Estimates of PASC prevalence and characteristics. *Clin Infect Dis.* 2021;73(11):2055-64.
- Hou Y, Gu T, et al. Global prevalence of Long COVID: systematic review and meta-analysis. *medRxiv.* 2025;2025.01.01.24319384.
- Informe epidemiológico semanal de la Comunidad de Madrid. Vigilancia del COVID-19. 28 febrero 2023.
- Iqbal FM, Lam K, Sounderajah V, Clarke JM, Ashrafian H, Darzi A. Predictors of acute and chronic post-COVID syndrome. *eClinicalMedicine.* 2021;36:100899.
- Iqbal P, Ata F, Chaudhry H, Muthanna B, Waqas Younas H, Munamm SAU, et al. Post-COVID-19 multiorgan complications: meta-analysis. *Health Sci Rep.* 2023;6(4):e1211.
- Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle NC, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, et al. Long-COVID in children and adolescents: systematic review. *Sci Rep.* 2022;12:9950.
- Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19. *Sci Rep.* 2021;11:16144.
- MacLean A, Wild C, Hunt K, Nettleton S, Skea ZC, Ziebland S. Impact of Long Covid on school experiences. *BMJ Open.* 2023;13:e075756.

- McMahon DE, Gallman AE, Hruza GJ, Rosenbach M, Lipoff JB, Desai SR, et al. Long COVID in the skin: registry analysis. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(3):313-4.
- Meeting recording: Post COVID-19 Condition: Children and Young Persons. WHO; 2022.
- Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e005427.
- Morello R, Martino L, Buonsenso D. Diagnosis and management of Long COVID in children. *Curr Opin Pediatr*. 2023;35(2):184-92.
- NHS. The NHS plan for improving long COVID services. 2022.
- Office for National Statistics UK. Long COVID estimates for England and Scotland. 2024.
- O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, Ekezie W, Welford A, Zhang A, et al. Prevalence and long-term health effects of Long Covid. *EClinicalMedicine*. 2022;55:101762.
- OMS. Post COVID-19 condition (Long COVID). WHO Fact Sheet. 2024.
- Pellegrino R, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Long COVID in children: systematic review. *Eur J Pediatr*. 2022;181(12):3995-4009.
- Poudel AN, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, et al. Impact of COVID-19 on HRQoL: review. *PLoS One*. 2021;16(10):e0259164.
- Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, Seal SM, Battaglini D, Fanning J, et al. Neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome. *J Neurol Sci*. 2022;434:120162.
- Prasad D, Makary MA. Evidence-based approach to COVID-19 vaccination. *N Engl J Med*. 2025;392:2484-6.
- Red Española de Investigación en COVID Persistente (REICOP). Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2023.
- Rochmawati E, Iskandar AC, Kamilah F. Persistent symptoms among post-COVID survivors: meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022.
- Romero E, Perula LA, Monserrat J, Gonzalez J, Carmon AB, Ranchal A. Sociodemographic and clinical profile of Long COVID-19. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(19):2632.
- Samper-Pardo M, León-Herrera S, Oliván-Blázquez B, Gascón-Santos S, Sánchez-Recio R. Quality of life in Long COVID patients. *PLoS One*. 2023;18(5):e0278728.
- Sisó-Almirall A, Brito-Zerón P, Conangla Ferrín L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long COVID-19: primary care clinical guidelines. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:4350.
- Shi J, Lu R, et al. Long COVID prevalence among US adults. *BMC Public Health*. 2025;25:1758.
- Sociedad Española de Directivos de la Salud. Documento para la atención integral al paciente post-COVID. 2020.
- Solo el 15,6% de los afectados por COVID persistente trabaja en condiciones de normalidad. *SEMG*; 2023.
- Stephenson T, Allin B, Nugawela MD, Rojas N, Dalrymple E, Pinto Pereira S, et al. Long COVID in children: Delphi process. *Arch Dis Child*. 2022;107(7):674-80.
- Subramanian A, Nirantharakumar K, Hughes S, Myles P, Williams T, Gokhale KM, et al. Symptoms and risk factors for long COVID. *Nat Med*. 2022;28:1706-14.
- Suárez D, Roquet EP, et al. Long COVID and disability in Spain. *A Epidemiol Public Health*. 2024;7(1):1120.
- Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, et al. Post-acute COVID-19 syndrome effects. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021.
- Taquet M, Dercon Q, Luciano S, Geddes JR, Husain M, Harrison PJ. Long-COVID features at 6 months. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003773.
- Tene L, Bergroth T, Eisenberg A, David SSB, Chodick G. Risk factors and costs in long COVID. *Int J Infect Dis*. 2022;128:3-10.
- Tíscar V, Sánchez S, Lafuente A, Peña A, Twose M, Díaz S, et al. Vivencias e impacto en la calidad de vida en COVID persistente. *Gac Sanit*. 2022;37:102247.

- Trender W, Hellyer PJ, et al. Changes in memory and cognition in SARS-CoV-2 human challenge study. *EClinicalMedicine*. 2024.
- Tsuzuki S, Miyazato Y, Terada M, et al. Impact of long-COVID on HRQoL in Japanese patients. *medRxiv*. 2021.
- Vicente JM, López-Guillén A. El Síndrome Post-COVID, incapacidad temporal y prevención. *Prevencionar*. 2021.
- Vivaldi G, Pfeffer PE, Talaei M, Basera TJ, Shaheen SO, Martineau AR. Long-term symptom profiles after COVID-19. *EClinicalMedicine*. 2023;65:102251.
- World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by Delphi consensus. 2021.
- World Health Organization. Post COVID-19 condition: children and adolescents. 2023.
- Wood GK, Sargent BF, Ahmad ZUA, et al. Post-hospitalization COVID-19 cognitive deficits at 1 year. *Nat Med*. 2025;31:245-57.
- Yong SJ. Persistent brainstem dysfunction in Long-COVID. *ACS Chem Neurosci*. 2021;12(4):573-80.
- Zheng YB, Zeng N, Yuan K, Tian SS, Yang YB, Gao N, et al. Long COVID in children and adolescents: meta-analysis. *J Infect Public Health*. 2023;16(5):660-72.

6. ANEXOS

ANEXO I: PROPUESTA DE CONSTITUCIÓN DEL OBSERVATORIO DEL COVID PERSISTENTE DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

1. Necesidad de afrontar el COVID persistente/prolongado (CP/LC)

La persistencia en el tiempo de manifestaciones clínicas, alteraciones funcionales y/o biológicas y lesiones orgánicas diversas semanas después de la resolución de la infección vírica ha sido destacada por la OMS, avisando de la importancia de las secuelas a largo plazo de la COVID-19. Estas manifestaciones persistentes afectan a varios órganos y sistemas y dependen tanto de los mecanismos fisiopatológicos del virus como de la respuesta inmunitaria del paciente, así como del desarrollo de la enfermedad en el proceso agudo y los fármacos y técnicas utilizados en el mismo.

También se desconoce el número real de afectados. Algunos estudios señalan que, alrededor del 10 % de los pacientes con COVID-19 manifiestan sintomatología relacionada más allá de las 3 semanas y una proporción menor durante meses. Otro estudio encontró que solamente el 65 % de las personas habían vuelto a su nivel de salud anterior 21 días después de una prueba positiva. Parece ser que la CP/LC es dos veces más común en mujeres que en hombres y la media de edad era de 45 años. La mayoría de los datos disponibles hasta ahora sugieren que un 10-20 % de pacientes con COVID-19 podrían presentar todavía síntomas de la infección 4 semanas después del diagnóstico.

No se sabe por qué la recuperación global o de un síntoma concreto en algunas personas se alarga. Se han planteado como posibles hipótesis la viremia persistente a causa de una respuesta de anticuerpos débil o ausente, recaídas o reinfecciones, reacciones inflamatorias y otras reacciones inmunes, pérdida de forma física o estrés postraumático.

Las principales secuelas observadas en otros coronavirus con un claro paralelismo fisiopatológico con el SARS-COV-2 son de tipo respiratorio, osteomusculares y neuropsiquiátricas.

Abordar la complejidad de esta patología que tiene una vinculación psicosocial importante requiere, además de avanzar en su conocimiento científico y en establecer pautas basadas en la evidencia, dar una respuesta integral que contemple una triple perspectiva: la profesional, a cargo de los sanitarios involucrados, la de los pacientes que necesitan estar al día de las dificultades y avances y la perspectiva de la Administración, que aporta visión global, conoce la realidad de los centros y puede arbitrar posibles mecanismos de refuerzo de recursos para abordar la situación de la CP/LC en la Comunidad de Madrid.

2. Objetivos

Como ejes de trabajo este Observatorio debería profundizar en:

- Establecimiento del número de casos
- Establecer definiciones, frecuencia y etiología
- Elaboración de una Guía Clínica
- Establecimiento de un Protocolo único para todas las direcciones asistenciales de AP y Hospitales que permita unificar los criterios de actuación para la AP y las derivaciones a los Hospitales
- Elaborar y difundir material divulgativo a los pacientes y familias afectadas.
- Tranquilizar a la sociedad madrileña con la difusión de material informativo sobre los avances en la lucha contra la enfermedad.
- Trasladar a la Administración Sanitaria las necesidades de los centros y las peticiones de los pacientes.

3. Antecedentes

En los últimos años la Comunidad de Madrid ha desarrollado experiencias de participación muy interesantes con el título genérico de observatorios. El más exitoso ha sido el Observatorio de la Hepatitis C creado en octubre del 2015 y que continúa en funcionamiento en la actualidad. Está formado por hepatólogos, representantes de la Consejería de Sanidad, tanto técnicos como cargos políticos, y miembros de asociaciones de pacientes vinculados con el VHC.

Este observatorio encauzó las demandas sociales relacionadas con los tratamientos a los pacientes, realizó las tareas de seguimiento y control de la enfermedad y elaboró el Libro Blanco de la Hepatitis C de la Comunidad de Madrid. Como consecuencia de esos trabajos, Madrid fue la primera comunidad autónoma en administrar los tratamientos a todos los pacientes, se contó con los recursos humanos y materiales necesarios y, sobre todo, generó una dinámica de colaboración modélica entre profesionales, pacientes y Administración.

El resultado ha sido la generalización de los tratamientos, la satisfacción de los pacientes, la previsible eliminación de la Hepatitis C en Madrid y la desaparición de un grave problema de Salud Pública. El Observatorio de la Hepatitis C contribuyó a ello por facilitar el acceso a información relevante, la posibilidad de discutir propuestas y alternativas y por permitir consensuar la toma de decisiones.

4. Composición

- Profesionales de Atención Primaria, especialistas de Medicina Interna, enfermedades infecciosas, inmunología, epidemiología, estadísticos, enfermería, rehabilitación, salud mental (psiquiatría, psicología).
- Representación de asociaciones de pacientes.
- Representación de la Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Humanización y Atención al Paciente.
- Presidencia: Viceconsejería de Humanización y Atención al Paciente.
- Personal de Secretaría.
- Para combinar representatividad y operatividad sería conveniente contar con una estructura flexible.

5. Protocolo de funcionamiento

- 5.1.** La Consejería de Sanidad designará a sus representantes. Convocará a las entidades representativas de las asociaciones para que elijan a tres/cuatro representantes. Convocará a las sociedades médicas y otras entidades para que elijan a sus representantes. Se definirán los criterios de selección de las entidades de pacientes y de profesionales para garantizar un nivel adecuado de representatividad y compromiso con este modelo de Observatorio.
- 5.2.** Se aprobará un plan de trabajo anual y un calendario para su cumplimiento.
- 5.3.** Se establecerá una periodicidad de reuniones en función del plan de trabajo aprobado.
- 5.4.** Se realizará una evaluación anual de las actividades del Observatorio para validar y mejorar su funcionamiento.
- 5.5.** Las funciones del Observatorio no tienen carácter ejecutivo, pero sí se tendrán por parte de la Administración Sanitaria en cuenta, cuando alcancen un determinado consenso.
- 5.6.** Los asuntos que se traten en el Observatorio serán de ámbito de interés general, no tratándose en ningún caso, cuestiones de ámbito particular.

- 5.7. La documentación que se maneje y las deliberaciones que se lleven a cabo en el Observatorio de la Salud tendrán carácter confidencial, excepto cuando se estime por el propio Observatorio que no es necesario salvaguardar este requisito.
- 5.8. Los servicios jurídicos de la Consejería de Sanidad validarán el diseño del Observatorio, estructura y protocolo de funcionamiento, formalizando su creación con el rasgo normativo que se establezca.

ANEXO II. PROPUESTAS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN DESDE LA FISIOTERAPIA

1. Propuesta de actuación en atención primaria o extrahospitalaria

El manejo de estos pacientes se plantea desde una perspectiva global que incluye tanto los síntomas físicos como psicológicos, teniendo en cuenta las repercusiones laborales y escolares que ocasiona. El tratamiento estará dirigido, sino existe contraindicación, es la rehabilitación física, respiratoria y/o psicológica y a potenciar la capacidad de autocuidado.

En este contexto la intervención específica en AP es un pilar fundamental que debe incluir la educación para la salud multidisciplinar con un programa específico para ello, en el que se incluya la realización de una serie de ejercicios de fisioterapia respiratoria, movilidad activa, estiramientos, potenciación muscular y ejercicios aeróbicos para el entrenamiento al esfuerzo. Esta intervención está dirigida y supervisada por el Fisioterapeuta de AP junto con otros profesionales sanitarios de AP (Enfermera de familia y/o trabajadora social) y su propósito es potenciar la autonomía de los pacientes en el automanejo de los problemas que se hayan detectado, y parte del tratamiento será realizado de forma autónoma en el domicilio. Los objetivos deben ser individualizados para cada paciente y están dirigidos a la adquisición de conocimientos, habilidades y a mejorar la actitud del manejo de sus problemas concretos.

1.1. Criterios de inclusión en programas de fisioterapia

Se incluirán en el programa a personas mayores de 14 años que hayan pasado la infección por SARS CoV-2 confirmada mediante prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) positiva o que hayan sido casos sospechosos sintomáticos sin confirmación con PDIA en los primeros meses de la pandemia, y que habiendo transcurrido al menos cuatro semanas desde su diagnóstico, presenten alguna de las siguientes situaciones:

- a) Dificultad respiratoria / disnea leve o moderada: Escala mMRC entre 0 y 2.
- b) Deterioro funcional leve o moderado: Índice de Barthel entre 61 y 99 (Anexo II. Índice de Barthel).

La derivación a la Unidad de fisioterapia será realizada por los profesionales sanitarios de AP que asumen la responsabilidad clínica del paciente (médico de familia, pediatría, enfermería de familia) por la vía habitual y cuando la persona cumpla los criterios descritos.

1.2. Criterios de exclusión

No serán susceptibles de este tipo de intervención aquellas personas con:

Alteraciones cognitivas que impidan la participación.

Personas que presenten infección activa (distinta de COVID), procesos oncológicos activos, tromboembolismos, patología cardíaca aguda o descompensada, o con afectación del sistema nervioso central.

Personas que presenten deterioro funcional grave o total (Índice de Barthel \leq 60) o dificultad respiratoria (disnea) grave (Escala mMRC entre 3 y 4)

Alteraciones cognoscitivas que impidan la participación.

Personas que presenten alguno de los siguientes signos en reposo:

- Taquipnea: frecuencia respiratoria en reposo > 20 rpm.
- Taquicardia: Frecuencia cardiaca en reposo > 100 lpm.
- Hipertensión arterial mal controlada.
- Hipoxemia: saturación de oxígeno < 90%.

Personas que presentan criterios clínicos/epidemiológicos de infección activa de COVID-19, incluyendo reinfecciones (se recomienda adecuarse a los protocolos que haya vigentes de manejo de reinfecciones).

Personas con oxigenoterapia.

Personas que estén siendo atendidas o hayan sido atendidas en otros ámbitos (hospitalario, sociosanitario o en ensayos clínicos autorizados) por estos procesos dentro de programas con los mismos objetivos o similares.

2. Propuesta de actuación en atención hospitalaria

Tras una evaluación que permita conocer en qué áreas o sobre qué síntomas hay que intervenir, se determinan el plan de actuación y los objetivos (a corto y medio plazo) de forma individualizada, si bien cada centro debe definir su programa de actuación en base a sus recursos propios.

Se clasificará en base a la siguiente estratificación de riesgo para decidir qué nivel asistencial realiza el seguimiento para cubrir las diferentes necesidades que puede presentar cada paciente. Inicialmente se dividen los pacientes según hayan precisado ingreso hospitalario y la presencia de factores de riesgo, entendiendo por factores de riesgo:

Paciente mayor de 60 años

Paciente con enfermedad crónica previa:

- Enfermedad cardiovascular crónica
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad neurológica crónica
- Hepatopatía crónica
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes
- Obesidad
- Desnutrición

Población de riesgo:

- Pacientes inmunodeprimidos
- Pacientes oncológicos
- Pacientes trasplantados
- Embarazadas

En los pacientes que han precisado ingreso hospitalario, se considerará también:

- Necesidad de ingreso en UCI/UCRI
- Necesidad de ventilación mecánica invasiva o no invasiva u oxígeno de alto flujo durante el ingreso
- Presencia de alteraciones radiológicas clínicamente significativas al alta
- Persistencia de insuficiencia respiratoria con necesidad de oxigenoterapia al alta
- Secuelas neurológicas graves tras ingreso

En base a ello se clasificarán los pacientes en Riesgo Bajo, Moderado y Alto por parte de su médico de AP.

1. **BAJO RIESGO:** El control a este grupo de pacientes lo desarrollará el equipo de Atención Primaria, facultativo médico, enfermera y fisioterapeuta.
2. **RIESGO MODERADO:** Como en los pacientes de bajo riesgo, el control a este grupo de pacientes lo desarrollará principalmente el equipo de Atención Primaria. Se realizará una e-consulta con el internista, neumólogo o equipo de rehabilitación (ya sea entre facultativos médicos o entres los fisioterapeutas de ambos niveles asistenciales) en caso de que el paciente presente necesidades adicionales.
3. **ALTO RIESGO:** El control de este grupo de pacientes podrá ser compartido, según síntomas detectados, entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Los pacientes que presenten importantes alteraciones al alta se recomiendan se cite revisión en consultas hospitalarias en base al síntoma principal (medicina interna, neumología, rehabilitación...) antes de su salida del hospital.

3. Criterios para la derivación de los pacientes post COVID a las consultas hospitalarias:

Los criterios para derivar al paciente con CP/LC a un servicio de atención hospitalaria serán:

- Pacientes considerados de alto riesgo según la Estratificación del Riesgo recién expuesta
- Pérdida de peso superior al 10% mantenida en el tiempo (12 semanas)
- Ergoespirometría patológica si no hay ergoespirometrías previas o deterioro de la ergoespirometría, si disponemos de previas, en intervalo de 12 semanas.
- Enfermedad tromboembólica venosa

Hemoptisis

Progresión de clase funcional en pacientes con disnea previa.

Prueba de la marcha de los 6 minutos (PM6 M) o Test de 1 minuto (sit to stand) patológico

Pérdida de funcionalidad: Grado 3-4 medida mediante escala Post-Covid 19 Functional Status.

- Disfagia
- Afonía/Disfonía
- Cefalea persistente (> 12 semanas), refractaria a tratamiento: incluyendo medidas generales y ensayo de tratamiento farmacológico profiláctico (seguir protocolos habituales de cefalea)

Persistencia de «niebla mental» pasados 6 meses del cuadro agudo.

- Deterioro cognitivo no presente/objetivado previamente, ya estudiado en Atención Primaria, siguiendo protocolos habituales y que persiste más allá de 3 meses.
 - Rx de tórax patológica: se solicitará TAC torácico previo a la consulta de neumología.
 - Alteraciones analíticas relevantes, no presentes previamente y que persisten más allá de las 12 semanas. En pacientes de riesgo moderado con síntomas, no recogidos anteriormente, que su Médico de Atención Primaria considera que deben ser valorados en el hospital.
-

4. Circuitos de derivación

4.1. De Atención Hospitalaria a Atención Extrahospitalaria.

En AH la mayoría de los pacientes susceptibles de ser tratados en los Servicios de Rehabilitación, serán personas que han estado o están ingresadas en el propio hospital.

En el informe de alta del paciente figurará si ha recibido rehabilitación en el hospital y la valoración de la capacidad funcional y respiratoria y será su médico de atención primaria quien revisará la necesidad de derivación a una Unidad de Fisioterapia extrahospitalaria.

4.2. De Atención Primaria a Atención Hospitalaria.

El MAP realiza la interconsulta a Rehabilitación general, en el caso de que el paciente cumpla los criterios establecidos. Una vez que estos especialistas reciben al paciente, verificarán que cumple criterios y derivarán a programas de fisioterapia hospitalaria.

El objetivo de la derivación a consultas hospitalarias será el manejo de situaciones reversibles con posible tratamiento específico complejo.

Manejo de la derivación según necesidades (médico receptor en el hospital):

1. Para los pacientes con sintomatología predominantemente respiratoria (disnea y tos de nueva aparición), la atención hospitalaria, debería prestarse a través del servicio de neumología.
2. En el caso de los pacientes plurisintomáticos, el acceso hospitalario será a través de los servicios de medicina interna.
3. En pacientes con importante deterioro funcional que impida un nivel de actividad similar a la previa a la infección por SARS-COV.2 el acceso se hará a través de los servicios de rehabilitación.
4. Con síntomas predominantes muy concretos, se realizará la interconsulta al servicio correspondiente (Neurología, ORL, Psiquiatría...)

Una vez que estos especialistas reciben al paciente, verificarán que cumple criterios y derivarán para rehabilitación si se considerase beneficioso para la persona.

Bibliografía Anexo II:

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021. [Acceso 20 dic 2023]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50454>

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Documento marco para el diagnóstico y atención al COVID persistente en la GAAP. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021. [Acceso 20 dic 2023]. Disponible en: https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/DocAPrimariaCentral/Protocolos_COVID19/DOCUMENTO%20MARCO%20COVID%20PERSISTENTE_GAAP.pdf

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Proceso asistencial de atención a pacientes post-COVID en las unidades de fisioterapia de atención primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021. [Acceso 20 dic 2023]. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/UnidadesApoyo/Paginas/inicio.aspx>

Rehabilitación. Página web OMS. OMS; 202 [Actualizada 26 oct 2020; acceso 20 dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

ANEXO III. PRINCIPALES COMPLICACIONES TRATABLES ASOCIADAS AL COVID-19

Complicación	Características
Tromboembolismo y afectación microtrombótica	Los pacientes con COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar tromboembolismo venoso, incluyendo tromboembolismo pulmonar, que puede persistir después de la fase aguda de la enfermedad.
Enfermedad pulmonar	La infección por SARS-CoV-2 puede causar daño pulmonar, incluyendo la fibrosis pulmonar, relacionada con la duración y la gravedad de la enfermedad. Además, pueden presentar alteraciones en las pruebas de función pulmonar, incluso después de la recuperación de la fase aguda de la enfermedad.
Asma o broncoespasmo de novo secundario a COVID	Los pacientes con COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar nuevas condiciones respiratorias, incluyendo asma y broncoespasmo.
Endocrinológicas	En la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2 se ha asociado con hiperglucemia de estrés en pacientes sin diabetes mellitus (DM) conocida, así como con peor control glucémico en aquellos con diabetes previa. En el seguimiento también aparecen hiperglucemias e inicio de DM. Se han notificado alteraciones a nivel tiroideo, como tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves o tiroiditis subaguda.
Cardiovasculares	La infección por SARS-CoV aumenta la probabilidad de desarrollar infarto cerebral, accidente transitorio cerebral, arritmias como la fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y no isquémica, pericarditis, miocarditis, insuficiencia cardíaca y enfermedad tromboembólica, en la fase aguda y durante el año siguiente a la misma. Alteración del sistema nervioso autónomo (disautonomía) que pueden incluir síntomas como mareos, palpitaciones, intolerancia al ejercicio y fatiga.
Enfermedades autoinmunes secundarias al cuadro viral	La infección por SARS-CoV-2 puede desencadenar la aparición de nuevas enfermedades autoinmunes, como la sarcoidosis y el síndrome de Sjögren

Fuente: elaboración propia a partir de diferentes fuentes bibliográficas.

Bibliografía Anexo III:

López-Sampalo A, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R. Persistent COVID-19 syndrome. A narrative review. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2022 Apr;222(4):241-250. doi: 10.1016/j.rceng.2021.10.001.

Boscolo-Rizzo P, Guida F, Polesel J, Marcuzzo AV, Capriotti V, D'Alessandro A, Zanelli E, Marzolino R, Lazzarin C, Antonucci P, Sacchet E, Tofanelli M, Borsetto D, Gardenal N, Pengo M, Tirelli G. Sequelae in adults at 12 months after mild-to-moderate coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021 Dec;11(12):1685-1688.

Xie Y, Al-Aly Z. Risks and burdens of incident diabetes in long COVID: a cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 May;10(5):311-321. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00044-4.

Xie Y, Xu E, Bowe B, Al-Aly Z. Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nat Med*. 2022 Mar;28(3):583-590. doi: 10.1038/s41591-022-01689-3.

Parhizgar P, Yazdankhah N, Rzepka AM, Chung KYC, Ali I, Lai Fat Fur R, Russell V, Cheung AM. Beyond Acute COVID-19: A Review of Long-term Cardiovascular Outcomes. *Can J Cardiol*. 2023 Jun;39(6):726-740.

Aleksova A, Fluca AL, Gagno G, Pierri A, Padoan L, Derin A, Moretti R, Noveska EA, Azzalini E, D'Errico S, Beltrami AP, Zu

7. AUTORES:

Francisco Arnalich Fernández (coordinador)

- ▼ Catedrático Medicina Interna, Universidad Autónoma de Madrid Unidad Docente Hospital Universitario La Paz-Carlos III-Cantoblanco Comité COVID-Hospital Universitario La Paz
- ▼ Comité Científico Instituto Investigación Sanitaria Hospital La Paz, IdiPAZ

José María Molero García. Coordinador

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés (SERMAS, Madrid), Comité Científico de COVID del ICOMEM
- ▼ Consejo Asesor semFYC

Aurora Araujo Narváez

- ▼ Fisioterapeuta
- ▼ Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- ▼ Decana del Colegio Profesional de Fisioterapeutas – Comunidad de Madrid

Adolfo García Ortega

- ▼ Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)
- ▼ Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)

José Méndez Gordito

- ▼ Presidente de Asociación Madrileña de COVID Persistente (AMACOP) Vocal de la Red Española de Investigación de Covid Persistente (REICOP)

Cristina Moreno Asorey

- ▼ Enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria
- ▼ Vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP)

Elizabeth Semper

- ▼ Licenciada en Pedagogía
- ▼ Presidenta de Asociación de Covid Persistente de España (ACPE)

M^a del Carmen Torrijos Villegas

- ▼ Antropóloga y Socióloga Médica
- ▼ Coordinadora de Estudios de la Asociación de COVID Persistente de España (ACPE)

Carmen Valdés y Llorca

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ▼ Centro de Salud FUENCARRAL Dirección Asistencial Norte (SERMAS, Madrid)
- ▼ Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT)
- ▼ Miembro del Comité Asesor de la Cátedra de Adherencia de la Universidad Miguel



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD

PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿DESARROLLAR EL MODELO O CAMBIARLO COMPLETAMENTE?

GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coautores:



Avalado por:





ÍNDICE

1. Introducción y justificación	50
1.1. ¿Hay que cambiar el modelo de Atención Primaria o desarrollar el modelo que no se llegó a terminar?	50
1.2. Datos sociodemográficos y sanitarios de la Comunidad de Madrid	51
1.3. Opinión de los usuarios	52
1.4. Nuevos retos	53
2. Situación actual de la Atención Primaria	54
2.1. Cómo se organiza un centro de salud	54
2.2. Infraestructuras	55
2.3. Plantilla	55
2.4. Retribuciones	55
2.5. Cartera de servicios	56
2.6. Acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos	56
2.7. Historia clínica informatizada	57
2.8. Tecnologías de la información y comunicación (TICS)	57
2.9. Alianzas y participación ciudadana	57
2.10. Orientación comunitaria	58
2.11. Indicadores	58
3. Propuestas de SOCISALUD	59
3.1. Realizar un análisis de situación	59
3.2. Presupuesto	59
3.3. Difusión del valor de la Atención Primaria	59
3.4. Horarios	60
3.5. Infraestructuras	60
3.6. Gestión de recursos	60
3.7. Plantilla. Recursos humanos	60
3.8. Desburocratización y gestión del tiempo	61
3.9. Desarrollo y asignación de responsabilidades de los profesionales	61
3.10. Retribuciones	62
3.11. Cartera de servicios. Atención domiciliaria	63
3.12. Historia clínica informatizada	63
3.13. Tecnologías de la información y comunicación (TICS)	63
3.14. Orientación comunitaria	64
3.15. Alianzas y participación ciudadana	65
3.16. Corresponsabilidad	65
3.17. Indicadores	66
4. Bibliografía	67
5. Autores	68

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. ¿HAY QUE CAMBIAR EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA O DESARROLLAR EL MODELO QUE NO SE LLEGÓ A TERMINAR?

Esta es la pregunta que desde el Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Socisalud nos planteamos para realizar una serie de propuestas de mejora, a partir del análisis de la realidad actual de este nivel asistencial y los planes propuestos, el Plan de Acción de Atención Primaria, el Plan Integral de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2022/2023 y el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. El análisis del momento actual de la Atención Primaria (AP) no pretende ser exhaustivo; sino que se centra en los aspectos más o menos conocidos del día a día de este nivel asistencial que son relevantes para sustentar las propuestas finales.

La oferta de servicios en salud debe ser el producto en el que confluyen las características demográficas y epidemiológicas de la población, el conocimiento y opinión del nivel técnico y las necesidades percibidas por los individuos y colectivos destinatarios del servicio. El análisis de la percepción de las necesidades de salud desde la perspectiva del usuario es una dimensión que no siempre es debidamente considerada y que, desde luego, está poco presente en las estrategias y en la definición de los servicios. Se piensa, erróneamente, que lo que aportan los profesionales desde su experiencia se puede traducir sin más como necesidad de la población. Ello puede ser real en muchos casos; pero una necesidad no-sentida es difícil de que sea percibida y así poder consolidarse.

Se presenta a continuación un documento de consenso que analiza la realidad, junto a una mirada de futuro, entendiendo las necesidades reales y sentidas por los ciudadanos y las aportadas profesionales, y plantea una estrategia de despliegue de servicios de salud que den respuesta a estas necesidades para convertirse en el modelo de AP para el siglo XXI.

Si bien es cierto que se debe revisar el perfil de necesidades reales, sentidas y potenciales que presentan en la actualidad los usuarios para plantear un modelo de abordaje con servicios bien dimensionados y ordenados, los autores de este documento sostenemos que el modelo de AP, diseñado e implantado en la segunda mitad de los años 80 del pasado siglo, hoy en día continúa siendo válido y vigente, siempre que se adapte y se desarrollen los elementos que se habían quedado congelados o marginados.

Algunos de estos elementos tienen que ver con:

- La falta de desarrollo de todas las capacidades diagnósticas y terapéuticas de los equipos de AP, tanto en la atención de adultos como infantil, facilitando el acceso protocolizado a nuevas herramientas y tecnologías.
- La infrautilización de las competencias de las enfermeras familiares y comunitarias para abordar las necesidades de cuidados de manera efectiva, como la gestión de casos, el entrenamiento en autocuidado tanto en domicilio como en el centro o la comunidad, orientación de los ciudadanos para que no enfermen, apoyo a las personas enfermas en su autogestión hasta el final de su vida, acompañamiento a sus cuidadores. Esta minusvaloración de su potencial ha limitado sus responsabilidades, su autonomía y ha invisibilizado su capacidad de diagnosticar y planificar cuidados.
- La falta de reconocimiento del papel del equipo de AP sobre su capacidad de autogestión en situaciones de crisis, limitando el acceso a los recursos de manera autónoma para orientar a sus pacientes crónicos al profesional que necesitan en cada momento para conseguir, de esta manera, mantenerles en su hogar, seguros, con confort y bienestar.
- El desarrollo insuficiente del potencial de las unidades de atención específica (UAE) o unidades de apoyo para abordar procesos de su ámbito de actuación.

- La escasa capacidad del equipo de AP sobre la supervisión de la seguridad en salud, de las coberturas de apoyo social a pacientes dependientes tanto en domicilio como en el ámbito residencial.
- La falta de reconocimiento por parte de los hospitales de la capacidad de los equipos de AP en la resolución de problemas asistenciales y en su seguimiento, lo que afecta a la continuidad asistencial como elemento de calidad y eficacia.
- La necesidad de una gestión de recursos humanos no incrementalista, sino flexible y adecuada al perfil de la población concreta, y a las incidencias propias de los derechos de los trabajadores que afectan al buen funcionamiento de los equipos.
- La falta de desarrollo de una estructura de abordaje de los problemas, estratificada y escalonada, donde cada profesional sanitario asume una responsabilidad propia en la resolución.
- La incorporación del trabajo por tareas al personal de enfermería en momentos de crisis y de campañas de vacunación dificulta al profesional el seguimiento de los pacientes, generando aumento de espera en las citas y dificultando a la población el acceso a su enfermera.
- La insuficiente estructura de participación real de los ciudadanos en la gestión y toma de decisiones en este nivel asistencial.

Así pues, aunque el modelo está vigente, se debe dejar clara la importancia de que se desarrolle plenamente y que se adapte a las necesidades de la sociedad, de sus individuos y sus grupos específicos para desplegar unos servicios de salud sostenibles y acordes con el siglo XXI. Para ello se hace necesario su adaptación a la realidad actual y una financiación adecuada.

1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La Comunidad de Madrid es uniprovincial, con una superficie de 8.030 km². La población se concentra en el ámbito urbano, con una altísima densidad de población (839 habitantes / km²). La proporción de mujeres del 52% se ha mantenido constante desde el año 2019 hasta hoy. Por grupos de edad, el mayor incremento se ha producido en el grupo de 45-64 años de edad.

La población mayoritariamente tiene nacionalidad española, representando los extranjeros el 14,9% en 2022, lo que supone un incremento de 56.066 personas extranjeras respecto al año previo. Se ha atendido a 17.557 personas desplazadas de Ucrania.

Según la información disponible en la Consejería de Sanidad, la población asignada en los respectivos centros de salud refleja los cambios demográficos de los últimos años en la Comunidad de Madrid. Según los datos de SIP-CIBELES (31/12/2022), la población con acceso a la asistencia sanitaria pública es de 6.863.539 personas. Este año se ha producido un aumento en la población con residencia habitual de 89.985 personas, un 1,3% más que el año 2021. A fecha 31 de diciembre de 2022, el Servicio Madrileño de Salud ha facilitado el acceso a la asistencia sanitaria pública a 73.419 personas extranjeras en situación irregular, lo que supone un incremento del 17,4% respecto a la situación en el año 2021.

La percepción general que los madrileños tienen de su salud es buena o muy buena en el 73,4% de los encuestados, aunque fue peor entre las mujeres (68% frente a un 77%).

En cuanto a los indicadores de actividad, según la Memoria anual de actividad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de 2022 destacan:

ATENCIÓN PRIMARIA	2021	2022	% VAR 22-21
CONSULTAS			
Medicina familiar	27.688.815	26.455.160	-4,49%
Pediatría	4.471.749	4.220.465	-5,62%
Enfermería	19.861.573	16.055.088	-19,17%
COVID-19	655.142	69.666	-89,37
FRECIENTACIÓN			
Medicina familiar	4,82	4,53	-6,02%
Pediatría	4,59	4,36	-5,01%
Enfermería	2,96	2,36	-20,27%
COVID-19	0,1		

En cuanto a la actividad de las unidades de atención específica (UAE) del año 2022:

NÚMERO DE CONSULTAS	2021	2022	% VAR 22-21
Unidades de Salud Bucodental	856.909	819.817	-4,33%
Matronas	745.921	774.863	-3,88%
Trabajadores sociales	231.590	222.887	-3,76%
Unidades	110.523	729.407*	NA
Equipos de soporte de Atención Domiciliaria	202.281	206.976*	2,3%
Unidades de Psicólogos Clínicos	38.148	34.112	-10,58%

El indicador de atención domiciliaria del porcentaje de personas con dependencia grave o total (Índice de Barthel <60) con al menos una visita domiciliaria en el año 2022 es de 62,66%, apunta la necesidad de consolidar el trabajo enfermero en el domicilio orientado a la población más vulnerable y a sus cuidadores.

1.3. OPINIÓN DE LOS USUARIOS

En relación con las necesidades percibidas y la experiencia de los pacientes, los niveles de satisfacción con los servicios sanitarios según las encuestas publicadas por el Observatorio se mantienen en la mayoría de las áreas por encima del 90%.

El III Barómetro *EsCrónicos2019* (Fundadeps), muestra que el paciente asociado a una organización de pacientes tiene mejor estado de salud y consume un número menor de medicamentos que el no asociado, lo que puede ser reflejo del impacto de la educación sanitaria que llevan a cabo estas entidades. No hay duda de que este impacto también es fruto del trabajo de los equipos en AP que desarrollan intervenciones educativas desde consejo, educación estructurada, estrategias de autocuidado, educación y capacitación individual y grupal.

Esto se alinea con la necesidad del entrenamiento de la capacidad de autogestión para mejorar la participación y la toma de decisiones con el ejercicio del rol de paciente activo y el trabajo realizado desde la Escuela Madrileña de Salud para la alfabetización en salud, una línea de colaboración entre centros de salud, asociaciones de pacientes y expertos en propuestas de valor, imprescindible para un futuro de empoderamiento del paciente, tal y como ha demostrado la Universidad de Stanford con su metodología.

Las mejoras que reclama la Plataforma de Organizaciones de Pacientes a través de las encuestas recogidas señalan como prioridades:

- Reducir de los tiempos de espera para citas: 54%
- Mejorar el acceso a los especialistas: 45%
- Mejorar la comunicación con el personal sanitario: 31%
- Conseguir la igualdad en el acceso a la asistencia en las CCAA: 29%
- Facilitar el acceso a los tratamientos: el 23% considera que no recibe un tratamiento adecuado a su enfermedad

1.4. NUEVOS RETOS

Madrid invierte en AP un 11% mientras la media de las CCAA es un 14% y la recomendación de la OMS es un 25% del gasto público en sanidad. En euros por habitante está también a la cola del resto de CCAA. La mejora de la AP conlleva necesariamente un aumento de la dotación presupuestaria. Reconocer esta infrafinanciación mantenida es necesario para hacer los cambios pertinentes para llegar a un aumento progresivo.

La sociedad del siglo XXI está cambiando y existen nuevas realidades que afectan a la AP:

- El cambio en el perfil epidemiológico: envejecimiento y cronicidad.
- El nuevo enfoque para abordar la crianza y el descenso de la natalidad, así como el aumento de la edad de los progenitores.
- Los movimientos migratorios.
- Las nuevas opciones para abordar el final de la vida.
- El uso masivo de las tecnologías de la comunicación.

Las soluciones que se propongan tendrán que considerarse como elementos claves de la reforma de la AP al menos los siguientes aspectos:

- El reconocimiento social e institucional de las capacidades de los médicos y las enfermeras de AP para resolver y seguir adecuadamente problemas de salud, para prevenir su aparición o disminuir o paliar su impacto en la calidad de vida y la salud.
- El reconocimiento del Equipo de AP como la esencia del modelo de trabajo, incorporando los perfiles profesionales que las necesidades vayan determinando.
- Los ciudadanos desean tomar decisiones, requieren sentirse acompañados en sus procesos por los profesionales que eligen libremente de forma acorde con la ley.
- El trabajo de manera estrecha con la comunidad desarrollando la participación comunitaria.
- La mejora de la accesibilidad en AP en el más amplio sentido de este concepto.
- Una mayor formación de los usuarios del sistema sanitario, con desarrollo de las capacidades de las personas y comunidades en la generación y cuidado de la salud, así como en el uso sostenible del sistema.
- La necesidad de optimización de los recursos, siempre limitados, mediante una toma de decisiones participada.
- Detener el deterioro del Sistema Sanitario, la saturación de los Centros de Salud y el agotamiento del personal sanitario.
- Garantizar la universalidad de la asistencia.

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

2.1. CÓMO SE ORGANIZA UN CENTRO DE SALUD

Los centros están dirigidos por un director/a de centro. Tiene establecidas normativamente una serie de responsabilidades en relación con la gestión del día a día del centro, propuesta de contratación de suplentes, organización de agendas, gestión de reclamaciones entre otras, a cambio de lo cual percibe una remuneración adicional. Dispone de un presupuesto específico para suplencias propias, de modo que pueda liberarse de un número de horas de consulta dependiendo del tamaño del centro para realizar labores de gestión.

La Comisión Directiva la constituyen los responsables médico, de enfermería y el jefe de equipo de la unidad administrativa, con nombramiento y remuneración específica. En los casos en que falte alguna de las figuras se hace cargo de la función un miembro de la Dirección Asistencial.

Dentro de los centros existen responsables y comisiones encargadas de forma monográfica de una tarea específica y de las que forman parte todos los perfiles profesionales necesarios, sin remuneración específica ni liberación de tiempo para las funciones atribuidas. Así, existen responsables y comisiones de farmacia, calidad, docencia e investigación, salud comunitaria, régimen interno, cuidados, gestión del cambio, dolor, COVID, continuidad asistencial (relación con el hospital de referencia) y otras en función de líneas estratégicas de la gerencia, consejería y proyectos específicos.

La participación de la ciudadanía en este momento es vehiculada mediante el circuito de reclamaciones, con la posibilidad de solicitar entrevistas con el equipo directivo y la colaboración en procesos comunitarios en los centros que participan de ellos.

Existe libre elección de médico de familia, de pediatra y de enfermera comunitaria de manera independiente en toda la Comunidad de Madrid, reconocido como un derecho del ciudadano.

La distribución del tiempo en el día a día de un centro de salud es de la siguiente manera, con variaciones locales:

- Una hora de tiempo compartido con el resto del equipo (todos los perfiles profesionales la tienen) que se dedica a reuniones de equipo, comisiones, a docencia/investigación.
- Una hora de gestión de labores asistenciales no agendadas: revisión de medicación, o de bajas laborales, de pruebas complementarias pendientes, de planes de cuidados, de informes externos o revisión de casos médico/enfermera.
- Profesionales asistenciales: 5 horas de consulta en las que se combinan citas a demanda (solicitadas por el paciente), programadas (acordadas entre paciente y profesional) y no-demorables. Todas esas citas pueden desarrollarse en el centro de salud, telefónicamente o en el lugar de residencia del paciente (domiciliaria).
- Las consultas no-demorables se intercalan con la actividad asistencial citada a demanda o programada en unos huecos reservados para ocuparse en el mismo día. Si no se pueden agendar porque ya no existe disponibilidad y el paciente insiste en que no puede esperar, se le atiende «forzado», en detrimento del tiempo disponible para la atención al resto de usuarios citados.
- Cuando la demora para ser atendido por el médico de familia o pediatra asignado mediante cita previa supera un cierto número de días estipulado, el equipo directivo del centro puede abrir una agenda de «absorción»(rebotamiento) que se atenderá mediante profesionales voluntarios del propio centro o de otro, en turno cambiado. Estas agendas son solo para medicina y pediatría, de 1 a 4 horas y se retribuyen aparte (actualmente, 50 € por hora)
- Profesionales no asistenciales (administrativos y celadores) con sus tareas propias, de forma especializada o mediante reparto rotatorio entre ellos (atención telefónica y atención presencial al público, por ejemplo).

Todos los profesionales pueden disponer en su agenda de tiempo para hacer talleres o charlas de educación para la salud o actividades comunitarias (tanto en el centro como fuera de él), para lo que se bloquea la agenda para evitar que en esos momentos se agenden citas de pacientes individuales.

Los pacientes no-demorables («urgencias») de AP se gestionan de la siguiente manera:

- Dentro del horario del centro de salud los atiende el profesional de referencia siempre que sea posible o con quien sea designado para ello, como se explicó arriba.
- Fuera del horario de apertura del centro de salud, en los lugares en que hay Punto de Atención Continuada (PAC), Servicios de Urgencias de AP (SUAP) o Servicios de Atención Rural (SAR) son atendidos en estos dispositivos dependientes de la gerencia de AP, a menudo infradotados de personal desde la última reestructuración.

2.2 INFRAESTRUCTURAS

Los centros de salud y los consultorios locales dan el soporte físico a la mayor parte de las actividades del equipo de AP. En el momento actual existen deficiencias de espacios y de mantenimiento, debidos a la dependencia de empresas externas heterogéneas y por el retraso del Plan de Mejora de AP que comprometía la construcción de nuevos centros y reparaciones en los existentes. Se dispone de un sistema de gestión de vehículos para el desplazamiento a los domicilios.

2.3. PLANTILLA

En este momento los perfiles profesionales que trabajan en un equipo de centro de salud son:

- Personal no sanitario: Auxiliares administrativos, celadores
- Personal sanitario: Técnicos medios en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras, médicos de familia, pediatras.
- Unidades de atención específica (UAE). Atienden programas específicos de salud dentro de la visión integral de la persona de AP. Hay trabajadores sociales, unidades de salud bucodental (odontólogos e higienistas dentales), matronas, fisioterapeutas y psicólogos
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) dependientes de AP, que se encargan del apoyo al cuidado coordinado de pacientes que requieren cuidados paliativos de complejidad.
- Unidades de Atención a Residencias (UAR). Equipos compuestos por médico de familia, enfermera, administrativo. En todas las direcciones asistenciales hay al menos un equipo, o más en función del número de residencias de la zona. Se crearon en pandemia para dar una atención exclusiva y descargar a los equipos y se han mantenido con el objetivo de velar por las condiciones y el bienestar de las personas que viven en ellas.

Desde el mes de diciembre de 2022 es posible para cada trabajador del SERMAS digitalizar sus méritos laborales y académicos (Registro Electrónico de Méritos de la Comunidad de Madrid), creando un expediente virtual, para acelerar y simplificar los procesos de baremación y concursos de méritos.

2.4. RETRIBUCIONES

El pago de la nómina depende de las tarjetas que cada cupo tiene asignadas, tradicionalmente sólo en medicina y pediatría. Recientemente se ha puesto en marcha el pago por número de tarjetas asignadas al profesional en todos los perfiles profesionales que tienen población asignada de forma específica (quedan excluidos administrativos, celadores, y TCAE). Se paga también desde 2022 un complemento por población atendida si el centro atiende a más del 85% de la población asignada y otro de ruralidad en 33 centros de salud (en función de cercanía a hospital y red viaria)

Desde 2023 las enfermeras perciben un complemento por atención en el domicilio.

En Madrid hasta hace dos años sólo cobraba carrera profesional el personal fijo. Los interinos y eventuales comenzaron a percibirlo en los últimos meses.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera general es común al SNS y en el SERMAS está desgranada de forma operativa para su seguimiento y adecuación a la calidad científico-técnica en los servicios estandarizados que se priorizan en función de criterios científico-técnicos y a los que se asignan criterios de buena atención. Hay servicios individuales, grupales y de atención a la comunidad, recogidos en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid (2021). Hay servicios cuyo criterio de inclusión es una determinada patología y otros que son características de la persona o etapa vital.

La cartera de servicios incluye la atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo, la prescripción y realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitación básica, actividades preventivas, de promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria, información y vigilancia en la protección de la salud. Se desarrolla en servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos:

- Atención a la infancia
- Atención a la adolescencia
- Atención a la mujer
- Atención al adulto
- Atención a las personas mayores
- Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
- Atención a la salud bucodental.

La mayor parte de las actividades tienen lugar en el centro de salud. Sin embargo, una parte de la actividad tiene lugar en el ámbito comunitario (centros educativos, espacios de ocio...) y en el hogar del propio paciente. El domicilio es el ámbito esencial de asistencia de los pacientes crónicos complejos y de los inmovilizados. Ha quedado relegado en la Cartera de Servicios, planteando que se trata del mero lugar de atención, valoración en la que hay debate. La atención en el domicilio es fundamental para promover la capacidad de autocuidado, a través de la valoración que las enfermeras comunitarias realizan en el entorno próximo del paciente y la necesidad de la observación de la dinámica de la unidad familiar, para evaluar la capacidad de cuidar de uno de sus miembros.

2.6. ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS y TRATAMIENTOS

La capacidad resolutoria de la AP depende por un lado del tiempo disponible para la atención de los procesos de salud de los pacientes y, por otro, del acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos. En este momento existen pruebas complementarias no accesibles a AP de manera generalizada, ni siquiera en determinadas condiciones protocolizadas; lo que contrasta con el acceso indiscriminado a las mismas pruebas desde atención hospitalaria. Por ejemplo, un residente de pediatría durante una rotación hospitalaria puede tener acceso a solicitar determinadas pruebas que un pediatra de AP que atiende al mismo niño no puede. En relación con los tratamientos, hay prescripciones que están vetadas a los médicos de familia y requieren la prescripción por especialistas hospitalarios para obtener el sello de inspección; sin embargo, cuando se trata de renovar ese mismo tratamiento crónico (pura burocracia), la tarea sí puede hacerla el médico de AP.

Para que el sistema sanitario sea sostenible, la AP debe abordar los problemas que se le presentan, dejando para el ámbito hospitalario sólo aquello que no pueda atender por su gravedad o complejidad, asegurando la eficiencia de la atención en el primer nivel.

2.7. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

El sistema informático de AP es ágil; pero no lo es tanto en la conexión con los diferentes aplicativos que tiene para la gestión de bajas laborales, prescripciones o visualización de pruebas complementarias. El módulo de prescripción tiene en su diseño la posibilidad de comunicación con la farmacia comunitaria; sin embargo, en la práctica no funciona, por lo que se debe recurrir al teléfono, con la disfuncionalidad que eso produce.

También hay trabas a la hora de acceder a determinados informes y pruebas realizadas en el medio hospitalario. La aplicación Horus es poco ágil y los hospitales más antiguos no tienen actualizados sus informes, lo que dificulta el acceso, especialmente cuando no es el hospital de referencia.

El acceso de los pacientes a su historia clínica electrónica aún es residual, debido a las trabas de seguridad (certificado electrónico) que limitan su uso generalizado. La Historia de Salud Digital aún no incluye los condicionantes sociales y de contexto familiar de los/las pacientes, para favorecer un abordaje biopsicosocial.

2.8. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS)

Los profesionales sanitarios tienen acceso a los programas necesarios para su labor asistencial de forma segura. No están suficientemente desarrollados algunos sistemas de comunicación con los pacientes, como la teleconsulta por video, y se sigue utilizando el sistema telefónico.

La comunicación asincrónica mediante correo electrónico ha comenzado a desarrollarse mediante la consulta on-line, de forma que el médico o la enfermera reciben la comunicación dentro del propio programa de AP-Madrid. Este es un camino para seguir explorando.

El sistema de e-consulta recientemente implementado permite un procedimiento estructurado de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes, incluso con imágenes asociadas; si bien falla a la hora de permitir la interacción y el feedback del profesional de AP.

2.9. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La participación comunitaria es una de las señas de identidad de la AP. Los centros de salud son impulsores de salud en el seno de las comunidades a las que atienden.

La participación en este momento es vehiculada a través del circuito de reclamaciones, la posibilidad de solicitar entrevista con el equipo directivo y la participación en procesos comunitarios en los centros que participan de ellos. Se está desarrollando una encuesta a los usuarios del sistema para identificar mejoras.

Los órganos de participación de los usuarios (consejos y mesas de salud) están escasamente desarrollados, ya que en muy pocas zonas de salud están constituidos y son operativos con actividad real. Estos foros deberían ser espacios en los que ciudadanía, administración y técnicos sean capaces de hacer diagnósticos de la situación, priorizar y establecer procesos en los que la comunidad adquiera mejores cotas de salud.

Las mesas de infancia y consejos de infancia, donde se abordan aspectos relacionados con la educación, salud, bienestar y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, con participación intersectorial tienen una gran variabilidad en cuanto a su implantación y actividad que desarrollan.

La colaboración y las alianzas con otras instituciones públicas, como las administraciones municipales, o privadas, como las organizaciones vecinales, es testimonial en muchas áreas.

2.10. ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Se percibe en los centros que falta incorporar una visión comunitaria a la AP, debido a que la actividad asistencial directa ocupa gran parte de los recursos humanos y de tiempo.

Se trata de intervenciones que se desarrollan de forma puntual con distintos grupos de la comunidad, dirigidas a informar, sensibilizar y/o dinamizar a la comunidad en el cuidado de su salud, bienestar social y/o calidad de vida.

En otras ocasiones son intervenciones estables en el tiempo que se desarrollan con distintos grupos de la comunidad dirigidas a influir en la organización de los servicios, con el fin de mejorar la gestión de los recursos para el abordaje de problemas de salud en diferentes ámbitos (sanitario, educativo, social, etc.).

Se desarrollan tanto en el propio centro de salud como en otros ámbitos de la comunidad (escolar, organizaciones, centros municipales), y dependen del interés personal de los profesionales y la contraparte comunitaria.

En este momento la aplicación de educación para la salud que utiliza el sistema de AP en Madrid sólo es visible desde dentro de AP, lo que restringe las opciones de compartir experiencias e información.

2.11. INDICADORES

Los indicadores de AP presentan resultados generales de la actividad y la asistencia sanitaria de los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Los indicadores⁶ recogen datos generales de actividad, así como indicadores clave de efectividad clínica y seguridad del paciente, eficiencia, atención al paciente y docencia e investigación.

A menudo los datos escogidos para evaluar se alejan de las necesidades de información de los profesionales para mejorar la asistencia.

3. PROPUESTAS DE SOCIALUD

3.1. REALIZAR UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- Realizar un análisis de la realidad de la AP en Madrid, participado, con la participación de la Administración, gestores, técnicos, profesionales y ciudadanía, identificando las fortalezas, puntos de encuentro para la acción, debilidades y áreas de mejora.
- Contar con la participación de los ciudadanos/as (como usuarios y pacientes) en cualquier análisis y propuesta, como protagonistas desde el inicio de los nuevos proyectos
- Incluir entre los elementos a analizar, con porcentajes por tramos etarios:
- Modos de acceso a diferentes tipos de cita con distintos profesionales
- Consultas más relevantes por tramos de edad, épocas del año, para realizar un diagnóstico de salud y anticiparse a la demanda
- Acceso de la población de las herramientas disponibles sobre cuidados de la salud: Escuela de Salud, web de AP, documento de desburocratización, «Micarpeta de salud», app de cita previa...

3.2. PRESUPUESTO

- Incrementar progresivamente la inversión en atención sanitaria, repartiendo el aumento 2/3 en atención primaria y 1/3 en hospitalaria.
- Aumentar así de forma progresiva el porcentaje de presupuesto en AP, situando a la Comunidad por encima de la media de todas las CCAA en un plazo menor de cinco años, en torno al 16-18% del PIB.
- Es necesario comenzar con un «plan de choque» que inyecte recursos al sistema

3.3. DIFUSIÓN DEL VALOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Los valores que aporta al Sistema Nacional de Salud una Atención Primaria fuerte y resolutiva, como fundamento de esta estructura, deben ser conocidos y reconocidos por la población a la que van dirigidos sus esfuerzos
- Diseñar una estrategia de comunicación centrada «qué hace la AP por ti» y «qué más puede hacer la AP por ti», empleando para ello las técnicas de marketing, canales de comunicación adecuados orientados a los ciudadanos
- Poner en valor la labor de los diferentes profesionales del Equipo de AP, dando a conocer su quehacer diario con el objeto de reducir las agresiones verbales y físicas en creciente aumento.
- Difundir entre la población el papel de la AP en la atención domiciliaria
- Difundir los recursos online disponibles desde la Consejería:
 - Escuela Madrileña de Salud (Comunidad de Madrid)
 - Gerencia Asistencial de AP | AP (Comunidad. Madrid)
 - Mi Carpeta de Salud | Comunidad de Madrid

3.4. HORARIOS

- Buscar el equilibrio entre la accesibilidad a la asistencia sanitaria, en una horquilla amplia de horario, con la conciliación de los profesionales.
- Superar el modelo clásico de turnos de «mañana» y «tarde», concretando un modelo «intermedio» que favorezca la conciliación, en el que quede separado el horario de Asistencia Sanitaria Ordinaria de AP (consulta a demanda y programadas), del horario de Atención Urgente en AP que garantice la asistencia.
- Valorar el impacto que esta adaptación tendrá en la demanda de los usuarios.
- Promover los turnos deslizantes que garanticen la accesibilidad a una asistencia vespertina adaptada a las necesidades de la población, la conciliación de la vida familiar de los profesionales y una AP de calidad, priorizando los perfiles profesionales más deficitarios (pediatría es un claro ejemplo).
- Incluir un tiempo de consulta telefónica/telemática como nueva modalidad de atención con su horario específica
- Aprovechar las tecnologías de la información para optimizar los espacios de los centros de salud, cuando no sea posible tener un despacho para cada profesional, contemplando la opción del teletrabajo
- Cubrir la urgencia extrahospitalaria con dotación suficiente de profesionales de AP, medios técnicos y remuneración suficiente.

3.5. INFRAESTRUCTURAS

- Mejorar el diseño y distribución de los centros de salud existentes
- Construir nuevos centros en función de las necesidades de la ciudadanía y profesionales, con perspectiva de sostenibilidad y equidad en su utilización.
- Promover entornos adaptados a personas vulnerables, por edad, privación y limitación funcional.
- Prestar atención a la humanización del diseño del centro y de los alrededores: zona infantil o amigable con la infancia en salas de espera, sala de lactancia, marquesinas, zonas verdes, aparcamiento o accesibilidad desde transporte público.
- Proveer de consultas para todos los profesionales, sala de juntas, aula de formación, salas de técnicas dotadas de forma adecuada, biblioteca, salas específicas para las unidades específicas (odontología, trabajo social, matronas y fisioterapeutas).

3.6. GESTIÓN DE RECURSOS

- Permitir la autonomía de gestión de los recursos, garantizando la equidad entre zonas, y evitando las desigualdades entre los centros de salud.
- Dotar del material necesario para cubrir la cartera de servicios y las líneas estratégicas: ecógrafos, dermatoscopios, material de curas y apósitos, material de oficina, ofimática...

3.7. PLANTILLA. RECURSOS HUMANOS

- Dimensionar la plantilla de los perfiles profesionales ya existentes con las necesidades de cada población
- Revisar la asignación de población a cada profesional de Medicina y Enfermería, respetando en la medida de lo posible la libre elección, teniendo en cuenta criterios de complejidad, envejecimiento, dispersión geográfica, determinantes de salud, carga docente de los profesionales.

- La falta de profesionales en las plazas de pediatría de AP es del 27%, según datos de la propia Consejería de Sanidad. Esta situación se agrava por la renuncia de pediatras en las sucesivas convocatorias públicas de empleo y la escasa incorporación de residentes de pediatría a esas plazas vacantes. La sobrecarga actual ha sido descrita en muchas ocasiones por sindicatos y sociedades científicas, generando múltiples conflictos. De manera similar ocurre con la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Valorar la inclusión de nuevos perfiles profesionales para desarrollar la cartera de servicios en función de las necesidades de la población.
- Desarrollar y promocionar la figura del administrativo de salud, profesionalizando el papel de las unidades de atención al usuario
- Redefinir la figura del psicólogo de AP dentro del equipo y evaluar su efectividad dentro de una estrategia global de abordaje de la salud mental en la Comunidad de Madrid, que incluya atención primaria, hospitalaria y servicios sociosanitarios.
- Implementar las competencias de las enfermeras con el cambio normativo en la Ley Orgánica de Profesiones Sanitarias, que estimule su autonomía en el desarrollo de las mismas, como la prescripción enfermera
- Permitir el acceso continuado a los puestos de trabajo (bolsa), mediante concurso abierto y permanente, con cobertura estable de las plazas.
- Modernizar los departamentos de Recursos Humanos con el objeto de atraer perfiles profesionales con alta demanda y escasa oferta (pediatras, médicos de familia...) , facilitando los procedimientos de contratación y la conciliación familiar, para atraer y retener el talento.

3.8. DESBUROCRATIZACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO

- Revisar las actividades burocráticas, eliminando las que no sean necesarias y no aporten valor
- Derivar la actividad administrativa que pueda gestionarse en otros ámbitos, asumiendo sólo la imprescindible no derivable
- Terminar con las ineficiencias informáticas.
- Optimizar el procedimiento de gestión de bajas laborales, remitiendo al ámbito hospitalario la gestión de las incapacidades que allí se controlan
- Repartir al médico o enfermera la emisión de informes de salud para la determinación de la discapacidad y la dependencia, en función del objetivo del informe.
- Facilitar el acceso telefónico evitando las demoras, ofreciendo una orientación que dirija la demanda al profesional más adecuado para resolverla.

3.9. DESARROLLO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES

- Desarrollar un catálogo de pruebas diagnósticas y tratamientos acorde para aprovechar al máximo la competencia de los profesionales de AP.
- Topar con un número máximo de pacientes atendidos por día a los profesionales de medicina, pediatría y enfermería.
- Establecer cupos de medicina de familia, pediatría y enfermería que permitan tanto la atención centrada en el paciente como la visión hacia la comunidad, incluyendo criterios de dispersión, determinantes sociales, cronicidad, vulnerabilidad o envejecimiento
- Promover la mejora, la formación y la profesionalización de las estructuras de gestión y de planificación de los equipos de AP.
- El director de centro será el profesional más cualificado del equipo para esta tarea, con labores directivas y asistenciales, parcialmente liberado de parte de ellas, nombrado por consenso con el equipo por un periodo limitado.

- Destinar de forma exclusiva a un médico/enfermera a la atención de urgencias en el horario de apertura del centro, cuando sea necesario en función del tamaño y presión asistencial del centro.
- Desarrollar las competencias enfermeras con regulación normativa que les permita autonomía de actuación y asunción de responsabilidades, como la prescripción enfermera acorde a sus competencias.
- Difundir el papel de la enfermera como primer profesional en el contacto con el sistema de salud, con capacidad para coordinar o derivar a otros profesionales.
- Fomentar la longitudinalidad y la atención a la unidad familiar en la atención de enfermería, cubriendo todos los tramos de edad. Es decir, implementar el modelo de enfermera familiar frente a modelos actuales que segmentan la atención en función de la edad.
- Capacitar legalmente a la enfermera familiar y comunitaria para coordinar, realizar informes, gestionar derivaciones con otros profesionales del centro y de fuera del centro y para solicitar pruebas complementarias.
- Desarrollar el rol de gestora de casos incluido en la Estrategia de Cronicidad, como parte de cartera de servicios de la Enfermera Familiar y Comunitaria.
- Promover el liderazgo de enfermería de AP en la atención domiciliaria, desde una perspectiva de promoción y prevención de la dependencia.
- Promover el papel de los profesionales de las unidades de atención específica UAE.
- Reforzar la promoción de salud y prevención en cada uno de los contactos del usuario o su familia con el sistema, como base de la identidad de AP.
- Establecer vías de coordinación entre AP y Hospitalaria para los procesos más prevalentes.
- Profesionalizar las unidades de atención al usuario constituidas por administrativos especializados en el ámbito de la salud.

3.10. RETRIBUCIONES

- Contemplar la complejidad de los pacientes en las retribuciones, reconociendo la dificultad de desempeño en determinadas plazas y centros de salud.
- Desarrollar programas con referentes (de cuidados, de salud comunitaria...) en los centros de salud, con responsabilidades de formación (a sí mismos y al equipo) y de gestión, que serán reconocidos y remunerados convenientemente.
- Ofrecer contratos atractivos de larga duración y con opciones de conciliación familiar, a los residentes de Medicina y Enfermería de familia y comunitaria y a los de pediatría recién egresados.

3.11. CARTERA DE SERVICIOS. ATENCIÓN DOMICILIARIA

- Realizar seguimiento proactivo de los servicios de cartera, con tiempo suficiente para la revisión de los criterios de buena atención, adecuados a cada persona, grupo o comunidad.
- Impulsar los modelos de calidad, como parte del compromiso de la Administración, utilizando indicadores consensuados con los profesionales para seguimiento de cartera.
- Orientar la atención al paciente crónico complejo a través de su enfermera FyC, como gestora de casos, en coordinación y trabajo en equipo con los distintos profesionales sanitarios, no sanitarios, unidades fisioterapia y trabajo social, dotándolos de recursos suficientes.
- Atención a colectivos con problemas específicos, como los usuarios extranjeros en situación administrativa irregular para garantizar la atención universal.

- Incorporar las necesidades particulares de las personas LGTBI en la planificación de la atención, promoviendo la formación de los profesionales en este ámbito.
- Fomentar la atención a la salud mental en AP a través de terapia de grupo, educación para la salud, prevención...
- Añadir a la cartera financiada el tratamiento ortopédico, las gafas y audífonos.
- Dedicar tiempo y esfuerzo a la promoción de la salud: alimentación saludable, alcohol, tabaco, uso responsable de la medicación.
- Ampliar la cobertura de salud bucodental.
- Reforzar el papel de la AP en la provisión de la atención al final de la vida y cuidados paliativos, tanto mediante recursos propios como coordinando los recursos de apoyo disponibles.
- Dar a conocer a la población la actividad domiciliaria para que sea valorada por la ciudadanía.
- Atender la urgencia extrahospitalaria con recursos propios de AP, con suficiente dotación de plantilla, remuneración y medios adecuados.

3.12. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- Dotar de un sistema ágil, accesible a todos los profesionales que atienden al paciente.
- Permitir el acceso completo a la historia clínica de atención especializada desde la AP, y viceversa; especialmente pruebas analíticas, radiológicas, medicación, bajas laborales e informes de alta, usando si es posible una aplicación unificada para todos los ámbitos asistenciales.
- Terminar con las ineficiencias informáticas y dificultades en la comunicación.
- Facilitar también el acceso de pacientes y familiares debidamente acreditados a la historia clínica digital, balanceando accesibilidad y confidencialidad de los datos.
- Actualizar los planes de cuidados y diagnósticos enfermeros.

3.13. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS)

- Reservar un tiempo de consulta para realizar actividad asistencial a distancia; garantizando que durante este periodo no serán interrumpidos por actividades presenciales. Esta actividad será pactada con los usuarios, que podrán optar por ella en vez de la presencial.
- Fomentar los sistemas de autogestión de citas, resultados de pruebas normales y derivaciones a través de la aplicación para no tener que acudir presencialmente a gestionarlos al centro de salud.
- Dotar con medios tecnológicos adecuados informáticos, videocámaras, teléfonos manos-libres, teléfonos con *WhatsApp*, etc.
- Integrar e interconectar la información derivada de los contactos telemáticos en una historia clínica única: registros, automedidas, imágenes, correos electrónicos... sin olvidar que la presencialidad sigue siendo el pilar de la relación médico-paciente.
- Promover el acceso de los pacientes, debidamente identificados, a su historia clínica, tanto para consultarla como para incorporar datos objetivos, garantizando la seguridad y confidencialidad, sin que los datos puedan ser facilitados a terceros ajenos al sistema sanitario público.
- Facilitar que las aplicaciones de registros del paciente (internet de las cosas) se incorporen a la Historia Clínica del paciente, con su consentimiento.
- Computar los contactos telemáticos de forma automatizada, utilizando la información para una adecuada gestión de los recursos.
- Desarrollar sistemas de alertas y avisos: plazos para actividades preventivas, alertas por interacciones de medicamentos, alertas por alergias...

- Eliminar el papel en solicitud de pruebas, derivaciones, documentos de incapacidad temporal, informes de dependencia... sustituyéndolo por comunicación por correo electrónico o SMS a pacientes.
- Promover con carácter voluntario el teletrabajo de los profesionales, incentivando y dotándolo con medios técnicos suficientes.
- Recopilar en un «cuaderno de mejora individual» de acceso fácil y rápido los datos de explotación fusionados de las diferentes aplicaciones (eSOAP, Consultaweb, Farmaweb), donde se visualice en tiempo real los puntos fuertes y áreas de mejora de cada profesional.
- Garantizar la confidencialidad de las comunicaciones y la protección de los datos de los usuarios. La intimidad es un bien en riesgo con el proceso de informatización y la atención telemática.

3.14. ORIENTACIÓN COMUNITARIA.

- Potenciar la relación con los diferentes activos y recursos de salud de las zonas, así como la formación en los equipos, incorporando los tiempos para las gestiones de estos espacios como tiempos de consulta identificados.
- Coordinar y fomentar espacios de colaboración con Servicios Sociales, Servicios de Dependencia, Atención al mayor y a la discapacidad...
- Promover el papel de la farmacia comunitaria como activo en sí misma y las posibilidades que ofrece de manera cooperativa con el equipo para la promoción de la salud, la seguridad del paciente, adherencia terapéutica, identificación de interacciones o errores de medicación, dentro de las competencias que le son propias y sin desvío de fondos desde el sistema de salud.
- Asegurar espacios de colaboración con los centros educativos de la zona del centro de salud, coordinando con el profesorado las acciones de prevención y promoción de la salud, incluyendo la salud mental.
- Recopilar en la Historia de Salud digital listados de recomendaciones y recursos comunitarios para dar a conocer recursos que generen salud, bienestar y vínculos en la comunidad. Por ejemplo, el mapa de recursos Localiza Salud o el de la alianza de Salud Comunitaria.
- Fomentar la orientación comunitaria en el ejercicio dentro de la propia consulta, en los grupos y participar en los procesos comunitarios.
- Fomentar la relación con los diferentes agentes de salud.
- Dar a conocer entre los profesionales las asociaciones de pacientes, para que puedan informar a los usuarios de su existencia y «prescribir asociaciones», como parte fundamental para vivir dignamente la cronicidad.
- Fomentar la red social para las personas que sufren de soledad.
- Promover a nivel comunitario la cultura de la lactancia materna, alineándose con la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN).
- Potenciar a la enfermera como recurso orientado al cuidado, promoviendo las consultas telefónicas de seguimiento y las consultas virtuales de enfermería para el paciente crónico y su cuidador para favorecer la continuidad del desarrollo de vínculos enfermera/paciente.

3.15. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Establecer alianzas con los diferentes ámbitos en que se desarrolla la AP: comunidad, ciudadanía, hospitales, ámbito social, dentro del marco centralizado recogido en las líneas estratégicas de la Consejería y la Gerencia de AP.
- Promover la participación a través de la figura del paciente-experto.
- Difundir a la ciudadanía el papel de la enfermera familiar y comunitaria como profesional en el primer contacto con el sistema de salud.
- Permitir la autogestión de las alianzas desde el centro con las contrapartes locales, minimizando la burocracia y colaborando con entidades y corporaciones locales, para aprovechar recursos (centros deportivos, formación...), experiencias y desarrollar sinergias entre las administraciones, haciendo especial hincapié en el ámbito rural.
- Garantizar mediante mecanismos específicos la participación efectiva de las personas LGTBI a través de sus organizaciones representativas.
- Coordinarse con las residencias públicas y privadas tanto en la asistencia como en las actividades de promoción y prevención.
- Establecer una coordinación de trabajo con la Federación Madrileña de Municipios (FMM), Red de Ciudades Saludables y Red Municipal de Salud, en los ámbitos de salud comunitaria, promoción de la salud, prevención y salud pública.
- Articular las diferentes iniciativas que, desde la sociedad civil madrileña, elaboran un mapa de asociaciones y actuaciones para conocer y apoyar su desarrollo, necesidades y actuaciones.
- Promover estructuras y mecanismos de coordinación entre los Centros de Salud y las estructuras participativas de salud comunitaria en su área de demarcación.
- Impulsar en el seno de las comunidades la participación a través de comités de pacientes, consejos o mesas de salud, a nivel de barrio, distrito o municipio, con participación de ciudadanía, administración y técnicos, para realizar diagnósticos, priorizar y establecer procesos para mejorar la salud.
- Crear un Observatorio de la Salud como elemento de confluencia de los profesionales, ciudadanía y la propia Administración Sanitaria.
- Incluir en las comisiones de participación en los hospitales madrileños, profesionales de los equipos de AP.
- Potenciar la Escuela Madrileña de Salud.
- Fomentar el autocuidado de la población y el papel de paciente activo.

3.16. CORRESPONSABILIDAD

La sociedad madrileña desea una AP que responda a sus necesidades; sentirla como propia es fundamental para su mejor funcionamiento. Debe atender tanto a población desfavorecida como a capas sociales más acomodadas, para ello se debe fomentar una corresponsabilidad de la ciudadanía en su funcionamiento a través de las siguientes propuestas:

- Promover el buen uso del sistema y del adecuado uso de los sistemas de citas, por ejemplo, evitando los abusos en el uso de los servicios de urgencia
- Mejorar la accesibilidad, que es diferente de «inmediatez», y el buen uso de los recursos como alianza para garantizar la mejora continua.
- Desarrollar estrategias de formación e información a la ciudadanía del valor de la AP y los recursos disponibles.

- Difundir a la ciudadanía el papel de la enfermera como primer profesional en el contacto con el sistema de salud, con capacidad para coordinar o derivar con otros profesionales del centro.

3.17. INDICADORES

- Diseñar, acordar y publicitar indicadores de evaluación de todo proyecto, incluyendo indicadores en resultados en salud, de cuidados y acciones de prevención y promoción de la salud, y de actividad comunitaria
- Los indicadores serán conocidos y compartidos por los profesionales y la ciudadanía.
- Utilizar los indicadores de salud del Plan de Acción de Atención Primaria¹ para comprobar la eficacia de las medidas.
- Medir la participación de profesionales y ciudadanía en el análisis de partida, el diseño y la puesta en marcha de cada uno de los nuevos proyectos.

4. BIBLIOGRAFÍA

Atención pediátrica de Atención Primaria. Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid. Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Comunidad de Madrid. 2018. Disponible en: <https://semap.org/wp-content/uploads/2018/04/Pediatria-documento-mejora.pdf>

Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria. Real Decreto 1030/2006. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

Duodécimo informe de Atención Primaria 2021-2023. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Noviembre 2024. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051460.pdf>

Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad. 10 de abril de 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

Memoria anual de actividad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria año 2022. Unidad de Apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Octubre 2023. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria_2022_gap_ok.pdf

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 15 de diciembre de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. Diciembre 2024. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria_y_Comunitaria_2025-2027.pdf

Proyecto para la reorganización asistencial de los Centros de salud. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 5 marzo 2021. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/file/3100/download?token=57JhncDh>

Undécimo informe de Atención Primaria 2020-2022. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Octubre 2023. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051072.pdf>

5. AUTORES:

Fernando León Vázquez (coordinador)

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ▼ Centro de Salud SAN JUAN DE LA CRUZ, Pozuelo de Alarcón
- ▼ Coordinador del Grupo Lex Artis de Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Somamfyc)
- ▼ Profesor asociado Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

José María Antón García

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ▼ Ex Viceconsejero de Humanización en la Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
- ▼ Socio fundador de Nexo Plataforma. Vocal de Política Social y Estado del Bienestar

Adolfo García Ortega

- ▼ Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)
- ▼ Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)

Carmen Ferrer Arnedo

- ▼ Enfermera especialista en Gestión Sanitaria
- ▼ Jefa de Servicio de Atención al Paciente Hospital Central Cruz Roja
- ▼ Ex Directora Gerente del Área 9 de Atención Primaria de Madrid

Concha Herranz Calvo

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ▼ Centro de Salud GENERAL RICARDOS, Madrid
- ▼ Sindicalista liberada en UGT
- ▼ Miembro del Programa de Actividades Comunitarias en AP en Semfyc
- ▼ Miembro de la Mesa de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Madrid

Rocío Hidalgo Escribano

- ▼ Enfermera de Atención Primaria
- ▼ Centro de Salud SEGOVIA, Madrid

Esther Nieto García

- ▼ Enfermera especialista en Familiar y Comunitaria. Antropóloga
- ▼ Centro de Salud PUERTA DEL ÁNGEL. Madrid
- ▼ Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)
- ▼ Profesora de Salud Pública en la Universidad Rey Juan Carlos

Carmen Valdés y Llorca

- ▼ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ▼ Centro de Salud FUENCARRAL (Madrid)
- ▼ Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT)
- ▼ Miembro del Comité Asesor de la Cátedra de Adherencia de la Universidad Miguel Hernández (UMH)

Lucía Villegas Vega

- ▼ Experta en Políticas Sociales
- ▼ Jubilada
- ▼ Vocal del Consejo de Mayores de Rivas Vaciamadrid



**SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD**

LA ESCUELA SALUDABLE: UN HORIZONTE

GRUPO DE TRABAJO DE ESCUELA Y SALUD

Coautores:



Avalado por:



escuela
excelente





ÍNDICE

1. Introducción	76
2. La escuela promotora y educadora en salud	77
2.1 Promoción y educación para la salud en centros escolares	77
2.2 Los espacios escolares y su accesibilidad	77
2.3 La importancia de la alimentación y los comedores escolares	78
2.3.1 Salud nutricional en el sistema educativo	78
2.3.2 Trastornos de la alimentación. Nutrición, obesidad y TAC	78
2.3.3 Nutrición adecuada y escuela	79
2.3.4 Los comedores escolares	82
2.3.5 Situación actual de los comedores escolares en la Comunidad de Madrid ...	83
2.4 El papel del profesorado como agente de salud y la enfermería escolar	83
2.5 Implantación de la Educación para la Salud (EPS). Aspectos a tener en cuenta	85
2.6 El currículo de educación para la salud (EPS)	86
2.7 El currículo oculto. El entorno interno del centro	88
3. La inteligencia emocional. Una herramienta para la salud y la formación integral del alumnado. Propuestas de mejora	89
4. La salud mental en la escuela	92
4.1 Introducción	92
4.2 Los escolares: niños y niñas y adolescentes	94
4.3 La escuela y el profesorado	96
4.4 Las familias	96
4.5 El entorno extraescolar	97
5. Propuestas generales	98
6. Anexos	100
7. Bibliografía	103
8. Autores	104

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

OMS

Las escuelas desempeñan una función vital en el bienestar de los estudiantes, las familias y sus comunidades, y el vínculo que existe entre la educación y la salud nunca antes había quedado tan patente.

Dr. Tedros Adhamon Ghebreyesus

Director General OMS, Junio 2021

La educación y la salud son derechos humanos fundamentales e interdependientes para todos, radican en el núcleo de cualquier derecho humano... (...) Una escuela que no promueva la salud ya no es justificable ni aceptable.

Audrey Azouley

Directora General de la Unesco, Junio 2021

1. INTRODUCCIÓN

Cuando desde SOCISALUD surge la necesidad de crear diferentes grupos de trabajo para elaborar propuestas para la mejora de la Salud en la Comunidad de Madrid, no podía faltar un grupo de trabajo dedicado a la Educación con el objetivo de conseguir unas escuelas saludables para nuestros niños y niñas.

Una escuela que tenga como objetivo principal el desarrollo integral de los escolares y su entorno, estableciendo relaciones armónicas con ellos mismos y con los demás en sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Una escuela que fomente estilos de vida saludable de la población en edad escolar y que se proyecte a sus familias y comunidades, a través de los sistemas de educación y salud.

La escuela ocupa un lugar fundamental en la vida de los niños y niñas. Es el lugar donde pasan la mayor parte de su jornada y determina su desarrollo a nivel físico, social e intelectual. Si conseguimos que los niños se desarrollen en una escuela saludable, conseguiremos que adquieran unos hábitos y costumbres que permanecerán a lo largo de su vida.

¿Qué características tiene una escuela que promueve la salud?

La Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) elaboró recientemente el documento «Generar escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela», con el objetivo de ayudar a los miembros de la comunidad educativa a impulsar y participar en este proceso de convertir a la escuela en un ambiente saludable y seguro.

Según la UIPES, una escuela promotora de la salud contempla los siguientes principios de actuación:

- Integra la salud en las actividades cotidianas de la escuela, en el programa curricular y en los criterios de evaluación
- Aborda las cuestiones de salud y bienestar de todo el personal de la escuela Promueve la salud y el bienestar del alumnado
- Ofrece un entorno seguro y de apoyo
- Fomenta la participación de los estudiantes y el desarrollo de su potencial Defiende principios de justicia social y equidad
- Relaciona al sistema educativo con los sistemas de salud
- Promueve la colaboración con los padres y madres del alumnado y con la comunidad toda.
- Establece objetivos realistas de promoción de la salud sobre la base de un diagnóstico preciso y de la evidencia científica disponible sobre los distintos temas de salud.
- Busca mejorar continuamente las condiciones de salud mediante la supervisión y la evaluación.

El Grupo de Trabajo ha tomado muy en cuenta las consideraciones y propuestas de:

- Informe del Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas. OMS.Ginebra.1977 /Anexo I)
- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 2018 (Anexo II)
- Salud Mental e Infancia en el escenario de Covid 19. UNICEF Comité Español 2019 (Anexo III)
- Recomendaciones del Grupo Escocés de Educación para la Salud
- Malnutrición, Obesidad Infantil y Derechos de la Infancia en España. UNICEF, Comité Español, 2019 aportaciones FAPA Giner de los Ríos. Escuela y Salud, 2023.

2. LA ESCUELA PROMOTORA Y EDUCADORA EN SALUD

2.1 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES

Desde hace tiempo, desde diferentes iniciativas, se ha considerado el marco escolar como un escenario donde la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la educación para la salud deben ser elementos sustanciales del proyecto educativo.

La LOGSE estableció la Educación para la Salud oficialmente como parte del currículo escolar, integrándola junto a otras áreas que, de carácter transversal, deberían trabajarse en todas las etapas educativas, desde Educación Infantil hasta Bachillerato. La Reforma Educativa que se planteó recogía propuestas y experiencias de innovación educativa que los Movimientos de Renovación Pedagógica habían reivindicado como consustanciales a una mejora de la calidad educativa en el marco de una escuela adaptada a las necesidades sociales actualizadas y a los intereses de su alumnado.

Los diferentes cambios legislativos, vinculados a los cambios políticos en el Gobierno de la Nación y el sistema autonómico vigente han impedido la consolidación de consensos básicos en las formulaciones y en la perennidad de los cambios, lo cual no ha permitido una evaluación seria y rigurosa de las propuestas de avance.

En estos momentos, con la aprobación de la LOMLOE se produce una nueva oportunidad de adaptar la legislación educativa a una sociedad como la española, cambiante, exigente en los resultados y demandante de una calidad educativa.

Sin embargo, sí hay consenso en que la salud es sumamente relevante para la seguridad personal del niño/a y que la educación en materia sanitaria debe formar parte obligada del currículo educativo.

Hay diferentes niveles de intervención en una correcta interrelación entre salud y escuela:

- Los entornos escolares: aulas, patios de recreo, comedores y cocinas, zonas comunes y de paso u otras dependencias.
- Los contenidos académicos de la Educación para la Salud, trabajados transversalmente y ocupando un lugar importante en las diferentes áreas de conocimiento.
- La metodología en que se produce el proceso de enseñanza/aprendizaje, vinculado con un concepto de enseñanza respetuoso con la personalidad del niño/a, incorporando la educación emocional como nuevo referente esencial.

2.2. LOS ESPACIOS ESCOLARES Y SU ACCESIBILIDAD

Un espacio lo forman o definen elementos muy diversos. Los espacios pueden ser naturales (unos árboles, un río o una sombra), arquitectónicos (cuatro paredes definen un aula), humanos (un grupo de niños o una muchedumbre), mecánicos (creados por proyecciones sobre paredes), etc.

En general, los espacios son creados por el ser humano para realizar diferentes actividades. Los espacios educativos, por ejemplo, ya sean culturales, de ocio o escolares se crean con la finalidad de ejercer directa o indirectamente una función educadora. Por su contribución a conformar la personalidad de los individuos, por las interacciones formales y no formales que se crean en ellos, tienen un valor indiscutible. Recordemos el ágora, la plaza tradicional creada como un espacio para la función primordial de reunión y de relación ciudadana.

Los espacios escolares, uno de los espacios educativos más relevantes, vienen determinados por un conjunto de elementos que conforman un ambiente de oportunidades creados con la finalidad de lograr en todos los alumnos y alumnas el máximo desarrollo de sus capacidades evitando que sean disminuidos u obstaculizados por cualquier circunstancia de carácter social, geográfico, étnico o cultural.

El reconocimiento de que los orígenes del desarrollo de la inteligencia en los seres humanos se sitúan en las interacciones que estos realizan en el medio en el que viven y que el sujeto construye su propio aprendizaje en interacción con su medio social, sitúa a los espacios escolares como un factor poderoso de aprendizaje.

Efectivamente, los espacios escolares constituyen una forma silenciosa e indirecta de los procesos educativos. Su organización refleja, en gran medida, cómo están reguladas en el centro la convivencia, el tipo de disciplina, la metodología predominante, etcétera. Una distribución de espacios que favorezca la autonomía y la individualización, por ejemplo, influye en gran medida en la cantidad y calidad del desarrollo de los niños y niñas, así como en las interacciones sociales que se establecen entre ellos.

De ahí, la importancia de conformar espacios agradables, acogedores, saludables y prácticos, a fin de lograr un óptimo ambiente de aprendizaje y de bienestar. El espacio educa incluso en sus cualidades y atributos: se relaciona no sólo con el diseño sino también con la naturaleza de los materiales, texturas, colores y conjunto de estímulos utilizados para su construcción. Todos los elementos que lo conforman: la luz, el color, el sonido, el mobiliario, etc. influyen mucho a la hora de desarrollar actividades educativas.

En la planificación del espacio escolar hay que tener en consideración factores externos (clima, orientación, iluminación, ventilación, materiales a emplear, etc.), y los elementos que conforman ese espacio escolar, que deben ser flexibles, polivalentes y que permitan modificaciones para adaptarse a la diversidad del alumnado. Los espacios han de responder a las características, ritmos y necesidades de los alumno/as y de los adultos responsables del proceso de aprendizaje.

En general, hay que considerar una serie de cuidados en el edificio: elegir materiales duraderos y de fácil mantenimiento que, por su composición, no contengan sustancias tóxicas; facilitar recorridos dentro del edificio atendiendo a la diversidad funcional y señalarlos adecuadamente a fin de evitar accidentes o situaciones de desconcierto; disponer de mobiliario adaptable en altura a diversas fisonomías; cuidar los principales factores de riesgo, entre ellos los patios y zonas inadecuadas de recreo, escaleras, puertas, ventanas, etc.

En cuanto al aula, su organización y adecuación es de suma importancia ya que es el espacio donde se producen los principales procesos de aprendizaje. El paso de la pedagogía de la homogeneidad a la pedagogía de la diversidad requiere reemplazar el aula concebida para un proceso expositivo y pasivo de los alumnos, por un espacio flexible y dinámico que permita alteraciones, modificaciones y variantes acordes a las necesidades del alumnado. El aula debe conformarse para permitir diferentes tipos de agrupamientos del alumnado: gran grupo, pequeño grupo, parejas, también para la posibilidad del aislamiento y trabajo o juego individual. Su mobiliario: mesas, sillas, pizarras, estanterías, etc. ha de ser práctico para que pueda adaptarse a diferentes actividades, así como su disposición, a fin de facilitar la relación entre el alumnado entre sí y con el profesor. Mesas que sirvan para trabajar individualmente o en grupo y abatibles que se utilicen para trabajar y luego puedan guardarse para utilizar todo el espacio para actividades dinámicas.

Es importante destacar que el espacio educativo no sólo se refiere al aula, ya que el proceso educativo, formal y no formal se produce en diferentes espacios de la escuela: patio de juegos, aseos, pasillos, comedores etc. Cualquier espacio del centro puede cobrar una dimensión educativa. No sólo el aula, toda la escuela puede ser un recurso para el desarrollo y el aprendizaje. Por ejemplo, el patio del colegio es un espacio olvidado y no se tiene en cuenta el potencial del mismo, otorgándole únicamente un carácter expansivo. Los patios están pensados, en general, al margen del proyecto pedagógico de los centros y de las necesidades de desarrollo de la infancia y la adolescencia. La mayoría de ellos son espacios homogéneos, carentes de espacios de socialización y juego libre, y muestran una falta de atención a las diferentes etapas de desarrollo de los escolares; pero, si les concedemos significatividad, se convierten en espacios que ofrecen multitud de experiencias, aprendizajes, descubrimientos, interacciones, etcétera. Por lo tanto, se han de utilizar como un recurso educativo más, igual de importante que el resto. Repensar los patios, también en los centros de secundaria, es una auténtica necesidad.

Los comedores escolares son asimismo espacios muy adecuados para la promoción de una alimentación sana y equilibrada. Aparte que desde las diferentes actividades curriculares se puede trabajar el concepto de alimentación equilibrada y las formas de alcanzarla, es cada vez más el alto el porcentaje de niños y niñas que comen en los comedores escolares, por lo que disponer de menús saludables y equilibrados es un excelente punto de partida para que vayan aprendiendo hábitos y costumbres saludables.

Por otra parte, hay que reconocer la importancia de los espacios escolares externos al centro escolar, así como contemplar la posibilidad de utilizar el centro escolar, en horarios alternativos, por parte de la ciudadanía, cuestión que, sin duda, es más relevante en contextos urbanos vulnerables, con grandes carencias de equipamientos educativos culturales y recreativos. No hay que olvidar el uso de espacios externos al centro, como parte de la actividad del centro: comercios, supermercados, farmacias, ...

Si los espacios hay que cuidarlos en todas las escuelas, desde la Etapa de Infantil hasta la Educación Secundaria y Profesional, es mucho más necesario en el caso de una «escuela inclusiva», que acepta la diversidad de su alumnado como un valor, en donde las diferencias no se convierten en desigualdades, en la que la individualidad de cada persona se beneficia de una educación adaptada a sus necesidades, en la que todos se sienten parte activa del centro al reafirmar sus capacidades, talentos y habilidades. Una escuela inclusiva necesita, por supuesto, currículos flexibles y metodologías adaptadas a la diversidad de sus alumnos, programas de apoyo de atención individualizada, pero también, espacios escolares accesibles, sin barreras ni físicas, que impidan la movilidad o dificulten el acceso al uso de espacios, objetos y servicios en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad; ni actitudinales, por conductas, o palabras que impidan u obstaculicen el acceso, en condiciones de igualdad, de todas las personas; ni comunicativas con aquellos estudiantes con discapacidades auditivas.

Se ha mencionado anteriormente la importancia de considerar factores externos en la planificación del espacio escolar. Nos vamos a detener en las condiciones de climatización, entendiendo como tal el conjunto de la temperatura, la ventilación, la luz, la humedad o incluso, el aislamiento acústico. Estos parámetros permitirían la confortabilidad de los espacios, tanto interiores como exteriores, lo que repercutiría favorablemente en el rendimiento en las tareas que se propongan, tanto para el profesorado como para el alumnado. Condiciones climáticas adversas (excesivo frío o calor, falta de ventilación, excesiva o reducida humedad ambiental, exceso de ruido del exterior, mala iluminación natural...) tanto dentro de las aulas como en los espacios interiores comunes o las zonas exteriores como patios o zonas deportivas, perjudican notablemente la estancia y actividad propia de los centros escolares y, por tanto, la salud de la comunidad educativa. Hay que resaltar como de forma llamativa y evidentemente progresiva, son nuevas y extremas las condiciones climáticas a las que estamos sometidos. En este punto también cabe destacar cómo la ventilación adecuada de los espacios fue un aprendizaje al que fuimos obligados con la pandemia COVID.

En términos generales y en el medio escolar específicamente, hay que tomar medidas que se adapten a los nuevos tiempos climatológicos en el diseño y construcción de nuevos centros, al tiempo que también hay que rediseñar y/o adaptar los centros escolares existentes.

PROPUESTAS DE MEJORA

- *Reivindicar la importancia de diseñar y construir espacios escolares saludables para garantizar el bienestar físico, emocional y social de la infancia y la adolescencia.*
- *Reclamar planes de desarrollo, proyectos y estrategias conducentes a mejorar los espacios escolares para que realmente sean un factor poderoso del desarrollo del alumnado en todos sus aspectos: intelectual, cognitivo, psicomotor y afectivo, así como en su proceso de socialización.*
- *Reivindicar mayor impacto del marco legislativo sobre el ambiente y salud en las instituciones escolares para poder trabajar en ambientes saludables de aprendizaje.*

- *Denunciar aquellas instalaciones escolares que, en general, representen un modelo obsoleto que no responda a las necesidades pedagógicas y de bienestar del alumnado y del profesorado.*
- *Considerar que los accesos e inmediaciones del centro son también parte del espacio escolar.*
- *Reflexionar y debatir cómo los espacios escolares mejoran las relaciones interpersonales entre los estudiantes y qué protocolos de actuación serían convenientes establecer ante situaciones de violencia o acoso.*
- *Vigilar por una adecuada climatización en el diseño de nuevos centros educativos, así como promover con carácter preferente la adaptación en este sentido de los centros escolares existentes, con criterios de alta eficiencia energética, uso de energías renovables y de sostenibilidad medioambiental.*
- *Dotar de zonas naturales de sombra, con arbolado autóctono, a los patios y otras zonas externas de los centros educativos.*

2.3. LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS COMEDORES ESCOLARES

2.3.1. SALUD NUTRICIONAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO

La alimentación es un factor principal para el desarrollo físico, psíquico y social de la infancia. Una alimentación correcta durante la edad escolar es fundamental para que los niños y niñas se desarrollen con salud, pues cualquier malnutrición, por exceso o por defecto, puede tener repercusiones a corto y largo plazo. Además, es en la edad escolar cuando comienzan a adquirirse unos hábitos alimentarios que se suelen mantener a lo largo de la vida.

La educación nutricional sigue siendo una asignatura pendiente del sistema educativo y los comedores escolares pueden considerarse un marco idóneo en el que día a día, el alumnado pueda ir adquiriendo unos hábitos alimentarios saludables y donde se puedan poner de manifiesto posibles problemas de la alimentación.

2.3.2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. MALNUTRICIÓN, OBESIDAD Y TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria)

La progresiva, aunque lenta y desigual, disminución de la desnutrición infantil a nivel mundial coexiste actualmente con un muy rápido crecimiento de otras formas de malnutrición: el sobrepeso y la obesidad infantil, que hace tiempo dejaron de ser un problema casi exclusivo de los países más desarrollados. La triple carga de la malnutrición por desnutrición, por sobrepeso y obesidad, y por carencias en nutrientes esenciales (como hierro y/o vitaminas) está afectando de forma cada vez mayor a los niños y niñas pobres y a sus familias.

Revertir la obesidad infantil es muy difícil; la prevención es el abordaje más eficaz para combatirla y evitar las graves repercusiones que pueda tener en la vida de las personas, en los sistemas de salud y en la economía y desarrollo de los países. Se calcula que la población infantil y adolescente con obesidad infantil a nivel mundial, supera a la que tiene bajo peso para la edad.

En Europa, aproximadamente el 25 % de los escolares presentan exceso de peso. España, según datos de NCD Risk Factor Collaboration de 2017, se sitúa entre los países de la OCDE con mayor porcentaje de sobrepeso infantil y adolescente, con un 33,80 %. Según el estudio PASOS, a fecha del 2019, un 20,7 % de los niños, niñas y adolescentes tienen sobrepeso y un 14,2 % obesidad, lo que suma un 34,9 % de exceso de peso.

La Encuesta Nacional de Salud en España de 2017, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ofrece unas cifras algo más bajas, 28,6% de obesidad y sobrepeso para niños y adolescentes de 2 a 17 años; si bien conviene señalar que en esta encuesta se utiliza información declarada por los encuestados frente a las que utilizan medias directas de talla y peso.

En el caso de la Comunidad de Madrid los datos comparativos por Comunidades Autónomas sitúan a Madrid en un nivel intermedio, con un 25,2 % según ENSE 2017, frente a la media del 28,6 %, con un 40 % en Murcia o un 35,5 % de Canarias y 15 % en Navarra o un 20,7 % en Aragón.

Las evidencias muestran que el estatus socioeconómico de la familia es un factor de riesgo para la obesidad infantil, especialmente la ocupación profesional de los padres. Además de la dieta inadecuada y los estilos de vida sedentaria, se han incorporado a los determinantes de la obesidad otros factores sociales como la publicidad, la educación y el ambiente escolar, el transporte y el entorno físico y alimentario. Estudios recientes señalan que el acceso a tiendas de comida no saludable es mayor en los barrios y comunidades más desfavorecidas en la ciudad de Madrid. A su vez, la evidencia también señala que el acceso a las instalaciones deportivas o a zonas verdes es menor también en las zonas que sufren una mayor desigualdad social.

Cada vez más aparece un nuevo concepto: el entorno obesogénico, es decir un entorno que favorece y refuerza la aparición de la obesidad y el sobrepeso entre la población. Precisamente, la infancia y la adolescencia son las etapas en las que se es más vulnerable a este entorno y a sus mensajes.

En este contexto, la llamada transición nutricional, con el incremento de los alimentos procesados, con más azúcares, sal y grasas y de bebidas azucaradas y energéticas frente al menor consumo de productos frescos, verdura, fruta, etc. produce un cambio de hábitos en los consumidores y condiciona una dieta excesiva en calorías y más pobre desde el punto de vista nutricional.

Tenemos un sistema que favorece que los alimentos procesados y las bebidas azucaradas estén permanentemente accesibles en casa, en el entorno educativo, en los espacios de ocio, en los comercios y en los restaurantes, además a precios más asequibles que los alimentos más sanos y nutritivos.

Aunque las cifras de ejercicio físico entre los niños y adolescentes se han incrementado, aún están por debajo de las recomendaciones internacionales.

El excesivo tiempo dedicado a las pantallas, junto a la escasa disponibilidad de instalaciones deportivas adecuadas, seguras y accesibles, son factores que forman parte de ese entorno obesogénico.

En las edades adolescentes los trastornos de la alimentación, fundamentalmente bulimia, nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por evitación y restricción de alimentos y trastorno por atracón tienen en común la obsesión por el peso, la imagen, figura y/ o talla.

2.3.3. NUTRICIÓN ADECUADA Y ESCUELA

La alimentación equilibrada contribuye a reducir el riesgo cardiovascular, porque disminuye el colesterol y la tensión arterial, y ayuda a mantener un peso equilibrado. Por eso, es tan importante educar en nutrición en la escuela, siendo el comedor el instrumento ideal para concretar de modo práctico la formación recibida al respecto.

La nutrición adecuada y saludable es esencial para el desarrollo y el bienestar de los niños y niñas; por eso es importante que se fomente en los centros educativos desde una edad temprana.

Los niños y niñas con sobrepeso tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas, como diabetes y enfermedades del corazón, en la edad adulta. Además, la obesidad infantojuvenil puede afectar negativamente a la autoestima y al rendimiento escolar.

La educación nutricional debe estar presente desde las primeras etapas del sistema educativo para evitar problemas de salud vinculados con la alimentación.

Desde SOCISALUD entendemos relevante el papel de la escuela como coadyuvante para avanzar en la lucha contra la malnutrición infanto juvenil a través de diferentes herramientas: la Educación para la Salud como ámbito formativo en el currículo escolar; la información y formación a las familias, en colaboración con las asociaciones de padres y madres de alumnos; la

incorporación de la Educación emocional; la configuración de la escuela como un ámbito saludable; el uso de las instalaciones recreativas y deportivas del centro y el papel del profesorado en la detección de conductas anómalas en el comedor.

PROPUESTAS DE MEJORA

- *Informar, sensibilizar y fortalecer a las familias, niños y adolescentes para promover la demanda de alimentos nutritivos y sanos.*
- *Orientar a los productores y proveedores de alimentos para que ofrezcan productos saludables para la infancia y la juventud.*
- *Construir entornos de alimentación sanos y justos para toda la infancia y la adolescencia.*
- *Recoger, analizar y utilizar datos de calidad para guiar las acciones y evaluar los programas.*
- *Para combatir la obesidad en los centros escolares, es esencial promover una dieta saludable y un estilo de vida activo.*
- *Los programas curriculares deben incluir formación sobre alimentos saludables y la importancia de seguir una dieta equilibrada. El alumnado debe aprender los grupos de alimentos, los nutrientes esenciales y cómo seleccionar alimentos saludables.*
- *La actividad física es también esencial para combatir la obesidad infantil. Los centros educativos deben tener una amplia oferta de programas de actividad física y oportunidades para jugar al aire libre. Todo ello complementado con descansos activos durante la jornada escolar y programas de prevención temprana.*
- *Los niños y niñas deben ser evaluados regularmente para detectar problemas de peso, que deben ser resueltos con programas de intervención temprana, con motorización del peso.*
- *Los centros educativos deben proporcionar opciones de alimentos saludables en las cafeterías y en las máquinas expendedoras. El alumnado debe tener acceso a frutas, verduras, proteínas magras y carbohidratos complejos en lugar de alimentos procesados y altos en calorías.*
- *La implicación de las familias en este tipo de programas es fundamental para que luego en casa, mantengan los mismos criterios nutricionales. Las familias deben recibir formación y recursos para promover una dieta saludable y un estilo de vida activo en el hogar.*
- *Además, la comunidad local debe comprometerse en la creación de parques y áreas de juego seguros y accesibles para la actividad física al aire libre, así como llevar a cabo programas municipales de actividad física para la infancia y la juventud.*

2.3.4. LOS COMEDORES ESCOLARES

Los comedores escolares cumplen una importante función educativa en varias vertientes: Objetivos básicos del comedor escolar, atendiendo a su carácter social y educativo son, además de cubrir las necesidades nutritivas del alumnado, la adquisición de hábitos alimentarios, de higiene, de salud y sociales en el marco de la educación para la convivencia en el centro.

El uso del comedor, de modo gratuito, generalizado en todas las etapas de la enseñanza obligatoria, sería una herramienta de compensación de desigualdades sociales, que contribuyen, según los estudios analizados, a los problemas de malnutrición de niños y adolescentes en nuestro país, en general, y en la Comunidad de Madrid, en particular.

La asistencia al comedor puede permitir conocer los alimentos básicos, adoptar hábitos de higiene y posturales, comprender y utilizar normas básicas de comportamiento en la mesa y conocer y utilizar correctamente los cubiertos, así como cualquier utensilio necesario para la alimentación.

El comedor escolar es un espacio idóneo para enfrentar algunos trastornos alimentarios: obesidad, anorexia, malnutrición, etc.

El uso del comedor fomenta el compañerismo y las actitudes de respeto, educación y tolerancia entre los miembros de la comunidad escolar.

El tiempo, una vez terminado el acto de comer, es muy aprovechable para jugar, ejercer alguna actividad física, para leer, y, sobre todo, para fomentar la relación interpersonal entre el alumnado.

2.3.5. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMEDORES ESCOLARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Los comedores escolares son competencia de las CCAA.

La realidad de los centros educativos en relación con los comedores es manifiestamente mejorable. En la mayoría de los institutos no existe el servicio de comedor escolar; en los centros de Enseñanza Primaria se está produciendo, en determinados casos, la sustitución de la cocina y, por tanto, la preparación directa de las comidas, por el uso del catering y los nuevos centros no contemplan la existencia de la cocina.

Desde SOCISALUD se reivindica el modelo de cocina en el centro con menús preparados por personal cualificado, con control de calidad y elaborado con criterios nutricionales adecuados.

PROPUESTAS DE MEJORA

- *Todos los centros escolares públicos (Infantil, Primaria y Secundaria) deberían disponer, entre sus servicios complementarios, de comedor escolar, incorporado al Proyecto Educativo del centro, mediante un Plan Plurianual.*
- *El comedor escolar debe tener un carácter universal y gratuito. Mientras esto no sea posible, la Administración educativa tiene que becar a todos los niños y niñas en situación vulnerable o de pobreza.*
- *El comedor escolar ofrecerá no solo la comida del mediodía, sino también el desayuno y merienda en caso de necesidad de las familias.*
- *La prestación del servicio del comedor escolar se realizará, como norma general, desde el mes de septiembre al mes de junio, durante los días lectivos del curso escolar y en algunos centros, con carácter extraordinario, en los días no lectivos.*
- *Los menús que se sirvan seguirán las recomendaciones de las Administraciones sanitarias y de consumo y deberán ser revisados por dietistas-nutricionistas.*
- *Los centros darán información de los menús, diaria, semanal o mensualmente, a las familias, con el fin que puedan planear el resto de las comidas del día.*
- *Los centros dispondrán de cocina para elaborar los diferentes menús, desechando las comidas elaboradas industrialmente fuera del centro.*

2.4 EL PAPEL DEL PROFESORADO COMO AGENTE DE SALUD Y LA ENFERMERÍA ESCOLAR

El personal docente, el profesorado, es una pieza clave para el desarrollo de los programas de Promoción y Educación para la Salud.

El personal docente es el responsable directo de transmitir a los alumnos y alumnas no sólo conocimientos sobre la salud, sino de desarrollar en ellos habilidades y competencias para que consigan una buena salud física, emocional, social y ambiental.

La finalidad de la Educación para la Salud no es mera cuestión de transmisión de conocimientos; se trata, en primer término, de que el alumnado conozca y aprecie su propio cuerpo, de contribuir a su desarrollo y bienestar, y de capacitarle para que valore las consecuencias que determinadas conductas tienen sobre la salud y la calidad de vida, tanto a nivel individual como colectivo.

Es preciso reconocer, además, que la/el docente es un observador privilegiado para percibir el estado de salud de su alumnado (a través de indicadores externos) y un importante transmisor de mensajes de salud tanto individual como colectiva, con el modelo de relación y clima emocional que establece en el aula.

Por otra parte, el profesorado debe contribuir a que el centro escolar proporcione al alumnado una vida saludable durante su estancia en él, con adecuados servicios en materia de higiene personal y alimentación. De ahí la importancia de cuidar el entorno físico de los centros (áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor, organización de las aulas, mobiliario, iluminación o acústica, etc.), donde, además, se establecen las relaciones interpersonales entre todos los componentes de la comunidad educativa, donde los alumnos y alumnas interactúan y van aprendiendo a afrontar las tensiones que surgen y que tanto influyen en el ámbito de la salud y en el desarrollo personal de ellos y ellas.

La Educación para la Salud no debe reducirse solo a que se impartan contenidos en un área determinada, sino que puede y debe ser considerada de manera transversal, con el fin de atender una serie de problemas vitales del alumnado, problemas que se refieren a su propia vida: problemas de relaciones personales, de autonomía, de nutrición, de relaciones afectivo- sexuales, de higiene, de contacto con tóxicos o conductas adictivas, de apariencia física, de autoestima, de conciencia medioambiental, etc. Problemas no adscritos a una única disciplina y que deben por tanto ser tratados de forma interdisciplinar, desde diferentes perspectivas, lo que requiere organizar el trabajo del profesorado de manera colectiva, a través de Proyectos Educativos donde el alumnado adquiera competencias para enfrentarse a ellos, tomando las decisiones más saludables.

Uno de los aspectos relevantes en el rol del profesorado está vinculado con su intervención directa en el ámbito sanitario del centro escolar: su intervención en primeros auxilios, su capacidad de detectar indicadores que puedan responder a problemas de salud personal de alumnos/as, la docencia a alumnado con enfermedad crónica o con discapacidad severa o la administración en situaciones predeterminadas de medicamentos al alumnado.

Ante esta realidad, están planteadas soluciones dispares. Una ha sido la de descargar en el profesorado la atención exclusiva al alumnado en estas situaciones, sin normativa que aclare dichas tareas y que impida efectos indeseados de responsabilidad personal por supuestas malas prácticas. También, se han producido iniciativas de integración escolar sin la formación, los recursos o las condiciones necesarias para su correcta implementación.

En otros casos, los centros escolares intentan dar soluciones particulares a la situación: la demanda de enfermeras escolares, y también de médicos, ha crecido de un modo significativo en los últimos años y aún más desde la aparición de la pandemia.

Siguiendo modelos foráneos donde la figura de la enfermera escolar está implantada desde hace décadas y forma parte de la plantilla de los centros, en España se ha reivindicado por parte de los colectivos de enfermeras, y últimamente también desde sectores de padres y madres, la conveniencia de dotar a cada centro con profesionales de la enfermería.

Realmente, y es de lamentar, no se ha producido esta incorporación después de un debate, que se antoja debe ser sosegado, con todos los sectores involucrados. Ni los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, ni los órganos de representación de las CCAA, los Consejos Interterritoriales respectivos, se han pronunciado al respecto.

Por ello, las Comunidades Autónomas han respondido de un modo totalmente dispar, lo que acaba generando diferencias territoriales muy marcadas. Como muestra de este descontrol podemos destacar que, mientras en algunos territorios la presencia de enfermería escolar es prácticamente testimonial, en la Comunidad de Madrid hay censados más de 1000 centros escolares con este servicio (cierre de 2023). O que mientras las enfermeras en los centros escolares de Andalucía dependen de la Consejería de Sanidad en su mayor parte, en la Comunidad de Madrid han sido nombradas desde la Consejería de Educación, cuando no contratadas directamente desde los centros, o por las asociaciones de familias u ofrecidas desde las empresas con las que se conciertan

los servicios de comedor o extraescolares. Y más allá de la necesidad cierta de su presencia en los centros escolares en algunas ocasiones, esta presencia se anuncia como un elemento más, un servicio más, que ofrece el centro escolar de cara a rivalizar, a competir, con otros.

Hasta aquí los hechos, que es importante contextualizar. España dispone de un Sistema Nacional de Salud único, universal, gratuito y con ánimo de ser de calidad. La base del sistema es la Atención Primaria que con sus profesionales sanitarios y no sanitarios ubicados en los Centros de Salud garantizan la atención en salud a la población de su demarcación, no solamente de forma individual sino también de forma comunitaria; no solo de manera asistencial, también desde los programas de prevención.

En cuanto a los centros escolares, se propone la figura de una enfermera que trabaje con la población escolar y con la comunidad educativa.

Esta enfermera debe tener el perfil de la Enfermera Familiar y Comunitaria (enfermera especialista con competencias en familia y comunidad) y perteneciente al organigrama de Atención Primaria, vinculada a uno o más centros de salud, en función de necesidades, y con acceso y comunicación, por lo tanto, al resto de recursos.

Su actividad no será asistencial en el centro de salud sino que estará articulada con los centros escolares en función principalmente de necesidades y condiciones de equidad.

Esta propuesta plantea un cambio en sus funciones respecto a las actuales al darle un enfoque completamente comunitario, coordinándose con otros recursos de la comunidad; y por ello creemos que es importante que la enfermera que interviene en los centros escolares tenga una visión amplia de la familia y la comunidad y cómo se relacionan entre ellas.

Participará junto con el claustro educativo en la elaboración de los contenidos de salud a trabajar a lo largo del año en las aulas y de cómo estos se integran en las materias.

Podrá impartir sesiones de Educación para la Salud, pero sobre todo coordinará las actuaciones de las responsables de salud comunitaria de los centros de salud con los centros escolares en la planificación de las intervenciones de promoción de la salud en función de las necesidades del alumnado, familias y personal del centro.

No parece descabellado pensar que el personal de enfermería que intervenga en un centro escolar debería ser formado de forma específica, depender (y desde ahí trabajar) para programas comunitarios de atención primaria y cubrir centros con indicación clara, normativizada y transparente.

2.5. IMPLANTACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS). ASPECTOS A TENER EN CUENTA

La puesta en marcha de un programa de Educación para la Salud en un centro educativo debe ser emprendida a dos niveles:

- Un compromiso general de promoción de la salud en el centro educativo
- Un compromiso específico de incluir temas de salud con una planificación detallada de objetivos, contenidos, metodología, etc. Para esto es fundamental una adecuación de los recursos humanos a la tarea emprendida.

Otros aspectos básicos a considerar son:

- La formación del profesorado, esencial para la ejecución de cualquier programa de Educación para la Salud (EpS) en la escuela. Pero no todo es una cuestión de formación, sino que el profesor debe manifestar un interés por el tema, una voluntad de utilizar técnicas pedagógicas muy variadas, una sensibilidad especial hacia las necesidades del alumnado y ser capaz de comunicarse abiertamente con él.

- La colaboración entre la escuela primaria y secundaria. La creación de grupos de trabajo conjuntos puede ser un modelo apropiado, para dar continuidad a las estrategias y a los contenidos de la forma más adecuada.
- La comunicación con las familias, en cuanto que la educación es una responsabilidad compartida. El centro educativo tiene la responsabilidad de dar a conocer sus puntos de vista a todos los implicados y en especial a las familias. Así, las familias llegarán a comprender que juegan un papel complementario en el área de la EPS. Así sería más sencillo poder discutir los temas más sensibles como la educación afectivo sexual o la prevención del consumo de tóxicos.
- El centro puede tomar ciertas iniciativas para acercar el currículo del centro a las familias (talleres prácticos, participación presencial en actividades específicas, participación de las familias en la definición de objetivos del centro...) y extender la cultura del mismo, ese currículo oculto, a los hogares y figuras familiares de referencia del alumnado.
- La proyección del centro educativo en la comunidad y su imagen son elementos determinantes en la voluntad de las familias de participar en la vida del centro.
- La coordinación con la comunidad del entorno. Todas las iniciativas del centro escolar deben coordinarse con las iniciativas de la comunidad en la que está inmerso. Para optimizar la eficacia de los proyectos educativos de promoción y EPS, es importante considerar el apoyo y la coordinación de los recursos comunitarios. Esta dimensión nos lleva a incrementar el conocimiento, el intercambio de información y la coordinación de actuaciones entre el centro y los recursos sociosanitarios del entorno inmediato (centro de salud, servicios sociales, instalaciones municipales, asociaciones vecinales, asociaciones de comerciantes, etc.)
- La coordinación es una necesidad cuya consecución no está exenta de dificultades. Los proyectos de promoción y educación para la salud deben prever medidas concretas que permitan asegurar su operatividad y una coordinación real entre todos los sectores de la comunidad educativa. La coordinación implica aunar esfuerzos y voluntades y definir y distribuir las tareas entre quienes participan.

2.6. EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

La Educación para la Salud es un área transversal; debe ser integrada en las otras áreas del currículo (ciencias sociales, ciencias naturales, lenguaje, educación física...). El programa de EPS debe ayudar al alumnado a desarrollar destrezas que le permitan explorar sus actitudes y creencias a la luz de las nuevas informaciones recibidas.

Los contenidos de esta área transversal son amplios:

- Cuidados personales, ejercicio, higiene, salud dental...
- Alimentación saludable y nutrición.
- Seguridad y prevención de accidentes; primeros auxilios.
- Prevención y control de enfermedades.
- Relaciones personales y educación emocional (inteligencia emocional).
- Educación afectivo sexual.
- Prevención sobre el consumo de sustancias tóxicas.
- Medio ambiente y salud.
- Educación para el consumo.

Estos temas pueden agruparse en tres bloques, paralelos a los aspectos físicos, mentales y sociales de la salud:

- Cuidado de uno mismo: higiene, alimentación, prevención de accidentes, enfermedades o consumo de tóxicos...
- Salud relacional: inteligencia emocional, educación afectivo sexual.
- En la comunidad: recursos, educación medio ambiental, consumo

Los contenidos de la EPS deben ser tratados en espiral a lo largo de la escolaridad. El principio del currículo en espiral consiste en retomar progresivamente los temas básicos de la EPS en diferentes momentos de la escolaridad, de tal manera que se desarrollen con mayor extensión y se profundicen ideas y conceptos ya aprendidos.

Sólo cuando la EPS tiene su propio lugar en la programación curricular de los centros educativos podemos estar seguros de que se ofrecerá a todos los alumnos la oportunidad de tener una experiencia completa y global de la misma.

En este sentido, analizamos los currículos de las diferentes etapas de enseñanza sobre la educación para la salud a partir de la implantación de los Reales Decretos de Enseñanzas Mínimas, que son las prescripciones que realiza el Ministerio de Educación sobre el qué enseñar, para, a posteriori, centrarnos en los currículos de la Comunidad de Madrid.

Es evidente que los currículos no determinan *per se* la calidad de la educación, sino que hay otros factores también implicados. Entre esos factores encontraríamos a los profesores, los padres y los alumnos, sin olvidar que los recursos a veces condicionan el proceso de enseñanza y aprendizaje; es decir, la dotación de los centros en cuanto a instalaciones y equipamiento influye en la función docente y, por tanto, en la calidad de la educación.

En el Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil, se contempla como finalidad de la Educación Infantil la de contribuir al desarrollo integral y armónico del alumnado en todas sus dimensiones: física, emocional, sexual, afectiva, social, cognitiva y artística, es decir, propiciar un estado de bienestar (salud) integral.

Más en concreto, este mismo Real Decreto, entre sus principios, contempla la Promoción y Educación para la Salud. Todavía, el citado Real Decreto incide más en la Educación para la Salud cuando, citando las competencias clave, dice que se espera que la adquisición de estas competencias a lo largo de su escolarización permita al alumnado prepararse para afrontar con éxito los principales retos del siglo XXI, entre los que incluye la competencia en planificar hábitos de vida saludables. Añade que la respuesta a estos y otros desafíos —entre los que existe una absoluta interdependencia— necesita de los conocimientos, destrezas y actitudes que subyacen a las competencias clave y son abordados de manera global desde todas las áreas que conforman la etapa.

Como ejemplo de competencia que tiene en cuenta la Educación para la Salud se encuentra «Adoptar modelos, normas y hábitos, desarrollando la confianza en sus posibilidades y sentimientos de logro, para promover un estilo de vida saludable y eco socialmente responsable». El trabajo por competencias, y en concreto, la competencia específica anteriormente citada contribuye al desarrollo de una percepción más ajustada de sí mismo y al sentimiento de logro derivado de la percepción de la progresiva competencia adquirida en las actividades relacionadas con la alimentación, la higiene, el vestido o el descanso.

El nuevo Real Decreto de Enseñanzas Mínimas para la etapa de Enseñanza Primaria, Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, contempla entre sus principios, recogidos en el artículo 6, el siguiente: «desde todas las áreas se promoverá la igualdad entre hombres y mujeres, la educación para la paz, la educación para el consumo responsable y el desarrollo sostenible y la educación para la salud, incluida la afectivo- sexual». Parece evidente, por lo tanto, que los currículos básicos de las diferentes etapas de enseñanza hacen hincapié en considerar la Educación para la Salud uno de los elementos vertebradores de la educación de los alumnos. Tal es así que entre los objetivos generales de la

etapa se incluyó el siguiente: «Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física, el deporte y la alimentación como medios para favorecer el desarrollo personal y social». Es más, desde el punto de vista de la adquisición de competencias, el R.D. 157/2022 incluye la competencia de «Desarrollar estilos de vida saludable a partir de la comprensión del funcionamiento del organismo y la reflexión crítica sobre los factores internos y externos que inciden en ella, asumiendo la responsabilidad personal y social en el cuidado propio y en el cuidado de las demás personas, así como en la promoción de la salud pública».

Siendo los anteriores Reales Decretos de Enseñanzas Mínimas de Infantil y Primaria prescriptivos para todas las comunidades autónomas, era de esperar que en el desarrollo de los mismos, se contemplara la Educación para la Salud de una manera adecuada.

En el caso de la Comunidad de Madrid, desde SOCISALUD se presentaron alegaciones a los Proyectos de Decreto por los que se establecen la ordenación y el currículo de la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria.

En general, SOCISALUD considera que no se han arbitrado mecanismos reales para la incorporación de la EPS ni en Educación Primaria ni en Educación Secundaria, desaprovechando las posibilidades de la Educación en Valores Cívicos y Éticos como ámbito real donde poder desarrollarla.

2.7. EL CURRÍCULO OCULTO. EL ENTORNO INTERNO DEL CENTRO.

El centro escolar transmite una serie de valores que no están recogidos en sus programas. Todo centro tiene una cultura propia que se manifiesta en el ambiente general del mismo, en sus normas de disciplina, en las actitudes adoptadas por el personal hacia los alumnos y en los valores implícitos en su organización general. Esto, que afecta a todo el proceso educativo, es especialmente importante para la EPS y significa que los procesos y experiencias de aprendizaje son tan importantes como los contenidos.

Es importante también, la actitud del profesorado y por extensión la de los adultos de la comunidad educativa. Normas, actitudes, formas de comportarse, relaciones entre adultos, etc. tienen una profunda influencia en el desarrollo social del alumnado.

La escuela, como otras instituciones, debe ofrecer un amplio abanico de actividades estimulantes para el alumnado: música, deportes, teatro, actividades al aire libre, actividades ligadas al uso de nuevas tecnologías... Las razones por las que los jóvenes adquieren hábitos negativos y desarrollan comportamientos nocivos para la salud son enormemente complejas.

Pero se puede apuntar una de ellas, la necesidad de experimentar más allá de lo ordinario.

En el currículo oculto del centro escolar, las instalaciones también son relevantes: servicios adecuados y limpios, papeleras, limpieza de patios y zonas comunes, iluminación y decoración de las aulas, etc, son imagen de cara a la comunidad y ejemplo práctico de EPS.

3. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL. UNA HERRAMIENTA PARA LA SALUD Y LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ALUMNADO. PROPUESTAS DE MEJORA

Para SOCISALUD, es prioritario abordar todos los ámbitos que inciden en la salud de las personas, durante todas las etapas de la vida. La etapa educativa es de las más importantes ya que tiene gran influencia a la hora de construir personas adultas saludables. Por este motivo, queremos promover la inteligencia emocional como una herramienta fundamental en la escuela.

La inteligencia emocional es la habilidad que tenemos para comprender, procesar y manejar con éxito las emociones humanas. Aunque esta habilidad puede parecer fácil de gestionar, hasta hace bien poco no tenía cabida en la escuela porque relacionaba la inteligencia con competencias de índole cognitivo y metacognitivo. Actualmente, existe cierto descontento general con la visión unitaria de la inteligencia por lo que se impone una reformulación científica de este concepto teniendo en cuenta nuestra naturaleza de seres no sólo con pensamiento, sino también con sentimientos y sociables.

Son varios los estudios que han demostrado que en el éxito de las personas influye un 80% sus habilidades emocionales y sólo un 20% lo determina nuestro C.I. Tenemos varios ejemplos en la vida, como el que nos narra Linda Lantieri en el 11S, los niños y adultos que sobrevivieron a ese día no fue por sus calificaciones del último examen, si no por su preparación interior.

En este sentido, el rol del profesor está cambiando y ha dejado de ser un mero transmisor de conocimientos para trabajar también el desarrollo emocional de los alumnos. La escuela y todos los actores involucrados en la tarea educativa —directivos, docentes, padres de familia— tienen la responsabilidad de generar ambientes en los que se propicie el aprendizaje de contenidos, pero al mismo tiempo la aplicación de valores y actitudes como respeto, compañerismo..., que llevará a los alumnos a entablar relaciones interpersonales adecuadas, conocimiento de sí mismo (emociones, pensamientos, intereses), seguridad personal y empatía, entre otras. Como docentes, tenemos el gran compromiso de desarrollar habilidades que van más allá de lo referente a abordar los contenidos, se debe trabajar con un sentido ético y humano que permita ver más allá, para integrar al alumno en un ambiente de aprendizaje significativo.

¿Están nuestros alumnos preparados para ello? No todos; son competencias que se dan por adquiridas y a veces no están lo suficientemente desarrolladas. Algunos alumnos no saben cómo identificar las emociones, cómo reconocerlas y cómo gestionarlas.

Se ha comprobado, desde hace tiempo, el efecto positivo de las emociones, incluso en aspectos de rendimiento académico, como por ejemplo la consolidación de la memoria, un aumento de la motivación, la curiosidad, las ganas de aprender, una amplitud de la agudeza y profundidad de la percepción e intuición. Por el contrario, un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual como: limitaciones en la memoria, dificultades en la percepción y en la atención, disminución de las asociaciones mentales.

Educar la inteligencia emocional de los estudiantes se ha convertido en una tarea necesaria en el ámbito educativo y la mayoría de los docentes consideramos primordial el dominio de estas habilidades para el desarrollo evolutivo y socio-emocional de nuestros alumnos. En muchos países como EE UU, Singapur, Japón o Corea se han introducido programas sobre el aprendizaje social y emocional (SEL) en las escuelas.

Es necesario cultivar «esta manera de ser» en el ámbito educativo y se hace aún mayor, e incluso de manera urgente, tras los últimos datos que se están recogiendo dentro de la población infantil y adolescente. Según la encuesta de salud mental del Ministerio de Sanidad del 2017:

«Para la mayoría de los indicadores de salud mental los resultados de la ENSE 2017 no sugieren cambios relevantes con respecto a encuestas anteriores. La excepción son el

riesgo de mala salud mental en población infantil, que muestra una evolución favorable entre 2011 y 2017, y las visitas al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, que aumentan escalonadamente entre 2011 (3,5%), 2014 (4,6%) y 2017 (5,3%) en población de 15 o más años.» *¹

Antes de iniciarse la pandemia ya se percibían señales de empeoramiento de la salud mental de nuestros alumnos por lo que, según los datos de este último año esta situación se está agravando. Save the Children alerta de que la infancia y la adolescencia podrían sufrir trastornos psicológicos permanentes como depresión. Uno de cada cuatro niños sufre ansiedad por el confinamiento. ²(Anexo IV «La salud mental en la escuela». Aportaciones de UNICEF).

Los objetivos que se persiguen con la introducción de estos programas en la escuela son:

- Conocer cuáles son las emociones y reconocerlas en el resto de compañeros.
- Aprender a autorregular esas emociones.
- Prevenir conflictos entre alumnos y la resolución pacífica de los mismos.
- Desarrollar una actitud de tolerancia frente a situaciones frustrantes.
- Tener una actitud positiva en la vida y desarrollar la capacidad de automotivarse y la habilidad de generar emociones agradables.

La educación emocional y social implica el aprendizaje de habilidades, conocimientos y valores que aumentan nuestra capacidad de conocernos a nosotros mismos y a los demás con el fin de usar esa información para resolver problemas con flexibilidad y creatividad (la inteligencia emocional en el aula).

Lo primero que tenemos que identificar es cuáles son las emociones básicas (alegría, tristeza, asco, enfado, miedo y sorpresa), saber cómo podemos identificarlas y qué hacer cuando lo hemos hecho.

Algunas estrategias para estimular el desarrollo de la Inteligencia Emocional en los alumnos son:

- Dejar que expresen sus emociones y sentimientos y hacer nosotros lo mismo.
- Mostrar que la persona es importante.
- Enseñar que no podemos tener todo lo que queremos: autocontrol y autodominio.
- Ante un problema, hay que reflexionar y actuar con calma, sin lastimar a otras personas. Las emociones desagradables se deben manifestar pero con control.
- Tenemos que saber automotivarnos y motivar a los demás.
- Desarrollar la empatía: hay que prestar atención, saber escuchar y comprender los puntos de vista de los demás.

Para resolver conflictos hay que conversar. Tenemos que aprender que el conflicto es positivo y que las dos partes pueden ganar.

Dialogar con los alumnos y hacerles comprender la realidad y desarrollar un juicio crítico. El ejemplo: tratar a los alumnos como nos gustaría que nos trataran a nosotros.

Reconocer y nombrar las diferentes emociones

1 Encuesta Nacional de Salud Mental. (2017). Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Secretaría General Técnica.

2 García C. (8 de mayo 2020). «Uno de cada cuatro niños sufre ansiedad por el confinamiento». *El País*.

PROPUESTAS DE MEJORA

- *Formar a los equipos directivos en la gestión emocional de toda la comunidad educativa, y capacitarlos en el diseño de un nuevo modelo de convivencia donde se priorice el trabajo de las emociones y en resolución de conflictos.*
 - *Apostar por el aprendizaje cooperativo como método de enseñanza. Están demostrados sus beneficios en el desarrollo del alumnado ya que se pone el acento en la parte emocional y social de los niños.*
 - *Apostar por el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) como método de enseñanza, para tener una escuela verdaderamente inclusiva.*
-

4. LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA

4.1. INTRODUCCIÓN

La escuela es el instrumento primordial que se ha puesto en marcha en la época contemporánea para llevar a cabo la socialización de las generaciones jóvenes. Parte de las funciones que tradicionalmente desempeñaban la familia, la comunidad, las iglesias y otros agentes sociales en la formación de la infancia y la juventud han sido transferidas a la institución escolar, que no ha dejado de extenderse, generalizarse y ampliar sus funciones.

En todo caso, la familia, la comunidad y la sociedad continúan desempeñando funciones relevantes en la tarea educadora, lo que nos obliga a tenerlas en cuenta cuando hablamos de asuntos tan sensibles como la salud mental. La contribución de los tres sectores es muy destacada y adquirirá su mayor potencia cuando exista una cooperación efectiva entre todas ellas. Por ese motivo debemos hablar de una verdadera comunidad educativa, concepto que nos permite comprender la dinámica compleja de la actuación educadora teniendo en cuenta a todos los actores que en ella intervienen.

Refiriéndonos a la escuela propiamente dicha, debemos tener en cuenta que cumple una triple función: promueve el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes a su cargo, contribuye a su formación académica y profesional como miembros activos de la sociedad y hace posible su participación social en tanto que ciudadanos activos y responsables.

Las tres funciones están estrechamente entrelazadas, de modo que una escuela que atienda solamente a alguna de ellas debe considerarse parcial, falta de ambición. Teniendo en cuenta las edades de las personas que la escuela tiene a su cargo, hay que añadir además la obligación de cuidado que debe cumplir, especialmente cuando hablamos de la educación básica y obligatoria. Y esta última exigencia resulta también de gran relevancia cuando hablamos de salud mental.

Los modelos avanzados de escolarización, como es el español, organizan la enseñanza y el aprendizaje tomando como punto de referencia el desarrollo de un conjunto de competencias clave, que en nuestro caso vienen recomendadas por la Unión Europea para todos los países miembros.

De acuerdo con esa concepción, los niños, niñas y adolescentes deben desarrollar a lo largo de su escolaridad básica unas competencias de diverso tipo (lingüísticas, matemáticas, científicas, culturales, sociales, digitales, emocionales, ...), cuyo aprendizaje se organiza a través de diversos medios, materias, actividades y trabajos.

Esta concepción amplia incluye tanto la enseñanza de materias tradicionales (matemáticas, lenguas, ciencias, educación física, artes) como el aprendizaje de otras competencias que amplían el panorama formativo con una aspiración de integralidad (competencia digital, competencia global, ciudadanía, desarrollo socioemocional, ética social y cultural, diversidad social étnica y religiosa, orientación e identidad sexual). Si bien existe un debate acerca del peso relativo de unas y otras, hoy en día todas ellas resultan irrenunciables y deben encontrar su lugar en el ámbito escolar, tanto a través de los procesos de enseñanza formal como del funcionamiento participativo cotidiano de la escuela.

Además de hacer posible la adquisición de dichas competencias, la pandemia de Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de atender otros ámbitos fundamentales para la vida de los niños, niñas y adolescentes: la convivencia social (como expresión del reconocimiento del otro); el papel de la amistad y las amistades (incluyendo las fobias y filias); la norma ética y normativa de la propia convivencia (referida a la cultura, la raza o la diversidad sexual); la inestimable función del respeto al otro (cuya falta evidencia la presencia de acoso y ciberacoso); la educación sexual integral (como inexcusable necesidad que tiene, como valor añadido, la perspectiva de prevenir el uso de la pornografía y de la violencia sexual); la igualdad de sexos; y, por fin, la nueva socialización y sus consecuencias (como la relativa al uso de las pantallas y sus efectos de hiperconsumo o conducta adictiva sin sustancias).

En cuanto a las tareas y funciones a desarrollar por la escuela en la salud mental, pueden verse de forma comparada con las de otras instituciones en la siguiente tabla, donde se señala los campos prioritarios de intervención para los servicios pedagógicos y psicopedagógicos: la promoción y prevención de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, la detección de los problemas mentales y la consiguiente notificación a las familias para su derivación a los servicios de atención primaria; además debe contribuir a los campos de apoyo social, la rehabilitación social y pedagógica y a la resocialización.

Impacto en tareas asignadas a diferentes servicios y niveles asistenciales en SM

	SS.SS.	Coleg	Psicod	AI ^a	SM	SMI
Promoción	+	++	+	+++	±	++
Prevención	+	++	+	++	+	++
Detección	++	+++	++	+++	+	±
Derivación	++	++	+	+++	±	-
Evaluación	±	±	+	+	±	+++
Diagnóstico	-	-	±	-	+	+++
Tratamiento	-	-	-	±	±	+++
Apoyo social	+++	++	+	±	-	±
Seguimiento	+	+	+	++	-	+++
Rehabilitación	+	++	+++	+	-	++
Resocialización	++	++	+	-	-	+

Fuente: J.L. Pedreira, J.L. Alcázar & J. Tomás (1999)

Cualquier actividad preventiva en el ámbito escolar debe contemplar el conjunto de la comunidad educativa: alumnado, familias, docentes, personal educativo, equipos directivos, asociaciones, entidades y administración pública.

Lo importante en el tratamiento de la salud mental en el ámbito escolar no es diagnosticar, sino tener sensibilidad para detectar los cambios y saber escuchar las necesidades de los alumnos escolares y del conjunto de la comunidad educativa. No es función de la escuela hacer diagnósticos clínicos, no es el lugar, como tampoco es el lugar de hacer las terapias psicológicas, sino de establecer un amplio campo de acción educativa y de disponer de herramientas de intervención que se adapten a las particularidades concretas a cada caso, no a cada diagnóstico.

En los sistemas educativos cabría la posibilidad de existencia de profesionales de la psicología, pero desde la perspectiva psicoeducativa y no para asistencia clínica. Otra cosa es asegurar la cobertura de salud mental a los centros educativos que debe realizarse como parte importante de la orientación de salud mental comunitaria, como se contempla en la Estrategia de Salud Mental del SNS.

Los profesionales de la psicología clínica y de la psicología general sanitaria deben estar integrados en los equipos de Salud mental comunitaria, ubicados en los centros de salud mental. Para lo que estos centros de salud mental deberán ser dotados de los profesionales necesarios para dar esa cobertura a los servicios y dispositivos comunitarios (Atención Primaria, Centros escolares, Servicios sociales) y a las demandas de la propia comunidad.

Otra cuestión son los profesionales de la psicología educativa y psicopedagogía que dependen del sistema educativo y de los centros escolares, para desarrollar estas labores propias de detección precoz de los problemas de salud mental de los escolares, para realizar una correcta derivación a los servicios de salud mental y para establecer el seguimiento, rehabilitación y resociabilización de estos escolares afectados con problemas de salud mental, en coordinación con los dispositivos de Salud Mental infantil.

Se debe llamar la atención acerca del uso indiscriminado de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales para intentar catalogar a los alumnos. Según consta en todos los sistemas de clasificación, solamente pueden ser utilizados tras haber recibido una formación específica para su utilización e interpretación, puesto que los términos y las categorías tienen que ver con conceptos psicopatológicos. También es fundamental señalar que no existen escalas específicas con criterios DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) sino que son «pseudoescalas» que solo hacen un listado de los criterios diagnósticos, lo que no representa las características de una escala.

En los trastornos mentales no existen síntomas patognomónicos o característicos de cada proceso, pues la gran mayoría de los síntomas son similares en todos los procesos mentales, si bien varían en la intensidad, la forma de presentación y su yugulación, es decir, la disminución o contrarrestación paulatina de la clínica o de los síntomas de cada uno de los procesos.

Investigar estas características redefinen los síntomas, lo que se hace por una técnica precisa que se denomina semiología que delimita la patoplastia o forma de presentación sintomática de algún proceso concreto en un momento determinado.

Existen múltiples factores de riesgo con un impacto negativo sobre el bienestar mental en la infancia como el acoso escolar, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, o la violencia sexual online, el maltrato emocional por parte de progenitores o cuidadores y la violencia entre iguales; también en estos aparece a menudo la vulnerabilidad económica como factor concurrente y, en estos tiempos las secuelas del postcovid y el confinamiento en los domicilios.

4.2. LOS ESCOLARES: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Lo primero que debemos señalar es que no hay menores, sino niños, niñas y adolescentes. Este cambio terminológico es fundamental, insistimos: no se debiera utilizar el término menores para referirse a la infancia y la adolescencia, salvo en casos relativos a la actividad del sistema judicial.

¿A qué dificultades deben hacer frente en la escuela los niños, niñas y adolescentes?

- **Dificultades de aprendizaje:** sea por discapacidad intelectual, sea por otras causas (no todo es TEA, de hecho, solo es un pequeño porcentaje); otro grupo se refiere a las dificultades selectivas del aprendizaje (dislexia, discalculias, disgrafía, disortografía); un grupo más impreciso y heterogéneo se debe a la baja motivación que, en buena parte, se une a dificultades derivadas del funcionamiento de la propia estructura educativa y/o a las actitudes familiares ante el aprendizaje.
- **Dificultades de adaptación:** el proceso de adaptación a circunstancias nuevas, en muchas ocasiones origina síntomas de tipo adaptativo, que se expresan como dificultades relacionales (tipo inhibición, retraimiento vs violencia, abusos sexuales). En algunos casos extremos pueden expresarse como dificultades en la integración o relaciones sociales, y las como confrontaciones culturales y/o religiosas.
- **Somatizaciones:** las más frecuentes son las abdominalgias y cefaleas, como expresión de un momento relacional dado y en personas que es difícil que expresen sus emociones de otro tipo. No es muy detectado en la escuela, pues se suele acudir con más frecuencia a la atención primaria.
- **Dificultades de comportamiento:** la alteración comportamental suele ser la forma más prevalente de presentarse los malestares mentales y emocionales. El comportamiento disruptivo en situaciones dadas, la impulsividad poco controlada (hay que considerar que la

impulsividad es un síntoma que debe ser enseñado a controlarse) y, en casos extremos, la agresividad social individual o en grupo, cuya significación es más específica. Un comportamiento alterado de forma específica se refiere a las conductas adictivas, sean con sustancias (habitualmente en la adolescencia y por consumo de cannabis) o conductas adictivas comportamentales o sin sustancias (es clave la dependencia de las pantallas, sobre todo el teléfono móvil y los video juegos, cuya prevalencia se incrementó a partir del confinamiento durante la pandemia por covid-19).

Las formas más frecuentes de presentación de este tipo de violencia social son: la agresividad y violencia en la escuela y en la calle, con dos formas de expresión prevalente, el pandillismo y la adopción de comportamientos disfuncionales en grupo, incluido el vandalismo hacia el mobiliario urbano; el consumo de sustancias de abuso, otra de las formas de expresarse esta alteración comportamental, siendo el cannabis el consumo más prevalente, que origina alteraciones comportamentales de tipo paranoide con un consumo superior a dos años, en personas vulnerables; la violencia sexual, muchas veces en forma de conductas machistas (control y agresión del chico hacia la chica), de la que se detecta en los últimos meses un incremento; los efectos de la ausencia de educación sexual, con sus secuelas de incremento en el consumo de pornografía, que aporta todo tipo de distorsiones sobre las prácticas sexuales sanas y puede favorecer la emergencia de las violaciones en grupo.

- **Malos tratos y abusos sexuales:** la detección de los malos tratos y/o abusos sexuales es una tarea muy importante, pero hemos de saber detectar los factores de riesgo, sabiendo que pueden haber sido cometidos fuera del ámbito escolar (habitualmente en el medio familiar y con familias en las que existe violencia machista, apareciendo en los hijos e hijas la violencia vicaria) o bien la que acontece entre los pares en determinadas situaciones.
- **Acoso y ciberacoso:** Es preciso definir de forma clara el concepto de acoso escolar o bullying, que no es cualquier tipo de violencia en la escuela, y tampoco acontece a cualquier persona o cualquier lugar. Se entiende por acoso escolar un tipo de conducta agresiva, intencionada y perjudicial, que se presenta de forma persistente, mantenida en el tiempo (semanas, meses o años), guiada por un individuo o un grupo, que se dirige a una víctima habitual incapaz de defenderse y que se desarrolla en el ámbito escolar.

En el grupo de pares destaca la pasividad, expresión latente de un discurso similar a «mientras se lo hacen a otro, no me lo hacen a mí»; lo cierto es que esta actitud de pasividad hace que sus compañeros sean verdaderos cómplices de la situación y que el bullying sea una conducta encubierta, tal y como lo describe con precisión el Prof. Epstein: el acoso escolar es el «silencio epidémico».

En el momento actual cerca del 60% de las circunstancias de acoso se realizan por medio del ciberacoso, con lo que la inmediatez y ser realizado en cualquier lugar y a cualquier hora es una verdadera realidad que actúa en contra del niño, niña o adolescente acosado, tal como aconteció durante la pandemia y el confinamiento, con todas las consecuencias a posteriori que se han ido sucediendo.

En general en las personas acosadas aparecen síntomas aislados o mezcla de las siguientes series: elevado nivel de ansiedad, somatizaciones, trastornos del comportamiento, dificultades de concentración y de aprendizaje, síntomas depresivos, aislamiento social, miedo generalizado, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, conductas regresivas, trastornos disociativos y conversivos, en casos extremos y unido a otros factores de riesgo, como son las características propias de carácter y rasgos de personalidad, puede aparecer algún tipo de conductas autolíticas (autolesiones, ideación, tentativa).

Los grandes cuadros psicopatológicos (psicosis, depresión, TDAH, TCA): precisan un diagnóstico profesional específico, hay que considerar que la mayoría de los síntomas aparecen en casi todos los cuadros clínicos, siendo una cuidadosa semiología y la experiencia clínica las que configuran ese diagnóstico tan preciso. Hay que considerar que los diagnósticos clínicos no son función del ámbito escolar, siendo más adecuado resaltar los síntomas de

cambio que acontecen en los chicos y chicas y situarlos en los síndromes más amplios, como son comportamiento, humor, rendimiento escolar, relación interpersonal, cuadros somatizados.

- **Conductas autolíticas (autolesiones, ideación, tentativa):** La presentación de un cambio relacional, un retraimiento excesivo, la alteración del humor habitual, la verbalización de ideas de muerte o directamente autolíticas a personas de su entorno más cercano, señales de autolesiones en las muñecas u otras zonas corporales. Es importante conocer que las personas LGTBI, sobre todo las del grupo transexual tienen más de 3 veces de posibilidades, que las personas que no tienen este tipo de identidades, de presentar este tipo de alteraciones, sobre todo a situaciones de acoso o ciberacoso previos.

4.3. LA ESCUELA Y EL PROFESORADO

La escuela es un lugar privilegiado donde se manifiestan algunos signos de alarma que pueden resultar significativos para evaluar el funcionamiento mental del alumnado. Por una parte, los datos de interés y motivación para el aprendizaje, de los que dependen el rendimiento y la progresión escolar, constituyen un importante elemento de información y de alarma, en su caso.

También el conocimiento del entorno familiar, en tanto que estímulo o freno del proceso educativo, aporta una información relevante. La educación y la actitud educativa son factores que también están condicionados por el entorno socioeconómico de las familias, por lo que deben contemplarse en una perspectiva amplia.

El docente es un observador privilegiado para percibir el estado de salud de su alumnado a través de indicadores externos (aspecto externo, atención en clase, etc.) y un importante transmisor de mensajes de salud tanto individual como colectiva del grupo a través del modelo de relación y clima emocional que establece en el aula. Más concretamente, desempeña una función importante para la detección de alteraciones de la salud mental de su alumnado y para informar a las familias para que deriven los casos a los servicios de atención primaria. El profesorado se constituye como un actor fundamental para la salud mental del alumnado y, por ende, como agente de salud y con muchas potencialidades.

Esas potencialidades deben desarrollarse con las competencias oportunas, que deben siempre entenderse dentro del ámbito profesional del docente. No puede pretenderse que todos los docentes tengan formación sanitaria avanzada, ni se pueden exigir al profesorado actuaciones que desborden su quehacer específico. Los docentes no son especialistas, sino que actúan en este caso como agentes de salud y, como tales, se sitúan en una posición muy importante para la observación de las circunstancias que acontecen en la institución escolar, pero siempre desde el lugar que les compete: no son clínicos y no tienen por qué hacer diagnósticos, basta con que sepan señalar los cambios que acontecen en la evolución de cada caso y observar el encuadre general de los procesos del alumnado. En consecuencia, es importante que tengan una formación suficiente acerca de la educación para la salud y que los proyectos de centro la incorporen desde una perspectiva transversal.

Otra función clave que los docentes deben desempeñar consiste en la contención e integración de la diversidad, con el fin que no existan segregaciones precoces que puedan dar lugar a marginación o estratificaciones inadecuadas. El trabajo con las familias y con el colectivo del alumnado como grupo es fundamental.

4.4. LAS FAMILIAS

Las familias constituyen el tercer pilar de la comunidad educativa en el campo de la salud mental. Ellas aportan la continuidad de cuidados y son el caldo de cultivo donde se desarrollan los valores y las actitudes en la infancia y adolescencia.

Las familias tienen la llave para comprender los comportamientos y el proceso vincular del alumnado, siendo claves ambos aspectos para el proceso de aprendizaje y para el desarrollo relacional de la infancia y la adolescencia. Su colaboración es capital para la comprensión de la actitud general hacia el aprendizaje, para la contención de los problemas que se presentan, sobre todo los de salud mental, estimulan la comprensión hacia la infancia y adolescencia diferente y, por fin, aportan valor añadido aportando sensibilidad hacia estos problemas.

En algunas familias existe un cierto pudor en exponer las dificultades que pasan, sobre todo en lo que atañe a sus hijos e hijas, lo interpretan como un exceso de protección, pero estas actitudes no solo no protegen a sus hijos e hijas, sino que les dejan al albur de las circunstancias externas con una menor capacidad de defensa y de adaptación.

Las familias no tienen que diagnosticar, sino detectar los cambios que acontecen en sus hijos e hijas, observando tanto la entidad como la intensidad de esos cambios.

Además, las familias son fundamentales para establecer la demanda a los servicios de atención primaria, así como para asegurar la continuidad terapéutica de lo que se prescriba.

4.5. EL ENTORNO EXTRAESCOLAR

Demasiado a menudo el acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en España se convierte en una carrera de obstáculos. Los casos diagnosticados son sólo la punta del iceberg y, demasiadas veces, la detección se produce cuando el problema ya está muy avanzado o es incluso demasiado tarde. De esta forma, las listas de espera se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema a la vez que el trastorno suele ir empeorando o cronicándose.

Por ese motivo, es necesario que la escuela colabore con los agentes sociales en el diseño y desarrollo de proyectos comunitarios de educación para la salud.

PROPUESTAS DE MEJORA

- *Mejorar la formación del profesorado en el funcionamiento mental de la infancia y la adolescencia (seminarios, talleres de trabajo).*
- *Establecer un Centro de Formación Permanente del profesorado que coordine este tipo de actividades formativas.*
- *Aportar herramientas de trabajo y de screening de trastornos mentales, que sean útiles, sencillas y contrastadas en clave preventiva, como puede ser el caso de la Guía Sanitaria Escolar.*
- *Reforzar la cantidad y calidad de contenidos relacionados con el cuidado de la salud mental de la infancia y adolescencia en internet y en las redes sociales, habilitando también líneas de ayuda o información, y protegiendo a los niños frente a contenidos altamente dañinos y peligrosos para su salud mental, como los sitios que incitan al suicidio, al consumo de drogas o alcohol, a las apuestas, o a tener hábitos alimenticios peligrosos.*
- *Diseñar medidas específicas para lograr la inclusión educativa de los niños, niñas y adolescentes que padecen problemas de salud mental, y tomar medidas para evitar el abandono escolar, y cualquier tipo de discriminación y/o estigma.*
- *Incrementar la sensibilidad para los problemas de salud mental y las personas que sufren problemas de este tipo, evitando el «etiquetaje» diagnóstico.*
- *Obtener formación adecuada sobre las personas LGTBI en la infancia y la adolescencia.*
- *Conocer los factores de riesgo en el caso del acoso y del ciberacoso.*
- *Identificar los factores de riesgo en el caso de las conductas autolíticas, así como su abordaje en las aulas.*
- *Aumento del número de profesionales vinculados a los Equipos de Atención Temprana y a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.*

5. PROPUESTAS GENERALES

- 5.1 Organizar un debate claro y participativo a nivel nacional sobre el abordaje de la salud en la escuela, con rango normativo. Deben participar los Ministerios concernidos, Sanidad y Educación, las Consejerías respectivas de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas, las Asociaciones de Padres y Madres y los sindicatos docentes.
- 5.2 Incluir la Educación para la Salud en los decretos de currículos de las diferentes etapas educativas, desde Infantil hasta Bachillerato, con la suficiente entidad y horario para que el alumnado adquiera competencias en hábitos de salud.
- 5.3 Incentivar en la elección de Objetivos Generales y Específicos de la Programación anual de los centros, la presencia de objetivos centrados en la Promoción/Educación para la Salud.
- 5.4 Obligar a todos los centros financiados con fondos públicos que respeten la atención a la diversidad y que cualquier centro educativo se ajuste a la ley para evitar que se conviertan en guetos y que se especialicen en la atención de un solo tipo de alumnado.
- 5.5 Establecer normativas específicas de atención a la salud para los centros con necesidades especiales por ser centros de integración, por contar con alumnado con enfermedades crónicas, por su excesiva masificación, por características específicas de su entorno, etc.
- 5.6 Que el centro escolar esté suficientemente dotado de recursos y de apoyo por parte de la administración.
- 5.7 Que el equipo directivo fomente la cooperación del profesorado y la colaboración entre los diferentes estamentos del centro.
- 5.8 Formar al profesorado para poder intervenir en situaciones de urgencia hasta que inter vengan los servicios de socorro. De forma extensiva, deberá incentivarse la formación en primeros auxilios en todo el personal de los centros educativos. También deberá ser formado para detectar posibles señales de problemas de salud de su alumnado.
- 5.9 Generar vínculos estables de colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Educación de Sanidad que permitan intensificar, coordinar y visibilizar toda la programación de Promoción /Educación para la salud con los centros educativos como referentes, incluyendo determinadas campañas escolares de carácter puntual.
- 5.10 Facilitar e incentivar la colaboración externa de diferentes entidades, públicas o privadas, como centros sanitarios, asociaciones de pacientes o de índole sanitario, asociaciones de consumo o de comerciantes, asociaciones vecinales, empresas privadas, fundaciones, etc. en programas de Promoción / Educación para la Salud con los centros escolares.
- 5.11 Trasladar a las universidades madrileñas la necesidad de incluir, en los planes de estudio del grado de Magisterio y de los másteres de formación de profesorado de educación secundaria y formación profesional, una materia optativa relacionada con la educación para la salud física, social y psíquica de los alumnos.
- 5.12 Reforzar el papel de la Atención Primaria en la prevención, detección y atención de trastornos mentales y psicológicos, a través de programas de formación obligatoria dirigida a pediatras y de la incorporación de psicólogos clínicos o psicólogos generales sanitarios en los centros de salud. Garantizar, a su vez, el apoyo de la psiquiatría de enlace e interconsulta y la derivación rápida a recursos de la red pública de salud mental.

- 5.13** Proponer medidas específicas (incluidas normativas sobre acceso y publicidad) para prevenir y atajar determinadas prácticas y problemas asociados a problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, incorporando una perspectiva de género: malos tratos (negligencia y violencia), abuso sexual, bullying, ciberacoso, sextorsión, suicidio, discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género, xenofobia, consumo de alcohol, adicciones a sustancias tóxicas, tecnologías y apuestas, así como otras conductas de riesgo. Así como medidas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria ampliamente asociados a la adolescencia, tales como la anorexia o la bulimia.
- 5.14** Dotar a la infancia y adolescencia, así como a las familias de niños, niñas y adolescentes LGBTI con formación y recursos suficientes. Adoptar medidas en el entorno escolar que aumenten la concienciación sobre diversidad sexual, creando entornos inclusivos que no toleren la discriminación, o la intimidación homofóbica, bifobia o transfóbica, ni de ningún tipo, ni en las escuelas ni en las redes sociales.
- 5.15** Implementar medidas para abordar los efectos psicológicos de la violencia de género, estableciendo equipos interdisciplinarios y la presencia de especialistas en psiquiatría infantojuvenil en los recursos de acogida.
- 5.16** Promocionar un modelo de convivencia con factores de protección que se combine con el Decreto 32/2019 de la Comunidad de Madrid donde se haga un trabajo emocional y restaurativo y no dejarlo todo en las sanciones. Y que cuando se utilice la expulsión del centro, sea con un criterio realista y que no sirva para desconectar al alumno.
- 5.17** Formar al profesorado de los centros educativos públicos y privados, a través de los centros territoriales de innovación y formación, en competencias docentes para el desarrollo del currículo en lo que afecte a la formación del alumnado en materia de salud.
- 5.18** Que se reconozca y se dé formación a la figura del Coordinador de Bienestar y Protección. El profesorado y el alumnado necesita de un referente a nivel de convivencia, que tenga las herramientas y el tiempo necesario para poder abarcar el trabajo emocional.
- 5.19** Implementar en todos los centros educativos de la Comunidad de Madrid las siguientes figuras:
- Agente de Salud:** atención al alumnado con necesidad de supervisión clínica, atención de emergencias sanitarias, generar protocolos de emergencia y seguridad, supervisar las acciones y programas de Promoción / Educación para la salud, organizar cursos de primeros auxilios y en general para profesorado, alumnado o familias, coordinar con los centros sanitarios del entorno del centro... entre otras
- Técnico de Integración Social,** figura que convertiría a los espacios comunes, patios y comedores, de herramientas pedagógicas, fundamentales en el desarrollo del alumnado, ya que creando estructuras educativas donde los niños se sientan integrados, pongan en práctica sus habilidades sociales y se pueda controlar estos espacios donde suceden la mayoría de los conflictos.
- 5.20** Crear el Punto E en todas las escuelas, con el fin de que todos los recursos que trabajan con infancia y adolescencia puedan acceder a los centros educativos, darse a conocer y estar en contacto con toda la comunidad educativa, es imprescindible para hacer un buen trabajo en red y que se pueda intervenir rápidamente en cuanto haya alguna situación de riesgo.
- 5.21** Fomentar «Escuelas de familias» a fin de dar cabida a la participación de las familias en todas las escuelas. Con temas propuestos por las propias familias o por el centro escolar para abordar las preocupaciones, hacer un trabajo preventivo y que la participación sea real.

6. ANEXOS

6.1. INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN EDUCACIÓN SANITARIA Y FOMENTO DE LA SALUD INTEGRALES EN LAS ESCUELAS. OMS. GINEBRA 1997)

Como indica el Informe del Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas. OMS. Ginebra 1997,

(...) «Existe una estrecha relación entre la salud y la educación infantiles. Así como los factores sanitarios influyen poderosamente en la capacidad de aprendizaje (...) la escuela es a su vez uno de los medios básicos para mejorar la salud.»

La propia escuela —a través de sus valores culturales, su organización y su gestión; la calidad de su entorno físico y social; su plan de estudios y sus métodos de enseñanza y aprendizaje; y la forma de evaluar los progresos de los alumnos— influye directamente en la autoestima, en el rendimiento académico y, en consecuencia, en la salud del alumnado y del personal. Por ello, la escuela constituirá un marco promotor de la salud sólo en la medida en que ella misma sea una institución saludable. Además, cuando es una verdadera institución de salud permite al alumnado y al profesorado alcanzar sus objetivos, adquirir los medios y recursos necesarios para ello y mediar ante las diversas instituciones y estructuras sociales que pueden colaborar en el empeño.

(...) la escuela no puede influir en la salud sólo a través del plan de estudios, o mediante el efecto combinado del plan de estudios y del entorno. Los servicios disponibles en la escuela o dispensados a través de ella son el tercer elemento promotor de la salud y la educación. Para dispensar tales servicios, así como para recabar el apoyo y refuerzo generales de los programas de salud escolar, es indispensable la colaboración de las familias, con otras instituciones y con otros miembros de la comunidad.»

Desde los primeros años de la vida se desarrollan conductas y formas de vivir que pueden dañar la salud en el futuro y ser un freno para el normal desenvolvimiento de la actividad escolar. De ahí el interés por conseguir, a través de la educación, implementar formas de vida saludable que favorezcan el bienestar personal, la prevención de accidentes, enfermedades, contagios, etc., por medio de costumbres sanas.

La escuela debe convertirse, por lo tanto, a nuestro juicio, en un agente promotor de salud, incluyendo, en sus currículos, programas de salud (con objetivos y contenidos básicos y, sobre todo, competencias referidas a alimentación y nutrición, prevención de enfermedades y accidentes, educación vial, salud mental, higiene y salud, entre otros) y convirtiéndose en un ejemplo de vida saludable. No debemos olvidar tampoco que lo que se pretende es que los niños de estas edades sean competentes en acciones que coadyuven a conseguir un estado de salud positivo.

Desde la institución escolar, la educación no puede preocuparse solo de los aspectos individuales, sino también de los sociales y medioambientales. Esto supone ampliar el concepto de currículo, más allá de los conceptos y conocimientos, integrando los procedimientos de salud, superando incluso las actuaciones preventivas para promover una escuela de salud, a través de las actitudes de valoración de todo lo referido a una vida saludable y al comportamiento en un medio saludable que deben asumir los alumnos como medio ordinario de vida.

6.2. SITUACIÓN ACTUAL. RESULTADOS DEL ESTUDIO HBSC 2018

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados es un proyecto auspiciado por la OMS. En este estudio internacional participan unos 50 países occidentales que se comprometen, con sus respectivos equipos de investigación, a recoger cada cuatro años datos sobre los estilos de vida de los adolescentes escolarizados de 11, 13 y 15 años. España ha formado parte de esta red de países desde principios de los 80 y en las últimas 5 ediciones del estudio, este ha sido financiado y apoyado desde el Ministerio de Sanidad.

Se realiza a partir de la recogida de datos a través de un cuestionario con el objetivo de obtener una visión global de los estilos de vida en la adolescencia y disponer de orientaciones sobre cómo promocionar la salud en esta población. Se recogen datos relativos a diferentes ámbitos: relaciones familiares, relaciones con los iguales, el contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias, etc. España expande el estudio a las edades de 12, 14 y 16 años, así como a un grupo de edad de 17-18 años. En esta ocasión se ha conseguido una muestra de 40.495 adolescentes de 511 centros escolares y se analizan los resultados a nivel nacional y por comunidades autónomas.

Por el perfil de los jóvenes estudiados, muchos de ellos al final de su periplo escolar obligatorio, podemos entender los datos como resultados finales en cuanto a la posible intervención realizada desde el medio escolar.

El propio estudio destaca en esta ocasión algunos resultados, dentro de los cientos de indicadores analizados.

El 45% de las/los adolescentes no realiza un desayuno completo todos los días. Solo el 18% come varias veces al día fruta y solo el 14% come verdura varias veces al día. El 65% consume bebidas azucaradas semanalmente y el 20% bebidas energéticas. Más del 15% consume bebidas azucaradas todos los días. (Y cuando las/los adolescentes tienen un mayor poder adquisitivo todos estos datos mejoran).

Solo el 20% realiza actividad física todos los días. El porcentaje disminuye con la edad; solo el 8% de las chicas de 17-18 la realizan diariamente.

El porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad autorreferido es del 17.5%. Las chicas tienen una peor percepción y satisfacción de su imagen corporal, llegando hasta el 40% de chicas mayores de 15 años que percibe su cuerpo «un poco o demasiado gordo».

El cepillado dental óptimo solo se da en el 56% de los chicos. Menos de la mitad de los adolescentes duerme el número de horas recomendado para su edad los días entre semana.

En el grupo de 17-18 años, el 11% fuma a diario y el 18% consume alcohol semanalmente. El 18% de la población mayor de 15 años ha consumido cachimba y el 13% cannabis, en el último mes.

El 13% ha realizado hurtos en tiendas el último año, el 9% ha destrozado mobiliario urbano o el 16% ha discutido violentamente con un profesor o profesora. Estas cifras son hasta el doble o el triple en los varones.

El 35% de las/los adolescentes de 15-18 años han mantenido relaciones sexuales coitales. El 25% declaró no haber utilizado preservativo en la última relación coital. El 11% solo utilizó la «marcha atrás» en la última relación. El 32% de las chicas que han tenido relaciones sexuales han recurrido alguna vez a la «píldora del día después» y el 5% han estado embarazadas alguna vez.

Los/las adolescentes perciben una mejor comunicación y mayor conocimiento de sus vidas por parte de sus madres que de sus padres. El apoyo y satisfacción familiares son altos, pero disminuye con la edad.

El acoso escolar o bullying es sufrido por el 12%; es mayor a edades más bajas. Casi el 15% de los chicos y el 10% de las chicas han participado en episodios de acoso escolar.

El trabajo escolar le supone un elevado estrés al 28% de adolescentes, pero mucho más a las chicas y conforme avanza la edad, hasta el punto de que casi la mitad de las chicas de 17-18 años experimenta alto estrés escolar. A casi la mitad de las/los adolescentes de 17-18 años no les gusta el instituto.

Más de un tercio de los adolescentes declara tener algún tipo de malestar físico y más de la mitad han experimentado algún tipo de malestar psicológico casi todas las semanas.

Significar de nuevo, para acabar, que estas cifras promedio sufren importantes variaciones asociadas a la edad, al sexo o a la capacidad adquisitiva de las familias.

La siguiente pregunta correspondería a la implicación de los centros educativos en los programas de promoción y educación para la salud. Solo de nuevo unos datos respecto a los cuestionarios HBSC dirigidos a los 511 centros educativos que participan en el estudio. (Los cuestionarios recogen desde características del barrio, características del centro, participación del alumnado y las familias, preguntas generales sobre actividades de promoción de la salud o preguntas específicas sobre actividades concretas).

407 de los 511 centros educativos participantes respondieron al cuestionario. En el 52% de los centros, las familias no participan en el diseño y desarrollo de medidas de promoción de la salud. En el 81% de las declaraciones de objetivos en los centros se contienen explícitamente temas de salud o promoción de la salud.

Un 40% de centros incluyen los programas de prevención o promoción de la salud relacionados con la actividad física de forma transversal en el currículum. El 35% los programas de convivencia. El 32% los relacionados con la alimentación. El 32% los programas de educación socioemocional. El 26% el uso positivo de las tecnologías de la información y de la comunicación. El 14% los programas de salud sexual. El 12% el consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos.

En negativo. No se realizan actividades en programas de prevención/promoción de la salud o estas se limitan a una o dos charlas en cuanto a la convivencia en el 30.5% de los centros. En referencia a la actividad física en el 39% de los casos. En referencia a la educación socioemocional el porcentaje se eleva al 42%. En el 48% respecto a las TIC. En el 52% respecto a programas de alimentación. En el 63% respecto a la salud sexual. O el 70% respecto al consumo de tabaco, alcohol.

7. Bibliografía

- https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4057_d_guia-escuela-saludableysegura.pdf
- <https://www.colegiossaludables.com/>
- Ministerio de Sanidad (2022): *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Servicio Publicaciones del Ministerio de Sanidad. Págs. 74-108.
- Pedreira Massa, J.L. (2023): *Salud Mental de la pandemia por la COVID-19: Recorridos, tránsitos y encrucijadas*. Madrid: Editorial Morata, págs. 19-102.
- Pedreira Massa, J.L. (2023): *Salud Mental en la pandemia COVID-19: Hacia la pospandemia*. Madrid: CIS.
- Salvador Llivina, Teresa. SUELVES JOANXICH, Josep M.: *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo*. Ministerio de Educación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- Tezanos, J.F. (Ed.) (2022): *Cambios sociales en tiempos de pandemia*. Madrid: CIS. Págs.: 23-202; 345-442; 729-770; 873-953.
- YOUNG, I. y WILLIAMS, T. (editores). *The Healthy School*. Edimburgo: Scottish Health Education Group, 1989.
- VV.AA. «La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018». Ministerio de Sanidad. 2021.
- VV.AA. «Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas». Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1997.

8. AUTORES: GRUPO DE TRABAJO DE ESCUELA SALUDABLE

Carmen Durán (coordinadora)

- ▼ Profesora de Inglés de ESO y Bachillerato,
- ▼ Directora pedagógica del Colegio Gaudem
- ▼ Vocal de la Junta Directiva de SOCISALUD.

Adolfo García Ortega

- ▼ Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)
- ▼ Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)

María Luisa Gascón Lapaz

- ▼ Enfermera Familiar y Comunitaria en CS Ángela Uriarte
- ▼ Junta Directiva Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria

Jaime de León Hernández

- ▼ Psiquiatra de Centro de Salud Mental
- ▼ Presidente FAPA de Rivas Vaciamadrid

Juan López

- ▼ Asesor del Ministerio de Cultura
- ▼ Ex inspector Central de Educación
- ▼ Gabinete del Secretario de Estado de Educación

José Luis Pedreira

- ▼ Psiquiatra y Psicoterapeuta infancia y adolescencia
- ▼ Profesor jubilado de Psicopatología y de Salud Pública, UNED

Diego Rodríguez Más

- ▼ Diplomado en Trabajo Social
- ▼ Experto en Mediación y Gestión de conflictos
- ▼ Trabajador Social en Ayuntamiento de Madrid

Aurora Ruiz

- ▼ Profesora jubilada de Física y Química
- ▼ Coordinadora del colectivo Lorenzo Luzuriaga
- ▼ Exdirectora Gral. de Educación de la Comunidad de Madrid

M^a de los Ángeles Sáez

- ▼ Licenciada en Filología inglesa
- ▼ Profesora y Jefa de Estudios, CEIP Perú
- ▼ Colaboradora del colectivo Lorenzo Luzuriaga y del Grupo Atlántida

Alejandro Tiana

- ▼ Profesor Emérito, UNED
- ▼ Ex Rector, UNED
- ▼ Ex Secretario de Estado de Educación



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD

**ENVEJECER
EN LA COMUNIDAD
CON DIGNIDAD:**

**Reimaginando
el envejecimiento,
transformando
los cuidados**

GRUPO DE TRABAJO DE MAYORES

Coautores:



Avalado por:





ÍNDICE

1. Introducción	110
1.1. Reimaginando el envejecimiento	110
1.2. Transformando los cuidados	112
2. Un modelo de Atención Comunitaria y centrada en la persona proactivo, accesible, integrado y eficiente para personas mayores con necesidades complejas	115
3. Ejes estratégicos del modelo	116
3.1. Prevenir la fragilidad en las personas mayores	116
3.2. Llevar a cabo un enfoque transformador del sistema de cuidados	116
3.3. Reorientar el modelo actual de cuidados a las personas mayores	117
3.4. Favorecer/potenciar el envejecimiento en el lugar (adecuado)	117
3.5. Garantizar la provisión de una atención sociosanitaria integrada y centrada en la persona	118
3.6. Reafirmar un enfoque de género en todas las políticas públicas	121
3.7. Luchar contra el edadismo y otros tipos de discriminación	123
3.8. Construir/rediseñar/adaptar ciudades y comunidades amigables con las personas mayores	125
3.9. Potenciar el uso de la tecnología para lograr una longevidad saludable y una mayor autonomía e independencia	126
3.10. Apoyo a los cuidadores familiares y profesionales del cuidado	127
4. Cambios de paradigma en claves de futuro	128
4.1. De la atención, a la prevención y la «inclusión»	128
4.2. Cambio de la «calidad de la atención» a la «calidad de vida»	128
4.3. Redefinir/reorientar «lo institucional» a «hogar»	129
4.4. Formar a profesionales para la «co-creación con la familia»	130
4.5. Cambio de un enfoque médico a un «enfoque social y de servicios»	130
4.6. Organizar desde un dominio del sistema, hacia un «enfoque centrado en la persona»	131
5. Acciones prioritarias en los distintos niveles asistenciales	132
5.1. Nivel de atención primaria	132
5.1. Nivel de atención comunitaria-domiciliaria	133
5.1. Nivel de atención especializada	133
5.1. Nivel de atención intermedia	134
6. Integrantes del Grupo de Trabajo de Mayores	137
7. Referencias	138

1. INTRODUCCIÓN

1.1. REIMAGINANDO EL ENVEJECIMIENTO

Dos tendencias demográficas relevantes —una proporción creciente de personas mayores y un cambio en la duración de la vida— están ejerciendo un efecto poderoso en la sociedad, la cultura, la economía y la provisión de cuidados de larga duración de los países con poblaciones muy envejecidas.

De una parte, el aumento incesante de la esperanza de vida y la caída de las tasas de natalidad están dando lugar a una longevidad progresiva en todo el mundo, pero nuestra comprensión compartida sobre cómo es la vida en edades avanzadas está lamentablemente desactualizada. Se presenta como una «narrativa de declive», no como un momento de oportunidad y cambio.

Nuestras percepciones sobre el envejecimiento y la oportunidad de vivir vidas más largas no están en consonancia con la realidad. Los marcos de políticas actuales están muy alejados de las realidades económicas actuales. Debido a una mejor salud y estilos de vida más activos, la brecha entre la edad de jubilación tradicional y el inicio de la fragilidad severa está creciendo. Hay una nueva etapa de la vida que no se tiene en cuenta tanto en el pensamiento como en la planificación de políticas.

Así, Linda P. Fried, decana de la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia (Nueva York) y una de las mayores expertas en fragilidad a nivel internacional, hace alusión a esta indiscutible realidad, cuando dice: «Se necesita una verdadera visión transformadora para crear un mundo de vidas más largas para esta segunda mitad de nuestras vidas que nunca antes tuvimos».

De otro lado, una vida más larga es un triunfo de la medicina, la salud pública, los avances tecnológicos y el desarrollo económico. Cómo viviremos esos años adicionales y si las sociedades y las economías se beneficiarán de ellos, depende de las acciones que tomemos ahora. En cualquier caso, es innegable que tenemos ante nosotros una oportunidad apasionante y sin precedentes para cambiar la narrativa vigente en torno al envejecimiento.

Una sociedad que envejece debe considerarse una señal de progreso que ofrece oportunidades únicas para el desarrollo económico, social y cultural. Un grupo demográfico mayor abre nuevas vías para la innovación tecnológica, el empleo y el crecimiento económico. De hecho, algunos economistas creen que garantizar una sociedad que envejezca activamente debería considerarse una estrategia de crecimiento vital para la UE. Por todo ello, necesitamos reconstruir, de manera más sólida, el contrato social sobre el envejecimiento y sus implicaciones para los ciudadanos, los gobiernos y las empresas.

Lograr una sociedad longeva requiere cambios sustanciales en el curso de la vida y las normas sociales, e implica una transición epidemiológica hacia un enfoque preventivo centrado en retrasar/minimizar los efectos negativos del envejecimiento. Por tanto, a medida que las poblaciones vivan más, la idea de que las personas mayores deben estar empoderadas para seguir siendo ciudadanos activos, saludables y productivos, será primordial.

Y para que esos años añadidos no se conviertan en una prolongación pasiva, necesitamos revisar todo lo que entendíamos por formación, trabajo, jubilación, cuidados o propósito vital. No es solo un reto asistencial o presupuestario, es un desafío cultural y productivo de primer orden.

Esto tiene implicaciones decisivas para las empresas. No nos podemos permitir perder el talento sénior, dado que la experiencia acumulada de este creciente segmento de la población representa una ventaja competitiva para la economía y para el conjunto de la sociedad. Las personas mayores sí pueden innovar, adaptarse o emprender, tan solo necesitan oportunidades reales de actualización y participación. Necesitan itinerarios formativos que respondan a sus motivaciones, tiempos y contextos vitales. También necesitamos rediseñar el propio trabajo. Habrá que ampliar las formas de contribuir: mentorías, trabajo por proyectos, cooperativas sénior, fórmulas híbridas entre empleo y voluntariado, etc.

La longevidad afecta a cómo diseñamos ciudades, tecnologías, empleos, vínculos sociales. Y, sobre todo, exige un rediseño radical de las trayectorias vitales. El modelo que separaba de forma

nítida educación, empleo y jubilación ya no sirve. Vamos hacia biografías más largas, discontinuas y diversas, donde será necesario aprender, reaprender y reubicarse varias veces a lo largo de la vida.

Los cambios necesarios para lograr una longevidad saludable incluyen un mayor enfoque en la esperanza de vida saludable, un cambio de la intervención hacia la salud preventiva, una importante agenda de salud pública para evitar aumentos en las desigualdades de salud, el establecimiento de consejos de longevidad para garantizar una política coordinada entre los distintos gobiernos, y la evaluación intergeneracional de las políticas para garantizar que, al adaptarse a vidas más largas, las políticas no estén sesgadas hacia las personas mayores.

Es necesario, por tanto, cambiar la forma en que pensamos acerca del envejecimiento, ya que si no lo hacemos corremos el riesgo de incurrir en costes más elevados en atención social y de salud, oportunidades de negocio perdidas y, lo que es más importante para todos, estaremos perdiendo la oportunidad de contribuir a la sociedad en nuestras vidas más largas.

Andrew J. Scott, profesor de Economía de la London Business School, nos señala el camino a seguir en este sentido con una de sus brillantes citas: «Como sociedad, tenemos una oportunidad apasionante de cambiar la narrativa vigente en torno al envejecimiento, para que las futuras generaciones de mayores puedan envejecer de manera más saludable, más digna y más comprometida».

Una sociedad de la longevidad representa una nueva etapa para la humanidad y requiere que se desafíen nociones profundamente arraigadas sobre la edad y el envejecimiento, si la sociedad quiere hacer el mejor uso del tiempo adicional que trae consigo la longevidad. Como es bien conocido, la edad se ha medido siempre cronológicamente, pero la forma en que las personas envejecen está cambiando y ahora se envejece más saludablemente. Además, cuando la sociedad se enfoca exclusivamente en la edad cronológica de su población, interpreta la longevidad como ser mayor durante más tiempo, no como ser más joven durante más tiempo.

Debemos rechazar el *statu quo* e imaginar un futuro diferente, uno que sea próspero, sostenible y arraigado en una longevidad saludable. A medida que extendemos la longevidad saludable, el creciente número de personas mayores se convertirá en un motor clave del crecimiento económico, la innovación y la creación de nuevos valores. Vivir más requiere repensar nuestro curso de vida y los paradigmas imperantes. Los modelos de curso de vida actuales ya no son sostenibles, y tampoco lo son los sistemas de atención social y de salud que fueron concebidos hace más de medio siglo.

Al cambiar la mirada en torno al envejecimiento y las oportunidades que una longevidad saludable nos puede ofrecer, imaginamos un futuro que promueva la salud pública, cree hogares y comunidades amigables con las personas mayores, permita el aprendizaje, el trabajo y el espíritu empresarial durante toda la vida, y promueva el compromiso y el voluntariado con un propósito en beneficio de toda la sociedad. Se necesita que las sociedades se centren más en la aptitud y capacidad física y mental de las personas mayores en lugar de solo en la disminución, y fomenten la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar en lugar de simplemente tratar las dolencias.

Es hora de reemplazar el paradigma de vida «lineal» por uno nuevo «cíclico» que considera la madurez como un tiempo de reinención personal, de florecimiento tardío y/o de nuevos comienzos. Es necesario que los empleadores proporcionen más trabajo flexible, trabajo compartido, jubilación gradual y años sabáticos para que los trabajadores más longevos tengan más equilibrio en sus vidas. Un enfoque más flexible nos permitiría extender nuestra vida laboral, hacer una transición gradual y jubilarnos por completo a una edad más avanzada. También es necesario que los líderes políticos, sociales y comunitarios comiencen a crear una visión convincente para esos años adicionales, admitiendo que la mayoría de las veces, lo que es bueno para los mayores también es bueno para los jóvenes.

Estamos en un punto de inflexión, en la intersección de un cambio demográfico fundamental y la búsqueda de un nuevo modelo. Si nos unimos y hacemos lo que se necesita, enriqueceremos las vidas de todos y también de quienes envejecen, fortaleceremos a las familias, los negocios y las comunidades y aseguraremos un futuro mejor, no solo para las personas mayores, sino también para las personas de todas las edades en todos los ámbitos de la sociedad.

1.2. TRANSFORMANDO LOS CUIDADOS

«Contrariamente al pensamiento económico dominante, el funcionamiento de nuestra economía y la cohesión social dependen en gran medida del cuidado. Pero más importante aún que esto, es que, sin cuidado, no podría haber cultura, ni economía ni organización política» (N. Fraser, 2016). Hoy, por lo tanto, está fuera de toda discusión la interdependencia y el papel del cuidado para el bienestar económico y social.

En relación al ámbito de los cuidados, es necesario subrayar que de unos años a esta parte —al igual que ocurre en otros países desarrollados— nuestros sistemas de salud y de atención social han de hacer frente al desafío de satisfacer las demandas de un número cada vez mayor de personas que envejecen con múltiples y complejas necesidades sanitarias y sociales.

El envejecimiento de la población —con unas tasas crecientes de complejidad clínica, fragilidad, dependencia y soledad— obliga a reorientar los sistemas de salud y construir sistemas sostenibles de cuidados de larga duración (CLD) para responder de una manera más accesible, integrada, personalizada y eficiente a las crecientes necesidades sanitarias y sociales de un colectivo de usuarios cada vez más numeroso.

En particular, es urgente mejorar los cuidados de larga duración de las personas mayores con multimorbilidad, fragilidad y dependencia, lo cual debe implicar el abandono de un modelo de atención reactivo, centrado en la enfermedad y fragmentado, hacia un modelo proactivo, preventivo, integrado y centrado en la persona, en el que se aliente a este tipo de pacientes a desempeñar un papel central en la planificación y gestión de su propio plan de cuidados.

La Declaración de Río «*Más allá de la Prevención y el Tratamiento: El desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la Longevidad*» (2013), establece una preocupación central en la cultura del cuidado, señalando que «por mucho que se logre en prevención y tratamiento, la revolución de la longevidad viene con un imperativo adicional: desarrollar una cultura de atención que sea sostenible, asequible, compasiva y universal».

La Declaración de Río, destaca la necesidad de una atención inclusiva, centrada en la persona y firmemente cimentada en los derechos humanos. Exige una nueva perspectiva sobre las dimensiones de género del cuidado en las políticas y en la sociedad y enfatiza el logro de un sistema de atención que abarque la promoción de la salud hasta la atención al final de la vida, que se caracterice por la comunicación, la continuidad, la coordinación, la integralidad y los vínculos comunitarios. Exige, además, acciones específicas que aborden el respeto de los derechos de las personas mayores; servicios de atención; planificación y prestación de atención; educación y capacitación; y entornos amigables con las personas mayores para una cultura del cuidado.

No debemos olvidar las trágicas consecuencias provocadas por la pandemia de COVID-19 —particularmente a las personas mayores atendidas en residencias, pero también a aquellas que fallecieron en sus hogares en la más absoluta soledad y abandono— y que nos ha desvelado con crudeza que el modelo actual de atención a las personas mayores frágiles, tanto en el entorno residencial como domiciliario, está en crisis.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragmentación de los cuidados de larga duración dentro de los sistemas de salud y atención social existentes, además de las debilidades inherentes en la actual estructura de gobernanza general en este sector, incluida la falta de legislación, la deficiente cualificación y bajos salarios del personal, así como estrategias y marcos nacionales y regionales inadecuados para los cuidados de larga duración.

Por lo que se refiere a la atención que se dispensa en la Comunidad de Madrid a las personas mayores con necesidades complejas, observamos que a pesar del incremento de recursos socio-sanitarios habido en los últimos años (unidades geriátricas hospitalarias, residencias y centros de día, ayuda a domicilio, apoyos comunitarios, etc), la asignación de recursos a este colectivo se ha llevado a cabo de una manera poco rigurosa y al margen de sus necesidades reales, priorizando la atención institucional (hospitalaria y residencial) en detrimento de la atención comunitaria, lo que ha contribuido a generar notables desequilibrios territoriales y cuantiosos problemas de tipo estructural y funcional.

Así, entre los problemas más relevantes, se podrían destacar:

- la existencia de numerosos puntos de entrada al sistema asistencial.
- multiplicidad de valoraciones.
- prestación de servicios supeditada al recurso existente (oferta), sin tener en cuenta las necesidades reales del usuario (demanda).
- deficiente coordinación entre niveles asistenciales y sistemas.
- transmisión inadecuada de información entre profesionales.
- utilización inapropiada de recursos costosos (sobreutilización de recursos hospitalarios y de servicios de urgencia), etc.

La propia «Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS» (2012) ya señalaba una serie de problemas de nuestro sistema sanitario, incapaz de dar respuestas a las necesidades de los denominados pacientes crónicos complejos (pluripatológicos, frágiles y dependientes), entre los que destacaba: *servicios centrados en la resolución de patologías agudas; se valoran poco los aspectos preventivos; variabilidad en la práctica clínica no justificada; intervenciones que no aportan valor y consumen excesivos recursos; falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada y entre el sistema sanitario y el sistema de atención social.*

Tanto en el ámbito domiciliario como en el comunitario (incluida la atención residencial), los servicios actuales en el sistema de CLD se caracterizan por un alto nivel de fragmentación, debido a la falta de estrategias de integración/coordinación entre los sectores de la salud y la atención social. Además, existe un amplio consenso según el cual el sistema de CLD, tal y como está configurado actualmente, no es apto para el propósito que debiera cumplir, no garantiza la equidad, no está a la altura de los desafíos y oportunidades de un entorno complejo y cambiante, y corre el riesgo de volverse incapaz de seguir siendo viable a menos que se reinvente.

Así, por una parte, *«...la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la gran invisibilidad y los escasos medios que hoy existen para garantizar un cuidado adecuado en el entorno domiciliario. Y, por otra, existe suficiente evidencia científica que demuestra que las residencias tradicionales, donde se homogeneiza la atención, no ofrecen calidad de vida ni facilitan la participación y la vida plena de las personas. Es necesario apostar por nuevos diseños arquitectónicos y nuevas formas de organización y gestión donde se garantice la intimidad, se personalice el cuidado y se evite la continua rotación de profesionales...»* («Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país», Fundación Pilares para la Autonomía Personal y CSIC – Abril de 2020).

En realidad, se podría decir que la mayoría de las residencias ofrecen un producto que nadie quiere. Quizás esto se deba a que, a pesar de las buenas intenciones, el sistema de CLD existente en muchas residencias niega a las personas los derechos humanos más básicos. Es decir, hemos creado un entorno que genera soledad, aislamiento y depresión, y que imposibilita que las personas mayores puedan seguir participando en la vida social como expresan y desean la mayoría de ellas.

No podemos olvidar que los centros residenciales son y deben ser lugares para vivir. Espacios para la convivencia y la participación, donde, además de las necesidades de tipo físico, las personas que allí viven tienen otras necesidades más amplias y diversas (psicológicas, emocionales, sociales, espirituales, etc). Es por ello que se deben erradicar los macrocentros y dejar atrás definitivamente el diseño residencial actual, que ya ha sido abandonado hace muchos años por otros países. La transición de un modelo de residencia curativo (modelo hospitalario) a un centro de servicios moderno y hogareño, es uno de los mayores desafíos que enfrenta el sector de los CLD.

En este sentido, como recoge el «Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia» presentado por el Gobierno de la nación (Octubre de 2020), *«la pandemia ha demostrado la importancia de situar a las personas en el centro y ha supuesto un reconocimiento de tareas imprescindibles para el*

funcionamiento de la sociedad. En este sentido, se ha demostrado la necesidad de reforzar la economía de los cuidados, desde la atención a las personas dependientes o vulnerables, al cuidado de las personas mayores, que se han visto expuestos de manera más importante a lo peor del virus...».

Dicho documento incluye, entre otras medidas, un «PLAN DE CHOQUE PARA LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS...», para desarrollar en particular nuevas redes de teleasistencia, modernizar los sistemas de atención a personas dependientes y desarrollar nuevas infraestructuras residenciales que faciliten la autonomía de cuidados de larga duración de las personas mayores y dependientes, y la orientación del modelo residencial hacia un modelo más desinstitucionalizado, centrado en la atención a las personas, y mejor conectado con la red de Atención Primaria de Sanidad. La pandemia ha puesto de manifiesto también la necesidad de reforzar y modernizar los servicios sociales, promoviendo la innovación y el uso de nuevas tecnologías...».

Finalmente, nos parece oportuno subrayar que cuando hablamos de personas mayores con necesidades complejas, nos estamos refiriendo a un tipo de usuarios/pacientes que presentan una serie de características distintivas, como: *elevada complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, alta mortalidad, déficits cognitivos, polifarmacia (elevado consumo de fármacos), pobre calidad de vida relacionada con la salud, frecuente dependencia funcional, alta utilización de servicios (urgencias, ingresos hospitalarios, visitas a atención primaria, etc), vulnerabilidad social y necesidad de manejo multidisciplinario con estrategias de atención integrada.*

El concepto de «complejidad» hace referencia a la dificultad en la gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos a causa de la presencia de varias enfermedades (multimorbilidad), de su manera de utilizar los servicios o de las características de su entorno. Por ello, ante una serie de necesidades de gestión difícil que tiene la persona (necesidades complejas), la complejidad reside tanto en el propio perfil de necesidades, como en la dificultad para darle una respuesta adecuada. El «paciente crónico complejo» (PCC) sería, por tanto, aquella persona en la que su gestión clínica y social es percibida como especialmente difícil. Todo ello implica que, más allá de la estratificación y de otros factores (el perfil de morbilidad, la presencia de fragilidad o el consumo de recursos), la complejidad se fundamente en el juicio profesional (Generalitat de Catalunya, Pla de Salut 2011-2015).

Las personas mayores con necesidades complejas, que a menudo viven con multimorbilidad y discapacidades funcionales y cognitivas, tienen un riesgo sustancialmente mayor de discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad. La atención de esta población suele estar descoordinada y fragmentada, ya que las personas mayores con necesidades complejas suelen requerir el apoyo de varios proveedores de atención sanitaria y social, así como atención no profesional (conocida como *atención informal*).

Además, la atención fragmentada tiende a provocar resultados de salud negativos, como confusión y angustia del paciente, lagunas en la transmisión de información, duplicación de servicios, hospitalizaciones innecesarias y mayores costes de atención. Además, la coexistencia de fragilidad, discapacidad y/o multimorbilidad, aumenta la complejidad de las necesidades sanitarias y sociales de estos pacientes y, por tanto, la necesidad de una atención individualizada, integrada y de alta calidad por medio de equipos interdisciplinarios coordinados por gestores de casos.

Y, cuando hablamos de cuidados de larga duración, nos referimos a los servicios sanitarios y sociales diseñados para satisfacer las necesidades de las personas, la mayoría de las veces ancianos, cuya capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) se ha visto afectada por problemas de salud crónicos. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define este tipo de cuidados, como «... las actividades realizadas por otros para garantizar que las personas con o en riesgo de una pérdida continua significativa de capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana».

2. UN MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y CENTRADA EN LA PERSONA PROACTIVO, ACCESIBLE, INTEGRADO Y EFICIENTE PARA PERSONAS MAYORES CON NECESIDADES COMPLEJAS

A la vista de estos antecedentes, desde SOCISALUD entendemos que es necesario avanzar en la construcción —como ya han hecho otros países de nuestro entorno—, de un *subsistema de cuidados de larga duración* para personas mayores con necesidades complejas que priorice la integración de intervenciones con el sistema de servicios sociales, la atención centrada en la persona, los servicios y apoyos domiciliarios y comunitarios, y el envejecimiento en el lugar adecuado.

El modelo que propone SOCISALUD contempla lo que a nuestro entender han de ser los pilares en torno a los que debiera nuclearse un futuro MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN para personas mayores con necesidades complejas, modelo que, en última instancia, ha de garantizar la provisión de unos cuidados accesibles, integrados, de alta calidad y eficientes para que las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia puedan disfrutar de un mayor bienestar y calidad de vida mientras vivan.

En línea con las recomendaciones de la OMS recogidas tanto en el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (2015), como en la *Década del Envejecimiento Saludable* (2021-2030) el futuro modelo de cuidados de larga duración que propone SOCISALUD, debe nuclearse en torno a la necesidad de adecuar los servicios sanitarios y sociales a la nueva realidad de la cronicidad.

Al mismo tiempo, ha de suponer un importante proceso de cambio basado en un compromiso político explícito, una adecuada dirección estratégica por parte de los gestores de servicios, una implicación activa de los profesionales y una apuesta audaz y decidida en defensa de las preferencias de las personas mayores que desean seguir participando en la comunidad y envejeciendo en su entorno con dignidad.

Tomando como referencia las propuestas realizadas por la OMS a la hora de implementar las acciones prioritarias que faciliten la adaptación de los sistemas de salud y de atención social al envejecimiento de la población, se considera esencial:

- Crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores y garantizar su acceso.
- Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca (*la suma de las capacidades físicas y mentales de una persona*), teniendo en cuenta el entorno en el que habita la persona y su interacción con él. La relación entre la persona y el entorno en el que vive, y cómo interactúan, se conoce como capacidad funcional (*atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas*).
- Adoptar medidas que optimicen las trayectorias de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional en el curso de la vida.
- Garantizar que se cuente con personal sanitario y de atención social sostenible y debidamente capacitado.
- Diseñar los sistemas de manera que permitan ayudar a las personas mayores a envejecer en el lugar (adecuado) y a mantener las conexiones con su comunidad y sus redes sociales.

A continuación, se describen los ejes estratégicos del MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y CENTRADA EN LA PERSONA para personas mayores con necesidades complejas, bien entendido que para obtener una visión holística sobre el significado y alcance que para los autores encierra la expresión «*envejecer en la comunidad con dignidad*», es necesario tener presente que hasta que la sociedad no valore por igual y dé la misma importancia a las personas de todas las edades en todas las fases del ciclo vital, no podremos realmente envejecer en la comunidad con dignidad.

3. EJES ESTRATÉGICOS DEL MODELO

El *Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona* para personas mayores con necesidades complejas que propone SOCISALUD, ha de nuclearse, a nuestro entender, en torno a los siguientes ejes estratégicos:

3.1. PREVENIR LA FRAGILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

- a) El envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad constituyen uno de los mayores logros alcanzados y suponen un reto para la transformación de los sistemas sanitarios ante los nuevos requerimientos de la población. Las oportunidades que ofrece esta transición demográfica son tan amplias como las contribuciones que puede aportar a la sociedad una población de personas mayores que mantengan un envejecimiento activo y saludable. Estas oportunidades vendrán marcadas por la capacidad que tengamos como sociedad de aumentar no solo la esperanza de vida de la población, sino que los años ganados se vivan con buena salud.
- b) La actualización del «Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Personas Mayores» (2022) subraya que el citado documento debe contribuir a fomentar un envejecimiento saludable y a un sistema de cuidados centrados en la persona. Su propósito es también contribuir a lograr un abordaje de la fragilidad homogéneo, mejorando su prevención, detección y manejo, destacando que la fragilidad es prevenible, tratable y reversible.
- c) En base a la evidencia científica más relevante y actualizada en el campo de la fragilidad, el elemento nuclear de este documento de consenso consiste en realizar una detección precoz de fragilidad a la población de 70 o más años, en el ámbito de AP o en el comunitario, con posterior derivación al sistema sanitario (fundamentalmente AP, en coordinación con atención hospitalaria cuando sea oportuno), seguido de una intervención específica para revertir la fragilidad o evitar sus consecuencias.
- d) La intervención sobre la fragilidad se ha demostrado efectiva y costo-efectiva para promover vidas más largas y saludables. Para su manejo se recomienda la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que permite la elaboración de un plan terapéutico y de cuidados de forma participada con la persona, diseñando intervenciones dirigidas a sus necesidades individuales. Las intervenciones multifactoriales son más efectivas que las individuales y deben abordar la promoción de estilos de vida, ejercicio físico, nutrición, manejo de patología crónica y la revisión de polifarmacia para promover la independencia y prevenir eventos adversos. Además, es fundamental un abordaje integrado e interdisciplinar con puerta de entrada en AP, y coordinada con servicios sociales, comunidad, cuidados intermedios y los centros hospitalarios.

3.2. LLEVAR A CABO UN ENFOQUE TRANSFORMADOR DEL SISTEMA DE CUIDADOS

- a) La mayoría de países de nuestro entorno ya optaron hace varios años por construir modelos de atención para personas mayores frágiles que fueran más eficaces en términos de mejora de su grado de autonomía, su participación y empoderamiento, su grado de satisfacción con los servicios recibidos y, en definitiva, de mejora de su calidad de vida, al objeto de permitirles alcanzar estos objetivos de la manera más eficiente posible.
- b) La pandemia que hemos sufrido, ha visibilizado la fragilidad y las carencias de nuestro sistema de cuidados y, con ello, la necesidad y la responsabilidad de proteger y permitir una vida digna a las personas más vulnerables. Un cambio que sabíamos necesario pero que ahora se convierte en una prioridad.

- c) Por ello, entendemos que resulta inaplazable llevar a cabo un enfoque transformador en la forma en que se diseñan los sistemas y servicios de salud y atención social, para garantizar unos cuidados de alta calidad, integrados, asequibles, accesibles y centrados en las necesidades y derechos de las personas mayores, incluido el derecho a la mejor salud y atención social posibles.

3.3. REORIENTAR EL MODELO ACTUAL DE CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES

- a) Se necesita un cambio urgente en el modelo actual de cuidados porque en muchos de los recursos actuales subyace una visión del cuidado más centrada en la enfermedad y en la discapacidad que en las necesidades/capacidades de las personas. Ello conduce a que la persona se desdibuje, y que sus necesidades/capacidades queden difuminadas en categorías diagnósticas o perfiles clasificatorios.
- b) Además, gran parte de los cuidados que se ofertan a las personas mayores frágiles se planifican desde la lógica de su organización, primando la eficiencia a través de sistemas rígidos y concibiendo la atención como la ejecución de una serie de tareas muy estandarizadas. Ello se traduce en que la persona ve muy limitada su libertad cotidiana y debe adaptarse (plegarse) a servicios y rutinas que en ocasiones están muy alejados de lo que realmente necesitan, desean y de lo que les genera bienestar.
- c) No debemos olvidar que el cuidado debe respaldar vidas que merezcan la pena ser vividas, en las que las personas puedan seguir tomando sus propias decisiones sin perder el control de lo que para ellas es importante. Desde esta perspectiva, la personalización de la atención es algo irrenunciable, para lo cual además de profesionales suficientes, formados y alineados en esta visión del cuidado, el acercamiento y la escucha a lo subjetivo y a lo emocional resulta irrenunciable.
- d) Para apoyar los procesos de mejora de los servicios, distintos países cuentan ya con organismos expertos y promotores de la calidad para impulsar la excelencia en el cuidado, generar y transferir conocimiento, diseñar modelos y herramientas de evaluación, así como difundir estrategias y materiales para la buena praxis profesional.

3.4. FAVORECER/POTENCIAR EL ENVEJECIMIENTO EN EL LUGAR (ADECUADO)

- a) La mayoría de las personas mayores desean envejecer en el lugar (en su entorno habitual) —incluso cuando presentan un grado de dependencia moderado o grave. Por lo tanto, parece apropiado que el modelo de cuidados a desarrollar en el futuro deba tener como base de operaciones el ámbito comunitario (incluida la atención residencial, para situaciones de gran dependencia y/o la imposibilidad de ofrecer los cuidados en el domicilio de la persona).
- b) Envejecer en el lugar es un término que a menudo se malinterpreta: se entiende como quedarse en su hogar actual. Ese puede ser el caso, pero también puede tratarse de una amplia gama de otras opciones de vivienda que se ofertan a este tipo de usuarios, dada la gran heterogeneidad de este segmento poblacional. Envejecer en el lugar se refiere a «la capacidad de las personas mayores de vivir en su propio hogar y comunidad de manera segura, autónoma y cómoda, independientemente de la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca. Envejecer en el lugar adecuado extiende este concepto a «la capacidad de vivir en el lugar que más se ajuste a las necesidades y preferencias de la persona, que puede ser o no el propio hogar» (OMS). En general, esto se considera mejor para las personas mayores y también puede tener importantes ventajas económicas en términos de gasto en atención sanitaria (OMS, 2015).
- c) Sin embargo, la escasa oferta actual de opciones de alojamiento para personas mayores frágiles, requiere un cambio radical en las políticas sociales que permita ofertar una amplia gama de opciones de alojamiento público (en particular para personas mayores con bajos ingresos) que les garantice un continuum de cuidados accesible, seguro y adaptado para poder

- llevar a cabo las transiciones oportunas a través de los dispositivos asistenciales existentes en función de las necesidades presentes y futuras de cada persona.
- d) La vivienda como concepto y como paradigma se reconoce como solución al hábitat de las personas cuando envejecen y también al espacio de los cuidados de larga duración. El diseño interior y el entorno cercano y comunitario son determinantes para que este modelo sea realmente eficaz y coste-efectivo, siempre que exista un sistema sólido de provisión de apoyos y cuidados domiciliarios.
 - e) Como señalan numerosos expertos, el desarrollo y aplicación de este modelo («*housing*», en el argot internacional) está suponiendo un importante «cambio cultural,» que ha generado un amplio abanico de experiencias de viviendas y proyectos colectivos para personas en proceso de envejecimiento, con el propósito de mejorar su calidad de vida y, muy especialmente, su mundo relacional, huyendo de la soledad, pero también con la expectativa, convertida ya en realidad, de poder recibir apoyos y cuidados profesionales cuando sean necesarios.
 - f) En esta línea, diferentes modalidades de *cohousing*, apartamentos, experiencias intergeneracionales, iniciativas en ámbitos rurales adaptadas a su población, proyecto de grupos de personas a los que les une su opción sexual, religiosa o de género, proliferan en numerosos países, nutriendo así, además de iniciativas de carácter asociativo y autogestionario, un mercado emergente en el mundo de la economía planteada cada vez más interesante.

3.5. GARANTIZAR LA PROVISIÓN DE UNA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA

- a) La OMS define la atención centrada en la persona, como «*un enfoque de atención que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, cuidadores, familias y comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables que se organizan en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de las enfermedades, y respeta las preferencias sociales*».
- b) El envejecimiento acelerado de la población española está conformando un nuevo perfil de usuarios de la sanidad y de los servicios sociales (personas más mayores, pluripatológicos y más dependientes), que aconseja reordenar la configuración del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales en entornos e intervenciones integradas para poder responder de una manera más ágil, eficaz y coordinada a las necesidades complejas que presentan este tipo de pacientes.

Las necesidades cambiantes de los pacientes crónicos complejos requieren un modelo de atención diferente. La resolución de problemas a partir del hospital de agudos pierde centralidad y, lo novedoso y emergente, es la evolución hacia sistemas cada vez más integrados, adaptados a los diferentes territorios y con un protagonismo relevante de los profesionales de Atención Primaria y Comunitaria.

- c) Para ello, es imprescindible potenciar el papel de la Atención Primaria como eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales y puerta de entrada al sistema, reforzando el papel del médico de familia y enfermera especialista en EFyC como agentes principales del paciente, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente/familia.

En concreto, se debería potenciar la incorporación de enfermeras con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), profesional que lidera en los Centros de Salud (CS) las acciones de promoción tanto individualmente en consulta y domicilio como en proyectos grupales o acciones comunitarias. De igual manera, no debemos olvidar tampoco a los equipos de los Centros Municipales de Salud Comunitaria, (CMSC) del Ayuntamiento de Madrid, con profesionales sanitarios que diseñan y ponen en marcha acciones de promoción de la salud en y para la comunidad.

Asimismo, se debería potenciar la incorporación de especialistas en Enfermería Geriátrica en las Unidades de Geriátrica de los hospitales, que son los profesionales indicados, junto con otros profesionales del equipo interdisciplinar, para la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y seguimiento del paciente en coordinación con AP y la especialista en EFyC, todo ello con el fin de evitar/minimizar ingresos y estancias hospitalarias, riesgo de deterioro por ingreso, etc,

- d) Por otro lado, es necesario fortalecer la atención social y sanitaria a domicilio, la hospitalización a domicilio y la telemedicina, todo ello por medio de equipos interdisciplinarios comunitarios coordinados por gestores de caso para garantizar un control y seguimiento más eficiente de los pacientes complejos a lo largo del tiempo y una mejor colaboración entre los servicios hospitalarios y comunitarios, potenciando al mismo tiempo el desarrollo de dispositivos de atención intermedia.

En este sentido, y como resultado de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas, muchas comunidades autónomas han creado nuevos roles de enfermería para dar respuesta a todos los niveles de cronicidad definidos según la estratificación del riesgo. Así, en la Comunidad de Madrid, tenemos:

- ROL ENFERMERA EDUCADORA ENTRENADORA: cuya misión es la prevención y promoción de la salud, acciones que en el ámbito de las personas mayores pretenden lograr un envejecimiento saludable, así como prevenir o revertir estados de fragilidad y, con ello, evitar que desemboquen en situaciones de dependencia irreversible.
 - ROL DE ENFERMERA DE ENLACE O CONTINUIDAD: creado en todos los hospitales, hace de nexo de unión entre AP y Hospital, aborda situaciones de complejidad adelantándose al alta de pacientes con necesidades sociosanitarias especiales y coordinan acciones que eviten ingresos o estancias innecesarias en urgencias.
 - ROL DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS: este rol apenas se ha desarrollado en nuestro país, salvo alguna experiencia puntual en alguna comunidad autónoma; Dentro de este rol, cada EFyC es la responsable de sus pacientes y quien mejor conoce las necesidades y preferencias tanto del paciente como de su familia. En concreto, en la Comunidad de Madrid, no se ha dotado de recursos ni capacitado a las EFyC para el desarrollo de todas las funciones inherentes a este rol.
- e) Se pretende de esta manera mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores con necesidades complejas y limitaciones en su autonomía personal, estratificando a la población según su nivel de riesgo, para:
- Centrar las intervenciones sanitarias y sociales en las necesidades del paciente y de su familia.
 - Asegurar la participación de todos los agentes y sistemas implicados, incluido el paciente y sus personas cuidadoras.
 - Mantener a los pacientes en su entorno, disminuyendo la probabilidad de descompensaciones y/o la gravedad de éstas.
 - Actuar en red de forma colaborativa según el principio de sustitución de cuidados (los servicios se han de prestar garantizando la equidad y allá donde sean más eficientes).

Sin embargo, para garantizar la prestación de una atención sociosanitaria integrada y centrada y dirigida por la persona y asegurar el acceso a ella, se requiere que los sistemas se organicen en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, y que los servicios sean amigables con ellas y estén estrechamente vinculados con las familias y las comunidades. Al mismo tiempo, el diseño de las trayectorias de atención integrada debe nuclearse en torno a dos principios básicos:

- El centro de la provisión de servicios a las personas mayores frágiles debe ser la comunidad.
 - El ingreso en el Hospital de agudos no tiene por qué ser necesariamente la primera opción.
- f) En los últimos años, han surgido una serie de nuevas ideas en relación con el alcance de la atención integrada, siendo dos más significativos:
- El reconocimiento de que involucrar y empoderar a las personas y las comunidades debe ser un componente central de cualquier estrategia de atención integrada.
 - Y, que las estrategias de atención integrada podrían ser más poderosas cuando se orientan a la población y se centran en promover la salud, por ejemplo, al unir la atención sanitaria y social con otros actores como la vivienda, las escuelas, los grupos comunitarios, la industria, etc.

La atención centrada en las personas también requiere que los pacientes tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que las personas cuidadoras puedan lograr la función máxima dentro de un entorno de trabajo de apoyo. La atención centrada en las personas es más amplia que la atención centrada en el paciente y la persona, y abarca no solo los encuentros clínicos, sino que también incluye la atención a la salud de las personas en sus comunidades y su papel crucial en la configuración de la política de salud y los servicios de salud.

Los servicios de salud integrados y centrados en las personas requieren profesionales de la salud capacitados provistos de habilidades relevantes. Además de los beneficios para las comunidades y las poblaciones, los beneficios de un enfoque de atención integrada centrada en las personas también se extienden a los profesionales de la salud, que incluyen: mayor satisfacción laboral, cargas de trabajo más equilibradas y menos casos de agotamiento, y oportunidades de educación y capacitación para aprender nuevas habilidades, como trabajar en entornos de atención socio sanitaria en equipo.

Además, el desarrollo de sistemas de atención centrados en las personas más integrados tiene el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria y social de todas las personas, incluido:

- Un mejor acceso a la atención.
- Mejores resultados de salud y clínicos.
- Mejor alfabetización en salud y autocuidado.
- Mayor satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
- Alta satisfacción laboral para los profesionales sanitarios y de atención social.
- Mayor eficiencia de los servicios.
- Menores costes para los sistemas de protección social.

Como señala acertadamente Dennis L. Kodner (2013), un experto de reconocido prestigio internacional en diseño y planificación de servicios gerontológicos «... *Sin la integración en distintos niveles, todos los elementos de la provisión de la atención sufren: los pacientes pierden (y van perdidos); los servicios no se proporcionan correctamente (o llegan tarde); la calidad y la satisfacción de los pacientes bajan; y, el potencial de sostenibilidad del sistema disminuye...*».

- g) Por todo ello, entendemos que se trata de desarrollar de manera progresiva un Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona para personas mayores con necesidades complejas, que reúna las siguientes características:
- Modelo de base poblacional accesible, ágil, eficiente, de integración de servicios y de alta calidad.
 - Nucleado en torno a la Atención Primaria y Comunitaria (atención domiciliaria, centros de día y noche, servicios de proximidad, etc).
 - Organizado en redes de proveedores de servicios.
 - Con una dotación adecuada de recursos en todos los niveles asistenciales (equipos interdisciplinarios comunitarios, unidades geriátricas de agudos, hospitales de día, centros de media y larga estancia, centros de rehabilitación, equipos de paliativos, etc).

3.6. REAFIRMAR UN ENFOQUE DE GÉNERO EN TODAS LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- a) La *Perspectiva de Género* permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias. Desde esa perspectiva se analizan las posibilidades vitales de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros; también los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar, y las múltiples maneras en que lo hacen.

La perspectiva de género o enfoque de género es una categoría analítica que acoge a todas aquellas metodologías y mecanismos destinados al «estudio de las construcciones culturales y sociales propias para las mujeres y los hombres, lo que identifica lo femenino y lo masculino» con el trasfondo de la desigualdad entre géneros en todas las clases sociales. Esta perspectiva busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros.

- b) La «perspectiva de género», en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, implica:
- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social, y discriminatorias para las mujeres.
 - Que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas.
 - Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.
- c) La *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en 1995 en Beijing, adoptó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en materia de eliminación de todos los obstáculos para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y asegurar la participación activa de la mujer en todas las esferas de la vida. Los Estados se comprometieron a garantizar a las mujeres el acceso equitativo a oportunidades sociales, económicas, políticas, laborales, educativas, culturales y de salud. En la conferencia se instó a los gobiernos, a la comunidad internacional y a la sociedad civil, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales (las ONG) y al sector privado a participar en las soluciones a las siguientes problemáticas críticas:
- Persistente y creciente carga de la pobreza sobre la mujer.
 - Acceso desigual e inadecuado a la educación, capacitación y a los servicios sanitarios.
 - Violencia contra las mujeres.

- Desigualdad en las estructuras políticas y económicas, en todas las formas de actividad productiva y en el acceso a los recursos.
 - Disparidad entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones en todos los niveles de autoridad.
 - Mecanismos insuficientes para promover la superación de la mujer.
 - Inadecuada promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.
 - Estereotipos sobre la mujer y desigualdad en su acceso y participación en todos los sistemas de información, en especial los medios masivos de comunicación.
 - Desigualdades en materia de género, en el manejo de los recursos naturales y la protección del medio ambiente.
 - Persistente discriminación y violación de los derechos de las niñas.
- d) También es necesario apuntar que la violencia de género no desaparece con la edad. Las mujeres mayores se enfrentan a distintos tipos de discriminación y violencia basados tanto en su edad como en el hecho de ser mujeres. Sin embargo, existen muy pocas campañas de sensibilización y prevención de la violencia de género dirigidas de forma específica a las mujeres mayores.
- e) En cuanto a la feminización de la pobreza, las mujeres están en desventaja en lo que respecta a la asequibilidad de los CLD debido a ingresos más bajos que los de sus homólogos masculinos, interrupciones profesionales más frecuentes y expectativas de que las mujeres asuman responsabilidades de cuidado informal, que generalmente no son reconocidos ni remunerados, lo que impacta más fuertemente en las contribuciones a las pensiones de las mujeres cuando son mayores. Por este motivo, debería haber un mayor reconocimiento del trabajo informal realizado por mujeres y deberían existir políticas públicas que permitan elegir el tipo de atención deseada (por ejemplo, si la prestan informalmente miembros de la familia mientras reciben apoyo económico, la prestan formalmente trabajadores de atención remunerados en el hogar o formalmente en un entorno institucional).
- Además, teniendo en cuenta que más del 80% de los trabajadores de atención social son mujeres, muchas de las cuales reciben salarios insuficientes y condiciones de trabajo poco atractivas debido a la falta de reconocimiento histórico del papel de la persona cuidadora y su contribución esencial al funcionamiento del Estado de bienestar, los gobiernos deben garantizar la integración y armonización de los esfuerzos que apoyan la igualdad entre mujeres y hombres en todas las áreas políticas, yendo incluso más allá de la Estrategia de Igualdad de Género 2020-25 para abordar también las preocupaciones sobre la pobreza. Es importante reconocer que, si bien la mayoría de los trabajadores que prestan CLD son mujeres, la mayoría de los gerentes son hombres, lo que pone de relieve los desafíos que aún persisten en materia de techo de cristal y de igualdad de género dentro del propio sector de atención social. En general, se deben mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de cuidados formales e informales y proteger sus derechos.
- Asimismo, la igualdad de género requiere reequilibrar los deberes de cuidado dentro de las familias y adoptar políticas familiares y laborales que permitan a mujeres y hombres gestionar tanto las responsabilidades domésticas como el mercado laboral. Dichos cambios fomentarán la participación de las mujeres en el mercado laboral, fortaleciendo la capacidad productiva de las economías a medida que las poblaciones envejecen.
- f) Por lo que se refiere a la SOLEDAD NO DESEADA, las mujeres mayores tienen mayor riesgo de soledad y de falta de apoyos y cuidados. Una encuesta del INE de 2019 ya señalaba que el

72% de las personas mayores que viven solas son mujeres. Ello se debe, en gran parte, a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, se casan en menor medida que los hombres al quedarse viudas, cuentan con menos recursos para buscar apoyo externo cuando necesitan cuidados y tienen menos acceso a las nuevas tecnologías.

La soledad (una experiencia subjetiva que surge de los déficits cualitativos y cuantitativos en las relaciones sociales de una persona), se debe diferenciar del aislamiento social (se refiere a una red social cuantitativamente disminuida). Existen tres tipos de soledad: 1) Social: ausencia de conexión social, percepción de aislamiento social e insatisfacción con la calidad de relaciones); 2 Emocional: ausencia o pérdida de relaciones significativas que satisfagan una necesidad sentida de ser reconocido y 'pertenecer' a alguien o a un grupo (en el trabajo o en la familia); 3 Existencial: Un aspecto de la condición humana que expresa la separación de la persona de los demás (Moustakas, 1961, Cherry et al. 1993, Hauge et al. 2010).

Sea cual sea la causa de la soledad, compete a las Administraciones Públicas (locales, autonómicas y estatales), detectar estas realidades y cubrir las necesidades que, como consecuencia de ellas, se generan.

3.7. LUCHAR CONTRA EL EDADISMO Y OTROS TIPOS DE DISCRIMINACIÓN

- a) La OMS define el edadismo como los estereotipos (lo que pensamos), los prejuicios (como nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas debido a su edad. El edadismo tiene un fuerte impacto en nuestra salud y bienestar, y se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente, una recuperación más lenta de las personas que padecen enfermedades crónicas, una peor vivencia de la discapacidad y un deterioro cognitivo.

- b) Por ello, necesitamos poner en marcha campañas de sensibilización y concienciación que eliminen los estereotipos y prejuicios asociados a la vejez desafiando el lenguaje, la cultura y las prácticas edadistas y discriminatorias hacia las personas mayores —tanto en la política como en la práctica asistencial— por medio de tres estrategias que han demostrado su eficacia:
 - la política y la legislación que ayude a reducir el edadismo.
 - las intervenciones educativas en todos los niveles y tipos de educación.
 - actividades intergeneracionales que fomenten la relación e integración de personas de distintas generaciones.

Todo ello no solo favorecerá la lucha contra la soledad no deseada, sino que nos permitirá crear entre todos un mundo para todas las edades.

- c) Además, para evitar la discriminación por razón de edad, es indispensable fomentar el Buen Trato (establecer relaciones satisfactorias basadas en la consideración, la empatía, el reconocimiento mutuo y la igualdad), y que el entorno de vida facilite los apoyos necesarios para que las personas mayores puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.

La importancia del buen trato hacia este colectivo es un reto, no solo en la detección y actuación ante situaciones de abuso o trato inadecuado, si no como otro eje en la actuación con mayores, proporcionándoles un trato adecuado en la sociedad, la familia y los medios de comunicación, así como favoreciendo la visibilidad de las personas mayores en el entorno con toda su diversidad.

- d) Las intervenciones de contacto intergeneracional, una de las estrategias recogidas en el *Informe Mundial sobre el Edadismo de la OMS (2021)*, tienen como finalidad fomentar la interacción entre personas de diferentes generaciones y son una estrategia importante para abordar el edadismo. Habitualmente consisten en reunir a personas mayores y personas jóvenes para trabajar conjuntamente en tareas que fomentan la relación y la comprensión intergeneracionales.

Las actividades de contacto intergeneracional se dividen a menudo en las que comportan un contacto directo y las que utilizan un contacto indirecto. El contacto directo incluye una interacción presencial, que puede darse en diversos contextos, como la participación conjunta de personas mayores y jóvenes en juegos, tareas de jardinería, arte o musicoterapia; la enseñanza mutua; las visitas de personas jóvenes a residencias o la prestación de servicios con personas mayores; la realización de entrevistas amplias o debates por parte de personas mayores con personas jóvenes o viceversa; o que personas mayores y personas jóvenes vivan juntas, a lo que se denomina a veces «hogares compartidos».

Entre las actividades de contacto intergeneracional directo más frecuentes se encuentran los programas a nivel escolar (encuentros de personas mayores con los estudiantes una vez por semana durante 1-2 h, para explicar realidades pretéritas, pintar o poner en común recetas y cocinar juntos), compartiendo intereses y puntos de vista, que no siempre coinciden, pero que deben ser entendidas y puestas en común por ambas generaciones.

Las intervenciones de contacto intergeneracional indirectas comportan que los participantes entren en contacto con otro grupo etario sin un encuentro directo o presencial. A veces se diferencia el contacto indirecto ampliado del imaginado. El contacto indirecto ampliado se produce cuando, por ejemplo, se sabe que un amigo de edad similar tiene amigos de otro grupo etario. Se basa en la idea de que los amigos de mis amigos son mis amigos. El contacto indirecto imaginado se da cuando se pide a una persona que imagine tener un encuentro positivo con una persona de otro grupo etario.

La teoría del contacto intergrupar explica de qué forma actúan las intervenciones de contacto intergeneracional para reducir el edadismo. La facilitación del contacto entre grupos en condiciones óptimas reduce los prejuicios intergrupales y, en menor medida, los estereotipos, al reducir la ansiedad acerca del contacto intergrupar y aumentar la obtención de perspectiva y la empatía.

- e) En cuanto a la discriminación que sufre el colectivo de personas mayores LGTBI, debemos subrayar que se enfrentan al reto que supone afrontar su vejez haciendo frente a mayores tasas de soledad y aislamiento, y con menores apoyos de sus redes familiares que el resto de la población en general. La mayor parte de este colectivo, que históricamente ha sufrido una discriminación de sus derechos, siente o ha sentido el rechazo o el cuestionamiento por parte de sus familias, los propios servicios públicos o buena parte de la sociedad, por lo que esta situación de múltiple discriminación, a menudo silenciada o invisibilizada, condiciona su vida y bienestar.

Como señalan algunos expertos, el hecho de no tener pareja, vivir en soledad y no tener hijos son situaciones identificadas como «predictoras» de una soledad no deseada. Aunque existe gran diversidad en cuanto a situaciones y trayectorias vitales de personas LGTBI, sí parece que esta realidad se da «con mayor frecuencia» en el colectivo, de modo que se puede considerar que es efectivamente mayor su riesgo de sentir soledad.

Las personas mayores LGTBI pertenecen como mínimo a dos grupos estigmatizados: como colectivo han sido expuestas a violencias lgtbifóbicas y, como mayores, pueden ser «invisibles, más pobres, posiblemente menos autónomas y menos valiosas a nivel social». Todo ello se traduce en un mayor estrés psicosocial, más posibilidades de padecer soledad no deseada y más miedo a circular por espacios que se perciben como «poco seguros».

Sigue habiendo reivindicaciones que se deben cubrir para garantizar espacios seguros e inclusivos en entornos residenciales para personas mayores o en los propios servicios de ayuda a domicilio. Por todo ello, es necesario que haya una formación especializada para profesionales que trabajan en estos sectores, e «imprescindible» que existan leyes que reconozcan y garanticen una respuesta a las necesidades y demandas específicas de este colectivo, de ahí que la implicación de las administraciones públicas se considere crucial, como señalan diversos expertos.

3.8. CONSTRUIR/REDISEÑAR/ADAPTAR CIUDADES Y COMUNIDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES

- a) La iniciativa de la OMS «*Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores*» surge como respuesta al acelerado envejecimiento y urbanización de la población mundial. De esta manera y atendiendo a los desafíos que representan para las ciudades y países el envejecimiento, la OMS crea la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores (*Age-friendly World*), a la cual, a día de hoy, se han sumado más de 1000 ciudades y comunidades alrededor del mundo.

Esta iniciativa, busca lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con las personas mayores, aprovechando el potencial que representan para la humanidad. Una ciudad amigable con los mayores, alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación, movilidad y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en particular, y por ende de toda la población en general, a medida que se envejece.

- b) Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un lugar que adapta los servicios y estructuras físicas para ser más inclusivo y se ajusta activamente a las necesidades de su población, para mejorar la calidad de vida de esta cuando envejece. Una ciudad amigable fomenta el envejecimiento saludable al optimizar los recursos para mejorar la salud, la seguridad y la inclusión de las personas mayores en la comunidad. Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores:

- Trabaja para ofrecer a las personas mayores más oportunidades de participar en la vida cotidiana, envejecer de una manera activa y saludable, y vivir sin temor a la discriminación, exclusión o pobreza.
- Ofrece a las personas mayores la oportunidad de crecer y desarrollarse como individuo mientras contribuye a su comunidad.
- Permite que las personas mayores envejeczan con dignidad y autonomía.
- Fomenta el envejecimiento saludable a través las políticas, servicios, entornos, y estructuras.

- c) La iniciativa de la OMS de construir/adaptar una Ciudad y Comunidad Amigable con las personas mayores incluye 8 áreas temáticas, desde las cuales las personas mayores diagnostican las ventajas y barreras que existen en su entorno, lo que se complementa también con la perspectiva de servicios y cuidadores en los sectores público, privado y voluntariado. Estas áreas son: 1) Vivienda; 2) Participación Social; 3) Respeto e Inclusión Social; 4) Participación Cívica y Empleo; 5) Comunicación e Información; 6) Servicios Comunitarios y de Salud; 7) Espacios al aire libre y edificios; 8) Transporte.

En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante:

- El reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores.

- La previsión de y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento.
- El respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida.
- La protección de las personas más vulnerables.
- La promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas.

3.9. POTENCIAR EL USO DE LA TECNOLOGÍA PARA LOGRAR UNA LONGEVIDAD SALUDABLE Y UNA MAYOR AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA

- a) El uso de la tecnología para aumentar los años vividos con buena salud representa otro alejamiento del enfoque tradicional de la medicina en el tratamiento de enfermedades. La tecnología para una sociedad que envejece ha pasado por cuatro olas:
- La primera ola resultó en tecnologías de asistencia diseñadas para mejorar la funcionalidad.
 - La segunda trató la tecnología y el envejecimiento como un problema «inteligente», con un enfoque en la gestión, el seguimiento y la motivación del comportamiento de las personas, por ejemplo, a través de hogares inteligentes.
 - En la tercera ola (actual), el papel de la tecnología en el envejecimiento se ve como una oportunidad económica para las empresas que pueden innovar productos con el potencial de incorporar vitalidad, funcionalidad, actividad y diversión y así ayudar a crear sociedades amigables con el envejecimiento.
 - En una cuarta ola (paralela), el envejecimiento se ve como un problema de equidad e inclusión que puede ser abordado en parte por la tecnología.
- b) Las tecnologías digitales tienen el potencial de mejorar la longevidad saludable a nivel individual y del sistema. Durante la pandemia de COVID-19, las compras de tabletas y dispositivos inteligentes aumentaron entre las personas mayores en muchos países, al igual que el uso de plataformas basadas en Internet para comunicarse, recibir servicios de atención médica, organizar entregas de comestibles y más.

Estos aumentos en la adopción de tecnología por parte de las personas mayores ilustran la oportunidad que presenta la era digital actual para implementar innovaciones transformadoras para avanzar en la creación de sociedades amigables con el envejecimiento que satisfagan las necesidades de las personas mayores y les permitan participar activamente y enriquecer sus comunidades. La tecnología digital también ofrece el potencial de transformar los sistemas de salud reactivos para hacerlos proactivos, predictivos y preventivos (OMS, 2021b).

- c) La tecnología presenta oportunidades para mejorar la longevidad saludable, pero será necesario abordar también los desafíos, como garantizar el acceso equitativo y la asequibilidad de los posibles tratamientos y tecnologías, abordar las inequidades relacionadas con la brecha digital y los determinantes sociales y digitales subyacentes de la salud y, finalmente, evitar el uso indebido de los datos generados por la tecnología inteligente y la necesidad de garantizar que los datos personales se utilicen solo para los fines previstos (OMS, 2021b).

3.10. APOYO A LOS CUIDADORES FAMILIARES Y PROFESIONALES DEL CUIDADO

- a) La actual infraestructura, servicios y apoyo de CLD en toda Europa son inadecuados para satisfacer las crecientes y complejas necesidades de la población actual cada día más envejecida. Existe una baja remuneración de los trabajadores de CLD y una baja valorización de este sector, siendo la mayoría mujeres inmigrantes.

Nos encontramos, además, con una excesiva y anárquica comercialización y mercantilización de los servicios de atención social y una falta de inversión en la prestación de servicios sin fines de lucro, incluyendo iniciativas de economía social y soluciones basadas en el hogar y la comunidad, incluidas inversiones en servicios de atención domiciliaria adecuados e integrales.

Resulta preocupante que existan desigualdades vinculadas a una dependencia excesiva de personas cuidadoras informales, que puede atribuirse a una subvaloración del trabajo de cuidados desde un punto de vista social, profesional y económico, y que de hecho está creando un círculo vicioso para las mujeres. Mientras la sociedad no reconozca plenamente los beneficios del trabajo de cuidados, los gobiernos seguirán suprimiendo la inversión en el sector de los cuidados, lo que dará lugar a un círculo vicioso que reforzará las desigualdades entre hombres y mujeres.

Desafortunadamente, en la actualidad la reducción gradual de las redes de cuidados informales y el impacto de la emigración en las redes de cuidados familiares extendidos significa que muchas personas de 80 años o más necesitan mayores niveles de CLD formales. Por lo tanto, esperamos una mayor presión para una mayor provisión pública y financiación de los servicios de CLD, ahora y en las próximas décadas a medida que aumenten las necesidades de atención.

- b) La formación y el apoyo a las personas cuidadoras es fundamental para:
- mantener la provisión de cuidados.
 - garantizar el bienestar de las personas mayores y las personas cuidadoras.
 - poder satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y económicas.

Para prevenir el agotamiento en el cuidado informal se deben ofrecer alternativas de cuidado formal (asequibles y disponibles) para todos los grupos socioeconómicos, lo que permitirá...

- facilitar el equilibrio entre el cuidado, el trabajo y el ocio.
- reducir la carga del cuidado para todas las partes involucradas.

La capacitación incluirá:

- las necesidades físicas de la persona mayor (control de la T.A, higiene...).
- desarrollo de habilidades de cuidado ético y compasivo.
- estrategias de autocuidado.

En cuanto a la formación, se debe:

- proporcionarla de acuerdo con las necesidades de las personas cuidadoras y las personas mayores a las que se cuida.
- capacitar a las personas cuidadoras en habilidades preventivas, para afrontar nuevos retos de necesidades de atención futuras e inesperadas, tales como descompensaciones de su estado general, complicaciones imprevistas, etc.

4. CAMBIOS DE PARADIGMA EN CLAVES DE FUTURO

El Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona para personas mayores con necesidades complejas que proponemos, ha de inspirarse también en los siguientes cambios de paradigma:

4.1. DE LA ATENCIÓN, A LA PREVENCIÓN Y LA «INCLUSIÓN»

Los proveedores de atención deben involucrarse más en la prevención y la inclusión. Se trata de realizar visitas preventivas a domicilio, activar a las comunidades para que incluyan a las personas mayores vulnerables del vecindario en las actividades comunitarias e incluso a los mayores de residencias. Y mantener a las personas mayores involucradas socialmente y tratar de que se sientan útiles.

Para desarrollar políticas públicas con actuaciones preventivas y de acompañamiento social en las distintas etapas de la ciudadanía de más edad, es necesario dotar a los servicios sociales de equipos multidisciplinares, propiciando una formación continua y especializada, de forma que puedan actuar de manera preventiva —no solo asistencial— y ser catalizadoras del cambio en los distintos estamentos y departamentos de la administración.

Igualmente, es necesario el diseño y desarrollo de programas para personas mayores en los distintos niveles de vulnerabilidad desde la perspectiva de la prevención, promoción y visibilización social, así como el desarrollo de forma homogénea desde la administración de los servicios de atención domiciliaria no vinculados a dependencia. Estos son claves en la prevención, detección y planificación de actuaciones junto con la persona objeto de acompañamiento, así como en el apoyo a las personas cuidadoras, incluyendo servicios y actuaciones del tipo: terapia ocupacional a domicilio, respiro familiar, grupos de autoayuda, etc.

4.2. CAMBIO DE LA «CALIDAD DE LA ATENCIÓN» A LA «CALIDAD DE VIDA»

Es imprescindible llevar a cabo un cambio cultural en el proceso de atención a las personas mayores frágiles que debe evolucionar de la «calidad de la atención» (*calidad técnica*) a la «calidad de vida» (es decir, la forma en que se proporciona la atención (*calidad funcional*), y el efecto que produce en la calidad de vida). Y es necesario, también, implementar nuevos conceptos como la salud positiva y la calidad del servicio con el fin de centrarse más en el usuario y en la atención y los servicios para personas mayores.

En muchos países se otorga mayor importancia a la evaluación de la calidad realmente dispensada al estar el centro ya en funcionamiento, que a la comprobación de farragosos listados de requisitos relacionados con las condiciones materiales y organizativo-funcionales antes de comenzar a funcionar. Los sistemas de evaluación de la calidad incluyen, habitualmente, tanto indicadores de estructura, como de proceso y resultado, pero dan mayor peso a estos últimos, los cuales a su vez incorporan resultados vinculados no solo a aspectos clínicos, de salud y seguridad, sino también al bienestar percibido y a la protección de los derechos de las personas en su vida cotidiana.

A destacar también la opción seguida por distintos países de hacer públicos los resultados de las inspecciones y de las evaluaciones realizadas a los centros, lo que facilita no solo un mayor control por la población del funcionamiento de los servicios, sino también la transparencia de la información para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en relación a quién confiar sus cuidados.

4.3. REDEFINIR/REORIENTAR «LO INSTITUCIONAL» A «HOGAR»

En este apartado, hacemos nuestras las recomendaciones de cualificados expertos en la materia tanto de nuestro país como del ámbito internacional. Todos ellos subrayan que la mayoría de los países occidentales están avanzando hacia modelos ecosistémicos de carácter comunitario, generalmente territorializados en torno a la dimensión municipal. La respuesta a las necesidades y deseos de las personas se planifica en torno a su domicilio, como espacio elegido para vivir aun cuando se necesite ayuda.

Ello está dando lugar a un desarrollo incesante de modelos de atención en el ámbito comunitario, generando un acusado descenso en los índices de cobertura de centros residenciales – centros que, al mismo tiempo, están experimentando un proceso de reformulación/reorientación hacia otro tipo de soluciones más próximas a los modelos domésticos– a favor de un incremento de servicios e iniciativas de carácter domiciliario que intentan dar respuestas integrales a necesidades diversas.

El paradigma vivienda se ha aplicado también en el proceso de reformulación de los centros residenciales en unidades de convivencia que respondan al principio «si no es en casa, como en casa». Cada día es más frecuente la tendencia a abandonar los modelos residenciales tradicionales, buscando entornos de cuidado donde prime el carácter hogareño y la vida cotidiana significativa que se alejan de modelos y rutinas institucionales, asociadas a menor adaptación y diversas manifestaciones de malestar emocional especialmente entre las personas con demencia.

Sin embargo, sin un buen modelo de cuidados en el domicilio y entorno comunitario, el marco conceptual «vivienda» como solución para las personas en situación de dependencia no tiene futuro. En definitiva, se trata de avanzar en la implantación de un modelo de cuidados de larga duración de carácter ecosistémico, territorializado y basado en el concepto «vivienda para toda la vida».

El modelo basado en el concepto «vivienda para toda la vida», debe contar con un sólido sistema de provisión de atenciones, apoyos y servicios domiciliarios de base comunitaria. La imprescindible coordinación de cuidados sociales, sanitarios, familiares y otros procedentes de la acción voluntaria y comunitaria pueden ser coordinados desde la metodología de gestión del caso de procedencia sanitaria o social en función del tipo de complejidad que presente la persona mayor.

Para facilitar el ambiente hogareño en los centros y abandonar «lo institucional», se trata de reorganizar los centros en pequeñas unidades residenciales modelo hogareño, lo cual implica actuaciones referidas al diseño del espacio físico y a la organización de la actividad diaria. En relación al diseño y organización de las viviendas o miniapartamentos, es recomendable que:

- Su tamaño sea limitado sobre todo cuando son personas con demencia (no más de 12 personas).
- Los espacios comunes sean susceptibles de subdivisión, en función de la disponibilidad de cuidadores y del tipo de actividad que se lleve a lo largo día.
- Se ubiquen en torno a un espacio común central que disponga de una cocina comedor y de un salón de estar donde se realiza la vida cotidiana con estas personas.
- Cuenten con un espacio amplio amueblado por la persona que garantice su intimidad, autonomía e identidad.
- Se organicen siguiendo criterios de afinidad personal, intereses y modos de vida similares, en vez de según grados de dependencia.
- Aplicar los principios de la Teoría Sensorial en arquitectura, introduciendo los protocolos de color para crear los ambientes emocionales y conductuales óptimos, que sean «aliados» de la atención y cuidados que las personas mayores necesitan.

Promover un acceso sencillo y seguro a zonas que permitan estar al aire libre (jardín, terrazas o incluso barrios de la urbanización), de máxima importancia para las personas con demencia, evitando que estén «encerradas» en unidades, que puedan caminar en zonas exteriores, experimentando sensación de libertad. Y, además:

- Fomentar el contacto social con el barrio y personas de distintas edades.
- Organizar la presencia habitual y planificada de voluntariado en los centros.
- Fomentar y apoyar la presencia y colaboración familiar en la actividad cotidiana del centro.
- Ofrecer oportunidades y apoyos para que las personas puedan mantener sus prácticas religiosas y espirituales.
- Respetar la diversidad cultural en cuanto a hábitos (comida, vestido) y modos de vida, sensibilizando y formando a los profesionales en este tema.
- Prestar una especial atención a la búsqueda del bienestar y de la vida significativa en personas con demencia (estímulo a la participación en actividades cotidianas, utilización de música personalizada, etc.).

Finalmente, para avanzar en la personalización de la atención, la protección de derechos y el bienestar de los residentes en instituciones que reciben cuidados:

- Desarrollar estrategias para visibilizar, informar y apoyar los derechos de las personas que viven en residencias.
- Prestar especial atención a la protección de sus derechos, así como a la búsqueda del bienestar de las personas con demencia.
- Realizar planes personalizados de atención que incorporen objetivos de cuidados y objetivos relacionados con el aseguramiento de derechos.
- Impulsar y facilitar la participación de la persona, y en su caso, de alguna persona cercana (familia o amistad) en el diseño y realización del plan de atención.
- Valorar, y en su caso apoyar, las preferencias personales importantes para las personas, evitando la tendencia a restringir la libertad ante situaciones que supongan el mínimo riesgo para la seguridad de la persona.

4.4. FORMAR A PROFESIONALES PARA LA «CO-CREACIÓN CON LA FAMILIA»

Prestar atención ya no es un mero dominio del «profesional de la atención». Durante demasiado tiempo, los entornos institucionales han sido sistemas cerrados. La co-creación con la familia involucra a la familia en el entorno del cuidado directo lo que redundará en beneficios para el mantenimiento de las relaciones afectivas, teniendo en cuenta, además que la familia también puede desempeñar un papel como alerta temprana a través de la tecnología.

4.5. CAMBIO DE UN ENFOQUE MÉDICO A UN «ENFOQUE SOCIAL Y DE SERVICIOS»

El «modelo médico» sigue siendo dominante en el cuidado de los ancianos. Un enfoque social y de servicio relacionado con la calidad de vida debe ser predominante sin negar que la atención médica juega un papel importante en segundo plano cuando el usuario no tiene problemas de salud.

En cuanto al modelo de atención se aprecia en el conjunto de países analizados una clara apuesta por avanzar más allá de lo sanitario y lo asistencial. La línea rectora reside en el enfoque de atención integral e integrada y centrado en las personas que busca la personalización de la atención, protegiendo derechos y velando, especialmente, además de la seguridad y los cuidados integrales, por el bienestar personal y el apoyo a una vida significativa.

4.6. ORGANIZAR DESDE UN DOMINIO DEL SISTEMA, HACIA UN «ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA»

Se constata un creciente interés en apoyar procesos de desarrollo organizacional para avanzar desde organizaciones jerárquicas a centros colaborativos donde se alienta y canaliza la participación de los profesionales junto con las personas usuarias y sus familiares, se anima al aprendizaje y se incentiva a la mejora continua y la innovación. El mensaje es claro, precisamos un cambio cultural en la visión del cuidado y para ello debemos transformar las organizaciones —mejorando la coordinación entre usuarios (y familiares), Servicios de Atención Primaria y Servicios Sociales locales— hoy muchas ellas obsoletas y ancladas en modelos organizacionales que no generan bienestar a nadie.

Los servicios y organizaciones que dispensan cuidados de larga duración van tomando cada vez mayor consciencia de un enfoque que concede importancia a lo grupal, a los procesos de los equipos y a la dimensión organizacional. Además, también hay que reseñar que los modelos residenciales de la mayoría de los países occidentales, apuestan por la participación en la definición de los servicios de los distintos actores del cuidado. De este modo se han puesto en marcha estrategias, como la creación de órganos de participación para fomentar y canalizar la participación de familias, residentes y profesionales.

En cuanto a los profesionales y equipos, se constata en los países e iniciativas más innovadoras un importantísimo cambio en el rol de los profesionales, vinculado al enfoque de atención centrada en la persona, cuyo punto de partida es una visión centrada en el reconocimiento del valor de la persona, así como al propósito de cuidar respetando y apoyando el proyecto de vida y la identidad personal.

5. ACCIONES PRIORITARIAS EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES:

A continuación, proponemos algunas medidas que consideramos prioritarias para un cambio de modelo de atención que garantice unos cuidados de alta calidad, integrados, asequibles, accesibles y centrados en las necesidades y derechos de las personas mayores, incluido el derecho a la mejor salud y atención social posibles.

5.1. NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

En un entorno en el que predominan la complejidad clínica, la fragilidad y la dependencia, los cupos, tal como se entienden hoy, están perdiendo efectividad. Por ello, como proponen cada vez más expertos, la Atención Primaria debería reorganizarse en función de subgrupos de usuarios/pacientes con necesidades de atención similares. De esta manera, cada usuario dispondría de un equipo asistencial de referencia con competencias que se ajustarían a las previsiones de su ámbito de complejidad.

5.1.1. ACCIONES PRIORITARIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA:

En el ámbito de la Atención Primaria es necesario llevar a cabo un rediseño organizativo progresivo nucleado en torno a una serie de elementos estructurales y organizativos, como se detalla a continuación.

En cada Centro de Salud debería existir, al menos, un equipo interdisciplinar para la atención de pacientes crónicos de alta complejidad integrado por: *médico de familia y enfermero/a de EFyC del paciente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, farmacéutico comunitario y psicólogo clínico*, y coordinado por un gestor de casos (enfermero/a o trabajador social, dependiendo de la complejidad clínica y/o social del paciente). Estos equipos contarían con el asesoramiento permanente de geriatras, psicogeriatras y médicos rehabilitadores para la resolución de casos complejos, y deberían reunir una serie de atributos:

- Mentalidad generalista y comunitaria.
- Potenciación del trabajo enfermero domiciliario.
- Dotar de los recursos necesarios para el desarrollo de las competencias avanzadas de los/las enfermeros/as en la toma de decisiones (que implican movilización de recursos, en situaciones de crisis).
- Autoridad clínica sobre los profesionales del hospital y de los servicios sociosanitarios.
- Capacidad para coordinar servicios hospitalarios a domicilio o en residencias.

La evidencia sugiere que los modelos de provisión de servicios para las personas mayores con necesidades de atención complejas, deben reunir las siguientes características:

- Intervenciones a nivel comunitario y domiciliario.
- Evaluaciones centradas en la persona y Planes de Atención integrados.
- Objetivos y toma de decisiones compartidas.
- Apoyo al autocuidado.
- Equipos de atención interdisciplinar.
- Información unificada o sistemas de intercambio de datos.
- Compromiso de la comunidad y apoyo a la persona cuidadora.
- Vínculos formales con atención social y servicios de apoyo.

Los equipos interdisciplinarios deben llevar a cabo un seguimiento proactivo del paciente en su domicilio, con un control exhaustivo del proceso para prevenir descompensaciones a través de llamadas de control por personal de enfermería, planteando preguntas que puedan desvelar signos de alarma. Con el tiempo, el paciente y/o la persona cuidadora aprenden a detectar estas alertas, después de un proceso de formación en autocuidados.

Si el paciente requiere ingreso hospitalario, el gestor de casos se encarga de gestionar el ingreso y planificar el alta precoz con los profesionales referentes del hospital. De esta manera, la AP (o, en su caso, la Atención Intermedia), estarán preparadas para ocuparse del paciente tras recibir el alta y facilitar su regreso al domicilio y/o residencia en las mejores condiciones posibles.

5.2. NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIA-DOMICILIARIA

En el Ámbito de la Atención Comunitaria-Domiciliaria, los elementos clave de la reorganización a nivel local (entorno comunitario), son:

- Establecer estrategias compartidas de detección, valoración interdisciplinar y planificación proactiva de la atención.
- Atención de calidad en las transiciones asistenciales.
- Garantizar un continuum asistencial, con respuesta personalizada a crisis y descompensaciones, las 24 horas/7 días de la semana.
- Despliegue de recursos de atención intermedia como alternativa a la hospitalización.
- Planes de atención colaborativa e integrada con los servicios sociales.
- Atención en el domicilio y en contextos residenciales.
- Atención a las trayectorias de final de vida.

Es importante garantizar la cobertura de una serie de servicios y apoyos comunitarios muy valorados por las personas mayores, como: *transporte comunitario, adaptaciones de la vivienda, gestión de la medicación, compras, actividades sociales, uso de TICs, apoyo a las personas cuidadoras, asesoramiento, etc.*

Un recurso escaso pero cada día más necesario en el ámbito de la atención comunitaria-domiciliaria son los Centros de día y de noche, claves en los cuidados a las personas y en el acompañamiento a las familias y entorno, así como fundamental en el mantenimiento de la persona en la comunidad. Estos recursos deberían dotarse de forma pública en función del número de habitantes mayores de 65 años de cada municipio de manera que garantizáramos el acceso a un mayor número de personas solicitantes en espera de plaza y que no pueden sufragar de forma privada el servicio.

5.3. NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los pacientes con necesidades asistenciales complejas al ingresar en el hospital de agudos (HA):

- Deben recibir un servicio en consonancia con el que reciben en la comunidad.
- El tiempo de hospitalización debe ser lo más breve posible para minimizar las complicaciones inevitables que genera la estancia hospitalaria dada la fragilidad de este tipo de usuarios (disminución de la capacidad funcional, desorientación, depresión, mayor riesgo de infecciones, etc).
- Los hospitales deben disponer de equipos interdisciplinarios que cuenten con médicos con visión generalista, enfermeras especialistas en geronto-geriátrica y trabajadores sociales conectados con sus colegas comunitarios.

- Todas las decisiones que deban tomar estos profesionales, han de hacerlas habiendo sido compartidas con los propios pacientes y sus familias, y con los profesionales de AP.
- Los médicos especialistas del hospital (geriatras, rehabilitadores, internistas, cardiólogos, neumólogos, neurólogos, etc.) deben actuar como consultores y servicios de apoyo al equipo específico de Atención Primaria responsable de la atención a pacientes crónicos complejos.

5.3.1. ACCIONES PRIORITARIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

SERVICIOS DE URGENCIAS

Se deben proyectar áreas específicas para pacientes frágiles y pluripatológicos con el fin de evitar desorientaciones, caídas, úlceras, etc., así como adecuar espacios silenciosos para reunirse las familias y los equipos implicados con el fin de favorecer la toma de decisiones compartida. En concreto, los servicios de urgencias deberían:

- Incorporar una metodología geriátrica en su práctica asistencial (llevar a cabo una Valoración Geriátrica Integral [VGI]: clínica, funcional, mental y social, herramienta que reduce la mortalidad hospitalaria y los reingresos, por lo que todos los clínicos que tratan a personas mayores, de cualquier especialidad, deberían recibir formación en VGI).
- Elaborar un Plan de Atención Personalizado (PaP) y ser muy precisos con los criterios de ingreso: se ha demostrado que si se sigue esta metodología, los pacientes tienen un 30% más de probabilidades de sobrevivir y volver a casa.

PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

La edad no debería ser nunca una barrera para recibir una atención apropiada, coordinada, segura, eficiente y efectiva. Los pacientes geriátricos desean que se les dedique tiempo y ser escuchados, requisitos que van en contra de las formas de trabajo de las plantas de hospitalización. Por ello, el personal de planta debería desarrollar habilidades comunicativas específicas para garantizar una atención de calidad a los pacientes crónicos complejos.

Los Hospitales de agudos (HA) deben desarrollar pautas de prevención de las principales iatrogenias hospitalarias, la mayoría de las cuales son competencia del personal de enfermería: úlceras por presión (UPP), desorientación (y delirium), infecciones, caídas, desnutrición, tromboembolismo, deshidratación, etc. Conviene señalar, además, que la estancia hospitalaria prolongada puede aumentar, por sí misma, la fragilidad del paciente.

Las órdenes médicas, prescripciones e interconsultas de las plantas de hospitalización se deberían ajustar, también, al plan previamente elaborado por el equipo de atención primaria (EAP). Para ello, cuando un paciente crónico complejo esté ingresado, se deberían convocar sesiones socio-clínicas con la presencia de los referentes del EAP para fomentar la coordinación y las derivaciones entre hospital y domicilio y/o nivel de atención intermedia.

5.4. NIVEL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

La atención intermedia comporta la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda (que conlleva una dependencia clínica y social) a su domicilio o residencia, tras un periodo de recuperación funcional, si bien representa un nivel asistencial con escaso desarrollo en nuestro país.

El perfil de pacientes que precisan cuidados intermedios (pacientes subagudos) se corresponde generalmente con: *convalecencias tras ingresos complicados, inmovilismo, fragilidad y pérdida de la capacidad para las AVD, continuación de tratamientos* (fracturas de cadera, ACVs, implantación de prótesis...), enfermedades crónicas (insuficiencia cardiaca, renal o pulmonar o pacientes con UPP o de origen vascular) que precisan de un mayor tiempo para el control de sus alteraciones y poder conseguir una recuperación funcional o cuidados paliativos.

Los pacientes subagudos, generalmente mayores, pluripatológicos, polimedicados y con alta vulnerabilidad, están expuestos a un alto riesgo de complicaciones evolutivas que provocan ingresos prolongados (y reingresos), y requieren cuidados específicos en centros/dispositivos de atención intermedia (unidades de postagudos, hospitalización de alta intensidad, hospital de día, hospitalización a domicilio, residencias sociosanitarias acreditadas, centros de rehabilitación comunitarios, atención sociosanitaria a domicilio, etc).

Finalmente, los cuidados intermedios permiten liberar recursos de los HA y regular la utilización de otros servicios sanitarios (consultas, visitas a urgencias...). Por ello, es urgente diseñar nuevas estructuras o reconvertir los servicios ya existentes para hacer frente a la demanda futura procedente del progresivo envejecimiento de la población.

5.4.1. ACCIONES PRIORITARIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Teniendo en cuenta los problemas derivados de la creciente demanda y la escasez de recursos de atención intermedia con que cuenta nuestro país, consideramos necesario para el desarrollo de este nivel asistencial llevar a cabo las siguientes medidas:

- Proponer los cuidados intermedios como una urgente prioridad política, dado el papel tan destacado que juegan en la contención de la demanda en hospitalización de agudos, y en la implementación de un modelo de atención más integrado, efectivo y eficiente para los pacientes con necesidades complejas.
- Desarrollar un sistema de acreditación de centros que permita garantizar la calidad de los servicios y aumentar la visibilidad de la atención intermedia entre los usuarios.
- Establecer un marco normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta manera, se garantizaría la equidad de los cuidados intermedios en cada Comunidad Autónoma, al tiempo que serviría para adaptar el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales.
- Adaptar el desarrollo de la oferta a los recursos ya disponibles en cada Comunidad Autónoma. Se trataría de aprovechar los recursos ya existentes (bien en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados) y aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas para generar una oferta basada en necesidades reales.
- La implementación de estas acciones contribuirá, sin duda, a una mejora de la calidad de atención, una mayor satisfacción de los pacientes, una contención de la enorme demanda en hospitales de agudos, y una mayor eficiencia del sistema.

Afrontamos un proceso que implica un cambio cultural en el cuidado, así como una transformación estructural y funcional de las organizaciones que atienden a las personas mayores con necesidades complejas, por lo que necesitamos un modelo de cuidados profesionalizado y muy centrado en valores, lo cual supone un reto complejo pero necesario e inaplazable.

Necesitamos diseñar comunidades y entornos de vida inclusivos que sitúen a las personas mayores con sus necesidades y preferencias en el centro del sistema de cuidados, en lugar de seguir anclados en un sistema que gira en torno a la enfermedad, las necesidades de los gestores y clínicos, y la política de los proveedores de servicios.

Desde SOCISALUD instamos al gobierno de la Comunidad de Madrid a que:

- en vez de invertir en la institucionalización de las personas mayores en situación de fragilidad, lo hagan en servicios comunitarios.
- en lugar de catalogar a los pacientes según los recursos que se cree que se les adecuan más, evalúen qué necesitan para seguir viviendo en su casa.
- y, a que cambien la mentalidad de planificar estructuras por la de valorar necesidades.

A través de su trabajo, los medios de comunicación, los responsables políticos y las industrias culturales y de ocio pueden cambiar la visión de las personas de edad avanzada muy asociada con estereotipos discriminatorios como fragilidad, vulnerabilidad, dependencia y baja competencia, hacia una vida de igual valor y propósito que merece no solo un trato digno, sino también el respeto a las preferencias y decisiones de las personas mayores sobre cómo y dónde desean ser atendidos.

NOTA: El GRUPO DE TRABAJO que ha elaborado este documento agradece todas aquellas aportaciones y sugerencias que desde distintos ámbitos y sectores profesionales relacionados con la atención a las personas mayores puedan contribuir a favorecer el envejecimiento en la comunidad y a luchar contra el edadismo y la discriminación por razones de edad, así como a mejorar la calidad de los cuidados, la participación social, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores con necesidades complejas.

6. INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE MAYORES

Figuran por orden alfabético:

Manuel Castro

- ▼ Psicólogo, CEO Edad Dorada «Mensajeros de la Paz».

Julián Corral

- ▼ Médico de Salud Pública – Gerontólogo Social
- ▼ Experto en Planificación y Asesoramiento de Servicios Gerontológicos (Consultoría Albor y APTASE - Asociación Profesional del Talento Sénior).

Adolfo García

- ▼ Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)
- ▼ Presidente de la Plataforma de Afectados por Hepatitis C de Madrid (Plafhc Madrid).

Jesús Lolo

- ▼ Funcionario del Ayuntamiento de Leganés (jubilado).

Ana López-Torres

- ▼ Enfermera.
- ▼ Especialista en Atención Familiar y Comunitaria.
- ▼ Vocal de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP).

Marisa Pérez

- ▼ Concejala de Mayores y Bienestar Social del Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid

Lucía Villegas

- ▼ Funcionaria de Justicia (jubilada)
- ▼ Vocal del Consejo Municipal de Mayores de Rivas
- ▼ Experta en Políticas Sociales.

Coordinador del GRUPO DE TRABAJO:

Julián Corral.

7. REFERENCIAS

- Assistive devices and technologies. Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/disabilities/technology>, accessed 1 May 2019).
- Community-based health workers (CHWs). Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/hrh/community>, accessed 2 April 2019)
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Estratificación de pacientes crónicos. 2015.
- Corral J. Provisión de atención integrada a personas mayores en situación de dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. Volumen 46, número 2, Septiembre 2006.
- Corral J. *Reimaginando el envejecimiento*. APTASE (Asociación Profesional del Talento Sénior. Noviembre 2023.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida*. Barcelona. 2010. [citado Marzo 2016]. Disponible en: http://canalsalud.gencat.cat/web/.content/home_canal_salud/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/03_ambitsociosanitari/descripcio_consens_criteris_complexitat_assistencia.pdf
- Díaz Veiga, Pura; Sancho, Mayte (2012). «Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'» Madrid, Informes Portal Mayores, nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925–36. Doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
- Ducharme F, Lebel P, Bergman H. Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* ; 2001; 8:2:110-121.
- Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Geneva: WHO; no date (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, accessed 2 April 2019).
- Fried L Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA and the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-56.
- Fried L. et all. *The New Map of Life*. Stanford Center on Longevity. April 2022.
- Fundación HelpAge International España. *Cuaderno 2: El derecho de las personas mayores a la salud y a la calidad de vida*. Colección, Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos. Madrid, Junio 2021.
- Generalitat de Catalunya; Pla de Salut 2011-2015. *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos*. Versión 5.0 de 28 de julio de 2016.
- Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, accessed 2 April 2019).
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Mertnoff R, Tripodoro W, Cattaneo W. Recomanacions per a l'atenció integral i integrada de persones amb malalties o condicions cròniques avançades i pronòstic de vida limitat en serveis de salut i socials: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0 (2016). [citado Marzo 2016]. Disponible en: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-GENERAL-CAT.pdf>
- Ham C, Alderwick H Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systems-care>
- Heinz, M., & Beringer, R. (2023, March 15). Aging with dignity: 2SLGBTQI+ seniors in British Columbia. Research report prepared for Dignity Seniors Society, Vancouver. Available from www.dignityseniors.org. DOI: 10.13140/RG.2.2.21090.20165
- Hernansanz F, Berbel C, Martínez-Muñoz M, Alavedra C, Albí N, Palau L, Cobo C, Matías V, Bonet JM, Blay C, Ledesma A, Constante C. Complex needs care form people with chronic diseases: population prevalences and characterization in Primary Care. 16th International Conference for Integrated Care 2016. Barcelona

- Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, accessed 2 April 2019).
- Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, accessed June 2019).
- Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization. *Gac Sanit*. 2012 Mar-Apr;26(2):166-9. Doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.007. Epub 2011 Oct 11.
- Junta de Castilla y León. Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo, Julio 2015 [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications and implications: A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2/November, 2002.
- Leading collaboratively with patients and communities. [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.kingsfund.org.uk/leadership/leading-collaboratively-patients-and-communities>
- Martínez Rodríguez, Teresa; Díaz-Veiga, Pura; Rodríguez Rodríguez, Pilar; Sancho Castiello, Mayte (2015). «Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos.» Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, nº 12. [Fecha de publicación: 30/07/2015]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid, 2019.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS* [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/>
- Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
- Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit* 2013; 27: 128-134.
- OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas). Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. 2011.
- Osakidetza. Gobierno Vasco. Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363:2477-81.
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *Journal of Gerontology* 2007; 62ª.(7): 722-727 [citado Marzo 2016]. Disponible en: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/62/7/722.full.pdf+html>
- Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; May 2;346:f2510. Doi: 10.1136/bmj.f2510.
- Scott Andrew J. The Longevity Imperative: How to Build a Healthier and More Productive Society to Support Our Longer Lives. Abril 2024.
- Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [citado junio 2016]. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Informe_indicadores_Cronicidad_120516.pdf
- Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-andneglect>, accessed 2 April 2019).
- The MacColl Center for Health Care Innovation. The Chronic Care Model. [citado Marzo 2016]. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2

- Tinetti, M. E, Fried, T R, Boyd, C M. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition – Multimorbidity. *JAMA* 2012 307, 2493–2494
- Varela J. Avencos en gesti3n clnica. [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://gestioclincavarela.blogspot.com.es/2013/10/avaluant-latencio-la-cronicidad-dues.html>.
- World Health Organization (WHO); World report on ageing and health. Geneva. 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 2 April 2019).
- World Health Organization. (2021). Global report on ageism. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147-e156. Doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Zunzunegui M^a V. *Los servicios integrados para la poblaci3n mayor con dependencia*. Informes Portal Mayores, N^o 69; 2006.



**SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD**

LA DIMENSIÓN FÍSICA, MENTAL, SOCIAL Y EMOCIONAL DE LOS ENTORNOS CONSTRUIDOS

GRUPO DE TRABAJO DE ARQUITECTURA Y SALUD

Coautores:



Avalado por:



Pròvivienda





ÍNDICE

Introducción. Un enfoque desde la salud pública	144
Enfoque de salud pública	144
1. Bloque I. Derechos básicos relacionados con el entorno construido	147
1.1. El acceso a la vivienda en condiciones de dignidad, salud y seguridad	147
1.2. Pobreza y vulnerabilidad energética	148
1.3. Entornos inclusivos y accesibilidad universal	150
2. Bloque II. La arquitectura, una cuestión de salud y bienestar para los/las usuarios/as a lo largo de su vida útil	153
2.1. La obra nueva: arquitectura saludable, bioclimática y biopasiva	153
2.2. La regeneración y renovación urbanas	154
2.3. La rehabilitación: las dimensiones energética, ecológica y saludable	157
2.4. Los ambientes interiores	158
2.5. Los espacios interbloque y anexos a la edificación	160
2.6. Biomateriales, componentes y Análisis de Ciclo de Vida (ACV)	161
2.7. Arquitectura sanitaria	162
2.8. Las viviendas colaborativas y el cohousing. Cohousing senior	171
2.9. El papel de la vivienda en las emergencias sanitarias. El caso del COVID19	173
2.10. El teletrabajo, una actividad a implementar (de forma saludable) en las viviendas españolas	175
2.11. Los espacios escolares	176
3. Bibliografía general y documentos de referencia	179
4. Autores	180

INTRODUCCIÓN, UN ENFOQUE DESDE LA SALUD PÚBLICA

Los estudios, informes, encuestas y diferentes investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han dado como resultado una serie de evidencias que hacen del entorno natural y construido donde habitamos, un determinante muy importante de nuestra salud, especialmente de la salud pública y comunitaria, en tanto que sociedades complejas, interconectadas y progresivamente urbanizadas.

De los principales determinantes de la salud —estilos de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos y atención sanitaria— al menos dos de ellos, o incluso tres si tenemos en cuenta los lugares en los que se presta atención sanitaria, tienen una relación directa con la forma en la que están concebidas las ciudades, los edificios y las viviendas donde nacemos, vivimos, trabajamos, dormimos, comemos, respiramos, nos movemos, nos relacionamos, etc.

En este sentido y teniendo en cuenta que pasamos más del 90% del tiempo en espacios interiores y la mayor parte del resto del tiempo en contextos urbanos, entendemos las condiciones físicas de estos entornos como nuestra segunda piel —o tercera piel, si contamos con nuestra vestimenta—, conformándose una multitud de intercambios entre ésta y nuestra piel corporal y nuestros diferentes sistemas digestivo, nervioso, circulatorio, respiratorio, endocrino, linfático, etc.

La preocupación por la salud en el planeamiento urbanístico ha ido evolucionando desde una dimensión higienista de prevención de epidemias y diferentes enfermedades contagiosas, con especial atención a algunos criterios muy concretos de la salud física, a una visión más integral de la salud pública con sus dimensiones psicosociales, emocionales, mentales; entendiendo la salud no como la ausencia de enfermedad sino como un estado completo de bienestar y calidad de vida.

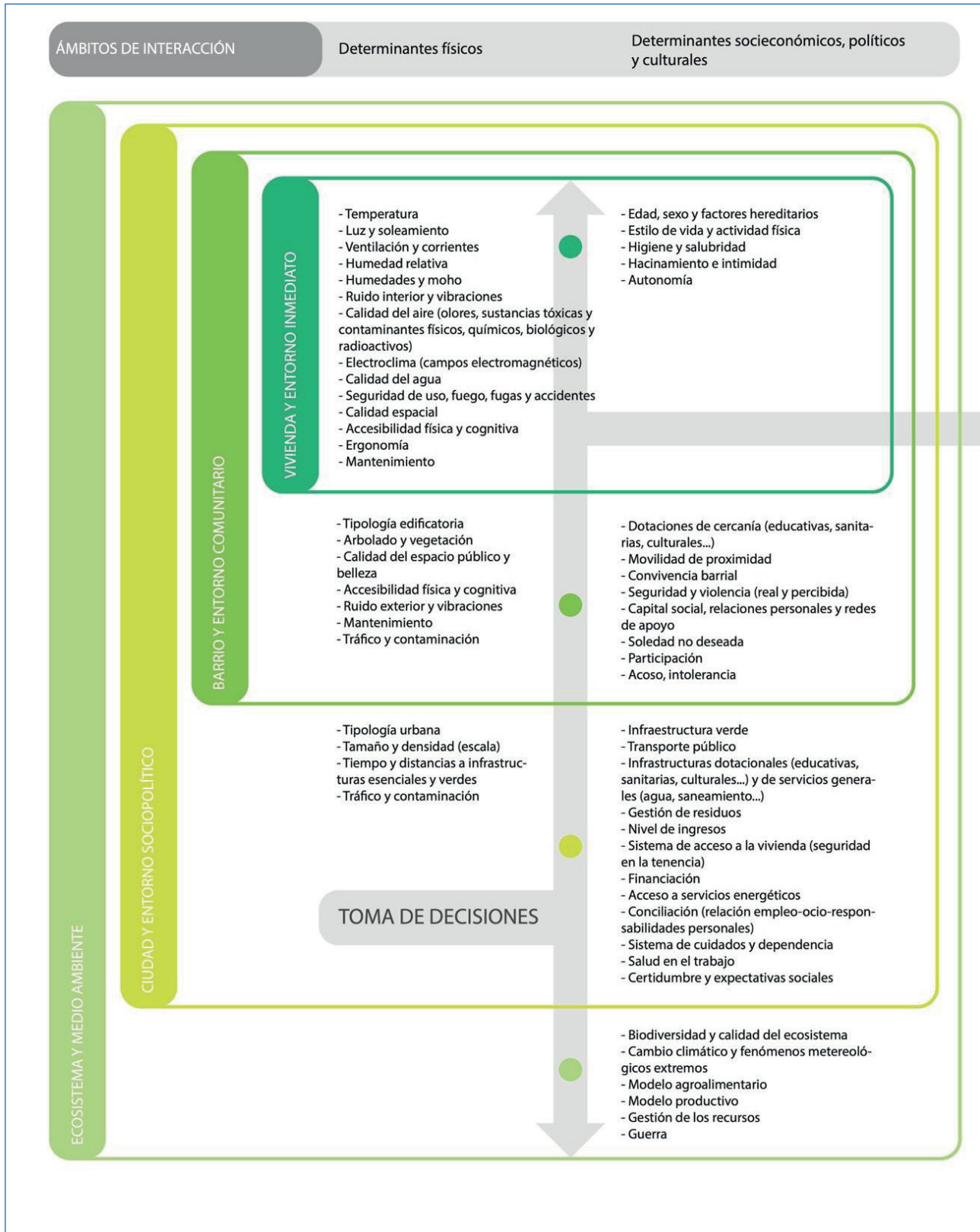
El 55% de la población mundial reside en asentamientos urbanos (en Europa el 75%) y se prevé que esta proporción aumente significativamente en 2030. Este crecimiento progresivo (y a menudo desordenado) de las ciudades ha incorporado otras problemáticas como la contaminación del aire, niveles elevados de ruido ambiental, emisión de gases de efecto invernadero, generación de residuos y aguas residuales, impactos paisajísticos, pérdida de biodiversidad y especies invasoras, consumo de recursos no renovables y de agua, islas de calor, presión sobre espacios naturales y fragmentación de hábitats, sellado y cambio de usos del suelo, deforestación, exclusión y aislamiento social.

Es en este contexto, la promoción de la salud, desde un enfoque de prevención, empieza a convertirse en uno de los principales ejes de políticas públicas urbanas globales: la OMS y sus diferentes organismos, la European Healthy Cities Network, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible), los fondos Next Generation o, a nivel nacional, la Agenda 2030 y el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA

El enfoque de salud pública se basa en la relación compleja entre causas y orígenes de las patologías (determinantes) y las afecciones a la salud que comportan. Esta complejidad demanda un análisis multicausal y multifactorial que es necesario abordar desde distintas escalas o ámbitos de interacción, siempre desde la asunción de que esa categorización no es estanca y sus límites difusos. Por otro lado, es preciso separar (de nuevo de manera artificial) aquellos determinantes que presentan una naturaleza ambiental muy definida por el ámbito físico-espacial —y, por tanto, más fácilmente mensurables y objetivables por las herramientas tradicionales de la arquitectura y el urbanismo— de aquellos cuyos fundamentos son más dependientes de los condicionantes políticos, sociales, económicos y/o culturales. Para estos, resulta necesario dotarse de otras disciplinas, metodologías y marcos de análisis, a menudo fuera de nuestra profesión, pero que cada vez se hace más necesario integrar.

ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA



Infografía Enfoque de Salud Pública. Elaboración por parte de Rehive.

Este enfoque parte de que, a la hora de querer modificar un determinante concreto de la salud, se hace necesario su análisis con todos los aspectos socioeconómicos y políticos que lo rodean. Es decir, no tiene sentido querer reducir la tasa de mortalidad en invierno (derivada de enfermedades respiratorias, por ejemplo) —producida por un inadecuado confort higrotérmico (determinante físico) — sin analizar en qué situación socioeconómica están sus habitantes, cuál es su acceso a los servicios energéticos, en qué situación física y social se encuentra el barrio en el que se da esa problemática, etc. Un ejemplo, en esa misma línea, son los proyectos de mejora de la calidad del aire interior de los espacios cerrados, que servirá de poco si tenemos ciudades con concentraciones de CO₂ y otros contaminantes por encima de los aconsejados. Esto está directamente relacionado, entre otras cuestiones, con la gestión de la infraestructura verde, la reducción del tráfico rodado o el mantenimiento de la biodiversidad, tanto en los entornos urbanos y periurbanos como en los rurales. El acceso a la vivienda es un ejemplo más que ilustra bien cómo una cuestión de gestión política ligada a la arquitectura y el urbanismo impacta enormemente en la salud de la ciudadanía, llegando a producirse importantes niveles de estrés, crisis personales, deterioro de la salud e, incluso, intentos y casos de suicidio en determinadas situaciones de desahucio.

Bajo esta óptica, cualquier toma de decisiones se puede estructurar en una serie de ámbitos interrelacionados, que abarcan el entorno inmediato, el entorno comunitario o vecinal, el entorno urbano o político (aquí entendido como la gestión de la polis) y el ecosistema o medio ambiente en el que se inserta la ciudad.

En este marco y junto a diversas iniciativas como informes, guías metodológicas, herramientas de medición y certificación, grupos y mesas de trabajo multidisciplinares, etc. surge la necesidad del presente documento. Se trata de una guía con un carácter transformador, dirigido a las diferentes administraciones públicas y órganos políticos. En esta guía, diferentes profesionales de los campos de la arquitectura y lo sociosanitario, exponen su conocimiento y experiencia al servicio de una serie de propuestas de mejora de los entornos físicos donde habitamos.

El objetivo del documento no es aportar una visión excesivamente técnica y exhaustiva de los condicionantes arquitectónicos de la salud, sino contribuir a generar ciertos cambios sociales y normativos que faciliten oportunidades de transformación en la promoción de la salud en torno a las temáticas o campos de actuación que se han detectado de mayor impacto. Para ello, se identifican tres bloques temáticos y se realizan propuestas de mejora en cada uno de los aspectos identificados.

Las personas que han participado de la elaboración de este documento, pertenecientes al grupo de trabajo «Arquitectura y Salud» (GTAYS), perteneciente a SOCISALUD son las siguientes:

BLOQUE I. DERECHOS BÁSICOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO CONSTRUIDO.

1.1. EL ACCESO A LA VIVIENDA EN CONDICIONES DE DIGNIDAD, SALUD Y SEGURIDAD

JUSTIFICACIÓN

El «derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada» está recogido en el artículo 47 de la Constitución Española. De manera similar, La Declaración Universal de Derechos Humanos garantiza a cada persona en su artículo 25.1 el «derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Según Provienda, en su estudio «El derecho a la vivienda como asunto de salud pública», desde una visión integral del concepto de salud, la vivienda tiene un importante peso en la garantía del bienestar físico, mental y social de las personas, pues es la base para el desarrollo personal, la construcción de proyectos vitales y de relaciones sociales; constituyéndose en última instancia, en un elemento clave de la integración social.

Es en este sentido de Salud Pública donde el acceso a la vivienda se convierte en condición necesaria para el disfrute de otros derechos económicos, sociales y culturales.

A continuación, se comparten algunos datos que dan la dimensión de la problemática que supone el acceso a la vivienda en España:

- España invierte el 0,1 % del PIB en vivienda (tras una reducción del 80% entre el 2007 y el 2017), frente a la media europea del 1,5%. De este porcentaje, además, el 75% va destinado únicamente a desgravaciones fiscales, frente al 25 % europeo.
- La población dedica una media del 40 % del sueldo al pago del alquiler o la hipoteca.
- Entre los años 2008 y 2017 se produjeron 585.047 desahucios (Observatorio DESC).
- Las personas que viven en la calle tienen una esperanza de vida treinta años inferior a la de la población convencional, que se sitúa en ochenta años. A su vez, el 57% de estas personas padecen graves problemas de salud (Observatorio Hatento, 2018).
- Se estima en 3,4 millones de viviendas vacías (Censo INE 2011).
- Sólo en Madrid, existen aproximadamente 80.000 infraviviendas (INE).

PROPUESTAS

- Incremento de la inversión en vivienda hasta equipararse con la media europea.
- Aumento del parque público de vivienda en alquiler asequible y vivienda protegida de manera permanente.
- Promoción y financiación pública para la construcción pública y privada de vivienda protegida.
- Captación de vivienda mediante compra de edificios y viviendas existentes. Aplicación por parte de la Administración del derecho de tanteo y retracto para ampliar el parque público de vivienda.
- Plan de acceso a la vivienda para colectivos vulnerables.
- Ampliación de plazos de protección (incluso de forma permanente) de las viviendas de precio tasado (VPT, VPO).
- Promoción, por distintos medios de alquileres asequibles que no supongan más de un tercio de los ingresos de sus inquilinos/as. Se considera que una vivienda es asequible si un hogar destina menos del 30% de su ingreso en gastos asociados a la vivienda (ONU, 2018).

- Estrategias de dinamización de la vivienda vacía en la ampliación del parque de vivienda en alquiler.
- Promoción de fórmulas innovadoras en vivienda pública que mejoren la cohesión social. Ejemplo: un edificio intergeneracional en Plaza de América en la ciudad de Alicante.
- Revisión, mejora y armonización de los estándares mínimos de habitabilidad establecidos en las distintas normativas municipales y autonómicas.
- Promoción y facilitación otras formas de acceso a la vivienda social, como las cooperativas de vivienda en cesión de uso. Generar una reserva de suelo y edificios para tal fin.
- Fomento de la colaboración público-cooperativa y público-social en la promoción de vivienda. Implementar proyectos piloto de diversificación del régimen de tenencia.
- Apoyo y promoción de modelos tipo Housing Led y Housing First como modelos de intervención social + alojamiento que engloba diferentes fórmulas para personas en situación de exclusión residencial.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Burón, J. (2025). *El problema de la vivienda*. ARPA & ALFIL EDITORES S.L.

Palomera, J. (2025). *El secuestro de la vivienda. Por qué es tan difícil tener casa y cómo esto puede romper la sociedad*. EDICIONES PENÍNSULA.

Viena. Políticas de vivienda.

Singapur. Modelo de vivienda.

1.2. POBREZA Y VULNERABILIDAD ENERGÉTICA

JUSTIFICACIÓN

Se puede definir la pobreza energética como la incapacidad de un hogar para satisfacer una cantidad mínima de servicios de la energía para sus necesidades básicas domésticas o cuando esta satisfacción es excesivamente costosa. Se suele utilizar como umbral el 10% de los ingresos familiares. Con este criterio se estima que en el Estado español habría en torno a 7 millones de personas en esta situación (un 15% de los hogares). La pobreza energética está relacionada con un mayor riesgo de sufrir enfermedades respiratorias y cardiovasculares, problemas de peso en bebés, y salud mental, especialmente en grupos de riesgo. La Asociación de Ciencias Ambientales (ACA) estima que la pobreza energética en España podría causar anualmente más muertes prematuras que los accidentes de tráfico (entre 2.400 y 9.600 fallecimientos anuales).

El informe «Cambio climático 2014. Mitigación del cambio climático», elaborado por el Grupo de Trabajo III del Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático cifra en un mínimo de 10.000 las personas fallecidas en España debido a la pobreza energética.

La Generalitat de Cataluña atribuye un 60% de las muertes en incendios a la pobreza energética.

Desde un punto de vista técnico-constructivo, el aislamiento insuficiente, la existencia de puentes térmicos, la falta de estanqueidad y los materiales de elevada resistencia a la difusión del vapor de agua y mala higroscopicidad favorecen la aparición de algunas patologías constructivas, especialmente en invierno, que a su vez pueden provocar cuadros clínicos como alergias y micosis. La ACA estima que en España 7,8 millones de personas viven con goteras y humedades.

Este ámbito es abordado en los ODS en su objetivo 7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible

y moderna.

PROPUESTAS

- Mayor definición normativa de las condiciones mínimas de confort, bienestar y seguridad energética y eléctrica de una vivienda.
- Impulso de un certificado de habitabilidad, accesibilidad y salubridad en viviendas, que certifique, con un baremo similar al de eficiencia energética, las condiciones existentes y las potenciales mejoras.
- Actualización de la normativa de habitabilidad mínima y fomentar la adecuación de las viviendas para cumplir unos niveles mínimos de confort, habitabilidad y salubridad antes de alquilar a terceros.
- Mejora de la inspección y control del cumplimiento de la normativa sobre vivienda.
- Diseño de planes y programas, a fondo perdido, de intervenciones en viviendas y de acompañamiento a familias vulnerables.
- Ampliación del número y cuantía de las ayudas destinadas a la reducción de la demanda energética de los edificios residenciales, generando así un medio urbano más sostenible, eficiente y equilibrado, y como medida para luchar contra la pobreza energética, teniendo como fin último garantizar las condiciones de habitabilidad que debe reunir una vivienda digna, a la par que se configura como un importante motor de generación de empleo. Esta línea deberá incidir especialmente en aquellas zonas más vulnerables, con porcentajes de subvención más elevados, incluso llegando al 100%, reduciendo, a su vez, los requisitos de acceso a dichas subvenciones.
- Redefinición del concepto de pobreza energética desde una óptica holística. Es preciso enriquecer su definición en términos socioeconómicos con las cuestiones técnicas (patologías edificatorias) y sobre la salud (ampliación del concepto de Síndrome del Edificio Enfermo para añadir las dolencias y enfermedades asociadas a la pobreza energética), para completar su significado y aclarar las vías y medidas de solución.
- La pobreza energética como un problema de salud pública. Inclusión en los programas sanitarios y campañas de difusión. Vinculación con los programas de rehabilitación.
- Difusión de dispositivos de microeficiencia energética.
- Progresividad para adaptarse a las distintas realidades sociales.
- Modificación de las medidas impositivas y de alivio de la factura: para que esta medida llegue a los más necesitados, la reducción de impuestos como el IBI a las viviendas más eficientes no ha de hacerse solo en función de su calificación energética. Proponemos que se utilice el consumo real total por persona y que se amplíen los requisitos para el bono social, en función de la renta per cápita (teniendo cuenta el consumo real de las personas con patologías crónicas con necesidad de dispositivos médicos conectados 24/7), de la unidad familiar y la puesta en marcha de mecanismos de control por parte de los servicios sociales.
- Promoción y financiación de equipos técnicos de intervención social en viviendas vulnerables.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- ACA. Asociación de Ciencias Ambientales (2016). *Pobreza, vulnerabilidad y desigualdad energética. Nuevos enfoques de análisis*.
- Marmot Review Team (2011). *The health impacts of cold homes and fuel poverty*.
- MITECO. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (2020). *Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética. Indicadores de pobreza energética*.
- Observatorio Europeo contra la Pobreza Energética (EPOV).
- OMS (2025). *Informe de progreso en materia de energía*.

1.3. ENTORNOS INCLUSIVOS Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

JUSTIFICACIÓN

Las ciudades han sido diseñadas en base a las necesidades específicas de un perfil estándar determinado, construyendo una segregación muy clara entre lo público y lo productivo, por un lado, y lo privado y lo reproductivo, por otro, asociando, además, cada una de estas dos dimensiones físicas a roles culturales de género.

El urbanismo inclusivo no sólo deconstruye esta segregación histórica, sino que, además, pone en el centro del diseño las necesidades y vulnerabilidad de diversos y múltiples perfiles de usuarios/as, adaptando el entorno construido a las diferentes modalidades sensoriales, perceptivas, cognitivas y motrices. Este urbanismo tiene en cuenta, además, el factor tiempo, cuidando de las situaciones cambiantes de las personas a lo largo de sus vidas. Las ciudades inclusivas están íntimamente relacionadas con la ciudad saludable de los cuidados, que pone también de relieve que la dependencia, como condición natural, es un estado de la vida inherente a la humanidad y como tal debe ser tomada y atendida. Es por su carácter una responsabilidad colectiva.

El diseño urbano inclusivo, por tanto, constituye un importante mecanismo de cohesión social, construyendo barrios más seguros, más accesibles, más equitativos y, por tanto, más saludables, porque favorecen la participación y la creación de redes de apoyo. Se conforman como entornos capacitadores que favorecen el aprendizaje, el desarrollo y la autonomía personal y colectiva.

Los ODS hacen especial incidencia en el diseño inclusivo y con perspectiva de género en sus objetivos 11 (Lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles) y 5 (Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y a las niñas).

La accesibilidad universal se convierte en una de las herramientas fundamentales del diseño inclusivo -para todas las personas-. Representa al conjunto de condiciones que deben cumplir los entornos y el medio construido para adaptarse perfectamente a la diversidad de condiciones de los usuarios/as, ya sean físicas, sensoriales y cognitivas. Permitiendo su acceso, comprensión, utilización y disfrute, de manera normalizada, cómoda, segura y eficiente para toda la comunidad.

La regulación de la accesibilidad a los servicios ha sido ampliamente trabajada en Europa y en España^{1 2}. Pero una de las dimensiones de la accesibilidad sobre la que hace falta mayores avances, transformaciones y regulación es la accesibilidad cognitiva en entornos y arquitectura. Por mandato legal de la Ley 6/2022 de 31 de marzo se ha previsto la publicación de un Reglamento de accesibilidad cognitiva,³ pero el tratamiento que se ha dado hasta ahora a esta temática no abarca de manera integral a la arquitectura como uno de sus principios fundamentales.

Desde una perspectiva universal la accesibilidad cognitiva se definiría como «la capacidad de entornos, edificios y servicios de ser accesibles, comprensibles y usables por todas las personas, condiciones estas necesarias para facilitar la autonomía personal, la autodeterminación y la comunicación interpersonal». Condiciones básicas para lograr ese estado de bienestar emocional que se alcanza cuando el ser humano siente que puede desenvolverse bien y gestionar con éxito su propia vida.

Con enfoque integral, la accesibilidad cognitiva es un factor importante de salud física y mental. En consecuencia, debería recoger todos los mecanismos que, desde la óptica del diseño de los entornos y de la arquitectura —en especial aquellos edificios que sean de propiedad y uso públicos— están

1 Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público. BOE-A-2023-7417

2 Ley 11/2023, de 8 de mayo, que entró en vigor el 28 de junio de 2025, transpone al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2019/882, conocida como la Directiva de Accesibilidad Europea o European Accessibility Act (EAA).

3 El reglamento que regula la accesibilidad cognitiva en España aún está en trámite, aunque fue aprobado a principios de 2024 y entraría en vigor el 1 de julio de 2025. Este Reglamento desarrollará la Ley 6/2022, de 31 de marzo que modificó el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, y establece condiciones básicas para la accesibilidad cognitiva.

a disposición de la sociedad para ser utilizados porque ofrecen medidas concretas de seguridad ambiental y confort, facilitando el desenvolvimiento de todas las personas.

Tres son los principios básicos que sustentarían la necesidad de que sea la Comunidad Autónoma de Madrid y la ciudadanía quienes asuman la gestión de la accesibilidad cognitiva como certificado de seguridad para la inclusión de las personas en todos los ámbitos de la sociedad:

- Los entornos y la arquitectura son los ejes alrededor de los cuales gira la vida comunitaria y todas las actividades ciudadanas.
- El derecho a la espacialidad sin discriminación de los grupos de población que tienen dificultades de comprensión porque la accesibilidad cognitiva es una garantía de desempeño espacial y autonomía personal.
- La accesibilidad cognitiva en el diseño de entornos y arquitectura es una garantía de que las personas puedan desplazarse de un espacio a otro sin que se resienta su salud y su autodeterminación.

EXPERIENCIAS Y REFERENCIAS

A lo largo de estos últimos diez años se llevaron a cabo proyectos de ejecución en accesibilidad cognitiva y formación a profesionales y grupos de personas con discapacidades intelectuales para su capacitación como evaluadores de entornos y de edificios.

- Proyectos de accesibilidad cognitiva en los Centros de día, apartamentos para mayores y residencias del Ayuntamiento de Madrid. Varios años.
- Proyectos de accesibilidad cognitiva en los Centros de mayores del Distrito de Ciudad Lineal del Ayuntamiento de Madrid. Varios años.
- Proyectos: equipamientos en Paracuellos de Jarama. Pozuelo de Alarcón. CEPA Pozuelo de Alarcón y Canillejas. IES San Juan de la Cruz de Pozuelo de Alarcón. Experiencias con estudiantes con discapacidades intelectuales en la Facultad de Educación de la UCM.
- Proyectos de Plena inclusión: Ayuntamientos de Las Rozas. Alcorcón. El Escorial. Fuenlabrada.
- Primer proyecto de Investigación sobre indicadores de Accesibilidad Cognitiva en España (2018) CEU La Salle, Afanias, Fundación Vía Célere e Instituto Torroja del CSIC.
- Proyecto de investigación: Las relaciones entre autonomía personal y accesibilidad cognitiva en el entorno urbano para casos de DCA». (2021). Universidad europea de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Brusilovsky B. (2014). *Modelo para diseñar espacios accesibles. Espectro cognitivo. La Ciudad Accesible*.
- Brusilovsky B. (2019). *Índice de accesibilidad cognitiva, Consideraciones para el diseño*. INCIPIT editorial.
- CAM. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad de Madrid. (2019). *Diagnóstico de accesibilidad cognitiva en espacios y entornos de trabajo*.
- Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, establece y regula la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.
- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real
- Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público.
- UE. Norma europea: EN 17210. Primer estándar europeo sobre Accesibilidad y usabilidad del entorno construido y su transposición a la ley española.
- Universidad de La Salle. (2020). Estudio de indicadores de accesibilidad cognitiva. Monográfico XIII. *Revista Indivisa*.

PROPUESTAS

- Promoción de los tejidos urbanos complejos: diversidad de equipamientos, de tipologías, de usos y de espacios públicos.
- Proximidad y accesibilidad a red de espacios libres de calidad y equipamientos.
- Descentralización de servicios, equipamientos y redes de espacios verdes. Nuevas centralidades
- Movilidad sostenible y saludable.
- Mejora de las condiciones ambientales de las ciudades.
- Promoción de comunidades de cuidados y redes de apoyo vecinal.
- Intervenciones integrales y a nivel de barrio con la participación de los/as usuarios/as, incluyendo también a los espacios interbloques.
- Promoción de comunidades energéticas.
- Impulso del uso temporal de espacios vacíos.
- Fomento de ayudas para llevar a cabo obras de mejora de la accesibilidad universal en el patrimonio edificado, con mayor cuantía en zonas más vulnerables, con porcentajes de subvención más elevados y menores exigencias.
- Adaptación de espacios y edificios públicos a la accesibilidad universal.
- Desarrollo de una norma de la propia Comunidad de Madrid de accesibilidad cognitiva a partir de la arquitectura y el diseño de entornos y edificios, incorporando aspectos innovadores de neuroarquitectura y con enfoque particularizado en viviendas para personas mayores y con neurodiversidad: discapacidades intelectuales o del desarrollo, condición del espectro autista y diversos problemas de salud mental.

BLOQUE II. LA ARQUITECTURA, UNA CUESTIÓN DE SALUD Y BIENESTAR PARA LOS/AS USUARIOS/AS A LO LARGO DE SU VIDA ÚTIL

2.1. LA OBRA NUEVA: ARQUITECTURA SALUDABLE, BIOCLIMÁTICA Y BIOPASIVA JUSTIFICACIÓN

El sector de la edificación en la UE es responsable del 40% del consumo energético y del 36% de las emisiones del CO₂ (Comisión Europea, 2020).

El CTE define unos estándares mínimos actuales de construcción. Estos estándares son relativamente avanzados en materia de eficiencia energética, incorporando el concepto de edificios de consumo casi nulo. Sin embargo, estos avances no se reflejan de la misma manera en otras materias como en la medioambiental o en la de la salud.

La arquitectura saludable, bioclimática y pasiva, así como la bioconstrucción, como disciplinas que incorporan la ecología, los diferentes ecosistemas, los recursos disponibles y el clima en la forma en la que construimos y habitamos nuestros hogares, pueden convertirse en buenas herramientas y metodologías para introducir los enfoques de la salud, el bienestar y el medio ambiente en el sector de la construcción.

En este marco, cabe destacar la reciente Ley 9/2022 de Calidad de la Arquitectura, en línea con otras iniciativas europeas como New European Bauhaus, la Renovation Wave y la Declaración de Davos, que nace con el objetivo de garantizar la calidad de la arquitectura como bien de interés general, así como un instrumento legislativo necesario para consolidar un nuevo modelo de transición económica, energética, y ecológica, que promueva una mayor inclusión y cohesión social. El propio texto de la norma reconoce que un entorno construido de calidad tiene un efecto muy directo en la reducción de desigualdades. Esta ley reivindica también la Arquitectura como un hecho cultural que permite integrar el patrimonio construido del pasado y su legado, el patrimonio contemporáneo, la ciencia de la construcción en continua innovación y la investigación y el debate teórico en torno al espacio construido.

PROPUESTAS

- Fiscalidad ecológica y saludable: Introducir los balances completos y externalidades en los programas de incentivos, las subvenciones, la fiscalidad (impuesto de sociedades...) y en el impuesto sobre el valor añadido, de manera que se fomente un nuevo sector de la construcción basado en una economía verde y local y una nueva (re)generación de materiales.
- Incorporación de criterios ecológicos y de salud pública en las adjudicaciones: Implantar en los procesos de concurso y licitación de obras públicas los aspectos de una verdadera conciencia ecológica, de manera que se valore el menor impacto ambiental posible de los proyectos y los materiales utilizados en las adjudicaciones públicas.
- Implementación de Certificaciones de Espacios Saludables y Verdes: Certificación WELL, Certificación Verde, Certificado Geoambiental (Instituto para la Salud Geoambiental).
- Fomento de la renaturalización de la ciudad: infraestructuras verdes, cubiertas verdes y huertos urbanos como equipamientos que favorecen la actividad cognitiva y socioemocional, además de promover una alimentación saludable y ejercicio físico. Estas medidas suponen, además, una mejora importante del comportamiento higrotérmico de los edificios además de una mejora sustancial en la calidad del aire y la reducción de la «isla de calor».
- Promoción de un plan de investigación sobre arquitectura y vivienda, para implementar medidas de innovación, sostenibilidad, salud y eficiencia energética en la construcción y rehabilitación de viviendas.

- Redacción de un nuevo Código Técnico de la Edificación o Documento Técnico de Buenas Prácticas que fomenten la recuperación de técnicas tradicionales, de bajo impacto en su ciclo de vida completo, así como el uso de sistemas innovadores de probada eficacia y durabilidad basados en la utilización de materiales naturales y saludables.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (2015). Acuerdo de París.

Comisión Europea (2019). Pacto Verde Europeo.

España (2022). Ley 9/2022, de 14 de junio, de Calidad de la Arquitectura.

Francia (2012). Norma Técnica de construcción con paja.

Generalitat Valenciana (2020-2023). Plan IRTA. Impulso a la Innovación e Investigación aplicada para la Transición Ecológica en la Arquitectura.

IBAVI. Instituto Balear de la Vivienda (2017). Life Reusing Posidonia.

ONU. Organización de Naciones Unidas (2015). Agenda 2030 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Unión Europea (2019-2022). Plan de Trabajo en materia de Cultura.

2.2. LA REGENERACIÓN Y RENOVACIÓN URBANAS

JUSTIFICACIÓN

La vivienda, en Madrid, se ha convertido en una gran necesidad para la ciudadanía y en un producto de especulación para una minoría, que las Administraciones Públicas han de combatir.

En la década de los años 70 y 80 en Madrid, la preocupación sociopolítica en materia de vivienda se centró en la eliminación del chabolismo suburbial, logrado gracias al Plan de Barrios en Remodelación, así como la extensión de la ciudad a través de planeamientos expansivos; hoy, ante el alto precio del suelo y su escasez en el futuro, se presentan nuevos retos. Esos nuevos retos para hacer ciudad pasan hoy por volver la vista sobre las ciudades consolidadas, en vez de continuar esponjando el territorio, erradicando el «chabolismo vertical» y la infravivienda existente en los centros históricos de las ciudades y en amplios barrios periféricos.

Las actuales políticas de rehabilitación se basan fundamentalmente en la iniciativa privada, incentivada con subvenciones públicas. La rehabilitación pública directa, imprescindible en los espacios más deteriorados, y vinculada a la constitución de una bolsa residencial en manos públicas, ha tenido una incidencia muy limitada, que se explica en buena medida por los azarosos cambios en la política de vivienda en estos años.

Por ello, para avanzar eficazmente en la renovación urbana de nuestros barrios y ciudades, es necesario acometer una profunda revisión de las estrategias de rehabilitación, diferenciando aquellas que implican una intervención exclusiva de conservación o accesibilidad de los edificios y viviendas de aquellas otras que implican un proceso de reestructuración, con la demolición y nueva construcción de edificios y viviendas, que suponen la renovación completa del parque residencial.

Las futuras políticas de rehabilitación y regeneración urbanas deben de tener como objetivo la recuperación integrada de los centros históricos y de los barrios periféricos degradados en los niveles urbanísticos, sociales, arquitectónicos y económicos. La pretensión es una apuesta integral que, además de consolidar los edificios estructuralmente, consiga un parque de viviendas con los niveles mínimos de confort, superficie y salubridad, en un espacio urbano renovado, con aceptables condiciones de habitabilidad para la población madrileña, a la vez que se desarrollan económica y socialmente los entornos correspondientes.

PROPUESTAS

- Elaboración de un Plan Estratégico de Rehabilitación y Renovación Urbana de la Comunidad de Madrid, siendo la Administración competente de manera exclusiva en materia de vivienda (artículo 26.1.1.4 del Estatuto de Autonomía), que canalice los fondos europeos de financiación, con la participación de los Ayuntamientos, que aborde la recuperación integral de las infraviviendas existentes en nuestra Región que, en la actualidad, presentan un deficiente estado de construcción o un importante déficit en sus instalaciones básicas. Para ello, el Plan definirá un catálogo de actuaciones prioritarias de intervención, tanto en operaciones de rehabilitación (conservación y mejora), como, excepcionalmente, de reestructuración (demolición y nueva construcción) sobre el parque inmobiliario residencial existente:
 - Programando las inversiones plurianuales necesarias para la ejecución del antedicho Plan, con el objetivo de erradicar los niveles de infravivienda en nuestra región en el horizonte del año 2.030.
 - Dichas inversiones plurianuales contemplarán, tanto las operaciones de rehabilitación mediante las correspondientes subvenciones públicas, como las necesarias operaciones de reestructuración urbana, con las correspondientes inversiones públicas directas.
 - En el conjunto de las políticas arquitectónicas y de edificación, tanto de rehabilitación como de renovación urbana, se utilizarán prioritariamente políticas sostenibles mediante la utilización de medidas de ahorro energético y de materiales reciclables y de bajo impacto.
- Elaboración, en el marco del Plan Estratégico señalado en el apartado primero, de un plan de intervención integral sobre la exclusión residencial en las zonas definidas como prioritarias en las operaciones de rehabilitación y/o reestructuración urbanas, combinando estas con planes de desarrollo económico y social por cada zona de manera que se dinamicen el tejido social y económico existente en cada ámbito de intervención, implicando, en estos procesos de desarrollo comunitario y multidisciplinar, al conjunto de Instituciones y entidades que actúen en cada zona.
- Redacción de un plan de intervención específica en vivienda pública con condiciones especiales de diseño y apoyo comunitario para personas con diversidad funcional: discapacidades intelectuales, TEA, problemas de salud mental, mayores con autonomía limitada, deterioro cognitivo o con demencia.
- Impulso de los cambios normativos necesarios que implica la profunda revisión de las estrategias de intervención de las Administraciones Públicas, diferenciando claramente las que implican una intervención exclusiva de conservación de la edificación de aquellas otras que implican un proceso extraordinario de reestructuración.
- Creación de un Ente Público u Organismo Autónomo con personalidad jurídica propia, tal y como prevé el artículo 2.2 de la Ley 1/83, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, capaz de actuar eficaz y coordinadamente en los procesos de renovación urbana de nuestra Región, vertebrando la participación en la gestión de todos los Ayuntamientos de Madrid que tengan en sus municipios Áreas de Rehabilitación o Zonas de Renovación Urbanas declaradas o que voluntariamente se adhieran al futuro Ente Público para la Renovación Urbana de Madrid.
- Realización de actuaciones de promoción e intervención pública directa, mediante la adquisición y rehabilitación por parte de las Administraciones, de edificios con graves patologías, para su recuperación y realojo en ellos de población con escasos recursos. Estas edificaciones irán dirigidas prioritariamente a facilitar los correspondientes realojos de la población primitiva y nuevos alojamientos en alquiler para jóvenes, inmigrantes, hogares monoparentales y personas mayores.

- Modificación y unificación, con el necesario concurso de la Federación Madrileña de Municipios (FMM), de las distintas normativas que se aplican por las diferentes Administraciones Públicas en los procesos de rehabilitación para la concesión de ayudas públicas, tanto en lo que se refiere a los requisitos que se deben cumplir como en las cuantías y sistemas de subvención.
- Aumentos limitados de la edificabilidad cuando la intervención suponga una mejora considerable de las condiciones de habitabilidad, salubridad y eficiencia de las viviendas afectadas; siempre que no supongan un menoscabo de las condiciones de calidad urbana existentes como, por ejemplo, la proporción entre alto y ancho de una calle o la altura de los edificios colindantes.
- Promoción de equipos de coordinación, comunicación, facilitación y mediación en aquellos barrios que sean objeto de programas de regeneración.
- Control de los posibles procesos de gentrificación en los proyectos de renovación urbana a través de intervenciones descentralizadas y paulatinas y asegurando el derecho de retorno de los habitantes originarios de la operación de renovación.
- Gestión colectiva de la renovación de barrios (cogestión entre iniciativa social y administración pública):
 - a) Dispositivos de gestión: diseño participativo de todas las fases, elaboración de planes de desarrollo comunitario y de comisiones de barrio, Equipos de Asistencia Técnica (EAT) formados por arquitectos e ingenieros «de comunidad».
 - b) Dispositivos económicos: sistemas A+B+C (Ahorro + Bonificación + Crédito), Cooperativas y Empleo asociado a la rehabilitación energética.
 - c) Dispositivos legales: mejora de la toma de decisión comunitaria y mediación.
- Implementación de sistemas energéticos de escala ampliada. Gestión pública o comunitaria de la energía térmica (District Heating & Cooling): las intervenciones de mejora energética de barrios y distritos deberían optar, siempre que sea posible, por redes centralizadas de energía renovable.
- Revisión del Plan General del Ayuntamiento de Madrid y de otros ayuntamientos con el objetivo de adecuar la normativa del uso residencial, que permita mejorar la habitabilidad en las viviendas en periodos de confinamiento o en futuras dinámicas de teletrabajo. Esto es: terrazas, ampliación del espacio de almacenamiento, mejora de la iluminación, amplitud visual, etc. Estudiar mecanismos que fomenten su inclusión en promociones futuras e incluso en viviendas existentes.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Ayuntamiento de Zaragoza. Programa Municipal de Rehabilitación.

Ayuntamiento de Pontevedra (1999). Peatonalización del centro histórico.

Irlanda del Norte (2001-2008). Durante los años 2001 a 2008 Irlanda del Norte invirtió 109 millones de euros para la mejora de la eficiencia energética de viviendas. De esa inversión se calcula que el 42% retornó a las arcas públicas en forma de ahorro para su sistema nacional de salud.

Law Olmsted F. (1878). *Boston Emerald Necklace*.

Moreno C. (2016). *La ciudad de los 15 minutos*.

NASUVINSA (2010). Lourdes-Renove en Tudela (Navarra).

PAX Patios de la Axerquia. Regeneración urbana cooperativa del casco histórico de Córdoba.

Santa Coloma de Gramanet. Regeneración de barrios.

Reino Unido (2000-2013). Programa Warm Front: incentivó la rehabilitación energética de 2,3 millones de viviendas entre los años 2000 y 2013, y se observó, entre sus resultados, una mejora significativa en la salud mental de sus residentes: la reducción de síntomas depresivos, estrés y ansiedad.

Intendencia de Montevideo. Renovación urbana cooperativa del centro histórico de Montevideo mediante reciclaje de edificios históricos.

Rueda S. (1987). *Super-manzanas*.

2.3. LA REHABILITACIÓN: LAS DIMENSIONES ENERGÉTICA, ECOLÓGICA Y SALUDABLE

JUSTIFICACIÓN

El sector de la construcción está abordando durante los últimos años un viraje hacia la rehabilitación de edificios. El 90% de la edificación es deficiente en materia de eficiencia energética y confort térmico. Sólo en la Comunidad de Madrid existen 1,6 millones de viviendas con una antigüedad superior a los 40 años, con carencias de conservación y con grandes déficits en materia de eficiencia energética y accesibilidad.

El principal objetivo que está determinando el tipo de obras y de sistemas es la eficiencia energética, por lo que la dimensión energética de la rehabilitación se está convirtiendo en uno de los ejes motores, tanto económicos como de generación de empleo y de transición ecológica y justa.

Sin embargo, la rehabilitación tiene que incluir otros dos objetivos imprescindibles: el bienestar y salud de las personas y la reducción del impacto medioambiental.

Con esta visión más completa e integral, la rehabilitación energética se encamina hacia modelos de rehabilitación ecológica y saludable. Con esta visión holística de transformación de la imagen y calidad urbanas para la mejora del bienestar socioemocional, mental y físico empiezan a cobrar importancia cuestiones como la neuroarquitectura, la biofilia y la arquitectura sensorial.

PROPUESTAS

- Impulso de la rehabilitación energética para alcanzar los objetivos de la Estrategia para la Rehabilitación Energética en el Sector de la Edificación (ERESEE), siguiendo el mandato europeo a través de la Directiva UE 2018/844, de manera que se alcance un parque descarbonizado en el horizonte del año 2050.
- Establecimiento de líneas de ayudas para llevar a cabo las obras de conservación del patrimonio edificado de la región de Madrid, propiciando así una mejora del estado del patrimonio inmobiliario, con un enfoque centrado en las ciudades existentes, asegurando una adecuada calidad de vida de la ciudadanía y la efectividad de su derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, a la par que se configura como un importante motor de generación de empleo. Estas líneas deberán incidir especialmente en aquellas zonas más vulnerables, con porcentajes de subvención más elevados y menores exigencias, sin abandonar el apoyo a la conservación de edificios.
- Vinculación de un amplio espectro de las ayudas a la rehabilitación al cumplimiento de los objetivos comprometidos en la Agenda Española 2030, priorizando las medidas y financiación para el cumplimiento de esos objetivos de eficiencia energética, salud, conservación medioambiental y accesibilidad universal, que puedan incidir en un aumento de la actividad y la financiación del sector de la edificación y la construcción.
- Fomento del uso de materiales de origen natural y poco contaminantes en su ciclo completo de vida en la rehabilitación de fachadas: aislamientos naturales, revocos y revestimientos de cal, pinturas libres tóxicos, etc.

- Programas de subvenciones ecológicos y saludables: Inclusión de los balances completos de ciclo de vida en los programas de ayuda a la rehabilitación, más allá del nivel de la certificación energética como se propone ahora.
- Control de la calidad constructiva y arquitectónica de las operaciones de rehabilitación mediante exigencia de cumplimiento de la LOE y la obligación de proyectos técnicos redactados por técnicos competentes: arquitectos y arquitectos técnicos.
- Promoción de criterios de salud física, mental y socioemocional y en la rehabilitación y transformación de espacios y edificios privados y públicos.
- Seguimiento del deber de conservación, mantenimiento y, en su caso, rehabilitación de los inmuebles, tal y como figura en la Ley 9/2001 de Suelo de la CM, CAPÍTULO IV, artículo 168.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Estrategia a Largo Plazo para la Rehabilitación Energética en el Sector de la Edificación en España (ERESEE 2020), el documento que mejor define, y más reciente, del parque edificado español.

Pacto Verde Europeo (European Green Deal).

Rehabilitación energética de 3 edificios de 530 viviendas sociales de los arquitectos Lacaton & Vassal architectes. Bordeaux, Francia.

Guía de azoteas vivas y cubiertas verdes. Barcelona.

Guía de implantación de cubiertas sostenibles. Madrid.

Ley estatal de impulso de la rehabilitación y mejora de viviendas y edificios.

Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR).

WWF. «Lecciones aprendidas Proyecto Piloto de Rehabilitación Energética de un proyecto Residencial en Madrid» WWF/Adena, 2015.

WWF. «Retos y oportunidades de financiación para la rehabilitación energética de viviendas en España» WWF/Adena y Climate Strategy & Partners, 2012.

FRAVM. San Cristóbal de los Ángeles. Experiencia singular de revitalización de un barrio de la periferia madrileña. Editado por FRAVM. 2011.

Pollin, Robert, Shouvik Chakraborty, y Heidi Garrett-Peltier. «Un programa quitativo de inversión en energías limpias para España.» Departamento de Economía, Political Economy Research Institute (PERI). University of Massachusetts-Amherst, 2015.

2.4. LOS AMBIENTES INTERIORES

JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, nueve de cada diez personas de todo el mundo respiran aire contaminado. Si tenemos en cuenta que pasamos el 90% de nuestra vida en espacios interiores y que el aire de nuestras casas puede estar hasta 5 veces más contaminado que el aire exterior, según US EPA, resulta imprescindible abordar las condiciones ambientales de las viviendas para mejorar nuestro bienestar.

En los últimos años, estamos asistiendo a un cambio de paradigma que podría sintetizarse en una frase: las personas son la prioridad. Cada vez más instituciones y empresas introducen en su hoja de ruta programas que abordan la salud desde distintas perspectivas, desde la búsqueda del bienestar en el trabajo hasta el fomento de alimentación y estilos de vida saludables.

Ahora es el momento de ir un paso más allá y garantizar condiciones objetivas medibles en los espacios construidos que garanticen a las personas el mejor ambiente interior para no enfermar.

Son factores importantes a tener en cuenta:

- **Calidad del aire.** Son muchas las enfermedades transmisibles por vía aérea. Es necesario asegurar una correcta ventilación de los espacios cerrados ya que el aire interior puede estar hasta 5 veces más contaminado que el exterior.
- **Confort acústico.** El ruido no solo impide la atención y altera los procesos cognitivos, la comunicación y el sueño, sino que puede generar estados crónicos de nerviosismo y estrés.
- **Confort higrotérmico.** Las temperaturas inadecuadas producen disconfort además de una pérdida de concentración y una reducción del ritmo de trabajo o de estudio.
- **Iluminación.** La calidad y la cantidad de la iluminación es esencial para mejorar además de la alerta y la concentración, el estado de ánimo y el sueño de las personas. La luz debe adaptarse a los ritmos circadianos, a las necesidades individuales de las personas y a las tareas que realizan.
- **Color.** Las evidencias científicas confirman los efectos que tienen los colores en nuestro estado de ánimo y bienestar. Distintos estudios han revelado los efectos que tienen las distintas tonalidades en nuestro cerebro, por lo que podemos utilizarlos de forma eficiente.
- **Materiales.** Muchos materiales de construcción pueden contener sustancias químicas que pueden causar problemas de salud a corto y medio plazo. Es aconsejable utilizar materiales naturales y sostenibles.
- **Naturación.** La naturaleza y las vistas, así como el uso de criterios biofílicos en el diseño arquitectónico tienen beneficios incontestables. Las plantas naturales además de mejorar la calidad del aire incrementan la creatividad y el bienestar físico y emocional.
- **Ergonomía.** Las deficiencias en este sentido ocasionan en las empresas el 45% de las bajas laborales.
- **Calidad del agua.** Es un factor determinante para la salud. Por eso hay que garantizar su calidad desde su origen hasta los puntos de consumo.
- **Gas radón.** El radón es un gas radiactivo de origen natural, procedente de suelos (principalmente granitos), que tiende a concentrarse en interiores, como en viviendas, escuelas y lugares de trabajo.
- **Ondas electromagnéticas.** La contaminación electromagnética está causada por una exposición excesiva a emisiones generadas por antenas de telefonía, líneas de alta tensión, transformadores y otras radiaciones cuyo origen es el propio ser humano.

Los espacios cerrados impactan de manera notable en la salud y bienestar de las personas. Por eso se impone la necesidad de diseñar y construir espacios que tengan como prioridad la salud tanto de las personas como del planeta.

PROPUESTAS

- Regulación específica que atienda, de forma integral, la calidad del aire interior en edificaciones de uso residencial, educativo o sanitario.
- Promoción de los valores límite que fija la OMS en sus guías de calidad del aire, más exigentes que los establecidos por las Directivas Europeas de Calidad del Aire o el CTE.
- Establecimiento de líneas de ayuda para llevar a cabo las obras de mejora de la salubridad del patrimonio edificado de la ciudad de Madrid, para la eliminación del amianto, la mejora de la calidad del aire interior y la salubridad de los residuos, con un enfoque centrado en la ciudad existente, asegurando a los ciudadanos una adecuada calidad de vida, y la efectividad de su derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada.

- Uso de materiales sanos y producidos localmente. Revisión de los parámetros existentes en diferentes instancias y aplicación del principio de precaución.
- Prohibición de materiales altamente tóxicos como prevención en caso de incendio.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Actualizaciones de determinadas concentraciones de contaminantes en caso de especial riesgo en edificios.

Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (EEUU).

Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)

Docohumo Madrid (2010). Bases del manejo clínico de la intoxicación por humo de incendios.

Fundación MAPFRE (2008). Análisis estadístico sobre víctimas mortales en incendios en España en 2007.

Lista MAK de la regla técnica alemana para la salud de los trabajadores.

Páginas OMS, US-EPA, ASHRAE, Atecyr, Revah.

Reglamento europeo REACH.

Síndrome del Edificio Enfermo.

Sobre RADÓN, nuevo documento básico del CTE, y otras publicaciones del IETcc-CSIC.

Fernandez-Solà J., y Nogué Xarau S. (2007). *Sensibilidad química y ambiental múltiple*.

2.5. LOS ESPACIOS INTERBLOQUE Y ANEXOS A LA EDIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

A menudo, las tipologías residenciales en nuestro país han tendido a la minimización de los espacios comunitarios y comunes, a la limitación de los intercambios del propio edificio con el barrio y a la reducción de los espacios de encuentros casuales e indefinidos, así como los espacios verdes exteriores. Probablemente, con el objetivo de limitar potenciales conflictos, se ha podido conseguir el efecto contrario: comunidades de vecinos/as que no se conocen más allá del ascensor, espacios exteriores inseguros e inaccesibles y paisajes urbanos inhóspitos y poco amables.

Según el informe «Vivienda y Salud» de la Diputación de Barcelona, un inadecuado entorno físico y comunitario puede derivar en sufrimiento psicológico, problemas mentales, una menor actividad física, conductas de riesgo e incluso mayores tasas de mortalidad, asociados a la inseguridad, el aislamiento social, la soledad, etc.

PROPUESTAS

- Fomento de los espacios exteriores de calidad y accesibles, favoreciendo el encuentro vecinal, la actividad física y la inclusión de la naturaleza.
- Impulso de la construcción de equipamientos para la movilidad activa y sostenible, como zonas de estacionamiento de bicicletas, así como duchas o taquillas, además de mejorar los accesos a los edificios, con dimensiones apropiadas y sin obstáculos.

BIBLIOGRAFÍA

Dioni J. (2021). *La España de las piscinas*. Arpa Editores

Gehl J. (2013). *La humanización del espacio urbano. La vida social entre los edificios*. Editorial Reverté.

Jacobs J. (1961). *Muerte y vida de las grandes ciudades*. Capitán Swing.

2.6. BIOMATERIALES, COMPONENTES Y ANÁLISIS DE CICLO DE VIDA (ACV)

JUSTIFICACIÓN

El 75% de las muertes por incendios se produce por la inhalación del humo, y no por el fuego ni las quemaduras. La intoxicación se produce cuando se respiran los productos tóxicos producto de la combustión del fuego.

Existen claras evidencias científicas sobre el impacto de ciertos componentes o sustancias que contienen determinados materiales de construcción en la salud de las personas. Algunos de los más perjudiciales, como el amianto, la madera tratada con creosota o las tuberías de plomo ya han sido incorporados en la legislación y retirados del mercado de la construcción y progresivamente de los edificios ya construidos. Sin embargo, existen muchos otros productos que, incluso existiendo importantes evidencias de su toxicidad o perjuicio en la salud, y habiéndose legislado sobre su uso en otros países, todavía no se ha hecho en nuestro país: este es el caso de los componentes orgánicos volátiles (COV). Existen muchos otros productos que, a falta de un mayor consenso científico, gracias a datos, encuestas e indicadores y siguiendo el principio de precaución -concepto que respalda la adopción de medidas protectoras ante las sospechas fundadas de que ciertos productos o tecnologías crean un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero sin que se cuente todavía con una prueba científica definitiva- sería recomendable la reducción de su utilización.

Siguiendo este mismo principio, se ha desarrollado una categorización de los materiales según su nivel de interacción con los seres humanos, definiendo los materiales biocompatibles (la tierra, la madera sin tratar, la arcilla o la cal) como aquellos que han demostrado históricamente una interacción positiva; y por otro lado los materiales poco biocompatibles (los plásticos, los disolventes y los diversos derivados del petróleo) como aquellos cuya inocuidad al cuerpo humano se encuentra todavía en estudio.

Si tenemos en cuenta la dimensión medioambiental de los materiales de construcción, resulta también necesario una ampliación del campo de análisis de los mismos. Resulta imprescindible analizar no solamente la etapa de uso del edificio construido sino todo el resto de etapas que completan el ciclo completo de vida de los materiales: desde su producción hasta su reciclaje o desecho. La herramienta que nos permite evaluar y comparar el balance energético global de los diferentes sistemas y componentes es el ACV.

Hoy en día, resulta perfectamente posible y viable construir un edificio con materiales biosaludables y biocompatibles, naturales, de uso tradicional y de bajo balance energético global.

PROPUESTAS

- Obligatoriedad del ACV como herramienta de evaluación, clasificación y medición de impactos de los materiales en su ciclo completo de vida y no sólo en su etapa de uso.
- Modificación del concepto de amortización en el que se incluyan los costes reales de las intervenciones, con sus externalidades en el medioambiente, los recursos y en la salud de las personas. Coste de las externalidades: Coste real: $C_m + C_d + C_a + C_s$, donde C_m sería el coste convencional, la extracción de las materias primas, la fabricación y los intermediarios, incluido el beneficio. C_d sería los costes que conllevan la durabilidad diferencial y el mantenimiento. C_a sería el coste de la repercusión medioambiental: tasa de no renovación de materias primas, consumo de agua, contribución al efecto invernadero, consumo de energía en la fabricación, reducción de la biodiversidad (eutrofización de las aguas, reducción capa de ozono, oxidantes fotoquímicos, contaminación de los suelos...), y coste de gestión de los residuos. C_s sería el coste de los problemas de salud asociados directos e indirectos (pérdida de calidad o esperanza de vida).
- Sellos o etiquetas de productos que acrediten que tienen un contenido de algunas sustancias contaminantes por debajo de los límites que se determinen.

- Control y ampliación de los valores de referencia en España y tender a acercarse a otros más exigentes como los de la OMS en relación con contaminantes como: monóxido y dióxido de carbono, dióxido de nitrógeno y de azufre, partículas en suspensión, amianto, ozono, COVs, formaldehído, radón, etc.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Cradle to Cradle, libro sobre Ecodiseño, Eficiencia en producción, etc.

Declaraciones Ambientales de Producto, Ecoetiquetas tipo III, ...

Ecómetro.

Evaluación Técnica de productos de construcción innovadores, los DIT y los ETE (IETcc-CSIC).

Etiqueta francesa «Émission dans l'air intérieur» o la «Certificación Eurofins IAC».

Guías de Calidad del Aire de la OMS, Evolution of WHO air quality guidelines: past, present and future.

Marcado CE de productos de Construcción. Reglamento de Productos de Construcción. Requisitos Básicos en las Obras. Especialmente los WBR 3, 6 y 7, sobre definición de componentes peligrosos ambientalmente o para la salud, y sobre el uso eficiente de los recursos naturales.

de Prada C. (2013). *Hogar sin tóxicos*. Fundación Vivo Sano.

Reglamento Europeo REACH. Lista de productos químicos.

Reglamentos y Directivas Europeas de Ecodiseño, Diseño Eficiente, Etiquetado Energético de Electrodomésticos, y de edificios, etc.

2.7. ARQUITECTURA SANITARIA

Este punto se estructura en tres apartados: el primero desarrolla aspectos generales de la arquitectura sanitaria. Los siguientes, lo hacen con dos temas específicos: (a) Hospitales (b) Centros de salud.

JUSTIFICACIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, es la norma fundamental en España que regula la protección de la salud y la atención sanitaria, garantizando el acceso universal y equitativo a los servicios de salud para todos los ciudadanos y residentes. Esta ley histórica establece los principios del Sistema Nacional de Salud (SNS), su estructura descentralizada en las Comunidades Autónomas y la participación ciudadana, además de regular aspectos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el control de medicamentos.

Hasta hace unas décadas los hospitales y centros sanitarios en general, se asociaban a lugares impersonales y lúgubres, sin intervenciones de color ni cuidados en el aspecto estético y ergonómico. Con el paso de los años se ha empezado a dar valor a la estética del diseño y a la ergonomía de su mobiliario cuidando además aspectos fundamentales como la comodidad y la seguridad de las personas en prevención de lesiones o accidentes por falta de condiciones internas de adecuación espacial: funcional y sensorial de todos los servicios prestados.

La organización espacial de los centros sanitarios ya forma parte integral de las soluciones para mejora de la salud: edificios capaces de tranquilizar, orientar y facilitar su uso por parte de pacientes y especialistas y tratamientos que se brindan en las mejores condiciones para los diferentes tipos de usuarios y pacientes que acceden con expectativas de cura a su estado de alteración o enfermedad. Se requiere que los centros tengan soluciones globales con una organización espacial adecuada para que sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, cuándo y dónde proceda su colocación (pictogramas o el sistema Braille para personas con problemas de visión), puedan ser identificados y por lo tanto correctamente utilizados porque se encuentran al alcance de las personas usuarias.

Sería pertinente que todos estos temas relacionados con la accesibilidad se intercambien en consultas públicas con asociaciones de personas con discapacidad a fin de garantizar su buen diseño. Y criterios como los DALCO, que llevan muchos años a disposición del público, se tengan en cuenta para que las soluciones satisfagan todas las demandas y no solo físicas y sensoriales.

De manera global el concepto de centro sanitario se extiende hoy a cualquier recinto que preste servicio de salud a las personas. Los requisitos que se expresan a continuación deberían formar parte del conjunto de criterios de diseño para todos los centros, sea cual sea su dimensión y lugar administrativo donde estén situados:

- Las personas con discapacidad se enfrentan a múltiples barreras de acceso a los servicios sanitarios. Se ha visto que este grupo poblacional tiene mayores necesidades de atención en salud, y a consecuencia de estas barreras, mayores necesidades insatisfechas. El envejecimiento poblacional y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas podrían agravar esta situación en los próximos años. El diseño arquitectónico debe tener en cuenta no solo a las personas con discapacidad física o movilidad reducida, sino a todos los grupos demográficos, incluyendo a personas mayores, infancia y mujeres embarazadas.
- La accesibilidad sensorial debe ser coherente con la organización y distribución de las actividades para que sea realmente efectiva y sirva a todos los usuarios que con estas adecuaciones necesarias puedan acceder de manera autónoma a los recintos.
- La accesibilidad cognitiva permite que personas con neurodiversidad (Espectro del autismo (TEA), deterioro cognitivo, analfabetismo, o personas con edad avanzada) accedan a los servicios sanitarios de manera autónoma y segura, estableciendo una completa comprensión entre la persona y el espacio. Existen ya experiencias y modelos para diseñar espacios accesibles espectro cognitivo, con el objetivo de que las personas transiten y accedan al sistema en condiciones de seguridad espacial cognitiva, mejorando la experiencia de la persona en estos entornos y garantizando el principio de justicia, que impulsa a tratar a cada paciente como le corresponde, ofertando servicios de salud accesibles y equitativos.
- Diversos equipos de atención primaria de salud en España están llevando a cabo evaluaciones de sus centros de salud y propuestas de mejora para integrar la accesibilidad cognitiva, como es el caso del Centro de Salud Zona 5 A y B de la ciudad de Albacete. Facilitando la orientación, comprensión de la señalización para personas con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual.
- Una correcta organización espacial facilita la colocación de señalización aumentativa y alternativa para personas con déficit sensorial (sistema Braille) y de integración sensorial (pictogramas adaptados).

PROPUESTAS

- **Accesibilidad física:** Debe hacerse efectiva la aplicación del documento básico «Seguridad de utilización y accesibilidad» y la ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, en todos los centros de salud del ámbito regional y nacional. Instalación de rampas, ascensores, escaleras mecánicas, pasamanos, pasillos amplios y con adecuada iluminación en los nuevos centros y reformar los antiguos con estas instalaciones mencionadas.
- **Accesibilidad sensorial:** Soluciones incluidas en normas técnicas (CTE): encaminamientos adecuadamente organizados, señales en lugares estratégicos y colocación de bucles magnéticos en puntos de información con señal perfectamente reconocible. Y otras que sean específicas de la estructura y necesidades del centro.
- **Accesibilidad cognitiva:** Aplicación del «Modelo de accesibilidad cognitiva para diseñar espacios accesibles» en todos los centros sanitarios.

- **Colaboración interdisciplinar:** Debe ser un objetivo entre arquitectos, ingenieros y profesionales de la salud para mejorar la eficacia y seguridad del diseño.
- **Arquitectura modular:** Facilitadora de la reconfiguración de espacios para la instalación de nuevas tecnologías, infraestructuras o tecnologías de comunicación, aislamientos, seguridad en salas de espera y ventilación y adaptación a necesidades de presión asistencial no anticipadas (como la reciente pandemia COVID-19).
- **Sistemas de climatización y ventilación:** Eficientes y adecuados en cuanto a su diseño e instalación, realizando las labores de limpieza y mantenimiento, garantizando de esta forma una correcta renovación del aire.
- **Estándar ASHRAE 62-1989:** Su incorporación asegura la obtención de una calidad aceptable del aire interior. Los valores que identifica este estándar pretenden mantener el CO₂ y otros contaminantes dentro de un adecuado margen de seguridad en función de una variabilidad en el tipo de espacios interiores, presuponiendo en la mayoría de los casos que la contaminación producida es proporcional al número de personas que los ocupan. Como ejemplo, para una oficina se recomienda un aporte mínimo por persona de 10 L/seg (cerca de 35 m³/h).
- **Temperatura y humedad relativa:** Mantenimiento y adecuación al ambiente. Una temperatura entre 21 y 24°C y una humedad relativa entre el 30 y el 50% serían valores razonables para el espacio interior.
- **Iluminación:** Adaptada a las necesidades del edificio evitando en la medida de lo posible exceso de brillo y destellos causantes de estrés visual generador de irritación de ojos, dolores de cabeza y reacciones adversas en las personas con deterioro cognitivo severo y alteraciones sensoriales.
- **Limpieza:** Regularizar la limpieza de moquetas y otras superficies que puedan acumular sustancias contaminantes o que puedan retenerlos eléctricamente, sustituyendo aquellos materiales en el caso de que sea necesario por otros más neutros desde el punto de vista electrostático.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

A. Prüss-Üstün, C. Corvalán. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación*/Organización Mundial de la Salud. OMS ISBN 9243594206. 9789243594200

Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES), Muntaner, 262 - 08021 Barcelona
aces@aces.es - www.aces.es DEPÓSITO LEGAL: B-15206-2012.

Criterios DALCO. Norma UNE 170001-1.2007 (parte 1).

Guía de diseño de CS . © 2009 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. ISBN: 978-84-691-8441-7 Depósito Legal: SE-3480/2009.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Prüss-Üstün, Annette, Corvalán, Carlos F & World Health Organization. (2006).

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Ministerio de Sanidad y Consumo «BOE» núm. 254, de 23 de octubre de 2003 Referencia: BOE-A-2003-19572).

a) *Arquitectura hospitalaria*

JUSTIFICACIÓN

El entorno y el ambiente de un centro sanitario pueden impactar e influir en la recuperación del paciente. En esta línea, la bio-habitabilidad de los edificios como promotores del bienestar y confort de las personas, es un factor para tener en cuenta destacando cómo un «edificio enfermo»

puede comprometer el equilibrio del organismo, especialmente en el paciente o convaleciente. La importancia de una arquitectura que respete los ritmos circadianos con la iluminación, que utilice materiales saludables y que tenga en cuenta la higiene energética y todo lo que rodea al usuario externo (el paciente) e interno (el trabajador) forman parte de los requerimientos básicos del diseño hospitalario.

La existencia de ruido constante, espacios de colores oscuros o monocromáticos y poco acogedores puede intensificar el estrés del paciente y las familias durante la hospitalización. La planificación de espacios debe tener en cuenta la prevención de las caídas, las infecciones, el ruido e incluso errores sanitarios.

Ya en 1984 se lanzó el concepto de diseño basado en la evidencia (DBE) para los hospitales, demostrando que los pacientes en periodos post-operatorios en habitaciones con vistas a la naturaleza, necesitaban menos analgesia y su estancia era más corta. Un meta-análisis posterior obtuvo resultados que sustentaban el establecimiento de habitaciones individuales para el control de infecciones, las vistas a la naturaleza para reducir el estrés y la luz del día para regular los ritmos circadianos; se consideran importantes en la patogenia del síndrome confusional, muy frecuente en pacientes de edad avanzada o con determinadas comorbilidades en el medio hospitalario. El DBE combina la creatividad y el criterio del arquitecto con datos empíricos sobre los elementos de diseño.

Los arquitectos se enfrentan a decisiones éticas en los proyectos sanitarios: ¿Cómo hacer que prevalezca el bienestar del paciente cuando se diseñan hospitales? ¿Cómo reconocer la vulnerabilidad del paciente y el estrés familiar asociados a la hospitalización? ¿En qué medida las necesidades de las familias y los visitantes deben influir en las decisiones de diseño? La participación de los profesionales sanitarios en el proceso de diseño puede fortalecer y fundamentar los principios éticos del diseño. Por otra parte, son imprescindibles ya que conocen las necesidades, dimensiones y relaciones de los espacios para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades y contagios. Tecnología y técnica también han influido en los cambios interiores de estas estructuras sanitarias.

Dada la dispersión de la literatura en este campo, se comentan algunos aspectos, a los que se pueden ir añadiendo otras propuestas para la mejora del diseño. Es importante tener en cuenta que la atención sanitaria dentro de 20 o 30 años habrá desarrollado progresos importantes, algunos de ellos pueden ser cambios de paradigma que aún se vislumbran, o podrá beneficiarse de formas avanzadas de tele-asistencia que incluya la inteligencia artificial, haciendo que la atención y monitorización del paciente crónico haga innecesaria muchas veces las actuales necesidades de hospitalización.

A continuación, se enumeran algunos aspectos para el análisis y discusión en esta fase:

- **Reducción de las caídas:** Las caídas en los hospitales son un grave problema en los países occidentales. Aunque los datos indican que alrededor del 40% de las caídas en los hospitales de EE.UU. tienen como causa principal el entorno físico, la mayoría de los investigadores sobre las caídas no incluyen características del edificio como variables discretas. La visibilidad del personal y control del paciente es una de las cuestiones que pueden contribuir a prevenir o, al menos, a limitar los daños. El diseño es muy importante, por ejemplo, mantener las puertas abiertas sólo es posible si hay suficiente espacio en los pasillos o en las entradas a las habitaciones. En otro estudio se constató que una nueva disposición del diseño, con presencia de barandillas y un revestimiento de suelo antideslizante contribuyó a reducir las caídas en un 55%, independientemente del número de camas por unidad. Este resultado concuerda con otro estudio, en el que se identificaron materiales e irregularidades del suelo como factores de riesgo de caídas. Dado que rara vez hay una sola causa de caídas, no puede haber una solución prescriptiva única u obvia para prevenirlas.

Los diseñadores tienen un importante papel en la identificación de estrategias eficaces, basadas de la evidencia existente, para prevenir o mitigar condiciones negativas relacionadas con la movilidad y el equilibrio de las personas.

- **Reducción del estrés y satisfacción de los pacientes:** Uno de los principales retos a los que se enfrentan las actuales organizaciones hospitalarias es el desarrollo de un enfoque centrado en el paciente como eje del sistema. Este enfoque tiene en cuenta, entre otras cosas la reducción del estrés en las personas hospitalizadas. La posibilidad de controlar las características ambientales de la sala de hospitalización: el ruido, la luz y la temperatura se traducen en percepción de tranquilidad. La sensación de control, privacidad, comodidad, y un «espacio para llamar a los míos», son indicadores de satisfacción entre diferentes grupos de pacientes. Estos resultados muestran que ciertas características de la disposición espacial y el diseño ambiental del hospital influyen en el confort, y cuanto mayor sea el número de esas variables favorables incluidas en el diseño, mayor será la satisfacción de los pacientes y más rápida su recuperación.
- **Satisfacción laboral del personal:** Como afirman trabajos importantes sobre la satisfacción en el trabajo, la psicología de la motivación es tremendamente compleja. En los últimos tiempos se ha investigado la satisfacción laboral del personal de enfermería y se ha relacionado con resultados positivos para los pacientes y una mayor calidad percibida de los cuidados. La bibliografía muestra que varias características ambientales del entorno tienen un impacto directo en la satisfacción del personal. En una comparación de la calidad ambiental de un hospital antiguo y otro nuevo, Aalto et al. reportaron que circunstancias como el acabado de la superficie, la mejora de las cualidades acústicas de las habitaciones, y la presencia de grandes ventanas con luz y vista naturales, tienen mayor resultado en la satisfacción laboral. Jiang y Verderber realizaron una amplia revisión de zonas de circulación de los hospitales, confirmando la hipótesis de que el entorno físico puede afectar al rendimiento general del trabajo y la satisfacción laboral. La buena definición de secuencias diferentes de espacios públicos/privados, interiores/externo puede generar pasillos exclusivos para el personal, reducir el ruido general y, por tanto, mejorar la satisfacción de los ocupantes. Otro estudio dirigido por Kalantari y Snell demostró que la estrategia de orientación basada en colores, e iconos de colores era percibida como eficaz, y mejoraba la satisfacción del personal.

PROPUESTAS

- **Accesibilidad física, sensorial y cognitiva** en todos los establecimientos hospitalarios tal como se desarrolla en el punto general.
- **Diseño maximizado.** Lograr con la organización interna una estancia amable, el confort de los usuarios, el desarrollo de los procesos asistenciales, la optimización de los recursos humanos y materiales, y, sobre todo, la flexibilidad con el objetivo primordial de hacer centros sostenibles y rentables. Se debate también en los grupos de opinión sobre el coste «efectivo / inicial / de mantenimiento / amortizable» de las obras, con una visión de futuro, es decir, considerando que inicialmente puede ser más elevado y en cambio mucho más rentable a medio y largo plazo.
- **Diseño preventivo.** Que tenga en cuenta la prevención de las caídas, las infecciones, el ruido e incluso errores sanitarios.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Aalto L., Lappalainen S., Salonen H., Reijula K. Usability evaluation (IEQ survey) in hospital building. *Int J Workplace Health Manag* 2017; 10(3): 265-82. Descargado de: <https://aaltodoc.aalto.fi/server/api/core/bitstreams/9671b8e7-21c6-45f3-b821-b3bb752390a4/content>
- Alfonsi E., Capolongo S., Buffoli M. Evidence based design and healthcare: an unconventional approach to hospital design. *Ann Ig* 2014; 26(2): 137-43. doi: 10.7416/ai.2014.1968.
- Alvaro C., Wilkinson AJ., Gallant SN., Kostovski D., Gardner P. (2016) Evaluating Intention and Effect: The Impact of Healthcare Facility Design on Patient and Staff Well-Being. *HERD*; 9(2): 82-104.

- Andrade CC., Lima ML., Devlin AS., Hernández B. Is It the Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environ Behav* 2016; 48(2): 299-323.
- American Institute of Architects. American Institute of Architects' 2017 Code of Ethics and Professional Conduct. 2017.
- Anderson DC., Bricks and Morals—Hospital Buildings, Do No Harm. *J Gen Intern Med* 34(2):312–6 DOI: 10.1007/s11606-018-4707-0
- Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES), Muntaner, 262 - 08021 Barcelona
aces@aces.es - www.aces.es DEPÓSITO LEGAL: B-15206-2012
- Barnes S., Torrington JM., Lindquist KP. *Does the design of hospitals meet the needs of older people? An evaluation of three acute-care settings*. *HERD* 2018; 11(2): 177-88.
- Berry LL, Hamilton DK. *How to build a better, safer, more welcoming hospital*. The Conversation. 2018.
- Buffoli M., Bellini E., Bellagarda A., di Noia M., Nickolova M., Capolongo S. *Listening to people to cure people: The LpCp – tool, an instrument to evaluate hospital humanization*. *Ann Ig* 2014; 26(5): 447-55. doi: 10.7416/ai.2014.2004
- Buffoli M., Bellini E., Dell'Ovo M., et al. *Humanisation and soft qualities in emergency rooms*. *Ann Ist Super Sanita* 2016; 52(1): 40-7. doi: 10.4415/ANN_16_01_09.
- Copeland D., Chambers M. Effects of Unit Design on Acute Care Nurses' Walking Distances, Energy Expenditure, and Job Satisfaction: *A Pre-Post Relocation Study*. *HERD* 2017; 10(4): 22-36.
- Freihoefer K., Zborowsky T. *Making the Case for Practice-Based Research and the Imperative Role of Design Practitioners*. *HERD* 2017; 10(3): 66-82
- Guía de diseño de CS . © 2009 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. ISBN: 978 - 84 - 691 - 8441 - 7 Depósito Legal: SE-3480/20.
- Hayes B., Bonner A., Pryor J. *Factors contributing o nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature*. *J Nurs Manag* 2010; 18: 804-14.
- Herzberg F. One more time: *How do you motivate your employees?* *Harv Bus Rev* 1987; Sept-Oct: 5-16.
- Hospital Monte Sinai de NY. Sf.
- Hospital Buen Samaritano, en Portland, Oregón. Sf.
- Jiang S., Verderber S. *On the Planning and Design of Hospital Circulation Zones*. *HERD* 2016; 10(2): 124-46. doi:10.1177/1937586716672041
- Kalantari S., Snell R. *Post-Occupancy Evaluation of a Mental Healthcare Facility Based on Staff Perceptions of Design Innovations*. *HERD* 2017; 10(4) 121-35.
- MacAllister L., Zimring C., Ryherd E. *Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction*. *HERD* 2016; 10(1): 155-69. doi:10.1177/1937586716660825.
- Melo S. *The role of place on healthcare quality improvement: A qualitative case study of a teaching hospital*. *Soc Sci Med* 2018; 202: 136-42 Descargado de: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.003> .
- Morse JM. *Preventing Patient Falls*. 2.ed. New York: Springer. ISBN: 9780826103895.
- Origi L., Buffoli M., Capolongo S., Signorelli C. *Light wellbeing in hospital: research, development and indications*. *Ann Ig* 2011; 23(1): 55-62.
- Prakash B. *Patient Satisfaction*. *J Cutan Aesthet Surg* 2010; 3:151-5. doi: 10.4103/0974- 2077.74491.
- Prüss-Üstün A., Corvalán C. World Health Organization. (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades : hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación / A. Prüss-Üstün, C. Corvalán*. Organización Mundial de la Salud. OMS ISBN 9243594206. 9789243594200
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Schreuder E, Lebesque L, Bottenheft C. *Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis*. *HERD* 2016; 10(1) 87-105.

- Taylor E., Hignett S. *The SCOPE of Hospital Falls: A Systematic Mixed Studies Review*. HERD 2016; 9(4): 86-109.
- Trzpuć SJ., Wendt KA., Heitzman SC., Skemp S., Thomas D., Dahl R. *Does Space Matter? An Exploratory Study for a Child-Adolescent Mental Health Inpatient Unit*. HERD 2016; 10(1): 23-44.
- Ulrich RS. 1984; 224(4647):420-1. *View through a window may influence recovery from surgery*. Science.
- Ulrich RS., Zimring C, Zhu X., DuBose J., Seo HB., Choi YS., et al. *A review of the research literature on evidence-based healthcare design*. HERD. 2008;1(3):61–125.
- Ware JE., Snyder J., Wright MK., Davies AR. *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. *Eval Program Plann* 1983; 6: 247-63.
- Wood LC., Wang C., Abdul-Rahman H., Abdul- Nasir NSJ. *Green Hospital Design: Integrating Quality Function Deployment and End-User Demands*. *J Clean Prod* 2016; 112: 903-13. doi:10.1016/j.jclepro.2015.08.101. Evidence Based Hospital Design 179

b) Centros de Salud y Atención Primaria

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria es actualmente una de las principales puertas de entrada al sistema nacional de salud (SNS), siendo el Centro de Salud la estructura física dónde se recibe y atiende a los usuarios y usuarias.

Este nivel de atención sanitaria se define, según el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud, como «la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en el mismo». Debe facilitar y garantizar el acceso a todos los usuarios y usuarias y dar cabida al desarrollo de las funciones del Equipo de Atención Primaria (EAP) para garantizar la accesibilidad al sistema y la cobertura sanitaria universal. Un espacio con barreras en el acceso implicaría la exclusión de los colectivos más vulnerables (población mayor, con discapacidad, pediátrica, migrante, etcétera) de actividades garantes de salud comunitaria e individual, como son las actividades de promoción, prevención, protección y mantenimiento de la salud.

Dentro de este análisis inicial sobre arquitectura y salud en el ámbito de la Atención Primaria, además de analizar el centro de salud, es de vital importancia tener en cuenta que el ámbito de su desarrollo no se reduce al centro de salud. Esta se prolonga hacia la comunidad y los hogares de las personas. La accesibilidad, por tanto, también debe estar presente en el entorno comunitario del barrio donde se localicen los centros, facilitando la accesibilidad bidireccional, del usuario al sistema sanitario y del sistema sanitario EAP al usuario (ejemplo: accesibilidad a los domicilios de los pacientes dependientes). No hay que olvidar el impacto que el paisaje urbano tiene en la salud de la comunidad, identificando el importante papel que los recursos físicos urbanos tienen en la prevención de enfermedades no transmisibles.

A continuación, se enumeran una serie de factores a tratar en este análisis con un enfoque integral de los Centros de Salud y de la Atención Primaria:

- **Confort y humanización de los espacios del Centro de Salud:** Como ya se ha expuesto el diseño arquitectónico tiene un importante impacto en la recuperación de los pacientes. Las personas usuarias del centro de salud utilizan principalmente la sala de espera y las consultas de los profesionales sanitarios, cuyo diseño interior debe ser tratado para ofrecer confort, facilitar la comprensión de la información recibida y reducir los niveles de ansiedad y estrés vivenciados, siendo áreas claves a tener en cuenta. El Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud muestra un descenso alarmante en los datos de satisfacción con la comodidad y confort de la sala de espera del año 2019 con un 73, % de pacientes satisfechos o muy satisfechos, a un 55,31% de pacientes satisfechos o muy satisfechos en el año 2021. Estos datos reflejan la necesidad de reevaluar su diseño, pudiendo requerir de un enfoque más humanizado.

Un ejemplo de «Evidence-based Design aplicado a los Centros de Salud, que ha integrado los cuidados centrados en los pacientes y el diseño de interiores, es el modelo de consulta por rincones diseñado por el enfermero Bartolomé Villalonga, donde rediseñó la consulta tradicional de Atención Primaria y creó una pedagogía de rincones de salud. Actualmente este modelo está implantado en las Islas Baleares.

- **Espacios donde crear comunidad en el Centro de Salud:** Los centros de salud deberían ser espacios de reunión para la comunidad, donde se traten temas de hábitos saludables, o temas sociales, entre otros. Sacando a colación el artículo 64 de la Ley General de Sanidad antes mencionada, el centro de salud debe servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios «mejorando la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia». La presencia de áreas interiores donde reunirse y pasar tiempo con otros usuarios se considera esencial para desarrollar actividades promotoras de salud. La presencia tanto de salas donde impartir talleres formativos, como espacios arquitectónicos interiores donde crear comunidad en el espacio físico del centro, les permitiría convertirse en un lugar comunitario para una amplia diversidad de personas (mayores y solas, por ejemplo).

La presencia de entornos exteriores que conectan el centro de salud con el barrio o la presencia de patios centrales permitiría potenciar la salud comunitaria, dando lugar a espacios donde realizar actividades comunitarias al aire libre. Un ejemplo de diseño arquitectónico de centro de salud que permite conectar la infraestructura con el barrio es el Centro de Salud «Isla Chica» de Huelva, que cuenta con pequeños patios en contacto con la calle.

- **Áreas urbanas promotoras de salud comunitaria:** En los barrios es necesario contar con espacios que faciliten estilos de vida saludable, promocionar la salud de las comunidades y el bienestar de las personas que viven, se relacionan y desarrollan en ellos.

La proyección de zonas verdes, con áreas seguras de paseo, parques biosaludables para todas las edades, zonas de calistenia (accesible para personas de todas las edades y niveles de experiencia), espacios para animales de compañía, centros deportivos, bibliotecas, plazas... pueden contribuir a facilitar estilos de vida saludable.

En 2019 la OMS presentó un informe en el que se revisaba cómo las artes influyen en los determinantes sociales de la salud, la promocionan y ayudan a prevenir la enfermedad, fomentan el autocuidado y los comportamientos saludables y juegan un rol integrador en el desarrollo de la comunidad. Se ha observado que el desarrollo de actividades de arte y la cultura en determinados barrios, favorece el fortalecimiento del tejido social potenciando la identidad cultural, disminuyen el estigma, tiene un impacto en la salud mental (diminución de estrés, depresión) y favorece la disminución de conductas adictivas. Algunos ejemplos de proyectos actuales con impactos positivos en el bienestar físico, emocional de la comunidad son: Proyecto «Arte y salud» en los centros de salud comunitarios del Ayuntamiento de Madrid, Proyecto «Arte urbano y salud en la Verneda y la Pau» (Barcelona), BigHart (Australia) o ArtTaboo en Sant Boi de Llobregat. El desarrollo de estos proyectos en barrios de mayor vulnerabilidad podría mejorar el entorno físico del barrio, y proyectar los beneficios mencionados a la salud comunitaria de la zona.

PROPUESTAS

- **Accesibilidad física:** Además de todas las ya señaladas como determinaciones básicas generales, las barreras arquitectónicas del barrio (ej. aceras no transitables, insuficientemente amplias o inadecuada comunicación a través de la red de transporte público) y en los domicilios de los pacientes (ej. viviendas no adaptadas a situaciones de dependencia), pueden limitar el acceso a la atención primaria de salud, y a intervenciones comunitarias para numerosos grupos de población (ej. pacientes dependientes, poblaciones excluidas) generando como consecuencia un empobrecimiento de la salud individual de estos sujetos, pero también de la salud comunitaria del barrio.

- **Accesibilidad sensorial:** Deben considerarse soluciones incluidas en normas técnicas (CTE) desde el entorno al interior del centro: encaminamientos adecuadamente organizados para reconocer el acceso, señales en lugares estratégicos y colocación de bucles magnéticos en puntos de información con una señal perfectamente reconocible.
- **Accesibilidad cognitiva:** Se considera imprescindible en los centros de salud lo ya señalado sobre aplicación del Modelo para diseñar espacios accesibles espectro cognitivo.
- **Confort y humanización de los espacios del Centro de Salud:** Los usuarios del centro de salud transitan principalmente por la sala de espera y las consultas de los profesionales sanitarios. El diseño interior de las mismas puede tener un impacto importante en la enfermedad y en la salud integral. Modelos como el «Evidence-based Design» podrían ser positivos para crear consultas adaptadas al usuario como el citado desarrollo en islas Baleares, un ejemplo a repetir.
- **Espacios donde crear comunidad:** Incorporar en el diseño arquitectónico de los centros de salud espacios interiores y exteriores que permitan desarrollar de forma íntegra todas las actividades del EAP, y no únicamente la actividad asistencial. Contar con salas multiuso para llevar a cabo actividades grupales o incluso salas de reunión adecuadas al número de trabajadores y trabajadoras del centro, toma gran importancia en el diseño de un centro de salud, teniendo en cuenta la importancia que tiene el trabajo en equipo. Los centros de salud deberían ser espacios de reunión para la comunidad, donde se traten temas de hábitos saludables, o temas sociales, entre otros. Abrir salas donde impartir talleres donde crear comunidad en el espacio físico del centro, permitiría a los centros de salud convertirse en un lugar de pertenencia para una amplia diversidad de personas.
- **Conexión entre espacios exteriores-interiores.** Conectar el centro de salud con el barrio, o la presencia de patios centrales permitiría potenciar la salud comunitaria, dando lugar a espacios donde realizar actividades comunitarias al aire libre. La presencia de estas áreas, tanto interiores como exteriores, deberían estar integradas en el diseño de los centros de salud, permitiendo desarrollar de forma integral las actividades del EAP, y no únicamente la actividad asistencial.
- **Áreas urbanas promotoras de salud comunitaria:** Se debería promover las mesas de salud en todos los distritos, en las que poder proponer mejoras en las áreas urbanas de cada zona básica de salud.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

- Avila N., Orellana A., Cano G., Antúnez N., Claver L. (2014) Arte, salud y prevención: primeras colaboraciones. *Gaceta Sanitaria* 28: 6. 501-504. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.07.002. Descargado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/arte-salud-prevencion-primeras-colaboraciones/articulo/S0213911114001988/>
- Belinchón M. (2014) «Accesibilidad cognitiva en centros educativos» Plena Inclusión.
- Brusilovsky B. Accesibilidad Cognitiva: Modelo para diseñar espacios accesibles. 2ª Ed. La ciudad accesible. 2015
- Cambra-Rufino L., Paniagua-Caparrós JL., Bedoya-Frutos C. *La acreditación y certificación del diseño basado en evidencias para la arquitectura sanitaria llega a España*. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93: 4 de octubre e201910091
- Clemente KAP, Silva SVD, Vieira GI, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, Brito CMM. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. *Rev Saude Publica*. 2022 Jul 1;56:64. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003893. PMID: 35792776; PMCID: PMC9239543.
- El Centro de Salud Zona 5 mejora en accesibilidad cognitiva [Internet]. masquealba. 2023 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: Descargado de: <https://www.masquealba.com/noticias/albacete/item/61276-el-centro-de-salud-zona-5-mejora-en-accesibilidad-cognitiva.html>

- Fancourt D., Finn S. *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health evidence network synthesis report 67*. OMS, 2019. Descargado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf?sequence=3>
- Franco M, Bilal U, Diez-Roux AV. *Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments*. J Epidemiol Community Health. 2015 Jun;69(6):509-11. doi: 10.1136/jech-2014-203865. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395654.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas
- Marrocco A., Krouse HJ. Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners. J Am Assoc Nurse Pract. 2017 May;29(5):282-293. doi: 10.1002/2327-6924.12449. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28266148.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. 1º ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial; 2011
- Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Sanidadmadrid.org. [citado el 29 de octubre de 2023]. Descargado de: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=127>
- Proyecto arte urbano y salud en la Verneda y la Pau. Pla d'acció comunitària La verneda i la pau. Descargado de: <https://www.aspb.cat/es/noticies/arte-urbano-salud-verneda-lapau/>
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana: Documento Básico SUA. Seguridad de utilización y accesibilidad: versión 2018. Boletín Oficial del Estado nº 261 , (31 -10-2015).
- Silva V. Centro de Salud «Isla Chica» de Huelva / Fco. Javier Terrados Cepeda + Fernando Suárez Corchete [Internet]. ArchDaily en Español. 2023 [citado el 29 de octubre de 2023]. Descargado de: <https://www.archdaily.cl/cl/996850/centro-de-salud-isla-chica-de-huelva-fco-javier-terrados-cepeda-plus-fernando-suarez-corchete>
- Villalonga B. Aprovechar más el entorno de la consulta: consulta por rincones de salud. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 365-375.

2.8. LAS VIVIENDAS COLABORATIVAS Y EL COHOUSING. COHOUSING SENIOR

JUSTIFICACIÓN

La vivienda ha sido siempre una de las principales carencias en las políticas públicas del estado español, si se compara con los países del entorno de la Unión Europea. La vivienda pública y social supone un porcentaje insignificante en comparación con la vivienda del mercado libre. El régimen de tenencia en propiedad supera el 75% del parque de viviendas, quedando muy por detrás el alquiler y resultando prácticamente inexistente otros tipos de tenencia como la cesión de uso, la propiedad colectiva y la propiedad mixta, más extendidas todas ellas en países como Alemania, Francia, Dinamarca, Suecia, EEUU, Canadá, etc.

A esto se suma una sociedad cambiante que requiere de espacios nuevos para una demanda creciente de hogares para perfiles cada vez más diversos y plurales, así como una necesidad creciente de mayores espacios de convivencia vecinal y comunitaria para construir redes de apoyo y cuidados. Pero hay que destacar también, cómo la ciudadanía ha desarrollado una mayor concienciación en torno a los impactos de las burbujas inmobiliarias y de la necesidad de apostar por la sostenibilidad.

A este contexto general es necesario incorporar las también crecientes demandas y necesidades de atención y cuidados de las personas mayores que rechazan el modelo actual de residencias, en un momento de transformación de la pirámide poblacional con una proporción cada vez superior de personas mayores respecto al conjunto de la población.

Es en este contexto donde empieza a surgir una segunda ola del cooperativismo de vivienda en España: en esta ocasión de usuarios/as con la mirada puesta en la construcción de comunidades donde compartir espacios, actividades, necesidades, apoyos y servicios, englobados en un proyecto de vida en común. Se demandan viviendas auto-promovidas, inclusivas, flexibles y sostenibles, adaptadas, accesibles y centradas, en definitiva, en las necesidades reales de las personas. Vuelve a surgir un interés creciente por la idea de la función social de la vivienda, recogida en la Constitución española.

Son todas estas cualidades las que están impulsando el modelo de Viviendas Colaborativas o «*Cohousing*» en inglés, en sus variantes «Intergeneracional» y «Senior».

El objetivo de estos nuevos alojamientos de *Cohousing* de situar las necesidades de las personas como eje prioritario ha contribuido para una mayor focalización en el bienestar y la salud como ejes prioritarios.

Se valora la mejora de las condiciones ambientales, la dimensión cognitiva, socioemocional y psicológica de la salud relacionada con el desarrollo y la autonomía personal, el sentido de pertenencia, la seguridad, menos presente en otros modelos de acceso a la vivienda, la construcción de vínculos interpersonales y los apoyos o cuidados mutuos.

PROPUESTAS

- Abordaje de las modificaciones legislativas necesarias para crear el marco jurídico necesario para la implementación del *cohousing* y las cooperativas de vivienda en cesión de uso.
- Alojamientos alternativos para personas mayores. Se realizará un estudio de modelos de alojamiento alternativo para personas mayores para poder determinar las mejores opciones que se adapten a un entorno doméstico, intimidad, espacio propio y vecindad.
- Facilitación de nuevas medidas innovadoras como el *cohousing* senior.
- Reserva de suelo y edificios destinado al derecho de superficie a cooperativas en cesión de uso sin ánimo de lucro y *cohousing* senior.
- Avaes y financiación pública para la promoción de estos proyectos.
- Reconocimiento de las cooperativas en cesión de uso como entornos de cuidados y de interés general.
- Copromoción y copropiedad. Colaboración público-cooperativa y público-social.
- Programas públicos de acompañamiento y facilitación.
- Reconocimiento de la figura de «Promotor Social» a entidades sin ánimo de lucro que promuevan estos proyectos.
- Tanteo y retracto de la administración pública y promotores sociales para el fomento de vivienda cooperativa y social.
- Colaboración pública en la difusión del modelo.
- Promoción de la masovería o aparcería urbana como modelo de gestión social y rehabilitación del parque edificado y de dinamización de viviendas vacías.
- Beneficios fiscales.

EXPERIENCIAS, BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Cohabita. Instituto Balear De La Vivienda (IBAVI).

Cohabita Rivas. Programa de acompañamiento a comunidades de *Cohousing* Senior para construir equipamientos colaborativos de personas mayores en Rivas Vaciamadrid.

CAM. Resolución 940/2022, de 1 de marzo, de la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación: Criterios que han de regir el régimen de autorización de viviendas colaborativas para la promoción de la autonomía

personal y la atención a la dependencia de personas mayores. Consejería de Familia, Juventud y Política social de la Comunidad de Madrid.

Cooperativa de vivienda en cesión de uso «La Borda». Barcelona.

Habitat 3 y Provivienda. Promotores sociales.

Ministerio de Vivienda y Agenda urbana. Plan estatal de vivienda 2022-2025.

Sostre Civic y La Dinamo. Promoción de vivienda cooperativa en cesión de uso.

2.9. EL PAPEL DE LA VIVIENDA EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS. EL CASO DEL COVID19

JUSTIFICACIÓN:

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud elevó a nivel de pandemia, la epidemia debida al nuevo coronavirus SARS-CoV-2, que comenzaba a manifestarse en Europa con gran celeridad, tras localizarse meses antes su primer foco en la región de Wuhan, en China.

Los diversos gobiernos tomaron medidas a nivel mundial, con diferente nivel de obligatoriedad, primando aquellas no farmacológicas, basadas en la prevención y el aislamiento social, que frenaran el contagio masivo por COVID-19. En España, tres días más tarde, el gobierno de la nación decretó el Estado de Alarma, por el cual los españoles debían permanecer en sus domicilios, eliminando toda actividad no esencial, incluidos colegios y otros centros educativos. Esto obligó a los hogares a confinarse de forma permanente y conjunta durante las 24 horas del día. La vivienda pasó a ser el centro neurálgico de todo tipo de actividad, ordinaria y extraordinaria, y los convivientes tuvieron que adaptar sus hábitos, rutinas y quehaceres a la nueva disponibilidad espacial. El espacio doméstico sufrió también, por tanto, una obligada adaptación también, de forma que se pudiesen almacenar recursos suficientes para desarrollar la vida en ese espacio hasta nueva orden. También hubo que establecer espacios donde cuidar, socializar, y también donde establecer la higiene y desinfección necesarias al venir de la calle, especialmente en las primeras olas, cuando aún no estaban claras las vías de transmisión más prevalentes del virus.

La vivienda pasó a ser un aparente refugio seguro para las personas. Sin embargo, no en todos los hogares fue así.

En efecto, la vivienda se define como un Determinante Social de Desigualdad en Salud, lo cual la sitúa en una posición relevante en el bienestar físico, mental, y emocional de las personas. Las características que definen la habitabilidad de las mismas son las que garantizan la seguridad y la salubridad en estos espacios domésticos. Además, estos espacios domésticos tienen gran importancia en la transmisión de agentes patógenos entre el núcleo de convivientes.

Por eso es imprescindible garantizar en las viviendas cuestiones tan relevantes como una ratio apropiada de metros cuadrados por conviviente; un ambiente interior de calidad (en términos de confort higrotérmico, aislamiento al ruido, iluminación apropiada —preferiblemente natural—, y calidad del aire apropiados); además de unas condiciones de seguridad (principalmente en la infraestructura, instalaciones de agua y saneamiento, electricidad, etc.); y el acceso a la energía suficiente para el desarrollo de la vida diaria.

En esta era post-pandemia, la experiencia obliga a que los profesionales, urbanistas, arquitectos/as y proyectistas reflexionemos sobre la ciudad y los edificios, así como sobre la vivienda en particular, la cual debe ser lo suficientemente resiliente como para recibir y adaptarse a este y otros desafíos, algunos claramente predecibles, como los efectos del Cambio Climático o ante emergencias sanitarias o de otra índole que puedan amenazar a la población.

Estas situaciones disruptivas pueden llevar de nuevo a la alteración en los cambios de hábitos y en el comportamiento social y debemos reflexionar sobre las posibilidades que ofrece el parque de viviendas existente a estas y otras adaptaciones, derivadas de las nuevas necesidades de sus moradores.

Las funciones del espacio doméstico, además de las ya conocidas, han pasado a acoger otras nuevas, no sólo espaciales, sino funcionales y ambientales, con requerimientos diversos. Entre ellos, se puede destacar el teletrabajo o el tele-estudio. Antes de la pandemia España contaba con un 8% de su población ocupada ejerciendo el teletrabajo. Durante el confinamiento se alcanzaron valores del 20%, que a finales de 2021 se han mantenido en torno a un 13%. Esto requiere de unas condiciones específicas de protección para la persona teletrabajadora, en términos de condiciones ambientales, ergonómicas, funcionales y digitales.

Esto último se plantea aún de forma más conflictiva cuando son los menores los que necesitan tele-estudiar, puesto que los trabajadores puede que tengan una formación básica en términos de prevención de riesgos laborales y/o ergonomía, pero no así los niños y adolescentes. Estos han estado expuestos a ambientes, posturas corporales, mobiliario y recursos digitales en ocasiones poco o nada adecuados para el ejercicio de esta actividad, suponiendo que dispusieran de un mínimo de estos recursos, así como de un adecuado acceso a internet. Todas estas cuestiones no sólo afectan al bienestar físico del alumnado, sino a su correcto desarrollo, que a su vez redundan en las oportunidades de promoción personal y profesional a lo largo de su vida. Esta es otra de las razones por las que la vivienda y su entorno material constituyen un Determinante de Desigualdades Sociales en Salud.

Pero no sólo estas cuestiones se han visto alteradas por la emergencia sanitaria debida al coronavirus SARS-CoV-2. También el funcionamiento del hogar, totalmente distorsionado, ha conllevado un obligado cambio en los patrones de consumo energético, derivados de la mayor presencia de las personas en sus viviendas, tanto a la hora de desarrollar sus actividades para la vida, como ante un necesario confort interior, y una mínima calidad del ambiente interior. Las personas, abocadas al confinamiento domiciliario, incrementaron su actividad doméstica, y esto les llevó a consumir más energía, que no necesariamente cubrió, sin embargo, sus necesidades de confort térmico. Estas situaciones sostenidas en el tiempo sólo pueden incrementar y agravar los casos de pobreza energética que se localizan en al menos un 20% de la población nacional.

Estas reflexiones llegan en un momento crucial, donde casi el 100% de las viviendas habitadas como primera vivienda se construyeron con anterioridad al desarrollo normativo en materia de confort térmico y calidad del aire interior. De ellas, en torno a la mitad son previas al Código Técnico de la Edificación. En la actualidad, tanto a nivel europeo como a nivel nacional, se están promoviendo ayudas financieras e incentivos para rehabilitar las viviendas. El Pacto Verde Europeo y los planes estratégicos nacionales de rehabilitación residencial parecen ofrecer soluciones para ahorrar energía doméstica y utilizarla de un modo más eficiente. Sin embargo, existen muchos otros problemas que pueden abordarse aprovechando estas intervenciones y que permitirían un uso y disfrute más seguro de la vivienda, adaptándose a este tipo de eventos abruptos e inesperados, así como a los nuevos escenarios establecidos por el IPP sobre Cambio Climático.

Especial atención hay que poner además en los colectivos vulnerables, como pueden ser niños, ancianos, pacientes crónicos y mujeres - en especial aquellas que son cabezas de familias monoparentales y con hijos a cargo-, que sufren más acuciadamente las consecuencias de un estado deficiente de las viviendas.

Si bien no se pueden predecir determinados escenarios en relación con emergencias susceptibles de surgir en un futuro más o menos cercano, sí podemos basar nuestras reflexiones sobre la vivienda y las formas de habitar en cada experiencia vivida, así como en otras realidades que padecen otros países, desgraciadamente más habituados a este tipo de eventos extremos, como pueden ser los países centroamericanos y suramericanos, por ejemplo. Por último, el diálogo multidisciplinar e interprofesional de la academia, investigadores, decisores políticos, proyectistas, urbanistas y arquitectos, entre otros agentes implicados, así como organizaciones de usuarios/as, deben mostrar sus puntos de vista fundamentados y luchar por encontrar soluciones efectivas y duraderas, de forma urgente, que recojan estas y otras experiencias, y que permitan la adaptación a todos estos desafíos «sin dejar a nadie atrás».

PROPUESTAS:

- Fomento de nuevas tipologías y distribuciones, alternancia de usos domésticos, flexibilidad espacial.
- Favorecer nuevas formas de habitar los espacios intermedios (por ejemplo, los espacios comunitarios, los locales comerciales cercanos en desuso u otros infrautilizados).
- Agilizar y facilitar mecanismos de regulación del mercado inmobiliario y explotación del patrimonio residencial, atendiendo a las necesidades sociales presentes, y futuras.
- Elaborar una «Ordenanza de Habitabilidad» que regule las condiciones de edificación en la ciudad a la luz de las necesidades y circunstancias detectadas durante la pandemia del COVID-19 y en los años anteriores. La Ordenanza tratará aspectos como las condiciones higiénicas de las viviendas, el tratamiento de terrazas, balcones y azoteas, el diseño de los espacios comunes para adaptarlos a las necesidades de teletrabajo, zonas de aparcamiento de bicicletas, naturalización de edificios, etc.

2.10. EL TELETRABAJO, UNA ACTIVIDAD A IMPLEMENTAR (DE FORMA SALUDABLE) EN LAS VIVIENDAS ESPAÑOLAS**JUSTIFICACIÓN**

El teletrabajo se define como la posibilidad de realizar la actividad laboral o profesional fuera del espacio habitual destinado a tal fin. Este puede ser en principio cualquiera, aunque principalmente se refiere a la vivienda habitual de la persona trabajadora.

La modalidad laboral del teletrabajo ha obtenido diferente aceptación en los distintos países del mundo, lo cual obedece a distintas causas, entre ellas, a la cultura de la presencialidad que haya en cada lugar, así como al potencial absentismo, al horario laboral diario y semanal, a las diferentes regulaciones en materia de trabajo de cada lugar, a la cultura empresarial y a otras muchas cuestiones.

En España, tan sólo un año antes de irrumpir la pandemia por COVID-19, la media de teletrabajadores se establecía según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en un 8% de la población ocupada, siendo la media europea de un 15%. Un año después, en plena primera ola por COVID-19, cuando la población se encontraba confinada en sus viviendas, este porcentaje llegó a encontrarse en torno a un 20%. Esto supuso para las viviendas un choque frontal en cuanto a la necesidad de recibir y ajustar una nueva tarea doméstica antes no realizada en el espacio doméstico. Además, muchos de estos domicilios, al contar con estudiantes en sus hogares, tuvieron que adaptarse al tele-estudio o labor académica no presencial, debido al cierre de centros educativos. Por tanto, la actividad laboral de los padres se veía no sólo abruptamente centrada en el espacio doméstico, en la mayoría de ellos por primera vez, sino que, además, tenía que combinarse con la actividad académica de los hijos y compartir espacios, recursos digitales o ancho de banda de internet.

Si bien el teletrabajo en España ha irrumpido claramente durante la pandemia por COVID-19, esta modalidad laboral ya había sido previamente analizada por muchos académicos e investigadores. Sus potenciales efectos sobre la sostenibilidad y el medioambiente han sido ampliamente estudiados. Sin embargo, muchos de estos estudios adolecían de un marcado carácter teórico o basado en modelos, y, por tanto, no experimentados.

Estos estudios promovían la sostenibilidad del teletrabajo en sus tres ámbitos destacados (ambiental, económica y social). En cuanto al escenario ambiental, la disminución de trayectos por motivos laborales, con la consecuente disminución en uso de energía (básicamente fósil) y las consecuentes reducciones en emisiones de gases de efecto invernadero y otras partículas contaminantes, parecían ser evidentes. En relación con las mejoras económicas, éstas provenían de una mayor productividad laboral, así como, en relación a las ventajas sociales, la mejora en términos de conciliación familiar-laboral, la mayor disponibilidad de tiempo para ocio, familia y promoción personal-profesional, y, por tanto, una mayor felicidad y bienestar del trabajador. Todo esto, además, permitiría la deslocalización

de los hogares teletrabajadores hacia otros lugares alejados de las grandes ciudades, lo cual aportaría mayor calidad de vida y viviendas más amplias, con precios más asequibles.

Sin embargo, muchas de estas ventajas teóricas podrían entrar en conflicto con la realidad de los hogares en este supuesto modelo más sostenible.

Lo que sí está claro es que el teletrabajo ejercido durante el confinamiento por COVID-19 se puede definir como un «experimento social», puesto que la forma en la que éste se implementó en los hogares y se desarrolló, fue en muchos aspectos anómala. La presencia de menores, personas con discapacidad u otros dependientes, junto con el resto de convivientes (incluyendo en muchos casos otros/as teletrabajadores/as o tele-estudiantes), además de la repentina necesidad de ubicar los recursos y en unos espacios determinados, hizo que su implementación se llevara a cabo sin supervisión, sin medidas preventivas de daños, apenas con información de medidas ergonómica; en definitiva, se actuó «como se pudo» en cada caso.

Según el estudio [COVID-HAB], un 42% de las viviendas participantes en el estudio no estaban preparadas para acometer esta actividad en términos espaciales, funcionales, digitales ni ambientales; tampoco ergonómicamente.

Sin embargo, esta epidemia ha supuesto una oportunidad de oro para conocer el potencial de los hogares tele-trabajadores ante la adversidad y su capacidad resiliente, también en términos laborales o profesionales. Esto ha incrementado el nivel de confianza del sector público y del privado, cuyo recelo inicial, mitigado en parte por la necesidad de adaptarse digitalmente al nuevo requerimiento de sus empleados, ha dado paso a una modalidad laboral que ha funcionado bien en la inmensa mayoría de los casos. No en vano, durante el confinamiento se elaboraron disposiciones en materia de trabajo a distancia, tanto para actualizar la normativa existente como para legislar en el caso de las administraciones públicas, a fin de establecer esta modalidad con mayores cotas de seguridad y garantías.

Si bien quedan muchas cuestiones por avanzar, en materia de la relevancia para la salud y el bienestar físico, psicológico y emocional del trabajador, sin mermar sus derechos básicos relacionados con la privacidad e intimidad de su vivienda.

PROPUESTAS

- Fomento de las buenas prácticas en las organizaciones y empresas y facilitar, en lo posible, que sus trabajadores conozcan y desarrollen su trabajo en un ambiente idóneo.
- Impulso de adecuadas condiciones ambientales (buena iluminación, buen aislamiento al ruido, confort higrotérmico y buena calidad del aire), disponibilidad de espacio y mobiliario adecuados, así como buenos hábitos posturales y seguridad en este espacio tanto para el teletrabajador/a como para los/as demás convivientes.
- Promoción de la disponibilidad de un espacio seguro, funcional y con recursos digitales suficientes y adecuados, así como de la infraestructura necesaria en términos energéticos y de internet para el/la teletrabajador/a.

2.11. LOS ESPACIOS ESCOLARES

JUSTIFICACIÓN

Los espacios escolares vienen determinados por un conjunto de elementos que conforman un ambiente de oportunidades creados con la finalidad de lograr en todos los alumnos y alumnas el máximo desarrollo de sus capacidades, evitando que sean disminuidas u obstaculizadas por cualquier circunstancia de carácter personal, social, geográfico, étnico o cultural.

El reconocimiento de que los orígenes del desarrollo de la inteligencia en los seres humanos se sitúan en las interacciones que éstos realizan en el medio en el que viven y que el sujeto construye su

propio aprendizaje en interacción con su medio social, sitúa a los espacios escolares como un factor poderoso de aprendizaje.

Efectivamente, los espacios escolares constituyen una forma silenciosa e indirecta de los procesos educativos. Su organización refleja, en gran medida, cómo están reguladas en el centro la convivencia, el tipo de disciplina, la metodología predominante, etcétera. Una distribución de espacios que favorezca la autonomía y la individualización, por ejemplo, influye en gran medida en la cantidad y calidad del desarrollo de los niños y niñas, así como en las interacciones sociales que se establecen entre ellos.

De ahí la importancia de conformar espacios agradables, acogedores, saludables, prácticos e inclusivos con la finalidad de lograr un óptimo ambiente de aprendizaje y de bienestar. El espacio educativo se relaciona no sólo con el diseño, sino también con sus cualidades y atributos: materiales, texturas y colores utilizados para su construcción. Todos los elementos que lo conforman: la luz, el color, la ausencia de ruidos, el mobiliario, etc. influyen a la hora de desarrollar las actividades educativas.

En la planificación del espacio escolar hay que tener en consideración factores como el clima, la orientación, la iluminación, la ventilación, los materiales a emplear, etc., y también la disposición de los elementos que lo conforman. Éstos deben ser polivalentes y que posibiliten modificaciones para adaptarse a la diversidad del alumnado. Los espacios han de responder a las características, ritmos y necesidades de los alumnos/as y de los adultos responsables del proceso de aprendizaje.

En general, hay que considerar una serie de cuidados en el edificio: Elegir materiales duraderos y de fácil mantenimiento que por su composición no contengan sustancias tóxicas; facilitar recorridos dentro del edificio atendiendo a la diversidad funcional y señalarlos adecuadamente a fin de evitar accidentes o situaciones de desconcierto; disponer de mobiliario adaptable en altura a diversas fisionomías; cuidar los principales factores de riesgo, entre ellos los patios y zonas de recreo inadecuadas, escaleras, puertas, ventanas, etc.

En cuanto al aula, su organización y adecuación es de suma importancia ya que es el espacio donde se producen los principales procesos de aprendizaje. El paso de la pedagogía de la homogeneidad a la pedagogía de la diversidad requiere reemplazar el aula concebida para un proceso expositivo y pasivo de los alumnos por un espacio flexible y dinámico que permita alteraciones, modificaciones y variantes acordes a las necesidades del alumnado. El aula debe conformarse para permitir diferentes tipos de agrupamientos del alumnado: gran grupo, pequeño grupo y parejas; también para la posibilidad del aislamiento y trabajo o juego individual. Su mobiliario: mesas, sillas, pizarras, estanterías, etc. ha de ser práctico para que pueda adaptarse a diferentes actividades, así como su disposición a fin de facilitar la relación entre el alumnado entre sí y con el profesor/a. Mesas que sirvan para trabajar individualmente o en grupo, abatibles que se utilicen para trabajar y luego puedan guardarse para utilizar todo el espacio para actividades dinámica.

Es importante destacar que el espacio educativo no sólo se refiere al aula, ya que el proceso educativo, formal y no formal se produce en diferentes espacios de la escuela: patio de juegos, aseos, pasillos, comedores etc. Cualquier espacio del centro puede cobrar una dimensión educativa. No sólo el aula, toda la escuela puede ser un recurso para el desarrollo y el aprendizaje. Por ejemplo, el patio del colegio es un espacio olvidado y no se tiene en cuenta su potencial, otorgándole únicamente el papel de lugar de esparcimiento. Los patios están pensados, en general, al margen del proyecto pedagógico de los centros y de las necesidades de desarrollo de los menores. La mayoría de ellos son espacios homogéneos, carentes de espacios de socialización y juego libre y muestran una falta de atención a las diferentes etapas de desarrollo de los escolares. Pero, si les concedemos significatividad, se convierten en espacios que ofrecen multitud de experiencias, aprendizajes, descubrimientos, interacciones, etcétera. Por lo tanto, se han de utilizar como un recurso educativo más, igual de importante que el resto. Repensar los patios, también en los centros de secundaria, es una auténtica necesidad.

Los comedores escolares son asimismo espacios muy adecuados para la promoción de una alimentación sana y equilibrada ya que es cada vez más el alto porcentaje de los niños y niñas que

comen en los comedores escolares, por lo que disponer de menús saludables y equilibrados es un excelente punto de partida para que el alumnado vaya asumiendo hábitos y costumbres saludables.

Por otra parte, hay que reconocer la importancia de los espacios escolares externos al centro escolar, así como contemplar la posibilidad de utilizar los del centro por parte de la comunidad local, en horarios alternativos al escolar, cuestión que, sin duda, es más relevante en contextos urbanos vulnerables, con grandes carencias de equipamientos educativos culturales y recreativos.

Si los espacios hay que cuidarlos en todas las escuelas, desde la Educación Infantil hasta la Educación Secundaria y Formación Profesional, es mucho más necesario en el caso de una escuela inclusiva que acepta la diversidad de su alumnado como un valor, en donde las diferencias no se convierten en desigualdades, en la que la individualidad de cada persona se beneficia de una educación adaptada a sus necesidades, en la que todas se sienten parte activa del centro al reafirmar sus capacidades, talentos y habilidades. Una escuela inclusiva necesita por supuesto currículos flexibles y metodologías adaptadas a la diversidad de sus alumnos, programas de apoyo de atención individualizada, pero también espacios escolares accesibles, sin barreras de todo tipo: ni físicas, que impidan la movilidad o dificulten el acceso al uso de espacios, objetos y servicios en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad; ni actitudinales, con conductas, palabras o estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso, en condiciones de igualdad, de todas las personas; ni comunicativas con aquellos estudiantes con discapacidades auditivas.

PROPUESTAS

- Reivindicación de la importancia de diseñar y construir espacios escolares saludables para garantizar el bienestar físico, emocional y social de los menores.
- Planes de desarrollo, proyectos y estrategias conducentes a mejorar los espacios escolares para que realmente sean un factor poderoso del desarrollo del alumnado en todos sus aspectos: intelectual, cognitivo, psicomotor y afectivo, así como en su proceso de socialización.
- Aplicación del marco legislativo sobre el ambiente y salud en las instituciones escolares para poder trabajar en ambientes saludables de aprendizaje.
- Denuncia de aquellas instalaciones escolares que, en general, representen un modelo obsoleto que no responde a las necesidades pedagógicas y de bienestar del alumnado y del profesorado.
- Consideración de que los accesos e inmediaciones del centro son también parte del espacio escolar.
- Reflexión y debate sobre cómo los espacios escolares mejoran las relaciones interpersonales entre los estudiantes y qué protocolos de actuación serían convenientes establecer ante situaciones de violencia o acoso.
- Redacción de un plan operativo de retirada de amianto de los centros escolares de la Comunidad de Madrid.

3. BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Para la elaboración de este documento se han tomado de referencia, por su proximidad en objetivos y temáticas, las siguientes organizaciones y publicaciones:

- CGATE. GBCe. AEICE.(2021). *Edificios y salud: reinventar el hábitat pensando en la salud de las personas*.
- CGATE.OMC.(2019). *Edificios y salud. Siete llaves para un edificio saludable*.
- GBCE.HAUS. (2020). *Salud, Espacios, Personas*.
- Diputació de Barcelona. (2021). *Vivienda y salud*.
- World Health Organization. (1989). «Health principles of housing».
- Provivienda. (2018). «Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud».
- ONU HABITAT. (2010). «El derecho a una vivienda adecuada». Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- IEB. Instituto Español de Baubiologie.
- IEB. (2016). «Alternativas ecosociales para la rehabilitación energética de barrios periféricos de Madrid. Propuesta de modelo. Aspectos socioeconómicos y de salud». Tobalina Atanet, Daniel.
- Instituto Ecohabitar.
- Fundación ONCE. Fundación Arquitectura COAM. (2011) «Accesibilidad universal y diseño para todos. Arquitectura y urbanismo»

4. AUTORES

Las personas que han participado de la elaboración de este documento, pertenecientes al grupo de trabajo «Arquitectura y Salud» (GTAYS), perteneciente a SOCISALUD, son las siguientes:.

Pablo Pachón Manzano. Coordinador

- ▼ Arquitecto.
- ▼ Socio de la cooperativa de arquitectura y rehabilitación ReBive S.Coop.Mad.

Berta Brusilovsky Fíler.

- ▼ Arquitecta.
- ▼ Experta en accesibilidad y espectro cognitivo.
- ▼ Asociación para la comprensión fácil de entornos y edificios.

Teresa Cuervo Vilches

- ▼ Arquitecta.
- ▼ Investigadora en el CSIC.

Antonio Fernández Gordillo

- ▼ Abogado
- ▼ Experto en urbanismo y vivienda.

Conrado Fernández Rodríguez

- ▼ Médico especialista en Gastroenterología y Hepatología.
- ▼ Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Fundación Alcorcón.

Adolfo García Ortega

- ▼ Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD).
- ▼ Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de Madrid (PLAFHC Madrid).

Rita Gasalla Regojo

- ▼ Arquitecta.
- ▼ Responsable de la Comisión de Arquitectura y Salud del Colegio de Arquitectos de Madrid.

Carmen Valdés y Llorca

- ▼ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral Norte (SERMAS, Madrid).

Lara Edurne González Castellanos

- ▼ Enfermera Familiar y Comunitaria en CS José María Llanos.
- ▼ Presidenta de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP)
- ▼ Profesora asociada en Ciencias de la Salud, UAM

Pía López-Izquierdo Botín

- ▼ Arquitecto.
- ▼ Profesora en Universidad Politécnica de Madrid.

Rocío Navas Huergas

- ▼ Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. CS José María Llanos

Francisco José Ruiz Díaz

- ▼ Arquitecto
- ▼ Experto en accesibilidad.

Aurora Ruiz González

- ▼ Profesora jubilada de Enseñanza Secundaria.
- ▼ Ex Directora General de Educación de la Comunidad de Madrid
- ▼ Miembro del GT Escuela Saludable.

Dolores Terriza Rueda

- ▼ Médico, radióloga.
- ▼ Investigadora en el uso del color en entornos urbanísticos y de vivienda.

Daniel Tobalina Atanet

- ▼ Socio de la cooperativa de arquitectura y rehabilitación ReBive Sociedad Cooperativa

Madrid, 18 de septiembre de 2025

ISBN-13: 978-84-09-78550-6



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD

Datos de contacto:

Adolfo García Ortega
adolfogarciaortega@yahoo.es
618 769 609