



FUNDACIÓN DOCTOR BARAJAS
Fundación Canaria Doctor Barajas para la Prevención e Investigación de la Sordera

**MEMORIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
EJERCICIO 2022**

**FUNDACIÓN CANARIA DR. BARAJAS PARA LA
PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA SORDERA**

La Fundación Canaria Dr. Barajas para la Prevención e Investigación de la sordera, tiene como propósito ayudar a las personas con discapacidad auditiva a mejorar su audición y condiciones de comunicación como un factor determinante en su bienestar y dignidad personal.

Realiza su trabajo desde diferentes vertientes: la prevención, la actividad asistencial en la identificación, detección y tratamiento de la discapacidad auditiva, la inclusión (educativa, social y laboral), la formación y la sensibilización social.

Nuestra visión es ser una institución eficaz y sensible a la realidad de las personas con discapacidad auditiva a través de una labor asistencial, social, docente e investigadora.

1. ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS. PRESENTACIONES EN CONGRESOS, CURSOS Y JORNADAS:

ASISTENCIA A CONGRESOS:

- 2022.- HUMBOLDT COLLEGE "SALUD MENTAL Y PANDEMIA" Aula Magna la Nao Universidad de Valencia 18 de febrero de 2022
- 2022.- Participación como miembro de la AMERICAN AUDITORY SOCIETY EN SU CONGRESO ANUAL PHOENIX (Arizona) 24 -27 de febrero de 2022 (Barajas de Prat J.J.)

PRESENTACIÓN EN CONGRESOS:

- 2022 - CARACTERIZACIÓN DEL POTENCIAL DE ACCIÓN Y SUMACIÓN EN LA CÓCLEA NORMAL. Zenker F. & Barajas de Prat, J.J. XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Audiología. Palacio de Congresos de Granada. Del 26 al 28 de Mayo del 2022.

DOCENCIA:

- 2022 - IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS AUDITIVOS CENTRALES EN EL ADULTO Y EN EL DESARROLLO INFANTIL. Ponente en videoconferencia impartido para la Asociación Mexicana de Terapeutas en Comunicación Humana, A.C. 31 de Marzo de 2022.
- 2022.- Presentación en el XXIX Encuentro de la Alexander Asociación Alexander von Humboldt de España León " la Salud en un mundo Globalizado" Barajas de Prat JJ, León 8-10 de septiembre.
- 2022.- Presidencia del tribunal de tesis doctoral "Nuevas estrategias de registro de potenciales evocados auditivos utilizando estimulación monoaural aleatorizada en intensidad y estimulación binaural" doctorando Marta Martínez Martínez, Granada .12 de diciembre 2022

2. PROYECTOS ELABORADOS Y PRESENTADOS A DIFERENTES CONVOCATORIAS EN EL AÑO 2022:

2.1 PROYECTO FRIDA.-

La violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad es una categoría interseccional relacionada con la violencia de género y la violencia basada en la discapacidad. Cuando estos dos aspectos se dan conjuntamente aumenta el riesgo de violencia y adquiere dimensiones únicas.

Las mujeres con discapacidades sensoriales como la auditiva, son particularmente vulnerables a sufrir abuso y violencia. Los factores que intervienen son diversos: incomunicación, aislamiento, disminución de la autonomía, etc. Esto les hace más vulnerables y dependientes en la vida diaria y aumenta el riesgo de ser blanco de acciones de abuso y violencia.

La Fundación Canaria Doctor Barajas para la Prevención e Investigación de la Sordera (FDB) ha elaborado y presentado este proyecto a la subvención del año 2022 del Área de Igualdad y Prevención de la Violencia de Género del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife.

El objetivo principal de este proyecto es promover acciones de prevención, sensibilización, formación e intervención en materia de violencias de género, "audibilizando" la realidad de las mujeres y niñas con discapacidad auditiva que sufren violencias debido a la interacción de los factores género y discapacidad.

Este proyecto consta de diferentes acciones:

1. Acciones de prevención, sensibilización y promoción en materia de igualdad y violencia de género con el colectivo de mujeres con discapacidad auditiva en general y en especial con aquellas con mayores dificultades.
2. Atención e intervención grupal con mujeres con discapacidad auditiva que sufren o han sufrido violencia de género con el objeto de trabajar en la recuperación de la identidad propia, el empoderamiento, disminuir los niveles de ansiedad y estrés, liberar y gestionar las emociones, trabajar la autoestima y el autoconocimiento a través de terapias artísticas.
3. Talleres de educación afectivo-sexual e igualdad y prevención de la violencia de género: con el objeto de prevenir y sensibilizar en materia de igualdad de género al alumnado y profesorado de los Centros para Alumnado con Discapacidad Auditiva (DA) de Tenerife.
4. Acciones de difusión: dirigidas a la población en general para sensibilizar acerca de la prevención de la violencia de género en el colectivo de mujeres en general y en las mujeres

con DA en particular (publicaciones en redes sociales de la FDB, programas de radio, campañas de publicidad en vallas y mupis, Radio ECCA, Onda Agüere-Radio Geneto y Programa RTVC "Universo Solidario")

El proyecto tendrá una duración de siete meses, y tendrá carácter insular.

2.2 PROYECTO VIRTO, para el fomento de la inclusión social, autonomía y bienestar emocional de las personas con déficit de audición.-

Las personas con discapacidad auditiva (DA), en comparación con el resto de la población, han de asumir gastos extraordinarios para atender sus necesidades de apoyo en la vida cotidiana. Los datos indican que el 33,51% no tiene ningún tipo de ingresos, el 45,03% percibe pensiones, prestaciones y subsidios, y el 19% cuenta con los ingresos del trabajo (PMAPD 2016-2020). Las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso que, debido al modo en que se estructura y funciona la sociedad, se ha mantenido habitualmente en conocidas condiciones de exclusión.

El proyecto tiene una duración inicial estimada de 8 meses. Se prevé su inicio el 30 de junio de 2023 y su finalización el 29 de febrero de 2024.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El proyecto va dirigido a personas pertenecientes a los municipios del área metropolitana de la isla de Tenerife, de cualquier rango de edad, con discapacidad auditiva, que se encuentran en situación de precariedad económica y/o en riesgo de exclusión social. Se valora la necesidad de contar con una ayuda técnica para paliar el déficit de audición.

El número de personas beneficiarias directas de la totalidad de acciones del proyecto es de 20 y el número de personas beneficiarias directas de los talleres y actividades es de 35 (usuarios/as, familiares).

Objetivo general:-

El objetivo general del proyecto es incrementar la autonomía, las condiciones de audición y el bienestar emocional de las personas con discapacidad auditiva.

Objetivos específicos:

Para lograr el objetivo general, se proponen varios objetivos específicos:

1. Establecer y coordinar líneas de actuación con los Servicios Sociales Municipales en la captación y derivación de personas usuarias, así como con otras entidades colaboradoras en el desarrollo del proyecto.

2. Mejorar la autonomía, comunicación y condiciones de audición de las personas beneficiarias del proyecto, a través de un servicio de asistencia clínica, audiología y audiotésica personalizado.

3. Orientar a las personas beneficiarias y a sus familias sobre aspectos relacionados con el afrontamiento de dificultades personales, emocionales, familiares y sociales asociadas a la pérdida auditiva.

Difundir los objetivos, actividades y resultados del proyecto.

Para el óptimo desarrollo del proyecto, el trabajo en red será nuestra prioridad, tanto con los Servicios Sociales Municipales y con otras entidades de la isla de Tenerife que desarrollan su labor con el colectivo de personas con discapacidad auditiva.

2.3 SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA COLABORAR EN LA FINANCIACIÓN DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DEL AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

Esta subvención es concedida a las entidades ciudadanas por el Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, a través de la Concejalía de Igualdad, Participación Ciudadana y Soporte Administrativo a los Distritos. Están orientadas a financiar los gastos de funcionamiento de las entidades ciudadanas inscritas en el Registro Municipal de Entidades Ciudadanas. Estos gastos son los referidos a permitir la normal actividad del domicilio social de los solicitantes, así como aquellos gastos necesarios para el desarrollo de actividades, relacionadas con el objeto social de las solicitantes.

La FDB solicitó dicha subvención el pasado año 2022 y fue aprobada.

3. PROYECTOS EJECUTADOS EN EL AÑO 2022.-

“PROYECTO NAÍDA” PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE AUDICIÓN Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.

INTRODUCCIÓN

Las personas que presentan pérdida de audición, a menudo se encuentran en la difícil tesitura de encontrar solución al déficit, siendo posible únicamente a través de las prestaciones técnicas (audífonos, implantes,...), las cuales cuando estamos en el escenario social de una unidad familiar o convivencial en la que hay presente precariedad económica o carencia de recursos, entendemos que es un añadido más a la posibilidad de riesgo de exclusión social de la persona, pues adquirir dichas prestaciones supone hacer frente a un gasto elevado debido al coste que en líneas generales, la adaptación auditiva trae anexo. Asimismo, el proyecto del que aquí se recoge su memoria, persiguió favorecer a las personas que presentan estas características particulares, facilitándoles el acceso sin coste a las ya mencionadas ayudas técnicas, además, en el proyecto tuvieron lugar actividades simultáneas que favorecieron nuevos factores de apoyo e interés para las personas beneficiarias.

El proceso de actuación con las personas usuarias se llevó a cabo a través de dos líneas de intervención. Una primera línea que corresponde a las adaptaciones de las ayudas técnicas (audioprótesis bilaterales) adaptadas de manera individual y ajustada a la problemática auditiva de cada persona beneficiaria, persiguiendo la mejora de condiciones de comunicación y audición. Así mismo, la segunda línea de intervención hace referencia a los talleres impartidos, los cuáles persiguen el objetivo de informar, ofrecer pautas en relación a aspectos determinantes a la hora de llevar a cabo cuidados de oído y el déficit de audición, sirviendo de apoyo a la potenciación de factores positivos como la autoconfianza, el optimismo, la resolución de conflictos, la expresión de emociones sobre su diversidad funcional, entre otras circunstancias.

Recapitulando estas ideas, podríamos decir que el objetivo perseguido desde nuestro proyecto es el de aumentar la autonomía, las condiciones de la audición y el bienestar emocional. Interviniendo en este sentido desde diferentes perspectivas: adaptación audioprotésica, mejora de la comunicación y promoción de la inclusión (esfera social y familiar) y emocional (incremento de la autoestima y equilibrio emocional)

FINANCIACIÓN

El Proyecto NAÍDA ha sido posible llevarlo a cabo gracias a la colaboración del Instituto Municipal de Atención Social del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife y a la concejalía de Bienestar Social y Calidad de Vida del Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna.

El coste total de este proyecto asciende a 22.396,00 €, que quedan distribuidos de la siguiente manera: gastos corrientes por importe de 14.772,21 € y costes de personal por un total de 7.623,79 €.

Los gastos corrientes que se han realizado han ido destinados a la adquisición de materiales para la realización de las actividades: audífonos, moldes, pilas, material de oficina, servicios a profesionales, desplazamientos para las personas beneficiarias, entre otros gastos.

PLAZO DE EJECUCIÓN

El proyecto ha tenido una duración de siete meses. Dándose su comienzo el día 14 de junio de 2022 y finalizando el 13 de enero de 2023

LOCALIZACIÓN TERRITORIAL

El ámbito poblacional de actuación estuvo enfocado al área metropolitana de la isla de Tenerife, concretamente las zonas correspondientes a los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna. Se han recibido derivaciones de personas potencialmente usuarias, empadronadas en ambos municipios, siendo trasladadas desde de las diferentes UTS, así como de Centros de Salud y Recursos Sociales.

COLECTIVO DE ACTUACIÓN

Las personas atendidas en el Proyecto NAÍDA, fueron derivadas mayoritariamente de los Servicios Sociales de Base, Servicios Sociales de Centros de Salud y de Recursos de Intervención Social. Las características comunes de las personas en la población atendida fueron la precariedad económica o vulnerabilidad de recursos económicos y la presencia transversal de la hipoacusia o discapacidad auditiva. La captación y derivación al proyecto de las personas beneficiarias se realizó mediante el personal técnico de los distintos servicios sociales; quienes se encargaron de garantizar que los requisitos previos de participación en el proyecto se cumplieran por parte de las personas usuarias derivadas.

Finalmente, el número de personas que resultaron ser beneficiarias del proyecto fueron un total de 19 usuarios/as, las cuáles participaron en cada una de las actividades propuestas. Dichas personas recibieron servicio audioprotésico personalizado, según sus necesidades específicas individuales, llevándose a cabo adaptaciones bilaterales.

PERFIL DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

A continuación, se presentará una relación de las personas que han sido derivadas por los organismos y recursos financiadores y colaboradores, prestando atención al número de personas usuarias derivadas, edad y sexo de éstas.

NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS DERIVADAS

En el siguiente gráfico 1, se organizan los datos del total de beneficiarios/as derivados/as a la Fundación Doctor Barajas, personas beneficiarias desestimadas que por tanto no han podido finalmente participar en el proyecto por diversas causas tras ser valoradas por el equipo médico, audiológico y psicosocial, las personas que quedaron en lista de espera y, por último, el total de personas atendidas.

Gráfico 1. Derivaciones de personas usuarias

MUNICIPIO	Nº DERIVACIONES	PERSONAS ATENDIDAS	PERSONAS DESESTIMADAS	PERSONAS BENEFICIARIAS	PERSONAS EN LISTA DE ESPERA
SANTA CRUZ DE TENERIFE	29	28	12	15	1
SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA	12	12	8	4	0
TOTAL	41	41	20	19	1

Como podemos observar, se derivaron un total de 41 personas a través de corporaciones locales, centros de salud y recursos sociales de la zona, de las cuales un total de 19 personas pudieron ser beneficiarias de la totalidad de las acciones contempladas en el proyecto.

DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

Se muestran a continuación dos gráficas que plasman los rangos de edades y sexo de las personas atendidas, así como el total de mujeres y hombres atendidos.

Gráfico 2. Edad de los/as usuarios/as

En el presente gráfico podemos observar los rangos de edad de la población sobre la que se ha actuado, que va desde personas con 40 años hasta personas mayores de 70. Por lo tanto, podemos determinar que hay una necesidad real y que con el proyecto se cubre una demanda que existe en personas de cualquier edad. Cabe destacar que las personas mayores de 71 años han sido las mayores beneficiarias del proyecto, representando un total de 12 personas sobre 19.

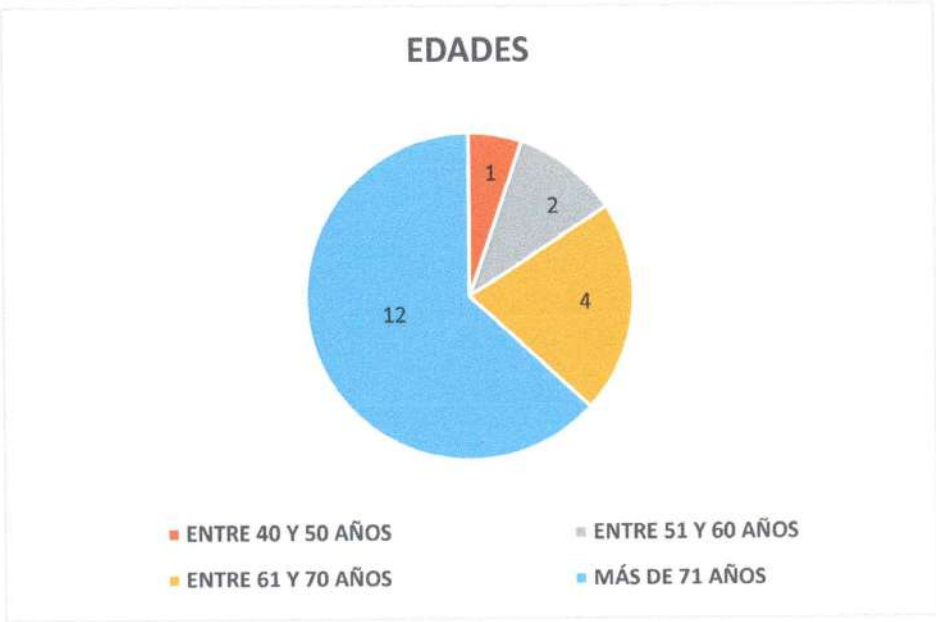


Gráfico 3. Sexo

En referencia a esta gráfica podemos observar que hay diversidad de población independientemente de su sexo, es decir la discapacidad auditiva es una cuestión que se manifiesta en mujeres y hombres indistintamente. Por lo tanto, del total de personas beneficiarias del proyecto 13 son mujeres y 6 son hombres.



DATOS ESPECIFICOS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL MUNICIPIO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA

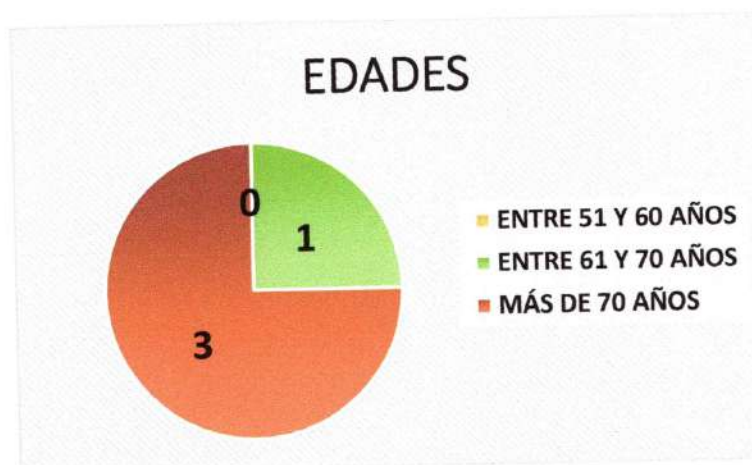
Gráfico 1. Derivaciones Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna



Como podemos ver en el gráfico 1, el Excmo. Ayuntamiento de La Laguna ha derivado a un total de 12 personas de las cuales 4 de ellas han pasado a formar parte del Proyecto Naída, 8 personas han sido desestimadas por diversos motivos y actualmente no han ninguna persona en lista de espera para futuros proyectos.

A continuación, veremos las características de las 4 personas que fueron derivadas por el Excmo. Ayuntamiento de La Laguna y que han sido por tanto beneficiarias del proyecto Naída.

Gráfico 2: Edades de los usuarios/as del municipio de La Laguna



En este gráfico observamos que de las 4 personas beneficiarias del proyecto solo 1 tiene entre 61 y 70 años, mientras que las otras 3 personas restantes tienen edades superiores a los 70 años.

Gráfico 3: sexo de las personas derivadas del municipio de La Laguna



Haciendo referencia al sexo de las personas atendidas en el proyecto, como podemos observar en el gráfico 4, del total de personas atendidas del municipio de San Cristóbal de La Laguna 2 son hombres y 2 son mujeres.

MATERIALES UTILIZADOS

Para el logro y cumplimiento de las actividades que se contempladas en el proyecto se ha hecho uso de los siguientes equipos y materiales:

- 38 audífonos	- Equipos e instalaciones de la Clínica Barajas y Centro Afón.	- HIPOR-PC+NOOH
- 38 moldes	- Equipos de otoemisiones y productos de distorsión	- Pasta de impresiones
- 11 auriculares (RIC)	- Timpanómetro	- Otoblocks – jeringas
- 19 peras sopladoras	- Reflejos estapediales	- Material de asepsia
- Material de oficina y papelería	- Videoscopio	- Materiales para impartición de talleres
- Audiómetro		
- Audio analizador		

ACTUACIONES REALIZADAS

OBJETIVO GENERAL

Incrementar la autonomía, las condiciones de audición y bienestar emocional de las personas con Discapacidad Auditiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos logrados mediante la puesta en marcha y ejecución del proyecto NAÍDA fueron los siguientes:

- 1. Establecer y coordinar líneas de actuación con los servicios sociales en la captación y derivación de usuarios/as, así como con otras entidades que colaboren en el desarrollo del proyecto.**

Se elaboraron procedimientos de actuación con los servicios sociales generales (de base y especializados), así como centros de salud y recursos e instituciones sociales privadas para la captación y derivación de personas con discapacidad auditiva que fueran susceptibles de amplificación acústica.

- 2. Favorecer las condiciones de audición y autonomía de las personas beneficiarias a través de un servicio de asistencia clínica, audiológica y audio protésica personalizado, así como de un servicio de apoyo social y familiar.**

Un total de 19 personas fueron beneficiarias directas del proyecto y por tanto, recibieron un servicio de asistencia clínica, audiológica y audio protésica personalizado por parte de los profesionales que conforman el equipo médico y audiológico de la Clínica Doctor Barajas y del Centro Afón. Siendo este segundo centro el encargado de realizar la toma de impresiones para los audífonos, la adaptación de los mismos y las revisiones correspondientes de cada paciente.

Además, la mayoría de las personas beneficiarias del proyecto participaron en las sesiones de Arte Terapia que se ofrecieron en los meses de noviembre y diciembre, algunas de ellos acompañadas por algún familiar.

- 3. Orientar a las personas beneficiarias y sus familiares sobre aspectos relacionados con el afrontamiento de dificultades personales, familiares y sociales suscritas por la pérdida auditiva. Mejorar su bienestar emocional e integración social**

Respecto a este objetivo, se refiere a la ejecución de los cuatro talleres impartidos por la FDB que se llevaron a cabo en los meses de octubre y diciembre de 2022, con la finalidad de que tanto los usuarios del proyecto como sus familiares adquiriesen herramientas y habilidades para el afrontamiento de situaciones que se pudiesen producir en la vida diaria de las personas que tienen pérdida auditiva. Se establecieron pautas para favorecer una buena relación interpersonal, además de ofrecer información sobre la discapacidad auditiva (qué es, por qué se produce, cuáles son sus efectos y qué alternativas existe para contribuir a una mejora del bienestar personal), así como conocer las distintas emociones y sentimientos que existen y cómo aprender a manejarlas y gestionarlas para que ciertos aspectos o conductas del día a día de estas personas puedan mejorar notablemente.

Dichos talleres se realizaron los días 5 y 6 de octubre y 19 y 21 de diciembre en el horario de 09:30 – 12:00 horas y acudieron un total de 21 personas entre personas beneficiarias y familiares.

4. Difundir los objetivos, las actividades y resultados del proyecto.

Con la finalidad de visibilizar la labor de la Fundación en este proyecto concreto, se ha difundido y promocionado información acerca del mismo en las redes sociales y en la página web oficial de la FDB. De esta manera, tanto la página web oficial de la Fundación Doctor Barajas, Facebook, Instagram y Twitter muestran contenido relacionado con la actividad reciente desarrollada en el Proyecto NAÍDA.

ACTIVIDADES

Metodología

La metodología utilizada promueve una mayor participación e inclusión de las personas beneficiarias tanto en el proceso como en el resultado. El personal técnico del proyecto, así como el equipo médico y audiológico, han realizado un seguimiento individualizado de los usuarios/as en todo momento hasta conseguir una adecuada adaptación protésica y un mayor grado de autonomía y bienestar. De manera transversal, en la intervención han estado presentes diversas dimensiones del bienestar físico, emocional, de inclusión y autonomía. El objetivo es lograr el cambio no solo a corto plazo, sino también a mediano y largo plazo. Se ha realizado una evaluación y seguimiento continuado en todas las acciones acometidas.

Las siguientes actividades, están orientadas a dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos planteados.

Actividad 1: Toma de contacto con los servicios sociales y entidades colaboradoras, a través de reuniones con los equipos responsables de la gestión, para establecer el protocolo de derivación de usuarios/as, actuaciones a llevar a cabo, el seguimiento y la evaluación hasta finalización del Proyecto.

La forma de comunicación ha sido mediante llamadas telefónicas y a través del email, donde se expusieron a los diferentes organismos susceptibles de participar en el proyecto NAÍDA los objetivos y actividades del mismo y más específicamente, el proceso de derivación de usuarios/as. Además, se resolvieron las cuestiones planteadas por los/as técnicos/as en todo momento.

Actividad 2: Primer acercamiento a las personas beneficiarias y sus familiares. Citación para la realización de la entrevista clínica, exploración y pruebas audiológicas (pre y post) a los usuarios/as para determinar el tipo de audífono que mejor se adapte a sus necesidades y verificar la ganancia auditiva al finalizar el proceso de adaptación. La adaptación será bilateral (2 audífonos por usuario/a). Puesta en marcha del protocolo de seguimiento a la adaptación y ajuste del audio prótesis. Establecimiento de los grupos para asistir a las actividades que se realizaran en los diferentes talleres.

Esta actividad se ha desarrollado de la siguiente forma:

- **Paso 1:** Se recibe el informe de derivación por parte de las entidades junto con el modelo de consentimiento informado que justifica que el posible beneficiario/a ha quedado enterado de las condiciones y diferentes actividades planteadas en el proyecto. Este documento debe estar firmado por la persona beneficiaria. La FDB se pone en contacto telefónico con el posible beneficiario/a para darle cita.
- **Paso 2:** Una vez se le cita, la persona acude a la Fundación Doctor Barajas donde es recibida por el personal técnico del proyecto, se le explica el procedimiento a seguir y las diferentes pruebas que se le van a realizar. En primer lugar, las personas beneficiarias son atendidas por el otorrinolaringólogo, el cual realiza una exploración y entrevista clínica inicial. A continuación, se realiza un estudio audiológico consistente en una audiometría tonal, verbal y una timpanometría. Tras la realización de dichas pruebas, el otorrinolaringólogo valora los resultados y determina el grado de pérdida auditiva, si es

necesario una audioprótesis y cuál es la mejor opción de adaptación para el usuario/a. En caso positivo, la persona pasa a ser beneficiaria del proyecto.

Al finalizar las pruebas y verificar que la persona tiene todos los requisitos audiológicos para realizar la adaptación protésica, el personal técnico del proyecto realizó la entrevista social a cada una de las personas beneficiarias. El objetivo principal de dicha entrevista es evaluar el grado de autonomía que presenta la persona antes de la adaptación protésica y medir la mejoría una vez haya finalizado el proceso de adaptación. En dicha entrevista se recogen aspectos acerca de la comunicación en el entorno familiar/social, el nivel de autonomía, la integración social (actividades de ocio y tiempo libre), salud y conocimientos acerca de la discapacidad auditiva, razones por las que se produce y expectativas respecto al impacto que tendrá la audioprótesis en la mejora de sus condiciones de audición. Se ofrece a los usuarios/as bonos en concepto de transporte y se firman los documentos relacionados con la protección de datos.

Las personas que finalmente no reunieron los requisitos mínimos para la adaptación protésica, fueron informadas de los motivos. Posteriormente se envió un informe de desestimación al trabajador/a social que derivó a las personas en cuestión.

- **Paso 3:** La próxima cita a la que acudieron los usuarios/as fue al Centro Afón, sito en San Cristóbal de La Laguna. Aquí fueron atendidos por un equipo de audioprotesistas que les realizaron pruebas audiológicas complementarias. Posteriormente, se realizó la toma de impresiones del conducto auditivo para la realización de los moldes que se ajustasen a las medidas exactas de cada una de las personas beneficiarias; por último se tomó la decisión de qué tipo de audioprótesis era la idónea para cada persona beneficiaria.
- **Paso 4:** A continuación, y tras ser recibidos los moldes personalizados y los audífonos, se citó nuevamente a cada usuario/a para la primera cita de adaptación protésica que se realizó, como hemos señalado anteriormente, en el Centro Afón. Se procedió a la adaptación y ajuste del audífono; en esta parte del proceso, el equipo técnico y médico informa a la persona beneficiaria sobre mantenimiento y conservación, cuándo debe realizarse el cambio de pilas, métodos de limpieza, problemas que puedan surgir en el día a día, y como deben actuar, etc. En este momento el personal técnico de la FDB les hizo entrega de dos blísteres (12 pilas) de forma gratuita, procediéndose a la firma de documentación correspondiente con la entrega del audífono, moldes y pilas.

- **Paso 5:** A los 30 días de la adaptación protésica se les dio cita nuevamente en Afón a los para verificar que el audífono funciona correctamente y comprobar si la persona ha conseguido adaptarse gradualmente. Pasados aproximadamente 15 días desde la primera revisión, se le dio cita nuevamente para una segunda revisión en la que se comprobó que la adaptación es adecuada. Se continuó con el seguimiento hasta que el equipo audiológico consideró que cada usuario/a consiguió adaptarse de manera satisfactoria.

Desde el primer momento que se deriva a una persona hasta que finaliza el proceso de adaptación protésica, la técnica del proyecto se halla en contacto permanente con los beneficiarios/as y familiares, acompañándolos durante todo el proceso y brindándoles el apoyo necesario.

Actividad 3: Elaboración e Impartición de talleres sobre la Discapacidad Auditiva y todo lo relacionado con la misma, pautas de comunicación, gestión de emociones, etc. dirigidos a los usuarios/as y sus familiares. Implementación de talleres monográficos experienciales con terapias artísticas (musicoterapia, pintura, sensoriales, etc.).

El personal técnico de la FDB elaboró el material para la realización de los talleres sobre aspectos relacionados con el afrontamiento de dificultades personales, familiares y sociales suscritas por la pérdida auditiva. Participaron en los mismos tanto las personas beneficiarias como algunos de sus familiares. En esta ocasión se desarrollaron cuatro talleres, dos en el mes de octubre (1º grupo) y otros dos en el mes de diciembre de 2022 (2º grupo). El contenido de los mismos estuvo centrado en ofrecer información sobre la discapacidad auditiva (qué es, por qué se produce, cuáles son sus efectos y alternativas posibles para mejorar el bienestar personal), así como conocer las distintas emociones y sentimientos que existen y cómo aprender a gestionarlas para que ciertos aspectos o conductas del día a día de estas personas puedan mejorar notablemente. Se trabajó, asimismo, en el afrontamiento de situaciones que se producen en la vida diaria de las personas que tienen pérdida auditiva, así como en el establecimiento de pautas para favorecer una buena relación interpersonal.

El segundo taller se centró en las emociones que se derivan de la propia discapacidad. Se trataron los siguientes temas: qué es una emoción vs sentimiento, emociones básicas, ¿cuáles son sus efectos en el entorno familiar y social?, ¿qué tipo de situaciones podemos encontrarnos y como intentar superarlas? Además del establecimiento de pautas para la comunicación, barreras de comunicación que podemos encontrarnos, estrategias para una buena

comunicación, como debemos comunicarnos con las personas que tengan DA (dirigido a los familiares), etc. En total participaron 15 personas beneficiarias en estos talleres.

La dinámica de estos talleres fue muy práctica y participativa. Hay que señalar que ambos grupos estuvieron muy cohesionados, produciéndose la expresión libre y el compartir de experiencias propias de manera fluida. Esto contribuyó al enriquecimiento de todos los presentes.



Así mismo, los talleres de Arte Terapia impartidos por una profesional de este ámbito, se ejecutaron con la finalidad de que los/as usuarios/as del proyecto NAÍDA utilizaran elementos artísticos para explorar sus pensamientos y emociones.


Los talleres se desarrollaron todos los jueves de los meses de noviembre y diciembre de 2022 en horario de 09:30 a 12:00 horas. En estos talleres se utilizó el arte como medio principal de comunicación lo que fue muy útil en aquellas personas beneficiarias con mayores dificultades en la gestión de las emociones. Lo que se pretende es utilizar el arte como medio principal de comunicación, algo que puede ser útil para aquellas personas que tienen dificultades en la gestión de sus emociones.


Esta actividad, en la que participaron 14 usuarios/as fomentó la autonomía de las personas beneficiarias a través de la comunicación, su relación con el entorno, se logró aumentar la confianza en sí mismos y la autoestima. Se promovieron estados de relajación y disminución de la ansiedad, el favorecimiento de la gestión afectiva y emocional.

A esta actividad asistieron también familiares de las personas beneficiarias, resultando un verdadero grupo de ayuda mutua compartido y muy bien avenido. En algunos casos se establecieron lazos de amistad entre algunos de los participantes.

PROYECTO NAÍDA INFORMACIÓN TALLERES PSICOARTE


- 


¿EN QUÉ CONSISTEN? Son talleres de orientación dirigidos a gestionar aspectos asociados a la pérdida auditiva a nivel social, familiar, emocional, etc.
- 

¿ES OBLIGATORIO ASISTIR? Al ser beneficiario/a del proyecto es de asistencia obligatoria acudir a los talleres.
- 

¿DÓNDE TENDRÁN LUGAR? En el Centro sociosanitario PSICOARTE, ubicado en Calle Unamuno, n.º 2, 38007 Santa Cruz de Tenerife.
- 

FECHAS

05 de noviembre	30 de noviembre	17 de noviembre
24 de noviembre	01 de diciembre	15 de diciembre
- 

¿A QUÉ HORA SERÁN? El horario será de 09:30 a 12:00 horas.
- 

¿QUIÉN LOS IMPARTIRÁ? Personal profesional de la arteterapia.

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES NAÍDA

NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25
28	29	30					26	27	28	29	30	31	

LEYENDA
X Talleres de PSICOARTE X Días festivos



Fotografías de algunas de las personas beneficiarias del proyecto Naída en uno de los talleres de Arteterapia Grupal.

La metodología empleada fue la siguiente:

- ✓ Ronda de emociones: pensada para que cada uno en el presente conecte con sus emociones. En esta ronda expresan cómo se sienten, qué necesitan, cómo viven su experiencia de haber perdido la audición, conectar con su resiliencia, con las potencialidades que tienen.
- ✓ Actividad de Mindfulness: Dirigida para conectar con la calma y la tranquilidad
- ✓ Actividad de Arteterapia: Dirigida a focalizar la atención en el autoconocimiento de sí mismos en relación con el tema trabajado en la sesión.
- ✓ Gestalt: Recoger las proyecciones de sus creaciones y el aprendizaje sobre sí mismos.
- ✓ Cierre: Qué se llevan de la sesión, qué han aprendido, para qué les ha servido

Actividad 4: Difusión del proyecto, incorporación de contenidos relacionados con el proyecto en la WEB y redes sociales de la FDB.

En esta ocasión no se ha elaborado material publicitario en soporte papel, al priorizar en el presupuesto los gastos derivados de la adaptación bilateral (audífonos en ambos oídos).

Con la finalidad de visibilizar la labor realizada en el proyecto NAÍDA, se realizaron diferentes publicaciones con contenido actualizado relacionado con las diferentes actividades desarrolladas en el Proyecto en las redes sociales de la FDB: Facebook, Instagram y Twitter

En la página web oficial de la Fundación Doctor Barajas se publicó una noticia con información sobre el proyecto. En todas las publicaciones y/o acción de promoción/divulgación de las acciones desarrolladas en el Proyecto NAÍDA se ha citado y visibilizado la ayuda de las entidades financiadoras



<https://www.fundacionbarajas.es/proyecto-naida/>



<https://shre.ink/chA5>

<https://shre.ink/chA1>

<https://fb.watch/iQyZxVdWbp/>



<https://twitter.com/FundacionCDB/status/1564234377101512705>

<https://twitter.com/FundacionCDB/status/1595743318150889474>

<https://shre.ink/chNW>



<https://shre.ink/chmU>

<https://shre.ink/chm6>

CRONOGRAMA

El proyecto ha tenido una duración 7 meses, iniciándose el día 14 de junio de 2022 y finalizando el día 13 de enero de 2023.

Tal y como podemos observar a continuación, las acciones se han llevado a cabo según la calendarización establecida inicialmente, comenzando por la actividad 1 (toma de contacto con los servicios sociales municipales y difusión del inicio del proyecto NAÏDA), continuando con la actividad 2 que, como vemos, es el grueso del proyecto dónde durante seis meses se han atendido a un total de 41 personas, siendo finalmente beneficiarias de todas las actividades 19. Se realizó de forma personalizada diferentes pruebas audiológicas, así como la adaptación protésica con la finalidad de alcanzar el objetivo general del proyecto: "Incrementar la autonomía, las condiciones de audición y el bienestar emocional de las personas con Discapacidad Auditiva". Continuando con el resto de acciones tales como la elaboración e impartición de los talleres sobre discapacidad auditiva y bienestar emocional, la creación de contenido para difundir y promover dichas acciones, la realización de la evaluación de cada actividad realizada para conocer el grado de satisfacción de las mismas, entre otras.

		MESES						
OBJ.	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7
1	A. 1.	■	■	■	■	■	■	
2	A. 2.		■	■	■	■	■	■
3	A. 3.				■	■	■	
4	A. 6.	■	■	■	■	■	■	■

RESULTADOS OBTENIDOS

La evaluación del proyecto NAÍDA requería de un análisis de la propia intervención para posteriormente tener un espacio de reflexión y valoración sobre el desarrollo de las acciones del proyecto con la finalidad de mejorar y progresar en el objetivo de ayudar a las personas objeto de intervención.

Por ello, la evaluación llevada a cabo en el proyecto NAÍDA se ha basado en:

1.- Una evaluación ex – ante: valorando inicialmente a través de la entrevista semiestructurada las condiciones de comunicación y el nivel de autonomía que presentan previo a la adaptación protésica.

2.- Una evaluación intermedia: valorando a través de los cuestionarios de satisfacción y la entrevista semiestructurada el grado de satisfacción de las personas beneficiarias y de sus familiares sobre la información recibida en los talleres sobre la D.A. y los servicios y el trato recibido durante la ejecución del proyecto por parte del equipo de la FDB, así como el grado de satisfacción con el taller de arteterapia grupal en el que participaron tanto las personas beneficiarias como algunos familiares.

3.- Una evaluación ex – post o evaluación final: valorando los cambios que se han producido en las condiciones y el nivel de autonomía de la persona beneficiaria tras la adaptación protésica a través de una entrevista final. La valoración por parte de los SS.SS. sobre la coordinación y el trabajo en red ejercido por la FDB para el buen desarrollo del proyecto a través de un cuestionario de valoración al cual respondieron un total 3 trabajadores/as sociales de los 16 cuestionarios enviados.

Tras la ejecución y el desarrollo del proyecto y, por ende, de los momentos dónde se han evaluado los aspectos comentados anteriormente, podemos valorar si finalmente los resultados que se esperaban conseguir en el marco del proyecto NAÍDA se han alcanzado satisfactoriamente a través de los siguientes datos obtenidos:

a. El trabajo en red y la coordinación ejercida por la FDB han sido satisfactorios y han permitido que los usuarios/as se beneficien de las actuaciones previstas en el proyecto.

- Instrumento de evaluación: Cuestionario de satisfacción (enviado a todos los trabajadores/as sociales).
- Personas entrevistadas: respondieron un total de 03 trabajadores/as sociales.

Gráfico 4. Cuestionario de satisfacción de las entidades



Como podemos observar en el gráfico 4, los/as profesionales de los servicios sociales municipales que pudieron responder al cuestionario de satisfacción enviado por la FDB califican como "muy satisfecho" la coordinación y el trabajo en red y los plazos de ejecución, califican como "muy satisfecho o satisfecho" el tiempo de respuesta de la FDB a las demandas planteadas por parte de los/as trabajadores/as y por último, califican como "muy satisfecho o poco satisfecho" a la información recibida por parte de la fundación sobre el proyecto (plazos, duración, derivación de los casos...).

b. Que el 87% de los beneficiarios/as hayan mejorado sus niveles de audición tras la intervención:

- Instrumento de evaluación: Escala HHIE-S (Shortened Hearing Hándicap Inventory for the Elderly).
- Personas entrevistadas: 19 personas beneficiarias del proyecto NAÍDA.
- Resultados:

Los datos fueron obtenidos a través de la entrevista social final mediante la formulación de 10 preguntas. Se ingresaron en una plantilla de Excel en la que se iban vaciando las respuestas hasta obtener el número total de personas atendidas. Los datos obtenidos son los siguientes:

Gráfico 5. Resultados | Escala HHIE-S



Como podemos observar en el gráfico, los resultados antes de la adaptación protésica fueron que 14 personas de las 19 beneficiarias del proyecto, presentaban una dificultad significativa, 3 presentaban una dificultad leve y 2 no tenían dificultad.

Mientras que en los resultados post-adaptación se observó una clara diferencia. 15 personas no presentaban ninguna dificultad y 4 mostraban tener una dificultad leve. Por lo que podemos concluir, que tras la adaptación protésica, las condiciones de audición y comunicación de los y las usuarias del proyecto ha mejorado significativamente

c. **Que el 80% de las personas beneficiarias consideren que tras la intervención sus condiciones de comunicación y su nivel de autonomía haya mejorado:**

- Instrumento de evaluación: Entrevista semiestructurada.
- Personas entrevistadas: 19 personas beneficiarias del proyecto NAÍDA.

Resultados:

Se han pasado un total de 38 entrevistas semiestructuradas a las 19 personas beneficiarias del proyecto NAÍDA que corresponden a la entrevista social inicial (pre adaptación protésica) y la entrevista social final (post adaptación protésica).

Por tanto, para valorar los resultados obtenidos tras la intervención en lo que se refiere a las condiciones de comunicación y al nivel de autonomía de las personas beneficiarias, se

expondrán dos gráficos por cada ítem a valorar. Cada gráfico corresponderá a los resultados obtenidos en la entrevista inicial y en la entrevista final.

De esta manera se persigue medir la mejora en la autonomía que presentan las personas beneficiarias de este proyecto pre y post adaptación y poder comparar los resultados.

Gráfico 6. Dificultad para comunicarse



Tal y como se muestra en el gráfico 6, un 74% (14 personas) del total de personas beneficiarias, refieren presentar dificultades a la hora de comunicarse frente al 26% (5 personas) que manifiestan no presentar dificultades. Sin embargo, el siguiente gráfico muestra los resultados totalmente diferentes. En esta ocasión el 95% (18 personas) de las personas entrevistadas por segunda vez tras haberse realizado la adaptación audio protésica, manifiestan no tener dificultades a la hora de comunicarse.

Gráfico 7. Tipo de dificultad para comunicarse

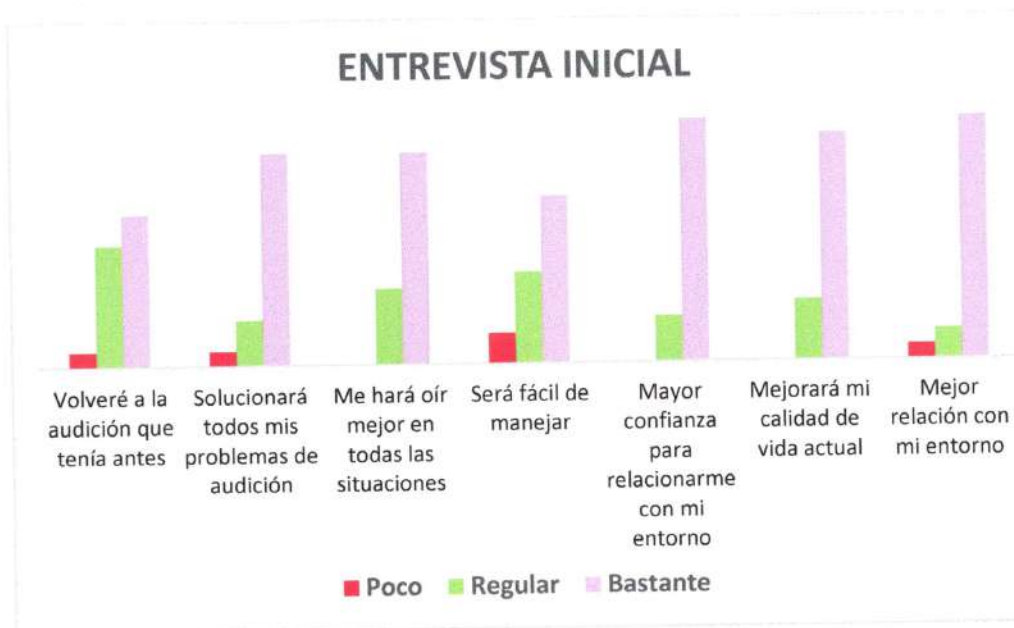


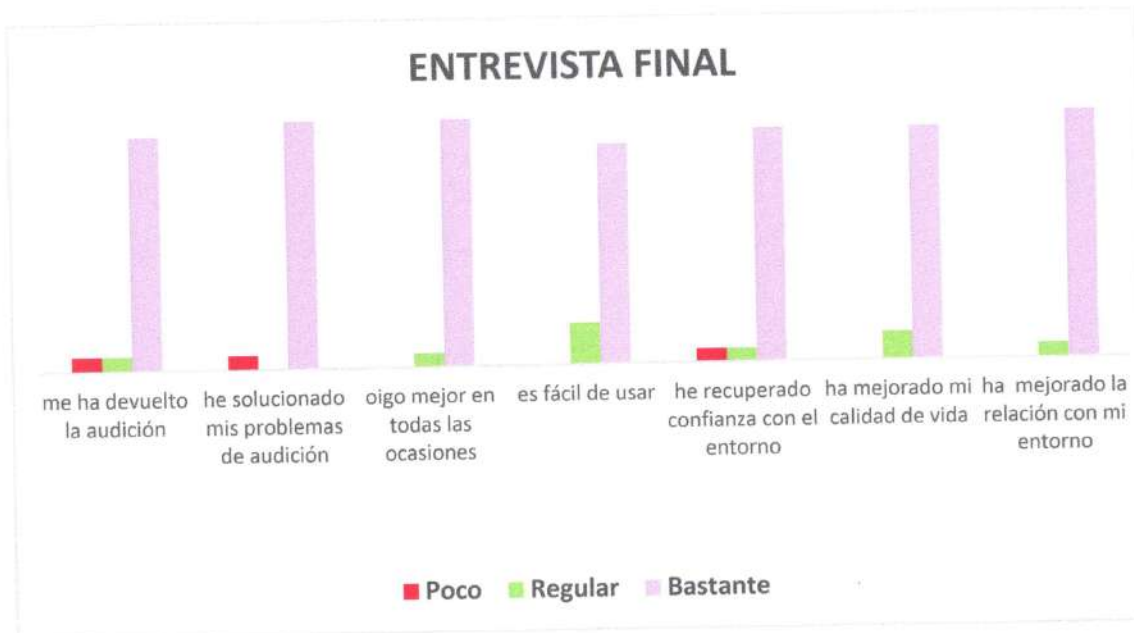
Como puede observarse en los gráficos que revelan el tipo de dificultad que presentan los/as usuarios/as a la hora de comunicarse, las distintas situaciones planteadas han sido puntuadas, en su mayoría, con el valor "bastante" por lo que se deduce que muchas de las actividades diarias (como responder al teléfono o conversar con un vecino) se presentan como una gran dificultad para las personas usuarias del proyecto.

Sin embargo, en la gráfica que muestra los datos obtenidos tras la entrevista social final y tras la adaptación protésica, las respuestas a las cuestiones planteadas tienen su máxima puntuación en el ítem "nada". De esta manera lo que se entiende es que, tras la colocación del audífono, las actividades cotidianas no conllevan dificultades significativas derivadas de la pérdida auditiva, para los beneficiarios del proyecto. Esto parece indicar la mejora en las condiciones de comunicación y por tanto el aumento de la integración y autonomía.

Gráfico 8. Expectativas sobre la adaptación audioprotésica

En este apartado se muestra la expectativa que manifiestan las personas sobre el impacto de la audioprotésis antes de la adaptación y tras la adaptación.





Como podemos observar en el gráfico que muestra los datos obtenidos en la entrevista social inicial, las expectativas con respecto a la mejora tras la colocación del audífono son elevadas. Los siguientes ítems destacan por encima de los demás por tener un predominio mayor del valor “bastante” sobre el resto, como son: solucionará todos mis problemas de audición, mejor relación con mi entorno, mejor calidad de vida, mejor audición en todas las situaciones y mayor confianza para relacionarse. También cabe destacar que los usuarios consideran que, aunque la mejora será evidente y elevada, no recuperarán la audición que tenían antes de presentar la pérdida.

Asimismo, el siguiente gráfico que corresponde a los resultados obtenidos tras la realización de la entrevista social final, muestra que tras la adaptación protésica las expectativas no solo han sido cubiertas, sino que se han superado con respecto a lo reflejado en la entrevista inicial. Como se puede observar en el gráfico, en la totalidad de las cuestiones el valor prioritario, y casi único, es el de “bastante”.

d. El 70% de los/as usuarios/as están satisfechos con las actividades realizadas en los talleres de afrontamiento de situaciones relacionadas con la discapacidad auditiva.

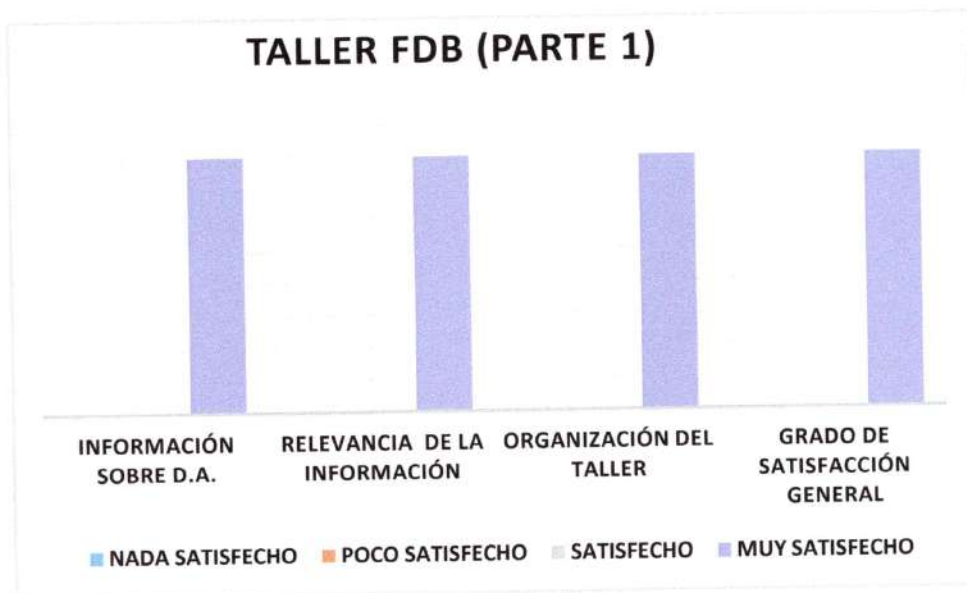
- Instrumento de evaluación: Cuestionario de satisfacción y observación participante.
- Personas encuestadas: 15 personas beneficiarias del proyecto NAÍDA.

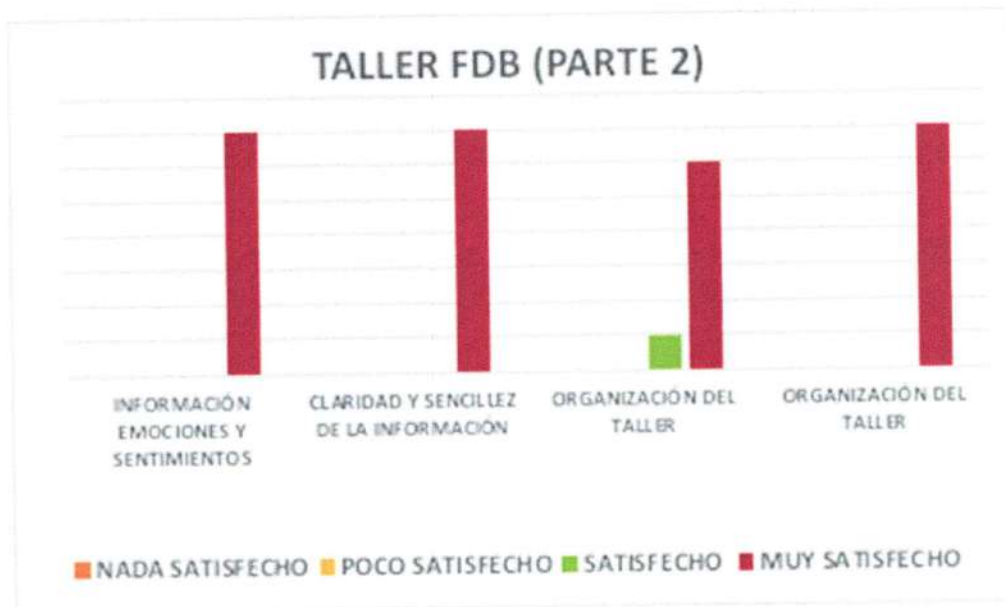
- Resultados:

Como hemos visto en el apartado anterior de actividades, la actividad 3 constaba de la elaboración e impartición de talleres sobre la discapacidad auditiva y la implementación de talleres monográficos experienciales con terapias artísticas y sensoriales para los/as usuarios/as y familiares del proyecto NAÍDA.

Para poder valorar la adecuación de estas acciones, una vez finalizado los talleres impartidos por la FDB se ha pasado un cuestionario de satisfacción a las personas participantes de los mismos dónde, entre otras cuestiones, se les solicitaba que valorasen la información recibida sobre la discapacidad auditiva y las barreras de comunicación, la relevancia de la información, aspectos relacionados con la organización del taller y su grado de satisfacción en general y, a continuación, se muestran los resultados obtenidos:

Gráfico 9. Cuestionario de satisfacción servicios recibidos

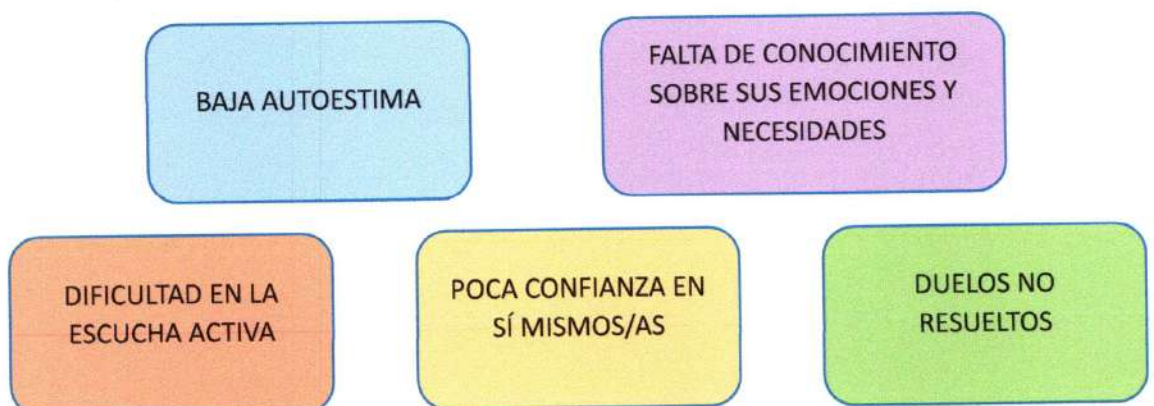




Como podemos observar en ambas gráficas, tanto en el primer taller en el cual se trabajó todos los aspectos de la discapacidad auditiva, cómo prevenirla o detectarla, pautas en el cuidado diario de nuestros oídos, además del establecimiento de pautas para la comunicación, barreras de comunicación que podemos encontrarnos, estrategias para una buena comunicación, como debemos comunicarnos con las personas que tengan D.A. (dirigido a los familiares), etc., etc., como en el segundo taller el cuál se centró en las emociones y sentimientos derivados de la propia discapacidad, encontramos que más del 70% de las personas participantes han quedado muy satisfechos/as.

En relación a la adecuación de la implementación de talleres monográficos experienciales con terapias artísticas y sensoriales para los/as usuarios/as y familiares del proyecto, tras la observación participante de la profesional que ha llevado a cabo el taller de Arteterapia grupal podemos destacar los siguientes resultados:

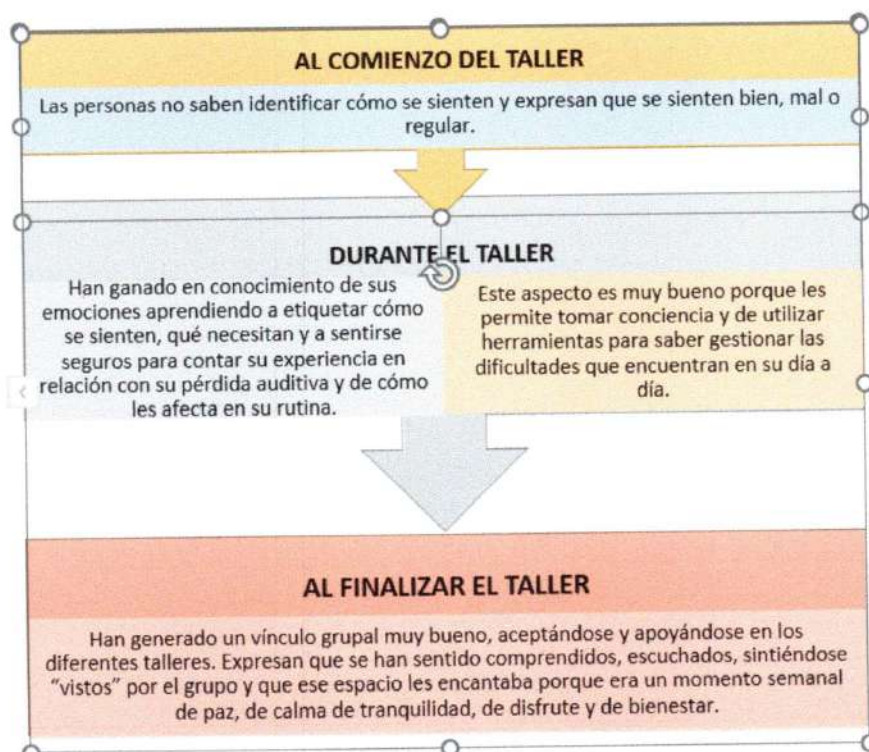
Ilustración 1 Necesidades detectadas



Como podemos observar, al inicio del Taller de Arteterapia se detectó que las personas beneficiarias del proyecto NAÍDA llegaban con una serie de necesidades en las que había que trabajar a través de una metodología basada en el descubrimiento. La metodología utilizada en el taller ha contado de:

- Ronda de emociones: pensada para que cada uno en el presente conecte con sus emociones. En esta ronda expresan cómo se sienten, qué necesitan, cómo viven su experiencia de haber perdido la audición, conectar con su resiliencia, con las potencialidades que tienen.
- Actividad de Mindfulness dirigida: para conectar con la calma y la tranquilidad
- Actividad de Arteterapia: Dirigida a focalizar la atención en el autoconocimiento de sí mismos en relación con el tema trabajado en la sesión.
- Gestalt: Recoger las proyecciones de sus creaciones y el aprendizaje sobre sí mismos.
- Cierre: Qué se llevan de la sesión, qué han aprendido, para qué les ha servido

Una vez finalizado el Taller de Arteterapia grupal el cual tuvo una duración de 15 horas totales, divididas en 6 sesiones en el horario de 09:30 a 12:00 horas, durante los meses de noviembre y diciembre del pasado año, se pueden concluir los siguientes avances encontrados:



e. Que el 70% de los usuarios/as estén satisfechos/as con la profesionalidad y atención recibida por parte del equipo de la FDB:

- Instrumento de evaluación: Cuestionario de satisfacción.
- Personas entrevistadas: 19 personas beneficiarias del proyecto AUDEO.
- Resultados:

Gráfico 10. Cuestionario de satisfacción servicios recibidos



Como podemos observar en la gráfica 10 más del 80% de las personas beneficiarias del proyecto NAÍDA están muy satisfechas con los servicios recibidos por parte de la Fundación Canaria Doctor Barajas. Cabe mencionar que el cuestionario dispone de varias respuestas tales como: nada satisfecho, poco satisfecho, satisfecho y muy satisfecho y, en esta ocasión, no se han añadido más respuestas a la gráfica ya que ninguna de las personas encuestadas ha calificado como nada o poco satisfecho a las cuestiones planteadas.

CONCLUSIONES, VALORACION FINAL DEL PROYECTO

El proyecto se ha desarrollado según lo previsto, todos sus objetivos y acciones han sido realizadas de forma óptima. La novedad de este proyecto respecto a los anteriores se basó, fundamentalmente, en la adaptación protésica bilateral de los usuarios/as participantes.

Hay que señalar que un 50% de los usuarios derivados y atendidos en el fueron desestimados por causas de diferente etiología, entre las que destacan la baja pérdida de audición presentada que hacía no necesaria la adaptación protésica, la necesidad de realización de pruebas médicas complementarias, infecciones no tratadas, etc.

Una vez más, constatamos tras la evaluación realizada, datos satisfactorios de ejecución y resultados que suponen una mejora tangible de la autonomía de las personas beneficiarias, así como de su calidad vida y bienestar emocional. Los feedback recibidos tras la finalización de las actividades han sido positivos, tanto de las personas beneficiarias como de los familiares. La colocación de los audífonos produce en las personas beneficiarias una satisfacción casi inmediata que les permite interaccionar y comunicarse mucho mejor.

Por lo que respecta a los talleres de terapias artísticas, cabe destacar la mejoría de las personas participantes en cuanto a la identificación, reconocimiento, afrontamiento y expresión de las emociones. Han incrementado el número de emociones que conocen y expresan, tanto las agradables como las desagradables, así como el nivel de autoconocimiento. Ha aumentado su capacidad de escucha activa, empatía y reforzamiento del pensamiento positivo, mejorando en la identificación de sus necesidades y en cómo satisfacerlas. Hay que destacar que en esta ocasión se ha generado un vínculo grupal muy positivo de aceptación y apoyo mutuo. Esto ha propiciado un clima de confianza que ha favorecido la consecución de los objetivos y actividades planteadas inicialmente.

Por todo ello, hemos podido constatar que las acciones llevadas a cabo en este proyecto han permitido mejorar las condiciones de audición y comunicación, aumentar la autonomía y bienestar emocional de las personas beneficiarias

3.2 OTRAS ACTIVIDADES

3.2.1. RENOVACIÓN REGISTRO ENTIDADES CIUDADANAS

En el mes de marzo de 2022 se gestionó la renovación anual de la inscripción de la FDB en el Registro Municipal de Entidades Ciudadanas del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Este trámite es requisito imprescindible para la solicitud de subvenciones en el ámbito del municipio de Santa Cruz de Tenerife. Finalmente fue concedida dicha renovación el 22/04/2022.

3.2.2. PARTICIPACION DE LA FDB EN LA PLATAFORMA COMUNITARIA 28 DE ENERO DISTRITO CENTRO IFARA DEL AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

Esta plataforma, es un órgano participativo, integrado por representantes de diferentes recursos sociales, sanitarios, culturales, cuyo ámbito de actuación es el distrito Centro Ifara.

La FDB sigue participando, en la medida de sus posibilidades, en las reuniones periódicas que se desarrollaron en el pasado año 2022.

3.2.3. ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN DR. BARAJAS, MIEMBRO DEL FORO MUNDIAL DE LA AUDICIÓN (OMS)

Breve historia. - En julio de 2019, la Organización Mundial de la Salud anunció la formación del Foro Mundial de la Audición (FMA), una red mundial de entidades interesadas en promover la salud auditiva y la audición en todo el mundo que llenará un vacío crítico al aportar una visión colectiva a la promoción y colaboración en este campo, mediante la creación de redes y el intercambio de conocimientos, habilidades y experiencias sobre el terreno.

Este Foro impulsará la acción y facilitará la implementación de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención de la sordera y la pérdida auditiva.

Responsabilidades de los miembros del FMA:

- Iniciar y participar activamente en las actividades, discusiones y deliberaciones del Foro.
- Participar en la reunión anual del Foro y grupos de trabajo.
- Promover el trabajo, visión, metas y objetivos del Foro.
- Compartir conocimientos e información con otros miembros del Foro

La Secretaría del Foro Mundial de la Audición acordó nombrar, miembro del Foro Mundial de la Audición para el periodo 2019 – 2021 a la Fundación Canaria Dr. Barajas para la Prevención e Investigación de la Sordera.

En 2022 se tramitó la renovación de esta membresía hasta el año 2024, como figura en la imagen



Como cada año, el próximo 3 de marzo se celebra el DÍA MUNDIAL DE LA AUDICIÓN con el objeto de crear conciencia para prevenir la sordera y la pérdida auditiva y promover el cuidado del oído y la audición en todo el mundo.

ALGUNOS DE LOS MENSAJES CLAVE de la edición de 2022 fueron:

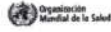
- A TRAVÉS DEL CUIDADO DEL OIDO Y LA AUDICIÓN ES POSIBLE TENER UNA BUENA AUDICIÓN A LO LARGO DE LA VIDA.
- SE PUEDEN PREVENIR MUCHAS CAUSAS COMUNES DE PÉRDIDA AUDITIVA, INCLUIDA LA PÉRDIDA AUDITIVA CAUSADA POR LA EXPOSICIÓN A SONIDOS FUERTES.
- LA "ESCUCHA SEGURA" PUEDE MITIGAR EL RIESGO DE PÉRDIDA DE AUDICIÓN ASOCIADO CON LA EXPOSICIÓN AL OCIO CON RUIDO.

La pérdida de audición inducida por el ruido es un problema de salud mundial, que tiene consecuencias negativas tanto en la salud física y mental como en la educación y el empleo. Afecta en mayor medida a aquellas personas que están más expuestas a entornos ruidosos: militares, deportistas de motociclismo, personal de discoteca... pero también se encuentra la población más joven.

La OMS refiere que según datos de estudios realizados casi el 50% de los adolescentes y jóvenes de 12 a 35 años están expuestos a niveles perjudiciales de ruido por el uso de aparatos de audio personales y que alrededor del 40% están expuestos a niveles de ruido potencialmente nocivos en lugares de ocio.

La Fundación Dr. Barajas publicó en sus redes sociales la siguiente información :

Día Mundial de la Audición
3 de marzo de 2022



**Para oír de por
vida, ¡escucha
con cuidado!**



**La pérdida de audición
por la exposición a
sonidos fuertes se
puede prevenir**

#worldhearingday | #hearingcare | #safelistening



Escuchar sin riesgo

En la isla de Tenerife, según datos de la encuesta de Salud de Canarias, realizada por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC 2015) y el Servicio Canario de la Salud, el 17,36% de personas en edades comprendidas de entre 6 a 29 años dice tener limitaciones en la escucha.

Existe desconocimiento entre la población en general sobre las consecuencias negativas que puede acarrear la exposición al ruido continuado en nuestra salud auditiva. A diario son muchos los niños y adolescentes que corren el peligro de sufrir pérdida de audición, mientras disfrutan de su ocio. Se desconoce el hecho de que una vez que se pierde la audición, ésta ya no se recupera. Por ello es necesario sensibilizar y enseñar a los más pequeños pautas seguras para la exposición a los ruidos. La adopción de sencillas medidas preventivas les permitirá seguir divirtiéndose sin poner su audición

en peligro.

Durante los años 2012 y 2013, nuestra Fundación llevó a cabo una investigación de ámbito autonómico con adolescentes, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. Los resultados indicaron que el 25% de los adolescentes se encuentran expuestos a un nivel de ruido derivado de las actividades de ocio superior al límite de riesgo. Estos resultados justifican la realización de programas y/o actividades para prevenir el daño auditivo y promover la “ESCUCHA SEGURA”.

La Fundación Canaria Doctor Barajas trata de aportar su grano de arena con talleres formativos para prevenir y promover la salud auditiva que imparte a los usuarios de sus proyectos y al alumnado de los centros escolares.

Día Mundial de la Audición
3 de marzo de 2022



**Para oír de por
vida, ¡escucha
con cuidado!**



**La pérdida de audición
por la exposición a
sonidos fuertes se
puede prevenir**

#worldhearingday | #hearingcare | #safelistening



Escuchar sin riesgo

3.2.4. CONVENIO CON EL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA

Este convenio regulador fue firmado el día 23 de noviembre de 2022 con motivo de la aprobación de la subvención nominativa otorgada por la entidad pública a la FDB para la realización del Proyecto NAÍDA.



El Alcalde del ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna y el Presidente de la Fundación Dr. Barajas firmando el convenio de colaboración entre ambas entidades.

3.2.5. DONATIVO DE LA OBRA SOCIAL LA CAIXA, OFICINA WEYLER STORE, PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES Y PROYECTOS DE LA FUNDACION DR. BARAJAS DURANTE EL AÑO 2022

El 24 de noviembre de 2022, la Obra Social la Caixa, Oficina Weyler Store, contribuyó de manera significativa a impulsar la labor que lleva a cabo la FDB a través de sus proyectos y actividades a favor de las personas más desfavorecidas que padecen sordera.



En la imagen, la directora y gestora de empresas de la oficina Weyler Store y el Presidente de la Fundación Doctor Barajas

3.2.6. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN

Durante el pasado año 2022, la Fundación Dr. Barajas ha realizado acciones de difusión con el objeto de audibilizar y promocionar las actividades y proyectos realizados en su página web y redes sociales (Instagram, Facebook, twitter) y página web oficial. Algunas de estas publicaciones se realizaron por el Día Mundial de la audición, así como durante el desarrollo del proyecto NAÍDA. Algunas de dichas publicaciones tuvieron lugar los días siguientes: 3 de marzo, 29 de agosto, 10 de octubre, 29 de noviembre y 25 de diciembre.

4. RESTO DE ACTIVIDADES

Durante el año 2022 la FDB elaboró diferentes proyectos que fueron presentados a distintas convocatorias de organismo públicos y privados tales como el ayuntamiento de santa cruz de Tenerife, el ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna la Fundación Disa y el área de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, etc.

Además, se realizaron otras gestiones como la Renovación en el Registro Municipal de Entidades Ciudadanas concediéndosele dicha renovación en abril de 2022.

5. VISITAS Y CONTACTOS CON ENTIDADES PÚBLICAS

- Concejalía de Servicios Sociales (IMAS). Santa Cruz de Tenerife
- Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Cristóbal de la Laguna.
- Unidades de Trabajo Social, SAD (Servicio a Domicilio) y Centros de Mayores del ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna
- Unidades de trabajo Social del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
- Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Área de Participación Ciudadana
- Ayuntamiento de la Matanza de Acentejo
- Centro de Salud de Tejina
- Otros.

6. VISITAS Y CONTACTOS CON ENTIDADES PRIVADAS

- WORLD HEARING FORUM
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

- CENTRO AUDITIVO AFÓN
- CLÍNICA BARAJAS
- CENTRO PSICOARTE
- RADIO ECCA
- OBRA SOCIAL LA CAIXA
- FUNDACIÓN DISA
- FUNDACIÓN CAJASIETE PEDRO MODESTO CAMPOS
- PROYECTODATA

7. CONTACTOS CON ONG, FUNDACIONES, ETC....

Objeto: Presentación de la FDB, solicitud/envío de información y/o colaboración.

- FUNDACIÓN PEDRO MODESTO CAMPOS – CAJASIETE
- FUNDACION CAJA CANARIAS
- FUNDACIÓN SALESA CABO
- FASICAN
- FIAPAS
- FUNCASOR
- FUNDACIÓN “LA CAIXA”, OBRA SOCIAL
- TENERIFE ISLA SOLIDARIA - OFICINA DE VOLUNTARIADO
- PLATAFORMA COMUNITARIA 28 DE ENERO DISTRITO CENTRO – IFARA
- PLATAFORMA SANTA CRUZ SOLIDARIA
- PLATAFORMA LA LAGUNA SOLIDARIA. VOLUNTARIADO.
- OTROS

8. COLABORACIÓN CON LA CLÍNICA BARAJAS

El equipo de profesionales de la Clínica Barajas ha colaborado activamente y de forma desinteresada, en los programas asistenciales dirigidos a personas sin recursos económicos llevados a cabo por la FDB durante el año 2022. Asimismo, ha colaborado en las actividades llevadas a cabo por la FDB con la cesión de sus instalaciones y equipamiento para la realización de la asistencia clínica.

9. PONENCIA COMPLETA PRESENTADA EN EL HUMBOLDT COLLEGE "SALUD MENTAL Y PANDEMIA" AULA MAGNA LA NAO. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. LEÓN 8 A 10 DE SEPTIEMBRE DE 2022

"LA SALUD EN UN MUNDO GLOBALIZADO"

José Juan Barajas de Prat*

Introducción. -

Próximo a dejar la presidencia de la asociación AvH España, el profesor Juan Luis Gómez Colomer por alguna razón que aún no tengo del todo clara, me propuso dar una conferencia bajo el lema la "Universidad frente el despoblamiento rural". Realmente el tema era nuevo para mí y así se lo manifesté, pero Juan Luis hombre de acción y resolutivo donde los haya, era capaz de mostrarme diferentes formas, todas lucidas y bien traídas, de cómo yo podría contribuir en tan espinoso asunto. La cosa quedo inconclusa, a lo que contribuyó en gran parte los dos años de obligada inactividad. Tuvieron lugar las elecciones de la asociación AvH y con ellas el nombramiento de la profesora Silvia Barona Vilar como nueva Presidenta. El cambio de gobierno de la AvH España fue ejemplar, perpetuándose los proyectos y acciones tomadas. Fue entonces el momento en que la Presidenta con una prudencia mucho más autentica que la propone el propio Baltasar Gracián, que oscilaba entre la ortodoxia y heterodoxia, se pone en contacto conmigo para saber que hacemos y explorar realmente cual es mi parecer sobre mi posible disertación. La conversación telefónica no fue larga, hablamos de diferentes temas y pactamos un tiempo para tomar una decisión. Pocos días después le hice llegar mi aceptación de participar en el coloquio. El título elegido fue "La salud en un mundo globalizado".

Algunos podrían pensar que tal como está hoy el mundo, hablar de globalización es un despropósito. Los que así piensan se equivocan. La Globalización como concepto, es a mí entender un logro alcanzado, que actualmente goza del status de ser inevitable e irreversible, es un hecho que podríamos llamar objetivo y que no tiene un fundamento ideológico. Lo que si debemos esperar sin embargo, es cambiantes formas de globalización. La que ahora aflora es una globalización, basada en la seguridad y no en la eficiencia. Como todos los miembros de AvH España he tenido oportunidad de estar expuesto a muchos ambientes y foros internacionales. He participado en muchas reuniones de OMS, sobre aspectos preventivos de la salud. Con todo no me considero ni mucho menos un experto en el tema que les presento. Mi única credencial es ser un entusiasta observador de este mundo que cambia para toda la humanidad, que nos invita a la solidaridad, no como una acción caritativa, sino como la única forma de perpetuar la supervivencia de la especie Homo Sapiens.

Concepto de Globalización.

La globalización describe el conjunto de procesos que están cambiando la forma en que los seres humanos interaccionan, intensificando relaciones mutuas, y superando limites (espaciales, temporales y cognitivos), que hasta ahora habían servido para separar individuos y grupos de población.(Kelley lee, 2002) La globalización implica no meramente la extensión geográfica de la actividad económica, social, política, y ambiental a través de las fronteras nacionales sino lo

que es más importante la *integración funcional* de estas actividades internacionales dispersas. El término de Globalización es relativamente nuevo aparece durante los 70 aunque se popularizó en los 80 para describir el mercado global, insinuando que las prácticas económicas constituía la fuerza motriz de la globalización contemporánea. El término alcanza su punto culminante alrededor de 2015, para experimentar una caída brusca debido a lo que algunos sostienen como el colapso post Trump de la globalización.

La globalización ha contribuido a mejorar la salud, mediante la difusión de nuevos conocimientos, tecnologías sanitarias de bajo costo y afirmación de derechos humanos. Sin embargo el modelo de la globalización económica, de liberación de mercados e inversiones y mínima regulación por parte de los gobiernos ha conllevado también numerosos riesgos para la salud. (Labonté 2015)

Antecedentes históricos: La Paz de Westfalia- Consenso de Washington.

La expansión colonial posterior a la Paz de Westfalia (1648) inició un nuevo orden en Europa Central basado en el concepto de Soberanía Nacional. Estableció el principio de que la integridad territorial, fundamento de la existencia de los estados, creando las bases de la globalización contemporánea. El mercantilismo, facilitado por los avances tecnológicos de la navegación marítima, domina las políticas de globalización, durante los dos siglos siguientes.

A finales de siglo XIX la recesión económica, un aumento sin precedentes de la inflación y de las desigualdades sociales, junto a una protección nacionalista, creó las condiciones necesarias para la Primera Guerra Mundial, cuyas consecuencias no fueron lo suficientemente firmes para evitar una nueva confrontación unos pocos años más tardes.

Las consecuencias de esta segunda contienda fueron más solidas, emergiendo en los siguientes 30 años un nuevo formato de globalización, con la creación de órganos multilaterales de gobernanza: Las Naciones Unidas (UN) sustituye a la liga de las naciones.

El término Consenso de Washington fue acuñado en 1989 por el economista John Williamson (Williamson 1990), en referencia a las instituciones bajo la órbita de Washington D. C. (como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos). FMI y el BM fueron creados en un principio para la reconstrucción financiera de una Europa desbastada por la Guerra, y más tarde como apoyo financiero a países en vías desarrollo azotados por las crisis financieras. Las fórmulas abarcaban políticas que propugnaban la estabilización macroeconómica, la liberalización económica con respecto al comercio y la reducción del Estado.

Antecedentes de la globalización de la salud

En 1978 el Banco Mundial comienza su anual publicación insignia. El informe sobre el desarrollo mundial. (World Development Report) con el objetivo de presentar un tema específico con una visión global.

El informe sobre el desarrollo Mundial de 1993 (fig. 1) fue el primer informe y hasta ese momento el más importante que se había elaborado sobre la salud. Se hizo siendo Larry Summers, economista Jefe del Banco Mundial (1991-1993) y Dean Jamison el autor principal.

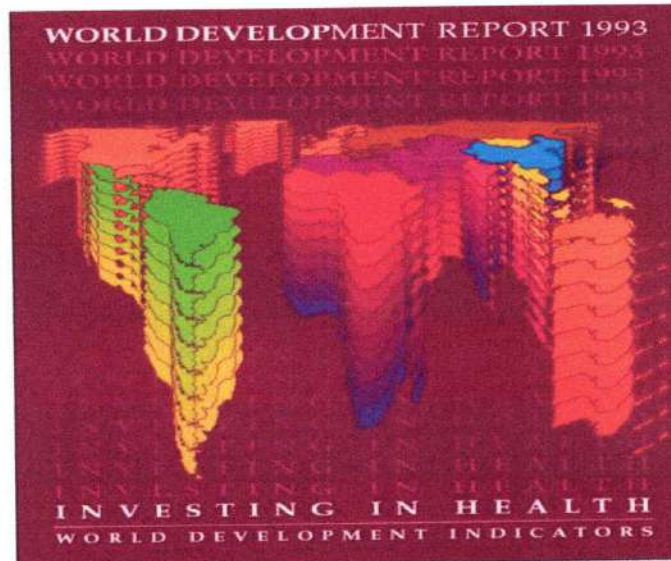


Fig. 1 Informe del Banco Mundial sobre la salud de 1993
World Development Report 1993: Investing in health

Se establecieron tres razones para publicar el informe del Banco Mundial sobre la salud. La primera como una oportunidad para ampliar la estrategia del banco para combatir la pobreza 2) La salud representaba un área en donde los gobiernos tienen un papel central 3) Summers creía que la rentabilidad económica potencial de tener una política de salud correcta eran enormes.

El Impacto e influencia del Informe mundial del desarrollo sobre salud de 1993 fue enorme:

a) En Enero de 2000 se crea la Comisión de Macroeconomía y Salud, por la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gro Harlem Brundtland para evaluar la salud en el desarrollo económico mundial

b) En Septiembre de 2000 los líderes mundiales se comprometen a combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación ambiental y la discriminación contra la mujer se establece en los Objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, (ODM) (2000-2015). Los ODM reactivaron la atención, a la vez que los recursos en relación a la salud, en países de ingresos bajos y medios con unos resultados positivos, sin precedentes en la comunidad internacional.

c) A partir de 1995 OMS crea una serie de publicaciones, sobre la salud, en que varios números están influenciados por el informe Mundial sobre salud de 1993

d) Creó un clima de motivación en la forma de financiar globalmente la salud que influenció tanto a instituciones públicas como privadas, como es el caso de Bill y Melinda Gates Foundation.(United Nations Special Session 2013)

e) Generó las primeras estimaciones de la carga de enfermedad, en la que se parametrizó los años de vida ajustados por discapacidad,(Disability Adjusted Life Years) (DALY) , en los que 1 DALY representa 1 año perdido de vida saludable.

En el 2013 Con motivo del 20º aniversario del Informe sobre el Desarrollo mundial de 1993, se presentó el informe de The Lancet Commission on Investing in Health. (Jamison et al., 2013) sobre inversión en salud, coincidiendo con el cierre de la era de los objetivos del desarrollo del milenio, (2000-2015) de las naciones unidas. Con este propósito se creó una comisión del Lancet

presidida por Larry Summers and Dean Jamison., autores principales del informe sobre salud de 1993 del Banco Mundial.

El objetivo de la comisión era establecer los resultados de la inversión propuesta en 1993, y proponer una política ambiciosa en salud para el futuro, enfocado a la población mundial de mayor pobreza. Se trataba de elaborar un nuevo plan de inversión, toda vez que tenemos la capacidad financiera y técnica para reducir la tasa de mortalidad infantil y materna, la incidencia de enfermedades no transmisibles, y la cobertura universal en salud entre otros objetivos para 2035. Se acuñó el concepto de aspirar a lograr la gran convergencia en salud término tomado Kishore Mahbubani de la Universidad de Singapur (Lee Kuan Yew University) en su propuesta en la que se contempla un plan para reducir la pobreza extrema y aumentar la clase media. (Mahbubani , 2013)

En 2015, los ODM es reemplazado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015-2030) de las naciones unidas, estableciendo metas globales para la salud con implicaciones profundas y de largo alcance para el desarrollo global. (Tabla 1)

Tabla 1 Antecedentes de la globalización de la salud

En 1978 Primer World Development Report, del Banco Mundial.

1993 "Primer World Development Report .Investing in Health" Primer informe del desarrollo del Banco Mundial dedicado a la salud. Larry Summers y Dean Jamison.

1995 Primer informe sobre Salud y Globalización de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

2000 -2015 La Asamblea General de las Naciones Unidas crea Milenium Development Goals. (Objetivos de desarrollo del Milenio) en donde se contempla varios objetivos en relación con la salud.

2013 Informe de The Lancet Commission on Investing in Health. Con motivo del 20º aniversario del Informe sobre el Desarrollo mundial de 1993.

2015 -2030. ODM grupo consultivo mundial de las naciones unidas que establece, bajo el lema "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades" articulados a través de 9 objetivos. (Tabla 2)

Tabla 2: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015-2030 para promover el bienestar.

- 1) Reducir la mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (por país)
- 2) Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años.
- 3) Terminar con las epidemias de SIDA, Tuberculosis, Paludismo y enfermedades tropicales desatendidas, combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras Enfermedades contagiosas.
- 4) Reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) a través de la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el Bienestar.
- 5) Fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y uso nocivo del alcohol.

6) Reducir a la mitad las muertes y lesiones por accidentes de tráfico

7) Lograr el acceso universal a la salud sexual y servicios de salud reproductiva, incluso para planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas.

8) Lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y a medicamentos y vacunas eficaces.

9) Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades por sustancias químicas peligrosas y contaminación del aire, agua y del suelo

En esta presentación revisaremos la situación, lo más actualizada posible de los logros más significativos de los ODS (2015-2030).-

ODS (2015-2030): tiene como objetivo reducir a menos de 70 las muertes maternas /100.000 nacidos vivos (por país)

La tasa de mortalidad materna se define como el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, durante o dentro de 42 días de terminación del embarazo por 100.000 nacimientos vivos.

Última estimación (5 de Octubre de 2021) son de 211 por 100.000 nacimientos vivos, incrementándose a 415 como promedio en los países pobres (Kassebaum et al., 2014)

Las causas más frecuentes de muerte materna son: Ruptura de útero por manipulaciones en el parto, Hemorragias, enfermedades preexistentes agravadas por el efecto fisiológico del embarazo. Aborto practicado en condiciones de riesgo En España la mortalidad materna es de 4 / 100000

La tasa de mortalidad materna en algunos estados de USA son las peores de los países de altos ingresos. En los estados de Alabama, Arkansas, Kentucky, Louisiana, Mississippi, and Tennessee se registran más de 30 muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos. Los estados con alta mortalidad materna tienen en común: Gran población negra, altos índices de pobreza y pobre acceso a servicios de salud. (Mortal danger for mothers)

ODS (2015-2030) reducir la mortalidad neonatal a menos de 12 por 1000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal se define como el número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado.(por país). La mortalidad neonatal constituyen el 44% de las muertes de los niños menores de 5 años. ((Lawn et al., 2014)

En la actualidad la media de mortalidad neonatal en el mundo es de 17 por 1000 nacimientos vivos con grandes diferencias entre país. En España la mortalidad neonatal es de 2/1000 nacimientos vivos.

ODS (2015-2030) reducir de Tasa de Mortalidad de niños y niñas de <5 años a menos de 25 por 1000 nacimientos vivos.

La mortalidad infantil de niños y niñas menores de 5 años es la más baja de todos los tiempos. En menos de tres décadas se redujo de 12,5 millones en 1990 a 5,2 millones en 2019. Aunque

muchas de estas muertes se producen por causas que podemos prevenir y tratar, los resultados obtenidos, en estos últimos años son extraordinarios

En la actualidad la Tasa de mortalidad en el mundo es de 37 para niños y niñas <5 años por 1000 nacimientos vivos, con grandes diferencias entre países. En el África subsahariana presenta una tasa de mortalidad mayor del 10 % significa que 1 de cada 10 niños nunca alcanzaran su 5º cumpleaños.

En España la mortalidad de niños y niñas <5 años es de 3 por 1000 nacimientos vivos.

ODS 2015-2030 *terminar con las epidemias de SIDA, Tuberculosis, Paludismo y enfermedades tropicales desatendidas, combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades contagiosas*”.

Se trata de enfermedades especialmente graves en niños y neonatos y representan un 3,6% de la carga global de discapacidad (DALY) y una alta mortalidad. (Naghavi et al 2015)

En el 2020, el 17% de la población infantil no fue vacunada con DTP3 (Difteria, Tétanos Tosferina) lo que deja a 22,7 millones de niños y niñas vulnerables ante enfermedades prevenibles. (Immunization Coverage - WHO)

El paludismo en ambientes ricos en mosquitos es 5-20 más contagiosa que la variante Omicron of Sars-Cov-2. Reducir el número de casos de malaria en un 75%, supondría 14bn de días de trabajo adicionales durante dos décadas. Un factor oculto que frena el crecimiento económico en África, podría asociarse a las secuelas de la enfermedad que persisten en los supervivientes, “paludismo prolongado” que afecta especialmente a los niños en su crecimiento y desarrollo cognitivo. Una vacuna contra el paludismo recientemente desarrollada en Oxford, (cuya precalificación se llevó a cabo por la OMS en Septiembre 2022) ha mostrado un 77% de efectividad, podría evitar 20 millones de muertes en las próximas tres décadas. (Graphic detail Malaria, Economist 2022)

Las muertes por SIDA causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se estiman en 40 millones. 650.000 en 2021. En la actualidad hay 38 millones de personas diagnosticados de SIDA. Esta cifra sigue aumentando lo cual puede interpretarse como una buena noticia toda vez que indica el beneficioso efecto de la terapia antirretroviral. Los medicamentos no curan la infección por VIH, pero reducen la carga viral y la convierten en una afección crónica tratable. También reducen el riesgo de propagar el virus. Después del éxito de las vacunas mRNA en el Covid 19 se está considerando la posibilidad de usar este tipo de vacunas contra el SIDA.

ODS 2015- 2030, *reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) a través de la prevención y el tratamiento, a la vez que promover la salud mental y el Bienestar.*”

Una de las paradojas del éxito de la salud global es que cuando los países de bajos y medios ingresos encara con éxitos las enfermedades infecciosas se aceleran los cambios de las enfermedades transmisibles a no transmisibles. (*transición epidemiológica*). Esta transición se está produciendo coexistiendo con el envejecimiento de la población. Las ENT son responsables de dos de cada tres muertes en el mundo. (Lozano et al., 2012). Las ENT son ahora dominantes en los países de medio-bajo y medio-alto ingresos y en los países de altos ingresos. (fig. 2) (WHO. World Health Statistics. 2013.)

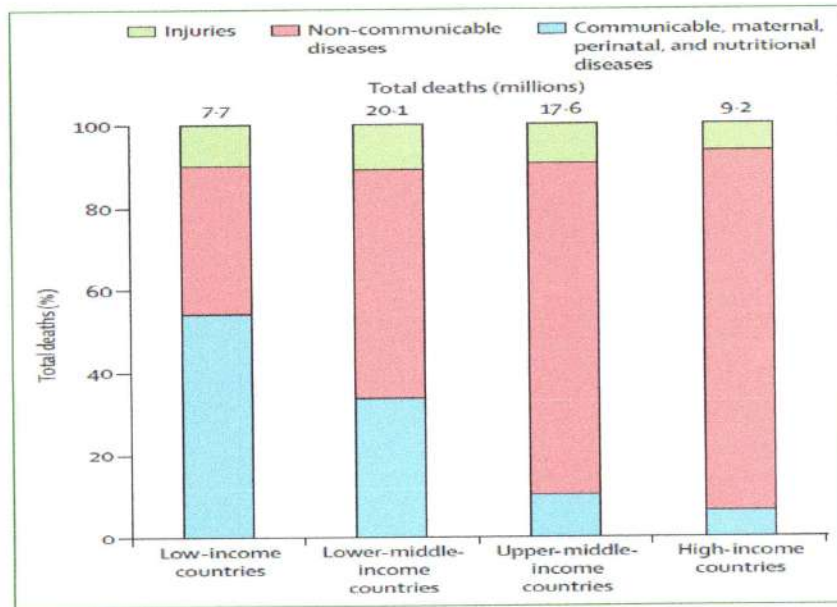


Fig. 2 Causas de muertes por enfermedades agrupadas por carácter transmisible, no transmisible y traumatismo en países con diferente tipo de ingresos. WHO. World Health Statistics 2013

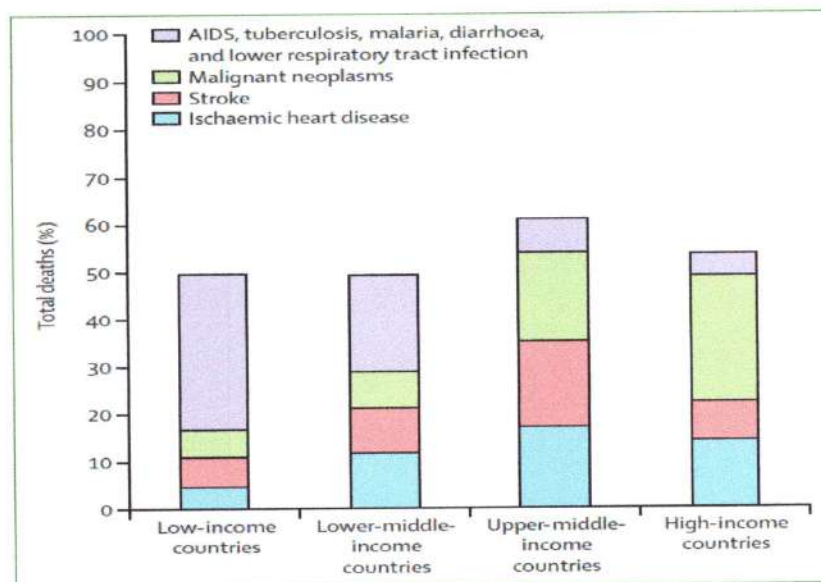


Fig. 3 Causas de Muerte en países según sus niveles de ingresos. WHO. World Health Statistics. 2013.

Los mayores agentes causales de muerte por ENT son la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebro vasculares. Las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas constituyen el 71% de las muertes anuales. Fig 3 (Lozano et al., 2012)

Las ODS (2015-2030), identifica la salud mental, como un componente indisoluble de la salud física y del bienestar general. Los Síndromes depresivos y los trastornos de ansiedad representan 3,6% de la enfermedad global con los suicidios en aumento. En este momento existen en el mundo unos 55 millones de personas con demencias en la que solo 1 de cada 4 han sido

diagnosticados. Muchos pacientes e incluso algunos clínicos creen, erróneamente que la demencia es una parte inevitable del envejecimiento, siendo incurable, y que no vale la pena su diagnóstico. La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia (60-80%). Lo que si debemos esperar es que a medida que el mundo envejece la demencia aumentará rápidamente a más de 80m para 2030 y a más de 140m para 2050.) (*Diagnosing Dementia*. 2021)

El concepto de bienestar, incluido en la definición de la salud propuesta por OMS, es un término vago y controvertido. Se parte del dudoso principio que existe un consenso universal sobre lo que se entiende por bienestar. En cualquier caso se debe poner de manifiesto que la salud, trasciende el campo exclusivamente médico, (somático o psicológico) por lo que requiere de una serie de intervenciones sociales tales, como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente....(Constitución de la OMS (1948).

Entre los objetivos ODS 2015 -2030 se contempla fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y uso nocivo del tabaco y alcohol , que tienen un impacto pernicioso sobre la salud,especialmente el alcohol que anualmente es causa de un número significativo de muertes.(Lim et al., 2012) Las acciones gubernamentales en muchos casos han creado un conflicto entre su propia política que persiste en fomentar la producción de tabaco, alcohol y alimentos poco saludables y sus propios intentos de crear un entorno de mejores condiciones sanitarias. Esta forma de gobernar crean barreras estructurales para la acción política. Desde el momento que se trata de enfermedades autogeneradas, se han propuesto medidas coactivas para abordar, el uso nocivo del tabaco y alcohol, que incluye una mayor información y cambios en la legislación y tributación. .(WHO. Scaling up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost? 2011.

Los accidentes en carreteras es la octava causa principal de muerte a nivel mundial (Lawn et al., 2014), y la Décimo contribuyente principal a DALYs .(Kassebaum et al., 2014) Se propone reducir a la mitad las muertes y lesiones por accidentes de tráfico

ODS 2015-2030 contempla crear estrategias y programas de información y educación en la salud sexual y reproductiva, incluido la planificación familiar,

En la actualidad cada año hay 500 millones de nuevos casos por infecciones de transmisión sexual; (WHO. Baseline Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance. 2012) El cáncer de cuello uterino es la cuarta causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres.

Una aspiración de ODS (2015-2030 es lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, a medicamentos y a vacunas eficaces" (WHO. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. 2010.) En la actualidad cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios básicos de salud. Cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema por tener que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo. (Xu et al., 2007)(Kruk et al., 2009)

La CSU debe contemplar tres aspectos Fig 4 a) La población a la que le presta cobertura b) la modalidad de pago (seguros voluntarios privados o a través de prepagos desde fondos públicos) c) Clase de intervenciones, procedimientos y servicios que incluye. (Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, 1994)

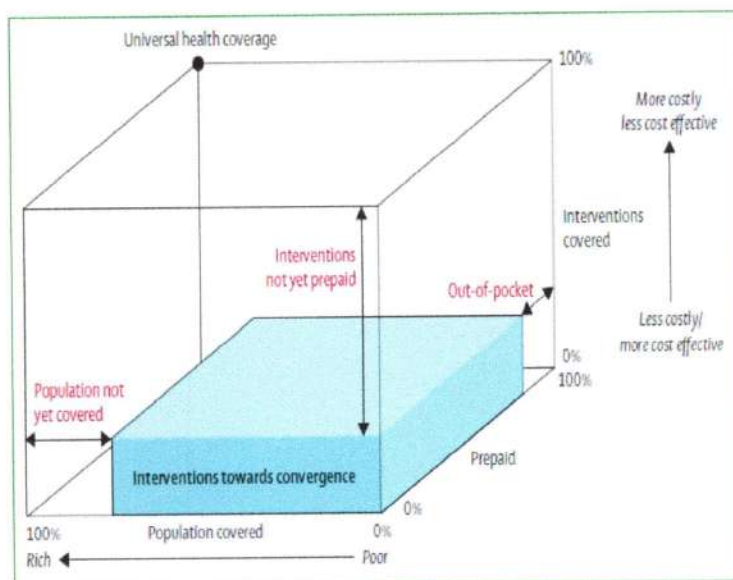


Fig. 4 Objetivo final de la cobertura universal de salud

Las tres dimensiones del cubo hacen referencia: Porcentaje de población cubierta, Porcentaje de prepago (publico) respecto al margen que se paga de forma privada y el porcentaje de intervenciones cubiertas por la modalidad de prepago. (WHO. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. 2010.)

En lo que a la financiación de la CSU se refiere hay dos enfoques uno basado principalmente en las finanzas públicas (o por mandato público), y el otro sobre la contratación voluntaria de un seguro privado.

Para avanzar en la CSU y en la agenda de convergencia en salud, los recursos y finanzas públicas tienen un mayor historial de eficacia que los agentes privados. Ningún país puede alcanzar la CSU en base a una compra de seguros voluntarios privados. La CSU requiere que sea de carácter obligatorio generando en los individuos un derecho automático.

Un argumento potencial a favor de los seguros privados, sería transferir los costes de los seguros de salud, a aquellos que lo puedan pagar y de esta manera contener el gasto público. Sin embargo, la experiencia de USA que depende fuertemente de seguros voluntarios privados tal contención de gastos no ocurre. USA gasta más por persona a través del sector público que lo que gasta en total el área del Euro y Japón. (Fig 5). Este hecho es aun más significativo, si se tiene en cuenta que USA tiene una parte mucho más pequeña de población por encima de 65 años (13% USA 23% Japón con Euro área entre ambas) a la vez que dispone de una sanidad pública mucho mas precaria, en comparación de otros países de altos ingresos.

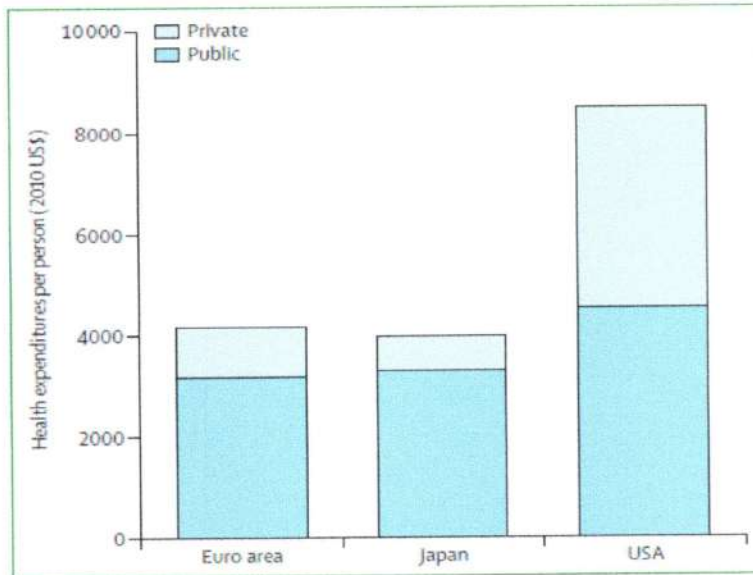


Fig 5. Gastos en salud por persona en países de altos ingresos: USA, Japon y el área de los países del Euro. World Health Organization. World Health Statistics. 2013.

Es importante constatar que el crecimiento de los ingresos conlleva un aumento de la demanda de los servicios de salud.

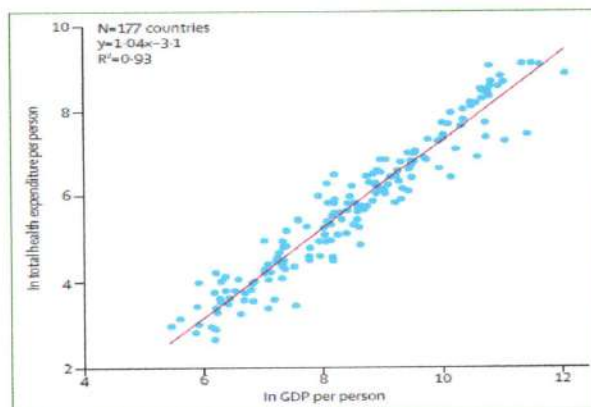


Fig 6. Relación entre ingresos y gastos en salud. (World Bank. World Development Indicators, 2013.)

Los costes en salud se han incrementado rápidamente en países de altos y de medios ingresos, lo que ocasiona un aumento en la presión financiera en las familias y gobiernos. El crecimiento de costes se fundamenta en el envejecimiento de población, el cambio del perfil de las enfermedades hacia enfermedades no transmisibles y los avances tecnológicos. (Organisation for Economic Co-Operation and Development. Health Status. 2013)

Los países de altos ingresos gastan en salud aproximadamente el 10% de su PIB España gastó en 2021 7,85 del PIB (88 billones de Euros). USA con su compleja organización sanitaria gasta el 17% del PIB (3,6 trillones de dólares anuales)

Finalmente, ODS contempla entre sus objetivos reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades por sustancias químicas peligrosas, y por contaminación del aire, agua y del suelo. En el 2010 se estimaron 3,5 millones y 3,1 muertes por contaminación del aire en los hogares, y por contaminación del aire ambiental respectivamente. (Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, 2015)

Gobernanza global de la salud (GGS)

La GGS se refiere a las acciones acordadas y a los medios adoptados, para promover soluciones colectivas en la búsqueda de objetivos comunes (políticos, económicos, sociales...) en relación con la salud. Se trata de actividades compartidas, por un grupo de agentes libres e iguales, en ausencia de una autoridad política global.

Toda vez que la salud trasciende el campo puramente medico y que el crecimiento económico, se ha antepuesto a la protección social y ambiental, la buena gobernanza exige abordar importantes Factores Sociales en relación con la Salud. (FSS). Los FSS incluyen el sistema político, los ingresos ,la educación ,la ocupación, la estructura familiar, la disponibilidad de servicios, el saneamiento, la exposición a peligros, el apoyo social, la discriminación racial y el acceso a los recursos relacionados con la salud (Marmot, M. and Wilkinson R, 1999) . De esta manera han surgidos una GGS en que de forma conjunta y con variable estado de implicación actúan tres actores principales: el Estado, Mercado y la Sociedad Civil. Existe un amplio numero de instituciones globales relacionadas con los FSS, ya sea directa o indirectamente. Fig 7 Lee., K et al 2007)

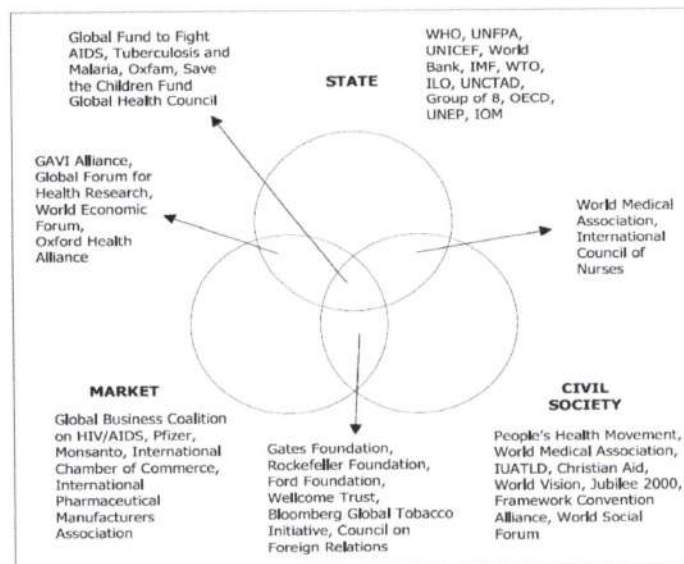


Fig 7. Instituciones globales que influyen en los Factores Sociales de la Salud

Ninguna institución es reconocida como líder de la GGS. Diferentes formas de liderazgo recaen en diferentes instituciones. Este hecho que podía contemplarse como una división de tareas crea en la práctica desajustes de autoridad de diferente tipo.

La OMS tiene reconocida experiencias técnicas pero limitado medios financieros. Ha tenido que afrontar una reducción en su financiación, y el riesgo de quedar marginada a foros alternativos, bajo los auspicios de los principales países donantes.

Históricamente, las fundaciones benéficas, como la Fundación Rockefeller, cuentan con un historial impresionante de apoyo al desarrollo de la salud (Weindling, 1995) pero con poca influencia en la toma de decisiones sobre las acciones a tomar. En la actualidad es inquietante para la GGS que los países miembros de la OMS permitan que surjan situaciones en que la filantropía privada, (Incluso antes de la inesperada donación de Warren Buffet a la Fundación Bill y Melinda Gates) tenga más dinero para invertir en salud global que el presupuesto regular de su propia organización.

Existe la preocupación de que las corporaciones transnacionales relacionadas con la salud: industrias farmacéutica, alimentaria y de servicios disfruten de una influencia desproporcionada, sobre las reglas que definen y como se aplican la GGS

El Covid 19 y virus del Mono (Monkeypox)

La Globalización y los cambios climáticos pueden dar lugar a nuevos escenarios, en los cuales agentes infecciosos tienen más oportunidades de originarse, de igual manera, que los ya existentes tienen más facilidad para propagarse.

Se trata de infecciones zoonóticas víricas, lo que significa que puede propagarse de animales a seres humanos. También puede propagarse de persona a persona.

Los primeros casos de Covid 19 fueron identificados en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, la ciudad más poblada en la zona central de la República Popular China. No se ha identificado el animal a partir del cual se originó Cov 19, aunque la mayoría de los afectados tenía vinculación con trabajadores del Mercado mayorista de mariscos de Huanan. (Covid 19 Origin stories 2022).

Ante la ausencia de tratamiento, la vacunación es la única forma de intervención. El desarrollo de vacunas en el curso de la pandemia por Covid 19 ha sido un éxito sin precedentes, no solo por la rapidez en que se sintetizaron, sino también por la aplicación de una nueva tecnología en la que se utiliza el ácido ribonucleico mensajero (ARNm). La vacuna de ARNm no solo permite generar una respuesta inmunitaria (anticuerpos) inmediata, sino mediante determinadas técnicas (Deep Mutational Scanning) predecir posibles mutaciones del virus y generar los correspondientes anticuerpos. (Predict and Survive. Science & technology . 2021)

El 8 de diciembre de 2020 se aplicó la primera vacuna. ¿Cuántas muertes adicionales hubieran ocurrido durante el año (2021) si no se hubiera administrado las vacunas? . Se calcula que en el año 2021 las vacunas evitaron que unos 20 millones de personas murieran del Covid 19. Los países de altos ingresos consumieron 2,5 veces más dosis por persona, que los países de bajo PIB. A pesar de estas diferencias las vacunas ayudaron a los países de altos y bajos ingresos por igual, debido a la marcada patogénesis del covid 19, basada en grupos de edad, con mayor mortalidad a partir de los 60 años, grupo poblacional proporcionalmente más presente en los países de altos ingresos. (Graphic Detail Covid 19 Vaccines, 2022)

Precisamente resulta difícil de explicar dada esta mayor mortalidad a partir de los 60 años que no se hayan aplicados más medidas de control en las residencias de mayores. Muchas muertes se podían haber evitado. En la unión europea la actuación descoordinada en y entre diferentes países (carencia oxígeno, ventiladores y equipos de protección para persona) puso en evidencia la precariedad, para tratar enfermedades infecciosas emergentes y cuestionó la utilidad y eficacia del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés), de Estocolmo, cuya misión es precisamente, contribuir a la defensa de Europa contra las enfermedades transmisibles. (Mas-Coma et al., 2020)

A 18 de octubre de 2022 han fallecidos 6.57 millones por Cov 19 en el mundo, aunque las naciones unidas la establecen en dos tres veces superiores, a las declaradas (Noticias ONU. 2021). En España son 13,5 millones los casos confirmados, y 114.179 las personas fallecidas. Statista <https://es.statista.com>

La viruela del mono es como el Covid 19 una zoonosis, altamente contagiosa por contacto físico. En un primer estadio la persona infectada presenta un sarpullido cutáneo a la que le sigue otra sintomatología.

La infección humana por virus del Mono (Monkeypox) se describió por primera vez en 1970 en Zaire (hoy República Democrática del Congo).

Desde que el brote empezara a expandirse a principios de mayo de 2022, se declaró por parte de la OMS la viruela símica, una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Vacunas recientes y más seguras para la viruela, (enfermedad erradicada) pueden ser útiles para la viruela del mono. En este momento no se recomienda la vacunación masiva de la población.

A 18 de octubre de 2022 se han confirmado 73.782 casos en el mundo, con 31 personas fallecidas. En España se han confirmado 7,239 casos con 2 personas fallecidas. (Monkeypox Outbreak Global Map - Poxvirus , 2022)

Globalización – Pandemia – Ciudad El binomio rural- Urbano

En la actualidad más de la mitad de la población mundial vive en pueblos y ciudades y se espera que aumente a dos tercios para 2050. En 1950 solo Nueva York y Tokio eran calificadas como megacities (>de 10 millones de habitantes). Hoy las Naciones Unidas contabilizan 33. Antes de la pandemia las ciudades parecían invencibles, con el poder económico y cultural más concentrado que nunca, en pequeñas áreas geográficas. Edward Glaeser profesor de economía en la Universidad de Harvard, hacía referencia a este fenómeno con la publicación "Triumph of the City" (Glaeser, 2012): El éxito de la ciudad se fundamentaba en la proximidad entre la gente, las empresas, y las actividades de ocio. La idea general era que los trabajadores en áreas metropolitanas más densamente pobladas eran más productivos que los trabajaban en áreas más pequeñas. El triunfo de lo urbano nunca esta garantizado y presenta la volatilidad de las creaciones humanas. Muchas son las variables que pueden incidir en el declive de las ciudades. Una amenaza existencial de la ciudad podría ser una pandemia descontrolada. (Survival of the City). (Glaeser & Cutler , 2021). Las ciudades con su mayor capacidad de contagio para las enfermedades transmisibles, aparecen más vulnerable hoy que al comienzo de la pandemia del Covid 19. Incluso cabe preguntarse ¿llevará la globalización a una **pandemia permanente?** El

continuo trasiego de gente por puertos y aeropuertos puede llevar a los ciudadanos, a ver la convivencia en la ciudad como un riesgo para la salud, pudiendo incitar aquellos de mayores recursos a vivir en sitios retirados. .

El éxodo desde las áreas urbanas al empezar la pandemia, motivada por el miedo a ser infectados, que en principio era visto como temporal aparece ahora como permanente, indicativo un cambio de preferencias. Esta recolocación pone de manifiesto un sutil desplazamiento, a áreas suburbanas, desde lo que otrora fué las zonas animadas del centro. Son precisamente estas zonas abandonadas las que están destinadas a presentar precariedades de servicios de todo tipo, (peores colegios, servicios de policía, transportes...) aumentando con ello la brutalidad, la inseguridad y el crimen. Se trata de una reorganización en la que los enclaves sustituyen a las ciudades y en las que las áreas rurales no son especialmente beneficiadas. (Covid 19 and Cities , 2021).

El espacio rural se encuentra en un proceso de profunda transformación al exigírsele diversificar sus funciones. A partir de ahora lo rural y lo agrario cada vez se identifica menos (solo el 10% de la población que reside en núcleos rurales, trabaja en la agricultura) (Camarero, 2013) ,mientras que lo rural y lo urbano difumina más sus límites.

La desacralización y el desarrollo de los medios de transportes han terminado con la diferenciación rural –urbana, como consecuencia del incremento de la movilidad individual. La sociología rural británica propone la *teoría del continuum* rural-urbano (urbanización del campo) con la finalidad de superar la visión dicotómica rural y urbana (Pahl, 1966) (Cardoso & Fritschy, 2012) (Berardo, 2019). Las sangrías demográficas, deben contemplarse bajo la perspectiva, de que nuestra continua movilidad, permitiéndonos estar en distintos espacios a lo largo de nuestra vida, reducirá drásticamente los contrastes entre la ciudad y el campo. (Camarero, 2013 . Vivimos en una urbe global, en la que los vacíos cumplen exclusivamente la misma función que, en términos de microubanismo, cumplieron los parques y las *zonas verdes* en la ciudad industrial. (Baigorri, 1995)

Aunque no haya consenso hacia el concepto de lo rural, se reconoce el carácter cambiante de la sociedad en general y del medio rural en particular al unísono que lo hace la economía, en un proceso de terciarización. Es precisamente en este proceso de terciarización, en donde se fundamenta entre otras acciones, la educación y la cultura que impulsan procesos de desarrollo económico.

Globalización: Migración y Movilidad

El movimiento de gente entre diferentes jurisdicciones políticas ha sido desde hace mucho tiempo, un elemento axiomático de globalización tanto para jóvenes como para mayores. (Selod & Shilpi, 2021)

El incremento del flujo de refugiados y los desplazamientos internos de población, constituyen unos de los asuntos políticos más críticos, que tienen que afrontar tanto los gobiernos como los organismos internacionales.

Simultáneamente que aumenta los cierres para algunos emigrantes y refugiados, se aumenta la apertura de los emigrantes “económicos “ trabajadores altamente cualificados, incluyendo personal en relación con la salud .El flujo de estos individuos desde los países mas pobres a los mas ricos ha aumentado la desigualdad de la salud global.

El año 2015 fue un momento paradigmático en lo que a la migración se refiere, miles de emigrantes y de solicitantes de asilo político llegaron a Alemania en pocos meses. Al final, casi un millón de personas solicitaron asilo en Alemania durante ese año. Angela Merkel a la sazón canciller de Alemania, basada en una política de bienvenida (Willkommenspolitik) pronunció su controvertida frase “wir schaffen das” que proyectó compasión y confianza plena en el pueblo alemán. La frase generó reconocimiento especialmente desde el exterior, a la vez que escepticismo. (Hasselbach, 2020). ¿Tenía razón Angela Merkel? En cualquier caso se trata de una decisión para la que se requiere “*einen großen Geist*”. Vaya nuestra simpatía para esta mujer y para este gran país que es Alemania, que en su día nos acogió y que aun hoy nos apoya con extrema generosidad.

Reinventando la Globalización

Los grandes países están perdiendo interés en la globalización confiando más en sí mismo (autonomía estratégica) o dominando su área geográfica más inmediata.

A partir de la crisis financiera (2007-2009), en la década de 2010, el populismo contra las fronteras abiertas, la guerra comercial del presidente Trump, continuado por Biden, el Brexit, la pandemia del Covid 19, y la invasión de Ucrania ha dado lugar a un nuevo tipo de globalización que tiene que ver más con la seguridad que con la eficiencia. (Economist Freedom & Political Freedom 2022)

Conclusión.-

El concepto de bien público global, se basa en la premisa que en el mundo de hoy, ha traído interdependencias que borra la distinción entre asuntos domésticos y externos. La mejor manera de asegurar nuestro bienestar, es preocuparse por los demás. Todos los individuos de una sociedad global, se benefician minimizando el efecto de diseminación de una enfermedad contagiable.

El proceso de globalización es un componente central en el proceso (en curso) de la salud de la humanidad. La sostenibilidad a largo plazo del orden mundial, depende esencialmente, de la efectividad con que seamos capaces de tratar y controlar los problemas, que surjan en la salud de la población global.

Referencias.-

Baigorri., A. (1995). De lo Rural a lo Urbano Hipótesis sobre las dificultades de mantener la separación epistemológica entre Sociología Rural y Sociología Urbana en el marco del actual proceso de urbanización globalV Congreso Español de Sociología - Granada, 1995. GRU.

Berardo, M. (2019). Más allá de la dicotomía rural-urbano. Quid 16, No 11 Jun-, 316–324.

Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, S. H. (1994). Design, content and financing of an essential national package of health services.e. Bull World Health Organ., 72(4), 653–662.

Camarero, L. (2013). Espacios Rurales ¿Crisis sistémica o brotes verdes? Entrevista con Luis Camarero. Encrucijadas., 6, 6–17.

Cardoso, M., & Fritschy, B. (2012). "Revisión de la definición del espacio rururbano y sus criterios de delimitación. *Contribuciones Científicas*, 24, 27–39.

Diagnosing Dementia. *Science & Technology The Economist* november 13Th page 76. (2021).

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Covid19:Origin stories. *The Economist*.page74 March 5Th. (2022).

Covid 19 and Cities .The Cracked Egg. As Economies in the Rich World Reopen,Activity Is Spreading Outward from City Centres. *The Economist* Page 61 September 11Th, 2021)

Economist freedom v Political freedom *The Economist* pag 61 March 19Th 2022

Economist. World Health Organization - Official WHO updates:
<https://www.who.int/monkeypox>.

Glaeser, E. (2012). *Triumph of the City: How Our Greatest Invention Makes Us Richer, Smarter, Greener, Healthier, and Happier* Editorial: Penguin Books, 2012.

Glaeser E, & Cutler D. (2021). *Survival of the City: Living and Thriving in an Age of Isolation*. Penguin Random House.

Graphic detail Covid 19 vaccines *The Economist* pag 81 July 9Th. (2022).

Graphic detail Malaria March 19th pag 81,2022 *Economist*.

Hasselbach, C. (2020). Refugiados en Alemania: ¿tenía razón Angela Merkel? No Title <https://p.dw.com/p/3hSsf>.

Immunization coverage - World Health Organization (WHO) <https://www.who.int>.

Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., Bustreo, F., Evans, D., Feachem, R. G. A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M. E., Mahmoud, A., Mohohlo, L. K., Ncube, M., ... Yamey, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898–1955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)

Kassebaum, N. J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M. S., Shackelford, K. A., Steiner, C., Heuton, K. R., Gonzalez-Medina, D., Barber, R., Huynh, C., Dicker, D., Templin, T., Wolock, T. M., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Abubakar, I., Achoki, T., Adelekan, A., Ademi, Z., ... Lozano, R. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9947), 980–1004. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)

Kruk, M. E., Goldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056–1066. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.1056>

Labonté, R. (2015). Globalization and Health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 198–205). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14022-X>

Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., You, D., Lee, A. C., Waiswa, P., Lalli, M., Bhutta, Z., Barros, A. J., Christian, P., Mathers, C., & Cousens, S. N. (2014). Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet*, *384*(9938), 189–205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7)

Lee, Kelley. (2002). *Health Impacts of Globalization: Towards Global Governance*. Palgrave Macmillan, London.

Lee, Kelley & Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Labonté, Ronald & Schrecker, Ted & Schuftan, Claudio & Woodward, D. (2007). . Globalization, global governance and the social determinants of health: A review of the linkages and agenda for action.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., AlMazroa, M. A., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Abraham, J., Adair, T., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., Atkinson, C., Baddour, L. M., Barker-Collo, S., Bartels, D. H., ... Murray, C. J. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2095–2128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0)

Mahbubani K. (2013). *The great convergence. Asia, the West, and the logic of one world*. New York: Public Affairs.

Marmot, M. and Wilkinson, R. G. eds. (1999). . *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Mas-Coma, S., Jones, M. K., & Marty, A. M. (2020). COVID-19 and globalization. *One Health*, *9*, 100132. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100132>

Monkeypox Outbreak Global Map - Poxvirus - CDC <https://www.cdc.gov/world-map>. (2022).

Mortal danger for mothers .*The Economist* pag 39 July 23rd. (2022).

Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, L., & X, Zhou M, et al. G. (2015). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *385*(9963), 117–171. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)

Noticias ONU. Mirada global Historias Humana. Naciones Unidas. (2021).

Número acumulado de casos en el mundo 2020-2022 - Statista <https://es.statista.com> ›

- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health status. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (accessed Oct 17, 2013). (2013).
- Pahl, R. E. (1966).The rural-urban Continuum1. *Sociologia Ruralis*, 6(3), 299–329. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.1966.tb00537.x>
- Predict and Survive. Science & technologyThe Economics. page 59 August 7Th. (2021).
- Selod, H., & Shilpi, F. (2021). Rural-urban migration in developing countries: Lessons from the literature. *Regional Science and Urban Economics*, 91, 103713. <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2021.103713>
- United Nations. United Nations Special Session on Children. Guest speeches: Bill Gates, Jr, Co-founder of the Bill & Melinda Gates Foundation. 2002. <http://www.unicef.org/specialsession/press/02espbillgates.htm> (accessed Oct 3, 2013)
- Weindling, P. (1995). Weindling, P. ed., 1995. *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williamson; J. (1990). What Washington Means by Policy Reform», publicado en J. Williamson J, *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*, Washington DC, Institute for International Economics, 1990
- World Bank. *World Development Indicators*, Washington, DC: World Bank. (2013).
- World Development Report 1993 : Investing in Health. New York: Oxford University Press. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> License: CC BY 3.0 IGO. (n.d.). World Bank. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10986/5976>
- World Health Organization *Health systems financing: the path to universal coverage*. 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (accessed Feb 4, 2013).
- World Health Organization . *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* 2011. http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/ (accessed Oct 3, 2013).
- World Health Organization. *Baseline Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance*. (2012).
- World Health Organization. *World Health Statistics*. 2013. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en> (accessed Oct 3, 2013)
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>.
