

**Modelo
integral de
atención al
envejecimiento
activo en el
ámbito rural**



ADACEN®

Camino de Zolina, s/n
31192 Mutilva Baja
Navarra (Spain)

ÍNDICE

1. Motivación del desarrollo del modelo. [Página 4](#)

2. Marco teórico. [Página 6](#)

2.1. Heterogeneidad de lo rural

2.2. Diseño de un sistema integral y progresivo de atención a personas dependientes y/o con discapacidad en el entorno rural

2.3. Envejecer siendo mujer

2.4. Soledad en la vejez

2.5. Redefinición del Servicio de Ayuda a Domicilio

2.6. Ventajas que ofrece trabajar en el medio rural

3. Situación y necesidades en la zona de estudio. [Página 10](#)

3.1. Necesidades no cubiertas y expectativas de la población objeto de atención

4. Propuesta integral de atención al envejecimiento en base al modelo de apoyos “Step by Step”. [Página 12](#)

4.1. Prevención Envejecimiento a partir de 50 años

4.2. Centro Polivalente de Recursos

4.3. MODELO CEAR (Servicios de Promoción de la autonomía personal)

4.4. Programas a desarrollar

4.5. Correlación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

5. Metodología ágil de diseño de intervención. [Página 24](#)

5.1. Definir el alcance de lo que se quiere hacer

5.2. Organizar los equipos para diseñar la intervención

5.3. Ver el perfil de la zona

5.4. Ver las actuaciones previstas en la metodología

5.5. Priorizar las actuaciones desde el punto de vista de la ciudadanía

5.6. Analizar los resultados y seleccionar actuaciones

5.7. Diseñar el plan integral de actuación

6. Batería de actuaciones prediseñadas. [Página 38](#)

7. Prestación del CEAR. [Página 50](#)

8. Propuesta de gestión. [Página 51](#)

9. Parametrización económica. [Página 52](#)

10. Bibliografía. [Página 54](#)

1. Motivación del desarrollo del modelo

El contexto rural experimenta en los últimos años un fenómeno de “sobreenvejecimiento” en el que cada vez hay más personas que alcanzan una edad avanzada. Muchas de ellas se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de dependencia, a lo que se añade una realidad contextual de escasez de servicios y falta de individualización de las intervenciones. Ello comporta un riesgo evidente de aislamiento y una pérdida de oportunidades en entornos, muchas veces discapacitantes, que restringen las posibilidades de participación.

Por otra parte las personas mayores, desean envejecer en su casa y ser atendidos por su familia. Hecho especialmente cierto en las zonas rurales. Pero los cambios en la estructura familiar conforme avanza la edad de las personas, en ocasiones generan un desplazamiento de la población necesitada de apoyos a otras localidades con mayores recursos, contribuyendo a acelerar el despoblamiento.

Las necesidades específicas del envejecimiento rural precisan de actuaciones y programas diferenciados que alcancen el objetivo de equidad en el acceso a los recursos. Lo cual requiere de políticas flexibles que contemplen la diversidad, una planificación integral que promueva el envejecimiento activo y la generación de programas innovadores que no traten de replicar modelos, que si bien pueden ser muy adecuados en un contexto urbano, resultan inapropiados en el medio rural.

Ante esta situación, se planteó el desarrollo de un estudio con el objetivo de definir un modelo de intervención basado en una planificación integral que implicara a la red comunitaria, de salud y servicios sociales basada en varios ejes:

Uno, el dirigido a la promoción del envejecimiento activo y la participación social de las personas mayores (de marcado carácter preventivo), el segundo tendente al desarrollo de nuevos servicios de proximidad para dar apoyo a las personas en situación de fragilidad o dependencia y a sus familias cuidadoras. Contando con la participación activa de las propias personas mayores, para que sean sujetos activos de las actuaciones que tienen que ver con ellas. Teniendo en cuenta la perspectiva de género, al existir un riesgo de mayor aislamiento social.

Este estudio, así como la definición del modelo, surgió gracias a la iniciativa conjunta del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra y el Ayuntamiento de Allo. Contando con la participación de la Asociación de Daño Cerebral de Navarra - ADACEN, dada su contrastado conocimiento en la atención a personas mayores y con discapacidad y su experiencia en el diseño de soluciones innovadoras en el sector socio-sanitario. Así como la de los profesionales de la Mancomunidad de Servicios Sociales de la Zona de Allo.

La publicación pretende por ello ser una guía de referencia para abordar las diferentes estrategias y afrontar el envejecimiento de las zonas rurales. Con el objetivo de que pueda ser aplicable a cualquier área rural, teniendo en cuenta las características propias de cada zona (geográficas, demográficas, sociales...). Buscando el desarrollo de experiencias piloto que permitan la parametrización y escalabilidad de diferentes actuaciones vinculadas a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y/o con discapacidad, con un enfoque flexible, adaptativo en los servicios y las soluciones, y de cercanía.

Tanto el marco teórico, como el modelo de intervención, el despliegue de alternativas, el diseño y modelización del plan de apoyo en cada zona busca cumplir con unos principios fundamentales que son; la participación activa de los grupos de interés implicados, la adaptación a las necesidades, un diseño adecuado coste-oportunidad, la trazabilidad de los programas o actuaciones a implementar, y la necesaria evaluación del impacto social.

Es en estas zonas rurales donde más se está detectando la necesidad de llevar a cabo propuestas para que la calidad de vida de las personas mayores sea la adecuada y por tanto mejorar el bienestar de todas las personas que viven allí.

La idea es que pueda ser aplicable a cualquier área de la comunidad, teniendo en cuenta las características propias de cada zona (geográficas, sociales...)



La publicación pretende ser una guía de referencia para abordar las diferentes estrategias y afrontar el envejecimiento de las zonas rurales. Con el objetivo de que pueda ser aplicable a cualquier área rural, teniendo en cuenta las características propias de cada zona.

2. Marco teórico

2.1. Heterogeneidad de lo rural.

Se caracteriza precisamente por su diversidad. Tal heterogeneidad se explica en función de las diferentes variables que es necesario tener en cuenta: demográficas, culturales, de actividad, de recursos naturales y, sobre todo, geográficas.

El interés de este estudio no es otro si no el de resolver las necesidades y problemas de un grupo importante de la población, que vive en entornos rurales en los que, si no se interviene de manera singular, fomentan el aislamiento, la discapacidad, la dependencia y el desamparo, sin olvidar el fenómeno del éxodo rural.

Para ello, es importante que las intervenciones sean flexibles, innovadoras, con carácter integral y que cuenten con la participación activa de las propias personas mayores.

El modelo que se presenta debe servir de guía para cualquier otra zona de la Comunidad, teniendo siempre presente las características geográficas y culturales de cada zona. Las medidas para su implantación deben ser universales y, por lo tanto, poder aplicarse en cualquier otro entorno rural.

El fin último es que las personas mayores sean apoyadas adecuadamente en el proceso de envejecer para garantizar su autonomía, decisiones y calidad de vida.

2.2. Diseño de un sistema integral y progresivo de atención a personas dependientes y / o con discapacidad en el entorno rural.

Como hemos venido diciendo anteriormente, el envejecimiento es el reto que desde hace unas décadas está emergiendo, siendo en las zonas rurales un desafío a conseguir.

Fue en la década de los 80 cuando se dio el cambio de mirada en política social, constituyéndose, por un lado, con fuerza el estado de bienestar basado en una política de derechos, y por otro lado, acogiendo la respuesta de las políticas sociales, no tanto desde las instituciones, sino desde la permanencia de las personas en su entorno de vida habitual.

Es importante tener en cuenta en el diseño de modelos en el ámbito rural el concepto de proximidad.

Proximidad entendida desde dos miradas: como tipología o como característica de los servicios.

Proximidad como una característica de los servicios, debe ser una condición deseable para el conjunto de recursos de atención a las personas; que estén pensados desde diseños que permitan una ejecución descentralizada, cercana a las personas y a sus contextos cotidianos de vida, ya que es allí donde se producen las distintas necesidades.

Proximidad como tipología de los recursos, definidos como los que están dirigidos a apoyar la permanencia de las personas en su entorno habitual, promoviendo su autonomía, su independencia en las actividades cotidianas y su integración social, mediante la prestación de diversos apoyos técnicos, materiales y / o económicos.

En este sentido, y aplicando la definición de servicios de proximidad al ámbito rural donde envejecen las personas, la finalidad de éstos ha de ser que las personas mayores puedan permanecer dignamente en sus hogares a medida que envejecen, con o sin miembros de su familia, y de acuerdo con sus preferencias y deseos. Desde esta concepción, los servicios de proximidad para las personas mayores que viven en contextos rurales deben cubrir, básicamente, dos ámbitos de intervención: a) la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, favoreciendo una adecuada permanencia de las personas mayores en su medio habitual de vida. Lo cual se logra facilitando y acercando servicios que proporcionen una atención integral a las personas a la par de apoyo psicosocial a sus familias cuidadoras. b) El fomento de la participación social, desde la promoción del envejecimiento activo y teniendo como principal referencia la integración de las personas mayores en su propia comunidad. (García 2005; Martínez 2002; Rodríguez 2004).

No podemos, además, obviar el carácter dinamizador que el desarrollo de nuevos servicios de proximidad puede suponer para las zonas rurales, muchas

de ellas abocadas a una progresiva despoblación. El desarrollo de nuevos servicios de proximidad en las zonas rurales, además de procurar atención a las personas mayores y favorecer su permanencia en sus contextos habituales de vida, genera un impacto positivo en la geografía rural y el ámbito económico que debe ser destacado. Estos servicios generan empleo, contribuyen a fijar población en la zona y como consecuencia de ello, pueden suponer un elemento dinamizador de primer orden para estos territorios.

2.3. Envejecer siendo mujer.

Las mujeres y los hombres no envejecemos igual. Hay más mujeres en las edades más avanzadas ya que la esperanza de vida en esta franja de edad es mayor.

Lo más característico y que las diferencia es la situación socio económica. Envejecen y empobrecen. Tienen en su mayoría pensiones de cuantías más bajas y, por lo tanto, se desarrollan en muchas ocasiones situaciones de vida con muchas dificultades.

Las mujeres mayores viven más en estado de pobreza y de dependencia física, y son aún más vulnerables a sufrir malos tratos, negligencia y abandono. Es importante aplicar una perspectiva de género en cada una de las acciones que se lleven a cabo. La perspectiva de género debe ser transversal en el proyecto.

Así como es importante que todas las políticas tengan en cuenta la mirada de las personas mayores en sus intervenciones, la mirada de género también debe ser primordial.

2.4. Soledad en la vejez.

Cada vez oímos más el término soledad asociado a la vejez. La esperanza de vida, como hemos comentado anteriormente, ha aumentado y por ende, las personas mayores viven más años y también más solas.

A más edad, mayor es la probabilidad de que una persona esté sola o viva sola debido a los eventos normativos y comunes a la fase más avanzada de la vida, (pérdida del cónyuge por muerte o separación, la salida de los hijos/as de casa o la muerte de los amigos/as). Pero esas circunstancias no significan que todas las personas mayores que están o que viven solas se sientan solas.

La soledad en el mundo rural es menos apreciable, aunque no por esta razón debemos excluirla. Hay una red de apoyo comunitario más visible que en el mundo urbano, pero no por ello no aparecen situaciones a las que atender, sobre todo teniendo en cuenta aspectos como la accesibilidad en viviendas, climatología de algunas zonas rurales, éxodo de lo rural a lo urbano...

Por ello, las posibilidades de seguir viviendo en la propia casa son mayores cuando las poblaciones están adaptadas al envejecimiento de sus ciudadanos/as, cuando las casas son accesibles y cuando existen tecnologías de

apoyo. En consecuencia, las posibilidades de vivir solos/as son mayores si existe una buena red de apoyo, condiciones de la vivienda y comunitarias y condiciones económicas suficientes.

La soledad es una experiencia individual y subjetiva, por lo que estar solo/a o vivir solo/a no es lo mismo que sentirse solo/a. La soledad es una sensación desagradable resultante de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y la realidad de contactos sociales que la persona ha logrado conquistar.

La condición objetiva de estar socialmente aislado no se relaciona con que el sujeto se sienta realmente solo; hay personas que se sienten solas aunque no estén socialmente aisladas.

Por otro lado, la calidad de las relaciones sociales tiene un poder explicativo de la soledad más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales. Es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente, que tener más amigos/as poco íntimos con interacciones frecuentes.

2.5. Redefinición del Servicio de Ayuda a Domicilio.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD en adelante) ha sido sin lugar a dudas el servicio de proximidad que mayor extensión ha tenido en las distintas localidades de la geografía española. El SAD inició su desarrollo en nuestro país

en la década de los años 80 y desde entonces se ha venido definiendo como una de las prestaciones básicas de los servicios sociales.

Siendo la misión de este servicio la provisión de cuidados necesarios en el propio domicilio, con carácter general, se puede afirmar que tras años de evolución se ha convertido en un servicio escaso en cobertura e intensidad de atención, que puede ampliar y profundizar en las modalidades de atención que abarca, abriendo un amplio abanico de oportunidades. Todo ello ante una mayor diversidad de las demandas planteadas por la pluralidad de necesidades que se presentan. El SAD a nuestro entender, es una herramienta idónea, si se dota de metodologías ágiles en su diseño y prestación que han de permitir una mucho mayor customización en la prestación del servicio.

2.6. Ventajas que ofrece trabajar en el medio rural.

Los servicios sociales rurales comparten muchas características con los situados en áreas urbanas, pero también presentan aspectos que los distinguen y que merecen una atención especial por parte de los estudios de investigación y las Administraciones. Aunque existan notables dificultades para acercar los servicios sociales a los habitantes del entorno rural, una vez logrado el objetivo, el trabajo en este medio ofrece ventajas con respecto a los servicios urbanos. Las más importantes son la atención personalizada y la individualización de las intervenciones, que se consiguen gracias a un mayor conocimiento de las personas usuarias de los servicios por parte de las trabajadoras sociales, derivado de las relaciones más estrechas que se

gestan en los núcleos con una menor densidad de habitantes y gracias a la disponibilidad del personal para atender a cada usuario de los servicios con mayor dedicación que en el medio urbano, por tener instalaciones de menor tamaño.

La información siempre llega mejor a la persona receptora si existe un/ a referente personal.

En definitiva, en ámbitos tan restringidos, las especificidades de la persona cobran una importancia mucho mayor de la que puede facilitar en servicios sociales que tienen que atender a la población de municipios grandes, en los que el personal rota constantemente y establecer relaciones estrechas con las personas usuarias del servicio se convierte en una tarea más difícil.

3. Situación y necesidades en la zona de estudio

La zona básica de los Servicios Sociales de Allo está compuesta por nueve municipios y tres concejos. Se trata de las siguientes localidades: Arellano, Arróniz, Azqueta, Barbarin, Discastillo, Igúzquiza, Labeaga, Lerín, Luquin, Urbiola y Villamayor de Monjardín.

El número de personas que están empadronadas en dichas poblaciones asciende a 5,144 personas, de las cuales 1.478 son personas mayores de 65 años, 668 hombres y 810 mujeres. Por lo tanto, hablamos de una tasa de envejecimiento del 28,73%.

Las razones de este número tan elevado de tasa son:

- Mayor longevidad de la población a más edad.
- Descenso importante de la tasa de natalidad.
- Reducción de la población en edad laboral.

No podemos olvidar tener en cuenta que, dentro de la tasa de envejecimiento, está la llamada “cuarta edad”, donde en la población analizada alcanza un 12,08% total de la población.

3.1. Necesidades no cubiertas y expectativas de la población objeto de atención.

Basándonos en el estudio realizado por Proyecto 21 Proiektua, expondremos los datos de la población de Allo y su comarca.

La zona básica de Servicios Sociales de Allo está compuesta por nueve municipios y tres concejos. En todas estas poblaciones hay un total de 5.144 personas empadronadas, de las cuales 1.478 son personas mayores de 65 años: 810 mujeres y 668 hombres.

Podemos decir por tanto, que en toda la zona existe un 28,73% de “tasa de envejecimiento”.

La alta longevidad de esta población se plasma en la denominada Cuarta Edad (mayores de 80 años) donde se alcanza un 12,08%, existiendo municipios donde se supera el 25 %.

GÉNERO.

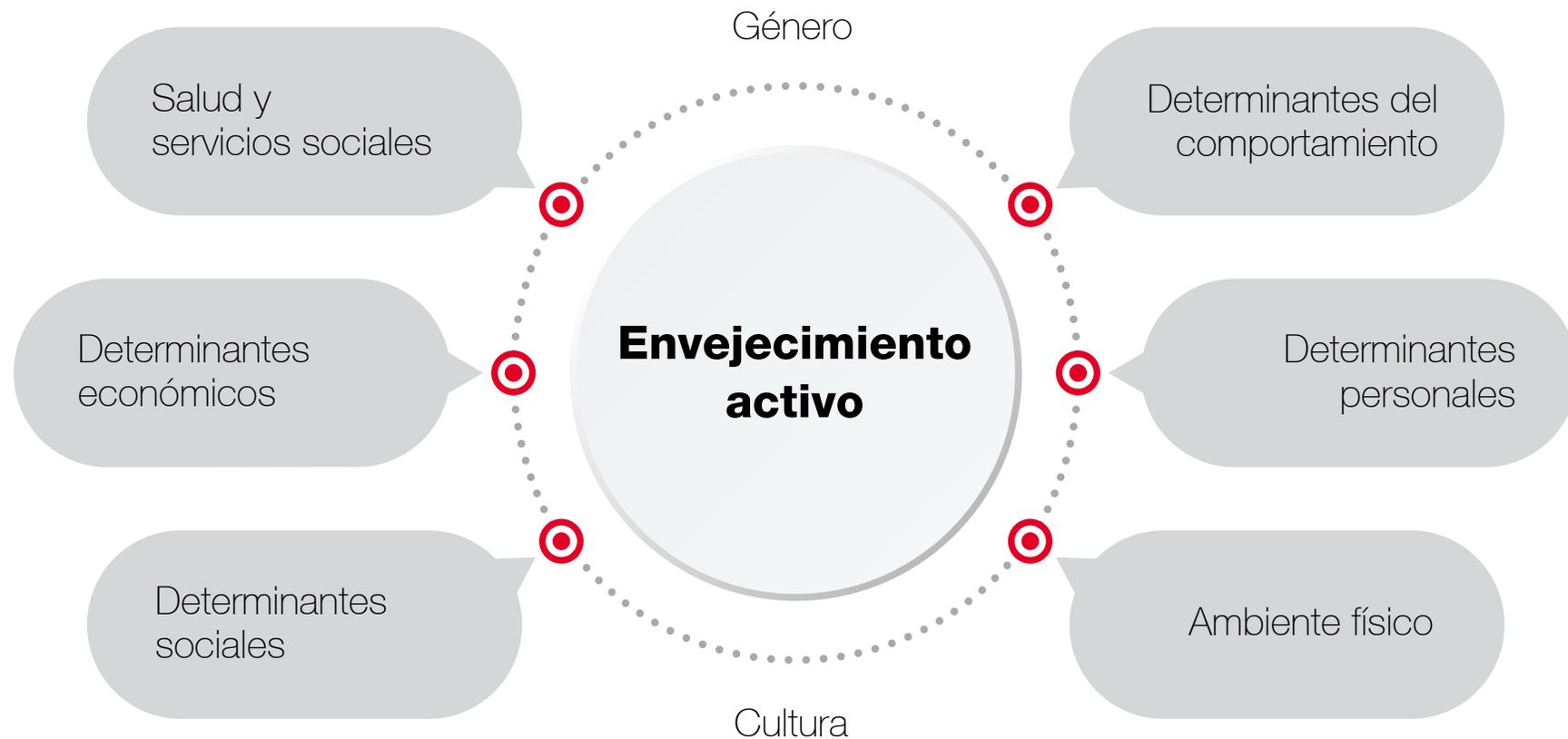
Las mujeres suponen el 54,80 % del total de las personas jubiladas en esta zona, (sin tener en cuenta el tramo de edad de 60-64 años).

La feminización de las personas mayores como tendencia viene determinada fundamentalmente por el predominio de las mujeres que va aumentando con la edad. Entre las personas mayores de 90 años: el 71% son mujeres.



4. Propuesta integral de atención al envejecimiento en base al modelo de apoyos “Step by Step”

4.1. Prevención Envejecimiento a partir de 50 años.



Entre los factores que influyen en el desarrollo del envejeciendo activo, la OMS destaca la importancia de la salud, un concepto que comprende bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, en el marco del envejecimiento activo, son importantes tanto las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social, como los planes de prevención de la enfermedad y el deterioro, para mejorar la calidad de vida y retrasar la aparición de enfermedades.

Un envejecimiento activo, desde el punto de vista de la sanidad, supone mantener la salud y conseguir que la persona mayor permanezca autónoma e independiente el mayor tiempo posible.

Por este motivo, es imprescindible abordar la salud desde una perspectiva preventiva y transversal que se incorpore a todas las políticas relacionadas con las personas mayores.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y, por ello, ha de tenerse en cuenta la totalidad del ciclo vital. La capacidad funcional, que aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, luego va disminuyendo. Esta tasa de disminución está determinada en gran parte por factores relacionados con el estilo de vida en la edad adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y la alimentación.

La disminución de la capacidad funcional, teniendo en cuenta los factores comentados, puede bajar con el transcurso del tiempo de forma tan brusca que puede desembocar en una discapacidad prematura. Sin embargo, este hecho

puede ser reversible a cualquier edad y puede verse influenciado por medidas individuales y políticas. De esta forma, la eliminación de algunos de los factores comentados (tabaco y alcohol) así como la mejora en otros (ejercicio físico y otra alimentación) reducen el riesgo de padecer algunas enfermedades. Otros factores como los asociados a la clase social, educación deficiente, la pobreza y condiciones de vida y de trabajo nocivas hacen más probable la reducción de la capacidad funcional en fases posteriores de la vida. Por tanto, para gozar de un estado de salud favorable y óptimo es necesario abordar tanto medidas iniciadas por los poderes públicos, como la responsabilidad de cada persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, mantenimiento de la actividad física y mental) y la inserción participativa en la realidad social (mantenimiento de las relaciones interpersonales, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). Vivir y mantenerse en condiciones saludables debe ser un objetivo que trabajar durante todo el ciclo vital. No habría que esperar a llegar a los 65 años para comenzar a cuidarse. Los hábitos de vida saludables influyen de forma notable en la duración de la vida sin enfermedad ni discapacidad y son modificables.

4.2. Centro Polivalente de Recursos.

El importante proceso de urbanización que viene dándose desde hace décadas ha provocado un progresivo despoblamiento y envejecimiento de las áreas rurales.

Sin embargo, los servicios sociales parecen haber tenido en el entorno rural un menor desarrollo que las políticas enfocadas hacia el mercado laboral y

el crecimiento económico. Hasta la puesta en marcha de los centros rurales polivalentes, los servicios que se planteaban en el ámbito rural tenían generalmente las mismas características que los urbanos, y no se tomaban en cuenta las especificidades del entorno al que se dirigían y las necesidades concretas del tipo de población, en un marco, además, en el que las necesidades de atención socio-sanitaria no siempre se manifiestan en forma de demanda de cuidados formales.

No podemos olvidar que no sólo debemos atender la dependencia ya dada, si no fomentar una línea de trabajo de prevención a la dependencia, con programas y recursos encaminados a dar respuesta a esta población, que podríamos decir que se encuentra en su mayoría en la edad de 65 años a 75.

La población rural tiene una elevada tasa de envejecimiento. También se distingue por una mayor tasa de soltería y masculinidad con respecto a las áreas urbanas. Ambos elementos pueden provocar una mayor vulnerabilidad frente al riesgo de exclusión, dependencia o desprotección, en el caso de las personas solteras por la eventual ausencia de una red familiar que pueda prestar una ayuda informal en caso de necesidad, y en el de los hombres viudos, por una cierta 'discapacidad cultural' para las tareas domésticas y el cuidado personal. Además de ello, la población rural suele ser, en general, más reacia a demandar ayuda externa en situaciones de necesidad, ya sea por el desconocimiento de la labor de los servicios sociales y de su derecho a utilizarlos, o por una sensación de vergüenza resultante de una mentalidad en la que este tipo de necesidades se entienden como asuntos que deben abordarse exclusivamente en el seno de la familia. Efectivamente, la intervención de terceras

personas en las labores de cuidado de un familiar dependiente puede verse, en muchas ocasiones, como una injerencia en el espacio privado y como una muestra de la incapacidad de la familia para hacerse cargo de la situación. Si en el entorno urbano este sentimiento de culpa puede tener un impacto reducido, en las áreas rurales sus efectos son sin duda mucho más evidentes.

Aunque existan notables dificultades para acercar los servicios sociales a los habitantes del entorno rural, una vez logrado el objetivo, el trabajo en este medio ofrece ventajas con respecto a los servicios prestados en el medio urbano.

El Centro de Polivalente de Recursos para el Envejecimiento Activo Rural (CEAR), debe entenderse como el conjunto de recursos que procuran las habilidades sociales, funcionales y adaptativas precisas para que la persona mayor incremente sus niveles de autonomía e inclusión a lo largo de su vida. Estos servicios deben estar integrados por un conjunto de medidas y actuaciones que se inician con la aparición de la discapacidad, y se prolongan durante toda la vida activa, orientándose a promover la autonomía y la independencia entre las personas que forman parte del colectivo de personas mayores.

El Objetivo último del CEAR es proporcionar a personas mayores los recursos adecuados que permitan su participación de la forma más autónoma e independiente posible en su comunidad, mediante la adquisición de habilidades y el fortalecimiento de sus recursos personales, la rehabilitación y el mantenimiento de sus capacidades funcionales, el entrenamiento de la autonomía personal, y el asesoramiento a su entorno socio familiar.

Los fundamentos del Centro de Polivalente de Recursos para el Envejecimiento Activo Rural (CEAR) son:

- 1.** Respeto hacia la intimidad, prioridades, opiniones, preferencias y decisiones de las personas con discapacidad respecto a su propia vida.
- 2.** Intervención individualizada, promoviendo itinerarios vitales y proporcionando los apoyos necesarios en cantidad (diversidad de actividades), frecuencia (repetición de series) y extensión (duración en el tiempo).
- 3.** Inclusión, facilitando a los usuarios/as la interacción con el medio, de manera semejante a la mayoría de las personas. Esta integración exige la interacción medio-usuario/a y, por tanto, no sólo supone producir cambios en el sujeto sino también en el medio, modificándolo.
- 4.** Normalización, entendiendo como tal, ofrecer atención a sus necesidades para que desarrolle una vida tan próxima a la normal como sea posible, entendiendo las condiciones de vida normales, como las que exigen para la mayoría de la población o las que la sociedad aspira a conseguir para sus miembros, teniendo en cuenta la cultura y edad a la que pertenece.
- 5.** Participación. Aprovechar de manera preferente los recursos y servicios comunitarios y ser miembro activo de la sociedad.
- 6.** Seguimiento y orientación constante de las intervenciones a la consecución de una vida autónoma e independiente.

4.3. MODELO CEAR (Servicios de Promoción de la autonomía personal).

Características del Centro Polivalente de Recursos.

Como se ha señalado ya, los servicios sociales desarrollados en las últimas décadas en nuestro entorno han seguido un modelo predominantemente urbano. Esta inadecuación de la oferta de recursos, junto a los condicionantes culturales ya señalados, ha contribuido a que los cuidados que precisan las personas dependientes del medio rural recaigan de forma casi exclusiva en la familia. Las residencias, los centros de día o los centros sociales suelen ubicarse en localidades más pobladas, por lo que es frecuente que las zonas rurales tengan un bajo desarrollo de este tipo de dispositivos, la mayoría de las veces diseñados a imagen y semejanza de los implantados en el medio urbano. Los expertos señalan que, dado que las personas que viven en núcleos rurales tienen necesidades particulares, los programas que se les ofrezcan tienen que ser diferenciados y específicos, y cumplir con cuatro requisitos fundamentales: flexibilidad, innovación, integralidad y participación.

En este medio es de vital importancia, más aún si cabe que en el entorno urbano, la flexibilidad para poder dar respuesta a las necesidades concretas y cambiantes de la población. Además, como en cualquier otro ámbito de intervención, la planificación de los servicios debe ser de carácter integral, con actuaciones basadas tanto en la promoción del envejecimiento activo y la participación social de las personas mayores y/o dependientes, como en el desarrollo de servicios de proximidad que permitan dar apoyo a las personas en situación de dependencia sin salir de su entorno físico y relacional. Por último, las iniciativas que se promuevan tienen que buscar la participación de

las personas a las que van dirigidas, como sujetos activos del proceso que van a llevar a cabo.

Frente a recursos específicos y dispersos en el espacio, los centros rurales polivalentes son una alternativa válida para la provisión de servicios de atención personal, puesto que coordinan e integran distintos recursos de alojamiento, atención de día, servicios a la comunidad y centro social en un mismo dispositivo, lo que permitirá un trabajo más coordinado y eficiente. Aunque no puede hablarse de un diseño estandarizado en este tipo de centros, sí se caracterizan por integrar distintos servicios de atención a personas en situación de fragilidad o dependencia, y proporcionar un espacio que permita la relación social y el desarrollo de proyectos de dinamización y participación social. Otra de sus ventajas es que pueden albergar otros recursos o servicios de atención comunitaria en el mismo edificio, lo cual posibilita la coexistencia de apoyos y fomenta la cooperación entre diferentes sistemas, instituciones y organizaciones (trabajo en red).

Al contrario de lo que ocurre en gran parte de los recursos del mapa actual de Servicios Sociales, los centros rurales polivalentes no se conciben como exclusivos para las personas mayores, sino que atienden a las necesidades de personas muy diversas, ya sea por problemas psicosociales o por discapacidad. Esta concepción supone una apuesta por el principio de inclusión, puesto que evita generar servicios que provoquen la segregación. Además, optimiza el uso de los servicios y su eficiencia, evitando las dificultades que los centros aislados suelen tener en cuanto a su viabilidad. Se trata de servicios que generan empleo y contribuyen a mantener a la población en la zona, lo que puede suponer un elemento dinamizador de primer orden para estos territorios.

Los objetivos más específicos de estos centros en el ámbito individual y familiar son:

- Prestar una atención de calidad.
- Fomentar el mantenimiento de la autonomía y las relaciones sociales de la persona para paliar estados de soledad, aislamiento y abandono.
- Apoyar a la familia en las tareas de cuidado y en su propio cuidado.
- Prevenir y retrasar el deterioro de la persona para evitar su institucionalización y el consecuente desarraigo de su medio habitual.

Y en el ámbito comunitario:

- Convertir los centros rurales polivalentes en centros de referencia que faciliten la organización de los servicios sociales en el medio rural.
- Potenciar la dinámica social del municipio.
- Favorecer el acercamiento y la normalización de las prestaciones sociales.

HORARIO.

Este recurso funcionará de manera ininterrumpida de lunes a viernes y de 10:00-18:00 al objeto de favorecer al máximo la accesibilidad y la flexibilidad del programa que perseguirá en todo momento adecuarse a las necesidades de autonomía, inclusión social e independencia de las personas usuarias.

Las personas acudirán de manera ambulatoria a un número determinado de actividades y durante el tiempo establecido, de acuerdo a la valoración y al Plan Individual de Autonomía Personal (PIAP) establecido y que, en cualquier

caso, no debe superar el año y medio. Después, se establecerá un plan de seguimiento que permita prestar apoyos puntuales para el mantenimiento y continuidad del proceso de autonomía e inclusión social de la persona.

METODOLOGÍA.

El desarrollo de los programas y actividades se realizarán con un enfoque basado en el modelo centrado en la persona y en el modelo de vida independiente. Modelos en los que el eje principal de la intervención es la centralidad de la persona y la familia, donde predominan las capacidades (lo que puede hacer). Se contempla a la persona como un individuo diferente que aporta riqueza y diversidad a la sociedad. Se propone que las personas sean protagonistas de sus propios destinos individuales, independientemente del nivel al que logren acceder, personas que hagan uso de los recursos ordinarios de la comunidad en igualdad de condiciones con los demás.

La prestación del servicio se concreta en el diseño de un itinerario Individualizado que dé respuesta a las demandas y necesidades de la persona, y su familia, teniendo en cuenta su vida pre-mórbida, el entorno y el contexto donde reside. Este itinerario es la plasmación ordenada, interactiva y dinámica de los recursos, apoyos, asistencias y ayudas de toda índole que la persona precisa para alcanzar el máximo grado de autonomía en su desarrollo personal y social. Este itinerario es propuesto por la propia persona usuaria en coordinación con el equipo técnico y personal de apoyo, de acuerdo con sus capacidades, preferencias, decisiones y analizando la realidad y recursos disponibles de su entorno comunitario.

A continuación detallamos la metodología de trabajo que seguimos para poder acceder a los servicios y actividades:

>> FASE 1: ACOGIDA Y DEMANDA.

>> FASE 2: VALORACIÓN INICIAL Y DIAGNÓSTICO.

>> FASE 3: DESCRIPCIÓN DEL ITINERARIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y VIDA INDEPENDIENTE.

3.1. Establecimiento del Plan Individualizado de Autonomía personal y vida independiente Global/ ITINERARIO DEFINITIVO, donde se recoge el proyecto de vida de cada persona beneficiaria, y donde intervienen cada uno de los programas del CEAR incluidos en cada itinerario.

3.2. Derivación / Incorporación a los distintos programas CEAR: Una vez establecido el PIAP GLOBAL, El/la facilitador/ a de la persona usuaria se pondrá en contacto con los diferentes responsables de los programas del itinerario definitivo/ PIAP Global y explicará el caso (valoraciones, intereses, motivaciones de los usuarios).

3.3. Establecimiento del Plan Individualizado de Autonomía personal de cada programa. Cada programa donde se incorpore el usuario, tendrá un PIAP y será coordinado por su facilitador/ a. Éste, aportará toda la documentación/expediente recopilado de la persona usuaria a los distintos programas donde se incluya a la persona usuaria.

Este PIAP es desarrollado por la propia persona usuaria, familia y profesionales, por ello es necesario que sea entregado a la familia, a la persona usuaria y revisado tantas veces como sea necesario.

>> FASE 4: DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE AUTONOMIA PERSONAL.

Programas.

Los Programas no son exclusivos sino más bien son compatibles y complementarios.

Información, Orientación y Apoyo para el ejercicio de los derechos ciudadanos, en el uso de los servicios comunitarios y facilitar los procesos de transición y emancipación.

Atención Terapéutica para la Autonomía: con el fin de promover los mayores niveles posibles de funcionalidad e independencia a nivel físico, comunicativo, cognitivo, comportamental y emocional.

Intervención socio familiar: informar, asesorar y apoyar al entorno socio familiar en el proceso de autonomía e independencia de la persona.

Envejecimiento Activo. Recurso dirigido a la población mayor de 55 años con el fin de evitar situaciones de dependencia y / o discapacidad. Así como para aquellas personas mayores de 65 años con algún tipo de pérdida de autonomía que requieran de apoyos puntuales tanto a nivel físico como cognitivo.



4.4. Programas a desarrollar.

- **Acompañamiento en desplazamientos y uso de servicios.**
- **Género, envejecimiento activo y autonomía personal.**

Objetivos:

- La igualdad de oportunidades.
- La necesidad de aprovechar el máximo el potencial de las personas que envejecen y la movilización de todo el potencial de las personas mayores.
- La solidaridad entre generaciones.
- La eficiencia y la calidad de la atención y los servicios.
- La preservación de la dignidad y la autonomía.
- La cooperación con los agentes sociales y el apoyo del sector privado.
- La necesidad de intercambiar puntos de vista, experiencias y puntos de vista.
- Incluir en todas las acciones que se vayan a llevar a cabo desde cualquier área, la perspectiva de género, teniendo en cuenta además la realidad anteriormente descrita en relación a la situación de las mujeres mayores.

- **Actividad física y cognitiva y envejecimiento activo.**
- **Estimulación cognitiva.**
- **Dinamización del voluntariado en la comunidad.**
- **Servicio de Transporte adaptado.**
- **Actividades intergeneracionales.**

- **Prevención fragilidad.**
- **Participación social**
- **Servicio de préstamo y ayudas técnicas.**
- **Formación de familias.**
- **Servicio de comida al domicilio.**
- **Servicio de biblioteca móvil.**
- **Servicio de podología.**
- **Servicio de peluquería/ barbería.**
- **Servicio de apoyo psicológico a personas que viven solas y familiares.**
- **Servicio de arreglos y mantenimiento del hogar.**
- **Servicio de lavandería.**
- **Programa “Cerca de ti”.**

Programa realizado por personas voluntarias que realizan acciones de acompañamiento a personas que viven solas y demandan dicho servicio. Dentro de las acciones que se llevan a cabo estaría: paseos, lecturas de libros... Son personas que responden a los datos de valoración de escala de la soledad social.

- **Creación / ampliación Centro de Día.**

Contará con 15 plazas de atención diurna en modalidad media estancia.

- **Creación/ ampliación plazas para estancias temporales y/ o urgencias.**

Se trata de plazas residenciales para cubrir situaciones de respiro para las personas cuidadoras, así como para situaciones de urgencia temporal.



4.5. Correlación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los ODS son los 17 Objetivos y 169 metas de desarrollo definidos en la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030. Abordan las causas fundamentales de la pobreza y la vulneración de los derechos humanos y proponen cambios positivos para todas las personas y el planeta desde tres dimensiones: económica, social y medioambiental.

Es importante señalarlos ya que, aunque jurídicamente no es de rigurosa obligación aplicarlos, sí es importante tenerlos en cuenta y tenerlos presentes de cara a las propuestas que en este documento se exponen. Es imprescindible seguir manteniendo el equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad de respuesta ejecutiva de los poderes públicos a dichas demandas. De todos ellos, este proyecto se alinea claramente con los siguientes ODS.

La salud y el bienestar están presente en todo el modelo, así como la igualdad de género, ya que el proyecto tiene en cuenta la transversalidad de género en cada una de las acciones propuestas.

El fin de la pobreza se garantiza mediante el acceso de todas las personas a todas las ayudas existentes a través del CEAR.

Por otro lado, el objetivo de hambre cero se trabaja mediante el comedor social y el invernadero colectivo.

La educación de calidad se lleva a cabo con las actividades intergeneracionales que se proponen.

Prácticamente todos los objetivos se abordan en las acciones que en este documento se plantean, siendo algunos de ellos no posibles tales como el Objetivo de Agua submarina y la vida de ecosistemas terrestres...

Podemos decir, por tanto, que el documento guarda estrecha relación y tiene en cuenta los ODS.

A continuación, exponemos los 17 ODS con el fin de que queden recogidos y se tengan en cuenta en dicho documento.

1. Fin de la pobreza.
2. Hambre cero.
3. Salud y bienestar.
4. Educación de calidad.
5. Igualdad de género.
6. Agua limpia y saneamiento
7. Energía sostenible y no contaminante.
8. Trabajo decente y crecimiento económico.
9. Industria, innovación e infraestructura.
10. Reducción de las desigualdades.
11. Ciudades y comunidades sostenibles.
12. Producción y consumo responsables.
13. Acción por el clima.
14. Vida submarina.
15. Vida de ecosistemas terrestres.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas.
17. Alianzas para lograr los objetivos.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



5. Metodología ágil de diseño de intervención

En este documento explicamos cómo diseñar un plan colaborativo de actuación para el envejecimiento activo en un entorno rural siguiendo una metodología ágil.

Para hacerlo nos vamos a apoyar en una herramienta informática, un documento Excel que nos va a ayudar a organizar la información, tener una visión global y tomar decisiones.

El Excel no diseña el plan, ni toma las decisiones. Lo que hace es estructurar la información de la zona, las opiniones de los expertos y las preferencias de la ciudadanía y, con todo ello bien relacionado, nos propone un paquete de actuaciones que encajan bien con esa información. Eso nos ayudará mucho y nos servirá de base para tomar la decisión de qué hacer.

Vamos a describir el proceso paso a paso. Son 10 pasos. Parecen muchos, pero no es así. En vez de agrupar tareas en un gran paso, hemos preferido desglosar el proceso en pasos sencillos y concisos, en tareas muy concretas, que vamos a intentar explicar con detalle.

5.1. Definir el alcance de lo que se quiere hacer.

Seguramente este punto esté definido antes de ponerse a aplicar la metodología. Pero por si acaso no lo está, lo hemos incluido en el proceso. Consiste en definir:

- **Qué zona vamos a abarcar.**
- **A qué personas va dirigido** el plan de actuación (edades, género, etc.)
- **Qué alcance va a tener.** Puede ser una intervención con mucho presupuesto para hacer una gran transformación de la zona o una actuación más modesta para introducir algunas mejoras. Es conveniente tener este punto más o menos claro para explicarlo a todas las personas que van a participar, evitar crear expectativas falsas y luego decidir actuaciones que sean posibles.
- **Otros condicionantes específicos** que pueda haber, porque igual ya se parte de unos objetivos claros o con algunas prioridades concretas

5.2. Organizar los equipos para diseñar la intervención.

En el diseño del plan pueden intervenir muchas personas, y en cada caso eso se puede organizar en función de las peculiaridades de cada proyecto.

Nuestra propuesta es diseñar un plan de forma colaborativa, con la participación de la ciudadanía y, para ello, proponemos organizar tres equipos de trabajo:

- **El equipo consultor**, compuesto por las personas de la consultora o equipo experto que coordina el diseño de la intervención (puede ser externo o interno).
- **El equipo técnico**, compuesto por personas profesionales que tienen una relación directa con el envejecimiento activo en la zona: personal del centro de salud, de servicios sociales de base, concejales o alcaldes/as implicados en el tema, etc.
- **El equipo ciudadano**, compuesto principalmente por personas mayores y familiares-cuidadores, pero con la conveniente participación de otros ciudadanos y ciudadanas que pueden aportar ideas, como jóvenes de la zona o personas con negocios y actividades que atienden a las personas mayores (tienda de cercanía, taxi, peluquería, etc.).

5.3. Ver el perfil de la zona.

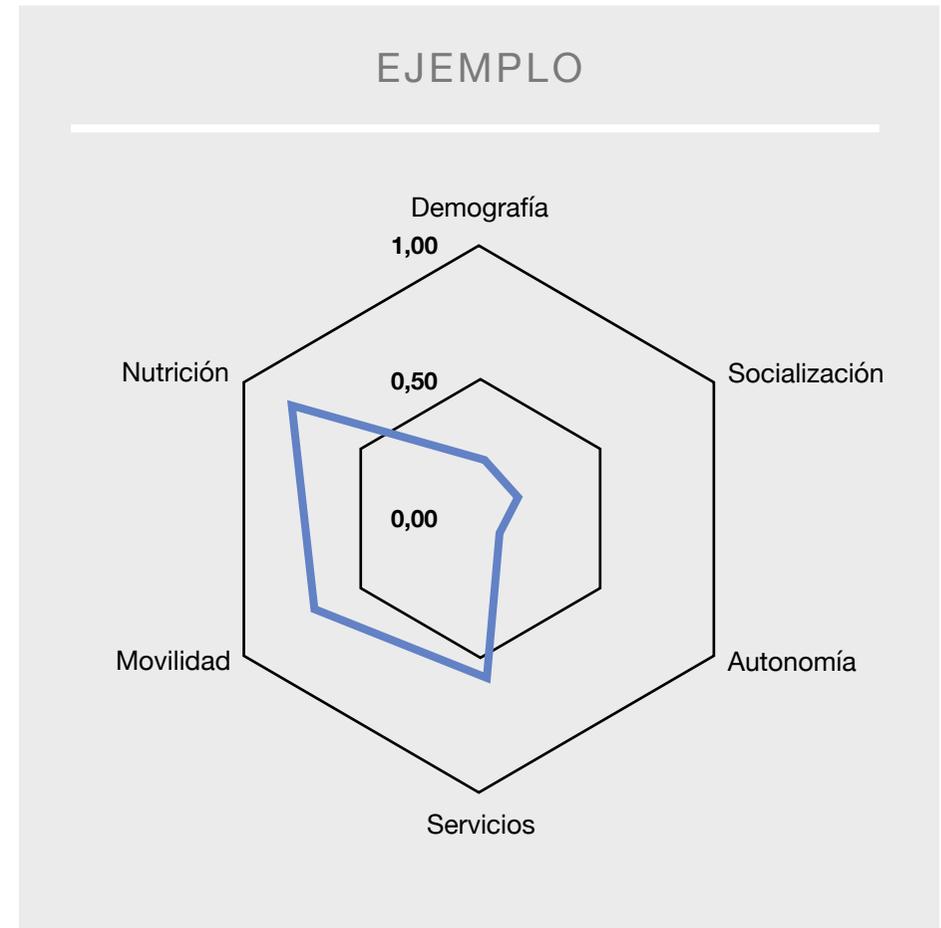
Con todos los datos introducidos, el programa hace unos cálculos para pasarlos todos a la misma escala y combinarlos y calcula un índice para cada uno de los aspectos valorados (demografía, socialización, autonomía, servicios, movilidad y nutrición). Estos índices oscilan todos entre el valor 0 y el 1, siendo mejor cuanto más alto. Éste es el significado:

- **0 - 0,5:** los índices con valor entre 0 y 0,5 indican que, en ese aspecto, la zona tiene una mala nota, que la situación de las personas mayores es peor que la media. Así, por ejemplo, si una zona tiene un índice de servicios de 0,25, por ejemplo, quiere decir que tiene una dotación de servicios de atención a las personas mayores más pobre de lo normal. Si es 0, quiere decir que estos servicios son muy muy escasos.
- **0,5 y cercanos:** ese valor indica que, en ese tema, la zona está más o menos como la media, ni mucho mejor ni mucho peor. Si una zona tiene un 0,52 en nutrición, por ejemplo, quiere decir que las personas mayores tienen un acceso a la alimentación y una dieta que se considera normal, como en la mayoría de los sitios.
- **0,5 - 1:** cuando el índice es superior a 0,5 y se acerca a 1, la zona es muy buena para las personas mayores. Por ejemplo, si una zona tiene un 0,87 en socialización, quiere decir que las personas mayores participan e interactúan muy bien en comunidad, que se sienten menos solas que en otros lugares.

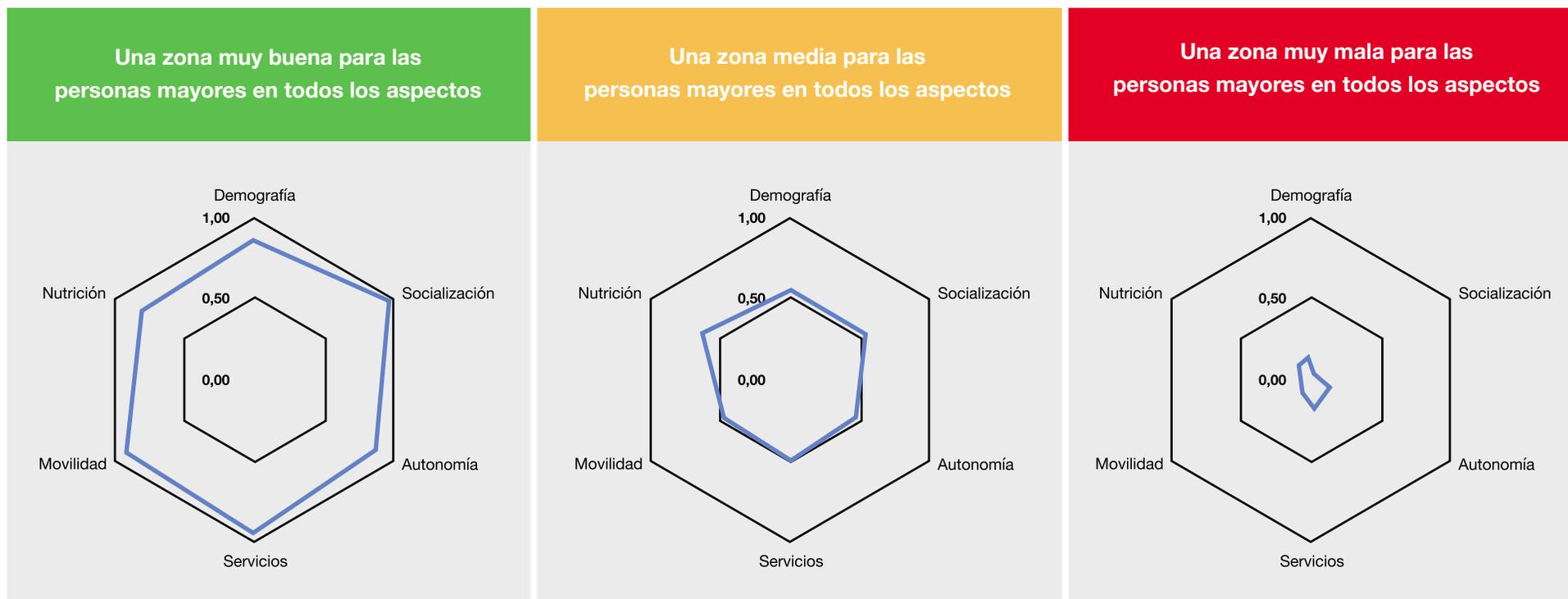
Vamos a imaginar que, después de meter los datos, una zona consigue los siguientes resultados en cada índice:

ÍNDICE	Ejemplo
Demografía	0,20
Socialización	0,15
Autonomía	0,10
Servicios	0,57
Movilidad	0,69
Nutrición	0,80

El programa nos dibuja el perfil de la zona con un gráfico tipo radial, en el que el 0 está en el centro y el 1 en la periferia de, en este caso, un hexágono. El perfil del ejemplo es:



La interpretación visual es sencilla. En los aspectos que la forma se acerca a la periferia (nutrición, movilidad y servicios), la zona está bien. En los aspectos en los que la forma se queda cercana al centro (autonomía, socialización y demografía), la zona tiene unos datos muy negativos para las personas mayores. Por facilitar algo más la interpretación del gráfico, ponemos 3 ejemplos más:



Este perfil resume todos los datos introducidos, nos da una visión global de la zona y nos puede ayudar a pensar qué tipo de actuaciones pueden ser prioritarias, en función de si vemos que lo que más hay que trabajar es un aspecto u otro. Por ejemplo, si es una zona en la que el índice de socialización tiene un valor muy bajo, probablemente las actuaciones que mejoren la vida social, el fortalecimiento de la comunidad y la integración de las personas mayores, serán actuaciones muy válidas para ese lugar. Este perfil lo tienen que analizar y comentar el equipo consultor y el equipo técnico.

5.4. Ver las actuaciones previstas en la metodología (y ampliar).

La metodología que estamos explicando propone un paquete de actuaciones posibles para potenciar el envejecimiento activo y saludable en zonas rurales.

Es un listado amplio sobre el que luego se puede elegir algunas actuaciones y adaptarlas a las características de la zona.

El objetivo de ofrecer este listado no es limitar, sino evitar que haya que inventar la rueda cada vez. Se recogen actuaciones que ayudan a identificar qué tipo de cosas se pueden hacer.

Las actuaciones que reúne la metodología en el momento de escribir esta guía son las siguientes:

1. Accesibilidad de espacios públicos.
2. Actividades intergeneracionales.
3. Adaptación negocios locales
4. Adaptación de viviendas.
5. Alfabetización digital para comunicación.
6. Asistencia nutricional en comercios locales.
7. Autostop seguro – compartir vehículo.
8. Catering a domicilio.
9. Comunidad cuidadora.
10. Confort espacios públicos.
11. Entrega a domicilio colaborativa.
12. Feria itinerante Facilita.
13. Invernadero social.
14. Jubilotecas.
15. Llamadas de acompañamiento entre partes programadas.
16. Nuevas tecnologías para autonomía.
17. Sensórica monitorización.
18. Servicios itinerantes.
19. Sesiones grupales de ejercicio físico adaptado.
20. Socialización de los espacios públicos.
21. Taxis adaptados.
22. Tecnologías rehabilitación.
23. Transmisión y valoración del conocimiento tradicional.
24. Vestimenta técnica bajo-coste.
25. Videojuegos para rehabilitación.

Cada una de ellas está explicada de forma sencilla en su tarjeta de actuación. Son unas fichas con soporte electrónico y físico con el contenido y estructura del siguiente ejemplo:

 **INVERNADEROS "COCO" · CÓMODOS Y COMPARTIDOS** 

QUÉ ES

Huerta abierta o invernadero comunitario accesible, con pasillos anchos pavimentados, cultivos en bancales elevados, bancos laterales para el descanso y la charla, alguna máquina de ejercicio y estiramiento, carros de compra elevados para la recogida y transporte de materiales, riego por goteo instalado, buena iluminación, etc.

PARA QUIÉN

Al ser un espacio confortable y adaptado que combina huerta, bancos de descanso y alguna máquina para ejercicios y al tener el objetivo de la relación social, es adecuado para todas las personas mayores, hasta un nivel de dependencia moderada. Es un espacio ideal para actividades intergeneracionales.

PARA QUÉ

Es una intervención con múltiples beneficios: activación social, ejercicio físico moderado y acceso a alimentos saludables. Permite además la participación abierta del resto de la comunidad.

La estructura de todas es la siguiente:



El equipo consultor debe mostrar y explicar las fichas al equipo técnico.

5.5. Priorizar las actuaciones desde el punto de vista de la ciudadanía.

Llegamos a un punto muy interesante del proceso. Introducir en el sistema la perspectiva de las personas mayores, familiares, cuidadores/as y vecinos/as. La metodología estructurada y la herramienta Excel nos permiten canalizar e incorporar la opinión de la ciudadanía de una forma muy directa y concreta. Esto, a su vez, nos facilita organizar sesiones de participación muy eficientes y entretenidas con resultados rápidos y visibles.

¿Y cómo hacemos para recoger la opinión de la ciudadanía? Podemos recoger su opinión por entrevistas personales, grupos focales, dinámicas de grupos o encuestas.

Lo más habitual es trabajar con grupos focales, que son reuniones con un grupo de unas 7-10 personas con diferente perfil para hablar e intercambiar ideas siguiendo un guion, en forma de debate. Ésa es una vía interesante, al igual que las entrevistas, ambas válidas.

Pero nuestra metodología, sin rechazar las vías mencionadas, propone otro sistema como herramienta principal: dinámicas de participación colaborativa. Éstas son encuentros de un número más amplio de personas, también de diferente perfil, que no se dedican a debatir hablando, sino a construir algo de forma colaborativa. Las opiniones se canalizan a través de esa construcción colaborativa. La dinámica concreta dependerá del perfil y número de personas y del tiempo y espacio disponible.



Llegamos a un punto muy interesante del proceso. Introducir en el sistema la perspectiva de las personas mayores, familiares, cuidadores/as y vecinos/as. La metodología nos permite canalizar e incorporar la opinión de la ciudadanía de una forma muy directa y concreta.

5.6. Analizar los resultados y seleccionar actuaciones.

La herramienta nos va a ayudar mucho a ver los resultados y tomar decisiones. Para eso es. Básicamente tenemos dos medios visuales para hacerlo: las tablas y los gráficos.

LAS TABLAS.

Las tablas que hemos ido rellenando recogen toda la información que hemos volcado y ahora podemos echarles un ojo para tener una visión global de todo lo que hemos trabajado. Nos va a ayudar especialmente la tabla de la hoja "Acciones", donde visualmente podemos observar lo siguiente:

PAQUETE DE ACCIONES DE INTERVENCIÓN	Prioriz ponderada	Priorización automática			Priorización de técnicos	Priorización ciudadana	Dif ciudad - técnicos	Atención prioridad ciudadana	Priorización media auto-tec-ci	Factibilidad técnica	Inversión económica
Gap a cubrir hasta el óptimo	3,33 base 10	Eje prio 1	Eje prio 2	Ejes prio 1 y 2 combi	base 10	base 10					
9 Sensorica monitorización	6,13				6	12	2,00	-4	4,71	2	100
10 Nuevas tecnologías para autonomía	6,04				9	24		-9	5,01	4	100
11 Invernadero social	5,84				8		30,00	2	7,95	9	40
12 Alfabetización digital para comunicación	3,43				6	16	2,00	-4	3,81	8	50
13 Bibliotecas	3,71				4		7,00	3	4,90	10	60
14 Tecnologías rehabilitación	4,70				5	2		-5	3,09	4	120
15 Sesiones grupales de ejercicio físico adaptado	5,8				8	5	3,00	-5	5,62	8	90
16 Videojuegos para rehabilitación	4,7				2	44		-2	2,25	6	30
17 Servicios itinerantes	4,9				1	4		-1	1,99	5	40
18 Adaptación viviendas	1,4				2	9		-2	1,16	7	400
19 Autostop seguro - compartir vehículo	5,0				7	22	8,00	1	6,67	4	20
20 Llamadas de acompañamiento entre partes programada	4,7				8	46	3,00	-5	5,26	3	5
21 Actividades intergeneracionales	4,30				7	11	9,00	2	6,77	7	30
22 Transmisión y valoración del conocimiento tradicional	3,03				3	4		-3	2,01	4	20
23 Socialización de los espacios públicos	3,48				2	10		-2	1,83	8	200
24 Asistencia nutricional en comercios locales	2,11				1			-3	1,04	2	30
25 Comunidad cuidadora	3,61				4			-4	2,54	1	30
26 Catering a domicilio	2,04								0,68	5	40
27 Accesibilidad espacios públicos	4,52				1	16	8,00	3	5,17	6	150
28 Cuidati espacios públicos	3,29				2			-2	1,76	3	150
29 Taxis adaptados	2,87				2				1,62	4	80
30 Entrega a domicilio colaborativa	3,9				2		6,0	4	3,9	2	20
31 Feria itinerante FairItta	1,91								0,61	4	50

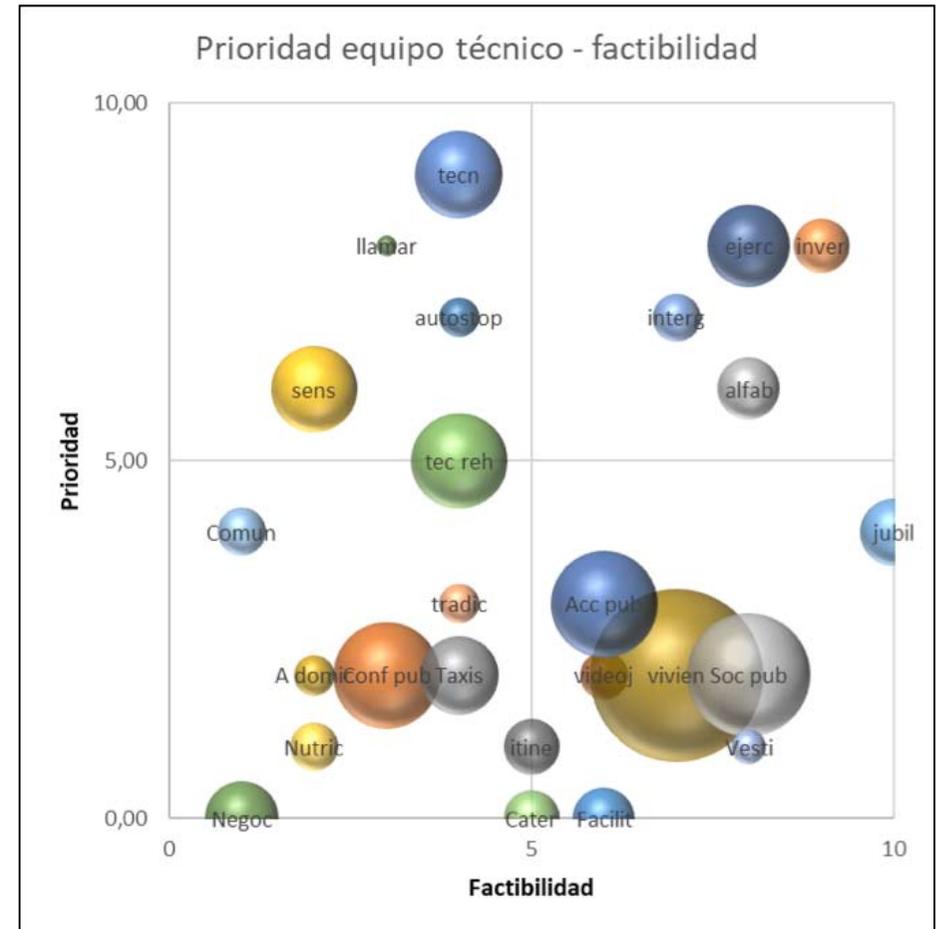
	<p>Óvalo verde vertical. Vemos la priorización automática. La que el sistema propone en función del perfil de la zona.</p>
	<p>Óvalo rojo vertical. Vemos la priorización automática extrema, poniendo el foco en los dos aspectos del problema que se han valorado como principales (las que tienen una puntuación más baja en el perfil de la zona). Si vamos a realizar una actuación focalizada a alguno de los aspectos clave (por ejemplo, mejorar la socialización), nos interesa ver cuáles son las actuaciones prioritarias para abordarla y ver las actuaciones de esas celdas rojas.</p>
	<p>Óvalo amarillo vertical. Es la priorización del equipo técnico. Interesa compararla con la priorización automática (óvalo verde) y la de la ciudadanía (óvalo azul). Las escalas de color de las celdas nos ayudan a visualizar rápidamente si el dibujo de una priorización se parece al de las otras. Si hay diferencias claras del reparto de la intensidad de los colores en las celdas, quiere decir que el punto de vista de los técnicos no coincide con el de la ciudadanía y con el análisis automático de los datos.</p>
	<p>Óvalo azul vertical. La priorización de la ciudadanía. Clave para tomar decisiones</p>
	<p>Óvalo morado vertical. El promedio de las priorizaciones. Un cálculo que combina de forma equilibrada la priorización automática, la del equipo técnico y la de la ciudadanía</p>
	<p>Naranjas horizontales. Es un pequeño sistema de ayuda. En las actuaciones en las que hay mucha diferencia entre lo que piensa la ciudadanía y lo que piensa el equipo técnico, aquellas que son deseadas por las personas mayores pero que el equipo técnico no ha priorizado, se da una pequeña señal “analizar”, para repensarla.</p>

LOS GRÁFICOS.

La metodología ofrece otra herramienta muy útil para la toma de decisiones: matrices de prioridad y factibilidad de las actuaciones. En función de los datos metidos, todas las actuaciones posibles se colocan en un gráfico en la que podemos observar de un vistazo 3 variables clave:

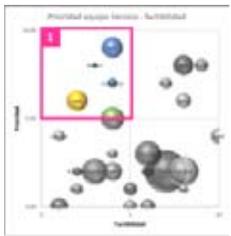
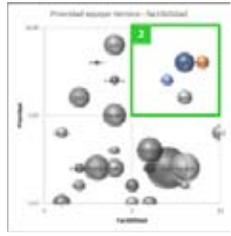
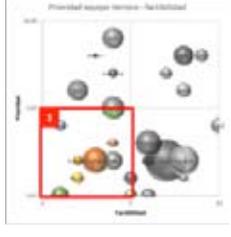
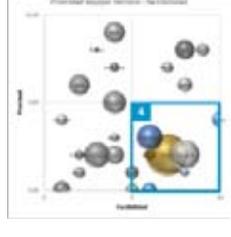
- La prioridad de la actuación, que hace referencia a su impacto. Es el eje vertical. Cuanto más arriba se sitúa una actuación, es más deseada, mayor es su impacto potencial.
- La factibilidad de la actuación, en el eje horizontal. Cuanto más a la derecha está, más factible, más fácil es ponerla en marcha.
- La inversión necesaria, que se simboliza por el tamaño de la burbuja. Cuanto mayor es ésta, mayor es la inversión que hará falta para poner en marcha la actuación. Las burbujas pequeñas, son actuaciones “económicamente pequeñas”.

Mostramos un ejemplo con valores figurados para explicar cómo interpretarla:



En ella podemos ver cómo se sitúan todas las posibles actuaciones en función del perfil de la zona y la opinión de las personas que han participado. Las actuaciones están identificadas con un nombre abreviado, cuyo significado más extenso lo podemos leer en la tabla del Excel, junto a cada gráfico. Por ejemplo, la burbuja con el nombre “ejerc”, se refiere a la actuación “Sesiones grupales de ejercicio físico adaptado”.

Como hemos dicho, una posición más alta significa una prioridad más alta. Una posición más a la derecha, mayor factibilidad. Por tanto, y con ánimo de facilitar la interpretación, podemos diferenciar los cuatro cuadrantes:

	<p>Cuadrante 1. Actuaciones desafío</p> <p>Alta prioridad y baja factibilidad. Son actuaciones que interesan, que tienen impacto potencial, pero que son difíciles de llevar a la práctica. Habrá que pensar qué podemos hacer para que su puesta en marcha sea más fácil. Cuidado si decidimos abordar una grande de este cuadrante. Hay que medir muy bien que no suponga un desgaste excesivo.</p>
	<p>Cuadrante 2. Actuaciones estrella</p> <p>Alta prioridad y alta factibilidad. Son actuaciones con alto impacto y fáciles-posibles de llevar a la práctica. A priori, son las más interesantes de la matriz, en las que hay que poner el foco. Están en una posición en la que debemos estudiar bien las grandes y animarnos a iniciar cuanto antes las pequeñas.</p>
	<p>Cuadrante 3. Actuaciones lastre</p> <p>Baja prioridad y baja factibilidad. Son actuaciones que nos va a costar mucho conseguir y que, además, no son las preferidas. Lo razonable es no abordarlas y priorizar otras, siempre teniendo en cuenta sinergias que puedan hacer que sea recomendable iniciar alguna de ellas. Mucho cuidado si decidimos abordar una grande de este cuadrante, nos puede bloquear y lastrar el conjunto de la intervención.</p>
	<p>Cuadrante 4. Actuaciones motivadoras</p> <p>Baja prioridad y alta factibilidad. Son actuaciones que no traen un alto impacto, pero que son relativamente sencillas de poner en marcha. Puede ser interesante iniciar alguna de estas acciones, especialmente las pequeñas, para conseguir unos resultados visibles y animar a las personas en el proceso.</p>

5.7. Diseñar el plan integral de actuación.

Con todo lo anterior, se tiene una base estructurada y visual para diseñar un plan integral de actuación. Éste no será una mera lista de actuaciones. Viendo las prioridades y seleccionando actuaciones, hemos de darle una orientación estratégica al conjunto, tener claros los objetivos que perseguimos y, en función de ellos, calendarizar y presupuestar las actuaciones agrupadas por bloques y asignadas a responsables concretos.

Usando esta metodología y herramienta, conseguimos tener de una forma ágil y bien organizada un plan de intervención integral que tenga una vinculación fácil, visual, contrastable y directa con el diagnóstico, con los datos relacionados con el envejecimiento de la zona, la visión del equipo técnico que cubre el área y, muy importante, los resultados del proceso participativo en el que las personas mayores y su entorno han expresado sus preferencias.



Viendo las prioridades y seleccionando actuaciones, hemos de darle una orientación estratégica al conjunto, tener claros los objetivos que perseguimos y, en función de ellos, calendarizar y presupuestar las actuaciones agrupadas por bloques y asignadas a responsables concretos.



6. Metodología ágil de diseño de intervención

En este apartado incluimos las fichas de actuaciones prediseñadas de la metodología, que sirven para recabar la valoración del equipo técnico y las preferencias de la ciudadanía. Son una batería de actuaciones prediseñadas, que no limita que se piensen y añaden otras en el proceso. Su objetivo es facilitar el proceso de diseño de una forma sistemática, agilizando y animando el uso de la metodología en diferentes zonas rurales. Se adjuntas algunas fichas a modo de ejemplo, de las 31 acciones posibles integradas en el Modelo:

ACCESIBILIDAD Y COMODIDAD DE ESPACIOS PÚBLICOS

1

ADACEN

QUÉ ES

Mejora de la accesibilidad, comodidad y seguridad de los espacios públicos (barandillas, rampas, alisamiento del suelo, suelos antideslizantes, quitavientos, bancos térmicos, eliminación de focos de hielo, señales, iluminación, refuerzo pasos de peatones, bandas de frenado, eliminación obstáculos visuales junto a los pasos de cebra, etc.)

PARA QUIÉN

Para todas las personas mayores que se desplazan por el pueblo andando o en silla de ruedas.

Es una medida que beneficia a todo el pueblo, también a la seguridad de los niños y niñas.

PARA QUÉ

Mejora la seguridad de las personas mayores y les permite mayor movilidad por el pueblo. Esto redundará en que pueden hacer más vida social y que se sienten más atendidos por su comunidad.

Es una actividad muy visible, lo que ayuda a que la comunidad esté más atenta y concienciada.



Ficha de actuación



ACOMPañAMIENTO A DISTANCIA



QUÉ ES

Colocación de sensores, cámaras y alguna pantalla en las viviendas de las personas mayores para que puedan pedir atención desde casa si la necesitan y para que se pueda comprobar que están bien. Se puede incluir un sistema de avisos a un centro de atención en caso de que no sigan sus rutinas habituales

PARA QUIÉN

Indicado especialmente para:

- Las personas mayores con un nivel de dependencia moderado
- Todas aquellas con enfermedades crónicas que requieren un control sistemático
- Las de mayor fragilidad, con mayor riesgo de caídas.

PARA QUÉ

Mejora sobre todo la seguridad de las personas mayores en su domicilio. Agiliza enormemente la velocidad de intervención en caso de urgencia. Ahorra esfuerzos y desplazamientos a veces innecesarios. Mejora la eficiencia de los servicios sanitarios y sociales.

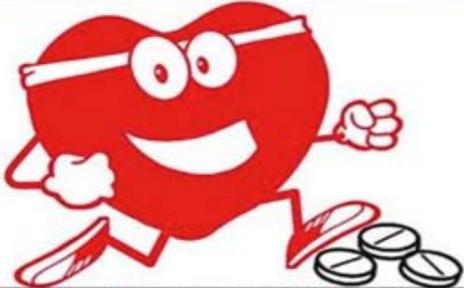


Ficha de actuación



DE LA PASTILLA A LA ZAPATILLA 15

ADACEN



PARA QUIÉN

Personas mayores de 65 años que dentro de la valoración que el equipo del centro de salud hace, sean derivadas a dicho programa.

QUÉ ES

Receta deportiva dada por el profesional sanitario que según la patología que presente la persona se le aplicará el tratamiento deportivo que el/ la profesional pauté.

PARA QUÉ

- Mejorar la salud de los/ as pacientes de la población atendida por los centros de salud a través de la práctica de la actividad física y mediante la prescripción médica de ejercicio físico.
- Aumentar la adherencia a los programas de ejercicio físico y salud.

"DE LA PASTILLA A LA ZAPATILLA"; UNIDOS POR TU SALUD....
"BOTIKA GUTXITU ETA GEHIAGO MUGITU!!!!"; ZURE OSASUNAGATIK BAT EGINK...

Ficha de actuación



ADACEN

ENTREGA COLABORATIVA A DOMICILIO

17

QUÉ ES

Organizar la entrega colaborativa de compras a domicilio, agrupando varios comercios pequeños de la zona, que por su dimensión no pueden tener un servicio de reparto. Se puede hacer por un servicio que compartan todos los comercios que participen, por un comercio que lo lidere e incluya a los demás o por un servicio independiente (repartidor de pan, etc.)

PARA QUIÉN

Es un servicio útil para todas aquellas personas mayores que tengan dificultades para ir a comprar a los distintos comercios (por distancias, pesos, etc.), pero sí puedan encargar la compra llamando por teléfono. También para personas que vayan a un comercio cercano y desde ahí compren también a otros comercios de la red colaborativa.

PARA QUÉ

Mejora la calidad de vida, nutrición y comodidad de las personas mayores. Les facilita acceder a muchos productos básicos, incluidos alimentos, medicamentos, productos de limpieza, etc.

Ficha de actuación



 <h2>NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA AUTONOMÍA Y REHABILITACIÓN</h2> 	
 <p>PARA QUIÉN</p> <p>Personas con discapacidad o limitación física que impida la realización de las actividades de la vida diaria de manera autónoma.</p>	<p>QUÉ ES</p> <p>Implantación de las nuevas tecnologías para eliminar la brecha digital así como sesiones domiciliarias para promocionar su autonomía personal.</p>
	<p>PARA QUÉ</p> <p>Mejorar la calidad de vida de las personas favoreciendo su autonomía y reduciendo su riesgo de fragilidad a través de la puesta en marcha de planes personalizados, basados en sistemas de nuevas tecnologías de valoración y evaluación de su capacidad funcional y encaminados a fomentar una vida más saludable.</p>

Ficha de actuación



SERVICIO COMIDAS A DOMICILIO 24

ADACEN

	<p>QUÉ ES</p> <p>Consiste en facilitar a las personas mayores, en su domicilio, un menú saludable, variado y equilibrado. Asimismo, la comida se conserva en condiciones óptimas para que llegue en el mejor estado. La personas usuaria del servicio solo tiene que calentarla cuando desee tomarla sin preocuparse de nada más.</p>
<p>PARA QUIÉN</p> <p>Personas que no puedan realizar dicha tarea por sí mismas ni dispongan de los apoyos para llevarla a cabo.</p>	<p>PARA QUÉ</p> <p>Para asegurar una vida saludable y óptima de las personas mayores así como facilitar una tarea que para algunas personas pueda suponer gran dificultad.</p>

Algunas referencias locales e internacionales

Se presentan a modo de ejemplo, algunas referencias de las 63 contenidas en el modelo.

PESCUEZA, EL PUEBLO RESIDENCIA · CÁCERES

Pueblo de Cáceres con alta tasa de envejecimiento adaptado como residencia para mayores, con aceras alisadas, pasamanos, centro de día, televigilancia, transporte interno, comedor social, servicios de peluquería y atención itinerantes, etc. Supone una adaptación integral, que ha permitido que los mayores se queden a vivir con un coste menor que una residencia y que se genere empleo, recuperando población.

Promovido por el ayuntamiento de Pescueza y la asociación Amigos de Pescueza.

www.rtve.es/alacarta/videos/espana-directo/pescueza-pueblo-para-mayores/5309519/



BUDDY, ROBOT DE COMPAÑÍA FAMILIAR · FRANCIA

Un robot de acompañamiento desarrollado por la empresa francesa Blue FrogRobotics.

www.buddytherobot.com/en/buddy-the-emotional-robot

www.youtube.com/watch?v=51yGC3iytbY



TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA · REPÚBLICA CHECA

Sistema de telemonitorización de pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada o infarto de corazón (de miocardio / IAM), desarrollado por la unidad Czech National Health Center – NTMC, del Hospital Universitario de Olomouc.

www.fnol.cz/



RED DE LIVING LABS EN SALUD · FINLANDIA

Oulu Welfare Lab (centros de salud y hogares)

Entorno de experimentación y desarrollo de innovaciones donde se encuentran los usuarios finales: en las casas de los clientes y pacientes y en todos los servicios sociales y de atención médica dentro de la Ciudad de Oulu. Obtención de comentarios de profesionales y de clientes directos sobre el producto en un entorno social y de atención médica real y cotidiano.



T4H (AYUDA TECNOLÓGICA Y HUMANA EN EL HOGAR DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN) · FRANCIA

Este proyecto tiene como objetivo reducir el número de caídas y para mejorar la autonomía física de los ancianos frágiles al regresar a casa después de la hospitalización, manteniendo su independencia. La mejor práctica se basa en la rehabilitación después del hospital. Se descarga a través de e-learning y de tecnologías de asistencia tanto para la persona mayor como para su familia y cuidadores, quienes reciben capacitación adaptada para ayudarlos en el hogar.

Los métodos de e-learning y el desarrollo de un modelo de negocio innovador, basado en un sistema de alquiler de la tecnología en lugar de la adquisición individual, hacen de este proyecto un buen candidato para ser replicado y escalado.



JAPAN POST, IBM AND APPLE, REIMAGINANDO EL CUIDADO DE LOS MAYORES · JAPÓN

Japan Post, Apple e IBM han puesto en marcha una iniciativa pionera destinada a mejorar la calidad de vida de millones de personas mayores japonesas. Entregarán iPads con aplicaciones y análisis desarrollados por IBM para conectar a millones de personas mayores con servicios, atención médica, comunidad y sus familias. Es un servicio on-line para ayudar a las personas mayores a tener una vida más feliz, segura y conectada.

Después de probar iPads y aplicaciones desarrolladas a medida para personas mayores, Japan Post Group ampliará el servicio por etapas con el objetivo de incluir entre 4 y 5 millones de clientes en Japón para 2020.

El sistema HealthKit de Apple, permite a los usuarios compartir información de salud, como la frecuencia cardíaca o el peso, con varias aplicaciones del teléfono para obtener una imagen más completa del nivel de salud y estado físico del usuario.

www-03.ibm.com/press/us/en/pressrelease/46740.wss

www.accessible-japan.com/japan-post-apple-ibm-and-seniors-initiative/

www.youtube.com/watch?v=xnCPG4f6wc4



GREAT PLAINS SENIOR SERVICES COLLABORATIVE · EE.UU.

Ayudar a los adultos mayores rurales de bajos ingresos en las zonas rurales de Minnesota, Montana y Dakota del Norte a mantener su independencia y mejorar su salud y bienestar.

The Great Plains Senior Services Collaborative mejora la coordinación de servicios, promueve la participación social y ofrece programas como clases de cocina saludable y apoyo para cuidadores.

La Fase I atendió a más de 1.100 adultos mayores vulnerables en 70 comunidades, quienes reportaron menor estrés y mejor calidad de vida.



INNOVACIÓN SOCIAL, DE LA CURA A LA PREVENCIÓN · HOLANDA

La Región Twente se basa en el enfoque integrado del vecindario para combinar la innovación social con tecnología de apoyo para un envejecimiento saludable. Recientemente comenzaron una iniciativa centrada en la innovación social, pasando del manejo fragmentado de la enfermedad reactiva a los servicios preventivos personalizados ofrecidos a través de servicios comunitarios locales, respaldados por un equipo proactivo de cuidadores y profesionales de la salud. Los objetivos son implementar una detección eficaz a través de servicios basados en la web y brindar un mejor apoyo y tratamiento a la población objetivo (ciudadanos mayores de 65 años) a través de servicios personalizados.



PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD (ADEPP) · EE.UU.

El propósito de la iniciativa de Programas y prácticas basadas en la evidencia sobre el envejecimiento y la discapacidad (ADEPP) es ayudar al público a aprender más sobre los programas y determinar cuáles de estos podrían satisfacer mejor sus necesidades. ADEPP fue un proceso voluntario en el que los desarrolladores de intervención eligieron participar para que se evaluaran sus programas, y estas evaluaciones se llevaron a cabo hasta 2015.

Todas las intervenciones cumplieron los requisitos mínimos de revisión y han sido evaluadas y calificadas de forma independiente para la calidad de la Investigación y la preparación para la difusión.

Esta idea, basada en la medición de resultados con base científica y la participación voluntaria de las entidades con programas en activo, que se realizó a nivel de Estados Unidos, podría ser extrapolable a Navarra, con la aplicación de un sistema que nos permita medir y comparar resultados en envejecimiento activo en el entorno rural y urbano, de forma que podamos elegir las mejores prácticas y mejorar la intervención.

<https://acl.gov/programs/strengthening-aging-and-disability-networks/aging-and-disability-evidence-based-programs>

<https://www.giaging.org/issues/evidence-based-health-promotion-and-disease-prevention/>



7. Prestación del CEAR

Las prestaciones se ofrecen mediante copago. Son prestaciones garantizadas. El cálculo de participación tendrá en cuenta siempre la capacidad económica de la persona usuaria.



8. Propuesta de gestión

Para llevar a cabo todos los servicios que se plantean en este modelo se hace necesario crear un organismo. Dicho organismo debe ser capaz de gestionar y poner en marcha cada una de las propuestas anteriormente descritas.

Las líneas de acción de dicho organismo deben ir encaminadas a dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, haciendo por ende que las mismas permanezcan en su domicilio el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones.

Además, mediante este organismo se crean puestos de empleo de las personas en riesgo de exclusión social de las zonas rurales, frenando el fenómeno de la despoblación rural y manteniendo los pueblos vivos.

Por último, deben tener como objetivo la repoblación rural, creando por tanto recursos de empleabilidad, teletrabajo...

Las propuestas para desarrollar dichos servicios son tres:

1. EMPRESA REINSERCIÓN SOCIAL

2. COOPERATIVA

El concepto de la sociedad cooperativa se recoge en su normativa como aquella sociedad constituida por personas que se asocian, en régimen de libre adhesión y baja voluntaria, para la realización de actividades empresariales, encaminadas a satisfacer sus necesidades y aspiraciones económicas y sociales, con estructura y funcionamiento democrático; conforme a los principios formulados por la alianza cooperativa internacional.

3. ENTIDAD LOCAL “PUEBLOS VIVOS”

9. Parametrización económica

Para una atención de calidad y buen funcionamiento del CEAR proponemos los siguientes ratios de personal.

	HORAS SEMANALES
FISIOTERAPEUTA	22,5
TERAPEUTA OCUPACIONAL	21,5
NEUROPSICÓLOGO	13
TÉCNICO ATENCIÓN SOCIOSANITARIA 1	27,4
TÉCNICO ATENCIÓN SOCIOSANITARIA 2	12,5
ENFERMERO/A	4,5
LOGOPEDA	4
TRABAJADOR/A SOCIAL - COORDINACIÓN	19



10. Bibliografía

- Active Ageing (2018), Index. Analytical Report June 2019
- Active Ageing Index. <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/active-ageing-index/active-ageing-index/profiles/ES>
- ADACEN. (2016), Modelo SEPAP. Centro para la promoción de la autonomía y la participación social.
- Diputación Foral de Guipuzkoa. Centros rurales polivalentes en Guipúzcoa. <https://www.gipuzkoa.eus/documents/1932270/1932598/Gipuzkoa+centros+rurales.pdf/55e1ee8f-0330-632e-37d8-90139935cc66>
- Erro. I. Proiektu 21. (Noviembre 2019), Informe Necesidades de personas mayores en la Zona Básica de Servicios Sociales de Allo.
- Gobierno de Navarra. (2018), Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022.
- ISI ARGONAUTA- García Varela, P & Borja Segade, C. (2017), Guía de los ODS en las organizaciones del Tercer Sector. Fundación Vicente Ferrer.
- Martínez Rodríguez, T & Díaz Pérez, B. El desarrollo de nuevos servicios de proximidad para la atención de las personas mayores que viven en zonas rurales.
- Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino (2010), Buenas prácticas en Desarrollo rural y Personas mayores.
- Monreal Bosh, P & Del Valle Gómez, A. (2010), Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. Universitat de Girona. Athenea Digital - núm. 17: 171-187 -ARTÍCULOS- ISSN: 1578-8946.
- Monreal, P & Vilá, A. (2008), Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología, vol. 39, no 3, pp. 351-370 © 2008, Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia. VilàUniversitat de Girona
- Rodríguez Rodríguez, P. (2004), Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre envejecimiento.

- Rodríguez Rodríguez, P. (Noviembre 2010), La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Informes portal de mayores. ISSN 1885-6780. 106
- Pinazo Hernandis, S & Donio Bellegarde Nunes, M. (2018), La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 5.
- Un perfil de las personas mayores en España 2019. (Marzo 2019), Indicadores estadísticos básicos. 2340- 566X. Informes Envejecimiento en Red, número 22.
- Bayón-Calatayud F, Fernández Nistal, F. et al., (2015): Virtual Rehabilitation. Emerging Therapies in Neurorehabilitation II. Volume 10 of the series Biosystems & Biorobotics pp 303-318. Springer International Publishing.
- Comisión Europea (2010). Estrategia Europea sobre discapacidad 2010-2020: Un compromiso renovado para una Europa sin barreras. Bruselas: Comisión Europea.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI (2014): Espacio sociosanitario inclusivo. Documento de posición del CERMI Estatal en materia sociosanitaria, aprobado por el Comité Ejecutivo del CERMI Estatal el 6 de noviembre de 2014.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra, CERMIN (2016): Por un Espacio Socio-Sanitario Inclusivo. Informe CERMIN: déficits, retos y propuestas de mejora. Madrid, CERMI. Colección Inclusión y Diversidad, volumen nº 19.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra, CERMIN (2018): Propuesta de sistema socio-sanitario de productos de apoyo en Navarra. Madrid, CERMI. Colección Inclusión y Diversidad, volumen nº 25.
- Fernández Nistal, F. (2014): “Nuevas tecnologías en la atención a personas con discapacidad neurológica”. Revista Española de Discapacidad. S, 2 (1): 233-236. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social.
- Fernández Nistal, F. (2016): “Modelos especializados de atención ambulatoria para personas mayores con afectación neurológica”. VI Congreso red española de Políticas sociales. Sevilla.



**Observatorio de la
Realidad Social**
Errealitate Sozialaren
Behatokia



Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua