

PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

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

MANUEL FLORES MUÑOZ

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

Sumario

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

PALABRAS CLAVE

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

RESUMEN

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

KEYWORDS

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

ABSTRACT

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

1. INTRODUCCIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La presidenta de la Asociación de Fibromialgia

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

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



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

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

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

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

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

Tres objetivos generales nos interesaban:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nuestra práctica cotidiana y nuestros esquemas de creencias y valores.

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

viene con nosotras cada vez que salimos".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POR UN MILLON DE PASOS

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

Proyecto “Por un millón de pasos” 2009-2010

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

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



AD HOC Asociación Atención a Personas con Adicciones



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



ALCER (Asociación de la Lucha contra la Enfermedad Renal)



ALCO (Asociación de la Lucha Contra la Obesidad)



Asociación ALCREBITE



A.A. V.V. AL-GHABA



AMUDIMA (Asociación de Mujeres Divino Maestro)



A.A. V.V. AVANGEL



Asociación de Vecinos San Juan



BASTEALCOR (Asociación Bastetana para el Altiplano de Pacientes Coronarios)



CÁRITAS Baza



Asoc. CLARA CAMPOAMOR



CRUZ ROJA



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



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



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

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

Destinatarios de la Iniciativa:

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

6. TANGIBLES DE APOYO Y LA COMUNICACIÓN.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

7. ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Caminemos Juntos

POR 1 MILLÓN DE PASOS

Sábado 7 de Mayo
Parque San Martín

14.00 hs.

LA PLATA
Buenos Aires
ARGENTINA

RONDA
Málaga
ESPAÑA

la plata
ciudad para todos

MUNICIPALIDAD DE LA PLATA

JUNTA DE ANDALUCÍA

CAMINAR BENEFICIA NUESTRA
SALUD Y MEJORA LA
CALIDAD DE VIDA

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

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

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

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

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

8. RESULTADOS.

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

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

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

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

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

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

La búsqueda de “Por un Millón de Pasos” en

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

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

Fuente: Elaboración propia.

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

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

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

Fuente: Elaboración propia.

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

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

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

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

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Continuidad de PUMP en municipios sevillanos.

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

Fuente: Elaboración propia.

9. DISCUSIÓN.

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

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

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

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

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

Agradecimientos.

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

10. BIBLIOGRAFÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wiebe, G.D. (1951) Merchandising Commodities and Citizenship on Television. Public Opinion Quarterly 15, Winter 1951-52, pp 679-691.